



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE PSICOLOGÍA

Atención Psicológica Clínica Infanto-Juvenil en un Centro de Salud Mental Ambulatorio en la Comuna de Pudahuel

(MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO)

Autora:

Priscilla Riquelme Pardo.

Profesor Patrocinante:

Myriam George Lara.

Santiago, 2007

RESUMEN

En Chile, la salud mental infanto-juvenil tiene un bajo nivel de desarrollo a pesar de ser una prioridad en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, evidencia de ello es la falta de estudios sobre la práctica de la Psicología Clínica en niños y adolescentes.

El presente estudio describe y analiza la atención Infanto-Juvenil durante 10 meses de intervención (2006), en 53 casos del Centro Comunitario de Salud Mental Familiar de Pudahuel.

El método utilizado es de orientación práctica, muestra una realidad concreta del ejercicio profesional del Psicólogo Clínico infantil a fin de aportar con esta experiencia a futuras intervenciones. La información surge a partir de la experiencia profesional del investigador y esta basada principalmente en la revisión de fichas clínicas.

Los resultados, permiten una definición del perfil epidemiológico de posibles consultantes, utilización de diagnósticos psicológicos, intervenciones terapéuticas y psicoeducativas. Así como también permitió recoger y analizar evidencia sobre experiencias que favorecen y dificultan la atención de esta población.

ÍNDICE

Introducción.....	4
Objetivos.....	8
Desarrollo.....	9
Primera parte: ENFOQUE DE SALUD MENTAL	9
Salud Mental y Salud Mental infantil.....	9
Estudios sobre Salud Mental Infanto-juvenil realizados en Chile.....	11
Política y Planes Nacionales de Salud Mental y Psiquiatría.....	13
Prácticas en Salud Mental Infanto-juvenil.....	15
COSAM de Pudahuel.....	17
Experiencia de Práctica en el COSAM de Pudahuel.....	19
Segunda parte: ANALISIS DE LA PRACTICA CLINICA (COSAM).....	25
Conclusiones.....	39
Bibliografía.....	45
Anexos.....	49

INTRODUCCIÓN

La Salud Mental se relaciona con el grado de bienestar subjetivo, el desarrollo psicosocial y el uso óptimo de las potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales de las personas en el logro de sus metas individuales y colectivas (Ministerio de Salud [MINSAL], 2000). Estos aspectos de la Salud Mental pueden verse afectados por problemas y/o trastornos mentales y del comportamiento. La diferencia entre ambos radica en que los problemas de Salud Mental son reactivos a una situación específica, es decir son transitorios. En cambio, los trastornos son de carácter más persistente, de mayor gravedad y socialmente incapacitantes.

Cuando los problemas o trastornos mentales se presentan en edades tempranas del ciclo vital se presume que *“guardan relación, de manera quizás más directa que en ningún otro periodo de edad, con la interacción de los niños con su medio ambiente”* (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1977, p.11). Además, su presencia en niños y adolescentes aumenta la probabilidad de nuevas dificultades en este ámbito en edades adultas. Ambas realidades, junto con las prevalencias de los problemas y trastornos específicos para la población infanto juvenil han motivado a los profesionales relacionados con el tema a estudiar que sucede con la Salud Mental en la niñez y adolescencia.

La preocupación por la Salud Mental se refleja tanto a nivel internacional como a nivel nacional. La OMS en el año 2001 dedica su informe anual a la Salud Mental, donde se plantea la necesidad de intervenir en los trastornos de la infancia y adolescencia, ya que *“resultan muy onerosos para la sociedad desde el punto de vida tanto humano como económico”* (OMS, 2001, p36). Este documento orienta a los países a un abordaje integral de la Salud Mental, proporciona lineamientos generales y datos mundiales sobre el tema y plantea la generación de políticas y prestaciones en los servicios de Salud Pública de los países. A nivel Nacional, el MINSAL ha publicado documentos relacionados con Salud Mental en Chile, algunos sobre los problemas o trastornos específicos (maltrato infantil, abuso de Alcohol y drogas, depresión, etc.) y otros, describiendo el estado de la Salud Mental de la población en general.

En Chile, la publicación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría en el año 2000 ha marcado un hito en este ámbito, el documento guía el abordaje de la Salud Mental de la población Chilena, priorizando la atención de los trastornos de mayor prevalencia y detallando

las intervenciones de acuerdo al tipo de atención de los establecimientos de Salud Pública del país.

Estudios internacionales muestran *“que la prevalencia de los problemas de salud mental persistente y socialmente discapacitantes en los niños de 3 a 15 años, de los países desarrollados, oscila entre un 10% y un 20%.”*(MINSAL, 1998a., p.68). En Chile, investigaciones realizadas en población escolar muestran que aproximadamente el 24,2% presentarían desordenes psiquiátricos o trastornos de salud mental. (MINSAL, 1998a). Y las prevalencias de Maltrato Infantil y Trastornos Hipercinéticos, dificultades frecuentes en niños y adolescentes, se encuentran entre el 25% y el 6% respectivamente (MINSAL, 1998a).

La Salud Mental de los niños y jóvenes en Chile es prioridad en el Plan Nacional, allí se describe el modelo de acción, el cual pone énfasis en intervenciones promocionales, preventivas y de tipo ambulatorias. Los problemas y trastornos mentales *“responden a factores biológicos y psicosociales susceptibles de prevención, tratamiento y rehabilitación”* (MINSAL, 2000 p.9). La Red de atención en Salud Mental crea servicios comunitarios de atención, e incorpora progresivamente este ámbito de la salud en los centros de salud primarios. Se establecieron vínculos intersectoriales (escuelas, barrios, trabajos, etc.), y los programas prioritarios de atención involucran a las familias y entornos cercanos (comunidad) como participantes activos en las intervenciones en Salud Mental. De esta forma, se intenta configurar un enfoque biopsicosocial de atención, donde se consideran los distintos ámbitos intervinientes en la Salud Mental de la población.

Los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM) son establecimientos relativamente nuevos en la red de Salud Pública, los centros más antiguos llevan 14 años funcionando. A pesar de haber nacido anterior al Plan Nacional del año 2000, actualmente son un espacio fundamental en su implementación y desarrollo. Son alrededor de 35 centros ubicados en las comunas vulnerables del país con el propósito de fomentar la promoción, prevención y protección de las personas y el ambiente. En estos centros trabajan asistentes sociales, profesores, terapeutas ocupacionales, monitores poblacionales, técnicos en rehabilitación, psiquiatras, psicólogos, entre otros profesionales, y se atienden niños, jóvenes y adultos.

La comuna de Pudahuel cuenta con un COSAM, donde existen 3 programas de atención para población Infanto-Juvenil, cada programa posee un determinado número de prestaciones (atenciones) que recibe quien ingrese a él. Aquellos niños o adolescentes que presentan

problemas de atención y concentración, son incorporados al programa denominado “Trastorno Hiperactivo”. Quienes presentan dificultades en el control de su conducta y emociones, ingresan al programa de “Trastornos Emocionales y del Comportamiento que aparecen habitualmente durante la niñez y la adolescencia”. Y por último, el programa de “Trastornos Adaptativos y Reacciones al Estrés Grave”, recibe a quienes presenten dificultades comportamentales y/o emocionales relacionadas con algún evento estresante, como por ejemplo, la presencia de abuso sexual, maltrato infantil o separación de los padres, entre otros.

El COSAM de Pudahuel, además de trabajar en la atención de la población usuaria de la comuna, dirige su labor a ser un espacio de formación de nuevos profesionales al recibir cada año estudiantes egresados de Psicología, quienes durante 10 meses efectúan su práctica profesional, específicamente en el área clínica.

El efectuar la practica profesional en este centro como Psicóloga Clínica permite conocer la atención en Salud Mental de los niños y adolescente que realiza el COSAM en la comuna.

La mayoría de las publicaciones describen las orientaciones clínicas, prestaciones y/o sugerencias en la atención de los problemas o trastornos, sin embargo, casi no existen trabajos o estudios que describan la experiencia clínica propiamente tal: el presente trabajo sistematiza una experiencia de practica clínica con el objetivo de entregar una visión de lo que actualmente se realiza en un centro de atención en Salud Mental infanto-juvenil nuestro país.

En definitiva interesa conocer ¿Cómo se aborda, desde la mirada de la Psicología Clínica, la atención de niños y adolescentes en un centro de Salud Mental ambulatorio?. La investigación se efectuará en 3 niveles de análisis, el primero relacionado con la descripción de los antecedentes los consultantes (edad, sexo, escolaridad, entre otros), el segundo con la caracterización de los 3 programas que ofrece el COSAM (diagnósticos clínicos, tratamiento, niveles de mejoría, tipo de egreso, etc.) y por último, el análisis de la relación entre los consultantes y los programas de atención.

La descripción y análisis de la atención clínica permitirá conocer el tipo de abordaje realizado en el COSAM de Pudahuel, reconociendo las fortalezas y debilidades de su quehacer. En definitiva, este trabajo podría ser el punto de partida para iniciativas que tengan por objetivo evaluar logros y dificultades de la disciplina psicológica en los centros de Salud Pública de cara a mejorar las intervenciones que allí se realizan.

Una de las proyecciones de este trabajo se relaciona con la docencia, los futuros Psicólogos Clínicos necesitan orientación respecto de las habilidades y herramientas que se requieren para ejercer como profesionales competentes en centros de Salud Pública, por lo que conocer el funcionamiento y actividades que realiza este tipo de centros permitirá entregar antecedentes que se incorporen en la formación académica de los Psicólogos Clínicos.

Otra proyección, se relaciona con la posibilidad de realizar trabajos similares en otros centros de atención psicológica de niños y adolescentes con el objetivo de comparar las atenciones en Salud Mental y evaluar logros y dificultades de la misma. Sin duda, a través de este trabajo se pretende inspirar nuevas investigaciones para profundizar en temáticas de interés más específicas que surjan de la observación y evaluación de la atención Clínica Infanto- Juvenil.

Debido a que la investigación describe el abordaje de la Salud Mental infanto juvenil desde un COSAM en particular (Pudahuel), una de las limitaciones que presenta este trabajo es la dificultad para generalizar los resultados aquí encontrados. Dado que el estudio utilizó los datos de las fichas clínicas, en varios casos éstas no contaban con los antecedentes del niño, lo que limita un análisis estadístico más complejo para establecer asociaciones.

La investigación es de tipo exploratorio-descriptivo, se utiliza una muestra intencionada no probabilística de 53 casos de niños y adolescentes atendidos durante los meses de marzo de 2006 hasta enero de 2007 en el COSAM de Pudahuel por una estudiante en práctica de Psicología de la Universidad de Chile.

OBJETIVOS

1. GENERAL

Conocer y analizar la Práctica Clínica en Salud Mental Infanto-Juvenil de un centro de atención comunitaria (COSAM), desde la perspectiva de la Psicología Clínica.

2. ESPECÍFICOS

- Caracterizar un grupo de niños y adolescentes consultantes del COSAM Pudahuel a partir de variables individuales y familiares que se asocian al riesgo en Salud Mental Infanto-Juvenil.
- Caracterizar la oferta de atención en Salud Mental Infanto-Juvenil de un COSAM a partir de las variables incluidas en el proceso clínico del centro.
- Analizar la Práctica Clínica de niños y adolescentes integrando características de los consultantes y los resultados del manejo clínico realizado.

DESARROLLO

I. Primera parte: ENFOQUE DE SALUD MENTAL

La Salud Mental es importante para el bienestar de las personas, en la actualidad ya no sólo se considera la Salud Física como signo de que una persona esté saludable o enferma. Esta nueva forma de entender al ser humano se relaciona con una visión integradora de los aspectos intervinientes en el bienestar de las personas, lo que se define como enfoque biopsicosocial, que incluye lo biológico o físico, lo psicológico y lo social o contextual. Transversalmente a estos aspectos de la salud de una persona se encuentra la consideración de la etapa del ciclo vital, esto porque, lo que se espera o se entiende por salud en una fase del desarrollo evolutivo es distinto a lo que se espera en otra fase. Por ejemplo, la salud de un lactante o un niño es evaluada y definida por un adulto (padres), en cambio un joven, adulto o anciano puede referirse o evaluar su propia salud.

En esta visión de la Salud Mental de acuerdo con el ciclo evolutivo, se plantea que en la infancia la homeostasis o equilibrio psíquico personal depende en buena parte, de la homeostasis o equilibrio familiar (Roa, 1995). De acuerdo a esta idea, en el desarrollo de la Salud Mental de los niños y jóvenes, los adultos que los rodean, ya sean padres, familiares, profesores u otros, son de gran importancia.

1. Salud Mental y Salud Mental Infanto-Juvenil

La definición de Salud Mental del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría en Chile propone *“contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible de interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común.”*(MINSAL, 2000, p.9)

Esta definición es genérica, es decir, no realiza distinciones entre edad, sexo o etnia para entender la Salud Mental de la población. Sin embargo, cuando se evalúa la Salud Mental de niños y adolescentes es necesario considerar que estos se encuentran en un proceso de desarrollo y construcción de sí mismos que hace necesario realizar una definición más exhaustiva para este segmento etario.

La Salud Mental infanto-juvenil podría ser precisada como *“la capacidad para establecer y sostener relaciones (inter) personales mutuamente satisfactorias; un desarrollo psicológico*

progresivo y persistente; la capacidad de jugar y aprender de modo que los logros sean apropiados para la edad y el nivel intelectual; el desarrollo de una conciencia moral de lo correcto e incorrecto; y si el grado de "malestar psicológico" y de conductas desadaptativas que presenta el niño están dentro de los límites normales para la edad y contexto del niño"(George, 2005).

Remplien en 1974, reúne en un cuadro comparativo (visión conjunta) las propuestas de varios autores sobre las fases del desarrollo de los niños y adolescentes, en la cual se entiende por primera infancia al periodo comprendido entre los 2 y 5 años, también denominado preescolar. Entre los 6 y 9 años, se conoce como segunda infancia (etapa escolar). Luego, entre los 10 y 13 años se encontraría la niñez tardía o prepubertad (preadolescencia, en la actualidad). Y finalmente, la pubertad o adolescencia se comprende como el periodo entre los 14 y 18 o 20 años, dependiendo del autor.

Los niños y adolescentes se encuentran en constante desarrollo psicosocial, y su Salud Mental puede verse afectada por dos tipos de desviaciones. Las primeras, desviaciones de orden cuantitativo del desarrollo sano o normal, y más frecuentes, se refieren a manifestaciones (conductas desadaptativas) como reacciones frente a situaciones específicas. Por ejemplo, trastornos del sueño o de los hábitos alimenticios, trastornos de adaptación, entre otros. Este tipo de problemas de salud mental son transitorios y guardan estrecha relación con el medio de interacción de los niños y adolescentes (familiar, escolar, social, etc.). El segundo tipo de desviaciones son las de orden cualitativo, es decir, aquellos problemas de Salud Mental infante juvenil que afectan el desarrollo psicosocial general, son persistentes en el tiempo y socialmente incapacitantes, como por ejemplo el autismo.(OMS, 1977, p.11)

En el desarrollo psicosocial de los niños y adolescentes influyen factores biológicos *"como las características temperamentales del niño, el sexo, el aspecto físico y el ritmo de desarrollo"* (OMS, 1977, p.18); factores cognoscitivos *"privación psicosocial (...) experiencia de fracaso en la escuela"* (OMS, p.19); factores ecológicos y sociales como la vida urbana, la vivienda y el hacinamiento, la pobreza y la migración; el tipo de educación, tanto a nivel familiar como institucional *"las variaciones de la evolución psicosocial de los niños van estrechamente unidas a la calidad de la mutua relación entre padres e hijos (...) los estudios en países desarrollados han demostrado que las escuelas pueden influir mucho en el desarrollo psicosocial del niño"*(OMS, p.21-24).

Los factores mencionados predisponen la aparición de trastornos mentales en los niños y adolescentes, también se ha investigado las influencias y factores favorecedores de un desarrollo psicosocial óptimo. Entre los factores protectores se encontrarían, el sexo femenino, presentar un temperamento tranquilo y adaptable, ser tolerante, mantener buenas relaciones con el padre o la madre, vivenciar experiencias favorables fuera del hogar y un ambiente familiar armonioso (OMS, 1977).

El estado de Salud Mental de los niños y jóvenes es casi siempre definido desde otros, ya sea por los padres, familiares, o por personas cercanas a ellos, por lo mismo es relevante la sensibilización a la población en general sobre el tema.

2. Estudios epidemiológicos sobre Salud Mental Infanto-Juvenil en Chile

Los estudios epidemiológicos realizados en Chile sobre Salud Mental Infantil son escasos, algunas de las investigaciones encontradas se han desarrollado en población general, accediendo a los niños desde los establecimientos educacionales, en población hospitalizada (menor de 18 años) y en población consultante de algún centro de Salud Mental.

Uno de los primeros trabajos en población infantil chilena fue realizado en población general durante los años 1992 y 1993, *“uno de sus objetivos es determinar la prevalencia de desordenes psiquiátricos en niños de primer año básico incorporados al sistema escolar”*.(MINSAL, 1998a, p.70). Este estudio contemplaba una segunda parte, *“mediante el seguimiento de las mismas cohortes de los niños estudiadas en 1992 y 1993, explorados con la misma metodología cuando cursaban sexto básico, permite contar con un perfil de la morbilidad psiquiátrica de los adolescentes entre 12 y 14 años.”*(MINSAL, p.72)

Los principales resultados del estudio muestran que los niños de primero básico presentan prevalencia de desordenes psiquiátricos (criterios CIE-10) entre un 38.1% y un 24.2%, siendo el trastorno de la actividad y atención el más frecuente. Luego vendrían los trastornos de eliminación (enuresis-encopresis) y trastornos de adaptación. Entre el 39.7% y 53.5% de los casos se encuentra adicional al diagnóstico clínico un diagnóstico psicosocial (factores psicosocial, Z CIE-10), *“Al estudiar la asociación entre los diagnósticos obtenidos en el Eje Sintomático y los del Eje Psicosocial, se comprueba que los niños con diagnóstico de un trastornos psiquiátrico tiene dos veces mas probabilidad de presentar también un problema psicosocial que los niños sin desorden psiquiátrico”* (De la Barra y cols, en MINSAL,1998, p.70).

La prevalencia de trastornos psiquiátricos en el segundo periodo del estudio (cursando sexto básico) aumenta al 43%, siendo el desorden emocional de comienzo habitual en la infancia el diagnóstico más frecuente, luego vendrían el desorden de conducta y el desorden de ansiedad. En este grupo el 37.4% presenta algún problema psicosocial. Comparando ambos periodos de una misma población, “se observa un leve aumento en los desórdenes psiquiátricos en general y un cambio en el tipo de psicopatología, lo que concuerda con los cambios evolutivos” (De la Barra y cols, en MINSAL, 1998a, p.74).

El Servicio de Cirugía del Hospital Roberto realizó un estudio en población hospitalaria “con el objetivo de determinar la presencia de síntomas psiquiátricos en pacientes quirúrgicos que nunca habían sido referidos para atención de salud mental”(Ulloa en MINSAL, 1998a, p. 74). Se encuestó a los acompañantes de 181 niños entre 5 y 10 años ingresados al Servicio de Cirugía durante el mes de julio de 1992, encontrando que el 49.5% presentaba síntomas de probable trastorno psiquiátrico (criterios CIE-9) y en el 62.6% de los casos existían factores psicosociales asociados. Un psiquiatra infantil evaluó los casos de posible trastorno psiquiátrico en base a la Clasificación Multiaxial de Rutter, encontrando que el 84% efectivamente presentaba un diagnóstico en esta línea, siendo el más frecuente la categoría conjunta de trastornos del desarrollo y síndrome de déficit atencional con el 31.3%.

En el mismo Hospital (Roberto del Río) en 1998 se realizó otro estudio en el Servicio de Salud Mental Infantil y de la Adolescencia en población consultante. Se consideró a 1020 menores de 16 años y se utilizó los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Los principales resultados fueron:

Categorías propuestas por el estudio	Preescolares 0 a 5 años	Escolares 6 a 9 años	Transición 10 a 11 años	Adolescencia 12 a 16 años
%	15.2%	37.5%	19%	28.3%
Hombre/Mujer	104/51	248/134	117/77	148/141
Frecuencia Diagnostico (%)	27.1% T. Adaptativo 21.29% T. D.A 14.84% T.O.D 7.09% T. Habla y lenguaje	29.8% T. Adaptativo 25.9% T. D.A 12.3% T.E.A y Habla 5.0% T de Eliminación	26.3% T. Adaptativo 9.3% T. D.A 8.2% T.E.A y Habla 8.2% T.O.D	21.5% T. Adaptativo 9.7% T. D.A 9.7% T. Personalidad 9% Conducta Suicida
Consultas se relacionan con...	1. La madurez del sistema nervioso y proceso de individuación. 2. Adquisición del lenguaje. 3. Hiperactividad disruptiva y/o Cda oposicionista	1. La inserción al sistema educacional, dificultades escolares (rendimiento y/o comportamiento). 2. Control de los esfínteres (no adquirido aún)	1. Exacerbaciones conductuales de T.O.D previos o manifestaciones propias de la edad. 2. Aparecen consultas por T. de personalidad y Cdtas suicidas	1. Toma de conciencia de las exigencias sociales 2. Búsqueda de su propia identidad. 3. Cdtas suicidas, T Personalidad, T Alimentación y abuso alcohol/drogas
T.D.A = Trastorno de Déficit Atencional T.O.D = Trastorno Oposicionista Desafiante T.E.A = Trastorno Especifico del Aprendizaje				

La mayoría de los consultantes se concentra al inicio de la etapa escolar, son predominantemente hombres (60.5%) y *“esta diferencia por sexo es más acentuada mientras menor es el niño, tendiéndose a la igualdad de consultas entre ambos sexo a medida que la edad aumenta”* (Almonte, 2001, p.102). En general, los diagnósticos más frecuentes son el trastorno adaptativo, trastorno por déficit atencional y los trastornos específicos del aprendizaje. Sin embargo, se presentan diferencias significativas por sexo, *“predominando en varones las siguientes patologías: trastorno adaptativo, trastorno por déficit atencional, trastorno de personalidad, trastorno de conducta. En el caso de las mujeres se observa predominio en los trastornos conversivos, trastornos psicofisiológicos y conductas suicidas”*(Almonte, p.103)

Al igual como se planteaba anteriormente, los motivos de consulta y diagnósticos van cambiando a medida que se avanza en el ciclo vital, de ahí la importancia de estudiar como se presentan y atienden las enfermedades de Salud Mental infanto- juvenil.

3. Política y Planes Nacionales de Salud Mental y Psiquiatría (1993 – 2000)

En el año 1993 el Ministerio de Salud publica “Políticas y Plan Nacional de Salud Mental”, donde se expone el marco conceptual y los principales lineamientos a través de los cuales se abordará la Salud Mental en Chile.

Este documento propone prioridades resumidas a continuación: fomentar la promoción de la Salud Mental de la población en general; generar acciones preventivas en grupos de mayor riesgo (pobreza, abandono, violencia, entre otros); proporcionar atención oportuna, aumentando coberturas y mejorando los servicios en regiones; superar dificultades en el abordaje de trastornos relevantes; asegurar participación de la comunidad en el cuidado de la Salud Mental y generar acciones de autocuidado en el recurso humano que trabaja en el sistema de salud; y por último, implementar programas de rehabilitación y reinserción social laboral y familiar de los discapacitados por causas psíquicas. (MINSAL, 1993, p.25-26-27)

En relación con la Salud Mental Infanto-Juvenil, el Plan Nacional (1993) describe áreas prioritarias de desarrollo, donde propone los siguientes objetivos: (MINSAL, 1993, p45-49):

- A. Generar intervenciones de promoción y prevención, fomentando la adquisición de hábitos que aminoren la incidencia de trastornos en salud mental de niños y adolescentes (estabilidad familiar, vinculación afectiva, estimulación, etc.).
- B. Intervenir a nivel de prevención primaria para modificar factores de riesgos generales y/o específicos asociados a los desórdenes psiquiátricos.

- C. Incorporar contenidos, acciones y actividades de Salud Mental en el Programa de Salud del Niño y del Adolescente en todos los niveles de atención.
- D. Aumentar progresivamente la cobertura y la calidad de atención en este grupo etario.
- E. Elaborar e implementar programas de prevención y atención integral del Maltrato Infantil.

En el año 2000, se publica “Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría”, que se elabora en base al documento de 1993 y las experiencias de siete años de trabajo. El nuevo Plan se ratifica los lineamientos entregados en el Plan anterior, como por ejemplo, el enfoque técnico biopsicosocial de abordaje de la Salud Mental de las personas, el soporte organizativo articulado en red, con equipos multidisciplinarios y un trabajo intersectorial con los distintos agentes intervinientes, entre otros. (MINSAL, 2000)

El Plan Nacional del 2000, entrega además una descripción detallada de las patologías de Salud Mental más prevalentes (consideradas prioridades), las prestaciones correspondientes y los centros en que se realiza la atención. Del total de programas prioritarios, tres se relacionan con niños y adolescentes, Trastorno Hiperkinético/de la atención, Trastornos relacionados con situaciones de violencia (Maltrato Infantil) y Abuso y dependencia de alcohol y drogas. Las estadísticas en relación a estos problemas de Salud Mental en este rango etario son elocuentes.

- Trastorno Hiperkinético/de la Atención: constituye el principal motivo de consulta en los Servicios de Neurología, Psiquiatría y Salud Mental Infantil, su prevalencia es aproximadamente un 6% en niños entre 5 y 7 años. Por cada 1000 niños escolares de enseñanza básica el 62 presenta T.H.A. (MINSAL, 2000, p.59-60)
- Trastornos de Salud Mental asociados a Violencia (Maltrato Infantil): alrededor del 50% de los niños refiere haber sufrido algún grado de maltrato físico y/o psicológico, y el 5% de los afectados ha debido ser atendido por un profesional del área de la salud. (MINSAL, p.67-68)
- Abuso y Dependencia de Alcohol y Drogas: el abuso de alcohol afecta casi al 15% de la población general mayor de 12 años, y el 5% de este mismo grupo etario declara haber consumido drogas ilícitas este último año. (MINSAL, p.106-107)

El trabajo propuesto en el Plan Nacional (2000) para mejorar la Salud Mental Infanto-juvenil le compete a Médicos, Psiquiatras, Psicólogos, Asistentes Sociales, entre otros

profesionales, pero además a los padres, profesores, compañeros de colegio, amigos del barrio, vecinos y a la comunidad en general. Estos agentes participantes en el desarrollo de los niños y adolescentes pueden convertirse en focos a evaluar e intervenir cuando se encuentra afectada la Salud Mental en este grupo etario.

La responsabilidad de trabajar por una Salud Mental Infanto Juvenil saludable posee múltiples contribuyentes. *“El rol del profesional de la Salud Mental es el de planificar y evaluar estrategias de intervención en las que los principales agentes activos son los individuos, sus familias y las organizaciones de la comunidad (...) las redes sociales corresponden a todas las relaciones significativas que un individuo establece cotidianamente a lo largo de su vida por lo que tiene un rol fundamental como fuente de apoyo emocional, de intercambio de información y de recursos.”*(Salud Mental Infanto-Juvenil en Chile, 1991, p 6).

4. Practicas en Salud Mental Infanto Juvenil en el Plan Nacional año 2000

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría se desarrolla en los establecimientos de Salud a través de la implementación de los programas prioritarios y en concordancia con el nivel resolutivo del centro. A continuación se exponen las intervenciones correspondientes a la atención primaria y especializada para niños y adolescentes con Trastorno Hiperactivo/de la Atención y Maltrato Infantil. (MINSAL, 2000, p. 59-75)

	Trastorno Hiperactivo	Maltrato Infantil
Atención Primaria (centros de salud general, CESFAM, consultorios)	Consulta médica de salud mental Consulta de salud mental Intervención psicosocial grupal Intervención comunitaria Consultoría de salud mental	Consulta médica de salud mental Consulta de salud mental Intervención psicosocial grupal Visita de salud mental Intervención comunitaria Consultoría de salud mental
Atención Especializada (Centros especializados, CRS, CDT, COSAM, etc.)	Consultoría de salud mental Consulta psiquiátrica Consulta psicológica clínica Psicoterapia grupal Intervención psicosocial especializada	Consultoría de salud mental Consulta psiquiátrica Consulta psicológica Consulta de salud mental especializada Intervención psicosocial especializada Psicoterapia grupal

Como se observa en el cuadro hay diferencias en las prácticas clínicas en la atención primaria y especializada ante un mismo trastorno, se planifican y gestionan las intervenciones de acuerdo al nivel resolutivo del centro, en relación a los recursos humanos, tanto técnicos como profesional, con lo que cuenta para la atención. Aquellos establecimientos públicos con equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria se configuran como centros a nivel secundario de resolución y entregan atención especializada. Los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM) son ejemplo de esta descripción, aquellos COSAM que no han logrado configurar este equipo actúan en

la red como centros primarios, pero hay otros centros que se encuentran a nivel secundario.

Los COSAM son “*establecimientos de atención ambulatoria, con dedicación exclusiva a la salud mental y psiquiátrica, que apoya y complementa a los consultorios rurales y urbanos de una comuna. Dado su carácter de interfase entre el sistema de salud y el sistema social municipal, la red puede encontrar aquí las mayores condiciones para la promoción, reinserción social, y participación social en salud mental y psiquiatría (...)* El equipo base puede estar compuesto por *médico psiquiatra de adultos e infanto-juvenil, asistente social, psicólogo, monitor de salud mental, terapeuta ocupacional, profesor de educación física.*”(MINSAL, 1999, p.27) Estos centros intervienen en nivel promocional, preventivo, de tratamiento y rehabilitación como se muestra a continuación.

Nivel promocional	Nivel preventivo	Nivel de Tratamiento	Nivel de Rehabilitación
Capacitación / apoyo técnico a agentes de salud mental Sensibilización, información y educación directa. Sensibilización, información y educación indirecta. Reuniones intra e intersectoriales.	Capacitación / apoyo técnico a agentes de salud mental Sensibilización, información y educación directa Sensibilización, información y educación indirecta Reuniones intra e intersectoriales. Talleres de aprendizaje de habilidades	Consulta de salud mental. Intervención psicosocial de grupo Consulta psicológica Consulta psiquiátrica. Consejería individual Consejería familiar Psicometría Psicoterapia. Atención telefónica / Visita domiciliaria Educación sobre enfermedades psiquiátricas Peritaje	Consulta psicológica. Consulta psiquiátrica Visita domiciliaria. Sesiones con grupos de ayuda Apoyo a la utilización de la red de rehabilitación Sesiones de rehabilitación

El Ministerio de Salud definió a los COSAM como establecimientos enfocados a la promoción y prevención de la Salud Mental de la comunidad, también otorgar tratamiento y rehabilitación. Se les ubicó estratégicamente en los sectores de extrema pobreza, sin embargo su cobertura es limitada, solo existen alrededor de 35 centros en el país. El mayor temor de los profesionales que gestaron el proyecto era terminar asistiendo a la población como los consultorios y no como centros de salud,”... *existía desconfianza entre los propios equipos de trabajo de los COSAM y entre estos y los servicios de salud estatal. Temían los equipos de los centros ser transformados en consultorios (...)* y se perdiera definitivamente la posibilidad de trabajo comunitario preventivo.”(MINSAL, 1994, p10-11)

El funcionamiento de los COSAM depende administrativamente del municipio correspondiente (Corporación Municipal) y técnicamente del Ministerio de Salud, y en relación a ambos agentes es como se organiza cada centro en forma particular, es decir, los programas, los recursos, la cantidad de profesionales, etc. Con esto se puede llegar a entender que en algunos se ejecuten programas, como por ejemplo el Habilidades para la

vida (JUNAEB) o el de adicciones (CONACE), y en otros no, y se encuentre solamente los programas priorizados por el Ministerio de Salud.

5. COSAM de Pudahuel (Enfoque desde el cual trabajan)

La particularidad del COSAM de Pudahuel es que surgió *“en 1995 como una iniciativa de un grupo de estudiantes de Psicología de la Universidad de Chile (...) Unidad de Salud Mental del Servicio Occidente y la Junta de Vecinos Santa Corina Poniente N°4.”*¹

En los inicios del proyecto los profesionales conforman dos grupos, uno relacionado con la Psicología Clínica y el otro con la Psicología Comunitaria, en el tiempo solamente perduraron los primeros. Estos Psicólogos Clínicos orientaban su trabajo en una visión sistémica, mirada que mantienen hasta el día de hoy. Actualmente este centro cuenta con distintos profesionales: médico general, psiquiatras (infantil y adulto), psicólogos, técnico en rehabilitación, terapeutas ocupacionales, psicopedagogas, enfermera, asistente social y profesor de educación física.

En los 12 años de funcionamiento del COSAM Pudahuel su actuar se ha modificando de acuerdo a los requerimientos de la población consultante, los lineamientos del MINSAL y las instituciones con las cuales tienen convenio o sus servicios (JUNAEB y CONACE). Un ejemplo de ello es que los profesionales que lo fundaron el centro, en concordancia con su orientación, no establecían diagnósticos clínicos. Para ellos, los problemas de las personas tienen relación con el tipo desadaptativo de patrones relacionales que establecen y no con trastornos preestablecidos en clasificaciones diagnósticas como CIE-10 o DSM-IV.

Sin embargo, para insertarse en la red de salud tuvieron que realizar algunos cambios en sus procedimientos, como por ejemplo realizar diagnósticos según la clasificación CIE-10 y ajustarse al sistema de registro de prestaciones del MINSAL, entre otros. A pesar de los cambios se mantiene la forma de entender las problemáticas de los consultantes (orientación sistémica-relacional) y las intervenciones a realizar psicoterapéuticamente.

El marco general de atención utilizado es el enfoque de riesgo, el cual se basa en la identificación de vulnerabilidades y de factores protectores y de riesgo en la población consultante, con el objeto de encontrar la intervención adecuada (promoción, prevención, recuperación o tratamiento, rehabilitación y reinserción) para cada caso en particular.(COSAM Pudahuel, 2006)

¹ <http://www.asociatividad.cl/completo/sitio/info.asp?Ob=1&Id=181>

A grandes rasgos el COSAM Pudahuel y quienes trabajan allí entienden que los conflictos de las personas (niños, adolescentes o adultos) son de naturaleza relacional, es decir, de la interacción de la persona con los sistemas con los cuales mantiene relación (padres, hermanos, compañeros, escuela, comunidad, etc.). Y la idea es que terapeuta junto con cliente identifiquen el patrón relacional desadaptativo (que mantiene el problema) para así buscar alternativas de solución y promover al cambio.

Los profesionales del centro manejan el paradigma sistémico-relacional, realizan las acciones de acuerdo al modelo de intervención al cual se adhieren, es decir, no todos los profesionales trabajan desde el mismo enfoque sistémico, algunos lo hacen desde el modelo estratégico breve, otros desde el MRI, o el modelo centrado en las soluciones, o el modelo narrativo, entre otros.

Se utilizan las intervenciones de los distintos enfoques o modelos de acuerdo a las características del cliente, proceso terapéutico y las habilidades del terapeuta. Por ejemplo, de acuerdo con la terapia estratégica, se espera generar la participación activa tanto del terapeuta como del cliente en el proceso, el cambio se lleva a cabo a través del cumplimiento metas concretas y alcanzables, se plantea que cada terapia es distinta, ya que cada cliente lo es.

En tanto del MRI, se utiliza la modificación de las soluciones intentadas que mantienen la problemática (de naturaleza interaccional), existen conflictos y patrones de comportamientos transgeneracionales que pueden ser entendidos desde esta visión, como por ejemplo el maltrato.

Para la visión del MRI los síntomas no son estables y su foco se encuentra en resolver los problemas presentes del consultante, al igual que en el modelo estratégico utilizan la definición conjunta terapeuta-cliente de metas explícitas y factibles de cumplir. Además, establecen un rango de sesiones (10 a 12) para efectuar la intervención en resolución de los problemas.

En el modelo centrado en narrativas, entiende a la persona como espectadora, autora y protagonista de sus relatos y por ende de sus vivencias y las significaciones que haga de estas. Se intenta que el cliente integre las distintas visiones que tiene de si mismo, a través de cartas, cuentos, diarios de vida, entre otros, instrumentos que permiten plasmar historias, sentimientos, acciones, e ir modificándolas en el trabajo terapéutico.

6. Experiencia de Práctica en el COSAM de Pudahuel

El periodo de duración de la práctica profesional, como Psicólogo Clínico en el centro fue de 10 meses, los practicantes deben cumplir con 25 horas semanales, de las cuales 12 corresponden a atención de consultantes - evaluación psicológica, psicoeducación, psicoterapia individual o familiar -. Específicamente en el área infanto-juvenil el resto del tiempo se distribuye en asistencia a reuniones clínicas y técnicas multidisciplinarias, ejecución de talleres para padres y/o niños, supervisión de los casos en espejo y elaboración de informes.

El COSAM Pudahuel es una institución de la Red de Salud Pública que atiende a los niños y adolescentes de la comuna que requieran asistencia en Salud Mental. En esta comuna existen otros centros (CRS, CTD, Centro de Salud Mental Infanto-juvenil, etc.) con la misma población objetivo, la diferencia consiste en los trastornos atendidos por los centros. La articulación de la red de Salud ha permitido concentrar en un establecimiento las atenciones de un determinado diagnóstico, por ejemplo, todos los niños y adolescentes de la comuna que presentan anorexia o bulimia son atendidos en el CRS, los adolescentes con conductas autodestructivas en el Hospital de día, los trastornos del desarrollo se derivan a instituciones especializadas, etc.

La atención del COSAM se concentra en los niños y adolescentes que cumplan con los requisitos de los siguientes programas o PAD (Prestaciones Asociadas a un Diagnóstico) del área infanto-juvenil:²

PAD 1 Trastornos Hipercinéticos

PAD 2 Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y adolescencia

PAD 3 Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación

La coordinación entre los centros de salud primarios, establecimientos educacionales, OPD y otras instituciones relacionadas con la Salud Mental infanto-juvenil ha permitido delimitar y regular el ingreso de los consultantes al COSAM, los niños y adolescentes deben ser derivados desde algunas de las instancias mencionadas, para recibir atención. Exentos de esta normativa se encuentran aquellos consultantes ingresados en las horas de urgencias.

² Detalle de los diagnósticos y las intervenciones del COSAM de Pudahuel en el área Infanto Juvenil en los anexos.

La derivación se entrega en secretaria, donde se registran los datos del consultante en un protocolo de ingreso (nombre, edad, fecha de nacimiento, R.U.T, teléfonos, quien deriva) e informa a la persona que acompaña al niño o adolescente que se le llamará a entrevista de ingreso. El tiempo entre ambos eventos puede ser desde un mes hasta tres meses dependiendo de la demanda del centro. Debido a esta demora en la atención es que existen horas diarias de urgencia, para aquellos casos que no pueden esperar el tiempo de demanda normal y requieren una intervención perentoria, por ejemplo, un niño/a víctima de abuso sexual o maltrato infantil grave.

Los protocolos de ingreso y derivaciones son revisados semanalmente por las profesionales de los programas para determinar según el motivo de consulta a que PAD correspondería el caso. Las encargadas realiza la entrevista de ingreso y completan la ficha de ingreso, donde se registran datos generales del consultante (nombre, edad, escuela, previsión, dirección, etc.), con quien vive, motivo de consulta, atenciones anteriores, datos del desarrollo (anamnesis) y realiza un diagnóstico CIE-10 provisorio y entrega sugerencias para el profesional que se hará cargo del caso.

La primera sesión es semejante en todos los PAD (protocolo de entrevista), se establece el marco de tratamiento, setting (horarios, reglas de asistencia, carta de compromiso, etc.), se recolectan datos sobre el problema o queja que los llevo a consultar, se describe el motivo de consulta y se evalúa la dinámica familiar. En las tres o cuatro sesiones posteriores se realiza una evaluación o psicodiagnóstico, con el objetivo de establecer las intervenciones adecuadas para el caso. A continuación, para una mejor comprensión se describirán los procesos e intervenciones en los 3 programas del centro.

PAD 1 Trastorno Hiperactivo

El COSAM de Pudahuel cuenta con los profesionales necesarios para configurar un Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria, por ende le corresponde realizar las prestaciones de atención especializadas para niños y adolescentes con Trastorno Hiperactivo/de la atención.

Este centro cumple con casi todas las prestaciones correspondientes a su nivel, es decir, los niños acceden a consulta psiquiátrica, consulta psicológica clínica e intervención psicosocial grupal especializada con familiares (talleres psicoeducativos). La psicoterapia grupal es la única intervención que no se realiza, pero se ejecutan talleres dirigidos por

psicopedagogas, donde se cumplen algunos objetivos de la psicoterapia grupal, como adquirir destreza social y autocontrol.

La entrevista de ingreso es realizada por la Psicopedagoga (encargada del programa), instancia en que solo asisten los padres (generalmente la madre), se registrar principalmente antecedentes de la anamnesis del niño. Posterior, la psicóloga a cargo del caso cita a la madre junto con el niño a una primera entrevista y así comienza el periodo de evaluación psicológica o Psicodiagnóstico. La evaluación de los niños del PAD 1 consiste en una entrevista clínica con el niño y con al menos uno de sus padres, la aplicación del Test Gestáltico Visomotor Bender Koppitz para niños o Bender Bip para los adolescentes y la Escala de inteligencia Weschsler (WPSSI, WISC-R o WAIS). En preescolares, se evalúa el desarrollo psicomotor con el TEPSI o el EEDP.

Finalizada la evaluación psicológica (3 o 4 sesiones) se entregan los resultados al niño o adolescente y sus padres en una sesión de devolución. Antes de esta sesión, el psicólogo debe planificar, de acuerdo a los diagnósticos³ los objetivos terapéuticos del caso (en función del niño/adolescente y de su familia) y establecer las estrategias de intervenciones a seguir: en el caso de los niños o adolescentes con Trastorno Hiperactivo luego del psicodiagnóstico, se deriva a evaluación psiquiátrica para corroborar el diagnóstico clínico psicológico.

Posteriormente el niño es ingresado a un taller grupal (grupo de 5 a 7 años o grupo 8 a 10 años, durante el 2006 no se realizaron talleres para adolescentes) dirigido por psicopedagogas, asisten una vez por semana durante aproximadamente 20 sesiones. Los padres asisten a talleres psicoeducativos por 10 sesiones, donde se les explica el cuadro clínico y tratamiento (especialmente el farmacológico), además se les entrena en la adquisición de habilidades para el manejo de sus hijos, este taller lo dirige una psicóloga.

El taller de los niños cumple con los siguientes objetivos: desarrollar habilidades sociales y autocontrol, favorecer el desempeño escolar y estimular el desarrollo de una percepción positiva de si mismo. La disciplina de las profesionales a cargo del taller permite abordar las dificultades de aprendizaje de los niños con trastorno Hiperactivo, principal comorbilidad del Trastorno Hiperactivo.

³ El COSAM de Pudahuel trabaja con diagnósticos complementarios, el establecido por las Clasificaciones CIE-10 y el diagnóstico de la visión sistémica-relacional, revisar anexos.

Los niños y adolescentes del PAD 1 permanecen en el centro por al menos 2 años, asisten a controles psiquiátricos, reciben apoyo psicopedagógico constantemente y psicológico en aquellos casos que lo necesiten, por lo general, cuando hay otras dificultades además del Trastornos Hiperactivo.

PAD 2 Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y adolescencia

Las prestaciones correspondientes del PAD 2 no se encuentran normadas en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, ya que no es un programa definido como prioridad a diferencia Trastornos Hiperactivo. La forma de intervenir a los niños y jóvenes con trastornos emocionales y conductuales descrita a continuación corresponde a la utilizada en el COSAM de Pudahuel.

La entrevista de ingreso es realizada por la Psicóloga encargada del PAD 2, determina si el niño o adolescente requiere atención individual o grupal según el motivo de consulta. Cuando se determina atención individual el caso es derivado a una psicóloga para realizar un psicodiagnóstico y establecer el tipo de tratamiento (individual, familiar o grupal). Cuando se determina atención grupal el caso es derivado a la Terapeuta Ocupacional quien realiza las intervenciones psicosociales de grupo en el centro.

El psicodiagnóstico en este programa tiene una duración de 4 a 5 sesiones, el procedimiento es el mismo para los tres programas, primera entrevista con el consultante y sus padres y aplicación de pruebas dependiendo de la edad y el motivo de consulta. Si el caso requiere evaluación cognitiva se utilizan los instrumentos descritos para el PAD 1. Pero considerando la variedad de motivos de consulta en el PAD 2, se requiere además otros tipos de evaluaciones, ámbito emocional y/o familiar. En la evaluación emocional se aplican pruebas gráficas (dibujo libre, figura humana, de la familia, familia de animales, familia de símbolos, persona bajo la lluvia y HTP, el Centro cuenta con protocolos para estas pruebas), pruebas proyectivas (Test de Apercepción Infantil CAT-A o Test de las Relaciones Objetales TRO) y cuestionarios temáticos (depresión, ansiedad, adolescentes, entre otros.). Para la evaluación familiar se aplican cuestionarios o se realizan sesiones con los padres.

Los procedimientos de entrega de resultados del psicodiagnóstico y planificación del caso se realizan igual que en el PAD 1. Las opciones de prestaciones en el PAD 2 son: evaluación psiquiátrica, evaluación psicopedagógica, tratamiento psicológico individual y/o familiar, intervención psicosocial de grupo (a excepción de los adolescentes, el trabajo grupal es paralelo entre padres e hijos) y talleres deportivos complementarios.

PAD 3 Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación.

Las prestaciones de este programa corresponden a las propuestas en el Plan Nacional (2000) sobre el tratamiento de trastornos de Salud Mental asociados a violencia y las orientaciones clínicas para el tratamiento de Maltrato infantil (1998). En este PAD se encuentran los niños o adolescentes testigos de violencia, víctimas de maltrato infantil o abuso sexual. También, ingresan a este programa quienes sufren trastornos de adaptación asociados a situaciones estresante (duelos, cambios de colegio o casa, entre otros).

Los casos de mayor compromiso psicológico (víctimas de maltrato grave o abuso sexual) son atendidos por las profesionales competentes del centro, casi nunca son derivados a estudiantes en practica. Estos casos requieren intervenciones multidisciplinares y un trabajo intersectorial, por ejemplo, visita domiciliaria por asistente social, derivación a la OPD y en algunas situaciones asistir a instancias legales. Concordante con lo anterior y debido a la gravedad de las temáticas abordadas, es el único PAD que recibe consultantes sin derivación formal de los establecimientos escolares o consultorios, gran parte de los niños y adolescentes ingresan a través de las horas de urgencia.

La profesional encargada del PAD 3, en la entrevista de ingreso determina la urgencia de atención el caso, algunos niños o adolescentes son asignados inmediatamente a esta primera entrevista, es decir, no ingresan a la lista de espera del profesional correspondiente, como ocurre con los casos PAD 1 y PAD 2. El procedimiento es similar al de los otros programas, desde la entrevista de ingreso hasta la devolución y planificación.

En el PAD 3 se realizan principalmente evaluaciones emocionales y familiares, pero cuando el caso lo amerita también evaluaciones cognitivas. Con los resultados del psicodiagnóstico se definen las estrategias: derivación a evaluación psiquiátrica, ingreso a intervención grupal (taller de apoyo emocional, dirigido por terapeuta ocupacional, pero que no cuenta con trabajo en paralelo para padres), tratamiento psicológico individual y/o familiar y derivación a asistente social y/o OPD.

Sistema de Registro de los programas (PAD)

Los profesionales y estudiantes en practica del COSAM de Pudahuel manejan un sistema de registro de actividades y datos, este sistema “... *permite mantener un constante registro de las acciones realizadas por el equipo profesional... aporta fundamentos para la toma de decisiones del centro... la solicitud de recursos o postulación a proyectos...*”(COSAM Pudahuel, 2006, p.1). Además, permite informar al Servicio de Salud Metropolitano

Occidente (SSMOC) las acciones del centro y tener acceso rápido a la información de los consultantes atendidos.

Interesa mencionar dos categorías de este Sistema de Registro, resolución del motivo de consulta (tipo de egreso) y evaluación del tratamiento (nivel de mejoría). Ya que son variables que se analizarán en este estudio.

La resolución del motivo de consulta se entiende como el resultado del caso al ser finalizado un proceso de atención en el COSAM de Pudahuel.

RESOLUCIÓN	DESCRIPCIÓN
Alta	El paciente fue egresado del centro, en acuerdo con el terapeuta, pues los objetivos que él buscaba fueron cumplidos.
Alta con seguimiento	El paciente fue dado de alta, cumpliéndose los objetivos del tratamiento, pero se realizarán sesiones de seguimiento
Cumplimiento de prestación	El paciente recibió una prestación específica constituyendo este su objetivo.
Abandono	El paciente dejó de asistir al centro.
No asiste	Se le citó y no vino
Finalización	El paciente y el terapeuta acuerdan finalizar la terapia, debido a alguna situación particular, sin que se hayan cumplido los objetivos del tratamiento.
Fin de intervención	El paciente finaliza una intervención sin embargo no está de alta
Fin de intervención-derivación interna.	El paciente finaliza una intervención y es derivado a otro terapeuta del centro.
Derivación Externa	El paciente es derivado a otra institución para su atención y tratamiento, finalizando su proceso en el centro. Debe registrarse según el código de la institución a la cual fue derivado.
Derivación Externa con recitación	El paciente es derivado a otra institución, esperando su reincorporación al centro para continuar su tratamiento. Debe registrarse el código de la institución a la cual fue derivado.

La evaluación del tratamiento se entiende como el logro de los objetivos planteados en el tratamiento, al momento de finalizar el caso, con independencia de la manera en que finalizó (alta, abandono, etc.), los criterios son los que se muestran a continuación.

EVALUACIÓN	DESCRIPCIÓN
Resolución total	Se cumplieron todos los objetivos que se acordaron con el consultante.
Mucha mejoría	Se cumplió la mayoría de los objetivos acordados con el paciente más del 70% de estos).
Poca mejoría	Se cumplió una pequeña parte de los objetivos acordados con el consultante (menos del 50%)
Igual	No se cumplieron los objetivos acordados con el paciente
Empeoró	La situación del paciente empeoró

II. Segunda parte: ANALISIS DE LA PRACTICA CLINICA (COSAM)

En el COSAM de Pudahuel entre marzo del 2006 a enero del 2007 ingresaron alrededor de 748 individuos menores de 18 años, de los cuales casi 300 fueron atendidos por 5 alumnas en práctica. Para el desarrollo de la presente investigación se utilizó como muestra de 53 casos de niños y adolescentes consultantes atendidos por una estudiante en práctica.

A continuación se describirán los datos de los consultantes y sus familias, luego los programas de atención del centro y por último, se analiza como se comportan las distintas variables de los antecedentes de los niños y adolescentes al interior de los 3 PAD o programas (Trastornos Hipercinético, Trastornos emocionales y conductuales y Trastornos de adaptación)

A. Variables individuales y familiares de los consultantes

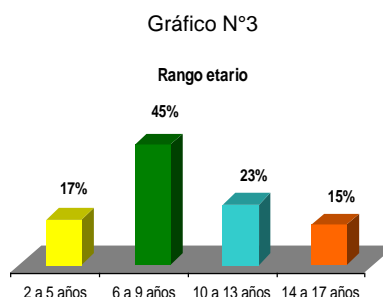
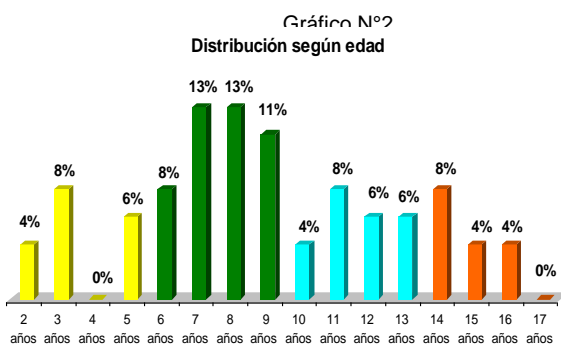
1. Sexo

El gráfico N°1 muestra que la proporción de consultantes menores de 18 años de sexo masculino (64%) es casi el doble de la proporción de sexo femenino (36%), la diferencia entre las hombres y mujeres es significativa al 0.05 .



2. Edad

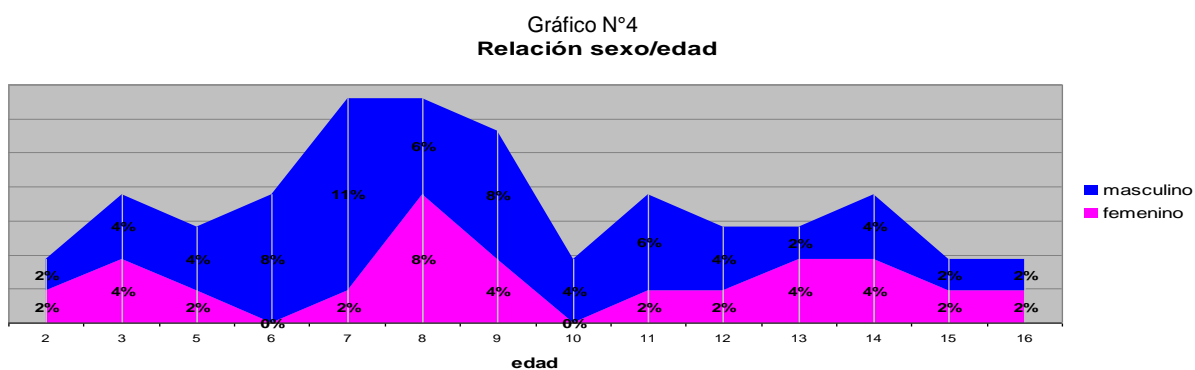
En relación a las edades de los consultantes, se observa en los gráficos N° 2 y 3 que el 17% de los casos corresponde a niños en etapa preescolar, sin necesariamente asistir a establecimientos educativos. Muchas de las consultas en este rango etario se relacionarían más con problemáticas familiares o ambientales que afectan el comportamiento del niño, que con trastornos de índole clínico propiamente.



Entre los 6 y 9 años se observa un aumento de las consultas (45%), lo cual coincide con el inicio de la etapa escolar. Investigaciones plantea que esta distribución se asocia al nuevo contexto al cual se enfrentan los niños, profesores y/o padres comienzan a visualizar diferencias al comparar los rendimientos de los niños con sus pares en distintas áreas, cognitivas, emocionales y conductuales. Los profesores tienden a ser los primeros en detectar desviaciones del desarrollo en los niños.(Almonte, 2001)

Las consultas disminuyen casi a la mitad entre los 10 y 13 años, considerados preadolescentes (23%), y continúan disminuyendo en los adolescentes, con un 15%.

El gráfico N°4 presentado a continuación se observa el comportamiento de las variables sexo y edad en conjunto.



Tanto los niños como las niñas comienzan consultando en igual proporción, en cambio, desde los 5 años hasta los 7 años aumentan sostenidamente las consultas de los varones. A los 8 años se observa un cambio en la tendencia, las niñas sobrepasan a los niños en las consultas, pero entre los 9 y 12 años continúan siendo los varones quienes más consultan. Entrando en la adolescencia se equilibran los géneros nuevamente.

3. Escolaridad

En la tabla N°1 se visualiza que el 6% de los casos no asiste a ningún establecimiento educacional y corresponden a niños de 2 y 3 años. El 11% se encuentra en educación preescolar, el 75% en educación básica y el 8% en educación media.

Tabla N°1

Educación		
	N	%
Educación preescolar	6	11%
Educación básica	40	75%
Educación media	4	8%
No asiste	3	6%
total	53	100%

Tabla N°2

Rendimiento según los padres		
	N	%
Dificultades	7	13%
Bajo	5	9%
Irregular	1	2%
Regular	20	38%
Bueno	15	28%
Muy bueno	2	4%
Sin antecedentes	3	6%
Total	53	100%

La tabla N°2 expone las percepciones de los padres en relación al rendimiento escolar de sus hijos, de acuerdo con las categorías mencionadas por ellos mismos en la primera entrevista o durante el tratamiento de los niños y adolescentes.

El 9% de los casos posee antecedentes de repitencia y el 36% presenta antecedentes de haber asistido o estar asistiendo a escuela de lenguaje.

4. Tipo de familia

Como se muestra en la tabla N°3, el 51% de los niños y jóvenes pertenece a familias biparentales y el 44% a familias monoparentales. En pocos casos (6%) se presentan situaciones familiares “atípicas”, como por ejemplo vivir con tía paterna o padres adoptivos no legales.

Tabla n°3

Con quien vive		
	N	%
Ambos pares	27	51%
Solo con madre	19	37%
Solo con padre	4	8%
Padres adoptivos	2	4%
Otros familiares	1	2%
Total	53	100%

Tabla N°4

Situación fraternal		
	N	%
Hijo único	12	23%
Hermano mayor	10	19%
Segundo hijo	6	11%
Tercer hijo	3	6%
Hermano menor	20	38%
Adopción	2	4%
Total	53	100%

En el 28% de los casos habita en hogares con sus abuelos y/o tíos y primos, en situación de allegados.

En relación al sistema fraternal (Tabla N°4) al cual pertenecer los niños y adolescentes consultantes, se puede decir, que el 74% tiene hermanos y el 23% es hijo único.

Otros antecedentes familiares encontrados son: el 26% de la muestra tiene algún familiar que se atiende o recibió atención en el COSAM, en el 11% existen antecedentes de violencia intrafamiliar, el 6% de los padres posee antecedentes de drogadicción y el 2% de esquizofrenia, al menos el 8% de las madres al momento de atención de sus hijos presenta algún grado de depresión.

5. Escolaridad y ocupación de los padres

En la tabla N°5 se observa que el 49% de las madres y el 32% de los padres de los niños y adolescentes no finaliza su educación media. La sumatoria de los padres con estudios superiores arroja un 8%. La baja escolaridad de los padres, es considerada un factor de riesgo en la Salud Mental Infanto adolescente.

Tabla N°5

ESCOLARIDAD	Padre		Madre	
	N	%	N	%
Educación básica incompleta	4	8%	7	13%
Educación básica completa	5	9%	7	13%
Educación media incompleta	8	15%	12	23%
Educación media completa	21	40%	22	42%
Educación superior	3	6%	1	2%

Tabla N°6c<e

OCUPACIÓN	Padre		Madre	
	N	%	N	%
Trabaja	37	70%	18	34%
Jubilado	1	2%	0	0%
Cesante	4	8%	1	2%
Dueña de casa	0	0%	31	58%

En relación a la ocupación actual de los padres cabe mencionar que el 34% de las madres trabaja y el 58% es dueña de casa, en cambio, el 70% de los padres trabaja, el 8% se encuentra cesante y el 2 % es jubilado.

B. Variables relacionadas con los programas de atención del centro

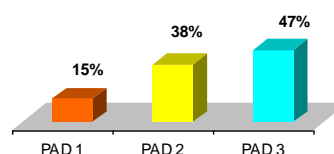
El COSAM Pudahuel cuenta con 3 programas de atención en el área infanto juvenil, a los cuales ingresan a los niños y jóvenes consultantes de acuerdo a sus problemas de Salud Mental.

- **PAD 1: Trastornos Hipercinéticos**
- **PAD 2: Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y adolescencia.**
- **PAD 3: Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación.**

Como se muestra en la tabla N°7 y gráfico N°5 la mayoría de las consultas (47%) se registran en el PAD 3, el cual se encarga de los Trastornos de adaptación, que son los más prevalentes en casi todas las edades. Luego, es el PAD 2 con el 38% de las atenciones y finalmente el PAD 1 con el 15%.

Tabla N°7

PAD		
	N	%
PAD 1	8	15%
PAD 2	20	38%
PAD 3	25	47%
Total	53	100%

Gráfico N°5
Frecuencia según programas

A continuación se describirá los programas de acuerdo a 5 variables del proceso clínico - diagnósticos, comorbilidad, tipo de atención, nivel de mejoría y tipo de egreso-

1. Diagnóstico Eje sintomático en las clasificaciones CIE-10

La tabla N°8 muestra la distribución de los 53 casos de acuerdo a los diagnósticos agrupados en los PAD⁴. El 37% del total corresponde a la clasificación reacción grave al estrés y trastornos de adaptación, el 21% a otros trastornos de las emociones y del comportamiento y el 13% al Trastorno de la actividad y de la atención, aparecen como los diagnósticos más prevalente en la muestra.

Tabla N°8

PAD 1				PAD 2*				PAD 3*			
	N	% total	% PAD 1		N	% total	% PAD 2		N	% total	% PAD 3
F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención	7	13%	88%	F91 Trastorno disocial o de conducta	3	6%	15%	F32 Trastornos del humor (afectivos)	1	2%	4%
F90.1 Trastornos Hipercinético disocial	1	2%	12%	F92 Trastornos de conducta y de las emociones mixtos	4	8%	20%	F41 Trastornos de ansiedad	1	2%	4%
				F93 Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia	1	2%	5%	F42 Trastornos obsesivo compulsivo	1	2%	4%
Total	8	15%	100%	F94 Trastorno del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	1	2%	5%	F43 Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación	20	37%	80%
				F98 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual...	11	21%	55%	F50 Trastorno de la conducta alimentaria	2	4%	8%
				Total	20	38%	100%	Total	25	47%	100%

*Debido a la variedad de diagnósticos en ambos PAD se utilizaron dos cifras de las clasificaciones CIE-10

2. Comorbilidad

Para este ámbito se considero las clasificaciones en los Ejes 2 y 4 (Trastornos de Desarrollo Psicológico y Factores Psicosociales respectivamente) del manual clínico CIE-10. En la tabla N°9 aparece que la mayoría de los niños y adolescentes del PAD 1 presentan dificultades de aprendizaje, como por ejemplo problemas en el desarrollo del habla, la escritura o el aprendizaje escolar, de los cuales el 38% recibe atención psicopedagógica.

Tabla N°9

	PAD 1	PAD 2	PAD 3
F8	63%	40%	0%
Z	13%	25%	76%

En el PAD 2, el 40% de los casos presenta trastornos específicos de aprendizaje escolar y el 25% presenta factores psicosociales asociados a sus diagnósticos clínicos.

⁴ En detalle de los diagnósticos agrupados en las categorías se encuentra en el anexo 1

Para el PAD 3 los factores psicosociales entregan información relevante para comprender los trastornos adaptativos de los niños, se encuentran en el 76% de los casos y se relacionan principalmente con problemas con el grupo primario de apoyo (65%), hechos negativos en la niñez (20%), problemas con la crianza del niño (10%) y con situaciones familiares atípicas (5%).

3. Atención

La tabla N°10 muestra que el 100% de los casos atendidos en el PAD 1 recibieron entrevista de ingreso, primera entrevista clínica con padres y psicodiagnóstico. A la sesión de entrega de resultados (sesión de devolución), donde debía asistir al menos uno de los padres del niño o joven, asistió el 88%. En el 50% de los casos se realizaron sesiones de psicoeducación con los padres para un mejor entendimiento del Diagnóstico y nuevas formas de comprender el comportamiento de sus hijos.

Tabla N°10

PAD 1			PAD 2*			PAD 3*		
Prestación	%	Observación	Prestación	%	Observación	Prestación	%	Observación
Atención Psicológica	100%	Evaluación	Atención psicológica	90%	Evaluación	Atención psicológica	72%	Evaluación
	50%	Tratamiento (psicoeducación con los padres).		50%	Tratamiento individual y/o familiar		44%	Tratamiento individual o familiar
Atención Psiquiátrica*	63%	Confirmación diagnóstica, tratamiento farmacológico y controles.	Atención psicopedagógica	20%	Evaluación en algunos casos	Atención psiquiátrica	0%	
Atención Psicopedagógica	38%	Evaluación psicopedagógica individual y tratamiento grupal	Atención psiquiátrica	10%	Evaluación y tratamiento farmacológico	Intervención grupal	8%	Taller de apoyo emocional
Taller Psicoeducativo para padres**	13%		Intervención psicosocial de grupo	10%	Niños juntos a sus padres (sesiones en paralelo.)	Asistente social	16%	Casos compartidos derivaciones a OPD
Taller Psicopedagógico para niños	38%		Taller psicoeducativo para padres	5%	Padres con Niños menores a 4 años	*la diferencia entre psicodiagnóstico y tratamiento en el área psicológica se debe a que los últimos meses de práctica solo se realizaron psicodiagnóstico y el tratamiento fue derivado a otros profesional.		
*Un caso abandono el programa y el otro caso se en lista de espera de atención. **Algunos padres asistieron al taller de padres el año pasado, los niños continúan en taller psicopedagógico.			Talleres deportivos complementarios	0%				

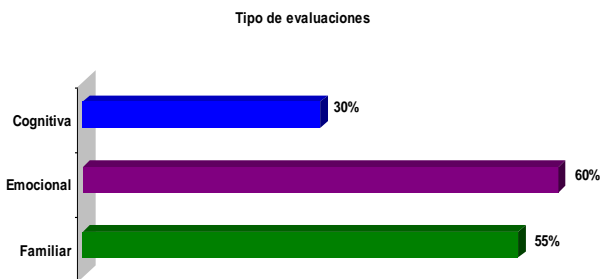
En el PAD 2 aparece que el 90% de los casos finalizó el periodo de evaluación o psicodiagnóstico, periodo en el cual el 30% recibió evaluación cognitiva, el 60% recibió evaluación emocional y en el 55% de los casos se efectuó evaluación familiar, como se puede observar en el gráfico N°6 los porcentajes algunos casos recibieron más de un tipo de evaluación, las evaluaciones no son excluyentes. En la tabla N°11 se muestran otros

resultados específicos del PAD 2, a la sesión de devolución asiste el 80% y el 50% recibe tratamiento psicológico individual o familiar.

Tabla N° 11

Atenciones recibidas		
	N	%
Ingreso	20	100%
Primera entrevista	20	100%
Evaluación	18	90%
Devolución	16	80%
Tratamiento individual o familiar	10	50%
Tratamiento grupal	3	15%

Gráfico N°6



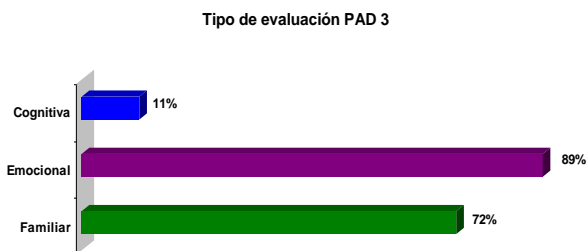
Si luego de realizar el psicodiagnóstico se visualiza la necesidad de intervención grupal en el caso, se realiza la derivación correspondiente a la Terapeuta ocupacional, lo cual se realizó en el 15% de los casos.

En las tablas N°12 se observa las atenciones del PAD 3, el 100% de los niños y adolescentes atendidos recibió entrevista de ingreso y primera entrevista. El 72% de estos casos completo las sesiones de evaluación, en el 8% de los casos se realizaron algunas sesiones y 20% no asistió a ninguna sesión.

Tabla N°12

Atenciones recibidas		
	N	%
Ingreso	25	100%
Primera entrevista	25	100%
Evaluación	18	72%
Devolución	15	60%
Tratamiento	11	44%

Gráfico N°7



El 11% de las evaluaciones corresponden a cognitivas, el 89% a emocional y el 72% a familiar, como se observa en el gráfico N°7. Al igual que en el PAD 2 los tipos de evaluaciones no son excluyentes y casi la mayoría de los casos recibió evaluación emocional y familiar, lo cual es coherente con los problemas de Salud Mental del PAD 3.

4. Tipo de egreso

La tabla N°13 muestra que casi la mitad de niños y adolescentes de la muestra abandona los tratamientos, los programas 2 y 3 son los más afectados por esta situación de renuncia sin acuerdo previo entre profesional y consultante. El 24% de los consultantes continúa en

el centro atendido por otros profesionales y el 19% se encuentra egresado del centro con el cumplimiento de los objetivos terapéuticos (alta).

Tabla N°13

Tipo de egreso	PAD 1		PAD 2		PAD 3		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alta	1	13%	3	15%	6	24%	10	19%
Abandono	2	25%	10	50%	14	56%	26	49%
Fin de intervención/derivación interna	5	63%	5	25%	3	12%	13	24%
Finalización	0	0%	2	10%	2	8%	4	8%
Total	8	100%	20	100%	25	100%	53	100%

En el PAD 1 se observa una distribución distinta a los otros programas, el 63% de los niños y adolescentes permanece en el centro atendido por otro profesional, el abordaje del Trastornos Hiperactivo requiere intervenciones multidisciplinaria lo cual podría explicar el bajo porcentaje de abandonos.

Gran parte de la muestra se encuentra en PAD 3, allí se visualizan los porcentajes mas elevados de altas (24%) y de abandonos (56%) de los consultantes.

5. Nivel de mejoría

Las categorizaciones del centro se observan en la tabla N°14, según las cuales el 51% de los consultantes presenta nivel de mejoría igual, que corresponde al no cumplimiento de los objetivos del tratamiento. Resulta importante aclarar que la mayoría de estos consultantes corresponde a abandonos del tratamiento en etapas tempranas, como por ejemplo durante el proceso de evaluación.

Tabla N°14

Niveles de mejoría	PAD 1		PAD 2		PAD 3		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Igual	3	38%	11	55%	13	52%	27	51%
Poca mejoría	2	25%	2	10%	4	16%	8	15%
Mucha mejoría	3	38%	7	35%	8	32%	18	34%
Total	8	100%	20	100%	25	100%	53	100%

La distribución de estos resultados es coherente con el tipo de egreso, la mayoría de los consultantes que abandonan se concentran en nivel de mejor igual. Y el 34% que presenta mucha mejoría seguramente son aquellos niños dados de alta o que continúan en tratamiento en el centro con otro profesional.

En los 3 programas alrededor el 30% de los consultantes presenta niveles de mejoría correspondientes a mucha mejoría, que significa el cumplimiento del 70% de los objetivos

terapéuticos. Y más de la mitad de los niños y adolescentes que se encuentran sin mejoría se concentran en el PAD 2 y 3, situación similar ocurría con los abandonos.

C. Análisis entre variables individuales- familiares y los programas del centro

1. Sexo y PAD

Considerando el total de los casos el gráfico N°8 presenta la distribución de los hombres y mujeres de acuerdo con los programas del centro, se observan diferencias significativas por sexo ($p=0.06$) en el programa de Trastornos Hipercinéticos (PAD 1) y el de Trastornos de Adaptación (PAD 3), donde la mayoría de los consultantes son varones.

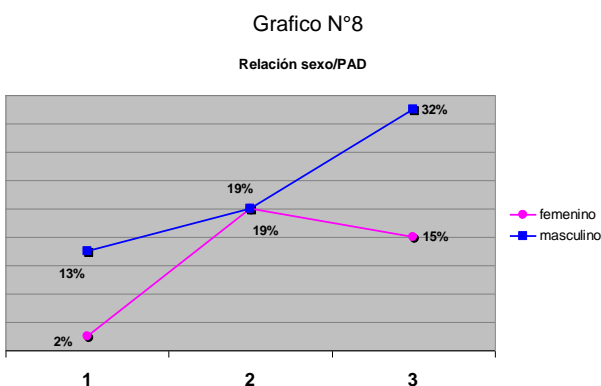


Tabla N°15

Sexo	PAD 1*		PAD 2		PAD 3*	
	N	%	N	%	N	%
Mujer	1	12%	10	50%	17	32%
Hombre	7	88%	10	50%	8	68%
Total	8	100 %	20	100%	25	100%

* Diferencia significativa de sexo 0.01 y al 0.02 comparando la variable con el N del PAD

En programa de Trastornos emocionales y/o conductuales (PAD 2) se distribuyen hombres y mujeres de forma homogénea, se visualizan diferencias en los diagnósticos según sexo como se muestra en la tabla N°16.

Tabla N°16

	PAD 1			PAD 2			PAD 3	
	Mujeres	Hombres		Mujeres	Hombres		Mujeres	Hombres
F90.0	12%	76%	F91	5%	10%	F32	4%	0%
F90.1	0%	12%	F92	5%	15%	F41	4%	0%
Total	12%	88%	F93	5%	0%	F42	4%	0%
			F94	0%	5%	F43	16%	64%
			F98	35%	20%	F50	4%	4%
			Total	50%	50%	Total	32%	68%

2. Edad y PAD

Considerando que el COSAM de Pudahuel entrega una determinada oferta de tratamientos (programas), las prevalencias de las consultas se observan en la Tabla N°17. Las consultas de los niños y adolescentes aumentan en los tres programas en edades coincidentes con el inicio del periodo escolar, entre los 6 y 9 años.

Tabla N°17

Rango etario	PAD 1		PAD 2		PAD 3		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
2 a 5 años (preescolar)	1	13%	4	20%	4	16%	9	17%
6 a 9 años (escolar)	4	50%	9	45%	11	44%	24	45%
10 a 13 años (preadolescente)	3	37%	4	20%	5	20%	12	23%
14 a 17 años (adolescente)	0	0%	3	15%	5	20%	8	15%
Total	8	100%	20	100%	25	100%	53	100%

En el PAD 1 aparecen consultantes en el rango preescolar con el 13%, la gran masa de consultantes se encuentra en las edades escolares y preadolescentes 50% y 37% respectivamente. En Pudahuel, la JUNAEB implementa en los establecimientos educacionales implementan el Programa Habilidades para la Vida, donde la población objetivo son los niños del primer ciclo básico, este programa permite la detección temprana de dificultades relacionadas con el Trastorno Hiperactivo (Hiperactividad/ Atención/ Impulsividad). Además, al ser una prioridad en la atención de Salud Mental, los niños que padecen el trastorno cuentan con prestaciones aseguradas tanto a nivel primario como especializado de atención. Ambas situaciones, detección temprana y tratamiento accesible y oportuno permitirían explicar que en la etapa adolescente no existan consultas.

Para los PAD 2 y 3 se observa una distribución similar, las consultas aparecen en edad preescolar (20% y 16% respectivamente), aumentan en escolares (44% y 45%), disminuyen en los preadolescentes (20%) y se mantienen en el caso del PAD 3 (20%) o disminuyen levemente en el PAD 2 (15%).

La Tabla N°18 muestra los diagnósticos más frecuentes de acuerdo a los rangos etarios propuestos. En todas las edades el trastorno de adaptación aparece con mayor prevalencia.

En preescolar se presentan principalmente trastornos de adaptación (45%) y trastornos externalizantes (33%), como por ejemplo, oposicionista desafiante, de la atención y concentración, de la conducta alimentaria, entre otros.

Los escolares presentan principalmente trastornos de adaptación con el 38% y trastornos de las emociones y el comportamiento con el 25% (enuresis, tartamudez, ingesta de alimentos entre otros) y además, comienza el aumento de consultas por trastorno Hiperactivo (17%).

En los preadolescentes (10 a 13 años) las consultas por el trastorno hiperactivo continúan siendo frecuentes con el 25%, también los trastornos de conducta 25% y aparecen nuevas clasificaciones diagnosticas como por ejemplo Trastornos de conducta alimentaría con el 17% de las consultas.

Los adolescentes consultan principalmente por trastornos de adaptación (50%) y trastornos de las conductas y las emociones (50%).

Tabla N°18

Preescolares entre 2 y 5 años			Escolares entre 6 y 9 años			Preadolescentes entre 10 y 13 años			Adolescentes entre 14 y 16 años		
EJE 1	N	%	EJE 1	N	%	EJE 1	N	%	EJE 1	N	%
F43	4	45%	F43	9	38%	F43	3	25%	F43	4	50%
F98	2	22%	F98	6	25%	F90	3	25%	F98	2	25%
F94	1	11%	F90	4	17%	F92	2	17%	F41	1	12.5%
F91	1	11%	F93	1	4%	F50	2	17%	F92	1	12.5%
F90	1	11%	F32	1	4%	F91	1	8%	Total	8	100%
Total	9	100%	F42	1	4%	F98	1	8%			
			F92	1	4%	Total	12	100%			
			F91	1	4%						
			Total	24	100%						

Clasificaciones CIE-10 con 2 dígitos utilizadas F32 Episodio depresivo F41 Otros trastornos de ansiedad F42 Trastorno obsesivo compulsivo F43 Reacción al estrés grave y Trastorno de adaptación F50 Trastornos de la conducta alimentaría F90 Trastorno Hiperactivo F91 Trastornos de conducta (disociales)	F92 Trastorno de conducta (disocial) y de las emociones mixto F93 Trastorno de las emociones de comienzo habitual en la infancia F94 Trastornos del comportamiento social del comienzo habitual en la infancia y adolescencia F98 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia
---	---

3. Antecedentes familiares y PAD

Como se visualiza en la tabla N°19 los tipos de familia en los programas de atención se distribuye de forma distinta, mientras que en el PAD 1 y PAD 2 la mayoría de los niños y adolescentes vive en familias biparentales (88% y 55% respectivamente), en el PAD 3 se observa la distribución inversa, el 60% de los consultantes pertenece a familias monoparentales.

Tabla N°19

Familia	% PAD 1	% PAD 2	% PAD 3
Biparental	88%	55%	36%
Monoparental	12%	35%	60%
Otros casos	0%	10%	4%
Total	100%	100%	100%

En relación a la escolaridad en los padres la tabla N°20 muestra que en los 3 programas las madres presentan niveles de educación más completos que los padres de los consultantes. Las madres con menor nivel educacional se encuentran en el PAD 1 y las con mejor nivel en el PAD 3.

Tabla N°20

Escolaridad	% PAD 1		% PAD 2		% PAD 3	
	Padre	Madre	Padre	Madre	Padre	Madre
Educación básica incompleta	13%	25%	10%	10%	4%	12%
Educación básica completa	13%	0%	5%	10%	12%	20%
Educación media incompleta	25%	50%	10%	30%	16%	8%
Educación media completa	38%	25%	40%	35%	40%	52%
Educación superior	0%	0%	10%	0%	4%	4%

*Los porcentajes de esta tabla y la siguiente no suman el 100% de los casos, ya que muchos antecedentes de los padres se encuentran sin el dato en la ficha del niño.

En relación con la ocupación de los padres y madres, la N°21 muestra que la mayoría de los padres de los 3 programas se encuentra trabajando y las madres ejerciendo como dueñas de casa. Es importante mencionar que las madres del PAD 3 son las sostenedoras económicas de sus hogares, la mayoría se desempeña como asesoras del hogar, cuidan niños y/o ancianos o trabajan en sus casas (negocios, costuras, etc.)

Tabla N°21

Ocupación	% PAD 1		% PAD 2		% PAD 3	
	Padre	Madre	Padre	Madre	Padre	Madre
Trabaja	88%	25%	75%	35%	60%	36%
Jubilado/Dueña de casa*	0%	75%	0%	55%	4%	56%
Cesante	0%	0%	5%	0%	12%	4%

*La categoría dueña de casa corresponde solo a la madres de los niños.

Análisis estadístico Chi cuadrado (χ^2)

De estos resultados, se ingresaron algunas variables en el sistema estadístico SSPS para calcular chi cuadrado (χ^2), estadístico que permite conocer si existe asociación entre las variables.

Es importante mencionar que las variables se encuentran a nivel nominal, por consiguiente el estadístico adecuado para medir dependencia entre las variables. Debido a la cantidad de casos (53) se reagruparon las categorías de las variables para obtener la frecuencia esperada en cada una de casilla. A continuación se presentaran las asociaciones significativas encontradas entre variables al aplicar chi cuadrado.

1. Relación entre sexo y Factores Psicosociales (Eje Z – CIE10)

En la tabla de contingencia N°1 entre sexo y factores psicosociales (coligados a un diagnóstico sintomático), se muestra la dependencia de ambas variables, las situaciones familiares complejas se concentran en la casilla de los varones de la muestra. Estudios han logrado identificar que el sexo masculino es un factor de mayor vulnerabilidad para desarrollar algunas psicopatologías. (Montenegro & Guajardo, 1935)

Tabla de contingencia 1

		FACTORES PSICOSOCIALES		Total
		Presenta Z	No presenta Z	
SEXO	Hombre	21	13	34
	Mujer	5	14	19
Total		26	27	53

($\chi^2=6,129$; $p=0,013$)

2. Relación Factores Psicosociales y PAD 3

En la tabla de contingencia N°2 entre factores psicosociales y consultantes del PAD 3, se observa la asociación de las variables. El ingresar al programa de Reacción al Stress Grave y Trastornos de Adaptación se relaciona con presentar dificultades psicosociales.

Tabla de contingencia 2

PAD 3	FACTORES PSICOSOCIALES		Total
	Presenta Z	No presenta Z	
PAD 3	20	5	25
Otros PAD	6	22	28
Total	26	27	53

($\chi^2=18,130$; $p=0,000$)

3. Relación tipo de Familia y PAD 3

La tabla de contingencia N°3 entre tipo de familia y PAD 3 muestra la dependencia entre ambas variables, la concentración de familias monoparentales en el PAD 3 y familias biparentales en el resto de los programas, permite inferir que los niños que ingresan al PAD 3 presentan más probabilidades de pertenecer a familias donde la madre es jefa de hogar.

Tabla de contingencia 3

	FAMILIA		Total
	BIPARENTAL	MONOPARENTAL	
PAD 3	9	15	24
Otros PAD	18	8	26
Total	27	23	50

($\chi^2=5,059$; $p=0,025$)

4. Trastornos de aprendizaje y PAD

En las siguientes tablas de contingencias (N°4, 5 y 6) entre los programas de atención (PAD) y los trastornos de aprendizaje, se observa la dependencia entre las dificultades de aprendizaje y los PAD 1 y 2. En cambio, se presenta una relación de independencia en la relación entre los niños y adolescentes del PAD 3 y las dificultades de aprendizaje.

Tabla de contingencia 4

PAD 1	TRASTORNOS DE APRENDIZAJE		
	Presenta F8	No presenta F8	Total
PAD1	5	3	8
Otros PAD	8	37	45
Total	13	40	53

Tabla de contingencia 5

PAD 2	TRASTORNOS DE APRENDIZAJE		
	Presenta F8	No presenta F8	Total
PAD2	8	12	20
Otros PAD	5	28	33
Total	13	40	53

Tabla de contingencia 6

PAD 3	TRASTORNOS DE APRENDIZAJE		
	Presenta F8	No presenta F8	Total
PAD3	0	25	25
Otros PAD	13	15	28
Total	13	40	53

$(\chi^2=7,339; p=0,007)$
 $(\chi^2=4,154; p=0,042)$
 $(\chi^2=15,379; p=0,000)$

5. Relación entre el número de sesiones y tipo de egreso

La distribución de los casos en la tabla de contingencia N°7 entre número de sesiones y tipo de egreso muestra la relación de dependencia entre las variables. Los abandonos se concentran en la categoría “menos de 7 sesiones”, gran parte no finaliza el proceso de evaluación (4 sesiones) y los consultantes dados de alta en la categoría “más de 8 sesiones”.

Tabla de contingencia 7

TIPO DE EGRESO	TOTAL SESIONES		Total
	menos de 7 sesiones	más de 8 sesiones	
Alta	3	7	10
Abandono	21	5	26
Otros	12	5	17
Total	36	17	53

$(\chi^2=8,626; p=0,013)$

6. Relación entre números de sesiones y nivel de mejoría

La tabla de contingencia N°8 entre número de sesiones y nivel de mejoría muestra la dependencia de ambas variables, aquellos niños y/o adolescentes que permanecieron “mas de 8 sesiones” presentan mejoría, y quienes asistieron “menos de 7 sesiones” se agrupan en la categoría “sin mejoría”. Considerando que los procesos clínicos comienzan con aproximadamente 4 sesiones de evaluación y una sesión de devolución, la intervención terapéutica para trabajar el motivo de consulta se efectúan desde la sexta sesión en adelante, en aquellos casos con menos de 7 sesiones casi no se realizan intervenciones, a excepción del psicodiagnóstico.

Tabla de contingencia 8

NIVEL DE MEJORIA	TOTAL SESIONES		Total
	Menos de 7 sesiones	Más de 8 sesiones	
Con mejoría	10	16	26
Sin mejoría	26	1	27
Total	36	17	53

$(\chi^2=20,335; p=0,000)$

7. Relación entre tipo de egreso y nivel de mejoría

La tabla de contingencia N°9 entre tipo de egreso y mejoría muestra la dependencia de las variables, aquellos casos dados de alta se concentran en la categoría “con mejoría” y los abandonos del tratamiento se agrupan en “sin mejoría”, lo cual plantea el beneficio de los tratamientos finalizados. .

Tabla de contingencia 9

NIVEL DE MEJORIA	TIPO DE EGRESO			Total
	Alta	Abandono	Otros	
Con mejoría	9	8	9	26
Sin mejoría	1	18	8	27
Total	10	26	17	53

$(\chi^2=10,290; p=0,006)$

CONCLUSIONES

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría vigente desde el año 2000 establece dentro de sus prioridades intervenir en mejorar el bienestar subjetivo y las potencialidades cognitivas, psicológicas, afectivas y relacionales de los niños y adolescentes chilenos. Específicamente en aquellos con Trastorno Hiperactivo y víctimas de Maltrato infantil. Las prestaciones para estos trastornos se realizan mediante programas que se llevan a cabo en los distintos centros de Salud del país (primarios y especializados). Sin embargo, poco se conoce de los resultados que se han obtenido en la implementación de estos programas.

El COSAM de Pudahuel es uno de los centros donde se desarrollan los programas mencionados anteriormente, además de abordarse otras psicopatológicas prevalentes en los niños y adolescentes que no se priorizan en el Plan Nacional.

A partir del ejercicio profesional como Psicóloga Clínica en este centro ambulatorio, se puede aprender, desde la mirada sistémica-relacional, la práctica clínica con niños y adolescentes en cuanto al proceso de psicodiagnóstico y los distintos tipos de intervenciones (de apoyo, psicoeducativas y reconstructivas). También esta experiencia permite recoger y analizar datos que muestran las características de los consultantes y de los programas de atención, permitiendo un primer acercamiento para observar los resultados de la implementación de los programas impulsados por el Ministerio de Salud, a través del Plan Nacional de Salud Mental.

Como se observó en el desarrollo de la investigación, la comuna de Pudahuel cuenta con una red de trabajo articulada entre los centros de Salud Primaria, establecimientos educacionales e instituciones relacionadas con la Salud Mental Infanto-Juvenil a la cual se le denomina "red de infancia". Esta red trabaja coordinadamente en el abordaje de la Salud Mental en niños y adolescentes, brindando apoyo e interviniendo en los distintos ámbitos que se requieran (médico, educacional, psicológico, jurídico, social, entre otros), tanto en los consultantes como en sus familias.

A nivel general, el abordaje de la Salud Mental Infanto-Juvenil en el COSAM presenta tanto fortalezas como debilidades. Dentro de las fortalezas se puede mencionar la propuesta de intervención del centro. Esta se caracteriza por una atención integral, que desde una

mirada sistémica-relacional permite involucrar a los padres y familiares en los tratamientos de sus hijos. Estas intervenciones son facilitadas por un equipo multidisciplinario de profesionales que trabajan en conjunto y que cuentan con distintas instancias de coordinación (reuniones clínicas y/o técnicas semanales, supervisiones, etc.).

Entre las debilidades se pueden mencionar los tiempos de espera en la atención de casos menos graves (podría alcanzar hasta los 2 meses), la escasez de horas psiquiátricas y psicológicas, y la alta demanda por atención desde otras instituciones (centros de salud y establecimientos educacionales). Esta situación se podría explicar desde distintas vertientes, como por ejemplo, el tipo de centro (especializado), la ubicación estratégica del centro (población vulnerable o en riesgo), la sensibilización de los problemas de Salud Mental en las escuelas, y la escasez de recursos humanos y financieros en el sector público.

A nivel específico, los resultados relacionados con las características de los niños y adolescentes consultantes, son similares a los encontrados en un estudio realizado el año 98 en el Hospital Roberto del Río. En ambas muestras, COSAM Pudahuel y Hospital, la proporción de varones que consultan es casi el doble que la de mujeres. Estas consultas aumentan entrando al primer ciclo básico. Los diagnósticos más frecuentes son el Trastorno de Adaptación (asociado al programa de Maltrato infantil), el Trastorno emocional y/o conductual y el Trastorno Hiperactivo. Esto era esperable para el COSAM ya que cuenta con programas específicos de atención para estos diagnósticos, sin embargo, en el caso del hospital, pese a que no existían programas específicos para abordar estos diagnósticos, se observaron los mismos resultados de prevalencia.

Otro resultado destacable tiene que ver con los motivos de consulta. Estos están directamente relacionados al ciclo evolutivo de los consultantes, ya que a medida que avanza la edad de los consultantes, cambian los motivos y diagnósticos de las consultas.

En relación con los consultantes llamó la atención encontrar niños menores de tres años, ya que habitualmente en este grupo etario consultan por atención médica y no mental. Las dificultades con estos consultantes se asocian frecuentemente con problemáticas familiares a las cuales los niños reaccionan. En estos casos el trabajo es principalmente con los padres, ayudándoles en forma particular (derivación área adulto para tratamiento individual o de pareja) o a nivel familiar interviniendo en el manejo y relación con sus hijos (psicoeducación).

En el caso de los escolares, los esfuerzos se concentran en generar intervenciones en conjunto con padres, docentes, psicopedagogos y psicólogos para lograr un ingreso y mantención en el sistema educacional satisfactorio para los niños. La mayoría de las consultas se relacionan con la escolaridad entre los 6 y 9 años.

Con preadolescentes el trabajo se dirige principalmente al manejo de conductas y emociones en las escuelas y/o hogares. También, la aceptación de los cambios físicos y psicológicos propios de la edad y el entrenamiento de habilidades parentales.

Por último, en los adolescentes las intervenciones son preferentemente individuales. Coherente con la etapa del ciclo evolutivo en que se encuentran, gran parte de los motivos de consulta se relacionan con la configuración de una identidad propia, autoestima y/o autoimagen, pertenencia a grupos, y expectativas personales, familiares y sociales ante el futuro. En este grupo etario es trascendental involucrar a los padres en algunas sesiones, para ayudarles a comprender y manejar las problemáticas de sus hijos.

Como se observa en los párrafos anteriores las experiencias y motivos de consulta en Salud Mental de los niños y adolescentes son particulares en cada etapa del ciclo evolutivo.

Dentro de los principales resultados de este trabajo se observan altos índices de abandono de los programas del centro, situación que es “esperable” en la atención Infanto-Juvenil, ya que no son los niños quienes definen el estado de su Salud Mental, sino que son generalmente los padres, profesores o figuras significativas. Además, considerando que muchos padres consultan por presiones desde las escuelas y no iniciativa personal (demanda espontánea), se presenta un panorama de difícil adherencia al tratamiento. Ante estas dificultades y junto con los problemas propios de la atención clínica infanto juvenil en el sector público (demora en la atención, falta de centros y profesionales especializados, etc.) es primordial que las intervenciones en este grupo etario se acompañen de estrategias dirigidas a establecer y/o fortalecer los vínculos entre las personas responsables (padres) de los niños y adolescentes, y los profesionales de Salud Mental, buscando el compromiso con el proceso por parte de los adultos.

En lo que se refiere a los programas del centro, el “Trastorno Hiperactivo” (PAD 1), que es la psicopatología más prevalente en población escolar chilena, en la muestra del COSAM se presenta con la menor cantidad de casos en comparación con los otros

programas de atención. Para esta situación una explicación podría ser la detección precoz que realiza el programa “Habilidades para la Vida” desde hace años en los establecimientos educacionales de la comuna, por lo que los casos van a derivar a centros de atención de salud primaria (APS), donde reciben un tratamiento oportuno, y no a centros especializados como el COSAM de Pudahuel.

En el caso de este programa (PAD 1), los Psicólogos Clínicos que intervienen en niños y adolescentes con esta patología deben manejar conocimientos etiológicos sobre el Trastorno Hiperactivo, saber aplicar e interpretar instrumentos para realizar evaluaciones cognitivas, y manejar la clasificación de los Trastornos del Desarrollo Psicológico (F80 y F81 CIE-10), además de pruebas psicopedagógicas en caso de no contar con profesionales especialistas en ellas (psicopedagogos).

En lo que respecta a la adherencia al tratamiento, el PAD 1 es el que presenta los índices más altos en comparación con los otros programas (PAD 2 y PAD 3). Esto se puede explicar por ser el único programa que exige un abordaje multidisciplinario y sesiones psicoeducativas para los padres, lo que causa mayor compromiso y motivación con el tratamiento por parte de los adultos.

En relación con el programa de “Trastornos Emocionales y Conductuales que aparecen habitualmente en la Niñez y Adolescencia”, (PAD 2), se registra igual cantidad de hombres y mujeres consultantes, por lo que el sexo no sería una variable de incidencia en este programa. Sin embargo, realizando un análisis más exhaustivo, es decir, separando el PAD en trastornos emocionales y conductuales, sí se encuentran diferencias por sexo. De acuerdo con esto las mujeres consultan más por dificultades emocionales y los varones por problemas conductuales.

El trabajo de los Psicólogos Clínicos en programas con estas características (inclusión de gran cantidad de trastornos) debiese centrarse en realizar un diagnóstico (clínico, sistémico u otro) “certero” para cada caso. Además del manejo “adecuado” del diagnóstico, el psicólogo debiese tener habilidades de entrevistador, conocer de pruebas gráficas y proyectivas, y poseer la capacidad que le permita realizar atenciones grupales con niños y adolescentes, comprendiendo las diferencias entre un taller grupal, una intervención psicosocial de grupo y una psicoterapia grupal.

Respecto de los índices de adherencia al tratamiento, es necesario evaluar la efectividad de las intervenciones individuales y grupales de este programa, ya que estos son muy bajos. Una hipótesis para esto podría ser la gran variedad de trastornos que contiene el PAD, lo que dificulta un diagnóstico más específico que permita un tratamiento focalizado.

En el programa de “Reacción Grave al Stress y Trastornos de Adaptación” (PAD 3), por tratarse del PAD que agrupa los trastornos de mayor gravedad es esencial el trabajo conjunto de los profesionales del centro con otras instituciones de la red (escuelas, Oficina de Protección de la Infancia, etc.). En la experiencia clínica, la principal dificultad en este programa se relaciona con el estado emocional de las madres de los niños y adolescentes (en general se trata de familias monoparentales). Estas requieren de apoyo individual (derivación al área adulto del COSAM), ya que la mayoría experimenta situaciones estresantes (sostienen económicamente sus hogares, algunas viven de allegadas y/o son víctimas de malos tratos), que le obstaculizan observar el estado emocional de sus hijos. Especialmente en este PAD se requiere el apoyo y articulación de la red con la que cuenta el niño/adolescentes y la familia (escuela, familia extensa, vecinos, etc.).

En este programa se repiten los altos índices de abandono, por lo cual se propone ejecutar talleres con las madres, donde compartan sus experiencias, se les entreguen estrategias para el manejo de sus hijos y se les apoye en su intervención individual.

Los Psicólogos Clínicos que atienden a esta población objetivo, requieren habilidades terapéuticas centradas en el apoyo emocional, la contención, la escucha y la empatía, tanto para los niños como sus familias. Los espacios de supervisión, contención emocional y apoyo de otros profesionales son imperiosos en el trabajo con estos casos. La experiencia de práctica clínica en este centro permitió observar la necesidad de entrenar a los futuros psicólogos en relación al desgaste profesional que puede producir el atender a niños y adolescentes en situación de vulneración física y/o emocional. Para ello deben desarrollar la capacidad de distanciamiento emocional, sin perder las habilidades mencionadas anteriormente (escucha, empatía, etc.).

En definitiva, a pesar de que los tres programas del centro se basan en la Salud Mental infanto-juvenil, es importante señalar que se observan diferencias entre ellos. Dicha situación debe ser considerada tanto por lo profesionales que trabajan en el área como por los investigadores de la Salud Mental infanto-juvenil. En este trabajo, la muestra fue de 53

casos, y se visualizan diferencias entre los programas, tanto a nivel de los consultantes como de los requisitos teóricos y prácticos de los psicólogos clínicos.

Dar a conocer esta experiencia de atención psicológica clínica en los niños y adolescentes de Pudahuel, permite comprender cuan trascendental ha sido la elaboración e implementación del Plan Nacional de Salud Mental y los programas prioritarios de atención. Entrega el marco conceptual y práctico desde el cual intervenir, permitiendo que todos los profesionales se entiendan en un lenguaje y acciones comunes, ordenando los centros de acuerdo a los tipos de atención, y reforzando el trabajo en red.

En relación con la práctica profesional, la experiencia de trabajar en el COSAM permite que los profesionales en formación se acerquen al ejercicio del rol de Psicólogo Clínico en el contexto de la Salud Pública, que desarrollen habilidades terapéuticas bajo situaciones de alta demanda, y por último, que adquieran conocimientos y entrenamiento de técnicas terapéuticas desde distintas corrientes psicológicas.

Sin embargo, esta experiencia también permite observar cuánto falta para lograr un trabajo eficiente y efectivo en la Salud Mental de los niños y adolescentes en Chile, desafío que compete a los profesionales (incluidos los psicólogos clínicos) que trabajan o trabajarán en la Salud Pública del país.

Esta investigación muestra la necesidad de contar con profesionales competentes y comprometidos con la Salud Mental Infanto-Juvenil en sectores vulnerables de la población. A través del conocimiento de esta experiencia, se espera motivar a psicólogos y futuros psicólogos a un acercamiento a la Salud Pública del país, e incentivar la generación de nuevos proyectos para el mejoramiento de la Salud Mental infanto juvenil. Por ejemplo, en el ámbito de la investigación se podrían evaluar los programas prioritarios del Plan Nacional, estudiar la adherencia a los tratamientos psicológicos en los niños y adolescentes, comparar la efectividad de los tratamientos individuales y grupales en Salud Pública, o describir los motivos de consulta de los niños menores de 3 años, entre otras iniciativas.

BIBLIOGRAFÍA

Almonte, C. (2002). *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*. Santiago

Caraveo, J., Colmenares, E., & Martínez, N. (2002). Síntomas, Percepción y Demanda de Atención en Salud Mental en Niños y Adolescentes en la Ciudad de México. *Revista de Salud Pública de México*. [Versión electrónica] Vol. 44, N°6 (pp.492-498)

Centro de Documentación e información Médica Internacional de Laboratorios Recalcine. (1991). *Salud Mental Infanto Juvenil en Chile*. Santiago.

COSAM de Pudahuel (2006, marzo). Procesos de Inducción a las Prácticas Profesionales como Psicólogo Clínico en el Centro. Manuscritos no publicados.

COSAM de Pudahuel (2006). Sistema de Registro de Actividades COSAM Pudahuel. Manuscrito no publicado.

Cova, F., Valdivia, M., & Maganto, C. (2005). Diferencias de Género en Psicopatología en la niñez: Hipotesis Explicativa. *Revista Chilena de Pediatría*. [Versión electrónica]. Vol. 76, N°4 (pp. 418-424)

De la Barra, F., Toledo, V. & Rodríguez, J. (2002). Estudio de Salud Mental de Dos Cohortes de niños y escolares de Santiago Occidente. I Prevalencia y Seguimiento de problemas conductuales y cognitivos. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. [Versión electrónica] Vol. 40, n° 1, (pp.9-21).

De la Barra, F., Toledo, V. & Rodríguez, J. (2002). Estudio de Salud Mental de Dos Cohortes de niños escolares de Santiago Occidente. II Factores de Riesgo Familiares y Escolares. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. [Versión electrónica]. Vol. 40, n°4, (pp.347-360).

De la Barra, F., Toledo, V. & Rodríguez, J. (2003). Estudio de Salud Mental de Dos Cohortes de niños escolares de Santiago Occidente. III Predictores Tempranos de problemas conductuales y cognitivos. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. [Versión electrónica]. Vol. 41, n°1, (pp.65-74).

- De la Barra, F., Toledo, V. & Rodríguez, J. (2004). Estudio de Salud Mental de Dos Cohortes de niños escolares de Santiago Occidente. IV Desordenes Psiquiátricos, diagnóstico psicosocial y discapacidad. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. [Versión electrónica]. Vol. 42, n°4, (pp.259-272).
- Eddy, L., Toro, J., Salamero, M., Castro, J. & Cruz, M. (1999). Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad. Estudio para valorar los factores de riesgo, los factores asociados y el estilo educativo de los progenitores. *Anales Españoles de Pediatría*. [Versión electrónica]. Vol. 50 n°2 (pp. 145-150)
- Eisenberg, L. (1993). Salud Mental Infantil en las Américas: Enfoque de Salud Pública. *Bol Of Sanit Panam* [Versión electrónica] Vol. 114, N° 5 (pp. 385-398)
- George, M. (2005). Intervenciones Preventivas en Salud Mental. Material de Cátedra Psicología Clínica Infanto-Juvenil. Universidad de Chile, Manuscrito no publicado
- Haquin, C., Larraguibel, M., & Cabezas, A. (2004). Factores Protectores y de Riesgo en Salud Mental en niños y adolescentes de la Ciudad de Calama. *Revista Chilena de Pediatría*. [Versión electrónica] Vol. 75, N°5 (pp. 425-433)
- Herrera, P. (1997). La Familia Funcional y Disfuncional, un indicador de Salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [Versión electrónica]. Vol.13 N°6.
- Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental. (1993). *Políticas y Plan Nacional de Salud Mental*. Santiago
- Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental. (1994). *Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar, COSAM*. Santiago
- Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental. (1998a). Capítulo III, Prevalencia en Población escolar. En *Las Enfermedades Mentales en Chile: Magnitud y Consecuencias* (pp.67-85). Santiago.
- Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental. (1998b). *Orientaciones Técnicas y Programáticas en Maltrato Infantil, Prevención y Atención Integra*. Santiago.

- Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental. (1999). *Organización de una Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría y Orientaciones para su aplicación*. Santiago
- Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental. (2000). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago.
- Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental. (2007). *Guía Clínica, Atención Integral de Niñas/Niños y Adolescentes de 6 a 18 años con Trastornos Hipercinético/Trastornos de la Actividad*. Santiago. Manuscrito no publicado.
- Minoletti, A & Sacarías, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia [versión electrónica]. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 18 (4-5)
- Montenegro, H. & Guajardo, H. (1935). Capítulo 3 Salud Mental Infantil. En *Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. (pp.33–49). Santiago: Publicaciones Técnicas Mediterraneo.
- Montenegro, H. (1997). Tratamiento Familiar Sistémico de los niños con problemas conductuales o emocionales. *Revista Chilena de Pediatría*. [Versión electrónica] 68 (6), (pp.283-289)
- Montenegro, H. (2000) La Psiquiatría del Niño y del Adolescentes. Editorial de la *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. [Versión electrónica] Vol. 38 N°3.
- Organización Mundial de la Salud. (1977). *Salud Mental y Desarrollo Psicosocial del Niño*. (Serie de informes técnicos 613) [Versión Electronica] . Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Décima revisión de la clasificación Internacional de las enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-10*. Madrid, Editorial Meditor
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001, Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas* [Versión electrónica].
- Remplein, H. (1974). Capítulo VI, Líneas Fundamentales del Desarrollo Psíquico en la niñez y juventud. En *Tratado de Psicología Evolutiva: el niño, el Joven y el Adolescente* (pp. 140-141). Barcelona: Editorial Labor, S.A.

Roa, A. (1995, Septiembre). *El Concepto de Salud Mental*. Simposio Person, Society, and Yalue: towards a personalistic model of mental health, organizado por la Academia Internacional de Filosofía de Liechtenstein. [Versión Electrónica]. Schaan

Rodríguez, J. (1998) *Psicopatología del Niño y del Adolescente*. Sevilla, publicaciones de la Universidad de Sevilla.

Ruiz, L. (2004). ¿Dónde esta el Síntoma en la Atención Psicológica Infanto-Juvenil?. *Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana*. [Versión electrónica] 1 (2-3)

Anexos

La totalidad de estos documentos pertenecen al COSAM de Pudahuel, los que fueron facilitados con fines pedagógicos.

1. Área Infanto Juvenil.....	50
2. Sistema de ingreso al Área Infanto Juvenil.....	52
3. Ingresos de Urgencia.....	53
4. Protocolo de Ingreso.....	57
5. Ficha Ingreso Niños/Adolescentes COSAM Pudahuel.....	58
6. Ficha Primera Entrevista.....	62
7. Ficha de Planificación.....	65
8. Ficha de Evaluación.....	66
9. Detalle de los Diagnósticos Clínicos.....	67
10. Programa Trastornos Hipercinético PAD1.....	69
11. Programa Trastornos de las emociones y del comportamiento PAD 2.....	77
12. Programa de Reacción al Estrés Grave y Trastornos de Adaptación PAD 3.....	98

AREA INFANTO-JUVENIL

Periodo 2006

OBJETIVO GENERAL

Facilitar el desarrollo de habilidades y destrezas en niños y adolescentes pertenecientes a la comuna de Pudahuel, que promuevan ambientes familiares saludables y prevengan y reestablezcan su bienestar biopsicosocial.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Promover estilos de vida saludables en la población infanto-juvenil y en los adultos responsables de su atención y cuidado.
2. Prevenir la instalación de problemas y trastornos de salud mental en niños y adolescentes desarrollando competencias psicosociales en ellos.
3. Desarrollar un modelo de intervención multidisciplinario con un enfoque biopsicosocial que permita la recuperación de problemas y trastornos de salud mental de niños y adolescentes.
4. Favorecer el acceso equitativo a la atención en salud mental de niños, adolescentes y sus familias a través de la articulación de la red de salud mental infanto-juvenil.
5. Favorecer la coordinación intra e interáreas, el perfeccionamiento en las temáticas relativas al área y el autocuidado al interior del equipo infanto-juvenil.
6. Fomentar la sistematización y evaluación de los programas del área y generar lineamientos de investigación que potencien y retroalimenten el quehacer del equipo.

ENCARGADA DEL ÁREA: Psicóloga Paula Quirós.

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

- **PARA EL ABORDAJE DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO HIPERCINÉTICO**
Encargada: Psicopedagoga Luz María Cuevas
Equipo: Psicopedagoga Pamela Alvarado
Psicóloga Alejandra Guzmán
Psicóloga Paz Bravo
Estudiantes en práctica de psicología
Psiquiatra Dr. Martín Castillo
- **PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS EMOCIONALES Y DEL COMPORTAMIENTO QUE APARECEN HABITUALMENTE EN LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA**
Encargada: Macarena Atal
Equipo: T.O. Paula Mujica
Psicóloga Paz Bravo

Psicóloga Carmen Gloria Greve
 Psicopedagoga Luz María Cuevas
 Psicopedagoga Pamela Alvarado
 Fonoaudióloga Tatiana Alarcón
 Monitor Roberto Araya
 Estudiantes en práctica de psicología

- **PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE PRESETEN REACCIÓN AL ESTRÉS GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN.**

Encargada: Psicóloga María de los Ángeles Herane

Equipo: Psicóloga Paula Quirós
 Psicóloga Paz Bravo
 Psicóloga Carmen Gloria Greve
 Asistente Social Jeannette Guerrero
 T.O. Paula Mujica
 Psiquiatra Dr. Alfonso Correa.

Los niños y/o adolescentes que consultan por dificultades asociadas al consumo de alcohol y/o drogas ingresarán al programa de alcohol y drogas del área adulto, quienes realizarán las orientaciones, atenciones y derivaciones pertinentes.

- **PROGRAMA HABILIDADES PARA LA VIDA – JUNAEB**

Encargada: T.O. Paula Mujica
 Encargada Promoción: Psicóloga Alejandra Guzmán
 Encargada Prevención: Psicopedagoga Pamela Alvarado
 Equipo: Psicóloga Macarena Atal
 Psicóloga Paz Bravo
 Psicóloga María de los Ángeles Herane
 Psicóloga Carmen Gloria Greve
 Psicóloga Paula Quirós
 Psicopedagoga Luz María Cuevas
 Monitor Roberto Araya

SISTEMA INGRESO AREA INFANTO JUVENIL

MODALIDAD RECEPCIÓN DE INTERCONSULTAS

Responsable: Equipo infanto-juvenil

Beneficiarios: niños entre 0 y 17 años que consulten derivados desde consultorios, establecimientos u otras organizaciones de la comuna y que no correspondan a criterios de ingreso de urgencia.

Objetivo

Recepcionar a todos los niños de la comuna que consulten por un problema de salud mental para luego reasignarlos a los distintos programas o derivarlos al dispositivo de la red de salud mental infanto juvenil que corresponda

MODALIDAD INGRESO DE URGENCIAS

Def. “urgencia”: entrevista de ingreso que se realiza en caso de motivos de consulta relativos a:

- Abuso sexual
- Maltrato infantil
- Fobia escolar
- Intento de suicidio
- Estrés postraumático (duelo reciente, pérdidas, accidentes, etc.)
- Consumo de drogas
- Trastornos alimentarios sin tratamiento

Responsable: Equipo Infanto Juvenil
Psicóloga Paula Quirós
Psicóloga María de los Ángeles Herane
Psicóloga Paz Bravo
Psicóloga Macarena Atal
Terapeuta Ocupacional Paula Mujica

Beneficiarios: niños y adolescentes entre 0 y 18 años que consulten espontáneamente o que sean derivados desde consultorios, establecimientos educacionales u otras organizaciones de la comuna y que corresponda a criterios de ingreso de urgencia.

Objetivo

Realizar primera entrevista a través de la modalidad de intervención en crisis para optimizar derivación y orientar conductas a seguir.

N° de atenciones: 3 urgencias diarias

Horario: de lunes a viernes de 10:30 a 11:30 hrs.

INGRESOS DE URGENCIA

DEFINICIÓN: Entrevista de ingreso que se realiza en motivos de consulta que involucra riesgo vital o dificultades de adaptación que afectan en forma importante las relaciones cotidianas y/o el desarrollo emocional de los niños o adolescentes.

OBJETIVOS

- Evaluar riesgo y contingencias
- Definir contextos de intervención (priorización y derivación)

MOTIVOS DE CONSULTA referidos a:

1. Abuso sexual
2. Maltrato Infantil
3. Fobia Escolar
4. Intento de Suicidio
5. Stress Postraumático (duelo reciente, perdidas, accidentes, VIF)
6. Consumo de Drogas
7. Trastornos Alimentarios sin tratamiento

IIINTERVENCIÓN EN CRISIS

OBJETIVOS

- Evaluar riesgo
- Realizar entrevista que implica una primera intervención
- Optimizar derivación

En el caso de adolescentes realizar la entrevista primero con ellos y posteriormente convocar al adulto que lo acompaña

1. ABUSO SEXUAL

Objetivo de la primera intervención

- Detener situación de abuso
- Evaluar riesgo

Preguntas relativas a:

- ¿Quién lo derivó?
- ¿Qué fue lo que ocurrió?
- ¿Cómo se enteraron?
- ¿Qué hicieron?
- ¿Qué esperan de la intervención?

En términos generales existen dos tipos de casos; aquellos que ya hicieron la denuncia o que necesitan orientación respecto a los pasos a seguir y que en general el objetivo es más

terapéutico o reparatorio, y en otros en los que existe la duda de si hubo o no abuso y el objetivo es más bien de peritaje. En ambos casos se deriva a psicólogo, pero en el primero también se puede orientar y derivar a otras instancias.

Derivaciones

- Si se requiere constatar lesiones se puede enviar a Consultorio que corresponde el beneficiario con interconsulta o se sugiere la asistencia a médico particular. Esto es más frecuente en aquellos casos en que las familias no está segura de realizar denuncia en el mismo instante de la consulta y de alguna manera les preocupa confirmar si la situación de abuso fue efectiva o no
- En caso que se requiera hacer denuncia se deriva al Instituto Medico Legal que atiende las 24 horas. Se envía con interconsulta para peritaje y ahí mismo carabineros toma la denuncia.
- Las personas pueden dirigirse a las 26 o 48 comisarías a realizar denuncia donde hay personal femenino de Carabineros en horario de oficina.
- En caso de que el niño o niña vengán acompañados de un profesor (a) y resulta difícil hacer denuncia debe derivarse inmediatamente a Paula Quirós. Si hay dudas en el ámbito social y/o legal paralelamente se deriva a Jeannette Guerrero.
- Todos los casos de abuso sexual ameritan dar hora para el día más próximo y no pasar a carpeta de los profesionales.
- Los profesionales a cargo son:
Paula Quirós (3 – 11 años)
Carmen Gloria Greve (12 - 18 años)

2. MALTRATO INFANTIL

Objetivo de la primera intervención

- Evaluar riesgo
- Acoger y escuchar en forma activa el relato
- En la medida de lo posible realizar primera intervención para detener situación de maltrato

Importante

- Quién refiere la situación (padres, familiar directo, profesores u otros profesionales, etc.)
- Escuchar relato con antecedentes aportados por el adulto o adolescentes. En caso de no asistir uno o ambos padres acogerlos, destacar su preocupación, no juzgar y establecer compromiso para iniciar una intervención.
- Evaluar el riesgo para el niño y la necesidad de intervención de Jeannette Guerrero, si es así dar hora con ella.
- Se determina si además de la intervención padres o madre-hijo, requieren los padres por separado intervención terapéutica (Programa VIF)
- Si asiste otro miembro de la familia para realizar denuncia de la situación (por ejemplo, abuelos, tíos u otros), se debe dar hora para profesional que involucre el que pueda asistir uno o ambos padres.
- Derivación a: Paula Quirós, Carmen Gloria Greve, Paula Mujica, Jeannette Guerrero.

3. FOBIA ESCOLAR

Objetivo de la primera entrevista

- Evaluar situación y sintomatología en el niño o niña
- Realizar primera intervención con sugerencias directas, que faciliten el restorno del niño a la escuela

Preguntas guías

- ¿Cómo es que se presenta la situación?
- ¿Desde cuando no está asistiendo a la escuela?
- ¿Se relaciona con algún acontecimiento familiar o de salud?
- ¿Se ha presentado antes en la historia preescolar o escolar del menor?
- ¿Fue progresivo en el tiempo?
- ¿Qué solución se ha intentado: por la familia, por la escuela, por otras personas?

Esta es una pregunta importante pues permite evaluar si la intervención de la escuela ha sido adecuada o no y de esta manera sugerir la incorporación inmediata del niño.

Se sugiere enviar certificado que de cuenta del inicio de la intervención a la escuela.

La derivación interna debe ser inmediata y no quedar en carpetas. Se puede derivar a Paula Quirós, C. Gloria Greve, Paula Mujica o estudiantes de psicología en práctica.

4. INTENTO DE SUICIDIO

Objetivo de la intervención

- Evaluar la situación de riesgo vital
- Evaluar red de apoyo y probables derivaciones externar

Intervención

Indagar situación que genera la consulta en términos de:

- ¿Cuándo se produjo el intento de suicidio?
- ¿Cómo ocurrió la situación?
- ¿Cómo se dieron cuenta?
- ¿Qué acciones llevó a cabo la familia u otra persona?
- ¿Hay algún acontecimiento que se relacione con la situación?

Importante tomar en cuenta CRITERIOS DE EVALUACIÓN DEL PACIENTE SUICIDA enviadas por el SSMOcc.

Otro criterio fundamental es evaluar red social de apoyo para el niño o adolescentes

En caso que el niño o adolescente presente ideación suicida evaluar necesidad de derivar a Urgencias en el Hospital Felix Bulnes (turno de las 17:00) con interconsulta.

Importante evaluar si requiere de inmediata intervención o puede pasar a carpeta de los siguientes profesionales: Paula Quirós (niños), Carmen Gloria Greve (adolescentes) y alumnos en práctica.

5. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Objetivo de la intervención

- Evaluar riesgo
- Recoger antecedentes de sintomatología
- Acoger, escuchar activamente y priorizar derivaciones.

Importante

- Realizar encuadre de la situación en caso de duelo, redefiniendo que el tiempo esperado es de a lo menos 6 meses y de las reacciones emocionales esperadas.
- Como la evaluación se realiza para cada caso en particular (motivos de consulta diferentes) las preguntas apuntan a conocer la situación que genera la sintomatología y evaluar si existe red de apoyo para el niño o adolescente.
- De acuerdo a la evaluación derivar a psicólogos del área infanto-juvenil y estudiantes en práctica.

6. CONSUMO DE DROGAS (área adulto)

7. TRASTORNOS ALIMENTARIOS SIN TRATAMIENTO

Objetivo

- Evaluar riesgo
- Evaluar derivación a intervención médica psiquiátrica

Las preguntas referidas a la situación deben considerar los siguientes criterios:

- Percepción del niño o adolescentes de la situación (existe preocupación, percibe la situación como problemática, imagen corporal, etc.)
- Indagar sobre desempeño cotidiano y rutinas (están normales o alteradas, ha dejado de hacer cosas que hacía antes o ha comenzado a realizar actividades relativas a la situación.)
- Indagar ritmos de sueño, apetito y ciclos menstruales.
- Evaluar red de apoyo familiar y escolar.
- De acuerdo a los datos obtenidos configurar la situación de riesgo y derivar a Hospital Felix Bulnes (urgencias) o a CRS (cupo semanal) para evaluación médica psiquiátrica en los casos que lo ameritan.
- Internamente los casos pueden ser derivados a Carmen Gloria Greve, Paula Quirós o estudiantes en práctica.

CODESAM
COSAM-PUDAHUEL

FOLIO

--

**PROTOCOLO DE INGRESO
ÁREA INFANTO-JUVENIL**

NOMBRE: _____

--	--	--	--	--	--	--	--

 -

--

RUT:

EDAD: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** ____/____/____

PREVISIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____ **COMUNA:** _____

TELEFONOS: _____

ESCUELA _____ **CURSO:** _____

FECHA INGRESO: _____

DERIVANTE: _____

PERSONA RESPONSABLE: _____

RECIBIDO POR: _____

PAD: _____

FECHA ENTREVISTA DE INGRESO: _____

PROFESIONAL RESPONSABLE: _____

FECHA QUE SE ASIGNA: _____

CODESAM
COSAM-PUDAHUEL

FOLIO

FICHA INGRESO NIÑOS/ADOLESCENTES COSAM PUDAHUEL

Fecha Citación _____ Fecha Entrevista _____
 Nombre Entrevistador(a) _____ Código _____
 Profesional designado _____
 Entrevista de ingreso Entrevista de Urgencia

NOMBRES _____ APELLIDOS _____

RUT _____ PREVISIÓN _____

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ EDAD _____ SEXO _____

ESTADO CIVIL OCUPACIÓN ESCOLARIDAD CURSO

ESTABLECIMIENTO _____ CLASE DE ESCUELA _____

NOMBRE PROFESOR(A) _____ JORNADA _____

DIRECCIÓN _____

COMUNA TELEFONOS _____

ANTEDECENTES FAMILIARES (personas con las cuales vive)

Nombre	Relación	Edad	E. Civil	Escolaridad	Morbidos significativos	Ocupación

Otras personas significativas

Nombre	Relación	Edad	E. Civil	Escolaridad	Morbidos significativos	Ocupación

PESO _____ **TALLA** _____ **APGAR** _____

DESARROLLO

LACTANCIA _____ **MARCHA** _____ **INICIO LENGUAJE** _____

CONTROL ESFINTER DIURNO _____ **CONTROL ESFINTER NOCTURNO** _____

APETITO _____ **CICLO SUEÑO - VIGILIA** _____

ANTECEDENTES ESCOLARES (edad de inicio, repitencias, participación familiar, procesos escolar, etc.)

ENFERMEDADES SIGNIFICATIVAS (hospitalizaciones, diagnósticos, accidentes)

ESPECIALISTAS TRATANTES O TRATAMIENTOS ANTERIORES (atención previa en COSAM u otro centro)

OBJETIVO DE EL O LOS CONSULTANTES (expectativas con respecto a la atención en COSAM)

OBSERVACIONES

DIAGNÓSTICO CIE-10

1	2	3	4	5	6

PROGRAMA **PAD**

ORIENTACIONES DE INTERVENCIONES

INTERCONSULTA Y/O DERIVACIÓN INTERNA (fecha)

**FICHA PRIMERA ENTREVISTA
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA**

Profesional que la realiza _____

Fecha _____

¿Quiénes asisten? _____

1. Problema o queja y síntomas

2. Descripción del Motivo de consulta (desde cuándo y cómo surge el problema o los síntomas, frecuencia, intensidad, contexto: dónde, con quién)

3. ¿Por qué consulta(n) ahora?

4. Tratamientos anteriores

5. Soluciones intentadas ¿Quién las implementó?

6. Atribuciones del problema

7. Hitos de la historia familiar que afectan al niño/adolescentes

8. ¿Cuáles miembros de la familia conocen el problema?

9. ¿Cómo ve cada miembro de la familia el problema y cómo ha reaccionado?

10. ¿Algún miembro de la familia ha tenido un problema similar?

11. ¿Cambiaron las relaciones familiares un vez que comenzó el problema o se manifestaron los síntomas?

12. ¿Qué ha sucedido últimamente en la familia, ha habido algún cambio importante o reciente en la familia?

--

13. ¿Qué sucedería en la familia si el problema continúa y qué sucedería en la familia si el problema desaparece?

- 14. a)1-7 Escala de valoración del niño con el problema**
- b)1-7 Escala de autovaloración del manejo del adulto frente al problema**
- c)1-7 Meta mínima para egresar**

15. Genograma Familiar

--

PLANIFICACIÓN

Diagnóstico (CIE-10 – Sistémico-relacional)_____

Objetivos del terapeuta:

a) Con el niño/adolescente_____

b) Con la familia_____

Estrategias a seguir:_____

CODESAM
COSAM-PUDAHUEL

EVALUACIÓN
FICHA FINAL

Descripción del motivo de consulta inicial _____

Evolución del motivo de consulta (escala y cualitativo) _____

Cambio en el manejo y en la visión del problema _____

N° de sesiones realizadas: _____

N° de inasistencias: _____

Fin de tratamiento: _____

Observaciones:

PROGRAMAS O PAD (PRESTACIONES ASOCIADAS A UN DIAGNÓSTICO) EN EL COSAM DE PUDAHUEL

1. PAD1 Trastorno hiperactivo (F-90)

- a. F-90.0 Trastorno de la actividad y de la atención
- b. F-90.1 Trastorno hiperactivo de la conducta (disocial)
- c. F-90.8 Otros trastornos hiperactivos
- d. F-90.9 Trastorno hiperactivo sin especificar

2. PAD 2 Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y la adolescencia (F-91/F-92/F-93/F-94/F-95/F-98)

- a. F-91 Trastornos de la conducta (disociales)
- b. F-91.0 Trastornos de la conducta limitado al contexto familiar
- c. F-91.1 Trastornos de la conducta en niños socializados
- d. F-91.2 Trastornos de la conducta en niños socializados
- e. F-91.3 Trastornos oposicionista desafiante
- f. F-92 Trastornos mixto de la conducta y de las emociones
- g. F-92.0 Trastornos depresivo de la conducta
- h. F-93 Trastornos emocionales de comienzo específico en la niñez
- i. F-93.0 Trastorno de ansiedad de separación en la niñez
- j. F-93.1 Trastorno de ansiedad fóbica en la niñez
- k. F-93.2 Trastorno de ansiedad social en la niñez
- l. F-93.3 Trastorno de rivalidad entre hermanos
- m. F-94 Trastornos del comportamiento social de comienzo específico en la niñez y en la adolescencia
- n. F-94.0 Mutismo selectivo
- o. F-94.1 Trastorno de vinculación reactiva en la niñez
- p. F-94.2 Trastorno de vinculación desinhibida en la niñez
- q. F-95 Trastorno de Tics
- r. F-98 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y adolescencia
- s. F-98.0 Enuresis no orgánica
- t. F-98.1 Encopresis no orgánica
- u. F-98.2 Trastorno de la ingestión alimentaria en la infancia y la niñez
- v. F-98.3 Pica en la infancia
- w. F-98.5 Tartamudez
- x. F-98.6 Farfullero
- y. F-98.8 Otros trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia

3. PAD 3 **Reacciones al estrés grave y trastornos de adaptación** (F-40/F-42F-43/F-44/F-45/Z). Sintomatología que aparece frecuentemente relacionada con maltrato y abuso infantil

a. Abuso sexual

- i. F-43 Reacciones al estrés graves y trastornos de adaptación
- ii. F-43.0 Reacciones al stress agudo
- iii. F-43.1 Trastornos de estrés post traumático
- iv. F-43.2 Trastornos de adaptación
- v. Z-61.4 Problemas relacionados con abuso sexual declarado del niño por una persona dentro del grupo de apoyo primario
- vi. Z-61.5 Problemas relacionados con abuso sexual declarado del niño por persona no perteneciente al grupo de apoyo primario

b. Maltrato infantil y testigo de violencia

- i. F-43 Reacciones al estrés graves y trastornos de adaptación
- ii. F-43.0 Reacciones al stress agudo
- iii. F-43.1 Trastornos de estrés post traumático
- iv. F-43.2 Trastorno de adaptación
- v. Z-61.6 Problemas relacionados con abuso físico del niño
- vi. Z-61.7 Experiencias personales atemorizantes en la niñez
- vii. Z-62 Otros problemas relacionados con la crianza del niño

c. Problemas emocionales severos

- i. F-3 Trastornos afectivos o del humor
- ii. F-40 Trastorno fóbicos de ansiedad
- iii. F-40.0 Agorafobia
- iv. F-40.1 Fobias sociales
- v. F-41 Otros trastornos de ansiedad
- vi. F-41.0 Trastornos de pánico
- vii. F-41.1 Trastornos de ansiedad generalizada
- viii. F-41.2 Trastornos mixtos ansiosos-depresivos
- ix. F-42 Trastornos obsesivo-compulsivo
- x. F-44 Trastornos disociativos (conversión)
- xi. F-45 Trastornos somatomorfos

d. Otros trastornos relacionados con reacción al stress grave y trastornos de adaptación

AREA INFANTO JUVENIL

ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Nombre Encargado:

Luz María Cuevas (Psicopedagoga)

Equipo:

Pamela Alvarado	Psicopedagoga
Luz María Cuevas	Psicopedagoga
Alejandra Guzmán	Psicóloga
Martín Castillo	Psiquiatra Infantil
Alumnos en Práctica	Psicología

Objetivo General:

Brindar una atención integral a niños y adolescentes que presenten, en forma total o parcial, las características asociadas a los trastornos hiperkinéticos, involucrando en esto tanto a su entorno familiar como escolar.

Objetivo Específicos

En relación al niño y adolescente

- Otorgar herramientas que favorezcan el manejo de la hiperactividad, desatención e impulsividad.
- Favorecer un adecuado desempeño escolar a través de las funciones psiconeurológicas básicas, además del entrenamiento y utilización de estrategias de desarrollo cognitivo.
- Estimular el desarrollo de una percepción positiva de sí mismo, en relación a sus capacidades personales.

En relación a sus familias:

- Entregar información relevante que contribuya a cambiar mitos y creencias sobre la conducta no intencional del niño y del adolescente, fomentando estilos positivos de relación.
- Entrenar en el uso de herramientas de manejo conductual que contribuyan al desarrollo de un vínculo positivo entre padres e hijos.
- Generar, entre los participantes, un espacio de intercambio de experiencias sobre la crianza de los hijos.

- Ofrecer instancias de apoyo a la salud mental, en aquellos casos que presenten alteraciones emocionales asociadas a las dificultades que presenta el niño y adolescente.

En relación a la escuela:

- Entregar información y orientación sobre el manejo conductual y pedagógico con el fin de favorecer el proceso de adaptación escolar del niño y adolescente.
- Favorecer la creación de canales de comunicación sobre los proceso de diagnóstico y tratamiento que se llevarán a efecto.

Población destinataria

El programa aborda:

- Niños, niñas y adolescentes desde los 3 años de edad hasta los 17 años 11 meses de edad
- Pertenecientes a la comuna de Pudahuel
- Que asistan a las escuelas de Pudahuel
- Que sean beneficiarios de FONASA
- Que cumplan con los criterios diagnósticos correspondientes a F-90, según CIE -10

Criterios de ingreso

Para el ingreso a este programase deben considerar los siguientes requisitos:

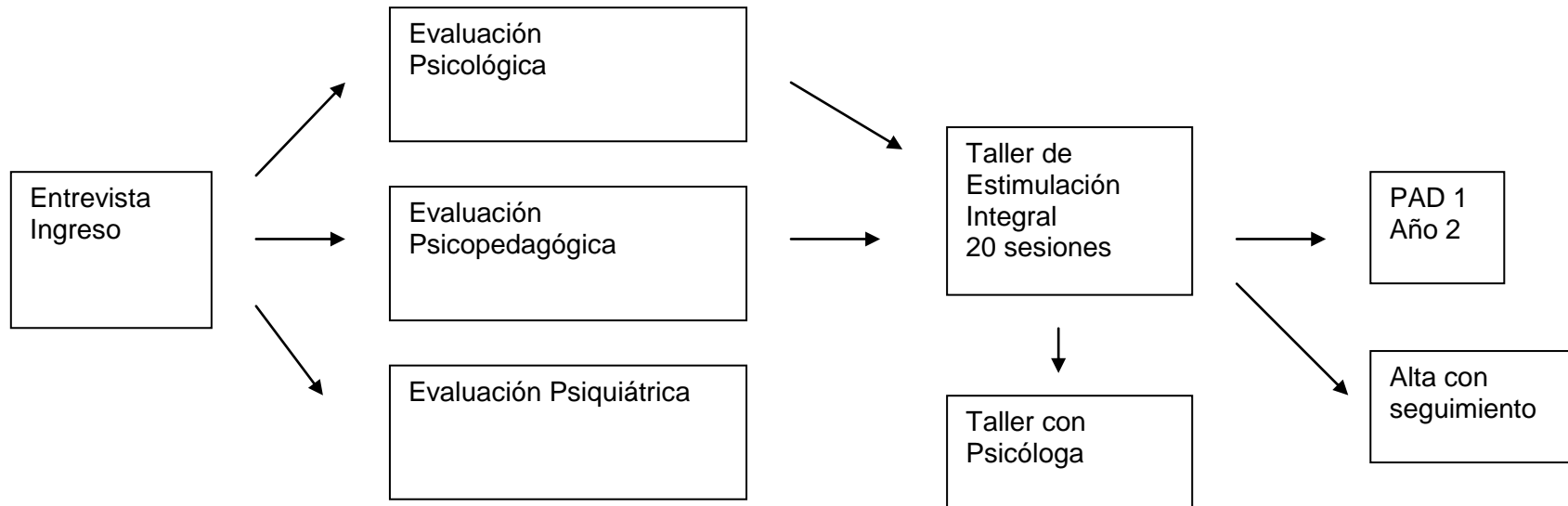
- Niños, niñas y adolescentes desde los 3 años de edad hasta los 17 años 11 meses de edad.
- Residencia en la comuna de Pudahuel
- Derivados de establecimientos educacionales de enseñanza primaria y/o secundaria, Servicios de salud y organizaciones de la comuna.
- Derivados internamente por otros profesionales del centro.
- Cumplir con los criterios clínicos según CIE-10, en relación a la definición de los Trastornos Hipercinéticos.

Criterios de egreso

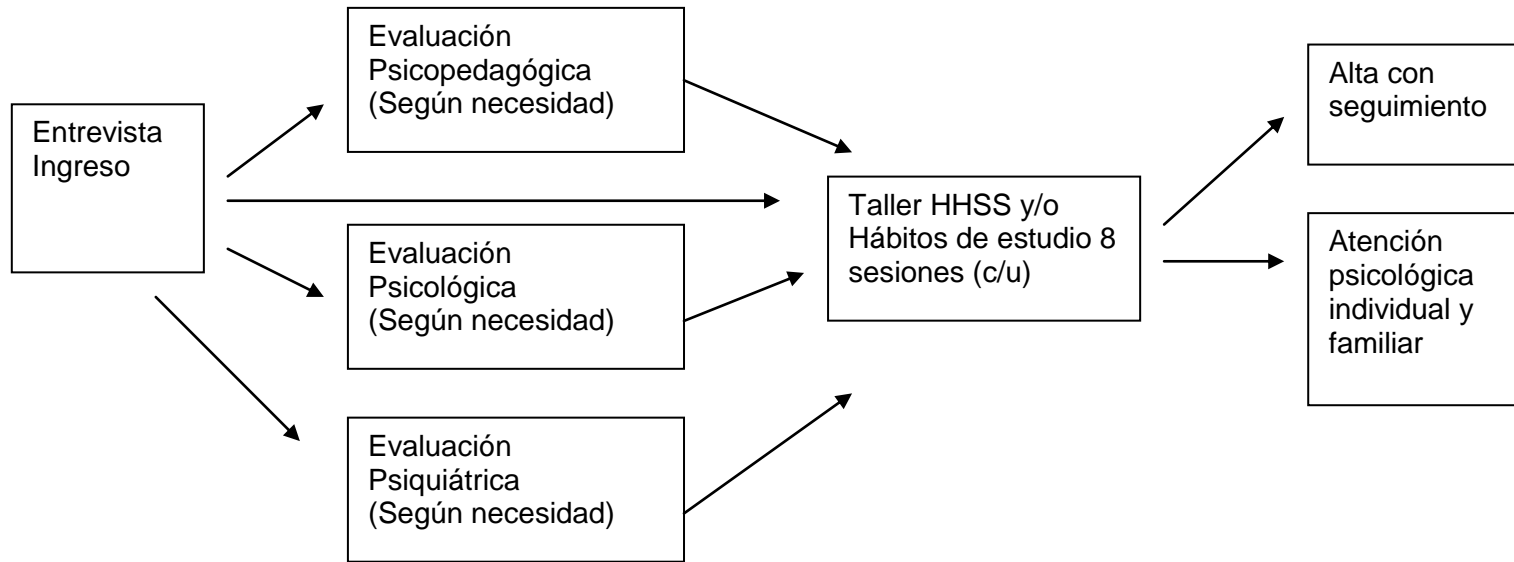
Los criterios de egreso se relacionan con ciertas conductas preestablecidas que fueron evaluadas al ingreso del niño al Programa.

Flujograma

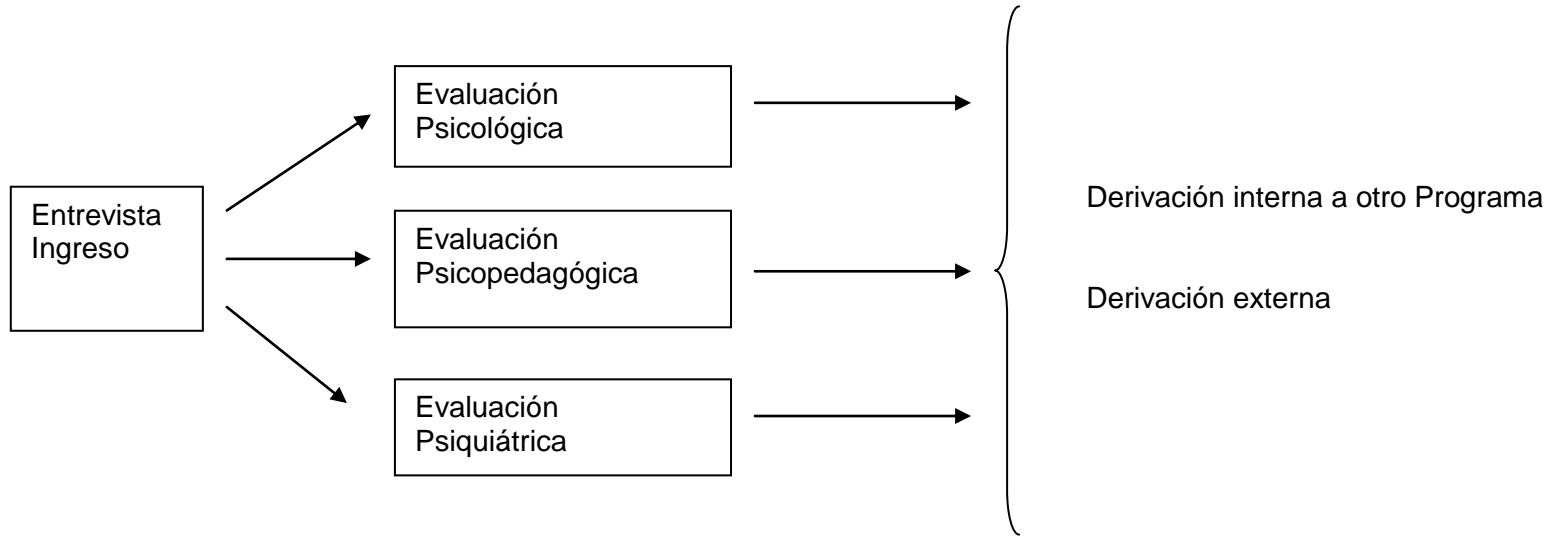
- Trastornos Hiperkinéticos (programa 11)
- Pre-escolares (4 a 6 años)
- Escolares (6 a 13 años)



Adolescentes (14 a 18 años)



Otras dificultades de la actividad y la atención (programa 12)



Prestaciones / Intervenciones

Prestaciones

- Consulta por psicólogo (para año 1 y 2)
- Consulta psiquiátrica (para año 1 y 2)
- Consulta en Salud Mental por otro profesional (para año 1 y 2)
- Intervención psicosocial de grupo (para año 1)
- Psicoterapia individual (para año 1)

Intervenciones

- Entrevista de ingreso
- Atención clínica por psicólogo
- Atención por psicopedagogo
- Atención por psiquiatra
- Talleres de apoyo para niños y familiares
- Derivación interna
- Derivación externa
- Entrevistas de seguimiento
- Reuniones clínicas para casos exclusivos del programa

Trabajo en red

- Red interna:

El programa cuenta con un equipo multidisciplinario óptimo para la atención de los casos y en aquellos que requieran intervenciones por otro motivo de consulta, que no tenga relación con el programa, como por Ej. Abuso sexual, maltrato infantil, etc, se derivarán a otros programas del centro.

- Red externa:

Red de salud: está compuesta por los 4 consultorios de la comuna y el CRS Pudahuel.

- Red comunal-educación:

Está compuesta por todas las escuelas municipalizadas y particulares subvencionados, escuelas especiales y de lenguaje de la comuna, además de la Corporación de Educación a través de su Programa de Integración.

Horas destinadas al programa

Equipo actual

Profesional	N° Horas
Psicopedagoga	14
Psicopedagoga	10
Psicóloga	12
Psiquiatra Infantil	11

Equipo necesario óptimo

Profesional	N° Horas
Psicopedagoga	30
Psicólogo	20
Psiquiatra	18
Asistente Social	5

Justificación horas equipo óptimo: Debido a que, generalmente, hay lista de espera para el ingreso al Programa que se hace necesario tener más horas de Psicólogo y Psicopedagoga con la finalidad de realizar una atención clínica más fluida y eficiente. Además, se requiere realizar mayor cantidad de talleres de estimulación para los niños y sus padres.

Se requiere Asistente Social, ya que el programa no cuenta con este profesional para el abordaje de los casos en que se detecte maltrato infantil.

Se requiere aumentar la cantidad de horas de Psiquiatra, ya que la espera para la primera atención es de aproximadamente dos meses, y para los controles posteriores es de dos meses y medio.

Metas e indicadores

Acciones	Metas	Indicadores
Atención clínica de los casos ingresados	Citar, vía telefónica al 90% de los casos que consulten en el programa	% de los casos que consulten
	Atender al 70 % de los casos que consulten	% de casos atendidos
	Egresar al 50% de los casos que tengan las prestaciones correspondientes al año dos	% de casos egresados
Atención clínica grupal	Atender grupalmente al 40% de los casos que tengan atención individual	% de casos atendidos grupalmente
Derivación externa (red de salud)	Realizar derivación externa asistida al 50% de los casos que lo requieran	% de casos derivados externamente
Entrevista de seguimientos	Realizar entrevistas de seguimiento al 10% de los casos egresados del año dos	% de entrevistas de seguimiento
Reuniones de coordinación	Realizar al menos dos reuniones de coordinación de equipos mensuales	Cantidad de coordinación
Reuniones de coordinación con red de salud	Realizar una consultaría al mes en cada uno de los consultorios asignados	Cantidad de consultorías al mes

Gestión del Equipo:

Para el abordaje integral que atiende el programa, es que se realizan reuniones clínicas semanales de una hora con el equipo que trabaja en el mismo. Es en este espacio, en que se revisan y se derivan casos, se realizan informes integrados y se generan actividades y estrategias de intervención individual y grupal.

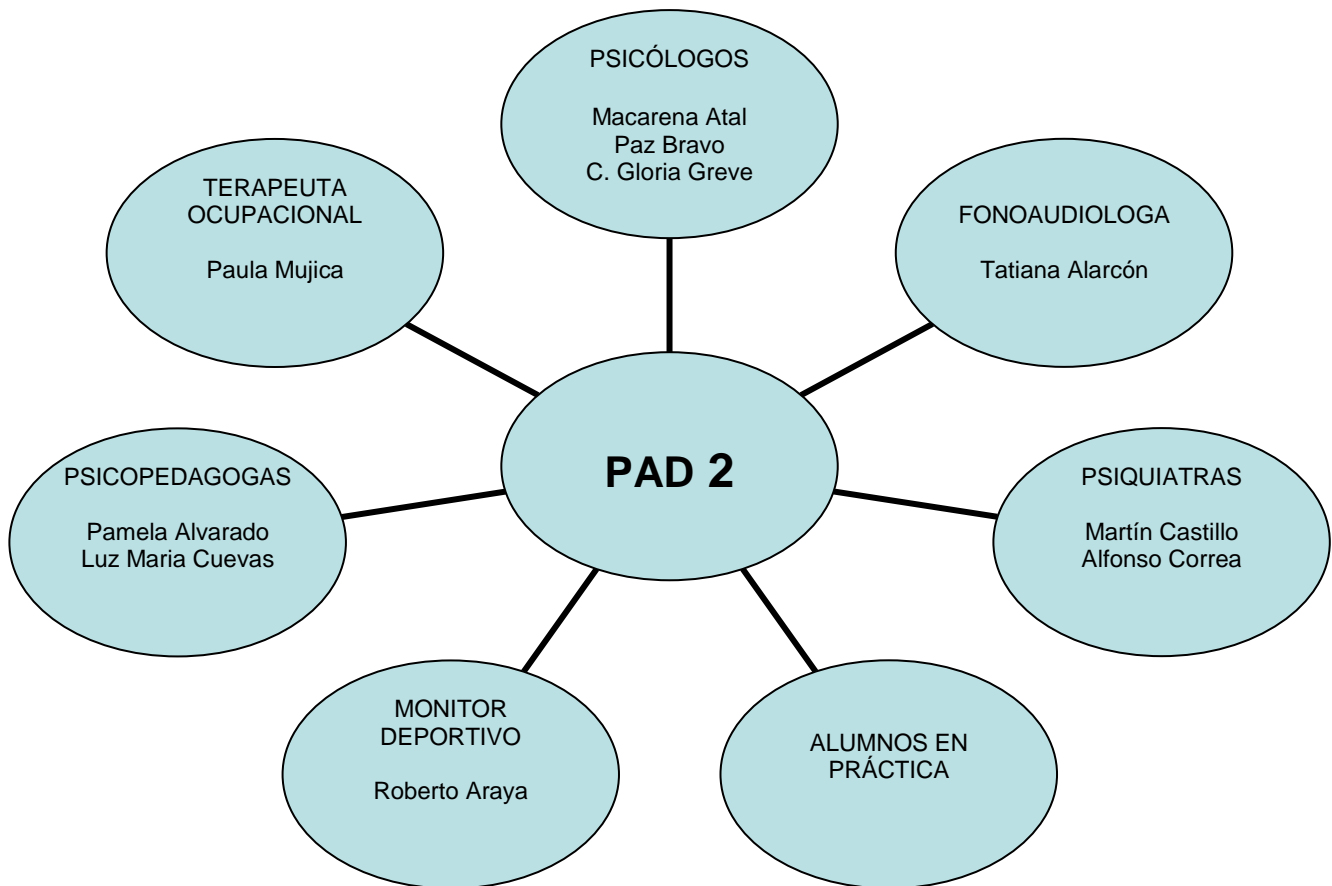
El equipo tiene a su cargo la ejecución de dos consultorías en dos consultorios de la comuna (Pudahuel Estrella y Pudahuel Poniente). Para este año se pretende realizar una en cada consultorio al mes.

Área Infanto Juvenil

PROGRAMA 2

**TRASTORNOS EMOCIONALES Y DEL COMPORTAMIENTO QUE APARECEN
HABITUALMENTE EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA**

Encargada del Programa: Psicóloga, Macarena Atal



TRASTORNOS EMOCIONALES Y DEL COMPORTAMIENTO QUE APARECEN HABITUALMENTE EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Encargada del Programa: **Psicóloga, Macarena Atal**

Equipo:

Psicopedagoga, Pamela Alvarado
Fonoaudióloga, Tatiana Alarcón
Monitor Deportivo, Roberto Araya
Psicóloga, Macarena Atal
Psicóloga, Paz Bravo
Psiquiatra, Martín Castillo
Psiquiatra, Alfonso Correa
Psicopedagoga, Luz María Cuevas
Psicóloga, Carmen Gloria Greve
Terapeuta Ocupacional, Paula Mujica
Alumnos en práctica

MARCO GENERAL

El **PAD 2** se constituye dar una cobertura técnica y metodología a la intervención de los diversos diagnósticos que éste incluye. De esta manera se pretende organizar los flujos de ingreso, intervención y egreso de los beneficiarios en 5 subprogramas que ofrecen distintas modalidades de abordaje terapéutico. Estos programas son:

Subprograma 1

Trastornos de la conducta y mixtos de las emociones (código F91-F92)

Subprograma 2

Trastornos emocionales de comienzo específico en la niñez (código F93)

Subprograma 3

Trastornos del comportamiento social de comienzo específico en la niñez y adolescencia (código F94-F95)

Subprograma 4

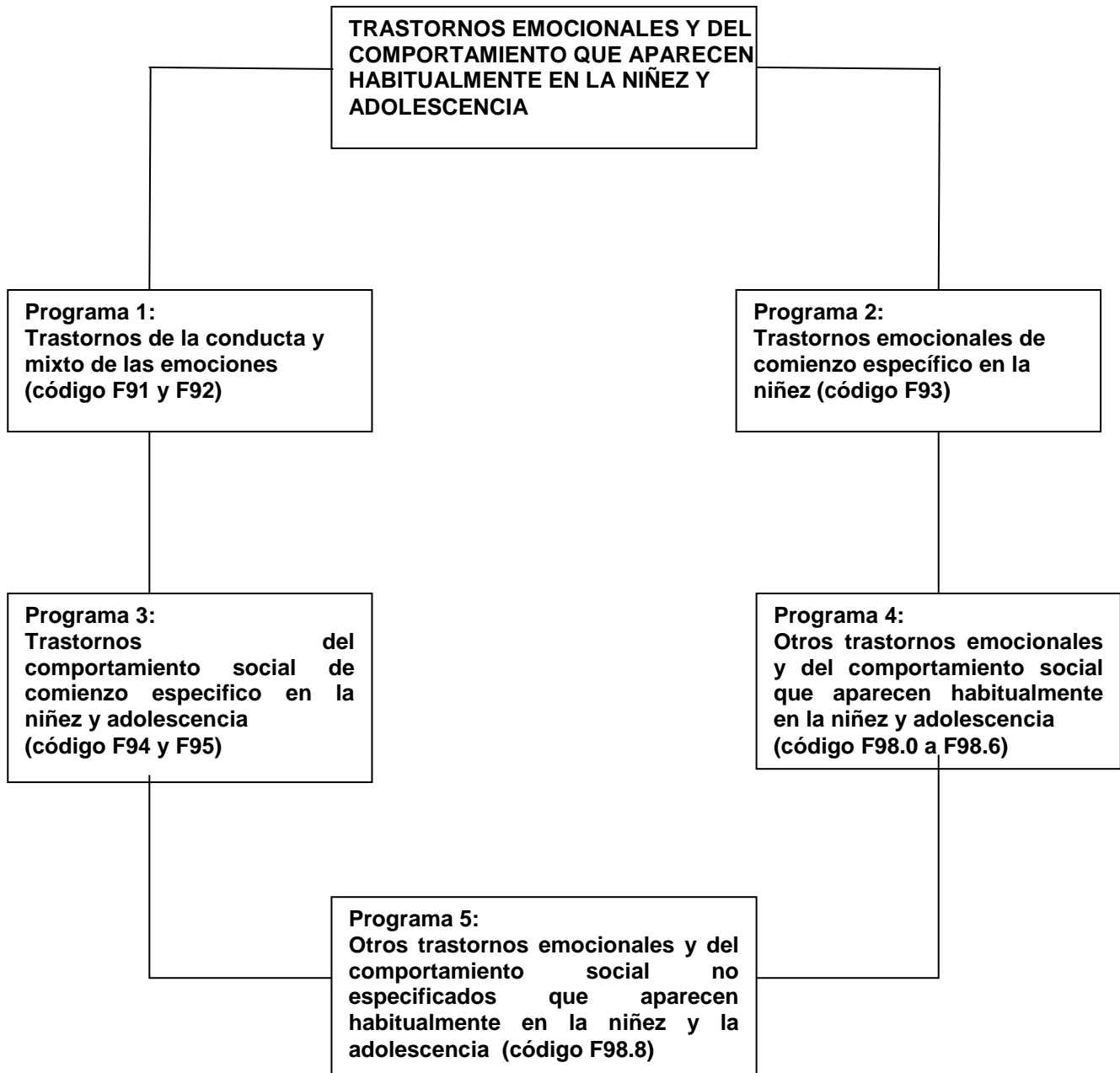
Otros trastornos emocionales y del comportamiento social que aparecen habitualmente en la niñez y la adolescencia (código F98.0 a F98.6)

Subprograma 5

Otros trastornos emocionales y del comportamiento no especificados que aparecen habitualmente en la niñez y la adolescencia (código F98.8)

TRASTORNOS EMOCIONALES Y DEL COMPORTAMIENTO QUE APARECEN HABITUALMENTE EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Encargada del Programa: **Psicóloga, Macarena Atal**



OBJETIVO GENERAL

Desarrollar en niños y jóvenes que presentan trastornos emocionales y del comportamiento en el ambiente familiar y/o escolar, habilidades y destrezas, que les permitan integrarse de manera eficiente a sus diversos ámbitos de acción.

Objetivo Específicos

1. Promover el fortalecimiento de factores protectores que favorezcan la adaptación del niño y jóvenes con trastornos emocionales y del comportamiento a sus diversos ámbitos de acción.
2. Intervenir en los factores de riesgo asociados a trastornos emocionales y del comportamiento en el ámbito familiar y/o escolar.
3. Implementar acciones de diagnóstico, evaluación e intervención individual, familiar y grupal con niños y jóvenes que presentan trastornos emocionales y del comportamiento
4. Coordinar acciones de intervención en el equipo y con otros programas de COSAM que permitan un trabajo integral de niños y jóvenes con trastornos emocionales y del comportamiento
5. Realizar acciones de coordinación con organizaciones intra o extra comunales pertenecientes al ámbito de salud, educación u otras relacionadas con los motivos de consulta del Programa 2

CRITERIOS DE INGRESOS

Para el ingreso al Programa 2 se deben cumplir los siguientes requisitos:

- Niños y adolescentes de ambos sexos entre los 2 y 17 años que presenten dificultades o trastornos emocionales y/o comportamentales.**
- Residencia en la comuna de Pudahuel**
- Derivados desde establecimientos educacionales de enseñanza primaria y/o secundaria, servicios de salud, organizaciones de la comuna.**
- Para el ingreso a subprogramas dentro del Programa 2 se deben cumplir los siguientes requisitos:**

Subprograma 1 (F91 y F92)

Niños y adolescentes que presenten dificultades de adaptación a reglas y normas del ámbito escolar y/o familiar por problemas de conducta (limitado al contexto familiar, sociables e insociables y opositor desafiante) o mixtos de las emociones y del comportamiento (trastorno depresivo de la conducta)

Subprograma 2 (F93)

Niños y adolescentes que presentan trastornos ansiosos relativos a la separación de figuras significativas (ansiedad de separación) o a la relación con otras personas del ámbito familiar (rivalidad entre hermanos) y/o escolar (ansiedad fóbica y ansiedad social).

Subprograma 3 (F94 y F95)

Niños y adolescentes que presentan dificultades en su comportamiento social que se manifiesta a través del mutismo selectivo, trastornos de la vinculación (reacción o desinhibida) o la presencia de tics.

Subprograma 4 (F98.0 a F98.6)

Niños y adolescentes que presentan trastornos en el control de esfínteres (Enuresis y Encopresis no organiza), en la ingestión alimentaría o en la fluidez del lenguaje (Farfalleo, tartamudez).

Subprograma 5 (F98.8)

Niños y adolescentes que presentan dificultades específicas en las áreas de lenguaje y aprendizaje, así como bajo rendimiento escolar que podría requerir de evaluación intelectual.

CRITERIOS DE EGRESO

- Es necesario que se cumplan los objetivos de trabajo acordados entre el terapeuta y el niño o joven y su familia.
- Los criterios de egreso se relacionan con conductas preestablecidas evaluadas al ingreso del niño y/o adolescentes a COSAM y determinaron su inclusión en el PAD 2 (Pautas de cotejo de conductas, tests, cuestionarios, pruebas específicas y observación clínica).
- Se espera que al finalizar al proceso de intervención se observe cierto grado de modificación o variación de conductas y/o síntomas en niños y adolescentes que permitan la resolución (parcial o total) del motivo de consulta y que orienten cuando exista la necesidad de realizar derivación interna a otros programas del centro o hacia otras organizaciones de la red.

METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN

La metodología de intervención utilizada para abordar los diagnósticos incluidos en el PAD 2 se organiza al interior de cada programa de manera de dar una coherencia técnica al abordaje clínico de cada caso. Dentro de cada programa el flujo de intervención puede incluir, de acuerdo a las necesidades de cada beneficiario:

- Entrevista de Ingreso**
- Evaluación y/o diagnóstico clínico realizado por el profesional que corresponda (Psicólogo, Fonoaudióloga, Psicopedagoga, Terapeuta Ocupacional, Asistente Social, Psiquiatra)**
- Terapeuta psicológica individual y familiar.**
- Intervención Psicopedagógica grupal**
- Intervención Fonoaudiológica individual y grupal**
- Intervención Psicosocial individual realizada por Terapeuta Ocupacional.**
- Intervención Psicosocial de grupo.**
- Psicoterapia de grupo**
- Intervención de Psiquiatra**
- Talleres Deportivos complementarios.**

TRABAJO EN RED

RED INTERNA:

La red interna del programa se constituye por los distintos programas al interior del COSAM, tanto de Área Infante Juvenil como del Área Adulto, los talleres de apoyo y por los distintos profesionales que trabajan en el Centro.

RED EXTERNA

Red de Salud:

Consultorio Pudahuel La Estrella
Consultorio Gustavo Molina
Consultorio Pudahuel Poniente
Centro de Referencia Salvador Allende
Centro de Infancia y Adolescencia
OPD

Otras instancias de derivación.

Corporación de Educación
Escuelas de Lenguaje (Escuela Voces y Escuela Rucamanque)
Escuelas Básicas (grupos diferenciales)
Escuelas Especiales (Escuela Especial Jesús de Nazareno y Escuelas Especiales Santísima Trinidad)
Corporación EFFETA (Niños con posible déficit auditivo)
Fundación GANTZ

Red Comunal:

La red comunal de este programa son las distintas instancias de acción social que fomentan la participación en talleres, grupos u otras actividades que permitan mejorar la calidad de vida de las personas, potenciar recursos y generar redes sociales. Dentro de esta red se encuentra la municipalidad, casas de acogida, casa de la juventud, bibliotecas, etc.

METAS PARA EL 2006

ACCIONES	INDICADORES
Atenciones de los casos ingresados	<input type="checkbox"/> Mantener la cobertura de los casos atendidos el año 2005 por los distintos profesionales que conforman este programa. <input type="checkbox"/> Dar alta al 40% de los casos ingresados este año, con el cumplimiento de objetivos total o parcial.
Atención grupal	<input type="checkbox"/> Intervenciones psicosociales de grupo: 28 <input type="checkbox"/> Psicoterapia de grupo por psicólogo: 2
Derivación externa	<input type="checkbox"/> Derivar al 100% de los casos que lo requieran
Derivación interna	<input type="checkbox"/> Derivar al 100% de los casos que lo requieran
Entrevistas de seguimiento	<input type="checkbox"/> Realizarlas a 5% de los casos
Reuniones de Programa	<input type="checkbox"/> Realizar una reunión semanal

GESTIÓN DEL EQUIPO

El equipo se reúne una vez a la semana con el fin de poder asignar los casos a los distintos profesionales que participan en este programa, coordinar los casos integrados (designar plan de tratamiento, revisar tratamiento de cada profesional, coordinar devoluciones, derivaciones pertinentes y realización de seguimientos en los casos que se requiera) y coordinar las intervenciones para niños y sus padres que participan tanto en las intervenciones psicosociales de grupo como en las psicoterapias de grupo. Por otra parte, se capacitan a los alumnos en práctica que participan en las distintas intervenciones grupales para que puedan replicar las sesiones programas durante el año, se deciden los casos que se expondrán en las reuniones clínicas y se trabaja en temas específicos del programa con el objetivo de potenciar el funcionamiento al interior del equipo y mejorar nuestro quehacer profesional al interior del centro.

HORAS DESTINADAS AL PROGRAMA

Equipo Actual

Profesionales	N° Horas
Psicólogo	30
Terapeuta Ocupacional	27
Psicopedagoga	8
Fonoaudiologa	15
Psiquiatra	4
Monitor	2

Equipo Necesario Óptimo

Profesional	N° Horas
Psicólogo	44
Terapeuta Ocupacional	30
Psicopedagoga	20
Fonoaudiologa	20
Psiquiatra	10
Monitor	2
Asistente Social	4

El aumento de horas de los profesionales del programa se debe principalmente a la demanda que existe en este PAD. Esto conlleva a listas de espera largas por todos los profesionales, y por ende, a que avanzando el año, la fecha de la primera atención (posterior a una entrevista de ingreso o derivación) se extiende de un mes a dos meses aproximadamente. Además, algunos casos atendidos por alumnos en práctica, al finalizar su estadía al interior del COSAM son derivados principalmente a los psicólogos quienes aumentan la lista de espera.

Por otra parte, se ha trabajado en torno a poder otorgar a los pacientes una atención oportuna y más eficiente con el fin de poder reducir la estadía de los mismos en COSAM. Para esto se requieren diversas acciones específicas para poder otorgar una mejor calidad de la intervención. De esta manera se podría realizar más terapias de grupo enfocadas principalmente a adolescentes.

Subprograma 1:**TRASTORNOS DE LA CONDUCTA Y MIXTOS DE LAS EMOCIONES Y DE LA CONDUCTA (F91 y F92)** **Criterios de ingreso al programa**

Beneficiarios de ambos sexos, entre los 2 y 17 años que presentan los siguientes diagnósticos:

F91.0 Trastorno de la conducta limitado al contexto familiar**F91.1 Trastorno de la conducta insociable****F91.2 Trastorno de la conducta sociable****F91.3 Trastorno opositor desafiante****F92.0 Trastorno depresivo de la conducta.****a) Preescolares (3 y 6 años)****A. Entrevista de ingreso por encargada del programa****B. Alternativas de intervención:**

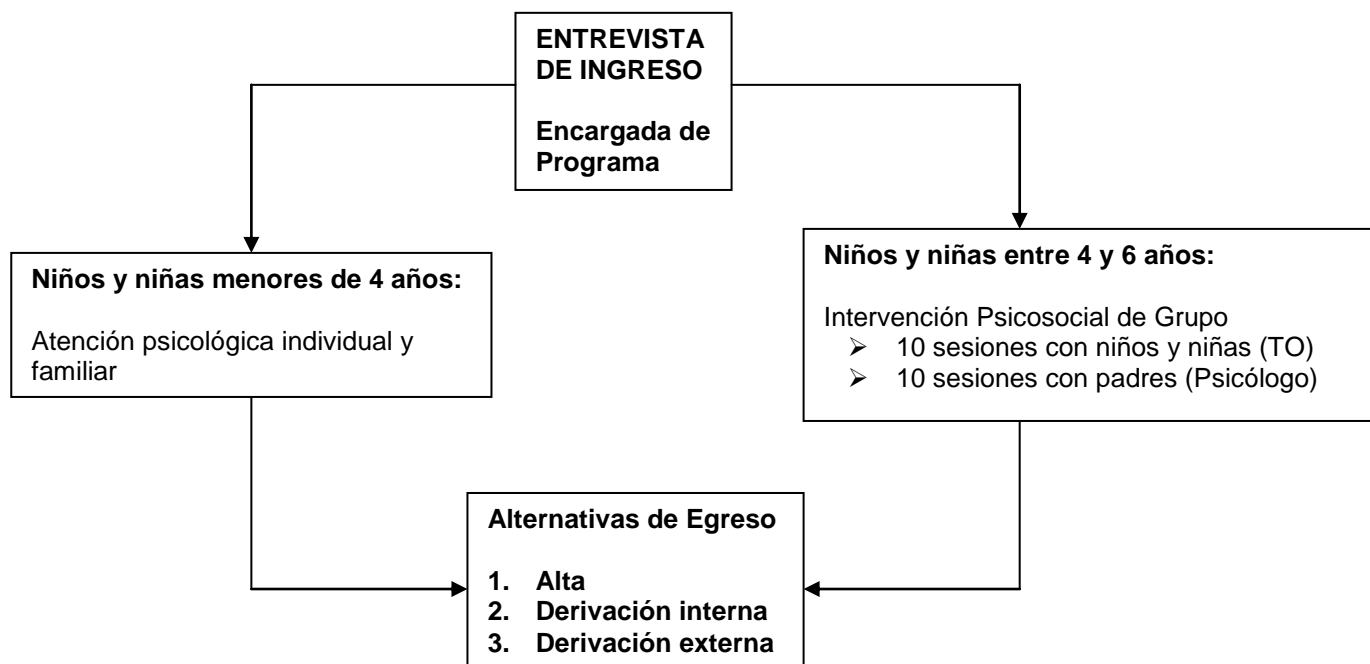
1. Niños y niñas menores de 4 años luego de entrevista de ingreso, realizada por encargada de programa, reciben terapia psicológica individual y familiar.
2. Niños y niñas entre 4 y 6 años, luego de entrevista de ingreso realizada por encargada del programa, ingresan a Intervención Psicosocial de grupo para niños con dificultades de adaptación familiar y/o escolar.

 Características de la Intervención:

- Grupo mixto y cerrado desde la 3° sesión.
- 10 sesiones de intervención con niños y niñas a cargo de Terapeuta Ocupacional.
- 10 sesiones de intervención con padres a cargo de Psicólogo
- Evaluación antes-después de las conductas de niños y niñas y de la percepción de padres y profesores acerca del comportamiento de esos

C. Egreso del programa según criterios preestablecidos tanto para el alta de la intervención como para la derivación interna a otros profesionales dentro del programa u a otros programas al interior del centro.

FLUJO DE INTERVENCIÓN



b) Escolares (6 a 13 años)

A. Entrevista de ingreso por encargada del programa

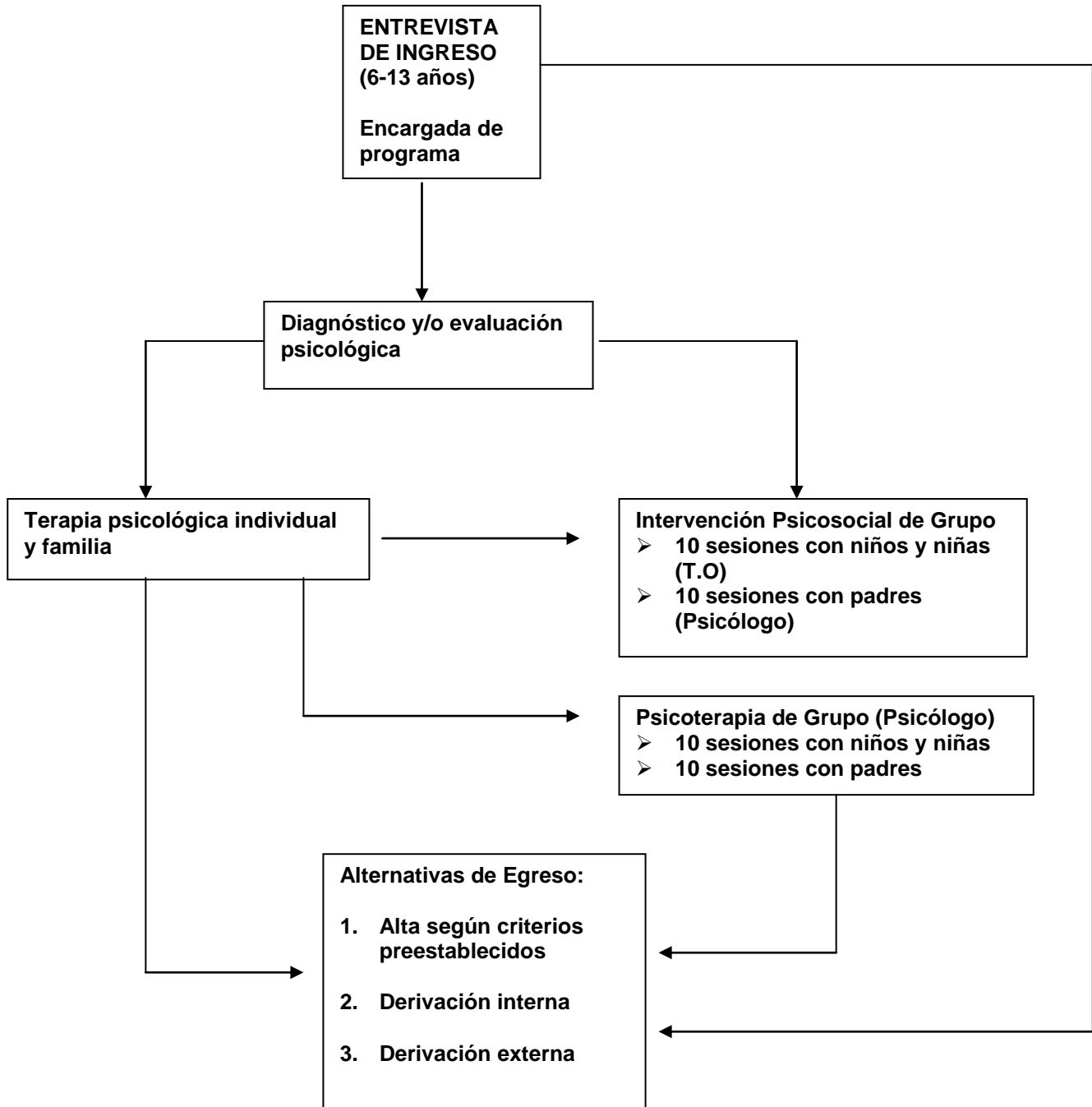
B. Diagnóstico y/o evaluación psicológica e intervención individual y familiar.

C. Alternativas de intervención:

1. Intervención Psicosocial de grupo para niños y niñas con dificultades de adaptación familiar y/o escolar.
 - 10 sesiones con niños y niñas a cargo de Terapeuta Ocupacional
 - 10 sesiones con padres a cargo de Psicólogo
 - Evaluación antes-después con pauta de observación de conductas para los niños y de percepción de padres y profesores acerca de las conductas de los niños.
2. Psicoterapia de Grupo para niños y niñas con dificultades de adaptación familiar y/o escolar.
 - 10 sesiones con niños y niñas a cargo de Psicólogo
 - 10 sesiones con padres a cargo de Psicólogo
 - Evaluación antes-después con pauta de observación de conductas para los niños y de percepción de padres y profesores acerca de las conductas de los niños.

D. Egreso del programa según criterios preestablecidos tanto para el alta como para la derivación interna a otro profesional dentro del programa o a otro programa del centro.

FLUJO DE INTERVENCIÓN



c) Adolescentes (14 y 17 años)

A. Entrevista de ingreso por encargada del programa

B. Alternativas de Evaluación y Diagnóstico:

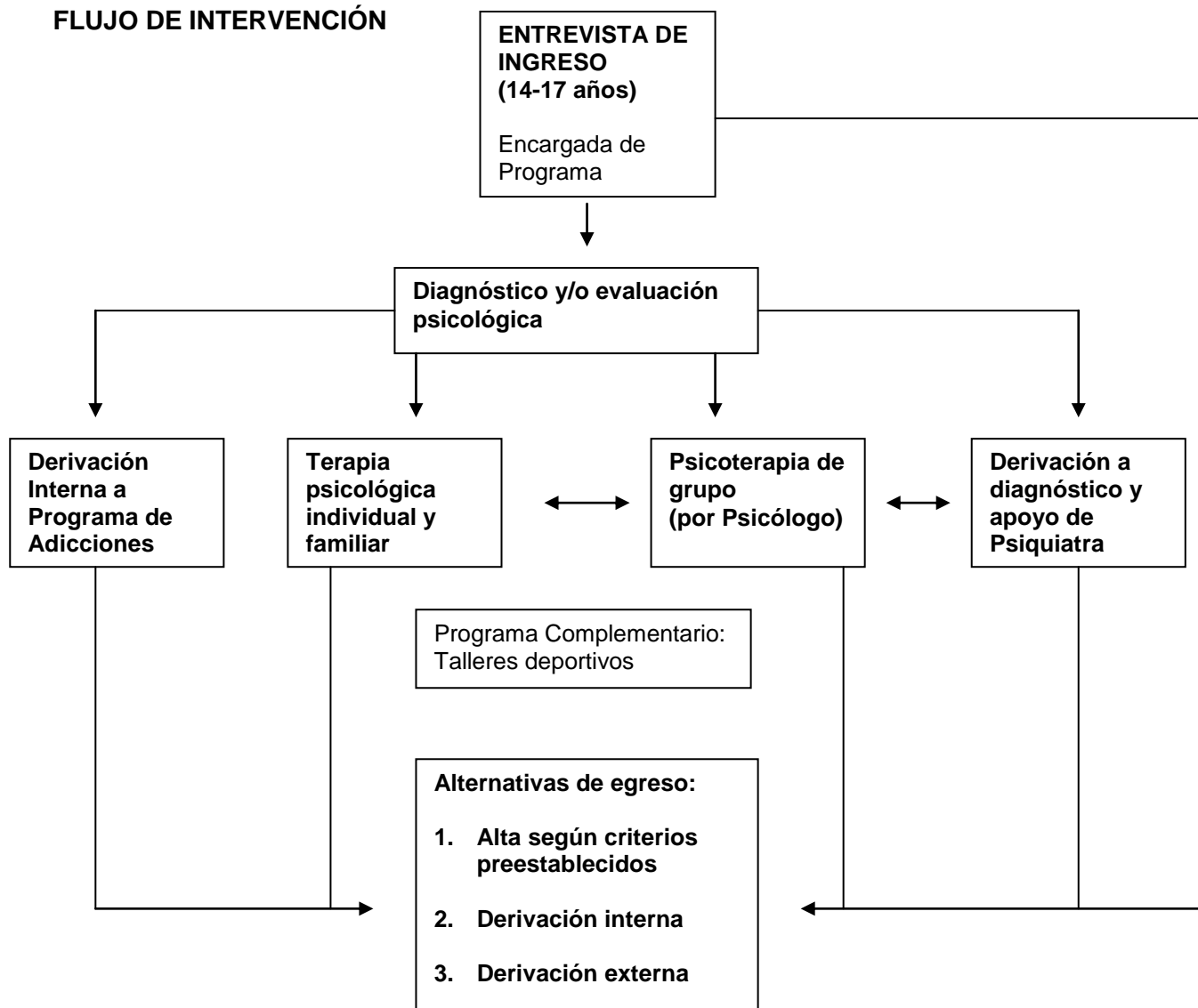
1. Evaluación y Diagnóstico psicológico
2. Evaluación y Diagnóstico del psiquiatra

C. Alternativas de intervención:

1. Derivación interna a programa de adicciones COSAM
2. Terapia individual y familiar.
3. Terapia de grupo (Psicólogo)
4. Apoyo farmacológico de Psiquiatra
5. Derivación interna a otros talleres complementarios en COSAM

D. Egreso según criterios preestablecidos tanto para el alta como para la derivación interna a atención clínica y/o a programas complementarios.

FLUJO DE INTERVENCIÓN



Subprograma 2:**TRASTORNOS EMOCIONALES DE COMIENZO ESPECÍFICO EN LA NIÑEZ Y EN LA ADOLESCENCIA (F93)** **Criterios de Ingreso al programa:**

Beneficiarios de ambos sexos entre 2 y los 17 años que presentan los siguientes diagnósticos:

F93.0 Trastorno de ansiedad de separación

F93.1 Trastorno de ansiedad fóbica

F93.2 Trastorno de ansiedad social

F93.3 Trastorno de rivalidad entre hermanos

 Flujo de ingreso e intervención de motivo de consulta de este programa:**A. Entrevista de ingreso al programa (encargada de programa)****B. Alternativas de Evaluación y Diagnóstico**

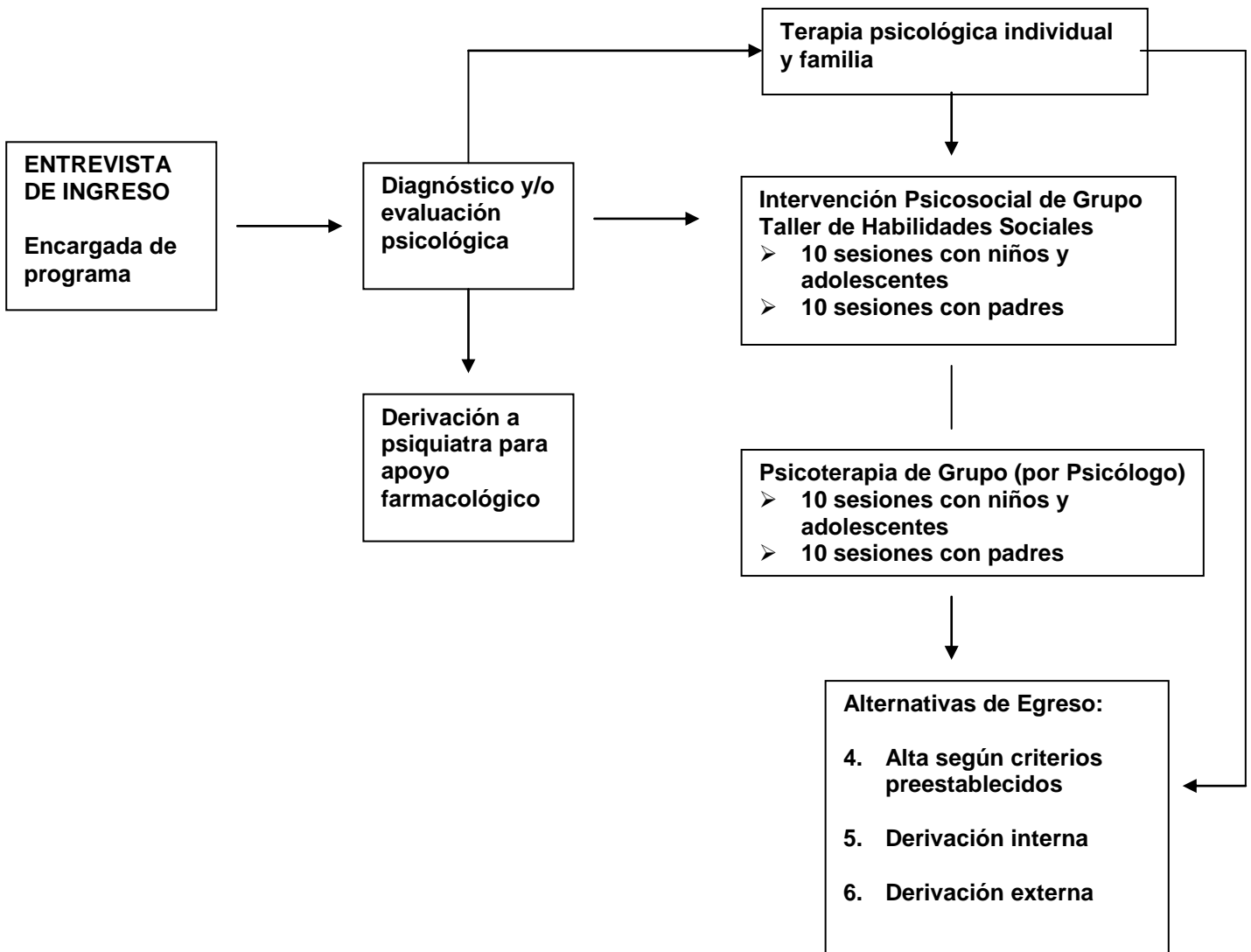
1. Evaluación y Diagnóstico psicológico
2. Evaluación y Diagnostico por psiquiatra

C. Alternativas de Intervención Terapéutica

1. Terapia individual y familiar (Psicólogo)
2. Apoyo farmacológico (Psiquiatra)
3. Intervención Psicosocial de Grupo a través de talleres de estimulación de Habilidades Sociales de 10 sesiones de intervención con niños y adolescentes y 10 sesiones con padres.

D. Egreso del programa según criterios preestablecidos tanto para el alta de la intervención como para la derivación interna o externa del centro.

FLUJO DE INTERVENCIÓN



Subprograma 3

TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO SOCIAL DE COMIENZO ESPECÍFICO EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (F94 – F95)

□ **Criterios de Ingreso al programa:**

Beneficiarios de ambos sexos entre 2 y los 17 años que presentan los siguientes diagnósticos:

F94.0 Mutismo Selectivo

F94.1 Trastorno de la vinculación reactiva

F94.2 Trastorno de la vinculación desinhibida

F95 Trastorno por tics

□ **Flujo de intervención y abordaje de motivo de consulta de este programa:**

A. Entrevista de ingreso (Encargada de programa)

B. Alternativas de Evaluación y Diagnóstico:

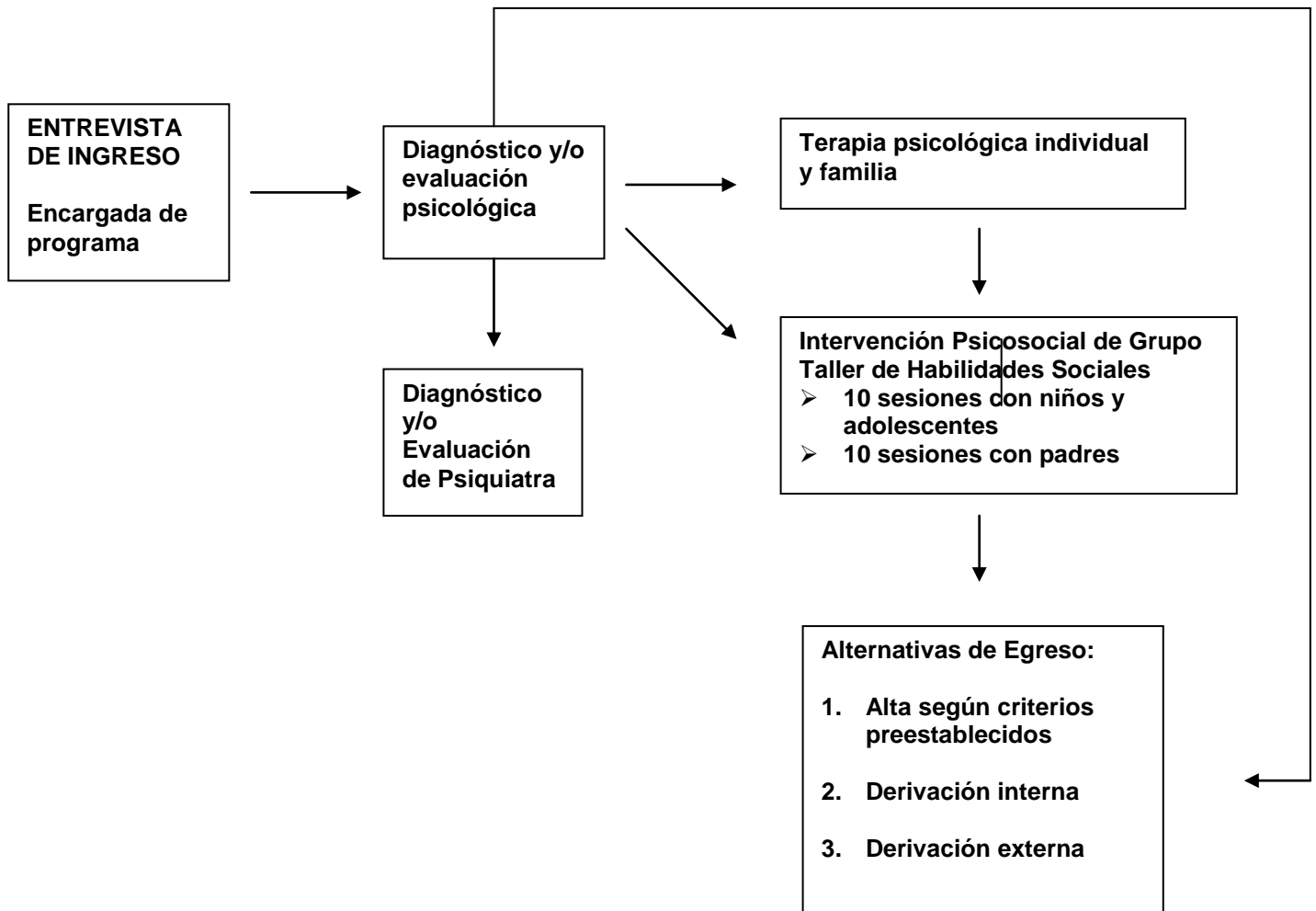
1. Evaluación y Diagnóstico psicológico
2. Evaluación y Diagnostico por psiquiatra

C. Alternativas de Intervención Terapéutica:

1. Terapia individual y familiar (Psicólogo)
2. Apoyo farmacológico (Psiquiatra)
3. Intervención psicosocial de grupo a través de **Talleres de estimulación de Habilidades Sociales** de 10 sesiones de intervención con niños y adolescentes y 10 con padres.

D. Egreso del programa según criterios preestablecidos tanto para el alta de la intervención como para la derivación interna o externa del centro.

FLUJO DE INTERVENCIÓN



Subprograma 4

OTROS TRASTORNOS EMOCIONALES Y DEL COMPORTAMIENTO QUE APARECE HABITUALMENTE EN LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA (F98.0 – F98.6)

Criterios de Ingreso al programa:

Beneficiarios de ambos sexos entre 2 y los 17 años que presentan los siguientes diagnósticos:

F98.0 Enuresis no orgánica

F98.1 Encopresis no orgánica

F98.2 Trastorno de la ingestión alimentaria

F98.3 Pica

F98.5 Tartamudez

F98.6 Farfullero

Flujo de ingresos e intervención de motivos de consulta de este programa:

A. Entrevista de ingreso al programa (Encargada de programa)

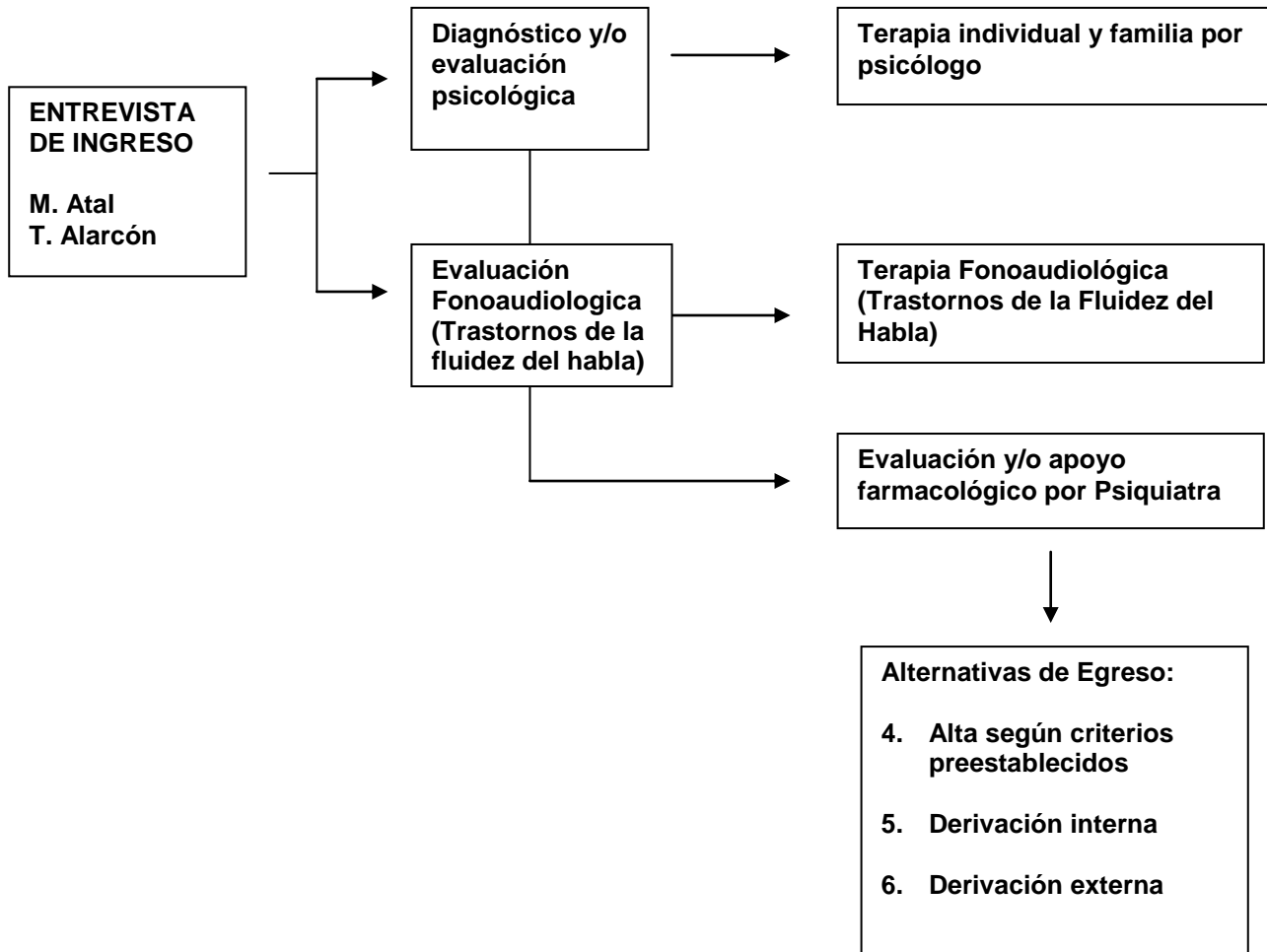
B. Alternativas de Evaluación y Diagnóstico:

1. Evaluación y Diagnóstico psicológico
2. Evaluación y Diagnóstico por psiquiatra en los casos que lo requieran
3. Evaluación y Diagnóstico fonoaudiológica (en los casos de trastornos de la fluidez del habla)

C. Alternativas de Intervención:

1. Terapia individual y familiar (Psicólogo)
2. Apoyo farmacológico (Psiquiatra)
3. Terapia fonoaudiológica

D. Egreso del programa según criterios preestablecidos tanto para el alta de la intervención como para la derivación interna o externa del centro.

FLUJO DE INTERVENCIÓN

Subprograma 5

OTROS TRASTORNOS EMOCIONALES Y DEL COMPORTAMIENTO SOCIAL NO ESPECIFICADOS QUE APARECEN HABITUALMENTE EN LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA (F98.8)

□ **Criterios de Ingreso al programa:**

Niños y adolescentes de ambos sexos entre los 2 y 17 años que presentan dificultades específicas en las áreas de lenguaje y aprendizaje, así como bajo rendimiento escolar que podría requerir de evaluación intelectual.

□ **Flujo de ingresos e intervención de motivos de consulta de este programa:**

A. Entrevista de ingreso al programa: Macarena Atal y Tatiana Alarcón

B. Alternativas de Evaluación y Diagnóstico:

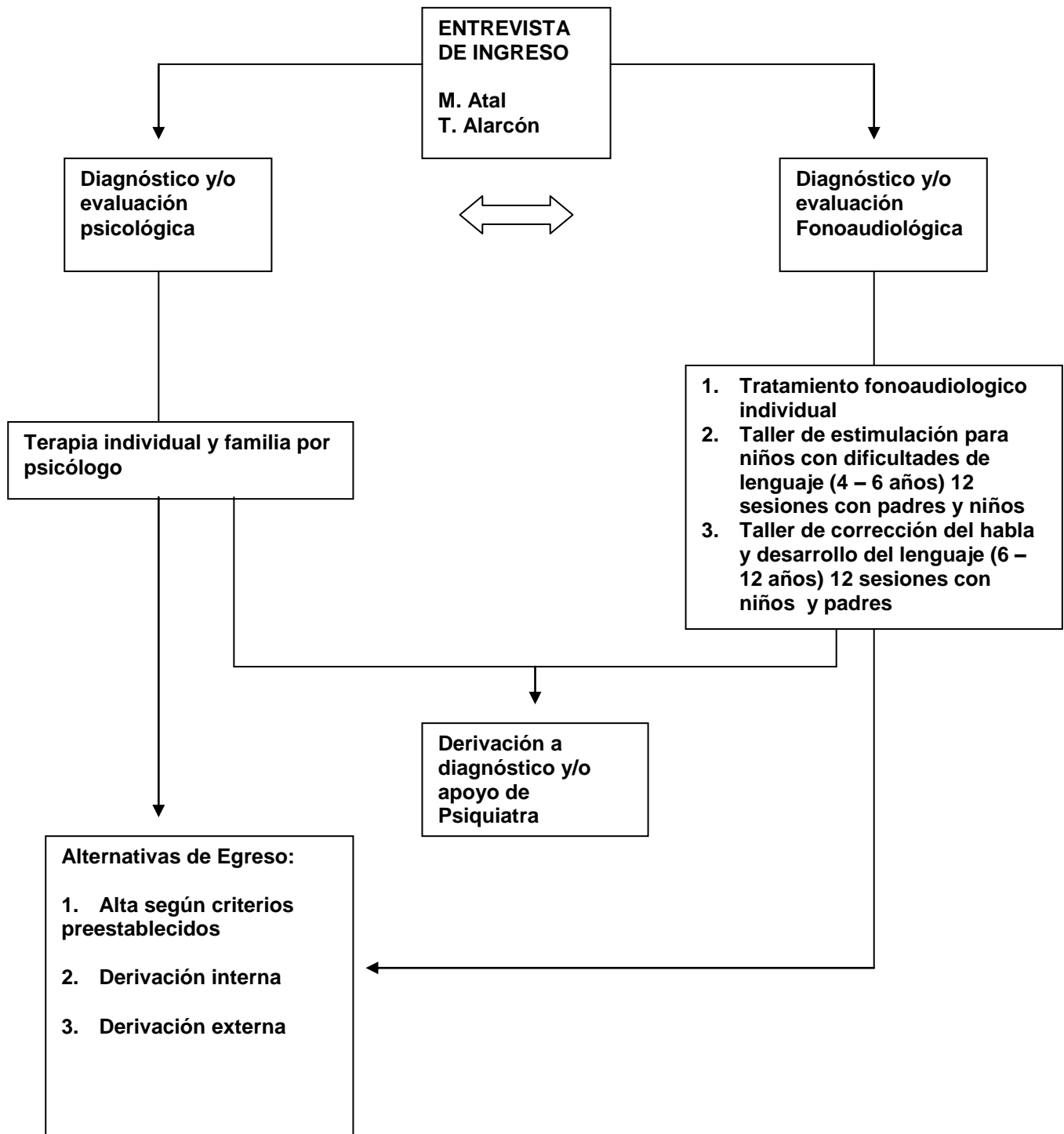
1. Diagnóstico y/o evaluación psicológica (Evaluación intelectual)
2. Diagnóstico y/o evaluación fonoaudiológica
3. Diagnóstico y/o evaluación de psiquiatra

C. Alternativas de Intervención:

1. Terapia psicológica individual y familiar (Psicólogo)
2. Intervención fonoaudiológica a través de :
 - Tratamiento fonoaudiológico individual
 - Taller de estimulación para niños y niñas entre los 4 y 6 años con dificultades de lenguaje (12 sesiones con la participación y trabajo directo de los padres con sus hijos en casa sesión)
 - Taller de corrección del habla y desarrollo del lenguaje para niños entre los 6 y 12 años (entre 12 y 24 sesiones con niños u trabajo con los padres.)
3. Apoyo farmacológico de Psiquiatra

D. Egreso del programa según criterios preestablecidos tanto para el alta de la intervención como para la derivación interna o externa del centro.

FLUJO DE INTERVENCIÓN



ÁREA 3 Infanto – Juvenil

REACCIÓN AL ESTRÉS GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN

Marco General

El área 3 incluye 4 programas de intervención dirigido a diversos trastornos psicopatológicos y/o psicosociales presentes en niños y adolescentes. Los programas son:

Programa 1

Abuso sexual (F432 – Z614, F432 – Z615)

Programa 2

Maltrato Infantil y Testigos de Maltrato Infantil (F432–Z616, F432–Z617, F432- Z62)

Programa 3

Problemas emocionales severos (F3, F411, F412, F42)

Programa 4

Otros trastornos relacionales con reacción al estrés grave y trastornos de adaptación (F432 que excluye Z614, Z615, Z616, Z617 Z62)

CRITERIOS DE INGRESO AL ÁREA 3

Para ingresar al área 3 se deben cumplir los siguientes requisitos:

- Tener entre 2 y 17 años de edad
- Vivir en la comuna de Pudahuel
- Presentar una derivación del establecimiento educacional, servicio de salud, institución de la comuna y/o consulta espontánea
- Que el niño/adolescente presente alguno de los trastornos psicopatológicos y/o psicosociales que se incluyen en el área 3.

Todos los pacientes pertenecientes a los programas del área 3 pueden ser derivados internamente a evaluación y/o tratamiento psicopedagógico y fonoaudiológico.

REQUISITOS PARA INGRESAR A LOS DIVERSOS PROGRAMAS QUE INCLUYE EL ÁREA 3

PROGRAMA 1 ABUSO SEXUAL

El niño/adolescente presenta estados de perturbación que habitualmente interfieren con el funcionamiento y desempeño psicosocial. Esta perturbación es producto de cualquier forma de contacto, expresión sexual o intento de seducción entre una persona adulta o adolescente y un niño(a)/adolescente, haya sido o no voluntaria la participación del menor/adolescente.

PROGRAMA 2 MALTRATO INFANTIL Y TESTIGOS DE VIOLENCIA

El niño/adolescente presenta estados de perturbación que habitualmente interfieren con el funcionamiento y desempeño psicosocial. Esta perturbación puede ser producto de:

- Problemas relacionados con incidentes en los cuales los niños han sido lesionados físicamente en el pasado por parte de uno o varias personas
- Problemas relacionados con el cuidado inadecuado por parte de los padres o cuidadores, ya sea manifestando: un escaso interés y/o control con respecto al cuidado del niño, abandono emocional del niño y/o se dirigen al niño en forma despectiva, ofensiva e insensible.
- Problemas relacionado con el hecho que el niño /adolescente presencie hechos de violencia donde seres queridos resulten agredidos, ya sea física o psicológicamente.

PROGRAMA 3 TRASTORNOS EMOCIONALES SEVEROS

El niño/ adolescente presenta alteración emocional, desarrollando sintomatología que cumple con los criterios del Trastorno de pánico, Trastornos de ansiedad generalizada, Trastorno depresivo, Trastorno mixto de ansiedad y depresión y/o Trastorno obsesivo-compulsivo.

PROGRAMA 4 OTROS TRASTORNOS RELACIONADOS CON REACCIÓN AL ESTRÉS GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN.

El niño/adolescente presenta estados de perturbación que habitualmente interfieren con el funcionamiento y desempeño psicosocial. Esta perturbación es producto de hechos reales como: separación de los padres; enfermedades invalidante de uno de los miembros de la familia; migración de la familia; muerte de un familiar o persona significativa, entre otros.

REQUISITOS PARA EGRESAR DE LOS DIVEROS PROGRAMAS QUE INCLUYEN EL ÁREA 3

A nivel general, par que el niño/adolescente puede egresar en necesario que se cumplan con los objetivos de trabajo acordados, tanto con el niño como con la familia, durante la primeras sesiones de atención.

Cada programa contenido en el PAD 3 presenta criterios de egreso particulares, acordes a la temática central del trabajo. En los trabajos grupales se realizará una evaluación pre y

post que permita tener claridad acerca de la evolución que pudiera haber presentado o no el niño/adolescente.

ÁREA DE INTEVENCIÓN FRENTE A LA REACCIÓN AL ESTRÉS GRAVE Y TRASTOROS DE ADAPTACIÓN

Encargada Programa : Ma. de los Ángeles Herane, Psicóloga

Equipo : Macarena Atal, Psicóloga
Carmen Gloria Greve, Psicóloga
Jeannette Guerrero, Asistente Social
Ma. de los Ángeles Herane, Psicóloga
Paula Mujica, Terapeuta Ocupacional
Paula Quirós, Psicóloga

3.1 PROGRAMA ABUSO SEXUAL

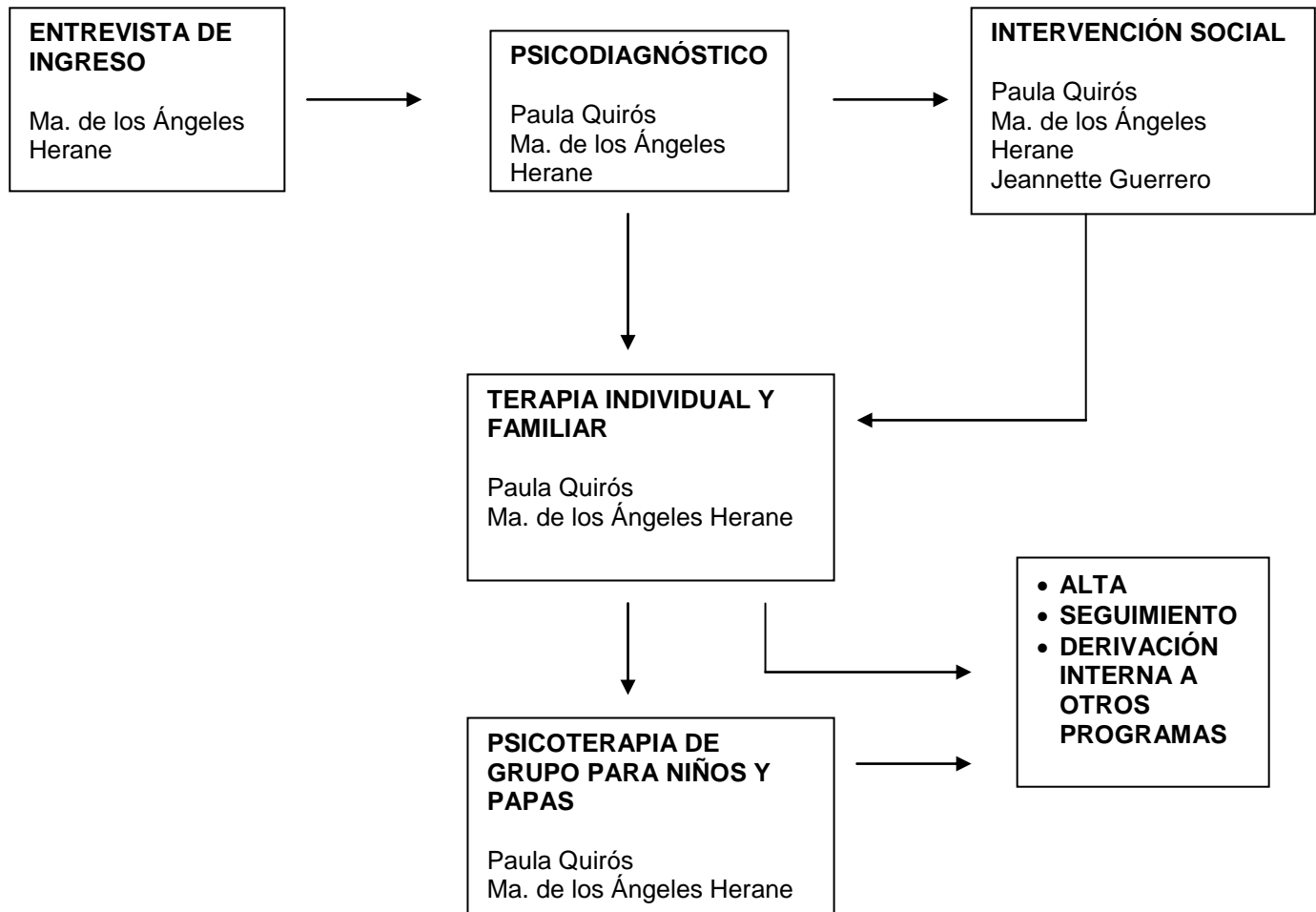
Responsable : Ma. de los Ángeles Herane, Psicóloga

Equipo : Paula Quirós, Psicóloga
Jeannette Guerrero, Asistente Social
Ma. de los Ángeles Herane

Objetivos

- Evaluar la necesidad de realizar intervención social de modo de detener la situación de abuso y/o el contacto con el perturbador.
- Brindar orientación socio-legal a fin de apoyar y guiar las acciones pertinentes, ya sean proteccionales y/o penales.
- Realizar evaluación de carácter pericial y/o psicodiagnóstico al niño o niña víctima de abuso sexual.
- Realizar evaluación de factores protectores y de riesgo del entorno familiar del niño(a)
- Propiciar espacio terapéutico de carácter reparatorio (individual – grupal) para la víctima
- Generar espacio terapéutico para el adulto protector en instancia grupal de pares, de modo de trabajar en la elaboración e integración de la experiencia abusiva sufrida por el niño(a) a su cargo
- Potenciar y desarrollar acciones de autocuidado en niños y niñas

FLUJOGRAMA



3.2 PROGRAMA MALTRATO INFANTIL

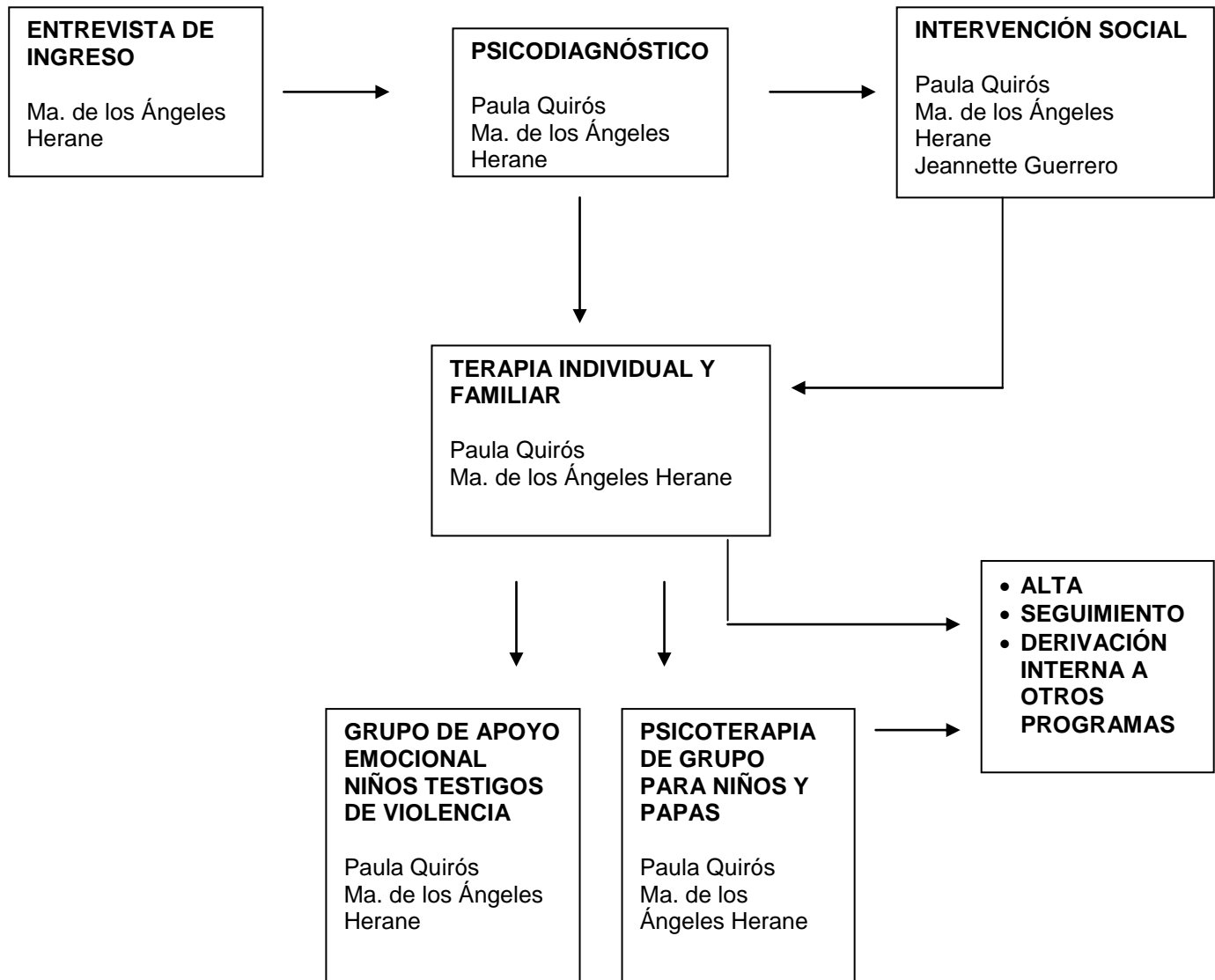
Responsable : Ma. de los Ángeles Herane, Psicóloga

Equipo : Paula Quirós, Psicóloga
Jeannette Guerrero, Asistente Social
Ma. de los Ángeles Herane

Objetivos

- Evaluar la gravedad del maltrato sufrido o vivenciado por la víctima, de modo de detectar el riesgo en que se encuentra.
- Evaluar los factores de protección y de riesgo en el cual se encuentra el niño(a).
- Realizar las acciones de intervención social necesarias para interrumpir el maltrato vivido por el niño(a) o del cual es testigo.
- Otorgar orientación socio-legal a fin de apoyar y guiar las acciones pertinentes a nivel penal y de búsqueda de medida de protección.
- Realizar psicodiagnóstico emocional individual del niño(a)
- Realizar psicodiagnóstico relacional de la familia, de tal forma de conocer los mecanismos relacionales, a nivel de la estructura familiar, que permiten el desarrollo y mantención de la violencia y maltrato
- Brindar tratamiento psicoterapéutico individual y/o familiar de modo de fomentar el cambio de la organización familiar, las creencias y valores que mantienen la situación de maltrato.
- Otorgar espacio psicoterapéutico grupal, tanto para los niños como para sus padres, para fomentar y potenciar el proceso de elaboración de la situación de maltrato en la cual se encontraban inmersos, trabajando creencias, valores, fantasías, empatía, entre otras temáticas.

FLUJOGRAMA



3.3 PROGRAMA TRASTORNOS EMOCIONALES SEVEROS

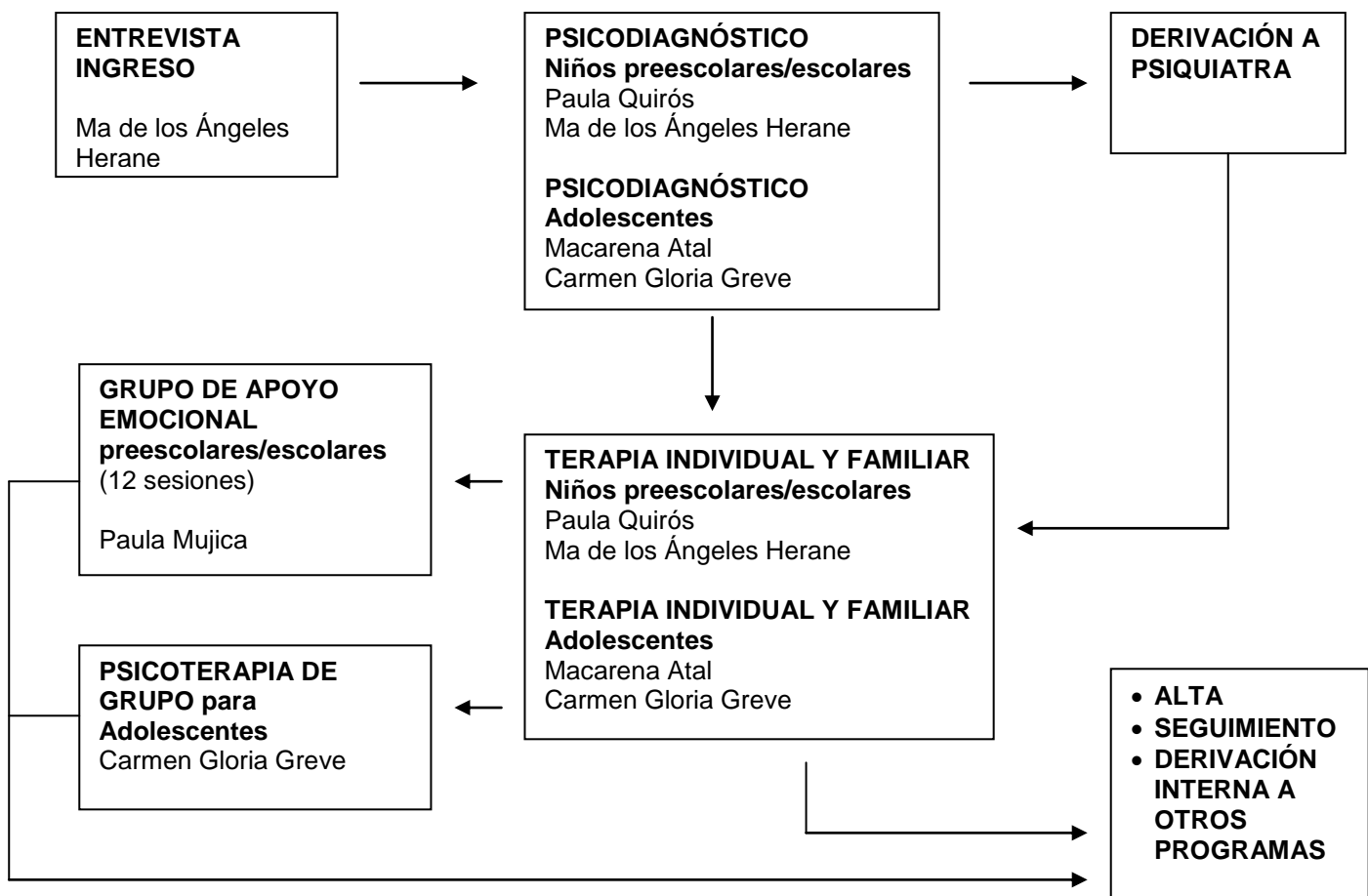
Responsable : Ma. de los Ángeles Herane

Equipo : Macarena Atal, Psicóloga
Carmen Gloria Greve, Psicóloga
Paula Mujica, Terapeuta Ocupacional
Paula Quirós, Psicóloga
Ma. de los Ángeles Herane

Objetivos

- Realizar un proceso de psicodiagnóstico que permita dar cuenta del trastorno emocional que presenta el niño o la niña y la gravedad e intensidad con que se manifiesta.
- Evaluar la necesidad de realizar interconsulta psiquiátrica
- Brindar apoyo psicoterapéutico individual, familiar y/o grupal de modo de reestablecer y fomentar el bienestar psicosocial del niño o niña
- Potenciar los recursos individuales y familiares para que tanto el niño o niña, junto a su familia, puedan hacer frente de manera adecuada a los conflictos que se les presenten.

FLUJOGRAMA



3.4 PROGRAMA OTROS TRASTORNOS RELACIONADOS CON REACCION AL ESTRÉS GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN

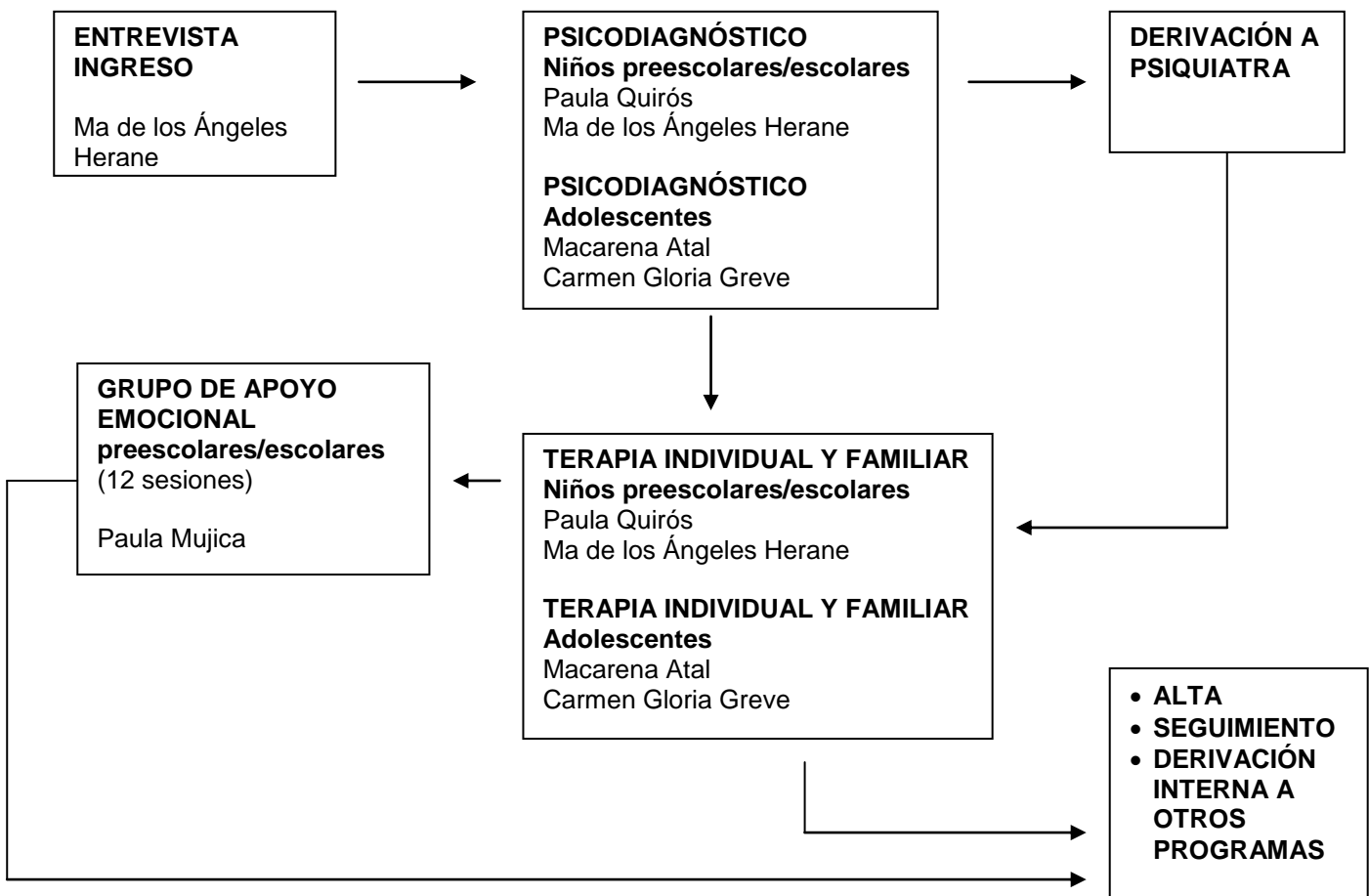
Responsable : Ma de los Ángeles Herane

Equipo : Macarena Atal, Psicóloga
Carmen Gloria Greve, Psicóloga
Paula Mujica, Terapeuta Ocupacional
Paula Quirós, Psicóloga
Ma de los Ángeles Herane

Objetivos

- Realizar proceso de psicodiagnóstico individual y familiar que permita determinar qué problema o dificultad presenta el niño o niña
- Otorgar un espacio psicoterapéutico para los niños o niñas que presenten alguna sintomatología o trastorno psicopatológico que no cumpla con lo criterios de inclusión en los programas anteriormente descritos.
- Brindar espacio psicoterapéutico a la familia del niño, para poder contenerlos trabajar en la implementación de estrategias adecuadas para el afrontamiento de los problemas.

FLUJOGRAMA



Agradecimientos

A cada uno de los niños, niñas y adolescentes que conocí en mi primera experiencia profesional en el COSAM de Pudahuel.

A todas las personas que trabajan en el mismo centro, psicólogos, psicólogas, psicopedagogas, terapeutas, asistentes sociales, practicantes, profesor de educación física, secretarias, administrativos, etc.

A mi profesora patrocinante, Myriam George, quien motivo y potencio mi interés en la Salud Pública de Chile.

Sin duda alguna, siempre estarán presentes en mí, son los cimientos en los cuales se sustenta mi ejercicio profesional actual, del cual me siento muy orgullosa gracias a cada uno de ustedes.

Priscilla Riquelme Pardo, 2007