

MODELO PSIQUIATRICO DE INTERVENCION TERAPEUTICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES (UTNA)

Dr. Guido Macías-Valadez T*

Introducción

Durante el año de 1979 estuvo funcionando en el Centro de Salud "Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez", de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, un programa llamado "Unidad Terapéutica para Niños y Adolescentes" (UTNA), dentro del cual se atendió a un total de 439 niños y adolescentes. De éstos, se diagnosticaron 248 casos, se trataron 202, se enviaron 15 a otras instituciones y a 27 no se les atendió. Los resultados mostraron la viabilidad del programa en centros de salud, además del costo-beneficio y la posibilidad de intervención terapéutica multidisciplinaria en "bloque de tiempo"*** con repercusiones no sólo en la sintomatología, sino en el desarrollo infantil (5).

A partir de marzo de 1980 y por disposición de la Dirección General de Salud Mental, el programa se trasladó al Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", quedando un equipo multidisciplinario en el Centro en el que se inició, para dar atención a niños y adolescentes, con la posibilidad de enviar al hospital los casos más graves. El programa conservó su estructura de base funcionando con un equipo multidisciplinario y únicamente se realizaron cambios en algunas modalidades terapéuticas para adecuarlo a los casos de patología más grave que se reciben en el hospital.

Objetivos de la investigación

Durante este 2o. año del programa y debido al cambio de sede, se han podido establecer nuevas hipótesis que se agregan a las iniciales, que ya han sido investigadas y a cuyos resultados remitimos al lector (5).

En este proyecto se plantean los siguientes objetivos:

1. El estudio comparativo de resultados de 1979 y 1980 en los dos medioambientes terapéuticos diferentes.
2. El estudio de seguimiento semestral de casos de 1979 a fin de comprobar la eficacia terapéutica del modelo en los casos dados de alta en 1979.
3. El análisis cualitativo de los resultados individuales de cada uno de los casos vistos en 1980, es decir, un análisis del tipo de población estudiada en el programa.

Metodología

A la estructura organizativa del UTNA 1979, se le hicieron las modificaciones necesarias para la nueva población del Hospital y en un periodo de transición (marzo a

mayo de 1980) se pudieron establecer los siguientes "bloques de tiempo".

1. Bloque de Educación Especial: Niños de 7 a 11 años con problemas de aprendizaje, divididos, por razones de espacio físico (aulas), en dos grupos de 8 a 10 niños cada uno.

2. Bloque de Terapéutica Maternal: Grupo de niños de 3 a 5 años con problemas diversos (carencias afectivas, disfunción cerebral, etc.), a los que se les aplican técnicas de educación perceptual; otro grupo de ambientación con miras a una integración terapéutica en algunos de los grupos del sistema; y un tercer grupo de niños de 5 a 6 años, con problemas diversos y técnicas de educación perceptual.

3. Bloque Psicopedagógico: Grupo de niños de 7 a 12 años con problemas de aprendizaje, cuya determinante principal es un problema emocional o conductual. En estos niños se emplean modalidades terapéuticas que incluyen: grupos de socialización, labor de juego y técnicas mixtas psicológicas y pedagógicas.

4. Bloque Vespertino: para preadolescentes y adolescentes con problemas diversos, tratados en grupos de socialización y psicoterapia con actividades recreativas complementarias.

5. Procedimiento diagnóstico en grupo una vez por semana.

6. Otras modalidades terapéuticas: farmacoterapia, psicoterapia individual, etc.

7. Grupo de padres, simultáneamente a los grupos de niños. Cada caso fue diagnosticado individualmente por la consulta externa del Hospital y enviado al programa, en donde fue diagnosticado tras haber llenado una forma preestablecida de historia clínica. En el grupo se observaron: pautas de conducta, evaluación pedagógica, socialización, dibujo del reloj y de la figura humana, y la exploración neurológica de signos blandos. Al final del estudio, el equipo (compuesto por un psiquiatra, un psicólogo, una educadora especializada y una trabajadora social) se reúne para la discusión diagnóstica y la integración terapéutica de alguno de los grupos del programa.

Método de registro

Se empleó un método de registro similar al de 1979, con una hoja de cómputo mensual, una individual por caso y otra de seguimiento semestral. Durante el transcurso del programa se agregaron: una encuesta para maestros, la forma de historia clínica cuyos resultados serán objeto de publicación por separado y una lista progresiva de los casos del programa. Los resultados que aquí se presentan provienen de las respuestas anotadas en las diversas formas; además se llevaron a cabo reuniones periódicas para discutir los resultados parciales con los integrantes del programa y con el investigador responsable.

* Jefe de Enseñanza del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" y Jefe del Proyecto "Unidad Terapéutica para Niños y Adolescentes" del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

** Un marco de referencia (terapéutico o preventivo) en un tiempo establecido, repetitivo y, de preferencia, dentro de un mismo espacio.

Resultados

Para el cómputo de los resultados de 1980 se tomó en cuenta a los 20 niños atendidos en enero y febrero en el Centro de Salud "Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez", que posteriormente ingresaron al programa del Hospital. La transición se hizo entre marzo y mayo; primero tomaron parte los bloques del turno matutino y, un mes después, el bloque vespertino. En el transcurso de 1980 se dio atención a 400 niños y adolescentes de los cuales se registraron 366 casos, 26 no se consideraron enfermos y de 8 no se obtuvo información.

Cuadro 1

Asistentes al programa

	No.	%
Casos diagnosticados	366	91.5
Asistentes a taller (No casos)	26	6.5
Sin información	8	2
Total de niños y adolescentes	400	100

En la distribución de los 366 casos diagnosticados se puede observar que el porcentaje de casos tratados fue de 78.41% y que se remitió a un 14.2% a otros servicios intrahospitalarios después de emitirse el diagnóstico (esta cifra puede explicarse por el desconocimiento del tipo de paciente que se atendía en el programa que existía en un principio en el hospital); el 6.83% de los casos no se presentó después de ser diagnosticado, lo que puede considerarse como deserción después del diagnóstico.

Cuadro 2

Distribución de los casos

	No.	%
Diagnosticados	366	99.98
Tratados	287	78.41
Otras instituciones	2	0.54
Canalizados		
Otros servicios del hospital	52	14.2
No tratados	25	6.83

El número de padres atendidos en 1979 fue de 398, de los cuales 264 (66%) fueron tratados en grupos de orientación a padres.

Modalidades terapéuticas

Los 287 casos tratados dentro del programa se distribuyeron de la siguiente manera:

Como puede apreciarse, la distribución por bloques fue bastante homogénea. Las modalidades de los bloques de maternal terapéutica y educación especial comprenden 129 casos, o sea, 44.9% del total; en las modalidades de los bloques psicopedagógico y vespertino se trataron 148 casos (51%); la terapia individual se dio sólo a 10 casos (3.5%).

Cuadro 3

Modalidades terapéuticas de los casos tratados

	No.	%
Bloque educación especial	64	22.3
Bloque de maternal terapéutica	65	22.6
Bloque psicopedagógico	78	27.2
Bloque vespertino	70	24.4
Terapia individual	10	3.5
Total	287	100

En cuanto al número de asistencias registradas durante 1980, hubo un total de 10 252, de las cuales 8 646 correspondieron a consultas para diagnóstico y terapia, lo que equivale a un 84.3% del total. En los talleres ocupacionales y recreativos se registraron 1 606 asistencias, es decir, 15.6% del total.

Cuadro 4

Distribución del total de asistencias (10 252)*

%		Número
27.2	Bloque de educación especial	2 793
22.7	Bloque vespertino	2 323
	Incluye:	
	7% Grupos de psicoterapia y socialización (717)	
	15.7% Talleres recreativos y ocupacionales (1606)	
15.3	Bloque de maternal terapéutica	1 572
13	Grupo de orientación a padres	1 329
11.3	Bloque psicopedagógico	1 161
6.6	Actividades diagnósticas y consultas de primera vez	678
3.9	Sesiones individuales	396
100	T O T A L	10 252

* Elaborado por la Licenciada en Educación Especial Sara London L.

En comparación con 1979, año en que hubo 9 970 asistencias, se notó un incremento del 2.8%, pero su distribución fue muy diferente ya que en 1979, un 55% de las asistencias correspondió a consultas diagnóstico-terapéuticas, mientras que en 1980 este porcentaje fue de 84.3% con un incremento de 29.3%. Las actividades recreativas y ocupacionales alcanzaron el 32% de las asistencias en 1979 y el 15.7% en 1980, con decremento de 16.3%; en cuanto a las actividades comunitarias, que alcanzaron un 13% de asistencias en 1979, no las hubo en 1980, lo cual puede explicarse porque el Hospital tiene una carga asistencial importante y a pesar de haberse notado un aumento en la asistencia, hubo poca actividad comunitaria.

En cuanto al total de consultas (8 646), al tomar en cuenta el número de casos diagnosticados obtenemos un promedio de cerca de 24 consultas por caso, comparable al de las 22 consultas de 1979; sin embargo, si tomamos en cuenta únicamente los 287 casos tratados (puesto que los casos diagnosticados y no tratados acusan de 1 a 3 consultas) obtenemos un promedio de 30 consultas por caso tratado.

El número de asistentes a talleres recreativos y ocupacionales, equivalente a 1 606 (15.7%), no puede considerarse solamente en relación a los 26 no casos (cuadro 1) porque a los talleres asistieron también algunos pacientes.

Evolución de los casos

En 1980 se realizó el seguimiento de 20 casos, de los cuales 19 correspondían a 1979 y 1 a 1980, es decir, alcanzaban un 32.2% de los 59 casos dados de alta en 1979. La distribución de estos casos fue la siguiente: 1 caso de 6 años del bloque psicopedagógico del programa UTNA 80, dado de alta en mayo, presentaba una muy buena evolución en noviembre de 1980. En el seguimiento de los 19 casos correspondientes a 1979, se consideró como muy buena (MB) la evolución lograda por aquellos niños que pasaron su año escolar con buenas calificaciones y que no presentaban problemas conductuales, emocionales o familiares adicionales; como buena (B), la evolución de aquellos casos en que faltaran algunos de los parámetros anteriores o hubiese un nuevo síntoma agregado; y como evolución deficiente (D) la de los casos que requirieron una nueva modalidad terapéutica aunque fuese diferente a la de origen.

Cuadro 5

Seguimiento semestral de las altas

	No.	%
Casos dados de alta en 1979	59	100
Seguimiento semestral en 1980	19	32.2
Casos dados de alta en 1980	52	100
Seguimiento semestral 1980	1	1.9
Educación especial	15	75
Maternal terapéutica	3	15
Socialización	2	10

De los 20 casos de seguimiento que aparecen en el cuadro 5, 15 recibieron tratamiento en educación especial; 3 en maternal terapéutica y 2 en socialización (psicopedagógico). De los 20 casos, 12 eran niños (60%) y 8, niñas (40%); sus edades fluctuaban entre los 3 y los 13 años (media, 8 años) y se distribuyeron así: 4 niños preescolares (entre 3 y 6 años), 15 casos en período de latencia (7 a 12 años) y 1 caso de 13 años. Se tomó la edad al momento del seguimiento y la evolución que presentaron fue la siguiente:

Cuadro 6

Evolución de las altas

(20 casos)	No.	%
Muy buena	14	70
Buena	2	10
Deficiente	4	20
Distribución por sexo		
Masculino	12	60
Femenino	8	40
Distribución por edades		
Entre 3 y 6 años	4	20
Entre 7 y 9 años	7	35
Entre 10 y 12 años	8	40
13 años	1	5

Como puede observarse, 14 casos (70%) han evolucionado muy bien; de ellos, 12 recibían educación especial y 2 maternal terapéutica; 2 (10%) presentaban una buena

evolución, uno de ellos tuvo necesidad de farmacoterapia y otro, que es débil mental y tiene 12 años, ha sido canalizado a una escuela de educación especial, presentando buena evolución dentro de sus limitaciones; acude al hospital para control farmacológico. Cuatro casos (20%) tuvieron una evolución deficiente y han reingresado al programa; de ellos, 3 que habían estado en el bloque de educación especial y uno que había estado en maternal terapéutica, pasaron a educación especial.

En relación a las altas dadas en 1980, se registraron 52, lo que equivale a un 14% de los 366 casos diagnosticados y a un 18% de los 287 casos tratados, en comparación con el 30% de altas habido en 1979. Esto puede explicarse porque hubo patología más severa en dichos casos y porque se necesitó que su permanencia en el programa se prolongara. Hay que tomar en cuenta también que aunque el UTNA 80 se inició en marzo en el Hospital, el período de transición fue de dos meses, por lo que se puede considerar que a partir de mayo, el funcionamiento del programa fue normal. Como la media de evolución y mejoría de los casos es de 6 meses, es evidente que las altas del programa del hospital empezaron a registrarse a partir del último trimestre de 1980, lo que hace prever que para 1981 la cifra aumentará.

Por lo que se refiere a las deserciones, se registraron 63, o sea, un 22% del total de casos tratados (287). En relación con 1979, cuyo índice de deserción fue de 15%, se nota un aumento, lo cual podría explicarse por las características del hospital y la distancia que tienen que recorrer algunos padres para llevar a sus hijos. Además, porque en 9 de los 63 casos las deserciones se realizaron cuando el caso, aunque mostraba mejoría según los parámetros de la terapia, no había llegado a la etapa en la que se puede dar de alta. Sin embargo, es necesario investigar más al respecto por medio de una labor de rescate.

Comentarios y conclusiones

En esta 2a. fase del programa UTNA (1980), realizada en hospital psiquiátrico infantil, se han respetado la estructura programática y el concepto "bloque de tiempo" y se han obtenido resultados considerados como satisfactorios, ya que de 400 niños y adolescentes atendidos hubo 366 casos (91.5%), lo cual contrasta con el 56% de casos de 1979 en el Centro de Salud. Se trataron 287 (78.41%) de los casos diagnosticados, sin embargo, hubo 52 casos (14.2%) que fueron reintegrados a otros servicios del Hospital y, aunque esto se redujo con el tiempo, es conveniente señalar que una de las funciones de un programa como el aquí descrito es diagnosticar casos que luego son enviados con las sugerencias terapéuticas a otros servicios de hospital. El incremento de casos diagnosticados del programa (248 en 1979; 366 en 1980) fue de 47.5% en relación con 1979, lo que agregado al incremento global de actividades diagnóstico-terapéuticas muestra la tendencia del programa a dar servicio a un mayor número de casos, y esto es acorde a la realidad institucional del Hospital.

El número de asistencias al programa mostró una distribución en 2 tipos de actividades: 84.4% diagnóstico-terapéuticas y 15.6% terapéutico-ocupacionales, lo que demuestra que el equipo se orientó fundamentalmente hacia la terapia como era de esperarse en el medio hospitalario. Sin embargo, se continuó dedicando cierto tiempo a la actividades terapéutico-ocupacionales que forman parte del bloque vespertino para preadolescentes y adolescentes.

Los resultados del seguimiento semestral de los 19 casos del programa de 1979 y del caso de 1980 muestran que en el 70% la evolución ha sido considerada como muy buena y que la eficacia terapéutica se ha mantenido un año después. Diez por ciento ha tenido buena evolución y sólo 20% (4 casos) ha necesitado reingresar a terapia. Esto puede ser un índice del rendimiento clínico y de la eficacia terapéutica del modelo, conservando la mejoría alcanzada en el momento del alta, y aunque sólo se hizo seguimiento a un 32% de los 59 casos dados de alta en 1979, cabe suponer que los otros no han acudido en busca de una nueva intervención terapéutica del equipo. De todos modos, el programa de seguimiento continuará durante la presente fase de investigación y pensamos que podrá aportar nuevos datos.

Los resultados en su conjunto muestran la viabilidad del programa en un hospital psiquiátrico infantil, con adaptaciones mínimas y con un equipo mayor al del Centro de Salud. Pensamos que la Unidad Terapéutica para Niños y Adolescentes en hospital psiquiátrico infantil responde al modelo de "Centro de Día", que puede ser la alternativa terapéutica a ofrecerse a niños con problemas de aprendizaje, lenguaje, conducta y de tipo emocional que por medio de la estructura organizativa del "bloque de tiempo" pueden recibir los beneficios de modalidades terapéuticas diversas (educación especial, educación perceptual, labor de juego, socialización, terapia del lenguaje, etc.) con una frecuencia de 1, 2 ó 3 veces por semana, con orientación a los padres después de un procedimiento diagnóstico en grupo; todo ello dentro de un hospital que cuenta con los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento para estudio completo de los casos. Esta puede ser una respuesta organizativa que se adapte a la realidad social e institucional de un país como México, capaz de dar atención a través de un equipo multidisciplinario a 400 niños y adolescentes por año, con una orientación terapéutica centrada en la etapa del desarrollo infantil correspondiente, adaptada a la patología de los casos y a las necesidades propias de una población tan vasta como la que cubre un hospital psiquiátrico infantil.

El realizar una intervención terapéutica que englobe los diversos medios de los que el niño depende (familia, escuela, comunidad) permite llevar a cabo uno de los postulados fundamentales de la intervención psiquiátrica en niños, esto es, la prevención de los elementos que puedan ser nocivos en el desarrollo infantil, así como la eliminación de elementos patológicos que con el tiempo corren el riesgo de organizarse en problemas psicopatológicos severos; esto, que ha sido descrito por Diatkine (2) en Francia, puede ser uno de los objetivos a largo plazo de un programa como el aquí descrito; llegar a ser una verdadera profilaxis de los elementos exteriores que inciden negativamente en el desarrollo infantil, tales como las carencias y frustraciones tempranas, la falta de estimulación intelectual, los traumatismos psíquicos y la influencia negativa de ciertas familias patológicas y, tomando en cuenta que en nuestro medio no siempre es posible contar con prevención en el medio familiar o escolar, un programa como éste puede ser el filtro y el detector de las determinantes que condicionen los problemas de aprendizaje, lenguaje, conductuales y emocionales que se presentan en un hospital psiquiátrico.

Aunque el programa UTNA en hospital pueda tener ciertas características de medio ambiente terapéutico tipo hospital de día, como las descritas por los autores americanos, es necesario señalar que aquí no nos referimos a pacientes hospitalizados, aunque sí se tratan algu-

nos casos graves (psicosis, autismo, carencias afectivas) con el sistema de "bloque de tiempo", aplicando una o varias modalidades terapéuticas que incluyen terapia individual, manejo de los padres, etc. El niño asiste 2 veces a la semana por la mañana y siempre como externo, sin embargo, sí disfruta de los beneficios que describen Slonim R. y cols. en Canadá (6) sobre la utilización de recursos humanos no médicos en hospital general de adultos, pero que puede aplicarse como principio general de terapia por el medio ambiente en hospital psiquiátrico infantil.

La inclusión de técnicas terapéuticas especiales dentro de un hospital y la formación de un espíritu de grupo con orientación terapéutica en un equipo donde se han incluido además de enfermera, técnicos en rehabilitación del enfermo mental y maestros, especialistas en educación especial, pedagogía, ortolalia y psicología, coordinados por un psiquiatra, puede ser la alternativa a los modelos institucionales cerrados, donde el niño sufre, además, los efectos negativos de la institucionalización. En este modelo UTNA se propone crear un medio ambiente terapéutico como modelo psiquiátrico de intervención terapéutica en niños y adolescentes, con la asistencia de éstos como externos, aunque aprovechando la infraestructura y las ventajas terapéuticas del hospital psiquiátrico infantil.

Es importante señalar que la atención a los padres, cuya respuesta puede apreciarse por la participación de éstos en los grupos de orientación (asistió un 66% de los 398 padres), fue elemento importante en el seguimiento de los niños, y esto sin considerar necesariamente la administración de tratamiento psicoterapéutico a padres, como ha sido mencionado en Francia por Levobici y cols. (4), salvo en algunos casos. La idea en este programa es intervenir en los factores socioculturales que han sido señalados como determinantes de los problemas mentales en niños (1) o que por lo menos producen riesgo de estructuras patológicas más graves o de recaídas después del tratamiento.

El bloque vespertino ha seguido un modelo similar al señalado por Diatkine en Francia (3), con actividades recreativas-ocupacionales como sustrato organizativo a las actividades terapéuticas de adolescentes con diferentes grados de patología.

El abarcar la dimensión familiar dentro de un hospital psiquiátrico infantil de concentración, nos ha llevado a transformar los programas aplicados y las conferencias sobre educación en la salud mental impartidas en 1979, en una serie de indicaciones y pautas de estimulación dentro del hogar que los padres aplican como complemento a la terapia y en algunos casos como sustituto de ésta. Esto nos ha llevado a elaborar un manual de estimulación en el hogar para padres de niños de 3 y 4 años.

Se ha abarcado la dimensión escolar estableciendo contactos ocasionales con los profesores; elaborando encuestas para maestros y extendiendo una constancia escrita de la asistencia del niño al programa, para presentarla en las escuelas renuentes a permitirles asistir, y estableciendo compromiso entre la asistencia al programa y la asistencia a la escuela.

En conclusión, el concepto "bloque de tiempo" parece ser una respuesta organizativa adecuada a los niños que acuden al hospital psiquiátrico; los grupos de orientación a padres permiten englobar al niño y a sus padres como un sistema. El hecho de que los padres expresen sus inquietudes y dudas acerca de sus hijos dentro de un grupo que incluye otros padres, permite compartir experiencias, encontrar soluciones y lo que es fundamental, sentirse

aceptado por el grupo social, circunstancia que redundará en beneficio del niño. Uno de los elementos que más angustia a los padres es el que la enfermedad mental (los problemas de aprendizaje entre otras) segregue al niño señalándolo como un ente diferente, con la obligación de asistir a terapia en un hospital y considerándolo como enfermo y, a veces, como alguien castigado por la sociedad o la escuela.

Pensamos que este programa ha permitido socializar al niño; asistir en grupo a su terapia es como ir a la escuela o jugar, todo se hace en grupo. Los padres también sienten que la enfermedad de su niño ya no es sólo un problema de la familia sino del grupo y, lo que es más importante, de un equipo de profesionales entrenados para conocer y ayudar a resolver los problemas y para transformar éstos en conceptos, en terminología susceptible de ser estudiada, teorizada y transformada en métodos útiles de prevención en salud mental, mediante el desarrollo de técnicas

profilácticas de las determinantes de la problemática de los niños que se tratan, proyectándose así a la comunidad con un programa preventivo. Esta puede ser la próxima etapa del proyecto; de hecho ya se plantean las hipótesis, los métodos y los instrumentos de un programa de capacitación de recursos humanos, sensibilización y educación a la población de familias que acuden al hospital y a los centros de salud mental, pero se puede plantear la posibilidad de una educación para la salud mental con énfasis en la prevención de los problemas que actualmente se tratan en UTNA.

Se plantea también un contacto por medio de encuestas con maestros y educadores para dar al programa una dimensión social y comunitaria.

Finalmente, este programa en hospital se ha complementado con otros tres que funcionan en centros de salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, coordinados dentro del programa UTNA.

BIBLIOGRAFIA

1. BEISER M: Etiology of Mental Disorders. Sociocultural Aspects. En: Wolman B B (Ed.) *Manual of Child Psychopathology*, McGraw-Hill, 1972.
2. DIATKINE R: Réflexions d'un psychiatre d'enfants sur l'hygiène mentale. *Psychiatr. Enfant* 16 (1): 215-250, 1973.
3. DIATKINE R: L'unité des soins intensifs. *L'information Psychiatrique* 49 (7) septiembre de 1973.
4. LEVOBICI S, DIATKINE R, WASSEF R: L'action du Psychiatre d'enfants auprès des parents. Problemes posés par la psychothérapie infantile. *Sauvegarde de l'enfance* 6, 1951.
5. MACIAS-VALADEZ T: Programa de intervención terapéutica para niños y adolescentes en centro de salud. *Cuadernos Científicos CEMESAM* 12: 227-244, 1980.
6. SLONIM R, NELKEN M, JESZCZ M: Therapeutic Milieu. A Dynamic approach. *Can J. Psychiat.* 24 (8): 755-761, 1979.