

Novo trato a infancia: Mirar el pasado para seguir construyendo el presente.¹

New deal for children: Looking at the past to build on the present.

Ana María Jiménez Pascual.

Psiquiatra, Psicoterapeuta. Jubilada. Exjefa del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Área Mancha Centro.

Resumen: Se plantea la necesidad y la importancia de contar con una red de SM para Infancia y Adolescencia, que parta de los supuestos de la Salud Mental Comunitaria.

Tras plasmar esquemáticamente los dispositivos de esta red, se analizan algunos de los problemas existentes en la actualidad en la práctica de la Salud Mental en estas edades, y se propone recuperar en el trabajo clínico en todos los dispositivos de esta red, los aspectos esenciales de los conceptos bio-psico-social, que parte de la importancia de la prevención y promoción de la SM, del trabajo interdisciplinar, en equipo, el trabajo interinstitucional, que conlleva el trabajo en red, así como el trabajo comunitario, con la importancia de la inclusión escolar y social.

Palabras clave: red de SM infancia y adolescencia, Salud Mental Comunitaria, trabajo interdisciplinar e interinstitucional, trabajo en red, inclusión escolar.

Abstract: The need and importance of having a Mental Health (MH) network for Childhood and Adolescence, based on the assumptions of Community Mental Health, is raised.

After outlining schematically the devices of this network, some of the problems currently existing in the practice of Mental Health in these ages are analysed, and it is proposed to recover in the clinical work in all the devices of this network, the essential aspects of the bio-psycho-social concept, starting from the importance of prevention and promotion of MH, interdisciplinary work, team work, inter-institutional work, which implies networking, as well as community work, with the importance of school and social inclusion.

Key words: MH network in childhood and adolescence, community mental health, interdisciplinary and interinstitutional work, networking, school inclusion.

Introducción

En este último periodo ha habido acontecimientos que han puesto la mira en la Salud Mental de la Infancia y Adolescencia, a pesar de que llevamos muchos años ya trabajando y reivindicando dispo-

sitivos apropiados en este campo. Uno de ellos es la pandemia, que ha provocado un incremento del sufrimiento emocional de niños, niñas y adolescentes, pero sobre todo ha hecho evidente algo ya sabido, y es la precariedad de la asistencia en estas edades. Y el segundo acontecimiento, del

¹ Conferencia de inauguración de la V Jornadas AGSM-AEN Novo Trato. Noviembre 2021

cual debemos congratularnos, es la aprobación del Decreto sobre la especialidad de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia, tantos años esperada. Ambos aspectos han creado un clima favorable para que tanto profesionales como familiares incidan en la necesidad de revisar y mejorar la red asistencial en estas edades.

Aunque el título genérico de las jornadas es “Novo Trato”, en realidad lo que se puede aportar en esta nueva etapa es la mirada al pasado y repensar de donde partíamos hace unos años, para poder seguir construyendo en el presente.

Al principio de los años 80, en España apenas existían profesionales dedicados a la Salud Mental Infanto Juvenil (SMIJ), frente a lo que ocurría en otros países europeos de nuestro entorno como Francia o Suiza, que han sido referente para muchos de nosotros.

Las transferencias sanitarias a las diferentes autonomías, junto con la reforma psiquiátrica, posibilitaron un cambio radical, no solo en la organización y funcionamiento de la Salud Mental del adulto, sino también en la de niños, niñas y adolescentes. En el documento elaborado por la Comisión para la Reforma Psiquiátrica de 1985 (1) y posteriormente en la Ley General de Sanidad de 1986 (2), ya se considera la atención a la Salud Mental Infanto Juvenil un área prioritaria, aunque no se habla de dispositivos necesarios, sino de un programa de Infanto Juvenil, término que lleva a equívoco. A raíz de esto, la mayoría de las autonomías elaboran planes de Salud Mental, donde se incluye la planificación también de la SMIJ. Así, en el año 87, tras los decretos de la reforma psiquiátrica, comienzan a organizarse unidades de SMIJ, llamados en algunas comunidades programas, acorde al vocabulario utilizado en el decreto. En Castilla La Mancha (CLM) se creó una USMIJ por área sanitaria y se describió el personal mínimo y sus funciones. (3)

Tras estos primeros pasos muy dubitativos, comienza un periodo muy productivo y enriquecedor, en donde los profesionales interesados en este campo que en realidad veníamos de una formación y una práctica en adultos, tuvimos que autoformarnos. En esta andadura y ante el escaso desarrollo de una red específica de SMIJ se propició desde la AEN, a partir del año 2000,

la creación de un grupo de trabajo formado por profesionales pertenecientes a dispositivos específicos que trabajaban con niños y adolescentes con patología mental grave, y que elaboró un documento sobre «Hospital de día psiquiátrico para niños y adolescentes», publicado en la revista de la AEN¹. Así mismo se partía de la necesidad de contar con otros centros para patología mental grave, fundamentalmente con problemática conductual importante, donde los dispositivos ambulatorios y de hospital de día eran insuficientes para su abordaje. Por ello surge otro grupo de trabajo ante la necesidad de definir estos últimos centros de forma integrada. (4)

Gran parte de las bases en las que se sustentaba la reforma psiquiátrica y las propuestas que se hicieron en estos grupos de trabajo sobre la creación y el funcionamiento de la red de SMIJ, no solo siguen siendo válidas, sino que hay que rescatarlas, ya que, en los últimos años, la atención a la Salud Mental en estas edades ha experimentado un profundo cambio, no siempre para bien, debiendo recuperar algunos de los parámetros de los que se partía cuando se empezó a desarrollar toda esta red.

El modelo propuesto en la reforma psiquiátrica la SMIJ se integra dentro del sistema sanitario general, como una parte dentro de los Servicios de SM y se basa en el modelo bio-psico-social tanto de la salud como del enfermar, y en un modelo de Salud Mental Comunitario con equipos multiprofesionales y trabajo multidisciplinar e interdisciplinar. (5)

La red de Salud Mental de Niños y Adolescentes

A pesar de que en el documento de la reforma psiquiátrica se proponía un programa de SMIJ, en el grupo de trabajo de la AEN se planteó la necesidad de la creación de la Red de SMIJ (4). La composición y estructura de esta red sigue estando vigente, aunque su funcionamiento va a estar condicionado no solo por su organización, los recursos humanos y materiales de que disponga está red, sino también y, sobre todo, por la forma de

1 Hospital de día psiquiátrico para niños y adolescentes. *Revista AEN*. Vol 21, No 77 (2001).

trabajo de los diferentes equipos que la componen, la relación profesional entre los mismos y con los dispositivos implicados en la infancia y adolescencia (Servicios Sociales, Educación y Justicia).

La red básica que el grupo de trabajo concibió, se ha enriquecido con otros dispositivos, con funciones específicas y prestaciones complementarias y coordinados entre sí (6). La red de SMIA esquemáticamente sería:

1. Equipo básico ambulatorio, que además de atender la demanda asistencial, pueda realizar actuaciones de promoción, preventivas y de formación e investigación, dentro de un marco comunitario y en coordinación con los otros dispositivos que atienden a la infancia y adolescencia.

Dentro de esta red, en la actualidad se están desarrollando programas específicos, que en muchos casos ya funcionan como unidades específicas de atención ambulatoria entre las cabe destacar:

- Programa materno infantil (perinatal).
- Interconsulta hospitalaria.
- Psiquiatría/ psicología de enlace.
- Atención a urgencias psiquiátricas.
- Atención a la patología dual en chicos, chicas con problemas de adiciones (por lo general conjuntamente con la Unidad de Conductas adictivas). En algunas comunidades autónomas, la atención a las drogodependencias está integrada en la Salud Mental, mientras en otras, siguen siendo redes independientes y se cuenta con centros de atención a drogo dependientes.

2. Dispositivos intermedios o de hospitalización parcial.

Hospitales de Día (HD), Centros terapéuticos de Día, otros dispositivos de tratamiento intensivo.

3. Dispositivos de internamiento terapéutico

La existencia de problemáticas conductuales graves de base psicopatológica en menores, o psicopatología que no pueden ser atendidas en los dispositivos clínicos habituales (como los equipos ambulatorios, unidades de crisis u hospital de día psiquiátrico), unido a que ni

las familias ni los tutores o acogedores de estos chicos (en caso de menores en protección) las pueden afrontar, obliga a establecer dispositivos de internamiento de corta, media y larga estancia para su atención. En patologías abandonicas, deficitarias, con defensas muy violentas o con continuo acting out, es necesario instituciones específicas.

3. a) *Dispositivos Sanitarios*

- Unidad de Hospitalización Breve (UHB)

La finalidad del ingreso puede ser múltiple, bien tener una finalidad diagnóstica o una intervención en la crisis aguda y en los factores que la han precipitado, trabajando tanto con el niño/ adolescente como con su familia. Contempla un conjunto de intervenciones médicas y psicológicas integradas y coordinadas (y no solo la mera contención), preparando el tratamiento ambulatorio posterior.

3. b) *Dispositivos Sociosanitarios*

- Unidades de Media y Larga estancia (comunidades terapéuticas / Centro de atención especializada al menor (CAEM).

En redes no sanitarias o sociosanitarias, existen otros centros de internamiento, que dependen de Servicios Sociales (bien propios, o bien concertados) como son los Centros de Reeducción Psicosocial. En CLM se pasó por un largo proceso para que el centro de reforma que existía, donde no se podía entrar si el adolescente no delinquía o bien los padres perdían la custodia del mismo, se transformara en el centro terapéutico (CAEM) que existe en la actualidad y que constituye una pieza clave dentro de la red.

Es difícil hacer una línea divisoria clara entre los trastornos de conducta grave antisocial con posibilidad de tratamiento clínico y las psicopatías más estructuradas donde las capacidades evolutivas están más comprometidas. Sin embargo, si es necesario admitir ciertos casos cuya evolución ha sido muy desfavorable, donde han tenido una conducta psicopática grave y han requerido centros específicos diferenciados de régimen cerrado para su abordaje terapéutico y resocializador. Estos son los centros (de reforma) de Menores cerrados, para menores que han

cometido delito, entre 14 y 18 años. Son derivados desde Justicia. El régimen general es reeducativo. La atención ha de centrarse fundamentalmente en la reeducación y la re-socialización del joven, donde es importante la formación profesional, así como talleres de distinto tipo. Sin embargo, si es fundamental que adolescentes aún con posibilidades de cambios en su funcionamiento mental sean atendidos en Comunidades Terapéuticas.

Existen así mismo, centros para jóvenes con medidas judiciales y patología mental grave. Deben ser de ámbito nacional, teniendo que incorporar programas terapéuticos.

Por último, existen Centros de Educación Especial que tienen internado para chicos y chicas con trastorno mental severo.

Situación de la atención a la Salud Mental en Infancia y Adolescencia: sobre algunos problemas y retos actuales

Desde la reforma psiquiátrica se propugnaba pues un cambio profundo en la asistencia, donde los aspectos fundamentales de su funcionamiento eran y siguen siendo el trabajo interinstitucional, donde el paciente es un sujeto activo en el proceso terapéutico, siendo así mismo importante la participación de la comunidad, con intervenciones coordinadas y conjuntas con distintas instancias y colectivos (asociaciones, colegios, servicios sociales, servicios judiciales...), que posibiliten y garanticen la integración en la sociedad. Así mismo supone el trabajo en equipo interdisciplinar, integrado este por distintos profesionales (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermería...), debiendo posibilitar y fomentar la participación de todos los miembros, con el objetivo de una organización más funcional.

Sin embargo, después de más de 20 años del inicio de unos planes de SM que sí incluían la atención a la SMIJ, si podemos decir que hay una red para la atención en estas edades en todas las comunidades autónomas, pero el desarrollo ha sido muy desigual, existiendo aun grandes lagunas, especialmente en el desarrollo de dispositivos intermedios y de media estancia para problemas mentales graves, así como el desarrollo de programas para patologías específicas, y para edades claves.

Lagunas importantes son así mismo las dificultades del trabajo comunitario y en red con otros equipos que atienden estas edades, donde existe una coordinación voluntarista, pero entorpecida por la abrumadora demanda asistencial, donde los equipos ambulatorios suelen estar desbordados por la misma, que junto a las exigencias administrativas que persiguen reducir listas de espera y acortan el tiempo de atención a los pacientes, propician el vuelco a una atención más medicalizada, en detrimento de la intervención psicoterapéutica más indicada tanto para el niño, niña o adolescente, como a su familia. Esta deficiencia acarrea muchas veces intervenciones tardías, donde actuaciones preventivas de todos los niveles hubieran sido necesarias. A ello se suman las dificultades de que se disponga en las USMIJ de profesionales formados en el abanico de los diferentes paradigmas y de los que si tienen formación específica puedan tener tiempo suficiente para realizar sus intervenciones. Y esto puede provocar una mayor medicalización de la asistencia, además de precipitar de nuevo la entrada en dispositivos de internamiento de estos chicos y chicas, pero por insuficiente abordaje clínico y/o trabajo en red.

La falta de investigación y la deficiencia en la recogida de datos epidemiológicos es otra de las dificultades que entorpecen esta trayectoria.

A nivel de la práctica clínica, el cambio fundamental es que hemos pasado de un modelo bio-psico-social de comprensión e intervención terapéutica de los problemas mentales, a un modelo biomédico que se ha ido implantando poco a poco, amparada por la administración, que pide una mayor eficacia, y empujados por la industria farmacéutica y por la creciente demanda asistencial. En esta situación, no es ajena la práctica en Atención Primaria de Salud, y la presión de la escuela y de las asociaciones familiares, que demandan una respuesta rápida, en muchos momentos recurriendo a la vía de la neuropediatría, con unas bases muy distintas de la SMIJ, inclinando en muchos casos la balanza hacia lo biomédico.

La doble visión de finales del siglo XIX y principios del XX sobre el origen orgánico – genético u origen psíquico de las enfermedades mentales,

vuelve a aparecer con mayor fuerza, sin ser capaces de integrar los avances que hay tanto en neurociencias, como en la comprensión psíquica de las mismas. Hay ya muchos trabajos que intentan entrelazar ambas áreas de conocimiento, pero en la práctica, aunque algunos Servicios de SM y USMIJ si mantienen verdaderos equipos interdisciplinarios, con formación y práctica clínica diversa y coordinada que abarca todo el espectro bio-psico-social, una gran mayoría funcionan con el modelo biomédico esquemático imperante. Y esto a pesar de que en los últimos años la nueva información procedente de la neurociencia y de otras disciplinas ha ampliado de manera espectacular nuestros conocimientos sobre el funcionamiento de la mente, aceptando una poli causalidad en el desarrollo de la enfermedad, por lo que no son contradictorias prácticas psicoterapéuticas de distinta orientación.

A ello se suma que la demanda asistencial ha cambiado de forma sustancial y en la sociedad de consumo en la que vivimos, el niño, la niña y el adolescente, atrapados también en la misma, han pasado a ser un consumidor más, donde el deseo de poseer, de tener un objeto determinado se vuelve también en muchos casos imprescindible porque le otorga un lugar, un reconocimiento entre sus iguales. Pero también la infancia y adolescencia han entrado en la sociedad de consumo de psicofármacos, algo impensable hace años.

En otro orden de cosas, en estos últimos años ha habido y sigue habiendo cambios profundos en nuestra sociedad, desde las diferentes organizaciones familiares (7), tan distintas de las tradicionales y con roles también intercambiables entre sus miembros, hasta la vivencia tan diferente y variada de la sexualidad y de la identidad de género, donde ya el termino binario ha quedado trasnochado, pasando por la sociedad transcultural en la que vivimos, tan enriquecedora, pero a la vez no exenta de dificultades.

Otra problemática derivada de esta sociedad es que la forma de jugar ha variado considerablemente. La mecanización de los juguetes (8) y la utilización masiva de videojuegos tiene el riesgo de provocar pasividad en el niño, disminuyendo su fantasía, su creatividad y dificultando la posibilidad de elaborar situaciones conflictivas a

través del juego; por el contrario, muchos chicos se quedan enganchados en estos videojuegos, identificándose con personajes omnipotentes, evitando así los conflictos de rivalidad y competitividad con iguales, por lo que tienden a rechazar el contacto con los mismos. A la vez, muchos padres, bajo la presión de la competitividad social reinante y el temor al futuro del trabajo de sus hijos, han sustituido el tiempo libre y de las actividades grupales libres, en actividades regladas, dejando pues menos espacio para la creatividad y el disfrute espontaneo con iguales.

El funcionamiento actual de la escuela es otro factor importante a tener en cuenta. Dentro del trabajo comunitario la inclusión escolar de chicos y chicas con problemas mentales es un objetivo esencial. Sin embargo, para un grupo de chicos, chicas, que presentan problemas mentales y diferentes grados de discapacidad, las escuelas ordinarias, tanto por el peligro de acoso y exclusión que en la actualidad representan, como por el modelo educativo imperante, poco flexible y poco amoldado a la diversidad de cada alumno, el paso de primaria a secundaria es un periodo crucial de inicio de la adolescencia, que es vivido con gran angustia por los chicos, chicas y sus familias. La situación en la escuela es un reflejo de los valores imperantes en la sociedad y en la actualidad estos son confusos y cambiantes. En este clima social, la exclusión social y la intimidación entre los propios chicos, no solo no se ha conseguido disminuir, sino que parece ir en aumento. Y las soluciones dadas desde la escuela, como la expulsión y/o normas de control incluso vigilancia extrema en vez de favorecer la resolución de conflictos relacionales, no suelen mejorar estas situaciones. La realidad actual en muchos centros escolares, con un importante número de alumnos con graves dificultades que desbordan las capacidades de contención, es la dificultad para que la escuela sea un lugar de normalidad beneficiosa para muchos de ellos, donde la organización jerarquizada y burocratizada, unida a las resistencias al cambio que en muchas ocasiones existe, perpetúa aún más esta situación. Por otra parte, la función pedagógica, la función de trasmisión de conocimientos está influenciada en gran medida por la presión de la eficacia y el control ejercida por conseguir los estándares educativos publicados tanto a nivel nacional e internacional (9) (10). Esta tendencia,

que crea competitividad entre los centros escolares, tiene el riesgo de no dar cabida a políticas inclusivas o dejar las mismas muy relegadas.

Por otra parte, en la sociedad actual existe una menor tolerancia al sufrimiento, lo que provoca un aumento en las consultas, de demandas de malestar psíquico, relacionadas con situaciones de la vida cotidiana. Las clasificaciones diagnósticas actuales no son ajenas a esta situación; véase el aumento de categorías diagnósticas en la última clasificación DSM-5, donde se incluyen ciertos desajustes normales de la vida cotidiana (la vergüenza se ha convertido en fobia social, por ejemplo, o la disforia de género, referente a los cambios de humor y comportamiento en relación a cambios hormonales en mujeres...). Esto ha llevado a la psiquiatrización, psicologización y medicalización del sufrimiento de la vida cotidiana no consideradas patológicas.

En relación con el diagnóstico, estas clasificaciones diagnósticas basadas en agrupaciones de síntomas y/o conductas, como las habitualmente utilizadas (DSM, CIE), ¿qué nos dicen de la persona, de su organización psíquica? Son importantes para universalizar el lenguaje entre los clínicos y con fines de investigación, pero distan mucho de ser científicas. El proceso diagnóstico, desde el trabajo clínico, ha de ayudar a comprender la psicopatología, que factores pueden estar influyendo en la misma, como influyen estos en el pronóstico y en base a esta comprensión, cuál sería el tratamiento más indicado. El reconocer una serie de síntomas en una persona, no puede ser el diagnóstico en sí. Este ha de estar enmarcado dentro de unas características de la personalidad, de la historia personal, familiar y social, y buscar un sentido a los síntomas (que los ha podido desencadenar, que función psíquica cumplen o pueden cumplir en el momento de su aparición: defensa, evitación de la ansiedad..., respuesta a una situación insoportable para el paciente, queja...). Esta búsqueda de comprensión, de sentido, no excluye ni niega la visión del funcionamiento neuronal que los acompaña, ni la, a veces, base genética que puede crear cierta vulnerabilidad para ese sufrimiento psíquico.

Así, las clasificaciones actuales tienen el peligro de una distorsión de la visión clínica, donde en vez de llegar a un diagnóstico que tiene que ver

con un determinado funcionamiento y organización mental, ves una agrupación de comportamientos donde implícitamente se supone que hay un desorden neuronal, genético, en su origen. En muchas ocasiones, estos diagnósticos actúan como etiquetas a través de las cuales se ve a las personas y no a la persona en sí. No es infrecuente que al preguntar a un chico en la consulta que le pasa, te conteste “soy un TDAH o tengo TDAH” en vez de hablarnos de sus problemas, sus inquietudes.... O padres que achacan al supuesto diagnóstico, comportamientos del chico que en muchos casos obedecen a la necesidad de individuación, de separación o de autoafirmación frente a los padres.

Por último, un problema sigue siendo la falta de la especialidad para los diferentes profesionales que trabajan en la SMIA (aunque ya aprobada para psiquiatría de infancia y adolescencia, pero no desarrollada), que le dé al trabajo un marco concreto, tanto en una formación amplia, como en la organización de servicios. Hasta ahora, ha sido difícil el lugar ocupado por nuestros especialistas, donde el límite con otras especialistas ha sido y sigue siendo difuso. Las fronteras entre los diferentes miembros de los equipos de SM también están más difuminadas (11), pero este viraje en una formación y práctica clínica más biomédica ha propiciado que los psiquiatras vayan abandonando su formación y práctica como psicoterapeutas, lo que, a mi entender, ha empobrecido la atención clínica y el funcionamiento en equipo.

Rescatar y reactualizar las bases de la práctica asistencial

Salud Mental Comunitaria

La práctica en SMIIJ sigue estando enmarcada en el concepto de la Salud Mental Comunitaria, pero ¿qué rescatar y reactualizar de lo que implica este concepto para que no se quede en meras palabras vacías de contenido en la situación actual de nuestra práctica clínica?

Lo bio-psico – social

Primeramente, partir de la importancia de lo bio-psico – social tanto en el desarrollo del niño, niña y adolescente, como en la aparición de problemas psíquicos en estas edades. Los niños, niñas

y adolescentes son personas en desarrollo y por tanto influenciables por el entorno. Ante su problemática mental, una respuesta social (de la familia, del barrio, de la escuela...), que acepte, contenga o incluya al chico con ciertas dificultades o síntomas, puede favorecer positivamente su evolución. Por ello, la necesidad de un trabajo interdisciplinar e interinstitucional, donde no solo se atienda el síntoma aisladamente, sino que se tenga una visión del niño, niña y adolescente como personas, con una historia propia, con las interacciones familiares, relaciones con otros adultos de su entorno y con iguales, dentro de un entorno social determinado. (4)

Llevando estos conceptos a un terreno práctico, a nivel ambulatorio, el trabajo de las USMIJ ha de partir de la importancia de la promoción y la prevención en Salud Mental. La promoción es un campo muy amplio, que evidentemente escapa del clínico, pero no de nuestras asociaciones de profesionales, que deben insistir en la importancia de las desigualdades a todos los niveles (económicas, de género, de posibilidad de un trabajo digno y una vivienda digna de las familias...) en la Salud Mental de pequeños y mayores, así como la importancia de poder contar con ciudades con espacios que permitan el juego libre, la relación con iguales, búsqueda de una escuela más flexible, que de respuestas apropiadas al amplio espectro de necesidades de aprendizaje tanto en entornos formales como no formales de la educación, con modelos innovadores en la organización de centros y aulas, con la participación y promoción de todo el alumnado tanto en el aprendizaje como en la vida escolar y en actividades extraescolares y comunitarias, así como para prevenir la desigualdad y reducir la exclusión, con la búsqueda de soluciones para la inclusión plena y real en la comunidad de niños, niñas y adolescentes con discapacidades.

La prevención, en el margen con esta promoción de la Salud Mental, ya nos compete más a los clínicos, con programas por ejemplo para la atención a embarazadas emigrantes o adolescentes, con poco apoyo social o familiar, programas de habilidades de crianza especialmente para padres con TMG. Así como partir de la importancia de la detección y atención precoz, especialmente de los problemas mentales graves en estas edades, donde el trabajo desde Atención Primaria y

el desarrollo de programas materno – infantiles o perinatales es fundamental. De igual importancia tenemos la prevención del suicidio y la atención a los primeros brotes psicóticos... Prevención del abuso y/ o violencia o maltrato infantil; prevención del estigma y la exclusión social de chicos y chicas con TMG desde la primera infancia, trabajando en favorecer la inclusión escolar, la formación profesional y el fomento del trabajo.

En nuestra experiencia, además de la coordinación con Educación y Bienestar Social y las interconsultas con Atención Primaria para casos concretos, las reuniones generales anuales de los profesionales de SMIJ con los equipos psicopedagógicos del área y con los pediatras, explicando cada año el funcionamiento del equipo, los programas puestos en marcha, el funcionamiento del HD, y revisando las vías de derivación, y la coordinación, han sido una gran ayuda en el desarrollo de esta visión bio – psico – social, junto con las reuniones periódicas que se mantienen para el abordaje conjunto de determinados casos.

Los nuevos retos que el equipo de SMIJ ha de afrontar son diversos. Parten de evitar la medicalización del sufrimiento normal de la vida, pero también de atender el aumento de una demanda (mucho más en este periodo de pandemia), donde el sufrimiento psíquico se expresa a través del cuerpo con autolesiones, intentos de autolisis, trastornos de la alimentación, y pasajes al acto, donde podemos apreciar una dificultad para la mentalización de los problemas, por lo que es importante ayudar a elaborar emociones, poner palabras a las representaciones pulsionales y los conflictos internos que los generan, donde las relaciones intrafamiliares y/o situaciones sociales no son ajenas. Así mismo, en muchas de estas problemáticas se aprecia dificultades y estancamientos en el proceso de individuación del adolescente, por lo que es fundamental el trabajo de toda la familia.

Sería importante que, ante estos retos, los profesionales pudiéramos contar con un sistema de recogida de datos y unos programas de investigación que nos permitan aproximarnos a los factores que pueden estar influyendo en la psicopatología.

Otra área de trabajo donde tiene que prevalecer la visión bio – psico-social son los Hospitales de Día de Infancia y Adolescencia.

En el tratamiento en el HD es importante insistir en que el objetivo fundamental es un cambio en la organización psíquica, que favorezca los aspectos cognitivos, emocionales y relacionales, y no solo un cambio de la sintomatología. Hay que tener en cuenta la diversidad biopsicosocial, partiendo de que los aspectos relacionales y emocionales son un eje conductor. Esta aproximación se basa en la importancia de no conformarse y quedarse con que el diagnóstico explica el comportamiento de los niños, niñas y adolescentes y su funcionamiento mental, sino intentar comprenderlo también en tanto defensas frente a ciertas ansiedades, en un contexto social y familiar determinados. (12)

Aquí hay que hacer un paréntesis y plantear una situación que desde SM se ha de reivindicar. En los últimos años, a pesar aun de la gran escasez del desarrollo de estos dispositivos a nivel nacional, los hospitales de día que se han ido abriendo son para los adolescentes, ya que los problemas mentales severos en la primera infancia, muchos de ellos englobados en la actualidad en el diagnóstico de TEA, que normalmente cursan con dificultades en áreas cognitivas, emocionales y relacionales, (13) suelen ser derivados y atendidos en dispositivos de Atención Temprana, y el grupo de edad intermedio, son atendidos en diferentes lugares. Algunos acuden a las USMIJ donde difícilmente pueden recibir un tratamiento que no sea farmacológico y la mayoría son atendidos en programas desarrollados por asociaciones de familias de niños con estas problemáticas. Los niños que en su evolución han presentado características más deficitarias, especialmente cuando terminan la enseñanza primaria, suelen aun ser derivados a los colegios de educación especial (CEE), donde ya se considera que la atención es completa desde una visión biológica y rehabilitadora de esta problemática psíquica.

Y este punto supone una primera reflexión, que nos coloca en la comprensión de la organización y el funcionamiento mental de estos niños y niñas con esta problemática, de donde va a derivar las posibilidades terapéuticas propuestas, más rehabilitadoras y educativas, (14) o si se parte de una concepción bio – psico – social, donde si bien puede haber una base orgánico – genética, siempre es necesario pensar en una perspectiva evolutiva y relacional, donde las intervenciones

psicoterapéuticas derivan de la comprensión de las ansiedades, las defensas frente a las mismas y como va organizándose la personalidad, dentro del marco relacional que supone el HD.

El mismo planteamiento bio-psico-social es importante en el abordaje de la problemática de los chicos y chicas ingresados en UHB, donde hay que erradicar métodos coercitivos, basados más en la desaparición del síntoma, en vez de un trabajo en equipo multiprofesional, centrado, como ya se ha dicho, en la intervención en la crisis aguda y en los factores que la han precipitado, trabajando tanto con el chico, la chica, como con su familia.

En relación con los centros de internamiento se parte de la premisa de que son sistemas sociales formados por los pacientes y el personal e influido por el medio social que le rodea. Es importante organizarlos como instituciones articuladas, en las que pudieran aflorar los deseos, las demandas y las frustraciones de los chicos y chicas allí internados y a partir de ello facilitarles el acceso a la palabra y a las redes de estructura social, de claro sentido rehabilitador.

Trabajo interdisciplinar

El trabajo interdisciplinar, en principio atañe a los propios equipos de SMIJ y parte del trabajo en equipo ya que estos están compuestos por profesionales, con formaciones específicas diferentes, donde es necesario conocer, coordinar e integrar la especificidad de cada profesional, así como la riqueza de sus diferentes formaciones. Pero el funcionamiento en equipo no es la suma del trabajo individual o grupal de sus profesionales.

Para ello es necesario la creación de un esquema referencial común, que surge de la experiencia compartida en reuniones semanales de todo el equipo y que se traducirá en un modo de accionar, un estilo, elaborado por todos y la vez internalizado por cada uno. Este aspecto fundamental define la pertenencia y la cohesión, a la vez que se traduce en la eficacia de sus acciones. Sin embargo, deberá ser suficientemente plástico y abierto a un constante cuestionamiento por parte de la realidad clínica, tal cual se va presentando. Así mismo es imprescindible la reflexión

acerca del propio funcionamiento, para evitar los riesgos de idealización, de caer en ilusiones grupales de completud y/o en estereotipias que paralicen la creatividad.

A nivel de la práctica clínica, es importante, además de disponer de tiempo para una evaluación diagnóstica amplia y la posibilidad de realizar intervenciones psicoterapéuticas, que en cada equipo se organicen espacios y se disponga así mismo de tiempo para trabajar en equipo y en red con los distintos dispositivos implicados. Es necesario tener un espacio donde poder compartir con el resto de los profesionales la angustia, la preocupación o una contratrasferencia negativa o muchas veces confusa que el terapeuta tiene, lo que supone ya un paso importante en el des-anudamiento de una situación estancada. La re-historización que debe hacerse para presentar cada caso, con las reflexiones del resto de miembros sobre la situación, suele desembocar en una visión enriquecida donde los diferentes profesionales que intervienen pueden ver otras vías de intervención y de enfocar la situación que les preocupa.

Con relación a los dispositivos de HD y los distintos centros de internamiento, su estructura estable ha de posibilitar que el equipo funcione como tal, y no dando respuestas individuales, sino coherentes tras la comprensión de las situaciones de cada chico, chica. Además de los tratamientos farmacológicos y las intervenciones psicoterapéuticas necesarias, el dispositivo ha de posibilitar una experiencia emocional que favorezca el proceso terapéutico (necesario vivir experiencias).

El trabajo clínico del Hospital de Día/ terapia intensiva, está basado en la Terapia institucional (15) (16) que consiste en la utilización de la institución como instrumento psicoterapéutico, destacando la escucha y comprensión de la dinámica emocional de cada niño, niña, adolescente; y la comprensión de la dinámica grupal y del funcionamiento del equipo terapéutico, marcada y en muchos casos determinada por las psicopatologías de los pacientes. Y donde las reuniones de síntesis semanal por parte del equipo terapéutico son la base fundamental. En ellas, además de la comprensión de la dinámica emocional de cada chico, chica, un factor fundamental es que favorezcan y permitan la regulación emocional de

los componentes del propio equipo. Porque en el estado permanente de proyecciones que hacen estos chicos, chicas en el personal, la herramienta terapéutica fundamental es la comprensión de la contratrasferencia y las contradicciones de los miembros del equipo. En nuestra experiencia, una actitud de imposición de normas y reglas que dificultan este análisis y comprensión abocan al fracaso.

Trabajo interinstitucional – El trabajo en red

Otro concepto importante es el trabajo interinstitucional, que nos remite al trabajo en red en el marco de la comunidad. Son muchas y variadas las situaciones que nos llevan a los profesionales de las USMIJs a un trabajo coordinado junto con otros profesionales, bien del ámbito también de la salud, bien con los profesionales de Educación, de Servicios Sociales, y en ocasiones con Justicia.

Pero el trabajo en red da un paso más y se puede entender en primera instancia como una forma de organización y de gestión integral del trabajo de diferentes equipos y profesionales con un objetivo común, lo cual requiere al menos una coordinación de sus actuaciones. Una de sus principales funciones a nivel comunitario, es la de continuidad de cuidados para personas con enfermedad mental grave y crónica, tejiendo una red de vínculos que permita a la persona mantenerse integrado, participativo y con todos sus derechos de ciudadanía en la sociedad. (17)

Sin embargo, a nivel funcional, el trabajo en red es un concepto que trasciende al de interconsulta o al de coordinación, con los cuales se confunde. Es una metodología de trabajo que implica evidentemente una coordinación, pero va más allá e intenta dar una respuesta integrada (no solo coordinada), independientemente de la institución a la que se pertenece. Supone articular los diferentes dispositivos y profesionales para enriquecer la visión de cada cual, de modo que favorezca una estructura coherente, funcional y unificada que facilite la relación e intervención con el niño/niña/ adolescente y su familia. En esta forma de trabajo, en muchas ocasiones se parte de un problema, de una situación estancada, conflictiva y dolorosa y es entre todas las partes que se intenta buscar una solución. (18)

Esto supone que esta red busca en su funcionamiento la corresponsabilidad y la complementariedad para dar una respuesta común, y evita la derivación del problema de un dispositivo a otro.

El primer eslabón del trabajo en red es el trabajo coordinado de los dispositivos de la red, bajo la comprensión del funcionamiento mental y conductual del menor y su familia. Se parte pues de diferentes modelos de comprensión y de abordaje de estas problemáticas, lo que puede suponer un escollo para su funcionamiento (pensemos en la diferente concepción sobre los trastornos del espectro autista, sobre el TDAH o sobre los trastornos de conducta de profesionales con una visión más biologicista, de los que parten de una concepción más psicodinámica y relacional). El peligro en estos casos es partir de un reduccionismo, donde cada cual mantiene su posición como la verdadera (19); en estos casos podría haber una coordinación de actuaciones, aunque a veces contradictoria, pero no un verdadero trabajo en red, en el sentido de una elaboración conjunta en una situación dada.

Este trabajo en red debería partir de la importancia de una política preventiva. En este sentido, comienza a aparecer un interés creciente y una necesidad en la detección e intervención precoz de trastornos mentales en edades tempranas, muchos de ellos con características graves, con tendencia a la cronicidad y que por la precocidad del trastorno abocan a estados deficitarios, estando también, se insiste, relacionados con patologías psiquiátricas de constatación posterior, como son los trastornos de la personalidad de características psicopáticas o los trastornos Borderline, (20) (21) (22) cuya clínica en niños y adolescentes puede ser muy abigarrada, pero conllevando por lo general serios problemas de conducta.

Por ello es importante contar con una estructura estable en cada área sanitaria que permita poner en marcha el trabajo en red de todos los profesionales implicados en un caso complejo y que requiera la intervención conjunta de diferentes instituciones, pero también contemplar aspectos preventivos.

Trabajo comunitario

El otro aspecto fundamental es el trabajo comunitario, donde el niño, la niña y adolescente son

sujetos de derecho, lo que conlleva la inclusión plena en la sociedad, y que nos remite a facilitar el acceso a los servicios de la comunidad a todas las personas con una enfermedad mental y a la comprensión de la persona desde todas sus facetas, más allá de un diagnóstico y de los síntomas que presente. Por ello es fundamental potenciar el desarrollo de las capacidades y habilidades de los niños, niñas y adolescentes con problemas mentales, especialmente con problemas mentales graves, potenciar su autonomía, respetando su diversidad, sus diferencias. De nuevo, el trabajo coordinado de todos los dispositivos de la red se hace imprescindible, y estar preparados para la detección de la vulnerabilidad de estas personas en el espacio comunitario, propiciando su integración y participación plena, donde el diálogo y la escucha activa, son aspectos muy importantes no solo en adultos, sino en la práctica en infancia y adolescencia.

En este sentido, además de la lucha contra el estigma y de poder llevar una vida lo más normalizada posible, sabemos de la importancia de la formación y la inserción laboral en el adulto con un problema psiquiátrico para su recuperación; esto nos lleva a hacer hincapié en la importancia de la formación para los niños y adolescentes con problemas mentales y en especial a los que tienen Trastorno Mental Grave.

Así mismo es importante tener presentes los ámbitos sociales donde se desarrolla el niño/adolescente, que influyen en la constitución de su personalidad, en la mayor parte de los casos de una manera positiva, pero que en ocasiones pueden ser causa de mucho sufrimiento psíquico y predisponer o agravar un problema mental. La escuela es uno de los más importantes de estos ámbitos, donde el niño y adolescente pasa una gran parte de su tiempo y puede contribuir a consolidar experiencias positivas que favorezcan el desarrollo, o por el contrario, ser fuente de sufrimiento importante. La escuela es un espacio de convivencia, donde tanto alumnos, personal docente y familia están comprometidos en las experiencias emocionales que toda situación de enseñanza y aprendizaje conlleva (23).

La escuela aporta a los niños, niñas y adolescentes un sentimiento de pertenencia a un grupo, a un lugar, afianzando sus bases de identidad.

Además, han de afrontar situaciones difíciles de competitividad, rivalidad, demostrando continuamente sus propias competencias, lo que puede ayudar a aumentar la capacidad de enfrentarse a las dificultades, pero también a vivir la escuela con apatía y como fuente de frustración, por lo que a veces adoptan posturas de oposicionismo, rebeldía, derivando en ocasiones en trastornos de conducta más serios o bien en absentismo y fracaso escolar.

La escuela también actúa como un tercero diferente de la familia, como la ley, la norma que representa a la sociedad, favoreciendo el proceso necesario de individuación y socialización y es el lugar de identificaciones secundarias tanto con iguales como con los profesores, lo que supone una gran responsabilidad de estos y de la escuela en general.

Pero, como se ha dicho anteriormente, el funcionamiento de la escuela actualmente supone en muchos casos un lugar de sufrimiento y donde el trabajo en red también adquiere todo su sentido. Desde la Salud Mental, en el grupo de trabajo sobre “Escuela Inclusiva y problemas mentales graves en infancia y adolescencia” (25), se plantea que es “importante no centrarse solo en los objetivos educativos, sino también en la comprensión de las vivencias y de los factores subjetivos que estén influyendo en las dificultades de aprendizaje y de inclusión. Sería pues necesario salir de la única visión desde lo pedagógico y partir de la individualidad de las experiencias de los chicos, y de la implicación de los aspectos emocionales de los profesores en las interacciones educativas, no solo con los alumnos sino también con la familia y con el resto del claustro escolar.” Además, se propone una respuesta integrada, en los casos que lo requieran, a través del trabajo en red.

Así mismo es necesario contemplar y fomentar la inclusión social y no solo escolar de los chicos con problemas mentales graves, a través de la participación normalizada en actividades de tiempo libre, ludotecas, campamentos...

Para ir terminando

Es evidente la riqueza y complejidad de la práctica de la Salud Mental de la Infancia y Adolescencia, que requiere un amplio abanico de dispositivos, de profesionales y de técnicas terapéuticas.

La sociedad y los responsables políticos parecen estar más sensibilizados en la actualidad con este campo de la salud, y supone una responsabilidad importante para nosotros, los profesionales, que se pueda revisar y reactualizar la red existente, en algunas comunidades autónomas bastante deficitaria, y en todas con evidente falta de recursos. La responsabilidad no está solo en pedir recursos y/o dispositivos, sino en exigir una formación alejada de visiones únicas y sesgadas, en avanzar en el reconocimiento de la especialidad no solo ya de psiquiatras y psicólogos clínicos, sino del resto de profesionales implicados en la clínica de SM de infancia y adolescencia, especialmente la enfermería psiquiátrica, en romper con posturas de poder y corporativistas por parte de algunos profesionales y de exigir así mismo la recogida de datos epidemiológicos que permita una mejor valoración y planificación de nuestro quehacer, así como el fomento y facilitación de la investigación de las diversas facetas que contempla nuestra práctica clínica. Pero a la vez hemos de transmitir la necesidad del trabajo interdisciplinar, creando estructuras estables que permitan un trabajo real en red, y la plena inclusión escolar y social de todos aquellos niños, niñas y adolescentes con problemas mentales.

Contacto

Ana Maria Jiménez Pascual ✉ anymazhar@telefonica.net
c/ Pintor Lizcano 36 • 13600 Alcázar de San Juan

Bibliografía

1. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Madrid.
2. Ley General de Sanidad de 1986. Accesible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>
3. Orden creación de la guía de las USMIJ. Diario oficial Castilla la Mancha. 22 de octubre de 1985. Accesible en: https://docm.jccm.es/docm/verDisposicionAntigua.do?ruta=1985/10/22&id_Disposicion=123061412066311743
4. Jiménez, A.M. (coordinadora) (2004). Dispositivos de internamiento terapéutico para patología mental grave de niños y adolescentes. *Revista AEN*. Vol 24, No 89 (2004).
5. Menéndez Osorio, F. La atención en Salud Mental Infantil en el marco comunitario. En: Ministerio de Sanidad y Consumo, editorial. Gravedad psíquica en la infancia. 1988 P. 181-188.
6. Mollejo Aparicio, E. Red de Salud Mental infanto-juvenil, en Acciones de Salud Mental en la Comunidad. Manuel Desviat y Ana Moreno (Editores). Ponencia al XXV Congreso SM/AEN. Estudios/47. Madrid. 2012.
7. Moro, M R. (2009). “Nuevos tipos de familias, nuevos tipos de niños. Aspectos antropológicos y clínicos”. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente; 48, 21-29.
8. Janin, B. Infancia y contexto – Intervenciones subjetivantes. *Revista AEN*.
9. Hegarty, S. La educación especial en Europa. National Foundation for Educational Research, Reino Unido. *Revista Española de Pedagogía*. Vol. 54, No. 204 (mayo-agosto 1996), pp. 345-360 (16 pages) Published By: Universidad Internacional de La Rioja (UNIR) <https://www.jstor.org/stable/23764561>
10. Escudero Nafs, A. “Desatentos O Desatendidos”. Ponencia presentada en el XXV Congreso de Salud Mental Asociación Española de Neuropsiquiatría. Comunicación personal.
11. Guimón, J. Presente y futuro de la asistencia psiquiátrica en España. Ed. FISLEM (Castilla La Mancha). Marzo 2004.
12. Jiménez Pascual, A. M. Continuidad en la atención terapéutica a adolescentes con Trastorno del Espectro Autista (TEA). *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, ISSN 1695-8691, Nº. 33, 2019, págs. 53-61
13. Alcamí Pertejo, M. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. Nº 39/49. Págs. 5-30
14. Hochmann J. (1992). El Autismo Infantil: ¿déficit o defensa? En “Autismo: Cuidados, educación y tratamiento”. Ed. MASSON.
15. Tosquelles, F. (1972). Estructura y reeducación terapéutica, Editorial Fundamentos, Madrid
16. Tosquelles, F. (2001). Las enseñanzas de la locura, Alianza, Madrid.
17. Leal Rubio, J. La relación en los cuidados y el trabajo en red en Salud Mental. En La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental. José Luis Leal y Antonio Escudero (copiladores). AEN 2006.
18. Ubieta, JR. 2012. *La construcción del caso en el trabajo en red. Teoría y práctica*. Ed. UCO
19. Tió, J. “Continuidad de cuidados en salud mental: Salud mental y Justicia”. En La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental. José Luis Leal y Antonio Escudero (copiladores). AEN 2006.
20. Misès, R. (1999). Las Patologías Límites de la Infancia. Ed. Alas.
21. Misès R (2000). Actualidad de las patologías límites del niño. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 30, 5-19.
22. Palacio Espasa, F. Diagnostic structurel chez l'enfant. Ed: Massom. 1994.
23. Sellarés Viola, R. La continuidad de cuidados en salud mental y los ámbitos de educación formal. En La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental. José Luis Leal y Antonio Escudero (Compils). AEN 2006.
24. Jiménez Pascual, A.M (coordinadora). Escuela Inclusiva y problemas mentales graves en infancia y adolescencia. En prensa.

• Recibido: 08/02/2022.

• Aceptado: 15/05/2022.