

# Crítica bibliográfica

## EL INTERSECTOR DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL

Autor: Dr. Josep M.<sup>a</sup> Illa

La necesidad de autonomía de la Psiquiatría Infanto-Juvenil dentro del sector de la Psiquiatría General se está imponiendo progresivamente a nivel de varios y diversos criterios, tanto de funcionamiento operativo asistencial como de evaluación clínica y patogenética, muy a pesar de las distintas tendencias y planteamientos filosóficos que dificultan en mayor o menos grado un proceso de unificación. Por tanto la Psiquiatría Infanto-Juvenil necesita de métodos, instituciones y teorizaciones independientes de la Psiquiatría clásica (adultos), no para incrementar la división de funciones médicas, sino para crear una estructura de funcionamiento nueva dirigida a un grupo de la población muy específico.

Todo ello implica el planteamiento de una reorganización del servicio público en Psiquiatría sobre las bases de una sectorización.

### **PRINCIPIOS DEL INTERSECTOR EN PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL**

Se trata de la organización del servicio público para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las alteraciones psíquicas dentro del marco de la niñez, infancia y adolescencia.

Habrían unas connotaciones a reseñar:

— La evolución de la psiquiatría infanto-juvenil cristaliza en un mayor y mejor conocimiento de la psicopatolo-

gía específica y de su clasificación nosológica, desprendiéndose de ello un modelo evolutivo y dinámico de todo proceso en la infancia.

— La concepción multidisciplinaria de los equipos para poder evaluar de una forma global los distintos aspectos en interacción que presenta el niño.

— El seguimiento del paciente, que queda asegurado por el equipo, permite hacer en cada momento de la evolución una reevaluación y una reorientación tanto a nivel diagnóstico, de tratamiento psiquiátrico, de orientación pedagógica como en aspectos de reinserción social.

— En todo momento el niño debe mantenerse en su medio familiar, escolar y social al que pertenece, siempre y cuando sea mínimamente posible.

— De todas formas las acciones del intersector estarán centradas básicamente en la prevención y en evitar los concomitantes ambientales y sociales con incidencia patogenética, y por otro lado evitar cualquier riesgo de cronicidad.

— El Intersector es definido como una zona geodemográfica en donde deben ejercitarse estos nuevos objetivos, con una densidad de cerca de 200.000 habitantes. El Intersector estará bajo la responsabilidad de un jefe médico y deberá estar dotado de medios suficientes que abarquen desde el Centro de Salud Mental a régimen ambulatorio, habilitación del Hospital de día, hasta unidades de ingreso específicas, asegurando así una asistencia real a la población.

— La pieza central del dispositivo es el Centro de Higiene Mental que es donde se realizan las tareas esenciales de la sectorización abarcando una zona demográfica de 40-50.000 habitantes. Corren a su cargo las tareas de prevención, diagnóstico, terapéutica ambulatoria y la coordinación con las distintas

áreas y servicios de la zona que inciden en la población infanto-juvenil. Varios de estos Centros deben crearse dentro de un Intersector.

La sectorización implica un trabajo colectivo dentro de un sector concreto desarrollándose dentro de tres grandes directrices: la relación estrecha con las instituciones sociales infantiles (protección maternal e infantil, escuelas, etc.), relaciones dentro del propio equipo del sector, relaciones con las familias que consultan.

## **RELACIONES CON LOS SERVICIOS SOCIALES INFANTILES**

La colaboración con los servicios que cumplen un rol social dentro del ámbito infantil (escuela, guardería, hospital infantil, clubs, etc.) es condición necesaria para el funcionamiento operativo del equipo, ya que éste suele estar de por sí distanciado de las realidades cotidianas de la población y consecuentemente de los niños. Por consiguiente, la interrelación con todos aquellos grupos que por función social posean un acceso íntimo u obligatorio con el niño se traduce en un acercamiento con los problemas reales.

Estos servicios sociales deben asumir un rol de «mediador» entre el equipo y la población, mejorando con ello la información preventiva ante el fenómeno psíquico y por otro lado dar la luz de alarma ante problemas concretos que serán expuestos al Equipo del Intersector para su valoración.

Hay que hacer incapié que, a pesar de la mejor información de la población general, la demanda espontánea, por parte de los padres, es mínima y que la resistencia frente al síntoma psíquico es aún importante, incluso en la esfera médico-sanitaria.

## **1. Colaboración con la Protección Maternal e Infantil**

Tales centros están en posición privilegiada para la investigación de los mecanismos psicopatológicos, la detección y tratamiento de los problemas y alteraciones ligadas a la primera infancia, siendo lugares de alto riesgo psicopatológico.

La atención pediátrica va orientada básicamente a detectar alteraciones orgánicas habiendo cierta reticencia a la psiquiatrización del niño, es sumamente importante, pues, la colaboración con ellos en la detección de afecciones somáticas funcionales de origen psíquico, carencias afectivas precoces, retardos evolutivos y en los trastornos de las funciones básicas.

El Centro de Salud Mental asume la tarea de orientar a las madres en dificultades, a los pediatras y puericultores en el ámbito psiquiátrico y psicológico.

## **2. Colaboración con las escuelas**

Las relaciones con ella son especialmente importantes, de hecho más de la mitad de los niños consultados son enviados por la institución escolar, dado que los primeros síntomas, en muchas ocasiones, se presentan como un déficit de rendimiento escolar (bien por mala adquisición inicial de aprendizajes, por déficits parciales o globales de diverso origen o por una parada brusca de rendimientos) o como una mala adaptación al medio.

Muchas escuelas cuentan con Equipos Especializados ofreciendo ayuda psicopedagógica (aula educación especial, psicólogo escolar, pedagogo) aunque sus objetivos suelen ser excesivamente pedagogizantes pasando por alto el «fenómeno patológico» (psicopatología versus psicopedagogía). No se tra-

ta con todo ello el establecer una frontera entre el dominio de la psicopatología y la psicopedagogía, sino de abrir la posibilidad de una cooperación pluridisciplinaria, que conduzca a una valoración global de los fenómenos.

## **3. Ayuda social a la infancia**

La misión general en la protección de la salud mental, seguridad y «moralidad» de los niños y jóvenes topan con algunas situaciones de riesgo: malos tratos, déficits de cuidados, dificultades financieras graves, peligro moral, pre-delinuencia juvenil, absentismo escolar, etc. De ello se deriva la tercera faceta del Centro de Salud Mental que presupone la coordinación a diversos niveles:

— Relaciones con educadores especializados y asistentes sociales.

— Relación con el Inspector de Servicio de la infancia que es quien toma las decisiones de ayuda financiera a una familia o retira temporalmente a un niño de su medio habitual. El Centro de Salud Mental debe colaborar en la canalización de los problemas de índole psicopatológica y encauzar unas medidas terapéuticas.

— Relación con los Hogares de Protección de Menores (niños retirados de sus padres), Centros Maternales (jóvenes madres en dificultades materiales o psicológicas), con los asistentes sociales encargados de supervisar a niños recogidos temporalmente.

— Relación con los educadores de «Clubs de Prevención Juvenil» ligados a la problemática específica de ciertos barrios con «alto nivel de riesgo patológico».

## **4. Juez infantil**

En muchas ocasiones se aconseja una consulta especializada a los ado-

lescentes que han cometido actos delictivos, otras veces esta consulta se impone, lo cual dificulta en cierto grado la relación transferencial con el sujeto. Para paliar esto deberían ser los educadores del Servicio Judicial quienes, previa valoración, se pusieran en contacto con el Centro de Salud Mental para realizar la evaluación psiquiátrica.

Sería interesante la independencia de los médicos del intersector al hacer tal peritaje para evitar las dificultades de relación terapéutica con el joven que conllevan una actuación conjunta médico-juez.

## **5. Colaboración con los Servicios Sociales de Barrio**

Los asistentes sociales están en condiciones inmejorables para detectar «in situ» las posibles alteraciones psiquiátricas ya que conocen directamente a las familias, los niños, el ambiente social y las necesidades tanto individuales como colectivas. Por ello, también, es imprescindible el contacto íntimo con el Centro de Salud Mental, a fin de ceñirse al máximo a las necesidades reales.

## **ESTRUCTURA DEL EQUIPO DEL SECTOR**

La colaboración colectiva es indispensable en el seno del Centro de Salud Mental en tanto las modalidades de respuesta y acción son diversas implicando la necesidad de un enfoque multidisciplinario, diversificado y a la vez complementario, donde médicos, psicólogos, pedagogos, asistentes sociales, enfermeros aporten su experiencia en la comprensión dinámico-evolutiva del niño.

## **RELACIONES CON EL MEDIO FAMILIAR**

Uno de los puntos más importantes en Psiquiatría Infantil es el manejo y movilización del ambiente familiar dada la complejidad de interrelaciones que unen al niño a la estructura familiar.

El Paidopsiquiatra no puede conocer el peso de la patología infantil sin antes evaluar las características del medio familiar, sus interacciones dinámicas con el niño e incluso la propia psicopatología familiar.

El éxito de una actuación médica depende en gran parte de la adhesión de los padres (que de hecho implica en muchas ocasiones un cambio de actitudes frente al niño), las entrevistas periódicas y seriadas, las orientaciones educacionales y en ocasiones de la puesta en marcha de una terapéutica familiar (grupos de padres, psicoterapia familiar). De aquí se desprende la importancia en la articulación entre los sectores de Paidopsiquiatría y de Psiquiatría de adultos.

## **LUGARES TERAPEUTICOS DENTRO DEL INTERSECTOR**

Definir la función de cada dependencia terapéutica depende en parte de la historia natural de la institución, su experiencia y la ideología sobre la cual se asientan.

La estructura del intersector se basaría en unos dispositivos en forma de malla articulada que incluye Centros de Diagnóstico y de tratamiento ambulatorio, Centros de cuidados a tiempo parcial (hospital de día) y otros a tiempo completo dentro de una determinada zona geodemográfica.

## 1. Centro de Salud Mental

Esta dependencia es el núcleo de toda la sectorización, abarcando una zona demográfica de unos 40-50.000 habitantes.

Su tarea básica es la de elaborar unos diagnósticos y su terapéutica a régimen ambulatorio, responsabilizándose de estas indicaciones en todos los ámbitos, incluso ante la hospitalización (presencia del Centro de Salud Mental en el hospital) aliviando la ruptura del niño con su entorno social y familiar, siendo la hospitalización un eslabón más dentro de toda una serie de cuidados específicos.

Por otro lado debe articular las funciones de prevención: asesoramiento e información a escuelas, instituciones maternas e infantiles, grupos de jóvenes, servicios sociales y a la población general.

Toda documentación clínico-terapéutica queda en poder del Centro de Salud Mental.

## 2. Hospital de día (lugar terapéutico a tiempo parcial)

Para los niños con estructuras severamente alteradas de la personalidad (neurosis graves, psicosis, disarmonías evolutivas, etc.) el tratamiento ambulatorio debe acompañarse de unos tratamientos paralelos (psicoterapia, reeducación, logopedia) para paliar sus dificultades, con estos tratamientos se consigue que el niño viva una serie de experiencias nuevas, que lo alejen de los circuitos patológicos instaurados que permanecen estructurados en su medio ambiental.

El hospital de día puede ofrecer flexibilidad en cuanto a funcionamiento y al mismo tiempo disipar los fantasmas de hospitalización canalizando correctamente las angustias frente al niño.

Esta posibilidad de tratamiento continuado permite por una parte ayudar al niño en sus recursos evolutivos y por otra la relación terapeutas-padres que cristaliza en un cambio de actitudes por parte de los padres en su interacción dinámica con el niño. El riesgo es enfrentarse a un medio familiar lo suficientemente esclerosado que no soporta las heridas narcisísticas viviendo la acción médica como una agresión y por lo tanto continúa la estimulación nociva.

El H. de Día cumpliría una función de acogimiento especializado anexo a un centro de cura ambulatoria.

## 3. Lugares a tiempo completo

Las posibilidades terapéuticas se prolongan hasta el ingreso hospitalario si el cuadro así lo requiere, completando el marco de servicios institucionales.

Las indicaciones esenciales del ingreso hospitalario (separación ambiental) son básicamente ante cuadros depresivos graves, cuadros psicóticos de diversa índole, como también ante la constatación de un ambiente familiar gravemente patógeno, abandonismo, carencias familiares importantes (ausencia total de padres). En la práctica la decisión se hará en función de la gravedad sintomatológica, la importancia de la alteración estructural y del sistema relacional familiar.

Exceptuando los casos de hospitalización urgente (urgencia psiquiátrica) la decisión debe ser elaborada progresivamente en el seno del Centro de Diagnóstico, evitando crear rupturas innecesarias en el niño.

La tendencia actual se orienta hacia la creación de unas unidades de cuidados en grupos homogéneos en función de la edad y de la patología (Unidades Evolutivas).

Respecto a los adolescentes el ingreso es menos discutido que en los niños

ya que la mayor parte de la patología juvenil se centra en la oposición al medio familiar, que aparece en ocasiones como manifestación de perturbaciones afectivas construidas durante la infancia y que eclosionan en la adolescencia bruscamente.

La propuesta ideal es la de crear unas unidades de cuidados reducidas fuera del contexto hospitalario y ancladas en la comunidad. Estas unidades de barrio son importantes dada la necesidad de reinserción social y de prevención de posible patología en la edad adulta.

#### **4. Relaciones médico-educativas**

La ventaja del planteamiento pluridisciplinario es la de no dicotomizar al niño y centrarlo como una unidad evolutiva global a expensas de diversas áreas en funcionamiento.

Es decir, que la orientación pedagógica del niño deficitario con modalidades estructurales diversas han de tra-

tarse en unidades médico-pedagógicas ligadas al intersector.

La modalidad pedagógica se orientará después de un análisis de los factores madurativo-intelectivos, relacionales y emocionales del niño.

Los grandes problemas que conlleva la sectorización en Psiquiatría Infanto-Juvenil son la excesiva extensión de la malla de asistencia con el riesgo de no conseguir ser una estructura operativa, convirtiéndose en un dispositivo paralelo al resto de la asistencia y no una opción renovadora; la dificultad en la definición de los cuadros y profesionales que han de tomar parte y de su función específica.

Por otra parte las divergencias de opinión en el seno de la Psiquiatría Infantil retardan llegar a una mínima definición unitaria respecto a su propio funcionamiento.

Finalmente el problema de la autonomía en la financiación que conlleva unos déficits y limitaciones en la infraestructura de la organización.

**Dr. JOSEP M<sup>º</sup> ILLA**