



http://www.fundacioorienta.com/cast_revista.html

HOSPITAL DE DÍA PARA NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS

Ángela Vidal

Psicopatol. salud ment. 2011, M3, 69-71

Suscripción Revista: <http://www.fundacioorienta.com/subscripcio.aspx>

Subscription Journal: <http://www.fundacioorienta.com/subscripcio.aspx>

EDITA FUNDACIÓ ORIENTA
www.fundacioorienta.com/revista.html

Hospital de día de para niños de 6 a 12 años

ANGELA VIDAL*

El hospital de día (HD), es un recurso asistencial, donde se ofrece un tratamiento intensivo y multidisciplinar. Tras evaluar al paciente se establece un plan terapéutico individual (PTI) en el que participa todo el equipo de profesionales formado por psicólogos, psiquiatras, diplomados en enfermería, educadores sociales, terapeuta ocupacional, maestro y trabajador social. El paciente requerirá un abordaje desde disciplinas que estudian la emoción, la conducta y las interacciones interpersonales, y disciplinas que centran su foco de atención en la integración comunitaria del individuo enfermo

La atención en los hospitales de día en Cataluña se dirige fundamentalmente a los adolescentes. El HD del Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil del Hospital Clínic, no ha sido ninguna excepción y, también, desde sus inicios se caracterizó por especializarse en programas de tratamiento de orientación cognitivo-conductual dirigidos a pacientes adolescentes con patología mental grave. En los últimos años, se había empezado a valorar que también existían pacientes, menores de 12 años, con patología compleja, a veces infravalorada, con importantes y negativas consecuencias en la familia y en la escuela y cuyo tratamiento a nivel ambulatorio, ofrecido en los centros de salud mental infantil y juvenil (CSMIJ), no era de la intensidad suficiente para producir cambios emocionales y conductuales a medio y largo plazo. Este HD siempre había aceptado ingresar a niños menores de 12 años, aunque en número nunca superior a 2 o 3 pacientes a la vez, motivo por el que no se había generado la necesidad de diseñar un programa específico para estas edades. A estos niños se les incluía, a pesar de tener desventajas, en los talleres y programas diseñados para los adolescentes. Es en el año 2009, en el marco de la sectorización de

hospitales de día de la ciudad de Barcelona, cuando se acepta ser referencia de tratamiento en régimen de HD para esta población infantil, siendo en este momento cuando se valora la necesidad de idear un programa de tratamiento y atención en el marco del HD específico para estas edades. Se debe tener en cuenta que el HD es un contexto complejo, donde se atienden pacientes con diversa patología (trastornos psicóticos, afectivos, de ansiedad, abuso y dependencia de tóxicos y otras conductas adictivas, trastornos autistas de alto funcionamiento, etc.) y donde cualquier programa nuevo que se diseña tiene que tener en cuenta los programas que ya están en funcionamiento y que son ofrecidos a otros pacientes.

Sabíamos que el modelo aplicado para los adolescentes no nos serviría, ya que con la población adolescente teníamos otros problemas, además de tener ellos otras necesidades. Predomina en su caso el absentismo escolar, la escasa puntualidad, la desmotivación, el aburrimiento, el desafío más pasivo, la posible agresividad verbal, la petición de demandas concretas (fumar, etc.), la poca estructuración y ocupación del horario de tarde, la existencia de conductas de riesgo, entre otras. Se trata de otros problemas y, por tanto, otros retos. Por el contrario, los niños tenían otras características y por extensión otras dificultades. Si bien, los problemas anteriormente mencionados de los adolescentes no se presentaban (suelen ser puntuales, vienen todos los días, los padres acuden siempre a las visitas, los profesores están más implicados) existían otros hechos como el exceso de movimiento, la agresividad verbal y física hacia los compañeros y profesionales, y el rechazo escolar en estas edades tempranas que eran los principales desafíos que presentaban estos pacientes.

* *Psicóloga clínica. Hospital de día de Niños y Adolescentes. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clínic. Barcelona*
Correspondencia: anvidal@clinic.ub.es

Hospital de día de para niños de 6 a 12 años

Si bien una gran parte de profesionales compartía la necesidad de que los niños pueden beneficiarse del tratamiento de HD, algunos profesionales de salud mental y de educación cuestionaban esta modalidad de tratamiento, debido a que suponía separar al niño (entre 7 y 11 años) de su ambiente natural como es la escuela, con las consecuencias que esto podía generar. Este motivo nos llevó a intentar tener unas directrices muy claras referente a los objetivos y la metodología de este programa, para que los beneficios siempre fueran superiores a las desventajas. El tratamiento ofrecido en HD sería, por definición, más intensivo que el ofrecido en un CSMIJ. Pero esto por si solo no sería suficiente, cobrando especial importancia todos los demás componentes del tratamiento y que son ya característicos y propios del HD.

Intervención con el paciente

La mayor parte de pacientes que son derivados a este programa de HD presentan una conducta alterada, con una interacción social pobre o inadecuada, cambios rápidos (impredecibles) de humor y conducta, conducta rígida, negativista, desafiante y reacciones de ansiedad bizarras (agresividad), con consecuencias a menudo devastadoras en la familia y en la escuela. Así, uno de los objetivos fundamentales del HD es, además de confirmar el diagnóstico principal y los posibles trastornos comórbidos, realizar un análisis coherente y detallado de las necesidades del niño.

Para llevar a cabo estos dos objetivos se requiere una evaluación exhaustiva que incluya la realización de una entrevista completa (padres, niño, profesor reeducador, etc.); de una evaluación psicométrica (cociente intelectual, trastornos específicos del aprendizaje) y finalmente la observación, técnica fundamental en un recurso como el HD y que requiere, por parte de los profesionales, un alto nivel de entrenamiento en habilidades de evaluación y comprensión de la conducta, para hacer un análisis funcional de la conducta y poder detectar los pequeños cambios que acontezcan. La observación servirá para evaluar el funcionamiento psicológico (cognitivo, social y emocional) del niño en diferentes situaciones.

Así, la conducta de un paciente que entra en este programa se debe poder explicar y comprender, después del proceso de observación. El análisis se realizará:

- A partir de las *personas*: figuras de autoridad, iguales.

- A partir de las *actividades a realizar*: actividades guiadas y dirigidas, neutras de contenido escolar; actividades escolares, tanto en grupo, individuales (en grupo) o completamente individuales (evaluación del manejo de la agenda, orden en la mochila, orden en la carpeta, dependencia del adulto, frustración delante de errores, persistencia, pulcritud y orden en los trabajos, cumplimiento normas del aula, etc.); actividades semi-estructuradas (almuerzo, transiciones); actividades lúdico-deportivas (guiadas, calle); excursiones.
- A partir de la conducta *social*: cumplimiento de normas, aceptación de consecuencias; conductas pro-sociales (tiempo de espera, compartir, ayudar, dejar, etc.); conductas disruptivas (negativista-desafiante, agitaciones, burlas, chinchar, menospreciar, etc.).

Este recurso nos sirve además para utilizar su contexto como agente terapéutico. El *tratamiento contextual* se refiere a la puesta en práctica, en el mismo HD, de las estrategias conductuales que se explican a la familia y a la escuela para promover el cambio de conducta. En este sentido, los pacientes van adquiriendo experiencia en estrategias como la economía de fichas, horarios, habilidades comunicativas para resolver conflictos, etc., lo que facilitara su implementación en los contextos naturales del niño. Por una parte, el niño ya vive estas estrategias como *normales* y, además, la familia y profesores las aprenden más fácilmente, están atentos a su complejidad, aumentando la confianza en ellas, aspecto fundamental para el éxito de las técnicas de modificación de conducta y su persistencia a lo largo del tiempo.

Finalmente, el HD ofrece al paciente un tratamiento individual más intensivo y mayor número de grupos terapéuticos. Las técnicas que se van aprendiendo en sesiones grupales, se insisten en sesiones individuales y se ponen en práctica en el HD.

Intervención con la familia

Además de la psicoeducación y de las pautas educativas, se añade apoyo emocional y amplio conocimiento del clima familiar y del funcionamiento del núcleo familiar del niño. Se valora el estilo educativo de los padres y su rol parental, así como la personalidad y el estilo de afrontamiento de estos padres. Como se ha comentado, las técnicas utilizadas en el HD (economía de fichas, tiempo fuera, agenda visual, control de estímulos, sobrecorrección, extinción, lenguaje no verbal,

etc.) son las mismas técnicas que los padres tienen que aprender para aplicarlas en su domicilio. Por una parte el HD servirá como modelo y, por otra, servirá para realizar un seguimiento cercano de la implementación de estrategias en el domicilio.

Intervención escolar

En el HD se establece una estrecha relación con la escuela que no es posible desde otros ámbitos asistenciales. Durante unos meses el niño realiza una escolarización compartida, por lo que debe existir una gran coordinación entre ambos centros para especificar los deberes, exámenes y evaluación. Dentro del equipo asistencial de HD hay un maestro, que pertenece al mundo educativo y que, a la vez, dispone de conocimiento en psicopatología infantil. El maestro de HD evaluará las dificultades que presenta el niño como alumno y lo comunicará al clínico. También hará de nexo entre sus colegas (los tutores de la escuela del niño), a los que traducirá como la psicopatología del niño afecta al área escolar y esclarecerá conceptos y expectativas, a veces muy arraigadas en los centros escolares, y que dificultan la adaptación del niño a la escuela.

En este recurso, el clínico dispone de un conocimiento detallado sobre el funcionamiento de la escuela (sensibilidad a los alumnos de necesidades educativas especiales, colaboración del equipo directivo, relación que mantiene la escuela con el equipo de atención psi-

copedagógica (EAP), etc.). En la enseñanza primaria las escuelas acostumbran a ser acogedoras e integradoras. A diferencia de secundaria, nos encontramos con un tutor referente que es el responsable de la mayor parte de las clases y que suele estar muy implicado con sus alumnos. La escuela no hace una demanda sin haber intentado durante bastantes cursos la adaptación, sin éxito, del alumno en el aula. El niño presenta una conducta negativista, desafiante, agresiva y agitaciones de forma persistente, y esta conducta disruptiva no disminuye a pesar de la intervención del EAP, maestro de educación especial, etc.

Hay que añadir que el HD permite, asimismo, realizar una evaluación extensa y profunda de distintos aspectos escolares, como el *aprendizaje* (trastornos específicos del aprendizaje y actitud ante el mismo), *auto-control*, *presión social* y *habilidades básicas de primaria* y, por otra, realizar una intervención escolar en la misma aula hospitalaria. Las técnicas implementadas en el aula del HD son las mismas que se tendrán que aplicar en la escuela, pero con las modificaciones necesarias que exige el entorno escolar, la escuela, el grupo clase y el tutor en particular.

Diremos por tanto, que el tratamiento en régimen de HD carecería de sentido si las mejoras conseguidas no se generalizan en los contextos naturales y estas no se mantienen a lo largo del tiempo. Toda estrategia que se implanta pretende el cambio en la conducta del niño en el hábitat natural y que este cambio se mantenga.