

Programa ambulatorio de tratamiento intensivo para niños y adolescentes con trastorno mental grave

CARMEN DE ROSALES HERRERA*, JOSUÉ PEDREIRA**, HENAR GARCÍA PASCUAL***

RESUMEN

Hacemos una exposición del funcionamiento del programa de tratamiento intensivo que se puso en marcha en Gijón hace 3 años, para niños y adolescentes con trastorno mental grave. Hablamos sobre la organización del equipo, el funcionamiento interno y el trabajo que realizamos con los niños, los padres y los dispositivos sanitarios y educativos implicados. Describimos cada uno de los pasos de la atención recibida en nuestro programa. Compartimos algunas de las experiencias y conclusiones a las que vamos llegando. PALABRAS CLAVE: patología mental grave, trabajo en equipo, psicoterapia individual, psicoterapia grupal, grupo de padres.

ABSTRACT

OUT-PATIENT INTENSIVE TREATMENT PROGRAMME FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH SEVERE MENTAL DISORDERS. This paper exposes the functioning of the intensive treatment programme for children and adolescents with severe mental pathology, which started at Gijón (Spain) three years ago. It describes the organization of the team, the internal functioning and the work done with children, families and related health and educational services. The authors describe in detail each of the steps of the attendance process and also share some of the experiences and conclusions they arrived to. KEY WORDS: severe mental pathology, team work, individual psychotherapy, group psychotherapy, group of parents.

RESUM

PROGRAMA AMBULATORI DE TRACTAMENT INTENSIU PER A NENS I ADOLESCENTS AMB TRASTORN MENTAL GREU. Es fa una exposició del funcionament del programa de tractament intensiu que es va posar en marxa a Gijón fa tres anys, per a nens i adolescents amb trastorn mental greu. Es parla sobre l'organització de l'equip, el funcionament intern i el treball que es porta a terme amb els nens, pares i els dispositius sanitaris i educatius implicats. Es descriu cadascuna de les fases de l'atenció rebuda en el nostre programa. Compartim algunes de les experiències i conclusions a les quals van arribant. PARAULES CLAU: patologia mental greu, treball en equip, psicoteràpia individual, psicoteràpia grupal, grup de pares.

En las últimas décadas se han producido en España cambios demográficos y sociales significativos. Por un lado, un descenso importante de la natalidad y su posterior recuperación gracias a la población inmigrante. Por otro, la profunda transformación en algunos aspectos de la estructura familiar, relacionados principalmente con la creciente incorporación de la mujer al trabajo. En este contexto, de diversificación y de cambio, se ha llevado a cabo una revisión de los recursos destinados a la

atención infantil y juvenil desde el punto de vista de la salud mental en general y de los trastornos graves en particular.

Los dispositivos existentes hasta hace pocos años, dedicados fundamentalmente a la atención ambulatoria, se han mostrado insuficientes para el abordaje de la patología grave en niños y adolescentes. La inquietud y el interés que esto ha suscitado en los profesionales, gestores y autoridades correspondientes, ha promovido

*Psiquiatra. **Psicólogo clínico. ***Enfermera especialista en salud mental. Centro de Salud Mental Infantil. Puerta de la Villa. 33206 Gijón (España)
Correspondencia: carmenrb@gmail.com

Programa ambulatorio de tratamiento intensivo para niños y adolescentes...

la creación de recursos específicos en diversas Comunidades Autónomas. Son dispositivos que tienen ubicaciones, formas de organización y modelos de trabajo diversos (Jiménez Pascual, 1999). Todos ellos se caracterizan por la especificidad, la posibilidad de ofrecer un tratamiento intensivo y un abordaje multidisciplinar.

En el documento elaborado por el Servicio Catalán de Salud en el año 2004, Recomendaciones para la atención de los trastornos mentales graves en la infancia y adolescencia, se define trastorno mental grave como: "Un conjunto definido de patologías mentales que tienen o pueden llegar a tener una importante repercusión en la calidad de vida de las personas que las padecen, al comprometer su evolución, dada la gravedad de su clínica y la persistencia en el tiempo, afectando también gravemente a la vida familiar, escolar, laboral y social, produciendo una importante desadaptación" (Generalitat de Catalunya, 2004). Debido al riesgo evolutivo que conllevan estos trastornos, la patología grave requiere una identificación precoz y un diagnóstico y tratamiento que se adapten a las necesidades que estos niños y adolescentes plantean.

Contexto y planteamiento general del programa de tratamiento intensivo

El Principado de Asturias se divide en ocho áreas de salud, cuatro de las cuales cuentan con un equipo específico para la atención ambulatoria de salud mental infantil y juvenil. En el resto de las áreas, son los centros de salud mental de adultos los que se hacen cargo de esta demanda.

El área de Gijón tiene una población de aproximadamente 280.000 habitantes y cuenta con un centro de salud mental (CSM) infantil que ofrece asistencia ambulatoria hasta los 14 años inclusive. A partir de enero de 2005, se pone en funcionamiento el "Programa ambulatorio de tratamiento intensivo para la atención de niños y adolescentes con trastorno mental grave", que se ubica en el mismo espacio físico del CSM infantil de Gijón y atiende a la misma población que éste último.

Dada la franja de edades que cubrimos –de 0 a 14 años– nos pareció conveniente limitar en un primer momento el abanico de diagnósticos. Decidimos, así, que los compañeros de la consulta ambulatoria nos derivaran en principio sólo los niños diagnosticados de trastorno generalizado del desarrollo y que, además,

presentaran o bien una sintomatología especialmente marcada, se tratara de niños diagnosticados muy precozmente, o de familias con mayor necesidad de apoyo y elaboración.

Debido a los recursos con los que contamos, tanto de personal como de espacio físico, el programa se planteó desde el inicio como un tratamiento ambulatorio intensivo en todos los casos y no como un hospital de día a tiempo parcial. Para que la atención pudiera ser realmente intensiva limitamos el número de pacientes que íbamos a poder atender simultáneamente. El número total de pacientes que atendemos es de veintisiete.

Proceso de atención

El equipo está formado por una psiquiatra, un psicólogo clínico, una enfermera especialista en salud mental y una trabajadora social a tiempo parcial. La psiquiatra, ejerce funciones de coordinación interna del equipo, así como de las relaciones de éste con el resto de los dispositivos. Tiene a su cargo el tratamiento integral de un número determinado de niños y asume los tratamientos farmacológicos de todos los pacientes del programa que lo precisen.

El psicólogo clínico tiene a su cargo también un número determinado de pacientes. Pasa de forma protocolizada, a todos los pacientes que acuden al programa, una serie de pruebas cognitivas y de desarrollo psicomotor que entran dentro del proceso de evaluación. Por su parte la enfermera participa en el proceso de evaluación, principalmente con la familia. Les hace una serie de preguntas que forman parte de un protocolo de enfermería y que ayudan a conocer diversos aspectos del funcionamiento actual del niño y de la dinámica familiar. Durante el tratamiento, la enfermera participa junto con el clínico en gran parte de las entrevistas familiares y en algunas terapias individuales con los niños. También se encarga por indicación del clínico, de crear un espacio de cuidados de enfermería donde el acompañamiento y el apoyo emocional a determinadas madres, es uno de los objetivos a conseguir. En los grupos de niños la enfermera prepara las actividades y los materiales que serán necesarios. Tiene una función de "yo auxiliar" del terapeuta por un lado y por otro, asume un papel organizador a nivel práctico. En los grupos de padres realiza una escucha activa y toma notas de las sesiones. Por último, la trabajadora social se encarga de

la coordinación con servicios sociales y de la gestión de diversos temas relacionados con la atención integral al niño y a la familia.

El equipo, pues, es uno de los pilares de nuestro trabajo: como espacio en el que ventilar, compartir, aportar, discrepar y apoyarse. Tenemos claro que en un recurso así, el trabajo en solitario de modo exclusivo es tarea prácticamente imposible. Las reuniones semanales, aparte de los espacios informales de intercambio entre consultas, hacen que el trabajo con los niños sea más rico, flexible y sujeto a la introspección. Organizamos de forma periódica, sesiones bibliográficas y clínicas.

Derivación

La propuesta de ingreso en el programa la realiza siempre uno de los clínicos del centro de salud mental infantil que hasta entonces habían visitado al niño en consulta ambulatoria. La derivación se realiza a través de un protocolo diseñado específicamente para tal fin.

Una vez hecha la derivación, la enfermera se encarga de realizar el primer contacto telefónico con la familia. Observamos que la derivación al programa, aunque se trabaje desde la consulta ambulatoria supone para la familia una mayor toma de contacto con la gravedad de sus hijos. Esto provoca en no pocas ocasiones una angustia importante en los padres. La enfermera por tanto, no llama simplemente para dar la primera cita en el programa, sino que también aclara algunas preguntas que los padres desean realizar y lleva a cabo una escucha activa y empática de las primeras ansiedades o temores que deseen expresar.

En la primera visita tenemos en cuenta fundamentalmente la disponibilidad y cómo se va a poder organizar la familia para acudir al centro, pues en la mayoría de los casos será con una periodicidad de dos veces a la semana. También les informamos de la importancia que tendrán las coordinaciones que realicemos con el resto de los dispositivos sanitarios y educativos que atienden al niño y les pedimos por escrito su consentimiento para poder compartir e intercambiar información con otros profesionales.

Valoración diagnóstica

Para el proceso de valoración contamos con una historia clínica, un protocolo de enfermería y de recogida de datos en el centro escolar, diseñados por nosotros y ajustados a las necesidades que hemos ido observando.

Este proceso, lo mismo que el tratamiento, se individualiza al máximo según la clínica y la edad del niño, el momento de elaboración en el que se encuentre la familia, la personalidad de los padres, etc.

En muchos casos, será la enfermera la que haga las primeras entrevistas con los padres, mientras el clínico de referencia atiende al niño. La enfermera va explorando con los padres diversas áreas del funcionamiento diario de su hijo o hija que forman parte del protocolo de valoración de enfermería (sueño, control de esfínteres, alimentación, etc.). De nuevo, no se trata de rellenar un formulario sino de ir escuchándoles y ofreciéndoles un espacio contenedor en el que vayan entrando en contacto con algunas de las dificultades y de los recursos de su hijo, mientras nos dan información. A estas primeras entrevistas suelen acudir las madres pero nuestra experiencia es que si solicitamos la presencia del padre, estos se convierten en elementos muy activos de la terapia, facilitando mucho la triangulación con el hijo en los casos en los que aún no se había producido.

Los padres y madres suelen venir cargados de preguntas y solicitan pautas de forma muy insistente, respuestas sobre qué deberían hacer en cada situación. Otra de las funciones de la enfermera en estas primeras citas será dar espacio a estas demandas repetidas entendiéndolas como expresión de su angustia. Iremos progresivamente devolviéndoles estas demandas, sin culpabilizar pero intentando que se responsabilicen de entender a su hijo con sus dificultades y que sean ellos mismos los que vayan encontrando respuestas ante las diversas situaciones que se les plantean.

Una vez que la enfermera termina de pasar el protocolo (tres o cuatro entrevistas) serán el clínico y la enfermera (que sirve de enlace entre el clínico y los padres, y que éstos viven como figura de apoyo) los que reciban a los padres en las siguientes citas para realizar la historia clínica completa. Observamos que los padres llegan mucho más relajados de lo que estaban en la primera entrevista. Comenzamos entonces con los antecedentes, genograma e historia evolutiva. Va surgiendo mucha información que sirve de vehículo para la expresión, el replanteamiento, las preguntas, etc., por parte de los padres, y las puntualizaciones, las aclaraciones y la información progresiva, por parte del clínico.

El clínico tiene también varias entrevistas con el niño. Generalmente se hace juego libre en las primeras sesiones y posteriormente se pasa a explorar algún aspecto

específico que nos interese. Con algunos niños con edades comprendidas entre los 2 y los 5 años, hemos hecho sesiones de juego conjuntas con los padres para poder observar también el tipo de apego que existe. Durante el proceso, en algunas ocasiones, introducimos al niño en un grupo a modo de valoración diagnóstica.

El proceso de valoración incluye también la recogida presencial de información en los centros escolares y en los centros de salud. En los primeros suelen estar presentes el orientador o orientadora, tutor o tutora y los profesionales de apoyo (logopeda y profesor de pedagogía terapéutica). En los centros de salud, la coordinación se realiza con el pediatra y la enfermera de pediatría.

Una vez terminado el proceso de valoración mantenemos dos entrevistas con los padres. En la primera les hacemos entrega de un informe en el que figura un resumen de la exploración, el diagnóstico y el plan de tratamiento. Les damos una copia para que se la entreguen al pediatra. Además recordamos todo lo que ya hemos ido hablando en las entrevistas de valoración pero ahora de forma más integrada. Qué decir y qué reservar para más adelante cobra aquí una especial relevancia, pues vamos viendo la importancia que tiene en muchas ocasiones seguir el ritmo que los padres pueden tolerar con el fin de ir avanzando en el proceso terapéutico. En esta primera entrevista se les detalla también el plan de tratamiento individualizado y la frecuencia de las citas posteriores, en caso de que aceptaran el ingreso en el programa. La segunda entrevista la tenemos a los quince días. En ésta los padres vienen con la decisión tomada sobre el ingreso en el programa y nos hacen generalmente múltiples preguntas después de haber leído el informe.

Proceso terapéutico

Los niños con patología mental grave sienten y expresan en muchas ocasiones angustias muy intensas. José de 6 años nos habla a través del juego de su angustia de fragmentación y de la sensación de pérdida y de "agujero" cuando explica cómo a uno de los dinosaurios que toma en las sesiones, "otro le ha mordido un trozo de colita y desde entonces no puede jugar como todos los demás". Ernesto de 9 años explica cómo jugar al balón le provoca terror, pues cuando el balón se le acerca empieza a sentir cómo su cuerpo podría "despedazarse". María presentaba un mutismo selectivo desde los 3

años, que se manifestaba en todos los entornos excepto en el familiar. Cuando varios meses después de iniciar el tratamiento, ya con 7 años, empezó a hablar, se puso de manifiesto una vivencia del entorno primordialmente persecutoria que le llevaba a temer cualquier interacción hasta el punto de "paralizarla". En varias ocasiones, junto con el mutismo, llegó a presentar episodios de apariencia catatónica. Frente a estas angustias, aparecen mecanismos de defensa fundamentalmente psicóticos como la escisión, la identificación adhesiva, la proyección masiva, etc., junto con una gran dificultad para realizar diversas identificaciones e introyecciones. A lo largo del tratamiento con estos niños hay momentos en los que se desorganizan y otros en los que manifiestan gran rigidez y deseo de que nada cambie. Todo esto da lugar a una inhibición de los procesos representacionales que posibilitan el desarrollo del pensamiento y del lenguaje.

Para poder entender el funcionamiento psíquico y emocional de los niños con patología mental grave, es necesario crear un espacio en el marco de una relación terapéutica en la que el niño pueda expresar sus dificultades, así como sus recursos. El profesional tendrá que estar atento a lo que el niño expresa y a lo que dichas manifestaciones provocan en él, para poder trabajar con todo ello.

Los niños que asisten al programa acuden por término medio una vez a la semana entre una y dos horas. Prácticamente todos comienzan acudiendo a sesiones individuales y a los pocos meses tratamos de integrarles en un pequeño grupo, combinándolo a semanas alternas con la psicoterapia individual.

Grupos de niños y adolescentes. Nos dan claves para comprender mejor al niño pues a menudo surgen elementos en la interacción con iguales que no aparecen en una relación de tú a tú con el adulto. Cada grupo en concreto, por sus características específicas, constituye una oferta cualitativamente distinta al abordaje individual. El grupo permite que cada miembro pueda identificarse con aspectos de otros miembros y del terapeuta. También posee una capacidad de movilización importante para aquellos miembros más inhibidos, pasivos o fóbicos, que tendrán la oportunidad de irse poco a poco moviendo de sus posiciones defensivas.

Los grupos constan generalmente de 3 ó 4 participantes y son conducidos por un clínico y la enfermera. La duración oscila entre una hora y hora y media. Son gru-

pos principalmente de "comunicación". Siguiendo la línea de los grupos descritos por Eulàlia Torras (1996), los profesionales tratamos de "mantener una atención abierta a lo que se dice y sucede en el grupo para captar, resonar, compartir e intervenir facilitando la comunicación" (Torras de Beà, 1996).

Dotamos a los grupos de cierta estructura, proponiendo actividades y espacios diferenciados. Las actividades que se desarrollan en cada sesión las vamos pensando de una sesión a otra, teniendo en cuenta las características de sus miembros, sus momentos individuales y evolutivo del grupo. Cuando los niños llegan ofrecemos siempre un espacio verbal para saludarnos y que puedan contar lo que les resulte significativo desde el último encuentro que tuvimos. A veces en este rato, los niños hablan de sus sentimientos, traen algún dibujo que hicieron durante la semana, proponen juegos, etc. Después pasamos a la actividad, algunas de las cuales van encaminadas a desarrollar la expresión simbólica (trabajo con barro, pinturas, marionetas, entre otras). También se llevan a cabo juegos reglados (cartas, bolos, escondite, el pañuelo, etc.). En numerosas ocasiones (y especialmente con los más pequeños) la actividad gira en torno a la psicomotricidad, siempre trabajada desde la perspectiva relacional. Tras realizar la actividad, lo habitual es que los miembros del grupo dispongan de unos minutos de expresión libre no planificada.

En algunos grupos introducimos el "espacio del desayuno". Al principio muchos muestran un rechazo, incluso, a sentarse a la mesa con los demás. Generalmente es un espacio que pasa de ser algo inquietante en principio, a un rato lúdico muy relacional que posibilita un intercambio rico entre los distintos miembros y con el terapeuta. Para finalizar volvemos a ofrecer un espacio verbal breve en el que recordamos lo que hemos hecho a lo largo del grupo y con un calendario les ayudamos a que localicen y escriban en un papel, el día que nos volveremos a ver.

A través de los grupos, tratamos de comprender mejor el funcionamiento psíquico y el mundo emocional de cada miembro, estimular la comunicación y favorecer los procesos de simbolización y de pensamiento. Aunque tratamos de favorecer y alentar al máximo los momentos de interacción, respetamos también el ritmo de cada niño y tratamos de dar un sentido a sus conductas. Por ejemplo, Rubén, de 7 años, ha ido progresivamente canalizando parte del malestar que le generan

algunas situaciones a través de un muñeco que hay en la sala de juegos. Cuando falta uno de los terapeutas, Rubén toma el muñeco y empieza a hacer como que lanza rayos contra la otra terapeuta. Entonces le verbalizamos cuando creemos que lo va a poder escuchar, que quizás esté disgustado por la ausencia de esta persona y que no es culpa de nadie que falte y que volveremos a verla en la siguiente sesión. Y ponemos todo esto en relación con lo que está haciendo con el muñeco. O Javier, de 8 años, que tiende a vivir al resto de los niños del grupo como rivales y hace intentos para destruir aquello que es significativo para los demás. Después de estos intentos pasa a decir que va a meter a uno de los terapeutas en la cárcel. El terapeuta que mantiene una relación más cercana con él, le dirá que quizás se pregunte muchas cosas con respecto a estos niños que son nuevos y entonces se pone nervioso y hace cosas que luego le hacen sentir mal. Pero que no ha hecho nada tan terrible como se imagina y que no va a ir nadie a la cárcel.

La atención intensiva que podemos ofrecer en el programa es un marco privilegiado para trabajar con los padres, respetando siempre que se pueda, el ritmo que ellos puedan asumir. Encontrar el ritmo y los momentos más adecuados, permite a los padres hacerse cargo y aprovechar la información que les vamos dando, tomando así una parte muy activa en el proceso terapéutico de su hijo.

Durante los primeros meses los padres asisten a entrevistas individuales y posteriormente se les ofrece la posibilidad de acudir a un grupo de padres. Cuando los padres de un niño con patología grave acuden a consultar por su hijo, es muy frecuente que expresen mucha inseguridad y habitualmente intensos sentimientos de culpa y ambivalencia. Será de gran importancia que puedan ir expresándolos para que el terapeuta les ayude a aliviarlos, naturalizarlos y, por otro lado, reforzar los aspectos positivos en la relación que mantienen con sus hijos. Esto constituirá una especie de base segura sobre la que iremos trabajando con ellos el resto de los aspectos que tengan que ver con el trastorno de su hijo.

Grupo de padres. Tiene lugar quincenalmente y su duración es de una hora y cuarto. Es conducido por un clínico, encontrándose siempre presente la enfermera. Habitualmente los miembros del grupo son padres cuyos hijos se encuentran en distintos niveles evolutivos y con diversos grados de psicopatología, aunque con

diagnósticos similares.

El grupo posibilita a los padres verse reflejados en los otros y tolerar mejor ciertos sentimientos que, en ocasiones, no pueden expresar en primera persona. Escuchar lo que otros padres van planteando constituye con frecuencia una potente herramienta para la reflexión y el inicio de algunos cambios en la relación con sus hijos. El objetivo es que los padres vayan sensibilizándose hacia la naturaleza de los trastornos de su hijo, entendiendo los síntomas del niño, para poderlo comprender de una forma global (Ibáñez y Cruz, 2005). En el grupo, los padres expresan también las vivencias y dificultades suscitadas por la relación con el niño. Tratamos de que puedan recuperar el placer de relacionarse con su hijo, superando los esquemas rígidos de relación que estaban firmemente arraigados (Cherro, 2007).

El terapeuta va haciendo señalamientos e indicaciones a medida que los padres van hablando, encontrando un hilo conductor entre todas las aportaciones y promoviendo el cuestionamiento y la reflexión. Además de la asistencia al grupo, los padres acuden a una entrevista individual cada mes y medio, aproximadamente, donde normalmente suelen hablar sobre temas que consideran demasiado personales para llevar al grupo.

En las primeras sesiones del grupo de padres suelen aparecer temas como la detección precoz, quién fue el primero en darse cuenta de que algo le pasaba al niño, qué actitud adoptaron ellos, qué actitudes encontraron en el entorno más cercano y en el menos inmediato. Todo esto generalmente empieza a cohesionar al grupo a través de la expresión de algunas vivencias comunes. Más adelante los padres empezarán a hablar de forma más individualizada sobre ellos mismos y sobre sus hijos, dando ejemplos concretos y mostrando aspectos más personales ante el resto de los miembros del grupo.

Coordinaciones. Una parte del proceso terapéutico que consideramos esencial son las coordinaciones con los centros escolares y los centros de salud. En los primeros se produce, en numerosas ocasiones, una demanda insistente de pautas al especialista, una solicitud de respuestas rápidas y eficaces ante las diversas situaciones que se les plantean con los niños. A veces, recibir esta angustia puede hacer caer al especialista en una actitud omnipotente (Brun, 2004). Sin embargo, tratamos de que nuestro papel no sea solamente el de transmitir una serie de conocimientos sino de ayudar a comprender al

niño de forma lo más personalizada posible, su funcionamiento psíquico y su mundo emocional, y favorecer que los profesionales en el entorno escolar puedan rehacer o crear una buena relación él. Intentamos que las reuniones multidisciplinarias en el entorno escolar sean espacios en los que se pueda escuchar y pensar a través de las situaciones que los profesionales de los centros plantean.

En los centros de salud, nos reunimos tanto el clínico de referencia como la enfermera del equipo del programa TMG, con el pediatra y la enfermera correspondiente. El personal de pediatría nos transmite, a menudo, la dificultad para poder detectar precozmente los primeros indicios de patología grave. Por un lado, una rotación en salud mental infantil, no está por ahora contemplada en los planes de estudio de pediatría ni de enfermería en España. La exploración que se realiza actualmente en la mayoría de las consultas de pediatría y los test que se pasan de forma protocolizada en las revisiones del niño sano, se centran en el estado físico y en el desarrollo psicomotor, quedando relegada la mayor parte de las veces, la exploración de otros aspectos que podrían poner sobre la pista de una patología grave (mundo relacional, juego, etc.). Una buena parte de los profesionales sienten que no disponen de las herramientas necesarias para cribar y valorar la importancia que puedan tener o no determinados síntomas en la infancia, en lo que a salud mental se refiere. Esto, unido al poco tiempo con el que cuentan para cada consulta, hace que muchos nos hagan llegar su malestar, su sensación de impotencia y muchas veces su deseo de conocer en profundidad el desarrollo psíquico normal, así como las desviaciones más importantes en la infancia, de cara a poder realizar las derivaciones a salud mental cuando sea pertinente.

Realizamos una primera coordinación nada más acabar la evaluación del niño y una vez que hemos hablado con los padres sobre el diagnóstico y el plan de tratamiento. Procuramos que dispongan de una copia del informe del paciente que hemos entregado a los padres. El informe nos sirve de ayuda para hablar de las dificultades del niño, del diagnóstico, del momento en el que se encuentran los padres en relación a la comprensión y aceptación del problema del hijo, y del plan de tratamiento que vamos a seguir. El hablar de pacientes en concreto favorece, en muchas ocasiones, que se puedan tratar también temas como la detección precoz, de las

escalas para realizar el *screening* rápido de algunos trastornos y del significado de algunos síntomas.

Además de las coordinaciones que mantenemos con los centros de salud por cada niño en concreto, tratamos de acudir a una serie de reuniones periódicas a las que están invitados todos los pediatras y el personal de enfermería de pediatría del área de Gijón, en las que a través de exposiciones teóricas y un espacio para el debate, hablamos sobre la detección precoz de la patología grave en la infancia.

Prealta y alta

El tiempo de tratamiento intensivo en el programa es flexible pero oscila entre los dos y tres años. Al ingreso en el programa, hacemos saber a los padres la duración limitada del tratamiento. Tratamos de anticipar el alta varios meses para poder trabajar todo lo que esta nueva situación genere y permitir que tanto el niño como la familia se puedan ajustar a ella. Tras el alta del programa, el terapeuta responsable del caso es el que realiza el seguimiento en consulta ambulatoria. Esto es posible porque tanto el psicólogo como la psiquiatra del programa dedican una mañana a la consulta ambulatoria.

Conclusiones

El programa de tratamiento intensivo para niños y adolescentes con trastorno mental grave lleva en funcionamiento casi cuatro años. De los datos analizados hasta junio de 2007 exponemos alguno de ellos:

- El total de los pacientes atendidos fueron varones.
- De la edad de los pacientes, el 44,1% tenían a su ingreso entre 4 y 7 años, el 23,5% entre 11 y 14 años, el 20,6% entre 8 y 10 años y el 11,8% entre 0 y 3 años.
- En relación a los diagnósticos, el 8,8% fueron diagnosticados de autismo, un 8,8% de síndrome de Asperger, 44,1% de trastorno generalizado del desarrollo no especificado, 20,6% de trastorno de las emociones y del comportamiento y el resto de otros trastornos (reactivo del vínculo, psicótico sin especificar y mutismo selectivo).
- En cuanto al tratamiento, el total de los pacientes acudieron a psicoterapia individual, el 55,9% a psicoterapia grupal y el 41,2% recibieron tratamiento farmacológico.

La creación de este recurso ha supuesto una mejoría clínica significativa en la mayoría de los casos, con todo

lo que esto conlleva (mayor integración del niño en su entorno, mejor comprensión de sus dificultades en los distintos contextos en los que convive, etc.). Creemos que a esta mejoría ha contribuido el trabajo psicoterapéutico con los niños y adolescentes, así como el trabajo realizado con los padres y con la comunidad, repercutiendo unos en otros.

En relación a las limitaciones y dificultades observadas destacaremos las más importantes. Para algunos pacientes, como pueden ser los niños con el diagnóstico de autismo, nuestro recurso queda insuficiente pues probablemente necesitarían un abordaje más intensivo de tipo hospital de día. Por otro lado, los pacientes con patología orgánica asociada (crisis epilépticas, síndromes genéticos, etc.) han presentado en general una evolución más pobre.

En las familias desestructuradas o con muchos factores psicosociales estresantes, observamos un empeoramiento rápido del niño al alta si no se favorecen medidas que supongan un apoyo psicosocial intenso. Con todos los pacientes, pero en estos especialmente es muy importante coordinarnos con los colegios y los centros de salud antes del alta.

Por último, el trabajo realizado durante estos tres años ha sido y continúa siendo una tarea creativa, agotadora en ocasiones y siempre compleja. Pero también llena de ilusión y significado, pues creemos que se trata de un granito de arena más en favor de una mejor evolución de los niños y adolescentes con trastorno mental grave.

Agradecimientos

Toda nuestra gratitud a las familias de los niños y adolescentes que atendemos, que con su dedicación para favorecer el desarrollo y la evolución positiva de sus hijos acrecientan nuestra ilusión por hacer nuestro trabajo cada vez mejor. A los niños y adolescentes que nos permiten acompañarles en su proceso de desarrollo.

Muchas gracias también a quienes nos mostraron el funcionamiento de los dispositivos en los que trabajan y compartieron con generosidad sus experiencias sobre el tratamiento de niños con patología mental grave: Ana M. Jiménez Pascual, Begoña Solana, Margarita Alcami y Juan Martos. Nuestro más sincero agradecimiento a nuestros coordinadores, que alentaron con mimo y atención el desarrollo del programa desde sus inicios.

Bibliografía

BRUN, JOSEP M. VILLANUEVA, RAFAEL (2004). *Niños con autismo. Experiencia y experiencias*. Valencia, Ed. Promolibro.

CHERRO, MIGUEL A (2007). El apego y la familia de los niños con trastornos del espectro autista. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*. Núm 9, pp. 33-41.

IBÁÑEZ, MARGARITA Y CRUZ, DANIEL (2005). Dispositivo diagnóstico y terapéutico para preescolares que presentan trastorno mental grave y sus padres.

Comunicación libre. Congreso SEPYPNA 2005, La Coruña.

JIMÉNEZ PASCUAL, ANA MARÍA (1999). Estructuras clínicas intermedias en las psicosis infantiles. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, vol. XIX, nº 69, pp. 151-159

GENERALITAT DE CATALUNYA (2004): *Recomendaciones para la atención de los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia*. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

TORRAS DE BEÀ, EULÀLIA (1996). *Grupos de hijos y de padres en psiquiatría infantil psicoanalítica*. Barcelona, Paidós.