

Ana-M^a Jiménez Pascual

DISPOSITIVOS DE INTERNAMIENTO TERAPÉUTICO PARA PATOLOGÍA MENTAL GRAVE DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

THERAPEUTICAL INTERNMENT DEVICES FOR SERIOUS MENTAL PATHOLOGIE
IN CHILDREN AND TEENAGERS

■ RESUMEN

La existencia de problemas y descompensaciones de conducta graves en niños y adolescentes debido a trastornos mentales, plantea la necesidad de dispositivos de internamiento sanitarios y socio-educativos- sanitarios, con la participación conjunta y la integración funcional de las tres instituciones implicadas.

El grupo de trabajo tras dos años de reuniones ha elaborado el siguiente documento donde se describen estos diferentes dispositivos de internamiento, pero partiendo previamente de la necesidad de la existencia de una clara y suficiente red asistencial de salud mental infanto juvenil, dando además una especial importancia a las políticas preventivas y de detección precoz.

Palabras claves: Trastornos de conducta en niños y adolescentes, dispositivos de internamiento sanitario, Unidad de hospitalización breve para niños y adolescentes, Unidades de media y larga estancia, Centros de reeducación psicosocial para niños y adolescentes.

■ ABSTRACT

The presence of serious behaviour disorders in children and teenagers due to mental illness raises the need for health and socio-educational-health devices, with joint participation and functional integration of the three implied areas.

The working party has developed over two years the following report where these several internment devices are described, with a previous statement of the need for a sufficient assistance network for children and teenagers, and paying a special attention to the preventive and early detection politics.

Keywords: Behaviour disorders in children and teenagers, health internment devices, short hospitalization units, units for medium and long stay, psychosocial re-education

■ INTRODUCCIÓN

Hace cuatro años se creó un grupo de trabajo formado por profesionales pertenecientes a dispositivos específicos para un abordaje clínico de la patología mental grave en niños y adolescentes, convocado y organizado por la Sección de Salud Mental Infanto-Juvenil de la A.E.N., que elaboró un documento sobre «Hospital de día psiquiátrico para niños y adolescentes», publicado en la revista de la AEN (1).

En ese trabajo se planteaba la necesidad de realizar una detección y abordaje precoz y específico de esta patología; fruto de ello fue la formación de otro grupo de trabajo que elaboró «Detección y Atención precoz de la patología mental en la primera infancia» (también publicado en la revista de la AEN (2)).

Así mismo se partía de la necesidad de ver y formular 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. El actual grupo de trabajo surge ante la necesidad de definir estos últimos centros de forma integrada.

La existencia de problemáticas conductuales graves de base psicopatológica en menores, 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.

Como ya se ha apuntado en otras ocasiones (3), el retraso histórico en el desarrollo de la psiquiatría, psicología y otras profesiones relacionadas con los dispositivos de Salud Mental del niño y del adolescente, marca el retraso en la aparición de dispositivos específicos desde la clínica para el abordaje de la patología mental grave en estas edades, donde los trastornos de conducta de diferente etiología adquieren un lugar especial.

El hecho de que la escolaridad sea, desde hace tiempo, obligatoria hasta una edad determinada, ha impulsado en ocasiones el desarrollo de soluciones para estas problemáticas desde el campo educativo, centrando sus intervenciones a nivel pedagógico y rehabilitador. Desde Bienestar Social, y frente a los serios trastornos de conducta que surgen en púberes y adolescentes en régimen de protección por estar en situación de riesgo y desamparo, se comienzan a crear dispositivos de internamiento, en muchos casos con una orientación también claramente terapéutica. Pero, en ninguna de las dos vías hay una política de coordinación con las otras instituciones implicadas, salvo en contadas ocasiones donde hay una participación conjunta de Educación, Bienestar Social y Salud Mental.

Todo ello nos lleva a plantear la necesidad de *dispositivos de internamiento sanitarios y socio-educativos – sanitarios*, con la participación conjunta y la integración funcional de las tres instituciones.

■ CONSIDERACIONES GENERALES

Son variadas las situaciones y las psicopatologías que conducen a trastornos graves de la conducta y deben especificarse las características diferenciales de cada cual, ya que se requieren distintos dispositivos para su abordaje terapéutico; así hay desde cuadros claramente psicopáticos graves con necesidad de un centro cerrado de media o larga estancia, a trastornos graves de conducta de origen psicótico cuyo abordaje institucional ha de ser diferente.

Si bien en la actualidad nos encontramos con jóvenes que necesitan este tipo de recursos y que ya tienen una situación cronificada a pesar de la edad, hemos de ser conscientes de que la solución idónea pasa por tener una actuación preventiva, tanto en el sentido de promoción de la salud, como en la detección y atención precoz de los problemas mentales, así como de las situaciones de riesgo psicosocial en la infancia. En este sentido, es necesario tener una actitud autocrítica de los profesionales que trabajamos con el niño y el adolescente, pero, sobre todo, de las autoridades competentes, ya que la falta de recursos, de profesionales y de una red asistencial de Salud Mental específica de niños y adolescentes, coordinada con otros dispositivos de atención a la infancia como Bienestar Social y Educación, con programas unificados para situaciones de riesgo, es en muchos casos la responsable de la situación de cronicidad.

Los trastornos generalizados del desarrollo (el autismo y otras psicosis infantiles), los cuadros de psicosis y esquizofrenia de aparición en la pubertad o adolescencia, así como las disarmonías evolutivas graves (catalogadas como diversos trastornos o retrasos en el desarrollo psicomotor, trastornos de conducta, hiperquinesia ...) conducen en casos de descompensación a alteraciones de conducta graves que requieren una intervención terapéutica, que además de otras medidas, posibiliten la contención en institución cerrada. En el origen de muchas de estas descompensaciones-cronificaciones, están situaciones de interrelación familiar muy difíciles o alteradas, así como dificultades de integración social y conflictos en el medio escolar. Toda actuación parcial que no tenga en cuenta para el abordaje de estas patologías los aspectos emocionales (incluidas las interacciones en el medio familiar), cognitivos y sociales, está contribuyendo a la cronificación de estas patologías, y en muchos casos a su descompensación.

Por otra parte, dentro de los factores de riesgo para una organización psicopática de la personalidad están muy implicados cualquier forma de violencia, maltrato, crueldad, manipulación, explotación o abuso sexual que sufra el menor, factores señalados en la Ley Orgánica 1/ 1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del menor de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil (4) que obliga a comenzar una actuación preventiva.

La situación de acogimiento o adopción de un menor suele suponer un riesgo psíquico importante en muchos bebés que han sufrido previamente situaciones de

pérdida o de carencia afectiva, por lo que se debe estar muy pendiente de los posibles signos de evolución psicopatológica, en concreto hacia los Trastornos Disociales, si hay una discontinuidad en los cuidados durante los primeros años de vida.

Por todo ello es muy importante tener una política preventiva. En este sentido (2) 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 como la psicosis, con tendencia a la cronicidad, y que por la precocidad del trastorno abocan a estados deficitarios que están también, insistimos, relacionados con patologías psiquiátricas de constatación posterior, como son los trastornos de la personalidad de características psicopáticas o los trastornos Borderline, cuya clínica en niños y adolescentes puede ser muy abigarrada, y que conlleva por lo general serios problemas de conducta .

Otro periodo de importante vulnerabilidad es la pubertad y la adolescencia, periodos en los que, por las características de la crisis evolutiva, debutan o se agravan las conductas alteradas, por la tendencia al *acting out*, forma de negar o afrontar la crisis de identidad y los intensos sentimientos de fragilidad narcisista y en muchos casos depresivos que se tienen, no obedeciendo siempre a un cuadro psicopatológico bien definido.

Es en estos periodos evolutivos donde mayor conflicto hay en relación con los trastornos de conducta, por lo que es importante enmarcarlos dentro de categorías diagnósticas más amplias (valorando si obedecen a una patología de base más psicótica, neurótica o disocial, o por el contrario están dentro de las manifestaciones de la crisis de esta edad), pues las alternativas terapéuticas han de ser distintas, sopena, de nuevo, de agravarlas y cronificarlas.

Ya hemos insistido en la necesidad de una actitud preventiva en la primera infancia, pero también nos parece necesario poder desarrollar trabajos en este sentido en ese otro periodo de la vida de gran dificultad.

Por todo ello, y dentro de las consideraciones generales, quisiéramos remarcar la necesidad de unas bases previas que nos permitan trabajar en otras condiciones:

A. *Una red asistencial de salud mental infanto juvenil clara y suficiente que incluya:*

1. *Equipo básico ambulatorio*, que además de atender la demanda asistencial, pueda realizar actuaciones 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.
2. *Dispositivos intermedios o de hospitalización parcial (Hospital de día)*.(1) Hospitales de Día, Centros terapéuticos de Día, otros dispositivos de tratamiento intensivo.
3. *Dispositivos de internamiento terapéutico y residenciales*

Todas estas propuestas se definirán en el siguiente apartado de este documento.

B. Desarrollo de programas de coordinación para la patología mental severa en niños y adolescentes, con la participación de Salud Mental, Educación y Bienestar Social. En el protocolo para la Detección e intervención precoz de la patología mental en la primera infancia (2) se plantea una serie de puntos para mejorar su eficacia que nos parece esencial retomar aquí:

- Compaginar dicho protocolo con otros ya existentes: «detección de alto riesgo psicosocial en el neonato», «detección precoz del niño sordo y del niño ciego»; y con los «programas de preparación al parto», «programa del niño sano».....
- Crear circuitos claros en cada área sanitaria que favorezcan las exploraciones a realizar (neuropediátricas, psíquicas, psicopedagógicas y sociales) para poder llegar a un diagnóstico lo más adecuado posible, garantizando que todo niño detectado con una posible patología mental severa, tenga este estudio diagnóstico realizado, pero asegurando que el mismo se haga sin que interfiera en la intervención precoz específica y siempre en una actuación coordinada de los diferentes especialistas.
- Formación de comisiones técnicas interprofesionales en cada zona sanitaria, con reuniones periódicas donde se debata sobre cada caso, unificando y coordinando actuaciones tanto psicoterapéuticas, como sociales, escolares y otras.

Estas comisiones técnicas han de ampliarse para los casos que nos ocupan, y en todas las edades desde el nacimiento hasta los 18 años. Es necesario que, además de las interconsultas realizadas entre los diferentes profesionales, haya un representante de cada institución en cada área sanitaria que forme esta comisión técnica y que asesore y plantee además las posibles medidas generales que habría que tomar.

- Formación continuada en estos aspectos para los distintos profesionales que atienden al niño en esta primera etapa.
- Realizar un registro especial de estos niños, que pueda valer para estudios futuros.

A estos puntos esenciales quisiéramos añadir:

- Desarrollo de programas coordinados de prevención especialmente en casos de riesgo psicosocial.
- Coordinación con los dispositivos de Justicia para la búsqueda de soluciones conjuntas en caso de niños y adolescentes con conflictos judiciales.

■ LOS DIFERENTES DISPOSITIVOS DE INTERNAMIENTO TERAPÉUTICOS

Como ya se ha expuesto anteriormente, existen diferentes problemáticas psíquicas en niños y adolescentes que requieren en principio un internamiento en dispositivos distintos y específicos, y que está regulado por la Ley de Protección Jurídica del Menor y la Ley de Enjuiciamiento Civil de 2000 (El artículo 763 de la Ley 1/2000: Internamiento no voluntario por trastorno psíquico. «El internamiento de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o tutela, requerirá autorización judicial». Este artículo de la L.E.C. modifica al 211 del Código Civil). (5)(6)

Los diferentes dispositivos de Internamiento Terapéutico propuestos son:

A) Dispositivos Sanitarios

1. Unidad de Hospitalización Breve
2. Unidades de Media y Larga estancia (comunidades terapéuticas)

B) Dispositivos Socio-educativos-sanitarios

1. Centros de Reeducción Psicosocial
2. Centros para jóvenes con medidas judiciales y patología mental grave
3. Centros de Educación Especial para niños y adolescentes con trastorno mental severo

Por internamiento entendemos desde ingresos y/o estancias más o menos prolongadas, ya sea en servicios sanitarios, como en dispositivos del ámbito de Servicios Sociales y Educativos, hasta la ubicación del menor en residencias o internados fuera del ámbito familiar por razones terapéuticas.

Al tratarse de menores con trastornos psicopatológicos, es importante que todo dispositivo clínico y socio sanitario, salvo los de muy corta estancia (como unidades de agudos) partan de:

- Coordinación e integración funcional de salud mental y educación, donde se garantice, tanto los aspectos terapéuticos como educativos.
- Especialmente para los casos de protección o conflicto social, integración funcional de las tres áreas de Bienestar Social, Educación y Salud Mental.
- Según el dispositivo, la dependencia administrativa puede ser conjunta entre las distintas administraciones implicadas o bien que una de ellas asuma enteramente esta administración, pero en todos los casos con un funcionamiento conjunto: en instituciones creadas por Servicios Sociales o Educación es necesario incorporar, junto al equipo educativo y rehabilitador, un equipo institucional con personal sanitario-terapéutico (psiquiatra infantil, psicólogo clínico, personal de enfermería); en las de origen sanitario, junto al equipo clínico habría que añadir personal educativo, pedagógico y de trabajo social.
- Creación por parte de las instituciones implicadas (Sanidad, Servicios Sociales, Educación y Sistema Judicial) de un instrumento de coordinación inter-adminis-

trativo. Este instrumento de coordinación deberá establecer de manera específica y clara las diferentes *competencias* administrativas de los distintos dispositivos que se contemplan en este documento u otros que fuera necesario crear. Así como las cuotas de *financiación* que deberán aportar cada una de dichas administraciones (Sanidad, Servicios Sociales, Justicia).

En todos los casos, parece necesario tener *el marco común terapéutico institucional*, destacando:

- La utilización de la institución como instrumento terapéutico, a partir de la escucha y comprensión de la dinámica emocional de cada niño o adolescente, así como de la comprensión de la dinámica grupal y la del funcionamiento del propio equipo terapéutico, marcada y, en muchos casos, determinada por las psicopatologías de los chicos.
- Las reuniones de síntesis semanal por parte del equipo terapéutico, son la base fundamental de dicho planteamiento.
- Las actividades de los niños o adolescentes cuando su internamiento es prolongado, además de las pedagógicas y de las psicoterapias necesarias, han de posibilitar la participación en la vida cotidiana de la institución, dependiendo de la edad (mantenimiento, preparación de comidas...), evitando en la medida de lo posible situaciones de regresión y dependencia, y favoreciendo la vida en común; también habría que realizar actividades de ocio que posibiliten (siempre que no haya medidas judiciales especiales o situaciones de riesgo conductual) la participación en actividades dentro de la comunidad con los chicos de su edad, impulsando la integración social.

Este marco terapéutico de especial importancia en los dispositivos clínicos, también ha de ser contemplado en los que tienen un carácter más rehabilitador y psicoeducativo, no pudiendo olvidar nunca la dimensión emocional y relacional que existe en toda problemática conductual.

A- DISPOSITIVOS SANITARIOS

1. Unidad de Hospitalización breve (UHB)

Se estipula que aproximadamente entre un 15 y un 22% de niños y adolescentes presenta un trastorno mental diagnosticable, necesitando ingreso psiquiátrico entre un 1-2% de entre los que presentan dicho trastorno (6).

Se considera necesario para una población de 250.000 menores de 18 años, 2-4 camas para niños, 4-6 camas para adolescente, aunque no hay cálculos estándar del número de camas necesarias, entre otras razones porque ese número varía mucho de población en población, dependiendo de variables como la estructura familiar (y su capacidad de contención) y sobre todo de la existencia de otros recursos de hospita-

lización parcial o contención extrahospitalaria. Así, es necesario hacer unas estimaciones aproximadas de necesidades, y posteriormente, en la medida en que funcionen las unidades, hacer balance y auditoría de las necesidades cubiertas y de las carencias.

Dadas las características de la población y de cada Comunidad Autónoma, las UHB podrán ser de referencia para una o más áreas sanitarias, pero pertenecientes siempre de la red de Salud Mental para Niños y Adolescentes.

Debido a este carácter regional, *en ciertas patologías psiquiátricas de estas edades* y de acuerdo a sus características, *el ingreso se realizará preferentemente en los Servicios de Pediatría o de otras Especialidades Médicas (como medicina interna) del Hospital General de Referencia*, como puede ser el caso de niños con insomnio severo, carencias afectivas graves, ciertos trastornos de la conducta alimentaria, patologías psicósomáticas..., pudiendo intervenir el equipo de interconsulta de psiquiatría y psicología clínica de niños y adolescentes si los hubiera, o el equipo de Salud Mental Infante Juvenil del Área correspondiente. Para otras patologías (psicosis, trastornos de la personalidad con gran agresividad), la ubicación preferente será integrada (aunque separada) en los servicios de psiquiatría de adultos. La ubicación de la UHB en psiquiatría, fuera de un servicio de pediatría estándar, permite el desarrollo de dinámicas grupales e intervenciones consecuentes, lo que en un servicio pediátrico hospitalario no se puede dar de la misma manera.

Especial importancia adquieren actualmente la puesta en marcha de «*Unidades Canguro*», para la hospitalización y atención conjunta de la madre y el bebé, en aquellos casos donde se detecta una alteración en las interacciones precocísimas (perinatales) en la diada, derivados por lo general desde el embarazo (como por ejemplo en las psicosis puerperales).

- Definición

Las Unidades de Hospitalización breve para niños y adolescentes son recursos terapéuticos hospitalarios, en régimen de internamiento total, para aquellos niños de entre 6 y 11 años de edad, y adolescentes entre 12 y 17 años, cuya patología psiquiátrica ha sufrido una crisis lo suficientemente grave y perturbadora como para requerir tratamiento intensivo de esta índole.

La finalidad del ingreso es la intervención en la crisis aguda y en los factores que la han precipitado, trabajando tanto con el niño/ adolescente como con su familia, a través de un conjunto de intervenciones médicas y psicológicas integradas y coordinadas (y no solo la mera contención), preparando el tratamiento ambulatorio posterior.

La intervención terapéutica ha de utilizar coordinadamente la farmacología, los tratamientos psicoterapéuticos y la contención institucional, entre otros, en un tiempo limitado, posibilitando cierta reestructuración del cuadro clínico, lo que será favorecido por la ruptura transitoria de su medio habitual que supone el ingreso.

Así mismo, el ingreso en ocasiones tiene una finalidad fundamentalmente diagnóstica, permitiendo una observación diaria y la realización de las exploraciones psíquicas y orgánicas que se crean necesarias.

- Indicaciones

Todo niño o adolescente que presente un trastorno mental (clasificado según la CIE10, DSMIV o la Clasificación francesa de trastornos mentales de niños y adolescentes) en situación de crisis aguda, y que es susceptible de mejorar mediante tratamiento intensivo de corta duración.

- Trastornos psicóticos y Trastornos Generalizados del Desarrollo.
- Trastornos afectivos mayores.
- Descompensaciones de trastornos graves de la personalidad
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Otros trastornos del Eje I (DSMIV) descompensados
- Riesgo de auto y/o heteroagresividad.
- Para observación y valoración en casos descompensados.

- Contraindicaciones

Las siguientes patologías en sí no pueden ser motivo de ingreso, salvo en episodios agudos de agitación o descompensación psicótica (teniendo en cuenta que en la mayoría de los casos hay que buscar otro tipo de soluciones, y que otras instituciones tienen también responsabilidad al respecto):

- Trastorno Disocial.
- Dependencia a drogas como primer diagnóstico.
- Deficiencias mentales.

- Vías de acceso al dispositivo

El niño o adolescente será derivado a la Unidad de Hospitalización Breve desde la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil correspondiente, cuyo ingreso debe ser programado.

Aquellos casos donde la contención ambulatoria sea imposible y se necesite un ingreso urgente, la valoración la realizará así mismo, si es posible, la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil correspondiente o el servicio de urgencias psiquiátricas del Hospital del Área sanitaria que corresponda, conectando telefónicamente con las urgencias del dispositivo hospitalario donde está ubicada la Unidad, para ver la posibilidad de ingreso inmediato,

- Características de funcionamiento

Puede funcionar en régimen semiabierto, con acompañamiento de un familiar, en aquellos casos donde no hay un estado de agitación o riesgo agresión y/o autoagresión.

Para los casos que sí presenten estados de agitación, de graves trastornos de conducta o de riesgo de intento de autolisis, es necesaria la hospitalización en régimen cerrado, así como para otras situaciones, como la separación de la familia, para evaluar y poder intervenir terapéuticamente, y siempre en función del criterio clínico.

La estancia por lo general es inferior a un mes, siendo uno de los objetivos generales la reintegración lo antes posible del niño/ adolescente a su medio familiar.

La UHB al estar ubicada dentro del hospital general, es el dispositivo que puede detectar en primer lugar la patología mental en niños y adolescentes en el medio hospitalario (en el caso de que no esté allí ubicada también la U.S.M.I.J), así como intervenir en los aspectos psíquicos de ciertas patologías orgánicas crónicas y/o graves.

Es imprescindible, en el momento del alta hospitalaria, la coordinación con el responsable del caso en el Área o en el equipo de salud mental Infanto Juvenil.

Recursos materiales y humanos

Se estima genéricamente que para una Unidad de 20 camas el equipo multidisciplinar sería:

- 3-4 Psiquiatras con formación infanto juvenil.
- 2 Psicólogos Clínicos
- DUE Psiquiátrico, tres en turno de mañana, dos en turno de tarde y uno en turno de noche (disminuyendo uno en el turno de mañanas, los sábados y domingos)
- 1 Trabajador Social.
- 1 Terapeuta ocupacional.
- Dos profesores de Pedagogía Terapéutica del aula hospitalaria, concertados con educación.
- Auxiliares de clínica con formación en salud mental (3 en turno de mañana y tarde, disminuyendo uno en sábados y domingo, y 2 en turno de noche).
- 1 Celador o personal similar con formación en contención (y con esta función claramente especificada).
- 1 Administrativo.

Además de la existencia de espacios de ocio, de relación..., es necesario disponer de espacios apropiados para estados o crisis de agitación.

2. Centros o Comunidades terapéuticas de media y larga estancia

En determinados casos la patología psiquiátrica tiende a la instauración más definitiva, siendo el trastorno de conducta el síntoma más relevante, de tal modo que sin una contención clara no se puede aplicar ningún tipo de terapia ya que el comportamiento está tan perturbado que es imposible que el niño o adolescente continúe en el medio familiar y/o escolar.

Las Unidades o Centros Terapéuticos de media y larga estancia han de acoger a estos niños y adolescentes con esta problemática, *sin distinguir si están en situación de tutela o con indicación judicial de «internamiento terapéutico»*, no debiendo estos estar en centros separados o específicos. En el caso de que la medida judicial no sea la de internamiento terapéutico, el menor ingresará en los centros de reeducación psicosocial explicados más adelante.

El internamiento en estos dispositivos no puede tener como objetivo único la contención, sino que tiene que ser un medio que favorezca la intervención terapéutica, basada, entre otras cosas, en la relación con una figura significativa y con el grupo, y no en medidas coercitivas.

Entendemos por *estancia media* hasta un máximo de 6 meses, considerándose la *larga estancia* a partir de este tiempo y debiéndose elegir el dispositivo en función de la fase evolutiva en la que se encuentra la patología del chico (estando mas o menos cronicada y por tanto con mayor o menor dificultad de movilizar), así como de la disponibilidad familiar y social para contener y apoyarlo; de todas formas siempre será obligatorio una revisión y evaluación de la situación de cada niño o adolescente cada 6 meses.

Estos Centros serán de régimen semi-abierto. Cuando sea necesaria una estancia en espacio cerrado, se hará integrada en el funcionamiento general, no debiendo ser un modulo independiente, salvo en el primer periodo de ingreso, en aquellos casos que así lo requieran.

La dependencia administrativa debería ser fundamentalmente Sanitaria (compartida con Educación y Bienestar Social), pero la base del funcionamiento ha de ser eminentemente clínico, integrando los aspectos psicopedagógicos y de formación profesional.

Así mismo, los dispositivos de media y larga estancia deben ser diferentes, ya que si bien el objetivo es el mismo, el trabajo terapéutico ha de llevar un ritmo distinto.

Estos dispositivos están en principio indicados fundamentalmente para una población de entre 12 a 18 años.

Para los menores de 12 años que presenten estos trastornos conductuales graves de origen psicopatológico, se optará primero por otras medidas ambulatorias, que no desarraiguen al niño de su entorno familiar, social y escolar.

Sin embargo, la experiencia clínica demuestra que alguno de estos chicos, a pesar de la edad, presentan un trastorno que sí se beneficiaría de dispositivos de media y larga estancia, empeorando la situación cuando se buscan soluciones poco realistas, siendo preferible diseñar estos dispositivos de una forma clara y bajo la filosofía de Comunidad Terapéutica, porque su ausencia propicia la aparición de dispositivos de internamiento con una orientación de «correccional», con pocos o ningún presupuesto terapéutico.

• **Indicaciones:**

A continuación se describen los dos grupos de trastornos en los que está indicado este dispositivo, aunque en la mayoría de experiencias conocidas en otros países suelen ser dispositivos monográficos para cada trastorno, siendo complicado el abordaje de las distintas patologías en el mismo centro.

- Trastornos de la personalidad descompensados, que ya se pueden empezar a perfilar con claridad en estas edades, y que provocan trastornos severos del comportamiento y cuadros de agresividad hetero y autodestructivos, que por su intensidad no pueden ser abordados ambulatoriamente o en el Hospital de Día, siendo así mismo insuficiente el ingreso en Unidad de hospitalización breve. Están especialmente indicados los trastornos de la personalidad tipo borderline y trastornos narcisistas con rasgos antisociales.

Así mismo habría que incluir otras patologías severas que en su base comportan un trastorno de personalidad:

- Trastornos de la Conducta Alimentaria con una evolución subaguda que necesiten continuos internamientos y que no requieran ser ingresados en medicina interna.
- Trastornos afectivos y cuadros depresivos relacionados tanto con fracasos en el ámbito familiar como escolar, con descompensaciones afectivas severas
- Descompensaciones psicóticas de forma prolongada y continua.

Así mismo está indicado en otros trastornos psiquiátricos descompensados tales como: Síndrome de la Tourett, Trastornos compulsivos obsesivos graves...

• **Contraindicaciones:**

- Trastornos de conducta con organización más claramente psicopática y que superen la capacidad de contención del recurso, aunque, teniendo en cuenta que en estas edades sí puede haber una cierta capacidad de cambio, deberá evaluarse la posibilidad del beneficio de este dispositivo (sobre todo en los menores de 12 años)
- Deficientes severos con trastornos graves de conducta. Consumo de drogas como primer diagnóstico o cuyo consumo no puede ser contenido en el dispositivo.
- Trastornos Generalizados del Desarrollo y otros trastornos psicóticos con grave deterioro cognitivo que son menos movilizables.
- Trastornos de alimentación que requieran internamiento en unidad especializada.

Personal (cuyo número dependerá del número de plazas, pero con un ratio de al menos 2:1)

Se estipula un equipo para un grupo de 10- 15 chicos.

- Psiquiatra infanto juvenil.
- Psicólogo clínico.
- Personal de enfermería.
- Docentes entre los que se encuentran maestros especialistas en pedagogía terapéutica, de educación física...
- Trabajador social.
- Personal de mantenimiento y recursos.

Es importante para su contratación que, además de su perfil y formación profesional, se tenga en cuenta el interés para trabajar en este tipo de dispositivos, así como una disposición abierta y empática ante las emociones de las demás personas, y la capacidad de trabajar en grupo.

Debido al trabajo específico que se hace en estos centros, en el que una base esencial del tratamiento es la relación interpersonal que se establece, es necesario que haya una continuidad en el personal, que debe ser lo más estable posible.

Así mismo es imprescindible que estén claramente especificadas las funciones de cada miembro del equipo, y la autoridad de cada cual definida claramente.

• *Características de funcionamiento*

Han de funcionar abarcando tanto una dimensión terapéutica como pedagógica, y en el caso de adolescentes, con orientación prelaboral y orientación vocacional.

La base fundamental del cambio en estos niños y adolescentes va a ser posibilitada por la relación estable y duradera que van a poder establecer con el personal (cuidadores, maestros, terapeutas), quienes tienen, por una parte, la capacidad de contener tanto física, como emocionalmente sus agresiones y pasajes al acto, pero manteniendo, por otra parte, la disposición afectiva y profesional constante (7).

Frente a los trastornos de conducta que estos chicos tienden a repetir, la respuesta es la contención (y no ya castigos o abandonos como en otras ocasiones), unida a una buena disposición del adulto, permitiendo experiencias de satisfacción en otros campos. Esto posibilita que poco a poco el educador se convierta en una persona importante para el niño y el adolescente, con posibilidad de identificación con él, pero también con deseos de ser querido por él.

A la vez es necesario que la institución y el grupo pueda tolerar ciertas formas de agresividad y ver la posibilidad de dar salida de alguna manera a la misma. Una de las posibilidades de mejora de estos chicos es la capacidad del grupo (en este caso la institución de internamiento) para resolver la crisis que provoca y en la que está inmerso a la vez.

Los dispositivos que funcionan en un orden basado en el autoritarismo han demostrado no ser muy eficaces, provocando sumisión e identificación con el agresor,

perpetuándolo, o una seudo adaptación que interfiere el desarrollo emocional de estos chicos (8).

En este sentido se propone para los centros el funcionamiento en *Comunidad Terapéutica*, (8) lo que, resumiendo, implica:

- Un proceso de tratamiento especializado que utiliza los fenómenos del funcionamiento de grupos, tanto a nivel psíquico como sociológico (Whiteley y Gordon).
- Donde el personal y los pacientes, funcionen como una comunidad organizada, en la que un objetivo importante es que el chico pueda funcionar bien dentro de la misma, antes de poder salir a la comunidad externa.
- Comprender la función de las conductas en el «aquí y el ahora» y que se exploren conductas alternativas nuevas
- Facilitar la comunicación a través de funcionamiento en grupos de distinta índole, tanto de psicoterapia, como de organización de las relaciones y actividades sociales en la institución.
- Encontrarse dentro de una estructura claramente organizada, donde las decisiones compartidas favorezcan la autoestima del chico y la honestidad en sus comunicaciones, ayudando a su crecimiento y maduración personal.
- Que se introduzca como algo fundamental la realización de psicoterapia de grupo y, en el momento oportuno, de psicoterapia individual.

El trabajo con la familia es esencial, no solo porque la familia sigue siendo importante para estos chicos, sino, además, porque por lo general han de volver a ellas. Suelen ser familias con graves conflictos relacionales y socioeconómicos, por lo que en muchos casos es imprescindible la intervención del Trabajador/a Social. La intervención irá encaminada a evitar el rechazo que suelen sentir hacia el niño/ adolescente (debido a su sintomatología), mejorando las condiciones para que puedan controlar las actuaciones del mismo y puedan volver a realizar su labor como padres.

Para todo ello es necesario que el equipo funcione como tal, con *la comprensión de cada caso*, de sus actuaciones, de las situaciones difíciles familiares, pero también y, sobre todo, de las situaciones institucionales, tanto las creadas por el mismo chico, como entre el propio personal, debiendo estar muy al tanto para no actuar a su vez los conflictos. Esto se realiza a través de las reuniones periódicas del equipo.

Los diferentes profesionales que integran el equipo han de realizar diferentes tareas, pero todas ellas correspondientes a aspectos de *la adaptación a la realidad*. En términos generales se proponen las siguientes:

- Función de dirección, coordinando la actuación del resto del equipo; el profesional que desempeñe esta función ha de tener una clara formación en psicopatología, más específicamente del niño y adolescente, así como manejar bien las psicoterapias y los fenómenos psicológicos de tipo dinámica de grupo, tanto pequeños, como grandes.

- Psicoterapia, tanto grupal como individual, que debe ser llevada por diferentes especialistas que garanticen la confidencialidad. Las posibilidades de psicoterapia han de ser variadas, pudiendo elegir la modalidad más apropiada dependiendo del periodo evolutivo del trastorno, pero permitiendo en todo caso la elaboración de los conflictos intrapsíquicos
- Actividades de talleres terapéuticos (pedagógica, ocupacional, artística, recreativa...), que reproduzcan las áreas de trabajo y tiempo libre que se dan normalmente en toda colectividad.
- La función del personal de enfermería sería colaborar en las tareas terapéuticas y crear, junto al resto del personal, un ambiente acogedor.
- La función del trabajador social debería ser la de valer de puente entre la institución y el exterior, especialmente con las familias.

La decisión del ingreso será siempre por criterio clínico, contando con la USMIJ correspondiente y con la información de los equipos de Educación y Bienestar Social. Es imprescindible que esta decisión de ingreso esté dentro de un plan integrado de actuaciones a diferentes niveles.

Cada chico que ingrese ha de tener una persona del equipo responsable del mismo, encargado de unificar los objetivos terapéuticos, tomar las decisiones terapéuticas oportunas, así como de las intervenciones administrativas y legales correspondientes.

En el momento del alta en el dispositivo, es necesario contar con un *Programa ambulatorio específico de seguimiento* en aquellos chicos que así lo requieran y en todos los casos con una continuidad mayor de atención, vinculado a la USMIJ. Esta ha de ser programada con mucha antelación, asegurando el acogimiento residencial o familiar del niño o adolescente, la continuidad del tratamiento psíquico de forma ambulatoria si procede, así como actividades de inserción socio-laboral.

B. DISPOSITIVOS SOCIO- EDUCATIVOS-SANITARIOS

1. Centros de reeducación psicosocial

Aunque 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, sí parece que haya que admitir ciertos casos cuya evolución ha sido muy desfavorable, que han tenido una conducta psicopática grave y que han requerido centros específicos diferenciados de régimen cerrado para su abordaje terapéutico y resocializador.

Sin embargo, es importante partir de que nos referimos a adolescentes aún con posibilidades de cambios en su funcionamiento mental.

Por ello, defendemos que las instituciones que los atiendan han de basarse en los mismos parámetros descritos anteriormente como Comunidades Terapéuticas.

Características generales (10)

Se plantea el dispositivo para adolescentes entre los 14 y los 18 años con procedimientos judiciales abiertos y con medidas de internamiento judicial.

Cuando se detecte patología psiquiátrica compatible con la estancia en el dispositivo, se derivará a los equipos de Salud Mental correspondiente. En caso de que dicha patología desborde las posibilidades de funcionamiento del dispositivo, aquellos no podrán ser admitidos.

La atención ha de centrarse fundamentalmente en la reeducación y la resocialización del joven.

Las actividades reeducativas se enmarcarán en un tiempo muy estructurado, dedicando una parte a la actividad pedagógica, en la que es importante la formación profesional, así como a talleres de distinto tipo, todo ello garantizando una estricta y continuada contención física y psíquica, con un programa terapéutico individualizado.

El personal será similar al de los centros de larga estancia descritos anteriormente (aunque no parece necesario un psiquiatra), debiendo incorporar aquí con mayor claridad educadores y personal de seguridad: vigilantes jurados (uniformados y sin armas).

Las relaciones con otras instituciones son imprescindibles, tanto con las judiciales, con competencia en menores, como con los servicios educativos, sociales y laborales para la realización de actividades fuera del marco institucional en los casos en que se pueda y que esté indicado en el proyecto terapéutico-educativo individual, y con los servicios médicos correspondientes.

2. Centro para jóvenes con medidas judiciales y patología mental grave.

Debe ser de ámbito nacional, debiendo incorporar personal clínico psiquiátrico.

3. Centros de educación especial para niños y adolescentes con trastorno mental severo.

Para muchos niños y adolescentes con requerimientos educativos especiales, que además presentan un trastorno mental severo, son necesarios dispositivos con la participación conjunta de Educación y Salud Mental Infante Juvenil, pues es importante la coordinación con Bienestar Social para el abordaje de ciertas situaciones familiares, así como para favorecer la integración social de estos niños, y adolescentes.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Pascual, A. (coordinadora). Hospital de día psiquiátrico para niños y adolescentes. Revista Asociación española de Neuropsiquiatría, 2001, vol XXI, nº 77, pp. 115- 124.
2. Jiménez Pascual, A. Coordinadora del grupo trabajo. Detección y atención precoz de la patología mental en la primera infancia. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2002, vol XXII, nº 82, pp. 115- 126.
3. Jiménez Pascual, Ana M^a. Estructuras clínicas intermedias en la psicosis infantil. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1999, vol XIX, nº 69, pp. 151- 159.
4. «Protección del menor». Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Ed. Civitas. Madrid, 1996.
5. Ley 1/2000 de 7 de Enero, de Enjuiciamiento Civil. (BOE 8 de enero de 2000, Corrección de errores BOE 14-04-2000, y BOE 28-07-2001.)
6. «Ley reguladora de la responsabilidad penal de los menores». Ley Orgánica 5/ 2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores. Ed. Comares. Granada, 2000.
7. Tomas Vilaltella, Joseph, en Psicopatología del niño y adolescente, tomo II, pp. 1.163- 1175. Jaime Rodríguez Sacristán (ed.). Universidad de Sevilla, 2000.
4. Diatkine, G. Las transformaciones de la psicopatía. Tecnipublicaciones, S.A. 1986.
5. Winnicott, D.W. Escritos de pediatría y psicoanálisis. Editorial Laia. 1979.
6. Kernberg, O.F. Trastornos graves de la personalidad. Ed. Manual Moderno. 1999.
7. Prego Dorca, R. Centro de rehabilitación psico- social infanto- juvenil. Memoria técnica. Fundación Obra san Martín. Colegio de educación especial P. Apolinar (trabajo no publicado).

Ana María Jiménez Pascual

**Psiquiatra. Responsable de la Unidad de Salud Mental Infanto- Juvenil del Área Mancha Centro.*

Coordinadora del grupo de trabajo del presente artículo.

Correspondencia:

Ana María Jiménez Pascual

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.

C/. Irlanda nº 7. 13600 Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

Telf: 926 541 750. E-mail: usmas@telefonica.net

LISTA COMPONENTES GRUPO DE TRABAJO

Roque Prego Dorca
Centro Salud Mental Infantil
SANTANDER
Email: roquepd@eresmas.com

Carmen Otero
Serv .planificación. Consejería de Educación
Comunidad de Madrid
Email: carmen.otero@madrid.org

María Ger Martos
Coord. Prot. De Menores JCCM
Consejería B. Social
TOLEDO
Email: mger@jccm.es

Cristina Molins Garrido
Coordinadora Prog. Inf.Juvenil AREA 9
C.S.M. Fuenlabrada

Mara Parellada Redondo
Unidad Adolescentes Hosp. G. Marañón.
MADRID
Email: parellada@psiq.hggm.es

Ana-M^a Jiménez Pascual
Unidad S.Mental Infanto-Juvenil
ALCAZAR DE S. JUAN
Email: usmas@telefonica.net

Amparo Carrillo del Amo
Serv. Planificación Deleg. Prov. JCCM
CIUDAD REAL
Email: rosarioo@jccm.es

Carmen González Noguera
Hosp. Insular de Gran Canarias
LAS PALMAS DE G.CANARIA

Email: cgonnog@gobiernodecanarias.org

Elena Cortés Rabal
U.S.M.
LAS PALMAS
Email: ecortes@correo.cop.es

Lucía Álvarez Buylla
CSM CIUDAD LINEAL
MADRID
Email: lbuylla@arrakis.es

Teresa Armas Falcón
U.S.M. LASSO
LAS PALMAS
Email: tarmas@correo.cop.es

Begoña Solana Azurmendi
Centro de Día Educativo terapéutico
Bilbao
Email: pchicharro@clientes.euskaltel.es

Lourdes Sánchez García
Hosp. Valme . U.S.M.I.J.
Ctra. Cádiz, Sn.
41014 - SEVILLA
psilsg@valme.sas.junta-andalucia.es

Flor Morillo
Consejería Sanidad JCCM.
TOLEDO
Tel. 925 267197
Email: psiquiatica@jccm.es

Carmen Alriols Fornes
Sev. educación especial y orientación psicopedagógico
Comunidad de Madrid.
Email: carmen.alriols@madrid.org



Josefina Mateo Mateo

Trabajadora Social de la Unidad de Adolescentes del Hosp. G. Marañón. Madrid.

Tfno : 91- 5868230

E-mail: Jmmt@hotmail.com