

Joana Alegret, Elisenda Castanys, Susana Ochoa

EL TRABAJO EN RED PROFESIONAL EN SALUD MENTAL INFANTOJUVENIL

OCCUPATIONAL NETWORKS FOR PROFESSIONALS INVOLVED IN CHILD AND
ADOLESCENT MENTAL HEALTH

■ RESUMEN

Las autoras exponen en este artículo los resultados de una investigación realizada en dos centros de Salud Mental Infantojuvenil de Cataluña, sobre la realización de trabajo en red profesional en las consultas ambulatorias. El estudio recoge las actuaciones efectuadas en los casos seleccionados, haciendo una distinción entre el trabajo de atención directa con el paciente y su familia y el trabajo indirecto con los profesionales. Se pretende estudiar el tipo de relación entre la cantidad de trabajo entre profesionales y el diagnóstico del paciente, la tipología familiar, el género y las características propias de cada centro de atención. Una segunda intención es conocer las características del TRP (trabajo en red profesional) en cuanto al tiempo utilizado, formas de contacto y tipos de relación entre profesionales.

Se hace una distinción conceptual sobre lo que es la coordinación y el trabajo en red profesional o trabajo indirecto, definiendo éste como la intervención que surge a consecuencia de las propias necesidades de cada caso.

■ ABSTRACT

The authors will expose in this article the results of an investigation realized in two community-based child mental health centers located in Catalonia, about the achievement, of working in a net of professionals. This study collects all the professional acts concerning a number of selected cases, distinguishing between working directly with the patient and his/her family and working with other professionals. The study intends to establish the type of relationship existing between the fact of working in a net and patient's diagnosis, family pattern, gender and characteristics of each community mental health center. A second objective is to know the characteristics of the professional net work (PNW) related to consumed time, types of contact and of relationship among professionals. There is a conceptual distinction between coordination and PNW or indirect work.

The study puts a special emphasis to remark that there is a great investment of the professional time schedule dedicated to the indirect work in child and adolescent attention, and this indirect

El estudio pone especial énfasis en resaltar cómo en la atención a niños y jóvenes existe una gran inversión del tiempo profesional dedicada al trabajo indirecto y cómo éste, en muchas ocasiones, es uno de los pilares fundamentales que permitirá el abordaje del trabajo con la familia y el paciente, facilitando una relación funcional entre servicios y familia.

Palabras clave: Trabajo en red profesional (TRP), coordinación, salud mental infantojuvenil, interconsulta, contextos de cooperación interprofesional.

work is one of the fundamental basis that will allow further working with the patient and his/her family, facilitating a functional relationship among services and family.

Key words: Professional networking, coordination, child and adolescent mental health, interconsultation, interprofessional cooperation contexts.

■ INTRODUCCIÓN

La peculiaridad del sujeto infantil ha sido un rasgo diferencial en el campo de la Salud Mental Infantojuvenil (SMI). Desde su origen la atención a las problemáticas de los niños/as, chicos/as ha iniciado nuevas formas técnicas que se adaptan al sujeto en crecimiento. Por ejemplo, todo lo que se desprende de las formas comunicativas específicas en las etapas evolutivas, (juego, dibujo, lectura de la expresividad psicomotriz) tuvo la necesidad de desarrollarse en relación con la atención a los problemas psicológicos de los menores.

Una característica notoria de la edad evolutiva es su dependencia del entorno. Es por ello que el trabajo con el entorno será fundamental en las respuestas que los técnicos damos cuando nos consultan por presencia o riesgo de psicopatología.

En el presente, el trabajo con las familias de los niños/as, chicos/as, está ampliamente reconocido en SMI. Esto no ha sido siempre así si se partía de determinados modelos.

Además de la familia, a menudo están implicados en la situación agentes de salud (1) ubicados en diferentes equipamientos comunitarios: colegio, servicios sociales, sanidad, etc. Es un paso necesario el pensar en las funciones que cada uno de los profesionales desarrolla respecto a la familia pues, a veces, estos suplen funciones que no se encuentran en las familias.

Tendencialmente en SMI se ha ido desarrollando la costumbre de establecer contacto entre los profesionales con motivo de un mismo caso. La primera diferenciación que hay que hacer es que los contextos de cooperación interprofesional pueden ser varios. Lamas (2) los recopila tal como se muestra en las tablas 1 y 2.

Tabla 1
 Contextos sincrónicos de cooperación

CARACTERÍSTICAS	COLABORACIÓN	CONSULTA	FORMACIÓN	SUPERVISIÓN
Denominación de los participantes	Profesionales de la salud que trabajan en red	Consultor y consultante	Didacta y alumno	Supervisor y supervisado
Relación	Simétrica o complementaria	Complementaria no jerárquica	Complementaria jerárquica	Complementaria jerárquica
Metacontexto	Trabajo en red interinstitucional	Informal o institucional	Escuela o centro de formación	Institución
Supone	Objetivos diferentes con estrategias compatibles sobre el mismo caso	<i>Consultor:</i> Otro punto de vista <i>Consultante:</i> Confusión	<i>Didacta:</i> Conocimientos y método <i>Alumno:</i> Saber adecuar enseñanzas a su trabajo.	<i>Supervisor:</i> Conocimientos <i>Supervisado:</i> Seguir líneas maestras
Produce	Rentabilidad y eficacia	Consejos	Títulos (reconocimiento social)	Capacitación progresiva
Responsabilidad	Compartida	<i>Consultor:</i> Sobre los consejos <i>Consultante:</i> Sobre el caso	<i>Didacta:</i> Sobre el programa formativo <i>Alumno:</i> Sobre educación	Del supervisor (progresivamente más compartida con el supervisado)

Terminología utilizada

A menudo, se utiliza la palabra «coordinación» como expresión de todo contacto interprofesional. Otros autores (3) emplean el término de forma diferente. Para el presente trabajo diferenciaremos:

- Contexto sincrónico de colaboración (primera columna de la tabla I): puede tener dos formas:
 - Coordinación: Contacto interprofesional que primordialmente tiende a organizar la colaboración mutua. Por ejemplo cómo derivar, cómo hablar de los casos compartidos, etc. La figura gráfica entre los profesionales es de simetría o sea en el mismo nivel: A B
 - Trabajo en Red Profesional (TRP): Aquel que tiene razón de ser en función de las necesidades específicas de un caso concreto. Puede o no desembocar en interconsulta (ver más adelante). Tanto sus objetivos como las figuras gráficas entre profesionales son muy variados.

- Contexto sincrónico de consulta (también llamado «interconsulta»):
 Uno de los profesionales, solo o en equipo, solicita a otro, solo o en equipo, ayuda con la finalidad que el consultante siga trabajando mejor en el caso. La figura gráfica entre los dos profesionales es de complementariedad o sea, en niveles distintos:
 Consultor A
 Consultante B

El contexto diacrónico de derivación, explicado con más detalle en la tabla 2 (2), se engloba en nuestra investigación como una forma más del TRP.

Tabla 2
 Contextos diacrónicos de cooperación

CARACTERÍSTICAS	DERIVACIÓN
Denominación de los participantes	Derivante y receptor
Relación	Complementaria alterna
Metacontexto	Trabajo en «cadena terapéutica»
Supone	Derivante: Limitaciones mecontextuales Receptor: Posibilidades metacontextuales
Produce	Rentabilidad y eficacia
Responsabilidad	Compartida

Premisas de las que partimos

El TRP a pesar de ser una parte significativa de la actividad del técnico, a nuestro parecer se encuentra, hasta el momento, en Salud Mental poco valorado. Es como si se considerara un añadido optativo, discrecional. No obstante, a nuestro entender, el TRP es tan imprescindible como la función del anestésista respecto al cirujano. ¿Se entendería hoy en día que en una intervención se omitiera la mención de tal función complementaria?

Recientemente, en algún momento el TRP es nombrado en los documentos profesionales. En el registro de actividades clínicas, a veces se contempla y otras no, y en las historias, a veces se anota otras no.

¿Qué pensaríamos de un anestésista que no dejara ningún rastro escrito de su actuación?

Partimos por tanto de una premisa basada en la práctica que las autoras desempeñan desde hace algunos años: el TRP es en algunos momentos el eje del quehacer profesional. Otras veces, puede ser complementario a otras acciones; incluso también puede ser mínimo o nulo. En la presente investigación se trata de hacer justicia a esta cenicienta de nuestra labor. Es como la urdimbre en los tapices: no se ve, y sin ella se desharía el tejido.

Las concepciones que hemos hallado entre los compañeros en relación a la conexión con otros profesionales varían. Se puede ver como una necesidad impuesta por la Administración o como un requisito de otros dispositivos. Para algunos, entre los que nos añadimos, es una necesidad clínica. La disfunción, el malestar, a menudo no residen ni se limitan a un individuo. Aun así y a pesar de que se haya segmentado la atención en muchos dispositivos dispersos, cuando aparecen los síntomas, podemos identificar a quien los detecta, quien los padece, quien se enfada, quien se preocupa, quien intenta hacer algo. También es cierto que todo lo realizado desde el pasado por parte de los profesionales ha contribuido a la construcción de la situación presente. Quien está afectado, o sistema delimitado por el problema (4), puede a la vez ser elemento de mejora. Los elementos diagnósticos y terapéuticos están dispersos como las gotas de mercurio cuando un termómetro se rompe. El motivo de conectar con otros profesionales no es la deferencia o el trámite o el protocolo; sin ellos no podremos responder de manera adecuada y económica.

Una concepción del TRP es la que ha originado ya prácticas muy interesantes. Se trata de una estructuración del encuentro de profesionales que pretende dar una respuesta integradora yendo más allá de las dependencias administrativas de aquellos. (3).

Otras aportaciones notables proceden de profesionales en contacto con la escuela. Plantean la evaluación del alumno en red (5).

La red debe permitir la construcción entre los servicios de una estructura coherente y funcional que se acople al funcionamiento familiar, con el objetivo de facilitar una relación asequible y de confianza que permita la mejora de la situación. Una red con una estructura coherente es aquella que se articula entre los profesionales de diferentes dispositivos para ampliar la visión a partir de los diversos campos de estudio e intervención. El objetivo principal es tener un mejor conocimiento de la situación para poder dibujar todas las posibilidades del trabajo desde cada lugar. Las ganancias principales son:

- Ampliar la visión entre los profesionales ofreciendo una lectura desde cada mirada.
- Aumentar las posibilidades de poder incidir en la situación.
- Crear un acompañamiento entre profesionales. Compartir e intercambiar las posibilidades y las dificultades del trabajo.

Una red es funcional cuando el trabajo de cada parte se puede diferenciar y delimitar de la otra. Así, trabajando juntos para una misma situación, existe una clara definición sobre las tareas individuales y sobre el quehacer grupal.

A veces, este tipo de encuentros no son gratificantes para los profesionales ya que no queda clara la utilidad de compartir la información. Esto sucede sobre todo cuando las posiciones de cada uno no están delimitadas en función del objetivo de su intervención, pues puede parecer que cualquiera puede hacer y saber lo mismo.

Este es uno de los peligros más grandes que desquebraja el sentido de una red. Es necesario dedicar tiempo a la construcción de la actuación ordenada de cada uno, así como a las formas de articulación entre cada servicio.

Nuestra investigación parte de otra concepción del TRP. Éste es el tejido de conexiones que se van haciendo en función de las necesidades del caso. Será diferente y adecuado a cada situación, como un traje a medida. Al mismo tiempo humilde y potente, concibe el diagnóstico y la intervención terapéutica excediendo los límites del equipo donde reside el profesional. Y se propone aunar las fuerzas dispersas entre compartimentos separados.

Consideramos que es importante pensar en los servicios de Salud Mental Infanto-juvenil como dispositivos que forman parte de un engranaje comunitario y no como centros que deben responder sólo desde sí mismos. En nuestra experiencia, a menudo las intervenciones de cambio han sido más posibles a partir de situarnos como parte de una red que haciendo únicamente un trabajo directo.

■ OBJETIVOS

1. El primer objetivo de nuestra investigación es analizar con detalle aspectos pragmáticos del TRP:
 - Denominamos trabajo directo a las entrevistas o contactos con el usuario y su familia y/o redes de pertenencia no profesionales.
 - Nos referimos a trabajo indirecto cuando los interlocutores son profesionales.
 - El trabajo total de caso incluye a ambos: el directo y el indirecto.
 - Nos hemos propuesto una revisión retrospectiva del trabajo indirecto también llamado por nosotras Trabajo en Red Profesional (TRP), del que recogemos las siguientes características:
 - Quién tiene la iniciativa de contactar.
 - Cuál es la forma de contacto: presencial, a través de canales de comunicación, etc.
 - Cuando la entrevista es presencial, dónde se realiza.
 - Cuánto tiempo se emplea en estos contactos.

Una hipótesis deducida de este primer objetivo es la siguiente:

HIPOTESIS 1: El TRP ocupará como mínimo 1/5 parte del tiempo directo del trabajo de casos.

2. El segundo objetivo es buscar correlaciones entre el tiempo invertido en el TRP y las características de los casos.
La experiencia nos dice que las variaciones en el TRP son debidas a las diferentes necesidades, inherentes a las características de las situaciones.

¿Qué situaciones nos hacen invertir más tiempo (variable posible de registrar)? De esta pregunta hemos deducido las siguientes hipótesis:
HIPOTESIS 2: Los trastornos externalizantes (6) comportarán una media del tiempo de TRP superior a la media de los otros casos.

Los autores citados iniciaron una terminología que ha resultado muy útil en investigación y en clínica (tabla 3). Cuanto más externo es el malestar que la sintomatología origina, más contactos se necesitan entre profesionales.

Tabla 3
 Clasificación de trastornos

INTERNALIZANTES			INTERMEDIOS			EXTERNALIZANTES	
Inhibición	Problemas somáticos	Ansiedad Depresión	Problemas sociales con los compañeros	Problemas de pensamiento	Problemas de atención	Conducta delictiva	Agresividad

HIPOTESIS 3: La media de TRP en los casos de paciente identificado masculino será mayor que cuando es femenino.

Nos induce a pensar esto el hecho de que el diagnóstico de TDAH y de trastornos del espectro autista es más prevalente en el género masculino. Así mismo los trastornos de conducta tal vez también sean más frecuentes.

HIPOTESIS 4: El TRP será mayor cuando los factores de riesgo del medio cuidador sean mayores.

Hay una relación circular entre la discapacidad parental de un medio y la necesidad de funciones protectoras y cuidadoras desde el exterior. Si aumentan los factores de riesgo, posiblemente se elevará el TRP.

3. El tercer objetivo es construir un instrumento de recogida de datos que sirva para:
 - Tener un registro de las variables de los casos que sean significativas para las hipótesis anteriores.
 - Ampliar las formas de recoger el TRP. Muchas veces este se refleja en forma de anotación marginal obviando aspectos importantes como:
 - Qué se propone un profesional al hacer un contacto con otro (objetivo focal).
 - Cuál es la figura relacional entre ambos. Entendemos por figura relacional la imagen que tiene uno de ellos de la específica posición de los dos en el contacto.

Este instrumento se recoge en el último apartado (anexo). En él, a la vez que hemos registrado los datos para la investigación, hemos recogido algunas características de los casos que pueden ser explotadas posteriormente. Por ejemplo, la forma de convivencia, el tiempo que llevan siendo atendidos y donde reside la predisposición a consultar.

■ METODOLOGÍA

Sujetos y selección de la muestra

La investigación se ha situado en dos centros de Salud Mental Infantojuvenil de la red sanitaria pública de la Generalitat de Cataluña.

La población atendida es la de la zona geográfica delimitada. Se atienden solicitudes con motivo de personas entre 0 y 18 años. Se ha calculado la ratio de cada centro entre las primeras visitas y las consecutivas, relación que da una idea de la presión asistencial, siendo esta de 1/ 8,6 en el centro A y de 1/ 11 en el centro B en el año 2003.

Dentro de la programación habitual de visitas, se han seleccionado 50 casos al azar de los que eran atendidos por cada profesional. La forma de selección ha sido la de aprovechar la programación diaria de trabajo clínico para extraer algunos casos semanalmente.

La condición para la inclusión era que llevaran 3 meses como mínimo de atención. Como criterio de exclusión se consideraba que el caso ya hubiera sido evaluado previamente en una visita anterior.

Instrumentos de evaluación y variables

Todos los casos seleccionados eran evaluados mediante una hoja de datos preparada para tal finalidad. (Ver documento anexo).

Esta hoja de recogida evaluaba el tiempo de las intervenciones directas e indirectas; quien tiene la iniciativa de contactar; qué tipo de contacto es (presencial, canales de comunicación...); si la entrevista es presencial, dónde se realiza.

Denominaremos intervenciones directas a las entrevistas o contactos con el usuario y su familia y/o redes de pertenencia no profesionales.

Nos referimos a intervenciones indirectas cuando los interlocutores son profesionales.

El trabajo total de caso incluye a ambos: el directo más el indirecto.

No se repetía la revisión de los casos.

El tiempo mínimo contabilizado para un acto de TRP ha sido 5 minutos.

Los objetivos registrados han sido los de los profesionales que cumplimentaban la hoja a pesar de que la iniciativa de contacto fuese del otro profesional.

Hemos reconvertido los diagnósticos categoriales (CIE 9) a la clasificación de segundo orden que proponen Achenbach y Edelbrock.

Hemos puesto las categorías 312 y 314 dentro de las externalizantes dado que los casos con TDAH que tenemos pertenecen todos al tipo hiperactivo, las 307 y 299 dentro de la categoría intermedia. Y las 300 y 306 dentro de las internalizantes.

Las categorías diagnósticas 309, 313, 315 y 317 las hemos clasificado según sintomatología predominante. Según nuestra experiencia, en las 313 y 309 se engloban situaciones fenomenológicamente muy diversas. Cada vez que un caso aparecía dentro de una de ellas, lo hemos reconvertido a una de las contempladas en la investigación como: 300, 307 y 312 según la sintomatología. Por ejemplo, un 313.2 se ha transformado en 300, un 309.82 en un 307. Los diagnósticos dentro de las categorías 315 y 317 habrían llegado a consulta por algún otro motivo predominante. Para estas categorías se han tomado las de, por ejemplo, : problemas de relación social de tipo inhibición (300), o bien problemas de conducta disruptiva (312), o problemas somatoformes (307).

Análisis estadísticos

Se ha utilizado estadística descriptiva par visualizar las características de la muestra. En cuanto a la comparación entre variables categóricas se ha utilizado el χ^2 (Chi cuadrado), en la relación de variables dicotómicas y cuantitativas se ha calculado el T-Student o el Anova cuando las variables tenían más de dos categorías. Por último, se ha utilizado la correlación de Pearson para la asociación de variables cuantitativas.

■ RESULTADOS

La media de edad de las personas seleccionadas en la muestra es de 10 años (DE= 3.6).

Aproximadamente la mitad están siendo atendidos desde hace 6 meses. El 46% de las personas de la muestra vive con su familia nuclear, un 25% convive con un único miembro de los progenitores y un 13% en familia reconstituida (progenitor con nueva pareja).

Del total de historias clínicas revisadas únicamente un 16% de los casos no han recibido ningún tipo de trabajo en red, mientras que en un 50% de los casos han tenido entre uno y dos contactos de varios profesionales.

La media de número de horas de trabajo directo es de 168 (de = 124), mientras que la media de horas de trabajo en red profesional es de 56 (de = 64).

Encontramos que el 30 % de las historias seleccionadas hacen referencia a niñas o chicas. En la tabla 4 encontramos el número de horas de trabajo directo, el número de horas de trabajo en red profesional y el número de contactos de red en relación

con el género. No existen diferencias de género en relación a la cuantía de trabajo en red profesional que se realiza; únicamente se puede observar una tendencia a que en las féminas hay un menor número de contactos realizados.

Tabla 4
 Comparación t-Student entre género y número de contactos en red profesional,
 el número de horas totales de trabajo directo y
 el número de horas totales de trabajo en red profesional

	VARONES		FÉMINAS		
	N	MEDIA	N	MEDIA	VALOR P
Número de contactos en red profesional	68	2.2 (1.5)	29	1.6 (1.2)	0.08
Número de horas totales de trabajo directo	68	158 (104)	29	199 (161)	0.2
Número de horas totales de trabajo en red profesional	68	60 (65)	29	51 (61)	0.5

En la tabla 5 se muestra la relación entre el diagnóstico y el número de contactos en red, el número de horas totales de trabajo directo y el número de horas totales de trabajo en red profesional. Los trastornos internalizantes son atendidos más horas en trabajo directo que los externalizantes. También podemos observar que los trastornos externalizantes tienen una tendencia a presentar una media más elevada del número de contactos en red profesional.

Tabla 5
 Comparación t-Student entre el diagnóstico y el número de contactos
 en red profesional, el número de horas totales de trabajo directo y
 el número de horas totales de trabajo en red profesional

	TRASTORNOS INTERNALIZANTES		TRASTORNOS EXTERNALIZANTES		
	N	MEDIA (DE)	N	MEDIA (DE)	VALOR P
Número de contactos en red profesional	50	1.6 (1.4)	30	2.2 (1.2)	0.06
Número de horas totales de trabajo directo	50	183 (119)	30	123 (100)	0.02
Número de horas totales de trabajo en red profesional	50	42 (59)	30	62 (66)	0.1

En la tabla 6 encontramos la comparación en cada uno de los centros del estudio en cuanto al número de contactos en red profesional, el número total de horas de trabajo directo y el número total de horas de trabajo en red profesional. Encontramos que en el centro A se realizan más horas de trabajo directo y de trabajo en red profesional.

Tabla 6
 Comparación t-Student entre el centro y el número de contactos en red profesional, el número de horas totales de trabajo directo y el número de horas totales de trabajo en red profesional

	CSMIJ B		CSMIJ A		
	N	MEDIA (DE)	N	MEDIA (DE)	VALOR P
Número de contactos en red profesional	51	2.1 (1.7)	50	1.8 (1.1)	0.4
Número de horas totales de trabajo directo	49	84 (51)	38	259 (156)	<0.001
Número de horas totales de trabajo en red profesional	47	48 (43)	38	81 (74)	0.01

Con la finalidad de medir el trabajo en red profesional en relación con el trabajo directo se crea una variable: El índice I/D (trabajo en red profesional o trabajo Indirecto/trabajo Directo). La media de esta variable es 0.56 (de=0.66).

Tabla 7
 Comparación t-Student del I/D en relación con el centro, sexo y diagnóstico

		Índice I/D		
		N	MEDIA (DE)	VALOR P
Centro	B	36	0.77 (0.81)	0.018
	A	47	0.40 (0.48)	
Género	Varones	57	0.63 (0.69)	0.21
	Féminas	24	0.42 (0.59)	
Diagnóstico	Externalizante	31	0.84 (0.89)	0.009
	Intermedio	11	0.55 (0.46)	
	Internalizante	41	0.36 (0.40)	
Factores de riesgo	Funcionamiento sano	23	0.31 (0.39)	<0.001
	Funcionamiento perturbado medio	37	0.44 (0.49)	
	Funcionamiento perturbado severo	12	1.30 (1.02)	

En la tabla 7 encontramos la relación entre el índice I/D y el centro, el género, el diagnóstico y los factores de riesgo.

Encontramos, por un lado, que el centro B ofrece un I/D mayor que el centro A. No existen diferencias en la priorización del tipo de atención en función del género. En cuanto al diagnóstico, vemos que las personas con un diagnóstico internalizante reciben menor cuantía de trabajo en red profesional que los trastornos externalizantes. Por último, teniendo en cuenta el medio del paciente designado, encontramos que los sujetos que tienen un medio cuyo funcionamiento está perturbado severamente reciben más trabajo en red profesional que directo y además reciben más atención en red profesional que los que viven en medios de funcionamiento medianamente perturbado o sano.

■ DISCUSIÓN

Una de las hipótesis planteadas es que el TRP supondría como mínimo una quinta parte del trabajo directo. Encontramos un índice mayor, lo que nos indica que el trabajo en red profesional se utiliza más de lo que inicialmente suponíamos. Estos resultados ponen en evidencia como el trabajo en red es una forma importante de abordaje y como éste funciona, en algunas ocasiones, como el eje central de la atención terapéutica.

Las personas con trastornos internalizantes son atendidas en mayor medida en trabajo directo. Cuando comparamos los diagnósticos en función del índice tipo de trabajo encontramos que, a pesar de que en ambos casos se dedican más horas al trabajo directo que al trabajo en red profesional, los casos que presentan trastornos externalizantes han ocasionado más tiempo de trabajo en red profesional. Esta diferencia nos indica la necesidad de compartir y ampliar la información cuando la conducta manifestada es más actuada y transmite un clima de mayor incertidumbre entre los profesionales. En estos casos la red puede tener dos funciones: la primera situar, organizar y distribuir el trabajo; y la segunda proporcionar un espacio de apoyo y acompañamiento entre los profesionales, que permita superar las dificultades y los sentimientos negativos. La red permite aumentar las visiones individuales y ofrecer una comprensión más amplia.

No aparecen diferencias en el tipo de atención en función del género. Por el contrario hay una relación clara entre trabajo en red y características del medio familiar. Vemos como en entornos con un funcionamiento medio o gravemente perturbado la indicación de trabajo en red profesional es indispensable ya que ésta sostiene funciones vitales familiares.

Respecto a la atención en cada uno de los CSMIJ habíamos previsto diferencias. Las hay. En el centro B, con mayor presión asistencial, la proporción entre los tipos de trabajo indirecto y directo se evidencia con un índice I/D mayor. Pareciera que cuando

hay menos tiempo para cada caso la respuesta se sesga hacia el contacto con otros profesionales. En el centro A, con más dotación proporcional por población, aparece una mayor posibilidad de ofrecer atención, directa e indirecta, para cada caso.

El trabajo en red profesional aumenta las posibilidades de incrementar respuestas orientadas hacia la salud. Las posiciones de los profesionales, organizadas como un engranaje, facilitan el acceso a los servicios y permiten una mayor oferta de abordajes en la respuesta. Cada situación exige una articulación de contactos que, como un caleidoscopio, ofrece una singularidad irrepetible.

Para concluir, en la atención a la población infanto-juvenil la relación entre servicios, entorno y familia es lo que permite la consolidación del trabajo terapéutico. Conectar supone establecer una comunicación en ambos sentidos que facilite los procesos circulares de información y el aumento de capacidades.

La relación entre cuantía y calidad del TRP y la evolución positiva de los casos es una hipótesis que excede las metodologías de investigación cuantitativa. Nosotras hemos partido de la creencia en la superioridad de la inclusión del TRP en la tarea clínica. La profundización de los aspectos iniciados en posteriores investigaciones es un reto que dejamos en manos de quien le encuentre sentido y caminos de respuesta.

Agradecimientos

- A nuestros coordinadores y equipos, que permitieron apretar la agenda para hacer posible la recogida de datos.
- A Judit Castanys, Mati Ruiz, Beatriz Lozano y Joana Navarro, que manejaron los textos con eficiencia.
- A la Fundació Sant Joan de Déu, que facilitó que nos conectáramos y casó la clínica con la metodología de análisis.
- A Interxarxes, que nos alentó a medio camino.
- A M. Jesús Álvarez, que aportó su traducción y comentarios.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Kaplan, G., *Principios de psiquiatría preventiva*, Paidós, Buenos Aires. 1966
2. Lamas, C., *Los primeros contactos, en La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*, comp. Coletti, Linares, Paidós, Barcelona. 1997
3. Ubieto, J.R., *Inter-redes. Una experiencia de trabajo en red*. Revista del Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña, Barcelona. 2002
4. Anderson, H; Goolishian, H.; Winderman, L.: *Problem Determined Systems: Toward Transformation in Family Therapy* Journal of Strategic and Systemic Therapy 1986, 5, 1-14.
5. Huguet, T., *La evaluación psicopedagógica del alumnado y el trabajo en red*, en La evaluación psicopedagógica, coord. Sánchez-Cano, Bonals, Graó, Barcelona. 2005
6. Achenbach, T.M. Edelbrock, C.K.: «The child behaviour profile: II. Boys aged 12-16 and girls aged 6-11 and 12-16», Journal of Consulting and Clinical Psychology 1979, 2, 223-233.

■ ANEXO

DATOS PARA LA INVESTIGACIÓN DEL TRABAJO EN RED PROFESIONAL (TRP).

CASO N° _____	DIAGNÓSTICO (ICD9): _____ _____
SEXO: <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	EDAD: _____ años

PREDISPOSICIÓN DE SÓLO	TIEMPO DE ATENCIÓN	TIPO DE CONVIVENCIA
<input type="checkbox"/> PI	<input type="checkbox"/> De 0 – 3 m	<input type="checkbox"/> N
<input type="checkbox"/> PI + F	<input type="checkbox"/> De 3 – 6 m	<input type="checkbox"/> M
<input type="checkbox"/> PI + F + X	<input type="checkbox"/> De 6 – 12 m	<input type="checkbox"/> REC
<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> De 1 - 2 a	<input type="checkbox"/> EX
<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> De 2 – 3 a	<input type="checkbox"/> N + EX
<input type="checkbox"/> F + X	<input type="checkbox"/> De 3 – 4 a	<input type="checkbox"/> M + EX
<input type="checkbox"/> PI + X		<input type="checkbox"/> R + EX
		<input type="checkbox"/> INDIVIDUO SOLO
		<input type="checkbox"/> INSTITUCIÓN
		<input type="checkbox"/> OTROS

TRABAJO EN RED DE PROFESIONALES EN EL PRESENTE	HORAS DE TRABAJO DIRECTO (D) EN LOS TRES MESES
<input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Complementario <input type="checkbox"/> Mínimo <input type="checkbox"/> Nulo	<input type="checkbox"/> 3 meses

FACTORES DE RIESGO DEL MEDIO CUIDADOR

1.	Funcionamiento sano o poco perturbado.
2.	Funcionamiento perturbado en grado medio (Ej.: patología psiquiátrica temporal en los padres; conflicto conyugal crónico...)
3.	Funcionamiento severamente perturbado (Ej.: patología psiquiátrica crónica y severa de los padres que afecta a los roles parentales; abuso o negligencia grave)

TRP durante 3 meses CON (ver código)	
Con familia presente:	
Por iniciativa nuestra:	
A través de: (ver código)	
Dónde: (ver código)	
Objetivos: (ver código)	
Figuras relacionales: (ver código)	
Periodicidad:	
Tiempo parcial:	
Tiempo total (I) (suma de los tiempos parciales) = Trabajo Directo / Trabajo Ind.	
Índice de tipo de trabajo (I/D)	

CÓDIGOS

TRP con:

1. EAP
2. Profesor
3. EAIA
4. Servicios sociales
5. DAM
6. CAS
7. SMA
8. ABS
9. PSI PRIVAT
10. SATAV
11. T. F. Externa
12. Mediación separación PS
13. Juez/essa
14. Abogado/a
15. Estimulación precoz
16. Misma institución
17. Psicólogo/a colegio privado
18. Neurólogo/a
19. Hospital externo
20. Mediación cultural



21. Dietista
22. Grupos de ayuda mútua
23. Psicólogo de servicios sociales
24. Otros (especificar):

A través de:

1. Entrevista
2. Carta
3. Teléfono
4. Mensaje electrónico

Dónde:

1. CSMIJ
- 2 Sede ALIENA
3. Colegio

Factores de riesgo del medio:

1. Funcionamiento sano
2. Funcionamiento perturbado en grado medio
3. Funcionamiento severamente perturbado

Objetivo focal del TRP

1. Recoger información para el trabajo en el CSMIJ
2. Dar información para el trabajo fuera
3. 1 + 2
4. Activar la intervención fuera
 - 4.1 Somática
 - 4.2 Psicoeducativa:
 - Con PI
 - Con F
 - Con PI + F
 - 4.3 Indicación de retorno a nosotros
 - 4.4 Investigación laboral
 - 4.5 Acompañamiento
 - Terapéutico
 - Terapéutico con PI
 - Terapéutico con F
 - Terapéutico con PI + F

- Asistencial
 - Asistencial con PI
 - Asistencial con F
 - Asistencial con PI + F
 - Estratégico
 - Estratégico con PI
 - Estratégico con F
 - Estratégico con PI + F
- 4.6 Investigación escolar
 - 4.7 Reconocimiento de capacidades y dificultades de la familia
 5. 1 + 2 + 4
 6. Proponer una intervención conjunta
 7. Confirmar la llegada
 8. Hacer más funcional la relación
 9. Mostrar preocupación por la posición de la familia
 - 9.1 Si hay actitud de oposición
 - 9.2 Si hay actitud de poca colaboración
 - 9.3 Si hay actitud de demasiada dependencia
 10. Valorar la derivación a otros
 11. Preparar la derivación
 12. Aclarar malentendidos en relación con la familia
 13. Agradecer la participación tenida en el caso
 14. Pedir una exploración psicológica
 15. Proponer una reunión juntos, de explicación a la familia
 16. Pedir al colegio la observación del rendimiento cuando se ha prescrito un tratamiento farmacológico.
 17. Otros (especificar)

Figuras relacionales entre csmij y profesionales

1. Complementariedad excesiva
2. Simetría excesiva
3. Disonancia ideológica
4. Ambigüedad por aclarar
5. Triangulación
6. Sinergia
7. Distancia excesiva
8. Otros (especificar)

DEFINICIÓN DE LOS APARTADOS DE LOS CÓDIGOS QUE LO PRECISEN

Predisposición de:

- F: Personas que conviven o tienen una relación significativa importante y no profesional con el PI.
- PI: Aquel con motivo del cual se solicita la intervención.
- X: Profesionales que tienen relación de trabajo con la F o el PI

Tipo de convivencia:

- Nuclear: La constituyen padres y hermanos del PI
- Monoparental: Cuando un sólo progenitor convive con los hijos
- Reconstituida: Cuando uno de los padres mantiene una nueva relación de pareja con o sin los hijos de ésta.
- Extensa: La constituyen abuelos, tíos y primos del PI.
- Institución: Aquella que tutela a los menores desamparados o los guarda temporalmente.

Trabajo en red profesional en el presente

- Central: Es el eje central del abordaje actual del caso.
Complementario: El TRP se desarrolla paralelamente a otras actuaciones.
- Mínimo: El TRP se realiza esporádicamente.
- Nulo: No hay TRP.

Objetivos focales del TRP

4.2 Intervención psicoeducativa: Cuando solicitamos que se oriente o informe a la familia o al PI en temas que desconoce.

Ejemplo: Explicar a unos padres que los celos hacia el hermano son normales.

4.5 Acompañamiento: Cuando solicitamos un acompañamiento:

- Terapéutico: Para reorganizar las emociones.
Ejemplo: Ayudar a elaborar una situación de duelo.
- Asistencial: Para suplir carencias materiales y relacionales.
Ejemplo: Ofrecerse como soporte de persona aislada.
- Estratégico: Para pedir una actuación profesional con diferentes finalidades más allá de las aparentes.
Ejemplo: Dar a una profesora la indicación explícita de que se desentienda del rendimiento escolar de un alumno.

6. Proponer intervención conjunta: Cuando solicitamos un acercamiento entre la familia y el colegio con motivo de que existe una relación excesivamente distante o conflictiva.

8. Hacer más funcional la relación: Cuando trabajamos para sanear nuestra relación con otro profesional, mayoritariamente de forma implícita.
Ejemplo: Telefonar al profesional con el objetivo de mostrarle nuestro reconocimiento hacia él.
12. Aclarar malentendidos en relación con la familia: Cuando contactamos con el profesional con motivo de aclarar una derivación no pertinente tanto en las expectativas dadas como en el tipo de relación.
Ejemplo: Cuando llega una familia obligada para seguir recibiendo la prestación económica acordada.

Figuras relacionales

1. Complementariedad excesiva: Es aquella relación en la que hay mucha delegación en el otro.
Ejemplo: Cuando el profesional deriva a un servicio y se inmoviliza esperando que el otro resuelva el problema.
2. Simetría excesiva: Es aquella relación marcada por la confrontación.
Ejemplo: Dos profesionales que descalifican mutuamente las funciones del otro, sea implícita o explícitamente.
3. Disonancia ideológica: Cuando se dan diferentes ópticas sobre una realidad relevante de cara a la intervención en relación a cuáles pueden ser los factores de su origen o mantenimiento.
Ejemplo: Cuando hay discrepancias sobre el abordaje de un problema a causa del modelo desde el que los profesionales leen la situación.
4. Ambigüedad por aclarar: Cuando es necesario dar mensajes que definen explícitamente la relación entre los profesionales.
Ejemplo: Cuando aclaramos los límites de nuestro trabajo al otro profesional.
5. Triangulación: Cuando hay una relación de coalición entre dos personas en contra de una tercera.
Ejemplo: Cuando la familia vehiculiza la solicitud de una opinión para utilizarla en contra de otro.
6. Sinergia: Funcionamiento adecuado.
7. Distancia excesiva: Cuando hasta el momento ninguno de los profesionales había conectado a pesar de que hubiera ventajas en hacerlo.

Alegret, Joana
Psicoterapeuta, psiquiatra
Centro de Salud Mental Infanto Juvenil de la provincia de Barcelona

Castanys, Elisenda
Psicoterapeuta
Psicóloga del Centro de Salud Mental Infanto Juvenil del IAS
(Institut d' Assistència Sanitària) de la provincia de Girona
E-mail: elicastanys@wanadoo.es

Ochoa, Susana
Psicóloga
Fundación Investigación Sant Joan de Déu de Barcelona