

**DOCUMENTO RESUMEN DE LAS IV JORNADAS SECCIÓN
INFANTO-JUVENIL AEN-PSM FEBRERO DEL 2024.**

**“LA SALUD MENTAL EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA EN
PRIMER PLANO. RETOS Y APERTURAS”.**

Conferencia inaugural:

“Escuchar a los niños”

Luigi Cancrini

María José Cabrera presenta al Profesor Luigi Cancrini: Psiquiatra fundador del Centro de Estudios de Terapia Familiar Sistémica de Roma. Actualmente continúa siendo el director de 11 centros en Italia. Luigi Cancrini es un gran defensor de una orientación comunitaria y es autor de muchas obras imprescindibles para los profesionales de salud mental, especialmente para los que trabajan con niños y en el sistema público. En los últimos años se ha dedicado especialmente a la intervención con niños víctimas de maltrato.

Durante su ponencia titulada “Una ley para la prevención de trastornos psiquiátricos” comparte con los asistentes su fantasía de una ley que pueda dar consecuencias concretas a todo lo que ahora sabemos tras más de un siglo de experiencia e investigación en el campo de la psicoterapia y al mismo tiempo resume de una forma brillante el desarrollo infantil y la correlación de estas etapas con los diferentes tipos de trastorno psiquiátrico. Desde los trastornos esquizofrénicos cuya afectación se encuentra en el inicio del desarrollo, ahí el apoyo a las madres es lo esencial de la prevención, pasando por los trastornos de personalidad, donde la prevención estaría en el trabajo psicoterapéutico y la protección a infancias marcadas por el caos, la negligencia o el maltrato. Por último, los trastornos neuróticos donde habría que evitar la medicalización del sufrimiento y poder abordar el sistema relacional del niño y preguntarnos qué es lo que les está ocurriendo en lugar de tratar con medicación el síntoma comportamental.

Está convencido de que todo lo que los psicoterapeutas sabemos no tienen consecuencias debido al desconocimiento tanto de políticos como de población general además de la tendencia de los políticos y gestores a pensar en el corto plazo.

Desarrolla especialmente cuatro de los artículos que compondrían esta Ley deseada y nos deja con las ganas de leer el resto de los artículos:

Artículo 1: La salud mental de los niños nacidos o que viven en Italia es un activo prioritario e indispensable.

- Las disposiciones contenidas en esta ley sirven para garantizar que se proteja de la manera más amplia y segura posible.

Artículo 2: Apoyo a la maternidad.

- Las regiones y los municipios prestan apoyo psicológico y social a la maternidad mediante la acción coordinada de los servicios sanitarios y sociales.
- Fortalecimiento de los centros de asesoramiento y de los servicios sociales.
- Presencia de psicólogos y trabajadores sociales en todos los servicios hospitalarios, públicos o concertados donde se preste asistencia al parto para verificar las situaciones en las que la madre puede necesitar ayuda en las etapas iniciales de crecimiento de su hijo.

Artículo 3: Centros de protección y atención a los niños víctimas de malos tratos y abusos: deben crearse un centro dedicado a la atención de los niños víctimas de malos tratos y/o abusos en todas las autoridades sanitarias locales del país. El personal implicado en las actividades de estos centros está formado por psicoterapeutas formados en una perspectiva relacional. El centro se encarga de todas las denuncias de malos tratos y abusos de menores por parte de los distintos servicios sanitarios y sociales de la zona. El centro actuará en estrecho contacto con la autoridad judicial competente.

Artículo 4: El sistema de salud garantiza, a través de los centros de asesoramiento, los servicios dedicados a la salud mental y los acuerdos necesarios con psicoterapéuticas inscritos en un registro regional especial.

- Evaluar la importancia del contexto relación todas las situaciones en las que el niño presenta dificultades y/o enfermedades psicológicas o psicosomáticas para las que es necesaria una intervención prolongada
- Tratar todos los casos en los que sea necesario con intervenciones psicoterapéuticas adecuadas.

Propone e invita a una lucha por hacer entender la importancia de la prevención de los trastornos mentales a través de la intervención durante la infancia. La necesidad de atender las infancias problemáticas por parte de un equipo de psicoterapeutas que trabajen de forma coordinada con los trabajadores sociales. Cuando se ofrece psicoterapia más protección, los niños se curan. Solo la protección no es suficiente pero la psicoterapia por sí sola tampoco. Para esa psicoterapia además es imprescindible una formación específica de los profesionales que tendrían que trabajar siempre en equipo y bajo supervisión. Es un trabajo extremadamente difícil en el que no pueden marcarse un número determinado de sesiones y para el que el niño no puede estar en lista de espera.

En el tiempo de preguntas el profesor Cancrini habla de lo fundamental de la formación de los profesionales de salud mental y especialmente del trabajo psicoterapéutico propio del profesional comparándolo con la asepsia en el quirófano.

Mesa 2. “Pensando, desde la AEN, en las necesidades de atención y formación especializadas en la clínica de la infancia y la adolescencia”.

Modera: *Maria José Ortega Cabrera*

“Recorrido histórico de la AEN en el desarrollo de la atención a la Salud Mental en la infancia y la adolescencia” (*Ana María Jiménez Pascual*), “Una perspectiva desde la Psicología Clínica de Niños y Adolescentes” (*Begoña Olabarría González*) y “Compromiso de la AEN en el desarrollo de la formación de especialistas en Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia” (*Ángela de la Hoz Martínez*).

Tres referentes acreditados del tema, exponen de forma actualizada y rigurosa sobre el reto de la formación de especialistas en la salud mental de la Infancia y la Adolescencia y la implicación de la AEN-PSM en este desafío. En primera instancia se aborda la trayectoria histórica de la AEN y su implicación en la formación de los profesionales en SM de la infancia y la adolescencia. Una tarea de años de duración, que recientemente ha tenido un impulso con la creación de la especialidad de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia, y que continúa pendiente de otros hitos como es la creación de la especialidad de Psicología clínica de la infancia y la Adolescencia.

“Recorrido histórico de la AEN en el desarrollo de la atención a la Salud Mental en la infancia y la adolescencia”.

Ana María Jiménez Pascual.

Enmarcada en la evolución histórica de la AEN desde sus inicios hace 100 años se detalla la creación y desarrollo de la Sección de Salud Mental Infanto Juvenil (Infancia-Adolescencia).

Se constituye en 1984, inicialmente formada por Carmen F. Rojero, presidenta y Ana María Jiménez secretaria. Contando como vocales con profesionales de la salud mental: Federico Menéndez (asistencia), Teresa Suarez (formación), Serafin Carballo (legislación), Ana Isabel Romero (publicaciones). Se establece como objetivo general: crear un espacio específico de reflexión sobre Salud Mental de infancia y adolescencia dentro del marco de los objetivos centrales de la Asociación. Concebida como un espacio multi e interdisciplinar. Centrada en la red de dispositivos, en la organización de la asistencia, en los recursos humanos, y en el modelo de asistencia.

Desde entonces diferentes Juntas han enfrentado las dificultades para ser reconocidos y escuchados como específicos de IJ, hasta conseguir una presencia firme y real en la AEN, con ejes de trabajo fundamentales: Especialidad de psiquiatría y de psicología clínica de la infancia y la adolescencia (defensa de la troncalidad), gestión y organización de la red asistencial necesaria y modelos de trabajo; diseño de dispositivos intermedios (HDIJ). Con representación activa en peticiones a los diferentes ministros de sanidad. Educación, SSCC y presidentes autonómicos e importante producción científica (artículos en rev. AEN sobre la clínica IJ).

Finaliza con las reflexiones desde la Sección en los últimos años. Con un recorrido sobre las transformaciones sociales: distintas organizaciones familiares, vivencia tan diferente y variada de la sexualidad y de la identidad de género, transculturalidad, polarización y valores cambiantes, nuevas violencias... Revisando los cambios a nivel asistencial: tendencia a la creación de dispositivos muy específicos (más ligados al ámbito hospitalario, en detrimento, de los equipos comunitarios), desbordamiento asistencial de los mismos, practica más medicalizada (más basada en lo biológico y no en lo bio-psico-social). Concluyendo con los retos que se plantean en la Sección en una apuesta por soluciones diferentes. En una apuesta que garantice espacio, tiempo y palabra al niño, adolescente y su

familia. Dónde escuchar y comprender su sufrimiento, sin taponarlo con diagnósticos y actuaciones enfocadas solo a la eliminación de síntomas.

“Pensando la docencia/formación de especialistas en el siglo XXI: hacia la complejidad en el pensamiento y la intervención sanitaria”.

Begoña Olabarria González.

Una reflexión sobre las necesidades específicas de la formación de especialistas en salud mental de la infancia y la adolescencia. En el contexto de la formación especializada en nuestro país a lo largo del recorrido histórico desde su creación.

Deteniéndose sobre la idea de que el objetivo de la docencia en la formación de los especialistas que intervienen en los procesos de Salud/enfermedad de los seres humanos (conocer) supone tanto “actos” como “efectos”. Actos con base diseñable (externos e internos) para incorporar a la conciencia el sistema de informaciones/conocimientos especializados y de relaciones formales e informales en un contexto asistencial/formativo complejo. Efectos que implican la consolidación de perspectivas, la conformación de identidad, el establecimiento de modos de mirar, de ver, de impulsar la acción concomitante especializada que se dirige a la “intervención” sobre y/o con otro/s. El principio externo de realidad que ha de quedar elaborado (y reelaborado) configurando el conocimiento aplicado y sus esquemas externos.

Un desarrollo elaborativo que incluye el impacto de los acontecimientos vitales significativos como es un proceso de formación en una especialidad sanitaria en el marco de un equipo de un servicio de una institución compleja que participa del SNS. En un entramado relacional complejo: la información de lo docente, lo grupal del equipo y lo institucional del Programa y del Servicio (incorporar parámetros para su elaboración en el pensamiento y en la praxis).

Concluyendo que la docencia especializada desde la “complejidad” ha de buscar que:

- El formando realice una integración en sí mismo de la identidad del eje de su especialidad desde la experiencia en, con y de organización diversificada que lo incluye hoy múltiple y de pertenencia sentido propio y compartido.

- Desarrollar nuevos sentidos abiertos: desde la identificación de los valores, reglas de la organización y juegos relacionales funcionales del contexto; contemplando los diferentes niveles y ámbitos en juego y en diferentes marcos temporales.
- El cambio de esquemas de referencia para entender y compartir con el equipo y con el paciente (el otro) de maneras nuevas (“sentido”).
- La aceptación de las emociones/sentimientos para vivirlos con encauzamiento/elaboración (y así convertirlos en elementos que operan con sentido en el esquema de los nuevos contenidos formativos, tareas y relaciones).
- El establecimiento de una concepción de avance abierto en la elaboración de la propia identidad profesional/vital, y la necesidad de su redefinición a la luz de nuevos elementos en procesos dinámicos y entrecruzados.

**“Compromiso de la AEN en el desarrollo de la formación de especialistas en
Psicología Clínica de la infancia y la adolescencia”.**

Ángela de la Hoz Martínez.

Resume la posición de la AEN en su compromiso con la especialidad de Psicología Clínica de la Infancia y la adolescencia. Explica cómo en estos momentos es el Real Decreto 589/2022, desde donde se regulan los criterios para la propuesta de un nuevo título de especialista en Ciencias de la Salud. En el artículo 4 del Real Decreto se proponen dos posibilidades de procedimiento:

A) por una o varias sociedades científicas de ámbito nacional válidamente constituidas en relación con el área de especialización en Ciencias de la Salud correspondiente que acrediten la representación de, al menos el setenta por ciento de los profesionales de esa área o,

B) por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud. Por este motivo se ha creado con la unanimidad de todas las Comunidades Autónomas, un Grupo de Trabajo dentro de dicha Comisión de Recursos Humanos, que está trabajando sobre los criterios de especialización

Actualiza el estado de la cuestión en estos momentos. Desde la AEN se ha optado por el primer procedimiento junto con la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP), la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del

Adolescente (SEPYRNA) y la Sociedad Española de Psicología Clínica – ANPIR. El 10 de julio del 2023 se presentó la documentación por las asociaciones mencionadas para solicitar la creación del título de Especialista en Ciencias de la Salud de Psicología Clínica de la Infancia y Adolescencia. La solicitud fue evaluada por la Subdirección General de Formación y Ordenación Profesional. Y con fecha del 20/07/2023 recibimos de la secretaría de Estado del Ministerio de Sanidad un Requerimiento de subsanación de la documentación presentada. Retiramos la solicitud al no poder resolver las subsanaciones, en los 10 días concedidos y con el fin de evitar una nueva respuesta negativa que paralice este proceso en los próximos 5 años. Seguimos trabajando en ello y se están manteniendo reuniones con las diferentes Comunidades. Esperamos en breve disponer de al menos dos informes favorables; así como que esté en la mesa de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.

“Tenemos un reto y esperamos aperturas”.

Mesa 3. “Encrucijadas actuales en la adolescencia”.

Modera: Vanesa Apellániz Martínez.

“Las soledades en la infancia y la adolescencia” (*Marino Pérez Álvarez*), “Experiencias con la LOPIVI, tras dos años en curso” (*César Luis Sanz de la Garza*) y “Nuevos emergentes en la clínica de la Salud Mental de los Adolescentes” (*Antonio Escudero Nafs*).

<p>“Las soledades en la infancia y la adolescencia”.</p>

<p><i>Marino Pérez Álvarez.</i></p>

El 34% de adolescentes refirieron síntomas de ansiedad y depresión y el 5,4% presenta riesgo de suicidio (Fonseca-Pedrero et al, 2023). El 59,3% de jóvenes entre 15 y 29 años refiere en 2023 algún problema de salud mental, mientras que en 2017 eran el 28,4% (Kuric et al, 2023). El 50% de los universitarios presenta ansiedad y depresión y el 51% ha consultado con un profesional de salud mental (Ministerio de Universidades, 2023). Amén de otros problemas como trastornos de la alimentación, autolesiones, disforia de género y TDAH. Esta crisis se hace notable a partir de 2012 cuando se generalizan las redes sociales (Twenge, 2023), dando lugar a toda una generación ansiosa (Haidt, 2024).

¿Qué está pasando? Se puede pensar en varias explicaciones. Descartada la mutación genética que, después de todo, es la explicación más socorrida (*deus ex machina*) en una perspectiva biomédica, y descartado también que los centros escolares y las universidades se hayan convertido en un infierno para los estudiantes siendo, por el contrario, “lugares seguros” preocupados porque nada contravenga su bienestar, se admiten a trámite otras explicaciones.

Una sería si todo es cosa de las redes sociales. Pero la crisis de salud mental ya venía de antes. Lo que hicieron las redes sociales es exacerbarla. Sin las redes sociales, los niños, adolescentes y jóvenes no estarían tan mal, pero no todo es cosa de las redes sociales (Pérez-Álvarez, 2023). Otra explicación a trámite sería el nuevo fenómeno de la ecoansiedad (miedo y preocupación por el cambio climático). El 84% de 16 a 25 años refiere ecoansiedad (Hickman et al, 2021). Sin embargo, tampoco todo es cosa de ecoansiedad. La explicación tiene que ver más que nada con la educación de los niños en la vulnerabilidad y el “idioma clínico” que se ha apoderado del malestar humano.

La educación en la vulnerabilidad conlleva su propia paradoja. Si crías, educas o tratas a alguien como vulnerable, terminará por serlo. De acuerdo con Goethe: Trata a un ser humano tal como es, y seguirá siendo lo que es; trátalo como puede y debe ser, y se convertirá en lo que puede y debe ser. Es lo que pasa con la crianza y la educación de los niños que, debido a la sobreprotección y el miedo de los padres y profesores a crearles un trauma, baja autoestima o algo así, los hacen más vulnerables (no menos) y más frágiles (no antifrágiles). La crianza a demanda, como práctica en sí y como metáfora, capta esta educación que a la postre no prepara para la vida. Se prepara el camino para el niño de modo que no tenga tropiezos, piedras, subidas, charcos, bifurcaciones, ningún inconveniente, pero no se prepara al niño para el camino de la vida que sin duda tendrá de todo eso. Se habla mucho de resiliencia. La resiliencia supone resistencia y flexibilidad adquiridas en los embates e inconvenientes de la vida, pero si se prepara el camino con alfombras y rescata al niño ante el “peligro”, más que resilientes serán frágiles. Mejor que hablar de resiliencia (un concepto más pedante que potente) sería hablar de antifragilidad. Mientras que la resiliencia sugiere recuperación del estado inicial tras una perturbación permaneciendo todo igual (según la imagen del junco), la antifragilidad sugiere aprender de las exposiciones a las contingencias de la vida cuya imagen sería el sistema inmunitario (no el junco).

El “idioma clínico” que se ha apoderado del malestar humano ha desplazado otros idiomas posibles y acaso más pertinentes como el social, el político, el educativo, el moral y el existencial. De esta manera, cualquier malestar viene a ser un síntoma. El término “síntoma” es prejuicioso porque supone un trastorno a diagnosticar y es también perjudicioso porque impide otra forma de ver lo que pasa (otros “idiomas”). Dos ejemplos muestran la ubicuidad del idioma clínico: los instrumentos de medida (cuestionarios, escalas) que convierten ítems (experiencias, comportamientos) en síntomas, y la patologización de los problemas normales mediante diagnósticos al uso. Así, hoy, “no hay niños traviesos, desobedientes, caprichosos, inquietos, distraídos, rebeldes, indisciplinados, contestones... ahora son TDAH, negativismo desafiante, disociales, disruptivos, Asperger, bipolares, autistas” (Menéndez Osorio, 2024). Muchos escolares displicentes *tienen* ahora “altas capacidades”, aquellos con dificultades de la identidad sexual *son* “trans” y los emotivos e introvertidos *son* “personas altamente sensibles”.

La crisis de salud mental aquí “explicada” en términos de la educación en la vulnerabilidad y del apoderamiento del malestar por el idioma clínico, necesita todavía ser entendida dentro del contexto más amplio del *espíritu de los tiempos*. Aun cuando los psiquiatras y psicólogos tenemos que actuar localmente, en el espacio y el tiempo de una consulta con consultantes con problemas aquí y ahora, no está de más pensar globalmente. A este respecto, se sugieren algunos aspectos del espíritu de la época que envuelve la salud mental de niños y adolescentes y dentro del que operan los profesionales: crisis existencial, sentimentalismo y cultura de la terapia.

La crisis existencial la constata la propia crisis de salud mental. La crisis de salud mental es en realidad un “síntoma” de la crisis existencial que atraviesan las nuevas generaciones. La ansiedad, la depresión y la soledad que está en su base son categorías existenciales antes que clínicas, solo que el idioma clínico se ha apoderado de ellas. Dos fenómenos recientes vienen a confirmarla: la citada ecoansiedad y el FoBO. La ecoansiedad descrita por la American Psychological Association (APA) como “el temor crónico a sufrir un cataclismo ambiental que se produce al observar el impacto aparentemente irrevocable del cambio climático y la preocupación asociada por el futuro de uno mismo y de las próximas generaciones”, parece el manifiesto de un nuevo nihilismo para quienes están empezando la vida. Por su parte, FoBO (Fear Of Better Options) refiere la paradoja de la elección según la cual a más opciones más ansiedad sugere de una forma de “miedo a la libertad” (Fromm

dixit) por la responsabilidad que implica asumir las consecuencias. El nihilismo y el miedo a la libertad vienen a reafirmar la crisis existencial como atmósfera de nuestro tiempo.

El sentimentalismo es ubicuo y conspicuo, al extremo de erigirse en criterio de verdad, razón suficiente y autoevidencia. Los sentimientos y las emociones son el combustible de los trastornos psi. La cuestión es que se han rebajado los umbrales de modo que cualquier sentimiento en cuanto implique un malestar entra en el radar clínico y reino de los “síntomas”. El movimiento de la autoestima, la inteligencia emocional y la psicología positiva, por más que gozan del beneplácito común, vienen a ser contribuciones nefastas de la psicología en tanto redundan en el individualismo, subjetivismo y sentimentalismo tendentes a “mirarse el ombligo” acerca de cuánto te estimas, cómo te sientes, si eres feliz, y así. Se pudiera pensar que el sentimentalismo es lo más natural. Pero, aunque viene de lejos (del romanticismo y su explotación por la propaganda a principios del siglo XX), el sentimentalismo actual tiene un hito en la muerte de la princesa Diana de Gales en 1997, cuando su expresión pública se dio de alta (incluidos los británicos). Los sentimientos parecen conllevar el certificado de “víctima” de algo, de un trauma, o de alguien (sufro, luego alguien es culpable, diría Nietzsche), y el estatus de víctima ya es la última palabra. Y es aquí cuando los profesionales pareciera que no tuvieran más que acompañar, y acompañar sin analizar, confrontar y ver lo que pasa es la dimisión de la terapia.

La cultura de la terapia refiere aquí dos cosas. Por un lado, la extensión del idioma clínico a todos los ámbitos: cultura popular, política, escuelas, universidades, trabajo, y vida cotidiana. Adicción, ansiedad, autoestima, depresión, estrés, inteligencia emocional, trauma, y tanto otros, son términos comunes. Por otro lado, la individualización de problemas que nunca son individuales y pocas veces únicamente psi, porque siempre están involucradas otras personas y dimensiones (sociales, morales, políticas, existenciales). La cultura terapéutica también viene de lejos y tiene un hito reciente, en este caso, cuando en 1999 el hombre más duro de la mafia ‘Tony Soprano’ (*Los Soprano*) y el igualmente mafioso ‘Paul Vitti’ (Robert De Niro en *Una terapia peligrosa*) van a terapia. Si los hombres duros necesitan terapias, quién no. El auge de la psicoterapia en los últimos tiempos es una buena noticia para los clínicos, pero los clínicos también pueden contribuir a la propia crisis más que a su solución. Abigail Shrier en su libro *Bad Therapy* (Shrier, 2024) señala 10 maneras de mala terapia tocante a niños: 1) enseñar a los niños a poner atención a sus sentimientos, 2) inducir rumia (dándole vueltas a cómo te sientes, etcétera), 3) hacer de la felicidad una meta y a la vez recompensar el sufrimiento emocional, 4) afirmar y acomodarse a las preocupaciones

de los niños, 5) monitorizarlos, 6) dispensar diagnósticos generosamente, 7) medicarlos, 8) animar a los niños a compartir su “trauma”, 9) animar a los jóvenes a romper con la familia “tóxica”, y 10) crear dependencia del tratamiento.

“Experiencias con la LOPIVI, tras dos años en curso”.

César Luis Sanz de la Garza.

La LOPIVI modifica más de 15 Leyes, Decretos y Reglamentos de orden inferior a la Constitución y Tratados Internacionales y atiende al Derecho de los niños, niñas y adolescentes (NNA) de erradicar la violencia sobre la infancia y la adolescencia desde una aproximación integral y en una respuesta extensa a la naturaleza multidimensional de sus factores de riesgo; asumiendo con rigor los Tratados Internacionales ratificados por España y va un paso más allá con su carácter integral en las materias que asocia a su marco de efectividad, ya sea en su realidad estrictamente sustantiva como en su voluntad didáctica, divulgativa y cohesionadora.

Tiene por objeto garantizar los Derechos fundamentales de los NNA, su integridad física, psíquica, psicológica y moral frente a cualquier forma de violencia, recogiendo la necesaria cooperación y colaboración entre las administraciones públicas y la colaboración público – privada.

La Ley, establece un deber genérico de comunicación de las situaciones de violencia sobre NNA que afecta a toda la ciudadanía y un deber de comunicación cualificado exigible a aquellas personas que por razón de su cargo, profesión, oficio o actividad tengan encomendada la asistencia, el cuidado, la enseñanza o la protección de NNA, garantizando protección y seguridad para las personas que cumplan con su deber.

Contiene medidas de protección integral frente a la violencia para los diferentes niveles de actuación: (sensibilización, prevención y detección precoz) y en los distintos ámbitos (familiar, educativo, de intervención social, centros de protección, sanitario, deportivo, de ocio, digital y policial) y enmarca dos conceptos básicos: violencia y el principio del buen trato.

Se crean dos figuras de protección en espacios clave para los NNA: el coordinador de Bienestar en el ámbito educativo y el delegado de Protección en el ámbito del deporte y del ocio; se promueven aspectos como la parentalidad positiva (ámbito familiar) y se contempla

como insustituible la participación de los NNA en la tarea de acabar con la violencia que les afecta, promoviendo sus derechos de ser informados, escuchados, de recibir atención integral y a intervenir en los procedimientos judiciales.

“Nuevos emergentes en la clínica de la Salud Mental de los Adolescentes”.

Antonio Escudero Nafs.

Al escuchar a los adolescentes, algo resuena en ellos como preocupación por su futuro. La primera cuestión que planteó el título fue la homogeneidad en la detección de los emergentes. A nivel local, existen diferencias demográficas entre áreas de una gran ciudad. Un ejemplo lo obtenemos con la distribución de variables de población en un mapa del área metropolitana de Madrid. Pero esta recopilación de datos es compleja.

Para valorar la similitud entre países, la búsqueda se centró en lo que se llama el “mundo occidental”. La alusión a “nuevos emergentes” (o términos equivalentes) aparece como pregunta en distintas publicaciones. Incluyen datos de los países vecinos como representativos de los suyos propios. Títulos como este u otros similares parecen sugerir un punto de inflexión reciente, del que surgirían nuevos desafíos y dificultades. La pandemia de COVID-19 parece una posibilidad. Pero las referencias incluidas en los artículos revisados pertenecen en su gran mayoría a años anteriores. Es ahora, con la adquisición de datos, que se están publicando estudios sobre el impacto de la pandemia en los adolescentes. Las cifras se centran en las consecuencias generadas. Estas muestran un aumento de los malos tratos y abusos sexuales a niños durante los confinamientos. Son conocimientos nuevos y relevantes sobre la necesidad de limitar la duración y las condiciones de futuras restricciones de movilidad. Sin embargo, las cifras sobre adolescentes con depresión, aumentos de emergencias e ingresos, de ideas e intentos suicidas, fueron mayores antes y después de la pandemia. Realmente, muchos emergentes han ido incrementando su presencia desde inicios de siglo. Algunas publicaciones hablan más de tendencias en temas ya detectados, que de nuevas cuestiones. Es llamativa la escasez de investigaciones que recogen las opiniones de los propios adolescentes.

Como resultado y resumen, se recogen los principales problemas descritos en la literatura. Gran parte de estas cuestiones estuvieron presentes en las demás ponencias y en el debate posterior. Esto, junto al análisis de los textos recopilados, sugieren más similitud que diferencias con los distintos países de nuestro mismo entorno cultural.

- Se mantiene el aumento de las depresiones, las urgencias y los ingresos por ideas o intentos de suicidio.
- Las presiones académicas, que se justifican en alcanzar unas expectativas sociolaborales como alternativa al “fracaso”. En contraposición, sigue creciendo el coste de las matriculaciones.
- La pubertad más precoz en mujeres, se suele asociar con una hipótesis. Esta sitúa a las mujeres adolescentes en una posición de riesgo. Con la pubertad, se desarrollan antes las regiones vinculadas con las emociones (z. límbica) y la sexualidad, que la zona cortical frontal. Según la hipótesis, esto dificultaría la autorregulación cognitiva sobre lo emocional.
- El uso de las Redes Sociales, abruma cada vez más. La búsqueda de una identidad de género (y su reconocimiento) se complejiza. Existe un creciente aislamiento en adolescentes. A su vez, presentan elevados niveles de estrés mantenido.
- El TDA/H (y sus vulnerabilidades) suele ser citado de forma diferencial. Sobre el mismo recae una creciente exclusión académica y social.
- Se advierte sobre la poca evaluación de adolescentes con problemas de salud mental en umbrales subsintomáticos. La ganancia de peso y sedentarismo aumentan.
- La violencia sobre los adolescentes se enuncia cada vez más.

Mesa 4. “Recursos emergentes ante problemas emergentes en la atención a la Infancia y la Adolescencia”.

Moderadora: María Cristina Pérez Espartero.

“Hospitales de día express” (*María Carnicer Castaño*), “Ampliación de UHB de adolescentes” (*Rodrigo Puente García*), “Hospitalización domiciliaria para la población infanto-juvenil” (*Carmen Cañada Gallego*), “Construcción de programas TAI” (*Nuria Tur Salamanca y Nerea Vela Soriano*).

En esta mesa están presentes diversos recursos que han dado una respuesta a la creciente demanda de atención de la población adolescente en el periodo post confinamiento. Algunos de ellos han intervenido en formato crisis, y otros respondiendo a la intensidad de la problemática y gravedad sintomática de los pacientes.

“Hospitales de día expres”.

María Carnicer Castaño.

La primera ponente, María Carnicer, presenta la puesta en marcha del Hospital de Día de Getafe, el cual surge de manera “expres” de cara a dar una respuesta rápida a la demanda presente a nivel social. Desarrolla a lo largo de la presentación el análisis de la demanda realizado para dar la mejor respuesta posible, y en base a ello la generación de dos tipos de programa, uno intensivo (siguiendo el modelo CET) y otro programa intermedio, con grupo de padres y cita individuales, para pacientes que mantienen el funcionamiento escolar. Se abordan las dificultades para iniciar de forma “expres” el recurso, sobre todo en relación a los espacios que se habilitan y las actividades que se hacen posibles en el entorno en el que se desarrolla, y las que no son posibles. Se subraya cómo algunas dificultades son superadas gracias al trabajo conjunto del equipo terapéutico.

“Ampliación de UHB de adolescentes”.

Rodrigo Puente García.

Rodrigo Puente (Hospital Universitario Doce de Octubre) expone el desarrollo de nuevas propuestas para implementar en la UHB de adolescentes. Se aborda que la pertinencia de la intervención depende de que se pueda hacer un trabajo, no sólo con el adolescente, sino también con su familia (la importancia de la alianza con ellos), así como coordinación con otros recursos de la infancia (sobre todo Servicios Sociales). En relación a los tiempos, propone plantearlos en base a objetivos terapéuticos. Aborda la necesidad de minimizar medidas opresivas y maltratantes en el medio, como son las Contenciones Mecánicas. En este sentido, impulsa a contemplar las CM no tanto como un fracaso del tratamiento, sino como un fracaso de la prevención de dichos episodios. Esto a su vez depende de otros factores, como son las relaciones entre el personal y los adolescentes, y el entorno físico (valorar la arquitectura desde el punto de vista simbólico, cómo transmite cuidado y calma). Plantea la necesidad de niveles de actuación operativos para desarrollar un modelo preventivo de malos tratos: la evaluación y tratamiento de los niños víctimas de malos tratos; la evaluación y rehabilitación de las incompetencias parentales; el cuidado y autocuidado de los profesionales. Hay que tener en cuenta que a medida que la institución y los profesionales, se hacen cargo de aspectos de cuidado, hay riesgo de disolución familiar. Asimismo, hay que

promocionar la autonomía de los adolescentes, para minimizar la sensación de falta de control. Facilitar información sobre el contexto, en su propio lenguaje, también se conforma como un punto clave para facilitar el tiempo de estancia. Hay una propuesta de “autoderivación” del adolescente para ingreso directo en planta, en proceso de construcción.

“Hospitalización domiciliaria para la población infanto-juvenil”.

Carmen Cañada Gallego.

Tras esta intervención se aborda la intervención de Hospitalización Domiciliaria como alternativa real a la hospitalización en UHB, por parte de Carmen Cañada Gallego (Hospital Universitario Príncipe de Asturias). Aborda cómo se han tenido que familiarizar con recursos nuevos de los social al incorporar pacientes menores, a partir de la pandemia (previamente sólo intervenían con pacientes adultos). Se aborda el espacio de atención en las casas, como ámbito de lugares diferentes en la familia. El objetivo es atender la situación de crisis, y esto implica también reestablecer la red comunitaria de apoyo, y por ello la intervención con los recursos de infanto-juvenil, ha sido fundamental. Se establece flexibilidad en la intervención también respecto al encuadre, manejando un mayor nivel de incertidumbre. Se valora como clave el vínculo y descentralizar el rol de expertas. Para ello es necesario el cuidado del equipo tanto a nivel de espacios de ventilación como de supervisión. En relación a la demanda y duración, inicialmente se presentaban más situaciones de aislamiento, de más duración, y progresivamente se han abordado más situaciones de crisis agudas, con menor duración.

“Construcción de programas TAI”.

Nuria Tur Salamanca y Nerea Vela Soriano.

A continuación se plantea la reflexión, por parte de Nerea Vela Soriano (Hospital Universitario Príncipe de Asturias), del difícil contexto para la transición de los adolescentes que se desarrolla en la pandemia COVID 19. Por un lado, por una situación previa de creciente individualismo, pero también por la dificultad para la conexión con el grupo adolescente, y la aparición de más situaciones de maltrato intrafamiliar, sin posibilidad de escape. Para la atención ambulatoria, que es la base de la atención de SM, los recursos se han valorado como escasos, y por eso se ha visto necesaria la implementación de programas de atención ambulatoria intensiva. La atención es voluntaria, la asistencia es de 2 citas

semanales con flexibilidad, tanto en aumentar intensidad en crisis, como respecto a la participación de la familia. Se han atendido diferentes perfiles de pacientes: aislados-absentistas, en crisis por disregulaciones emocionales frecuentes, psicosis. La duración es aproximadamente 12-15 meses, intentando cumplir objetivos. Han realizado programa post-alta con 3 citas familiares mensuales, coordinando la revinculación al CSM, aunque en ocasiones no se valora necesario. Otros pacientes han pasado a ser atendidos en HD. Valoran como fundamental en los resultados la participación familiar, así como la coordinación en red, con institutos sobre todo. Valoran como dificultades pendiente a revisar, el trabajo grupal con adolescentes, sobre todo los que han estado en situaciones de aislamiento, así como la mayor necesidad de intervención de Trabajo Social, dada la complejidad de las situaciones sociofamiliares.

Finalmente Nuria Tur Salamanca (Hospital Clínico San Carlos), aborda el contexto de desarrollo del TAI del Hospital Clínico San Carlos. Explica que desde el 2016 tienen implantado un sistema de calidad, que ha permitido transformar el trabajo de la Unidad de Psiquiatría y Salud Mental de Niños y Adolescentes. Aborda que el trabajo en red y el programa de Continuidad de Cuidados, son claves en el desarrollo de la actividad, así como la coordinación con educación y SSociales. El sistema de calidad permitió detectar los riesgos en la atención, sobre todo en psicología clínica, en donde la duración de los tratamientos era insuficiente. Se valoró, ya antes de la pandemia, reordenar los recursos para dar mejor respuesta a los pacientes y mayor satisfacción a los profesionales. Se planteó una estrategia a 3 años, para planificar, desarrollar y evaluar. Posteriormente hubo apoyo por parte del plan estratégico de la CAM. Se valoró la necesidad de realizar grupos terapéuticos e intervención familiar. Se ha incluido a adolescentes con diagnóstico TLP. Destacan datos epidemiológicos como antecedentes de abuso sexual en el 50%, de malos tratos en el 68%, de consumo de tóxicos en el 45%, y de Trastorno mental en progenitores en el 77%. El 50% presentaba intentos autolíticos y bajaron a cero, así como también las autolesiones, lo cual ha sido un resultado muy satisfactorio, desde el punto de vista clínico. Respecto a la valoración de los pacientes, ha sido positivo para ellos la posibilidad de encontrar un lugar seguro en el que abordar situaciones parecidas, pero muy diferentes de otros chicos de su edad. También mejoría en autoconciencia sobre los que les sucedía. En el desarrollo del programa también se ha establecido la “válvula de seguridad” para facilitar regulación con enfermería y elementos intermedios.