

OBSTÁCULOS EN LOS OBJETIVOS PSICOTERAPÉUTICOS EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL*

Juan Eduardo Groch Falcoff** y cols.***

RESUMEN

Se abordan diferentes variables de trabajo en la Institución Sanitaria, su contexto, diferentes funciones y ansiedades que se presentan como obstáculo en la procuración de sus objetivos en general y en particular en el campo de la Salud Mental Infanto-juvenil.

Palabras claves: Sanidad pública. Filosofía programática. Investigación. Interinstitucional. Intrainstitucional. Prevención. Psicoterapia. Organización. Liderazgo.

INTRODUCCIÓN

Es sabido que para trabajar con niños y adolescentes en Salud Mental existe una mayor necesidad de intermediación familiar, grupal e institucional que para otros colectivos.

Si miramos los antecedentes inmediatos en la Salud Mental infanto-juvenil, vemos que entre los años 80 y 90, se intentó implantar unos programas preventivos y de promoción de la

* Comunicación Libre presentada en el XVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEYPNA) que bajo el título "La psicoterapia en nuevos contextos", se desarrolló en Las Palmas de Gran Canaria los días 25 y 26 de octubre de 2003.

** Psicólogo del Servicio de Salud Mental Infanto Juvenil de la Comunidad de Madrid en Alcorcón Complute.

*** Elena Calderón Ramos e Iris Santana, Practicum de Psicología de la Universidad.

salud con una filosofía comunitaria en la Sanidad Pública, donde se realizaron diagnósticos y detección precoz con equipos interdisciplinarios. Por ejemplo; en el caso de adolescentes, investigando en institutos sobre hábitos y nivel de educación sexual con el objetivo de detectar riesgos de embarazos no deseados o posibles contagios de enfermedades de transmisión sexual. O en el caso de niños más pequeños, realizando screenings a través de padres y profesores en el marco de las campañas de Salud Escolar para detectar posibles problemáticas como trastornos del comportamiento, hiperactividad, déficit de atención, rechazo escolar o enuresis junto a otros aspectos de carácter físico y social.

Se trataba, es cierto, de otro momento histórico, cuyos objetivos todavía distaban de la universalidad de la asistencia a través de Centros de Salud ambulatorios o de la construcción de nuevos hospitales y dispositivos especializados.

Este modelo planteó controversia respecto a la intervención interdisciplinaria ya que, si bien se recababan gran cantidad de datos, se dificultaba la evaluación debido a la dispersión de los mismos. A esto debemos añadir el plus de ansiedad producido por los roles y lugares poco definidos, en detrimento del liderazgo y de la nitidez de la tarea en el equipo.

Desde el punto de vista de la experiencia que se implantó posteriormente, en la que se desarrollaron programas específicos, más evaluables, por ejemplo programas en los que se trabaja en psicoterapia, la tarea es intrainstitucional y por tanto más nítida pero no deja de ser un sistema cerrado que pierde información y corre el riesgo de duplicar esfuerzos además de no generar sinergias.

Aunque los dos modelos permiten un cierto contraste que puede generar conclusiones, no por ello es posible encontrar respuestas fáciles a las preguntas que nos hacemos.

Es evidente que existen diferencias sustanciales en los objetivos entre un programa asistencial y otro preventivo, no obstante, aunque son diferentes, se complementan. Creo que

no deberíamos dar tan fácilmente por sabidos los niveles de prevención que plantea Caplan y el lugar que ocupan lo curativo o psicoterapéutico en unas edades en las que la mayoría de los profesionales que trabajamos con estos colectivos ponemos el énfasis en la necesidad de educar y orientar en las diferentes situaciones y contextos como forma de solventar con éxito éstos períodos o etapas de la vida. Se corre el riesgo de dar excesiva importancia a lo psicopatológico y curativo en detrimento de la promoción de salud, dejando de lado los hábitos saludables y en ese sentido, olvidarse de la formación especializada como de agentes de salud. Aunque pudiera parecer obvio, la propuesta estaría dada en la integración de enfoques en estos dos niveles ya que ninguno de los dos debería pasarse por alto, sea cual sea el modelo que se aplique.

Los modelos pueden cambiar a instancias de la política o en función de la situación histórica, pero los profesionales de la Salud Mental, deberíamos poder llenar el vacío que se nos presente en la medida de nuestras posibilidades. Es decir, sería necesario mantener una postura profesional (ética y coherente) independiente del modelo o sistema político que se aplique en Sanidad.

Aunque muchas veces carecemos de datos objetivos que sólo la investigación y el espíritu investigador puede ofrecernos, trabajando con niños, es muy difícil negar lo fundamental que resulta la prevención en este campo. Sin embargo, no siempre nos vemos motivados a interactuar desde ambos puntos de vista: psicoterapéutico y preventivo, teniendo en consideración lo bio-psico-social que va de lo individual a lo social pasando por lo específicamente psíquico.

Que existan diferentes actitudes al respecto, será lícito y enriquecedor, pero es importante contar con datos objetivos como también de una idea de proceso, no sólo de la enfermedad mental, sino del conjunto, o sea, de las circunstancias por las que atraviesa una comunidad, una institución o un colectivo determinado de profesionales.

Para ello, es importante contrastar los diferentes esfuerzos realizados a lo largo del tiempo y permitirnos reflexionar acerca de los procesos en que nos vemos inmersos.

La falta de un contexto más discriminado en los equipos, puede deberse a razones de tipo burocrático como problemas de contratación, formación en escuelas divergentes por parte de los profesionales por lo que resulta difícil llegar a acuerdos, cuestiones de tipo personal o diferentes puntos de vista respecto a las prioridades institucionales y/o utilización de los recursos que suelen ser muy limitados..

Muchas veces no están claros el alcance de los servicios a los que los usuarios tienen derecho, dejando a éstos al descubierto, sin unos límites claros y asumiendo funciones de forma omnipotente, altruista o meramente voluntaria.

Si la institución no cuida a sus profesionales y hace frente a sus objetivos con una importante rigidez burocrática y ansiedades desestructurantes en su organización puede dejar al profesional en una situación de precariedad desbordante y con riesgo a padecer síndrome de burn out.

Muchas veces los profesionales asumen sus funciones obligados a atender a todo tipo de paciente, tanto en cantidad como en diversidad de patologías para las que se requeriría un trabajo interdisciplinario.

DINÁMICA ORGANIZATIVA Y LIDERAZGOS

En la organización social de la institución, la Administración es la encargada de la función de control del sistema. La tarea básica en la institución de Salud Mental es el cuidado de los pacientes así como la investigación y formación de los profesionales para cumplir con dicho objetivo. En los Sistemas de Salud Nacionales Europeos se reconocen todos estos campos. Así, España en el Informe SESPAS (1998) afirma que los pilares básicos del sistema serían prevención, investigación, información y educación para la salud. En el Reino Unido, la asis-

tencia abarca tanto la dimensión curativa como la preventiva y la de rehabilitación. De igual manera, en Finlandia se da la tendencia hacia la integración conjunta de los Servicios de Bienestar Social y de Atención sanitaria, y la promoción de la atención comunitaria, por oposición a la atención hospitalaria o institucional (Sarlet, A.; González, J., 2000). Los administradores deben definir adecuadamente el control sobre los límites de la organización.

El primer requisito para el funcionamiento efectivo de una organización es la relación adecuada entre la tarea global de la organización y su estructura administrativa. La efectividad de las instituciones de salud mental depende de la adecuación de los recursos humanos y materiales, así como de su interacción con el ambiente que, como O. Kenberg lo define, es algo compuesto de suprasistemas que afectan a la institución de un modo dinámico y jerárquicamente organizado. Dicho modelo, considera a la institución como un sistema global que integra dinámica y jerárquicamente varios subsistemas (personalidad del líder, naturaleza de los procesos grupales, sistemas habituales de tareas, estructura administrativa).

Cuando los recursos son insuficientes, o el flujo normal de recursos y productos sobrepasa los límites de la institución, o cuando las metas son contradictorias, o si existe un error a la hora de clarificar las prioridades, se produce el fracaso: los grupos laborales se deterioran, la moral se hunde y los procesos grupales sufren una regresión.

La psicopatología aparece en la institución cuando fracasa la función de control, como ocurre en el caso en que la dependencia subjetiva del individuo hacia la institución dificulta los valores internalizados. Si falla la retroalimentación y el alivio dentro de la institución existe la amenaza de una regresión emocional y moral del funcionamiento individual.

El personal que espera un tipo de liderazgo primitivo a partir de una determinada figura omnipotente (grupo dependiente) o de una autoridad controladora poderosa o peligrosa (grupos

de lucha-escape) tiende a provocar que el líder de tarea “regrese” hacia ese rol.

La falta de organización en el equipo induce procesos grupales regresivos, y esto conduce a la regresión en el funcionamiento del liderazgo. Generalmente estos procesos grupales permanecen sin diagnosticar, sólo su producto final es visible, en la forma de un liderazgo inadecuado primitivo.

En las instituciones de salud mental, los pacientes que sufren una severa regresión, en ciertas ocasiones, pueden inducir procesos grupales de supuestos básicos en el equipo.

Sólo un análisis en profundidad de la organización puede hacer aflorar la relación existente entre los problemas de los pacientes a un nivel de base y los problemas relacionados con el liderazgo.

A menudo el personal ve al líder como arbitrario y autoritario pero esta percepción puede ser errónea además de divergente respecto a la manera en que le ven los asesores externos; siendo ésta por lo general bastante más compleja. La efectividad del liderazgo de la organización no depende predominantemente de la personalidad del líder. Con todo, siempre es posible que una patología seria en el líder sea responsable de los problemas del grupo.

El equilibrio depende de distintos factores: como clasificación y definición de la tarea, adecuación del liderazgo y examen de los supuestos básicos.

A veces la naturaleza de la tarea es abrumadora, como cuando una ideología que concibe al tratamiento como algo tan poderoso que es capaz de mejorar a todos los pacientes, se confronta con la realidad y ve que esto es ilusorio.

La “democratización” de la estructura administrativa puede percibirse como una solución de los conflictos organizativos, pero también puede conducir al deterioro de los grupos orientados a la tarea, de los grupos especializados, y de funciones y responsabilidades individuales. Es una ilusión que el autoritarismo en las instituciones pueda superarse satisfactoriamente por medio de la democratización.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Según el plan con el que se vaya a operar en salud mental, con una filosofía hospitalocéntrica, que se base en la asistencia gestionada desde el hospital como eje de cada área territorial a diferencia de un plan y una filosofía comunitaria, descentralizada y con eje en los distritos. Debe considerarse, por ejemplo:

1. Que el concepto de calidad de vida (x), implica la prevención y la detección temprana de las enfermedades, mejorando el pronóstico de su evolución con un tratamiento integral y coordinado y que, la supresión de los equipos interdisciplinarios lleva implícito la no coordinación de los recursos del trabajo en equipo con la participación de los diferentes profesionales. En este tipo de tarea no se debe descuidar el papel de la interconsulta que se impone entre diferentes especialidades para poder llevar determinados pacientes.
2. Dentro de una serie de criterios razonables para llevar a cabo la tarea se encuentra la disponibilidad de recursos en función de la asistencia, teniendo en cuenta una cierta previsión del crecimiento de la demanda.
3. Se trata de discernir si es la demanda de salud de los ciudadanos lo que ocupa el centro de atención tal como lo estipula la ley 12/2001 de ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM) o por el contrario, es la falta de previsión, en donde son los ciudadanos los que giran alrededor del sistema. En este sentido, no es sólo la inversión económica que se hace en salud, sino también las maneras en que se utilizan dichos fondos.
4. Es importante acordar unos objetivos prioritarios en el marco del equipo y dentro de estos, la calidad asistencial.
5. Muchas veces no es fácil compatibilizar la normativa administrativa con la función técnica de cara a los objetivos como el organigrama de funcionamiento de la institución con el desempeño de los profesionales.

Hay veces que la burocracia, el control de lo administrativo asfixia la tarea clínica y profesional.

Se intenta encontrar un cierto equilibrio en la coexistencia de funciones y objetivos que sea equitativo y pragmático. La dinámica de los procesos nos hace ver que el equilibrio deseado siempre es inestable, es como un ideal en la complejidad de los sistemas.

Anexo Cuadro con diferentes estudios sobre variables de calidad de vida, prevención y detección temprana.

Artículo	Objetivo	Variables estudiadas	Muestra	Estadísticos	Resultados
1984	Conocimiento de hábitos y nivel de educación sexual de los adolescentes	Edad, Sexo, Educ. sexual, Relaciones sexuales, Actitudes ante el sexo, Educación sexual, Anticoncepción	Adolescentes	Se utilizó el paquete de programas del BMDP	A pesar de la importancia que los adolescentes otorgan al sexo, la educación sexual y anticonceptiva se encuentra muy por debajo de lo esperable
1985	Obtención de datos globales de Salud en la escuela. Screening a través de los maestros.	Sociabilidad. Higiene-alimentación. Rechazo escolar. Trastornos evolutivos: afectivo-emocional. Perceptivo-motora.	Niños de 6 años	Descriptivos	Entre los trastornos más comunes se encuentran: Enuresis (60%) Lenguaje (39%) Sueño (65%) Agresividad (37%)
1988	Describir el estilo de vida de los escolares.	Sociodemográficas: sexo, edad, curso, tipo de hábitat, planes de futuro. Rendimiento escolar y satisfacción. Percepción de salud. Estados de ánimo. Trast. psicósomáticos.	Niños-adolescentes	Descriptivos	60% duermen por término medio 9 hs. 67% se cepillan los dientes todos los días. cerca del 40% han fumado alguna vez y el 80% ha probado el alcohol. El 39% realiza ejercicio físico. La inmensa mayoría se sienten felices.
1989	Describir los patrones de actividad física y estilo de vida.	Psicosociales: salud percibida, quejas psicósomáticas, calidad de vida, apoyo social, amistad vs. Demográficas: sexo, edad. Actitud hacia la escuela. Rendimiento escolar. Planes de futuro.	Niños-adolescentes	Descriptivos correlación an. Factorial ANOVA regresión LISREL análisis de correspondencia múltiple	Aparecen tres dimensiones de estilos de vida: hábitos que realzan la salud, actividades desorganizadas y conductas relacionadas con la experimentación con drogas.

Artículo	Objetivo	Variables estudiadas	Muestra	Estadísticos	Resultados
1991	a) Comparación descriptiva entre países. b) Extraer las dimensiones de estilos de vida.		Niños-adolescentes	Estadísticos paramétricos análisis de componentes principales	a) Aparece variabilidad en los resultados descriptivos b) Surgen dos factores: estilo de vida de riesgo para la salud y estilo de vida que realiza la salud. Estos factores surgen en todos los países salvo algunas inconsistencias.
1991	Predecir la edad de la primera experiencia sexual a partir del resto de variables de estilos de vida, el área urbana, actitudes escuela y afiliación pares.		Adolescentes	Descriptivos chi-cuadrado regresión	La media de edad de la primera experiencia son los 17,3 años en chicas y 18 años en chicos. 68,2% de los encuestados han experimentado el coito. Consumo de tabaco y alcohol...

BIBLIOGRAFÍA

- CANTARERO, D. (2000): La nueva financiación autonómica de la Sanidad: evaluación de la suficiencia y la equidad. *Psicothema*, Vol. 12, supl. n. 2; pp.111-113. Cantabria.
- CAPLAN, G.: (1966) Principios de Psiquiatría Preventiva. Editorial Píados. Buenos Aires.
- GROCH, J.E.: (1984) *Estudio sobre la sexualidad de los Adolescentes*. 1º Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Madrid.
- GROCH, J.E.; SÁNCHEZ, S.: (1985) *Prevención y detección precoz en campañas de Psicohigiene en el medio escolar. Screening a través de los maestros*. VI Jornadas Estatales de la AENP. Vigo.
- PASTOR, Y., BALAGUER, I., GARCÍA-MERITA, M.: (1998) *Una revisión sobre las variables de estilos de vida saludable*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universitat de Valencia. Valencia.
- KERNBERG, O.F. (1999): *Ideología, conflicto y liderazgo en grupos y organizaciones*. Paidós. Barcelona.
- SARLET, A.M; GONZÁLEZ, J.: (2000) *Los Sistemas Nacionales de Salud en el Espacio Común Europeo: misión educativa y particularidades comparativas (la perspectiva de España expresada en cifras)*. Anales de Pedagogía, n.º 18, pp. 241-272. Murcia.
- SALCEDO, J.A.; SÁNCHEZ BAYLE, M. (1996): *Nuevas estrategias para la defensa de la gestión pública en Sanidad*. Cuadernos de relaciones laborales, n.8. Serv. Publ. UCM. Madrid.