

**REVISTA DE
PSICOPATOLOGÍA Y SALUD MENTAL
DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE**

Febrero 2022
Monográfico Nº 5
**VII CONGRÉS CATALÀ DE SALUT
MENTAL DE LA INFÀNCIA
I L'ADOLESCÈNCIA**



REVISTA DE

PSICOPATOLOGÍA

Y SALUD MENTAL

DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Xavier Costa	Jefe de Redacción
Núria Planas	Secretaría
María José Muñoz	Maquetación
Míriam Fuentes	Promoción y Difusión
Míriam Berrio	Administración y Contabilidad

Traducción (inglés, francés, italiano, portugués, catalán):
Montserrat Balcells^T, Miguel Cárdenas^I, Josepa Carreras^I, Xavier Costa^I, Jordi Freixas^F, Mireia Ramon^I, Núria Ribas^I, Camille Riu^F, Pilar Tardío^F, Brenda Tarragona^I, Elena Venuti^T y Montserrat Viñas^P

Revisión de textos: **Stela Bacalu^I y Servei d'Assessorament Lingüístic^C**

Publicación extraordinaria

Edición y Publicación: **Fundació Orienta**
C/ Cardenal Vidal i Barraquer, 28 - 08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

Tel. +34 93 635 88 10
E-mail: revista@fundacioorienta.com
Facebook: www.facebook.com/revistadepsicopatologia
Página web: www.fundacioorienta.com

En la página web pueden consultarse los sumarios y resúmenes de los números publicados hasta la fecha, así como las normas de publicación y las condiciones para establecer canje o suscribirse a la revista.

La Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente publica los resúmenes también en catalán en soporte a la lengua propia de Catalunya, donde la Fundación Orienta tiene su sede.

Impresión: Graficas HERCU
ISSN: 1695-8691
Dep. Legal: 13716/2003

*La opinión expresada en los artículos es responsabilidad exclusiva de los autores.
La reproducción, utilizando cualquier método, de cualquier artículo de esta revista se tendrá que solicitar previamente, por escrito, a la redacción.*

La Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente está incluida en los índices bibliográficos siguientes: ISOC-CSIC, Psicología y Sumarios ISOC; PSICODOC, del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid; LATINDEX; COMPLUCOC, Universidad Complutense de Madrid, IBECS, de la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud del Instituto de Salud Carlos III y DIALNET.

CONSEJO DIRECTIVO

Alfons Icart (director). Psicólogo y psicoanalista (SEP-IPA). Teacher/Supervisor en Transference-Focused Psychotherapy (TFP). Presidente del Grup TLP-Barcelona. Sant Boi de Llobregat (Barcelona).

Vocales:

Montse Balcells Psicóloga clínica y psicoterapeuta de la Fundació Orienta.

Cayetano García-Castrillón Médico Psiquiatra y Psicoanalista Didacta de la Sociedad Española de Psicoanálisis y de la Asociación Psicoanalítica Internacional. Sevilla.

Rubén D. Gualtero Sociólogo. Ex Redactor jefe de la Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente. Barcelona.

Alberto Lasa Psiquiatra, Profesor titular en la Universidad del País Vasco y profesor asociado en la Universidad de Deusto. Guetxo (Vizcaya).

Jorge Tizón Psiquiatra y Neurólogo, Psicólogo y Psicoanalista (SEP-IPA). Profesor del Institut Universitari de Salut Mental de la Universitat Ramon Llull. Barcelona.

Àngels Martos Internista, Vicedecana de la Facultat de Medicina i Ciències de la Salut de la Universitat Internacional de Catalunya. Barcelona.

CONSEJO ASESOR Y LECTOR

Eulàlia Anglada (Barcelona) ^I	Carles Pérez Testor (Barcelona) ^I
Alejandro Ávila (Madrid) ^I	Antonio de la Plata (Sevilla) ^{A F AP}
Jordi Artigue (Barcelona) ^{AP}	Vanessa R. Pousada (Ourense) ^A
Marta Biempica (Barcelona) ^{PSM}	Roque Prego (Santander) ^{PI PSM}
Teresa Brouard (Bilbao) ^{PI A AR}	Noelia Reyes (Barcelona) ^I
Lourdes Busquets (Barcelona) ^{PI}	Emilio Rojo (Barcelona) ^{IPI}
Natalia Calvo (Barcelona) ^I	Teresa Ribalta (Barcelona) ^{A F}
Miguel Cárdenas (Barcelona) ^{PSM}	Núria Ribas (Barcelona) ^I
Marc Dangerfield (Barcelona) ^A	Víctor Ribes (Barcelona) ^I
Sergi de Diego (Barcelona) ^E	Maria Jesús Rufat (Barcelona) ^I
Mª Dolores Domínguez (Santiago) ^{AP}	Jaume Sabrià (Barcelona) ^{PSM}
Fernando Dualde (Valencia) ^F	Luis San (Barcelona) ^{AP}
Ricardo Fandiño (Ourense) ^A	Eulàlia Sayrach (Barcelona) ^{F AR}
Marc Ferrer (Barcelona) ^I	José Andrés Sánchez (Barcelona) ^{IP}
Anna Fornós (Barcelona) ^{AP}	Assumpció Soriano (Barcelona) ^A
Jordi Freixas Dargallo (Barcelona) ^{AP F}	Brenda Tarragona (Barcelona) ^A
Míriam Fuentes (Barcelona) ^{AR}	Mercè Teixidó (Barcelona) ^A
Pablo García (Granada) ^{F PI}	Carme Tello (Barcelona) ^{PI}
Fernando González Serrano (Bilbao) ^{A PSM}	Jorge Tió (Barcelona) ^{A AR}
Carmen Grifoll (Barcelona) ^{AP}	Jordi Torner (Barcelona) ^{PI}
Antònia Grimalt (Barcelona) ^{PI}	Llúcia Viloca (Barcelona) ^{PI}
Laura Hernández (Barcelona) ^{AR IP}	
Guillem Homet (Barcelona) ^{PSM}	Fernando Araos (Chile) ^{AP IP}
Alfons Icart (Barcelona) ^F	Graciela Ball (Argentina) ^{AP}
Ana Jiménez (Ciudad Real) ^A	Hilda Botero (Colombia) ^{PI}
Lluís Lalucat (Barcelona) ^{PSM}	Elena Castro (Chile) ^{PI}
José Luis Lillo (Barcelona) ^A	Elisabeth Cimenti (Brasil) ^{AP}
Norka Malberg (Barcelona) ^{F I PI}	Eduardo Jaar (Chile) ^{AP}
Marta Mascarell (Barcelona) ^{IP}	Clotilde Juárez (México) ^I
Lluís Mauri (Barcelona) ^I	Marta Lapacó (Argentina) ^{A F AR}
Marina Mestres (Barcelona) ^I	María Inés Nieto (Colombia) ^{AP}
Josep Mercadal (Barcelona) ^I	Giancarlo Rigon (Italia) ^A
Júlia Miralbell (Barcelona) ^I	Jani Santamaría (México) ^{PI E AR}
Maite Miró (Barcelona) ^{AP}	Dante Salatino (Argentina) ^I
Josep Moya (Barcelona) ^{PSM SMC}	Monica Santolalla (Argentina) ^{PI E}
Diego Padilla (Madrid) ^{A F I}	Leandro Stitzman (Argentina) ^{AP AR IP}
Montserrat Palau (Barcelona) ^{PI E}	Carlos Tamm Lessa de Sa (Londres) ^{AP AR}
Fátima Pegenaute (Barcelona) ^{PI}	Elena Toranzo (Argentina) ^{AP}

^IP En primera persona; ^AAdolescencia; ^{AP}Abordajes psicoterapéuticos; ^{AR}Arte y Salud Mental; ^EInfancia y escuela; ^FFamilia; ^IInvestigación; ^{PI}Primera Infancia; ^{PSM}Promoción y prevención de la Salud Mental; ^{SMC}Salud Mental Comunitaria e Inmigración

REVISTA DE
PSICOPATOLOGÍA
Y SALUD MENTAL
DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Febrero / Februay 2022

Monográfico/Monographic 5

Editorial.....	7
Presentación / Introduction.....	9
Artículos / Articles	
Construcción social de la adolescencia. Límites, formas y contenidos desde una visión prospectiva <i>Social construction of adolescence. Limits, forms and contents from a prospective vision</i>	
Francesc Xavier Altarriba.....	11
Mesa 1. Soledades <i>Table 1. Loneliness</i>	
José Miguel Leo, Graciela Esebbag, Alfons Icart y Carme Grifoll.....	17
Mesa 2. Exclusiones <i>Table 2. Exclusions</i>	
Oriol Janer, Verònica Violant-Holz y Josep Moya.....	33
Mesa 3. Transiciones <i>Table 3. Transitions</i>	
Sabel Gabaldón, Miquel Missé y Rut Sonnabend.....	43
Mesa 4. Trayectorias en primera persona. Desafíos y respuestas desde un modelo de salud mental comunitaria <i>Table 4. Personal trajectories. Challenges and responses from a community mental health model</i>	
Begonya Gasch, Montserrat Salmerón, Francesc Vilà, Sonia Fuentenebro, Fernando Lacasa, Myriam García y Anna Robert.....	57

La calidad de vida en adolescentes que ingresan en un hospital de día de salud mental <i>Quality of life in adolescents admitted to a mental health day hospital</i>	
Lídia Sarrió-Colas, Elvira Pla-Tomas, Ana Martí-García, Jordi Fiol-Munar, Laura Agramunt-Príncep y Roger Ferrer-Sabaté.....	59
Prescripción social y salud mental ¿conocida o desconocida? <i>Social prescription and mental health, is it known or unknown?</i>	
Maria Foguet Gomis, Ana Jerez Oller y Eva Medina Bover.....	69
Unidad de psiquiatría transcultural en un centro de salud mental infanto-juvenil <i>Transcultural psychiatry unit in a child and adolescent mental health centre</i>	
Danielle Harbane Bosschot y Maria Foguet Gomis.....	73
Conclusiones / Conclusions.....	77

Editorial

La 7^a edición del *Congrés Català de Salut Mental Infantil i Juvenil* ha estado inevitablemente marcada por la pandemia de COVID que estalló pocos meses antes de la inauguración oficial prevista para el otoño del 2020. El eje temático del congreso, expresado en la multiplicidad de su título, se vio amplificado por una catástrofe sanitaria mundial sólo comparable a situaciones de guerra. De modo que muchas transiciones (vitales, migratorias) se vieron bloqueadas; las exclusiones y soledades, incrementadas en un inesperado contexto de aislamiento forzoso; los riesgos y desafíos a nivel individual y comunitario, incontables y las respuestas, más difíciles y necesarias que nunca. En realidad, el inevitable desplazamiento del congreso hasta mediados del 2021 supuso una oportunidad para realizar, desde una mayor perspectiva temporal, un primer balance de daños en cuanto a las repercusiones en términos de salud mental y una revisión de los objetivos más inmediatos que era -es- preciso abordar.

Ya en la conferencia inaugural, Francesc Xavier Altarriba, nos advertía, en clave adolescente, de los riesgos de infantilizar el sistema de cuidados a los más vulnerables, trastocando el orden de lo necesario: con un exceso de tolerancia pasiva, una inútil sobreprotección en lo accesorio y un abandono de lo esencial, que retorna como doloroso vacío. Las presentaciones y debates sucesivos del congreso habrían de mostrarnos ideas, experiencias, itinerarios y proyectos valiosos, en los que se hablaba de cómo recuperar el genuino valor de ofrecer apoyo y, al mismo tiempo, promover, desde el vínculo, la resiliencia de niños, familias y profesionales.

En la mesa primera, se habló de *soledades*: la de los niños que ahora más que nunca buscan refugio en las pantallas; la de los niños y jóvenes migrantes tutelados por la administración; la de los propios padres y familias a la hora de ejercer la parentalidad en un contexto de cambios incessantes y crisis. La cuestión que se plantea es cómo acompañar sin infantilizar ni sobreproteger. José Miguel Leo, Graciela Essebag y Alfons Icart nos dan algunas claves: es preciso estar presentes con continuidad, orientando, conteniendo, minimizando riesgos y aportando una mirada crítica que reconozca en cada uno emociones y sentimientos diferenciados, que permita al sujeto construir una respuesta nueva y diferente a su desamparo.

La segunda mesa abordó las *exclusiones* asociadas a dos situaciones específicas de vulnerabilidad e incluso marginalidad: la atención a niños afectados de enfermedades minoritarias y la dificultad para dar respuesta a las necesidades de acogida de los adolescentes y jóvenes que migran solos y arriban a nuestras sociedades en condiciones dramáticas. Oriol Janer y Verónica Violant nos hablan de trayectos difíciles hacia la inclusión, plagados de obstáculos, casi imposibles. Insisten en la importancia de transmitir a estos niños y jóvenes, de forma flexible, nuestra disponibilidad y proximidad, nuestro reconocimiento de sus capacidades y nuestro respeto por sus escalas de valores individuales, estableciendo en lo posible acuerdos de complicidad y confianza entre profesionales, jóvenes y familias.

En la mesa tercera se habló de *transiciones*, posición *trans* y expresiones de género diversas que, desde la infancia, se orientan hacia nuevas identidades en construcción. Sabel Gabaldón y Miquel Missé proponen entender al individuo en su contexto, desde el respeto a su diversidad, rehuyendo una visión médica exclusivamente centrada en lo disfuncional. Más allá de una comprensión bio-psico-social, abogan por un cambio en la mirada social de la experiencia *trans*, para entenderla, al fin, como un conjunto de construcciones, elecciones y trayectorias fluidas, cambiantes y socialmente aceptadas.

Por último, la cuarta mesa recoge la voz de algunas personas que nos hablan de sus experiencias, de sus trayectorias, de su empeño por seguir buscando nuevas oportunidades cuando todo parece perdido, cuando el malestar y los riesgos de exclusión aparecen. Begonya, Nerea y Montserrat, junto a otras voces ausentes y, al mismo tiempo, presentes, nos recuerdan que para construir la salud mental del siglo XXI es más necesaria que nunca la conexión entre jóvenes, niños, familiares y la red de profesionales de distintos ámbitos que debe seguir creciendo en su articulación y capacidad de respuesta.

En suma, un Congreso en el que, partiendo de nuestra inmediata inquietud por la situación actual, se abordaron asuntos de gran urgencia, calado y complejidad. Esperamos que este número extraordinario de la *Revista de Psicopatología del Niño y del Adolescente* resulte un documento de trabajo útil que ayude a materializar sus propuestas y contribuya al debate y a la reflexión, que debe siempre acompañar a la acción en su inagotable búsqueda de respuestas.

Jordi Borràs, miembro del comité organizador del Congrés Català de Salut Mental de la Infància i de l'Adolescència

Presentación

El Congreso Catalán de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia es el marco institucional que organiza, coordina y lleva a cabo los congresos que, de forma trianual, se celebran en Barcelona para tratar las problemáticas de salud mental que afectan a la infancia y la adolescencia.

Su origen se remonta a los encuentros anuales que varias instituciones del campo de la salud mental infantil y juvenil celebraban en el Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña desde el año 1990. No obstante, dada la progresiva complejidad que fue logrando, los miembros de los comités científico y organizador decidieron sustituir el formato de jornada por el de congreso que, desde el año 2017, se organiza con el apoyo institucional de la Fundación Congreso Catalán de Salud Mental, a quien agradecemos, una vez más, su eficacia e implicación.

La filosofía del congreso se define a partir de los siguientes ejes:

- Multidisciplinariedad.
- Amplia representación geográfica.
- Amplia representación de los modelos teóricos.
- Creación de espacios de debate con una amplia participación del público.

Y todo esto en un marco de respeto y espíritu colaborativo.

En esta séptima edición se abordó la problemática de las *transiciones, exclusiones, soledades y respuestas en salud mental en el ámbito de la infancia y la adolescencia*, desde una perspectiva multidisciplinaria e intersectorial. El hilo conductor fue una mirada hacia las poblaciones minoritarias consideradas en diferentes contextos (la transición en la vida adulta, la exclusión por motivos migratorios o de salud, las soledades inherentes a las situaciones de desamparo y a los usos abusivos de las pantallas y, finalmente, las trayectorias en primera persona y sus experiencias de recuperación).

Para tratar las mencionadas temáticas se organizaron cuatro mesas, precedidas de una conferencia inaugural, impartida por el Profesor Xavier Altarriba y seguidas de una conferencia de conclusión, impartida por el profesor Josep Ramoneda.

Las mesas se celebraron los días 3 y 4 de junio del 2021 y estuvieron constituidas por profesionales expertos en los diversos temas tratados.

El congreso se celebró en el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, en un formato híbrido, condicionado por las restricciones impuestas a raíz de la pandemia de la Covid-19.

El congreso estuvo organizado por la Fundación Congreso Catalán de Salud Mental, con la participación de un amplio colectivo de profesionales del Comité Organizador y Científico y con el apoyo de diferentes entidades e instituciones del sector.

Josep Moya, presidente del comité organizador del VII Congrés de Salut Mental de la Infància i l'Adolescència

Construcción social de la adolescencia. Límites, formas y contenidos desde una visión prospectiva*

FRANCESC XAVIER ALTARRIBA¹

Introducción

“La peor soledad es la que convive con la ausencia”

“El azar es el determinismo de las circunstancias”

F. X. Altarriba

Esta reflexión sobre la **adolescencia**, desde la óptica de las transiciones, exclusiones y soledades, se basa en los **dos ejes** que la vertebran: el **genético** y el **epigenético**. Este último tiene dos espacios propios: la **familia junto el contexto** y **los iguales con sus referentes**. Queda entendido que de la genética a la epigenética hay relaciones cruzadas y dialécticas de reversibilidad entre causas y efectos.

El adolescente transita desde la biología puberal hacia la morfofisiología adulta. En nuestra sociedad, es un proceso excesivamente largo. Del adolescente se esperan conductas adultas, pero se le trata como a un niño. Está excluido de las decisiones adultas que lo implican y que lo implicarán más aún en relación con su futuro. (Paradójicamente, cada generación determina en gran medida a la siguiente, a partir de unas priorizaciones y decisiones, que la generación dominante impone a la subordinada). La soledad que lo acompaña es como una moneda de dos caras: una suele incomodar a quienes conviven con él y de quién depende (relaciones de

poder y de control decisional); las justificaciones de ambas partes son más bien proyecciones de estas. La otra cara es la esencial oportunidad para escucharse y autoconstruirse progresivamente un yo propio y personal, fruto más de la identidad que ya madura que de las expectativas con que los demás esperan reconocerlo.

Nos hemos centrado en el relato extremo de la **adolescencia emergente**. El futuro es poco entusiasta si no se realizan las oportunas correcciones: para *mejorar adecuadamente* en la dirección correcta es necesario asegurar una autorrealización personal combinada con una responsabilización colectiva.

La pubertad es aquella etapa biológica donde se producen importantes cambios neurológicos y endocrinos, con expresión anatómica y fisiológica, que permite al joven transitar hacia la etapa adulta. Para los niños, se sitúa de los 12 a los 14 años y, para las niñas, de los 10 a los 12 años. En la sociedad occidental, esta se ha avanzado fruto básicamente de la alimentación y el deporte. Es destacable el hecho que, en general, cuando la niña la termina, el niño la empieza...

Algunos **aspectos clave de la pubertad** son:

- Cambios corporales y necesidad de asimilarnos.
- Cambios del tono de voz.
- Acné y efectos en la estética y en la imagen.
- Cierta descoordinación psicomotriz transitoria.

*Conferencia inaugural

¹Doctor en Neurociencias y Doctor en Sociología. Programador Analista. Director del Instituto de Prospectiva. Contacto: fx.altarriba@ipars.es

Algunos **aspectos clave de la adolescencia** son:

- Desvinculación familiar progresiva y vinculación compensatoria con los iguales
- Actitud e identidad rebelde
- Presentismo
- Atracción por el riesgo
- Búsqueda de los límites
- Creencia de un autocontrol superior al real
- Búsqueda de un espacio propio y restringido
- Cambios de humor frecuentes, irritabilidad

Es lógico, en este punto, profundizar en la relación entre pubertad y adolescencia. El concepto de adolescencia es mucho más amplio y socialmente modificable que el de la pubertad, que por ser esencialmente biológico es más acotable. Entendemos por adolescencia aquella etapa que comienza en la pubertad (origen biológico), pero que se prolonga mucho más que su final, ya que puede concluir alrededor de los 23 años (final social). La adolescencia implica fundamentalmente la incorporación de nuevos roles, además de la importancia de los iguales y del amigo o amiga íntima; también suele ser el inicio de parejas y de relaciones sexuales y afectivas. Amores, desamores, platonismo, epicureísmo, idealismo, contradicciones, ambivalencia, construcción de valores y, en ocasiones, antivalores, van componiendo una identidad de origen transgresor que puede evolucionar hacia aspectos más egocéntricos o solidarios. Básicamente, adolescencia es cambio, adaptación *forzada* a las normas de los adultos, intensidad hormonal y neurológica, así como condicionamientos del contexto, pasando por la familia y la sociedad en general.

Se produce hoy en día una infantilización de la adolescencia, caracterizada por una sobreprotección en lo accesorio y un abandono en lo esencial.

La secuencia **vocación-formación-profesión-ocupación** debería ser coherente con la realización personal y actuar en línea. Si analizamos cada uno de los conceptos, constatamos lo siguiente.

La **vocación** es el deseo, con fuerte contenido emocional, que mueve a una persona a realizar un determinado trabajo, conocedor del esfuerzo y dificultad que conllevará, ya que la satisfacción de ser competente, aunque sea diferida, le gratifica y compensa.

La **formación** es información interiorizada, de carácter amplio, tanto actitudinal como apitudinal, que prepara al individuo culturalmente, con incorporación de valores, así como con método y disciplina, para alcanzar una preparación más especializada posterior, manteniendo un pensamiento objetivo y crítico con respeto y dignidad.

La **profesión** es aquella actividad posterior a la finalización de una preparación específica, sobre una base cultural previa, que permite dominios y competencias para desarrollar tareas propias, derivadas de la correcta asimilación, de la información recibida.

Podríamos decir que la profesión permite saber "poco de mucho" y la formación, saber "mucho de poco".

La **ocupación** hace referencia a aquella actividad, habitualmente laboral y mayoritariamente remunerada, que debe posibilitar independencia económica, asignación de rol, proyección personal, sentirse útil y no alienado respecto al resultado final de las acciones en las que participa.

Sin duda que la comunicación con adolescentes es un tema difícil para los adultos, ya que fácilmente se pueden tratar como niños que no lo son, o como adultos que tampoco lo son. La adolescencia es una etapa clave al combinar el fin de la infancia con el inicio de la etapa adulta; es, pues, por definición, un "intervalo temporal transitorio". Es una etapa de importantes cambios, con progresiva independencia familiar y vinculación con los iguales, curiosidad extrema, minusvaloración del peligro y del riesgo, gusto por la experimentación, dificultad para asumir límites y normas, desconcierto ante los nuevos roles y los cambios, principalmente del propio cuerpo. Es presentación de paradojas, tales como querer ser único y original y, al mismo tiempo, pertenecer a identidades y referentes compartidos. Es el conjunto de dudas de la propia identidad, pervivencia de identidades múltiples y, a menudo, contradictorias. Es fuerte dependencia tecnológica, principalmente del móvil y vocabulario transgresor, el cual refleja el pensamiento en este sentido. Es búsqueda de una estética personal entre rupturista e imitativa... y es dificultad de autocontrol emocional. En sociedades llamadas "avanzadas" se constata la *infantilización* y alargamiento cronológico de la

adolescencia, también como mecanismo para contener y excluir a los adolescentes de las decisiones *adultas*.

La adolescencia y su evolución depende de factores sociales, culturales, económicos, del estilo de vida y valores de los padres. La pubertad es biológica y la adolescencia, social.

El tema emocional es ciertamente importante, ya que la impulsividad y la -todavía inmadura- evaluación del riesgo pueden poner en peligro su identidad e, incluso, su existencia. El conflicto entre el *gregarismo con el grupo de referencia* y la búsqueda de un individualismo reafirmado se traduce a menudo en ambivalencias y contradicciones.

Aspectos biológicos que considerar

Al inicio de la adolescencia, desaparecen, aproximadamente, un 30 % de los receptores de dopamina; el *vehículo neuroquímico de la satisfacción* queda afectado, y se reduce el efecto y consistencia de las *pequeñas alegrías cotidianas*. Como consecuencia, las actividades infantiles anteriores ya no les atraen. El interés se reorienta por vía imitativa y exploratoria hacia la música, el deporte, el sexo, la tecnología y el mundo virtual.

La mencionada inhibición de receptores hace que, mientras no se activen otros nuevos por otros estímulos que actúen de manera endógena, la posibilidad de *importarlos del exterior* aumenta en el adolescente, por eso el interés para experimentar límites, *confraternizar con los peligros*. Sin embargo, esta vulnerabilidad de los receptores influye indirectamente en el consumo de sustancias psicoactivas, las cuales, por el mecanismo de inhibición competitiva, reducen la producción endógena de dopamina, lo que acelera la dependencia de suministros externos de *componentes sinónimos*.

Una fase neurológica importante en relación con el cerebro adolescente es la modelación de las conexiones sinápticas, ya que inicialmente se generan en exceso. Se eliminan sinapsis poco eficientes y aumenta la eficiencia del resto.

En la adolescencia, se va reduciendo la sustancia gris y aumenta la sustancia blanca, por debajo de la corteza cerebral, rica en fibras conectoras interneuronales. La envoltura de estas

fibras es la mielina, que actúa como un potente aislante, lo que multiplica por cien la velocidad de transmisión eléctrica entre neuronas. La mielinización adolescente actúa bidireccionalmente con los procesos cognitivos y el aprendizaje, ejerciéndose una mutua interdependencia sinérgica. Finalmente, la mielina fija las conexiones neuronales, estabilizándolas y protegiéndolas. La reestructuración cerebral sigue una rigurosa secuencia cronológica:

1) Las **regiones del córtex** favorecen los procesamientos de estímulos sensoriales

2) Los **lóbulos parietales superior e inferiores** monitorizan la información sobre el propio cuerpo.

3) En los **lóbulos frontales y temporales** es donde se sitúan preferentemente los procesos cognitivos y los emocionales.

Hay que considerar que, durante los tres años en que se desarrolla la pubertad, la talla aumenta cerca de 40 cm y el peso, unos 25 kg. Las extremidades superiores e inferiores se alargan, lo que es todo un reto para la cartografía neuronal de su control (los adolescentes son poco hábiles en su psicomotricidad y armonía proxémica y cinésica). Los lóbulos parietales son los principales agentes de este *control* y coordinación.

El aumento de la sustancia blanca en la corteza prefrontal favorece un funcionamiento más efectivo, esencialmente de la memoria, de la toma de decisiones y del control del comportamiento, mejorando el proceso de razonamiento abstracto. En el córtex orbitofrontal, se sitúa el eje del control de los comportamientos sociales y éticos.

Todos los cambios vinculados con el desarrollo corporal se coordinan desde el hipotálamo. Su acción en relación con los cambios morfológicos en la adolescencia se constata en la modificación y distribución de la grasa corporal; cuando se considera adecuada, la información llega al diencéfalo, en base a la concentración de leptina en la sangre. Seguida y secuencialmente, se estimula la hipófisis para la producción de gonadoliberina, la cual estimula los testículos o los ovarios para la segregación de hormonas sexuales. Es clara la influencia de una buena alimentación y vida sana para el óptimo desarrollo de la pubertad.

La adolescencia es extremadamente plástica, lo que se puede aprovechar para favorecer la

asimilación de una serie de valores básicos, entre los que destacan los siguientes.

Inclinación por la competencia, más que por la competitividad, así como por la autocrítica antes que la crítica. Es importante transmitir el valor de la crítica, empezando por uno mismo. Sin embargo, será necesario disponer de un método objetivo de análisis, huyendo de fanatismos y dependencias. Hay que aprender a diferenciar lo esencial de lo accesorio en un mundo de seducción por la pérdida de tiempo y la distracción evasiva. Lamentablemente, los estudios en la adolescencia son cada vez más instrumentales y menos genéricos. La *cultura general* cede el paso a lo estrictamente necesario para ser social y económicamente insertado.

Importancia justa del dinero. Alta para adquirir los conocimientos, seguridad e independencia; baja para aportar felicidad, amor y/o respeto.

Disciplina, resistencia, perseverancia y fuerza de voluntad serán esenciales para tener éxito ante los envites y frustraciones de la vida.

Es necesario que sepan que derechos y deberes se equilibren y se complementan armónicamente. La ética cívica y la moral social son básicas para estabilizar y hacer avanzar la sociedad.

Es necesario saber diferenciar los valores finalistas de los instrumentales: del pacifismo a la sociedad ecológica, pasando por la justicia social. No se llega solamente con el deseo, no hay que desfallecer y saber mantenerse con fuerza.

Saber diferenciar el mundo virtual del real, la utopía de la quimera.

La sociedad, en general, y los padres, en particular, deben distinguir la protección del protección en relación con sus adolescentes.

Consideramos, desde un punto de vista teórico, una división en tres etapas de la adolescencia: primera adolescencia, de los 12 a los 14 años (coincidiendo con el inicio de la pubertad); adolescencia intermedia, de los 15 a los 17 años; adolescencia alargada, de los 18 a los 23 años.

Lógicamente, puede haber ajustes en los intervalos, principalmente por razón de sexo.

Neurológicamente, un hecho principal es la eliminación de los circuitos cerebrales inútiles en esta etapa, es decir, los característicos de la infancia en el proceso de transitar hacia la etapa adulta. Sin embargo, en la adolescencia mejora

el proceso de integrar la información compleja, así como la fijación de la atención. Asimismo, la capacidad de planificación se optimiza en relación con la infancia mediante un aumento de la memoria; no obstante, la capacidad de aprendizaje disminuye con relación a la infancia.

El gran peligro de la mente adolescente es tomar decisiones desafortunadas, la precipitación y el control de impulsos mediante el proceso de maduración del sistema límbico, en su conexión con las regiones prefrontales, temporales y parietales.

El tema capital en la adolescencia es el referido a la interiorización y gestión de los valores. Kohlberg describe tres fases: **moral preconvencional** (miedo al castigo); **moral convencional** (valores hegemónicos) y **moral postconvencional** (ética personal).

En resumen, el cerebro adolescente busca nuevas experiencias, así como la satisfacción inmediata; no es estable en sus decisiones, es influenciable por los referentes externos y por el cambio de humor interno. El presentismo y la atracción por el riesgo, buscar límites propios e impresionar a los demás, son rasgos frecuentes en el universo adolescente. El sentimiento de marginalidad y de exclusión lo neutraliza con la aceptación por los iguales.

La mayor integración de la actividad de las diferentes regiones cerebrales afecta favorablemente a la mejora de las capacidades cognitivas y psicológicas en general, estableciéndose vínculos entre la maduración cerebral y las características de la mente adolescente.

El sistema límbico está bastante maduro entorno los 15 años, mientras que el córtex prefrontal lo está sobre los 30 años; esta asincronía es la responsable de numerosas conductas contradictorias en adolescentes.

Recordemos que en la infancia prima la mielinización, lo que favorece al procesamiento de la información y la velocidad de transmisión interneural. En la adolescencia, la maduración de las interneuronas es acelerada, con GABA como transmisor, lo que optimiza las conexiones de diferentes grupos de neuronas.

Finalmente, en la etapa adulta, prima la reducción de la densidad de las sinapsis excitatorias, lo que favorece las respuestas adaptativas.

El trato social y familiar hacia los adolescentes

combina un exceso de tolerancia pasiva, con sobreprotección en lo accesorio y de abandono en lo esencial (lo que requeriría tiempo, disciplina y ejemplaridad). A menudo, el formato emergente adolescente evita el conflicto para evitar la frustración. La dialéctica social entre emancipación colectiva y política para obtener emancipación individual no se ha resuelto, ni en un sentido ni en otro. Por otra parte, estamos en una cultura icónica, sin valor por el texto, lo que tiene sus efectos cerebrales, epigenéticos y, posteriormente, genéticos. Hay que destacar la importancia de la seducción, del éxito a partir de supuesta belleza y habilidades, principalmente de tipo narcisista y de asignación mediática, sustituyendo la sincera y auténtica espontaneidad, no impostada, ni importada, ni superficial.

La sociedad actual es una sociedad cansada, paternalista que *trabaja para* en lugar de *trabajar con*, forzando a los jóvenes a *salir de* en lugar de *ir a*, ya que el destino es incierto, la voluntad débil y el esfuerzo inasumible.

Nuestra sociedad actual ha abandonado el sentido crítico; todo es relato, se desvincula el discurso de los hechos y, al fallar el sentido crítico, la contradicción no tiene respuesta. Solo hay poder, no autoridad. El estilo de vida es lo que dicta la tecnología, principalmente frente al ocio y el entretenimiento. La miseria se blanquea de buenismo tolerante con los intolerantes; la economía, cooperativa, imaginando a menudo un futuro en que se vaya en bici o en patinete y se viva de alquiler para ser un auténtico transgressor responsable...

Unos apuntes finales de tipo sociobiológico

El espíritu gregario adolescente con sus iguales se retroalimenta en casos extremos de una sugestión mutua, con un exceso de **mímesis** (expresión violenta que busca la reafirmación) y de **nicofilia** (búsqueda de la propia superioridad respecto de otros siempre inferiores); el *mobbing* es un ejemplo...

Las hipercompensaciones respecto a un complejo de tipo *adleriano*, así como un modelo de disociación *jacksoniana*, están muy presentes en este tránsito difícil y socialmente peligroso que es la adolescencia como puente entre la infancia y la etapa adulta.

La *mímesis* se manifiesta de manera más importante cuando menos integrado está el instinto gregario con el instinto social, y menos vinculado al ideal del Yo y a la espiritualidad trascendente.

Hay que estar atento a cómo influyen los estilos de vida presentados como éxito por los *media* o las redes sociales y la dificultad que tienen los jóvenes para alcanzarlo; consumismo, hedonismo, no esfuerzo, presentismo...

Síntesis final

Lo que hemos dibujado a grandes rasgos no es representativo de una única adolescencia, pero sí de un formato emergente de esta. A la adolescencia se la puede acompañar, pero no sustituir. La transición es esencial en el adolescente, ya que no se puede quedar siempre como un niño, ni pasar rápidamente a adulto. La pubertad es impuesta por la biología y, como tal, ni es democrática ni delicada. Se impone. Por otra parte, el envoltorio social de la pubertad es socioantropológico, por tanto, propio de cada contexto socioeconómico. Podríamos decir que la transición a la adolescencia es en sí un proceso iniciático, reuniendo las tres características esenciales: 1) *Sale de* la infancia y *va a* la madurez; 2) Es **dolorosa**, acaban certezas conocidas, comienzan incertidumbres desconocidas; 3) Es **personal e intransferible**. Es decir, se realiza en soledad.

Es más, este proceso iniciático comporta en su centralidad dos exclusiones: **ya no se reconoce como niño** (ni personal ni socialmente) y **aun no se reconoce como adulto** (ni personal ni socialmente).

La parte temporal más complicada puede estar hacia el final teórico de la adolescencia, de los 18 a los 23 años; puesto que ya se ha otorgado al joven la mayoría de edad. Puede trabajar y se podría emancipar, pero en la práctica esto es prácticamente imposible para la mayoría. Lógicamente, el riesgo de infantilización crece para evitar la confrontación con una independencia posible pero irrealizable.

Exclusión, soledad y transición son conceptos polisémicos, dialécticos y ambivalentes.

Es decir, se pueden dotar de diferentes contenidos, incluso contradictorios; por tanto, si

no están referenciados hacia su carga de contenido, es pura *maquinaria de euforia reactiva*.

Con estas palabras, el adolescente tendrá que construir diques para las exclusiones y puentes para las transiciones que, en soledad, deberá recorrer para culminar en el reconocimiento de la alteridad, con respeto y dignidad. Solo el que sabe estar solo estará distante, tanto de dependencias que diluyen como de exigencias que enferman.

Bibliografía

- Altarriba, F. X. (2008). *¿Por qué beben?* Barcelona: CEAC. Planeta Agostini.
- Altarriba, F. X. (2006). *Construyendo el futuro deseado*. Barcelona: Tarannà.
- Digertori, B. y Piazza, M. (1974). *Psiquiatría social*. Buenos Aires: Ateneo.

- Eccles, J. C. (1992). *Evolución del cerebro: Creación de la conciencia*. Barcelona: Labor.
- Elzo, J., Freixa, C. y Giménez Salinas, E. (2007). *Joves i valors*. Barcelona: Fundació La caixa.
- Giménez Salinas, E. (1981). *Delincuencia juvenil y control social*. Barcelona: C. E. Universo.
- Hulock, E. B. (1973). *Psicología de la adolescencia*. Barcelona: Paidos.
- Kohlberg, L. (1982). Moral stages and moralizations. En T. I. Lickona (Ed). *Moral development and behavior. Infancia y Aprendizaje*, 20, pp 33-51.
- Molina, V. (2020). *El cerebro adolescente*. Méjico: National Geographic. RBA.
- Mellen, T. y Saez, L. (2007). *Joves i valors*. Barcelona: Fund. LL. Carulla i ESADE.
- Rother Horstein, M. C. et al. (2006). *Adolescencias*. Barcelona: Paidos.
- Santandreu, J. G. (2006). *Adolescentes*. Barcelona: STJ.

Mesa 1

Soledades

Presentación

En esta primera mesa, hablaremos de la soledad en niños, adolescentes y familias. Es esta una circunstancia que se ha visto particularmente agravada por la crisis del COVID-19, cuyas inesperadas secuelas limitantes hemos vivido todos con angustia durante este último año y seguimos viviendo sin que todavía podamos adivinar su fin.

En especial, nos centraremos en los siguientes temas: la soledad de los niños que buscan refugio en las pantallas, la soledad de los niños tutelados por la administración y la soledad de padres y familias a la hora de ejercer la parentalidad en este nuevo contexto pandémico de aislamiento y de crisis sanitaria y socieconómica.

Debatiremos, por último, acerca de lo que significa en estos momentos acompañar a niños, adolescentes y familias en este nuevo marco social.

Jordi Borrás (moderador), psicólogo clínico, miembro del equipo asistencial del CSMIJ de Sant Boi de Llobregat, Fundació Orienta.

Ponencias

¿Solo y conectado?
José Miguel Leo

Desamparo y tutelas: nuevas soledades.
Graciela Esebbag

Exceso de normas parentales y dificultades de comunicación con los hijos
Alfons Icart

Discusión, a cargo de Carme Grifoll

Comité organizador de la Mesa 1

Jordi Borrás
Susana Brignoni
Carme Grifoll

¿Solo y conectado?

JOSÉ MIGUEL LEO¹

¿Solo y conectado? El título de la intervención lo escribo entre interrogantes, abriendo o señalando la posibilidad de que un sujeto conectado no tiene por qué estar solo y/o aislado. Intentaré relatar algunas escenas e ideas acerca de nuestras prácticas virtuales, en un centro de educación especial en la etapa de secundaria, en tiempos de confinamiento por la pandemia.

Previos

En mi experiencia como educador en distintos dispositivos socioeducativos en los que se da una conversación interdisciplinar e incluso transdisciplinar, la soledad raramente aparece como un factor positivo. Incluso se desplaza o confunde con aislamiento, a pesar de saber que la soledad es, con frecuencia, una condición para la creación, la producción, la reflexión, la interiorización o el pensamiento. Todos ellos son procesos importantes en la configuración de la subjetividad y crecimiento de los sujetos. A riesgo de que pueda parecer un poco jocoso, para tomar conciencia de estar acompañado, uno previamente ha tenido que estar solo e incluso a veces uno puede estar muy solo rodeado de otras personas.

A veces, nos cuesta encontrar cómo nombrar soledad y aislamiento; quizás le podríamos sumar soledad no deseada o soledad no buscada. Un concepto, el de soledad no buscada, que nos permite pensar en un abanico de situaciones en las cuales los profesionales también nos podemos reconocer o situar a nuestros allegados durante el confinamiento.

Entornos virtuales: otras formas de contactar y socializar en tiempos de pandemia

El 13 de marzo de 2020 se cierran colegios, institutos y universidades de Cataluña; era oficial, nos confinaban en nuestras casas de manera excepcional para poder controlar la propagación de COVID-19.

Alumnos y profesionales pasamos a estar en una situación homóloga: todos debíamos protegernos y ayudar a proteger a los otros, de manera solidaria. La solidaridad y la fragilidad van de la mano y, en este caso, más; lo real de la muerte golpeaba fuertemente nuestras vidas.

A la semana siguiente, la inquietud y la responsabilidad de los profesionales por acompañar a nuestros alumnos se va abriendo paso. Empezamos con rondas de llamadas y a tejer una primera manera de contactar de manera ordenada con las familias y los alumnos.

En poco tiempo, se sumaron a las llamadas telefónicas (solo audio), las videoconferencias (audio e imagen si consienten). Las videoconferencias pasan de ser un recurso puntual, que habíamos utilizado para comunicarnos con personas que residían o se encontraban a mucha distancia o en otras situaciones muy concretas, a ser la forma privilegiada de encuentro entre profesionales, así como entre profesionales y familias y entre profesionales y alumnos.

Desde el primer momento, nos dimos cuenta de que era una tecnología muy invasiva para los participantes y que era necesario su consentimiento; una tecnología que invade la esfera privada, la privacidad e intimidad del hogar

¹Educador social. Socio y educador de Institució Balmes SCCL. Miembro del grupo de investigación Grup de Recerca en Educació Social (GRES). Docente colaborador del Grado en Educación Social de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC). Contacto: jmleo@ibalmes.org

expuestas en lo público. Con la mayoría de las familias, se sigue manteniendo contacto telefónico e incluso algunas de ellas nos piden que dejemos de llamar, que han encontrado un cierto equilibrio y que ya nos llamarán si nos necesitan.

Desde el 2015, aproximadamente, en nuestra institución sumamos a nuestro entorno de aprendizaje virtual Google Classroom, una herramienta de aulario virtual donde compartimos un foro y tareas, ordenadas en diferentes aulas, organizadas por materias o actividades concretas, con tutores que dinamizan el espacio con propuestas globales o personalizadas para los diferentes alumnos. Una parte de los alumnos de secundaria utilizan Google Classroom como el punto de partida para iniciar su trabajo diario y otros alumnos de secundaria lo utilizan puntualmente.

Tras haber contactado con familias y alumnos, era el momento de proponerles reprender parte de la actividad escolar, una manera de retomar los aprendizajes y el trabajo personal que cada uno de nuestros alumnos lleva a cabo en pos de la heteronomía; la heteronomía que rompe la soledad y que resulta inequívocamente humana.

El grupo de educadores y tutores que habitualmente trabajamos con los alumnos que utilizan Google Classroom parecía que lo teníamos más fácil, puesto que ya teníamos habilitado un dispositivo virtual de aulario frecuentado y utilizado de manera habitual por los alumnos. Así, pudiera parecer que solamente se trataba de empezar a subir actividades y que todo volvería a funcionar.

Una semana después, en el aulario virtual había propuestas pero muy poca interacción, algún tímido saludo y nada más. Esto es algo que, en algunos alumnos, nos podía parecer incluso normal, pero que en otros nos extrañaba. Los tutores deciden contactar con los alumnos por teléfono y les proponen un encuentro en una videoconferencia y en una de las primeras se presenta una propuesta de trabajo: que cada participante prepare una presentación y la muestre al grupo desde la videoconferencia semanal compartida.

Se trataba de una presentación (*Compartiendo en Confi*, donde jugábamos con el posible doble sentido de confianza y/o confinamiento)

en la que debían recopilar diferentes elementos de la cultura que les habían ayudado a pasar mejor los días de confinamiento. El trabajo debía contemplar tres libros o cómics, películas o anime, tres canciones, tres juegos de mesa, consola u ordenador, que compartiríamos. Una de las tutoras propone que ella también quiere hacerla y nos invita a que todos los profesionales nos sumemos. Esto es algo que reciben con entusiasmo y que nos permite construir una escena horizontal, de manera un poco improvisada, trabajando en y desde la situación.

Ya no se trataba de alumnos y profesionales; la presentación era para compartir entre todos los participantes. Con este paso, los profesionales también, sin explicitarlo demasiado, reconocemos nuestra fragilidad y el hecho de estar afectados por la misma situación que ellos. Los adultos que acompañábamos a los alumnos también habíamos sufrido las situaciones derivadas de la pandemia y también nos habíamos refugiado en la cultura para pasar mejor -y a veces para pasar- los días de confinamiento. El miedo, la angustia, así como otras muchas emociones y sensaciones nos habían visitado también en el confinamiento.

La mejor manera de poder abordar nuestras emociones con otros, en lo educativo, pasa por generar una conversación que traspase la dualidad y nos aloje en la terceraedad, en el territorio de lo común, lo compartido, promocionando el vínculo educativo. Una conversación, acogedora, centrada en el *inter-est* (interés) de y por la cultura, un tercer elemento que media en la relación entre agente y sujeto de la educación. Una escena horizontal en la participación pero en la que los adultos debemos tomar la responsabilidad de sostenerla, y la mejor manera, algunas veces, es *hacer con el otro*. La educación no cura ni persigue dicho fin, pero los dispositivos educativos pueden generar efectos terapéuticos.

Una conversación, la de *Compartiendo en Confi*, que se alargó hasta el final del confinamiento y que hizo posible que los alumnos nos hicieran llegar el relato y sus vivencias entrelazadas con el comentario de sus lecturas, animes o juegos. Los adultos pudimos acompañar a los jóvenes a partir de su consentimiento a abrirnos las puertas de su intimidad, así como en el acto de reconocer que la pandemia

también nos afectaba a los profesionales y que hacía emerger nuestra fragilidad.

Sobre las modalidades al habitar lo virtual

Los espacios virtuales, así como los presenciales, necesitan ser habitados e incluso vivificados y eso no pasa automáticamente. Habitar explica algo de la relación de los humanos con el medio. Quizás, una primera condición es que los espacios virtuales remitan a algo de lo presencial, retomar un trabajo o una conversación previa que enlace o dé entrada a lo virtual. Una segunda condición pasa por contar con y pedir explícitamente el consentimiento a los participantes.

Con el grupo de alumnos que nos ocupa era habitual de manera formal e informal comentar películas, series, música, libros, cómics y juegos. Los alumnos, con frecuencia, tienen intereses y un saber sobre elementos de la cultura completamente desconocidos para los adultos o poco accesibles para el mundo adulto por su contemporaneidad.

En las videoconferencias se ponían de manifiesto las diferentes formas de habitar y estar en el mundo virtual, con frecuencia conectadas con

la forma del mundo presencial. El sujeto que llegaba tarde a la escuela se conectaba más tarde a la videoconferencia, algún sujeto de timidez extrema o algunos muy cuidadosos con su intimidad no activaban la cámara. Otros, inquietos por condición, en el aula mostraban una cámara que continuamente cambiaba el enfoque; otros que necesitan otro ritmo para entrar en la escena de trabajo se conectaban al inicio escuchando, en un rato conectaban el micro y, más tarde, la cámara. Respetar las diferentes formas de conectarse y estar hacía posible la incorporación y compartir, aceptando algo de lo más particular del otro, de sus condiciones de incorporación.

Expresiones como *nativos digitales* son leídas como una invitación a la deserción por el mundo adulto. Los niños y adolescentes no dominan una tecnología por haber nacido en esta época. Como si los adultos no formáramos parte de la socialización virtual, así como ya hicimos con la televisión, nuevamente los abandonamos ante la pantalla. Debemos acompañar a los niños y adolescentes en el mundo virtual, ayudarles a configurar una identidad digital minimizando los riesgos, transmitir conocimientos y una posición crítica que les permita navegar y no ir a la deriva por los espacios virtuales.

Desamparo y tutelas: nuevas soledades

GRACIELA ESEBBAG¹

Un niño que, con 10 años, viaja solo desde Oriente hasta Barcelona durante tres meses. Otro, a los cinco años, presencia, silenciosamente, los golpes que su madre recibe de su padre. Una niña de seis ve cómo la pareja de su madre abusa de su hermano menor.

Traigo estas escenas de profunda soledad porque han sido relatadas por mis pacientes, a los que atiendo en el Servicio de Atención a Residencias (SAR) de la Fundació Nou Barris.

Alí, el joven que habló, después de varias sesiones, del horror de su viaje, vino por sus sentimientos depresivos, su falta de deseo de vivir, su fracaso en las actividades de formación que le proponían.

El segundo caso, Jose, nos fue derivado por sus ataques de ira, durante los cuales golpeaba paredes y objetos y se hacía daño a sí mismo.

Isabel, la joven que pudo, después de varios años de tratamiento, hablar de la escena que situé al principio, vino derivada por sus problemas de comportamiento y su posición llamada “desafiante”.

¿Habían sido derivados porque sufrían de soledad? No, no era ese el motivo de consulta.

En general, los que llegan a nuestro dispositivo lo hacen por padecer síntomas diversos que los hacen sufrir a ellos mismos o al medio en el que viven. Traen síntomas en el comportamiento, en el aprendizaje, en el vínculo con los otros, en la relación con el deseo de vivir. Muy pocas veces los sentimientos de soledad, aunque estén presentes, son el motivo de derivación.

¿De qué hablamos cuando hablamos de soledad?

La palabra *soledad* tiene diversas resonancias. Por ejemplo, puede ser dicha para nombrar un estado necesario para las mentes más brillantes, como un espacio para la creatividad y la conexión con uno mismo, el continente deseado del poeta y el artista para crear su obra, el tiempo del recuerdo y del descanso de la exigencia de los otros.

Pero la soledad también tiene el poder de evocar el aislamiento, la tristeza, la carencia de vínculos, aquello que tememos: el mal de nuestro tiempo.

Con lo cual, este significante -como otros- tiene el poder de suscitar significaciones contradictorias.

Para cernir la extensión del concepto, pongo en relación la palabra *soledad* con la palabra *desamparo*. *Desamparar: abandonar, dejar sin amparo ni favor a alguien o algo que lo pide o necesita*. La Real Academia viene en mi auxilio y muestra en su definición un concepto más preciso.

¿Por qué hablar de *desamparo*? Porque justamente hace referencia a la clínica con la que nos encontramos: la de aquellos sujetos que, separados de sus padres por su imposibilidad de cumplir sus funciones parentales, vienen por síntomas diversos y traen, de una forma u otra, la marca del abandono, de la falta de auxilio del Otro.

¹Psicóloga clínica. Psicoanalista. Directora de la revista *L'Interrogant*. Miembro del servicio de apoyo y asesoramiento a residencias (SAR) de la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA), de la Fundació Nou Barris (Barcelona). Contacto: graciela.esebbag@f9b.org

Podemos definir el desamparo, desde una vertiente clínica, como el estado de vulnerabilidad del ser humano; estado que necesita de la ayuda externa para ser apaciguado, es decir, que requiere de la presencia del otro. Pero este estado no es una abstracción. Es una experiencia primaria, la del *infans* humano que, frente a la necesidad (hambre, frío, dolor), busca, con el grito o el llanto, una respuesta.

Esta experiencia funda la dependencia del sujeto al Otro, a su deseo.

El desvalimiento psíquico, tal como lo señaló Freud, está en relación con este desvalimiento físico inicial, donde el recién nacido se enfrenta a una excitación a la que no puede hacer frente.

Es así que el grito, el llanto, pueden hacer aparecer a un otro que calma, satisface, acompaña y regula.

En general, son las figuras parentales las que sostienen al niño, dan acogida a sus necesidades y regulan sus excesos pulsionales.

Desamparos: social, subjetivo

Pero lo que comprobamos es que, finalmente, el sujeto siempre está desamparado frente a eso que emerge en su interior, aquello que podemos llamar la *pulsión*.

Las contingencias que ha padecido el sujeto dejan unas marcas que son imprevisibles: no sabemos a ciencia cierta qué será lo traumático para alguien, es decir, que no hay una sintomatología propia del desamparado.

Cada niño o adolescente viene con su propio malestar, con su síntoma particular y eso es lo que acogemos.

El abordaje clínico con chicos y chicas separados de sus padres nos ha hecho comprender que era imprescindible trabajar de manera sistemática con los equipos educativos. Esto nos llevó a implementar el *Soporte Técnico*. Así llamamos a un espacio de encuentro con el equipo educativo. Periódicamente nos desplazamos a los centros (ahora de manera virtual) y propiciamos una conversación sobre cada caso para conocer las marcas particulares de cada historia, aquello que se repite de manera sintomática.

En los encuentros con los educadores intentamos construir respuestas educativas que

tengan en cuenta esas marcas y los síntomas que generaron. Y separar lo propio del proceso evolutivo de cada uno de lo patológico.

Nombrar la soledad

Amin llegó abatido a mi consulta con 16 años. No le encontraba sentido a nada. Sentía una decepción por lo que le contaron que encontraría y lo que verdaderamente encontró. Le pregunto por el viaje y durante muchas sesiones puede hablar de lo que nunca antes había podido contar: el miedo constante, el hambre, la absoluta ignorancia acerca de los lugares a los que iba. La soledad de no poder comunicarse de ninguna manera con su familia.

A medida que avanza el tratamiento, el joven empieza a querer algunas cosas, esperar los pañuelos, salir con amigos, aceptar un recurso formativo.

La clínica nos ha enseñado que no hay un tiempo preestablecido para que cada uno pueda hablar de aquello que lo angustia o lo hace explotar.

Jose, de 13 años, vino por primera vez acompañado de su tutor porque, en algunas ocasiones, explotaba. No lo veían bien y querían consultar. En la primera sesión, habló de su familia, del deseo de volver con su madre, del fútbol que lo apasionaba. Pero luego dijo que ya estaba mejor (lo que se corroboró con su tutor) y dejó de venir.

Un año después, llaman del colegio para comentar que el chico tuvo una respuesta explosiva muy violenta contra otro que se burló de él. Están preocupados y piden visita. El chico explica la escena, habla de su ira, pero no sabe muy bien de dónde viene. No sabe si quiere seguir viéndolo. Tomo en cuenta sus dudas y ofrezco la posibilidad de que pida visita si quiere saber algo más sobre su ira. Al mes, vuelve y explica que ha recuperado un recuerdo, una imagen que tenía olvidada: él está paralizado, sin poder hacer nada, mientras su padre pega a su madre. Hay un alivio subjetivo y el deseo de seguir viéndolo para pensar qué hacer con sus explosiones, que vincula con esta escena.

Isabel, derivada por sus llamados trastornos del comportamiento, era una chica inteligente, muy activa, que tenía una posición “provocadora” que

le ocasionaba conflictos en la escuela. Su tutora, cuando viene a verme, explica que está siempre pendiente de su hermano un año menor que ella, lo que le suponía un continuo estado de alerta.

El tratamiento de Isabel pasó por diferentes vicisitudes. Desde los 14 y más allá de los 18, venía de forma irregular; dejaba de venir porque se fugaba, la cambiaron de centro, volvía. Su asistencia estaba marcada por las interrupciones. Es, después de tres años del inicio del tratamiento, que ella pudo hablar de la escena que relaté al principio. Nadie a quién recurrir, nadie a quien contarle lo que pasaba. Hasta que, ya en el centro, continuó repitiendo el gesto de verificar que su hermano estaba bien.

Me interesaba hablar de estas tres viñetas porque, si bien se trata de la soledad y el desamparo, cada uno muestra su rasgo particular. Y frente a ese rasgo particular hemos aprendido que, para que los espacios de palabra cumplan su función terapéutica, debemos ser también flexibles a la hora de encontrar cómo acompañar a los sujetos.

De ahí que cada caso nos plantea distintos tipo de intervención: farmacológica, interconsultas, reuniones periódicas con EAIA, escuela; entrevistas con padres, sesiones con la presencia del tutor para conversar sobre cuestiones de la vida cotidiana, etc.

La soledad en los tiempos del COVID

¿Y la soledad del COVID, que era el título de la mesa del *VII Congreso Català de Salut Mental*?

La pandemia ha irrumpido en nuestras vidas y nos ha trastocado el orden en el que vivíamos. Esta irrupción aun no ha cesado y no sabemos muy bien qué efecto tendrá en nuestras subjetividades.

Puedo nombrar algunas observaciones que no tienen la pretensión de ser conclusivas. Por un parte, durante el confinamiento, la mayoría de los centros con los que trabajamos explicaban que, sorprendentemente, los chicos estaban bastante bien y tranquilos. Mi sorpresa fue, tanto en las visitas virtuales como en las presenciales que empezamos a hacer poco a poco, que muchos niños y adolescentes, sin la multitud de actividades cotidianas, sin salir, podían, por

ejemplo, recordar y hablar de cosas que habían olvidado, retomar duelos inacabados, como si la detención del mundo les hubiera permitido un tiempo para producir nuevos descubrimientos sobre sí.

Por otra parte, después del confinamiento: un después en el que aún estamos. Hemos constatado un empeoramiento de los cuadros clínicos más graves. Crisis psicóticas que requieren de ingresos, autolesiones, un incremento de las ideaciones suicidas. En los otros, menos graves, sentimientos de vacío, de sinsentido, mucha preocupación por el futuro.

La pandemia ha puesto sobre la mesa un tema en el que hemos pensado muchas veces, a partir de los comentarios de los chicos: la intimidad en los centros.

Paradójicamente, los niños y, en mayor medida, los adolescentes se quejan de no tener espacios para estar solos, espacios donde poder estar tranquilos, a solas con sus cosas, su música, sus juegos, sus chats.

Lo que me hace pensar que quizás el resultado de nuestro trabajo sea ir de una soledad a la otra. De la soledad del aislamiento, de la carencia de lazos, a esa otra soledad, más creativa, de conexión con el propio ser.

A modo de conclusión

Los casos, mejor dicho, cada uno de los sujetos que hemos atendido nos han enseñado que, frente al desamparo, al profundo desorden que han padecido, la presencia del terapeuta, su continuidad tiene en sí un valor que puede permitirle a uno encontrar una respuesta diferente a la repetición del desamparo y el síntoma.

La pandemia nos ha forzado a buscar nuevas formas de mantener esa continuidad: visitas telefónicas, videollamadas, mails... Sostener una presencia para que se puedan inventar nuevas formas de hacer con el malestar.

Como Jose, que dijo un día: "la ira es como un super poder, así me la imagino, pero tengo que usarla no para destruir cosas sino para construir algo distinto, algo que sea útil para mí".

En ayudar a esa construcción estamos comprometidos.

Bibliografía

- Brignoni, S. y Esebbag, G. (2002). Del menor maltratado a la producción de un sujeto: una experiencia del diálogo entre el psicoanálisis y la educación social. *Freudiana*, 36.
- Esebbag, G. (2013). Construir espacios de conversación. Sinergias entre los profesionales. *Interrogant*, 12. Recuperado de:

<https://revistainterrogant.org/construir-espacios-conversacion-sinergias-los-profesionales/>

Freud, S. (1915). Pulsiones y destinos de pulsión, en *Obras Completas*, XIV, Buenos Aires: Amorrortu Editores (1992).

Freud, S. (1920), Más allá del principio del placer, en *Obras Completas*, XVIII, Buenos Aires: Amorrortu Editores (1995).

Exceso de normas parentales y dificultades de comunicación con los hijos

ALFONS ICART¹

El exceso de normas parentales dificulta la comunicación con los hijos. Y la pandemia ha venido a complicar aún más las cosas, a hacer más difícil la comunicación entre padres e hijos. Seguramente, los que han sufrido más los efectos de la pandemia han sido los niños y, especialmente, los adolescentes. Sólo hay que ver el aumento de consultas que en estos momentos se dan en los centros de salud mental infantil y juvenil (CSMIJ), sobre todo de adolescentes con crisis de angustia, intentos de autolisis, trastornos de la alimentación, etc.

El exceso de normas parentales dificulta la comunicación con los hijos. ¿Qué es la comunicación? Es el intercambio de información entre dos o más personas. Pero cuando esta “comunicación” va cargada de exceso de normas, de consejos, de valores familiares, dificulta el entendimiento entre padres e hijos. Ya no es comunicación, es imposición.

El confinamiento ha disminuido las comunicaciones fuera de la familia; y ha impuesto una convivencia forzada en la *burbuja familiar*. En las familias en las que los padres transmitían un exceso de normas, la tensión ha aumentado y los padres se han vuelto más exigentes. El confinamiento ha generado todavía más problemas en las relaciones entre padres e hijos. Para que haya comunicación, deben darse unas condiciones que hagan que no haya intentos de influir en el otro, de hacer que el otro piense como uno quiere, como uno cree que son las cosas. Debemos dejar que cada cual vea la situación por sí mismo, según su criterio. Hay que captar la emoción, escuchar lo que quiere comunicar

el otro y qué espera que nosotros entendamos. Hay que prestarle mucha atención.

Para que haya comunicación entre hijos y padres, debe haber habido diferenciación entre ellos, entender que son seres diferentes. Si no existe esta diferenciación, difícilmente se puede hablar de verdadera comunicación entre ellos. Cuando esta comunicación no se da entre padres e hijos podemos observar que estamos ante unos padres que se muestran incapaces de escuchar. En estos padres, encontraríamos a personas con estructuras narcisistas. Tienen grandes dificultades para ver al hijo como un ser diferenciado de ellos, que piensa de forma distinta, que ve las cosas de maneras diferentes, que tiene un registro de valores de las cosas diferente, otros intereses, que ve la vida de forma diferente.

Por lo tanto, para que se dé esta comunicación habrá, en primer lugar, que haber superado en cada momento un grado suficiente de diferenciación self-objeto. Después, habrá que tener una capacidad suficiente de diferenciar la manera de pensar y de valorar las cosas de uno, de la forma como el otro lo ve y lo expresa, para que haya comunicación, intercambio de ideas, de emociones y de sentimientos.

En este trabajo me centraré en los dos momentos evolutivos más importantes en los que el exceso de normas puede dificultar la comunicación y tener consecuencias graves: la organización de la estructura mental del niño durante su etapa infantil y cuando el niño debe dejar atrás la dependencia infantil familiar para entrar en la adolescencia.

¹Psicoanalista (SEP-IPA). Director Científico de la Fundació Orienta. Director de la Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente. Presidente del Grup-TLP Barcelona. Supervisor de Terapia Focalizada en la Transferencia (ISTFP). Contacto: aicart@fundacioorienta.com

Infancia

Durante la etapa de la infancia el niño está inmerso en organizar su estructura mental. Y el éxito de este proceso dependerá de la medida en que los padres vayan dejando de proteger, de dirigir, y vayan permitiendo que el niño experimente, y haga comprobaciones y tenga nuevas experiencias. Cuando más disminuye el protagonismo de los padres, más aumenta el protagonismo del niño.

Los padres no sólo deben favorecer la experimentación por parte del niño; si en sus investigaciones el niño quiere meter los dedos en un enchufe, los padres querrán protegerle y evitar que los meta. Esto significa prohibir y poner límites a la experimentación del niño. Pero hay diferentes maneras de prohibir. Algunas implican la posibilidad de hablar de la situación y otras, no. Cuando no se puede hablar, más allá de la prohibición no hay nada. Cuanta más diferenciación, más interacción. Y en la interacción es donde se dará la comunicación, siempre que no haya un exceso de normas.

El proceso de diferenciación entre la madre y el niño se inicia en el nacimiento. Entre los dos y los tres meses, la madre puede diferenciar lo que es de ella de lo que es del niño. Es el inicio de la interacción. Lo llamamos la *intersubjetividad primaria*. Entre los ocho y los 10 meses, el niño se empieza a relacionar con las figuras paternas o cuidadores; es cuando se da la *intersubjetividad secundaria* (triangulación o Edipo). A la vez que tiene lugar la diferenciación entre la madre y el niño, este va adquiriendo experiencias y se va relacionando con su entorno. Y los padres o cuidadores se van retirando del dominio que tenían sobre él y van respetando su proceso de diferenciación, que le llevará a tener una identidad propia.

Veamos este breve ejemplo. Consultan los padres por un niño de siete años porque últimamente está muy nervioso, alterado e inquieto. Al entrar en la consulta, el niño, que iba delante, me dice: "Yo no tengo celos". La madre, que iba la última y que ha oído hablar al niño me dice bajito para que el niño no lo oiga: "Está muy celoso de la hermana, que tiene cinco años, pero nos aconsejaron que le dijéramos que no existían los celos y que él no tenía. Que, de esta

manera, se resolvería el problema, pero cada día va a peor". Mientras, los padres comentan la preocupación que tienen por su hijo y las contradicciones que sienten entre acercarse a él, comprender su malestar y los consejos que les dieron de que lo intentaran convencer de que los celos no existen ("no funcionó"). Entretanto, el niño dibuja una casa con un niño que tira por la ventana un perrito.

A la pregunta de qué significa, el niño responde: "este niño echa al perrito porque no le deja estar tranquilo en casa". Fue fácil mostrar el significado del dibujo y relacionarlo con su malestar. Y mostrar a los padres que el exceso de normas para convencer al niño de que los celos no existen, no sirvió, al contrario: generó más conflicto en él y en toda la familia. La solución al conflicto llegó en el momento en que unos y otros se sintieron escuchados y comprendidos en su desazón por el terapeuta, que normaliza la existencia de celos en todos los niños que tienen hermanos (e incluso en aquellos que no tienen). El diálogo terapéutico les permite hablar de cosas que estaban prohibidas (tales como los celos) y sentir que alguien las escucha.

El yo y las estructuras cerebrales se van desarrollando y estructurando a partir de las sucesivas experiencias que va teniendo el niño desde muy pequeño. Mediante la observación de su entorno, sus acciones y el contacto con lo que le rodea (los juguetes, los diferentes objetos) y el juego, va estructurando su identidad. Así es cómo el niño va estructurando su yo y cómo aprende a relacionarse con su mundo externo. Pero el niño no es ninguna isla: vive en un entorno social, que es la familia. Y es necesario que el entorno familiar sea respetuoso con el niño durante su proceso evolutivo, y favorezca el desarrollo de su curiosidad y de su experimentación.

Adolescencia

Lo más importante que tiene que hacer el niño al llegar a la adolescencia es superar la dependencia con los padres, que ha tenido hasta ahora, y convertirse en autónomo. El pre-adolescente debe renunciar a esta dependencia que le daba seguridad y debe iniciar una nueva etapa en la que él deberá ser responsable de sí mismo, deberá desarrollar áreas de seguridad

y confianza en su modo de hacer las cosas, y en su convicción de que las hace bien. En los compañeros adolescentes encontrará una relación de confianza, de comunicación, incluso de dependencia. Los padres pasarán a segundo término. El Covid les ha venido a complicar la situación. La convivencia forzada por el confinamiento hace que las cosas sean aún más difíciles. Los adolescentes no han podido separarse de su núcleo de convivencia en la familia por las normas de confinamiento y eso les ha dificultado encontrar nuevas maneras de relacionarse con los compañeros de su edad y nuevos espacios en los que encontrarse y establecer nuevas relaciones. Los padres siguen tratándole como a un niño, diciéndole lo que tiene que hacer; cuidan del niño que ellos imaginan que tienen y que piensan que todavía les necesita, pero no se paran a pensar quién es este chico, cómo se siente y qué necesita. Por otro lado, al adolescente tampoco le es fácil pedir ayuda.

Para todos los adolescentes -y para todos los padres-, la adolescencia es un período de crisis, en el que se pierde un tipo de relación: la relación entre los padres y el niño pequeño. El adolescente tiene que perder la relación de dependencia de los padres y, a menudo, teme dejar atrás esta dependencia e ingresar en la adolescencia. Vive el conflicto entre el deseo de hacerse mayor y la dificultad de afrontar este momento.

Algunos adolescentes tienen especiales dificultades en hacer el duelo por esta relación y desarrollan una depresión clínica. Están tristes, pierden el interés por las cosas que hasta entonces les interesaban. Estos adolescentes y sus familias cambian la relación *padres-niño pequeño para una relación padres que deben cuidarse con hijo deprimido*. Lo cual, considerando sólo al hijo adolescente, parecería un beneficio secundario de la depresión, pero si se considera la relación padres-hijo, se convierte en una formación de compromiso en la que se conserva la relación de cuidado (en vez de separación) de los padres al hijo y de dejarse el hijo cuidar por los padres.

La frecuencia de depresiones en los adolescentes ha aumentado en estos tiempos de pandemia. Antes, los hijos tenían más posibilidades de establecer y mantener relaciones extra-

familiares con compañeros y amigos. Con el confinamiento, la única relación posible ha sido con la *burbuja familiar*. Con la pandemia y el confinamiento, muchos adolescentes se quieren diferenciar de los padres y, al mismo tiempo, se sienten prisioneros de ellos.

Por medio de los trastornos alimentarios, el adolescente puede estar manifestando el rechazo de la presión de los padres y de todo su entorno que le impiden hacer lo que él quisiera. El rechazo del alimento es el rechazo a *tragarse* lo que viene de los padres: una presión que le hace sentirse pequeño y dependiente. En estos momentos, se siente solo e incomprendido. Y los padres viven muy mal el rechazo que su hijo hace de la comida: lo sienten como un rechazo hacia ellos y, por eso, ponen todo su esfuerzo en presionar al chico para que coma, agravando la espiral del conflicto.

Seguramente, el *cortarse* (autolesiones) de algunos adolescentes tiene una doble función: por un lado, el dolor que sienten al lastimarse reduce su sentimiento de culpa; al cortarse atacan al hijo de unos padres a los que, por otra parte, también aman y, a la vez, cortarse es una manera de manifestar (comunicar) su estado de desesperanza, de soledad y de incomprendición, una manera de pedir ayuda.

Consultan unos padres con tres hijos de 15, 12 y ocho años. El motivo de preocupación es que el padre quiere hablar con sus hijos y no encuentra la manera de establecer ninguna conversación. Siente que le rechazan y que cuando les quiere hablar, por más que les dice cosas, y les pregunta por los estudios, no encuentra respuestas. En la primera entrevista, el padre empieza a hablar mostrando esta preocupación y el esfuerzo que hace en preguntar cosas a sus hijos y quejándose de que no le cuentan nada de lo que hacen. Yo observo que el padre habla, habla... Y que los hijos no le prestan ninguna atención. Y, en ningún momento, el padre se dirige a los hijos con sus comentarios. Y los hijos tampoco le prestan ninguna atención. Observo que no hay ningún vínculo entre el padre y los hijos y se lo muestro. Hasta aquí vimos que no había ningún interés en comunicarse unos con otros. El padre, cuando estaba en casa, se pasaba el tiempo diciendo cómo tenían que comportarse los hijos para ser *hombres de bien* el día de

mañana. Era un continuo enunciado de normas y deseos que él pensaba que harían de sus hijos los chicos mejores de su clase. Pero nada cambió hasta que el padre entendió que si quería que sus hijos le escucharan y hablaran con él, primero tenía que interesarse él por sus cosas, preocupaciones, deseos, y tenía que entender que eran diferentes de él; entender que comunicar es compartir sentimientos, interesarse por las cosas de los demás.

Otros adolescentes ya han superado el proceso de separación-indiferenciación y, en plena adolescencia, se sienten víctimas del peso de una estructura familiar muy exigente. Estos adolescentes se sienten presionados a complacer a padres y profesores con buenas notas y un comportamiento ejemplar. Si antes la poca relación que tenían con los chicos y chicas de su edad era un espacio de respiro, en tiempos de pandemia y de confinamiento, la relación más estrecha con los padres hace que sientan más la necesidad (exigencia) de llevarse bien e imaginan que el deseo de los padres de que se lleven bien y saquen buenas notas (en clases a distancia) es ahora insaciable. Sabemos que esta exigencia debilita la capacidad de la organización yoica, transmite inseguridad y baja autoestima.

El adolescente inmerso en esta situación se siente frágil a la hora de afrontar situaciones que le generan mucha angustia. No puede hacer frente y en determinadas situaciones lo único que siente que lo puede liberar de esta angustia y sufrimiento en que se siente atrapado es desaparecer: el suicidio. No piensan en quitarse la vida, sólo en salir de cualquier forma de ese estado de ansiedad y desesperanza. Una vez pasado el intento en sí mismo, tal como en la depresión, los intentos de autolisis cambian la relación padres-niño pequeño por una relación *padres que deben cuidarse del hijo suicida*. Y establece una formación de compromiso en la que se conserva la relación de cuidado de los padres al hijo y de dejarse cuidar por los padres por parte del hijo.

Finalmente, podemos hablar de los adolescentes que han sufrido un bloqueo en su proceso emocional durante su infancia, precisamente por un exceso de normas por parte de los padres, una protección excesiva. Este exceso de normas hace que, al inicio de la adolescencia,

sufran una crisis grave. No se pueden desprender de la dependencia con los padres y entrar en el entorno adolescente. Estos adolescentes, al llegar a esta etapa, aun con una estructura mental bloqueada en etapas infantiles, presentan ahora problemas graves de comportamiento, personalidad, y problemas en la escuela.

Las funciones parentales

Seguramente, en la comprensión y la aplicación de las funciones parentales en el funcionamiento familiar, encontraremos el equilibrio en el modo de educar a los hijos, y en la manera de modular las normas para prepararlos a poderse desarrollar correctamente en el lugar en el que les ha tocado vivir.

De acuerdo con nuestra concepción, las funciones parentales básicas son dos:

- La función de querer, cuidar y atender a las necesidades básicas, proteger y acompañar. La supervivencia de un bebé depende de que otras personas cuiden de él tanto física como mentalmente.
- La función de contener, dar seguridad, respeto, introducir límites. Esta función normativa genera seguridad. La función de control ayuda a evitar que el niño se descontrolle emocionalmente. Es también una función positiva de internalización de la autoridad, autonomía, responsabilidad. Y contribuye a desarrollar una dimensión moral ética general que regirá las relaciones del adolescente con todo el mundo y no solo con la familia. Las cuales, dicho de otro modo, son: amar, cuidar, proteger física y mentalmente; y contener, dar sentido de realidad, poner límites.

Como sabemos, las funciones parentales no van ligadas al género. Cualquiera, padre o madre, las puede ejercer. Idealmente, el niño y el adolescente deberían estar con los padres en una relación de *maridaje*. Los padres funcionarían como un sommelier, que ofrece el vino más adecuado para cada comida. No piensa en lo que él prefiere. Da a los comensales lo más adecuado para ellos; les aconseja acerca de cuál es el vino más adecuado para su comida. Esto significa que el sommelier debe prepararse para ser un experto en maridajes y debe conocer muy bien tanto las cualidades de la comida

como las del vino, para poder recomendar la mejor combinación.

Así podemos pensar que debería ser la comunicación entre padres e hijos. Los padres deberían ser conocedores de las diferentes etapas o momentos de la vida de sus hijos, a fin de saber tratarlos en cada momento de la mejor manera posible.

Sin embargo, las cosas no siempre funcionan así. Y ha sido demostrado -desgraciadamente- que los niños necesitan comunicarse con sus padres. Spitz observó cómo los niños que sólo reciben atención física en cuanto a enfermedades sufrían una depresión anacíltica. También es fácil observar que los niños que han sido internados en centros en los cuales recibían poca atención por parte del personal han sufrido un retraso evolutivo y tienen un coeficiente intelectual bajo.

Finalmente, diremos que el exceso de normas por parte de los padres, cuidadores, educadores, el deseo de que el muchacho sea el mejor, su ideal del yo, o el yo ideal de ellos, etc., son

impuestos por los padres con la mejor intención de conducirlos por buenos caminos, de prevenirles de los problemas de la vida, de las malas compañías, etc. Pero esta presión a ser como los padres quieren puede tener el resultado inverso: que esta presión le bloquee, no le deje experimentar a su ritmo, ni le permita ser consciente de sus propias percepciones y deseos. Si bloqueamos su proceso evolutivo, cuando el hijo llegue a la adolescencia tendrá un cuerpo de adolescente y una estructura mental infantil. Aquí es cuando aparecen las graves manifestaciones psicopatológicas.

Para finalizar, diré que para que haya comunicación entre hijos y padres, debe haber habido suficiente diferenciación entre ellos; que se puedan escuchar, ver las diferencias y darse cuenta de que tienen sentimientos y emociones diferentes; que cada uno vea una parte del todo del otro. Cuanto más escucharemos, más veremos. Debemos entender que nuestros hijos son seres diferentes de nosotros.

Discusión

CARME GRIFOLL¹

Podríamos citar a Stefan Zweig, cuando afirma que el mundo de ayer ya no es el mundo en el que vivimos, para describir la situación actual de pandemia y analizar las diferentes soledades descritas por cada uno de los ponentes.

José Leo señala la importancia del acompañamiento adulto hacia el adolescente, lo cual exige seguir reflexionando sobre cuál es el tipo de acompañamiento que quieren los adolescentes y generar nuevos espacios de encuentro con ellos.

Esebagg menciona la existencia de una soledad necesaria para el proceso creativo. Pero otra soledad bien distinta es la de los jóvenes extutelados que continúan *desamparados* más allá de la mayoría de edad. Según Esebagg, el espacio de interconsulta y supervisión ofrece una oportunidad de conversación entre profesionales que genera nuevas formas de intervención. Por último, la necesidad de los vínculos afectivos, como lucha contra la soledad, aparece en el discurso de Icart, citando los estudios ya clásicos de Spitz sobre hospitalismo y carencia afectiva.

Quizá fuera más pertinente hablar de *soledades*, en plural. A nivel social podemos afirmar que se ha producido un incremento global del aislamiento de los ciudadanos. Es probable que aparezcan nuevos proyectos sociales o políticos que contemplen este aspecto. Mientras tanto, los profesionales tenemos que seguir preguntándonos cómo acompañar a estos niños y adolescentes a los que les ha tocado vivir un tiempo de mayor aislamiento en el que, sin embargo, también aparecen nuevas formas de vinculación. Pero las pantallas pueden llegar a inquietar

al adulto y convertirse en elemento de castigo, en elemento de comunicación y castigo.

Debate final

Al hilo de estas últimas cuestiones se reflexiona sobre el concepto de acompañamiento y se advierte sobre el riesgo de imponer formas paternalistas o normativas de este.

Leo considera fundamental que los profesionales muestren una buena disposición para encontrarse con el otro y escucharlo, dejando un espacio vacío, por así decir, para que sea el niño o adolescente el que decida cómo quiere dejarse acompañar.

Esebagg sugiere, por su parte, las ideas siguientes: el adulto debe mostrarse paciente y dócil ante el funcionamiento del niño. Ser dócil ante la producción del sujeto es crucial para poder observar sin prejuicio y sin prisa.

Se alude a una realidad que incluye la inquietud de los profesionales sobre la situación, por ejemplo, de los jóvenes extutelados al alcanzar la mayoría de edad. Al no disponer de recursos suficientes, es fácil que el joven vuelva al contexto familiar de origen (aquel del que hubo que alejarlo cuando niño para protegerlo).

Se plantea otra problemática en relación a los jóvenes migrantes con inmensas dificultades para lograr una mínima integración social. Pareciera que todos los esfuerzos de intervención socioeducativa previos quedan en suspenso, interrumpidos, por los propios límites del sistema de bienestar social. Conviene, pues, recordar los límites de nuestro acompañamiento para no generar expectativas frustradas.

¹Psicóloga clínica, psicoanalista. Directora de la Fundació Nou Barris (Barcelona).
Contacto: carmen.grifoll@f9b.org

En relación a la sobreprotección de muchos padres, Icart añade el componente estructural relativo a la personalidad de estos para poder ayudarnos a entender su necesidad de poner excesivas normas. Las organizaciones familiares de carácter narcisista pueden llegar a tener serias dificultades para tolerar el crecimiento y la autonomía de sus hijos durante la adolescencia. Estos padres parecieran tener enormes dificultades para tolerar el alejamiento de sus hijos, ya que con ellos pierden todo su sentido vital. Es imprescindible trabajar con el narcisismo parental para evitar problemas en sus hijos adolescentes.

A raíz del coloquio ulterior mantenido con los ponentes y el público surgen otras interesantes cuestiones sobre el fenómeno de la soledad.

Sabemos que el adolescente prioriza la solidaridad entre iguales a fin de autoafirmarse y

diferenciarse del adulto. Por ello es necesario repensar y crear nuevas formas y espacios de encuentro y conversación entre adultos y jóvenes (más allá de los vinculados a la salud mental); espacios desde los que adultos próximos y accesibles puedan realizar un buen acompañamiento al niño o joven, en contextos naturales, acercándolos a una relación distinta hacia la curiosidad, la cultura y el conocimiento.

En cuanto al exceso de normas se plantea, desde un punto de vista pedagógico, la necesidad de un marco normativo que estructura, sirve y hace posible un proyecto educativo; a menudo constatamos, sin embargo, que un exceso de normas resulta estéril, contraproducente y encubre la debilidad de un proyecto inconsistente, alejado de los intereses del niño o adolescente.

Mesa 2

Exclusiones

Presentación

Para tratar el tema de la exclusiones, se presenta una ponencia sobre menores que migran solos: *una nueva exclusión*, a cargo de Oriol Janer, antropólogo y director del centro “La casa dels joves - Dar Chabab” y Verònica Violant, profesora de la Facultad de Educación y directora del *Observatorio Internacional en pedagogía hospitalaria* de la Universidad de Barcelona, presenta una ponencia sobre *Enfermedades minoritarias*. Las dos ponencias tienen en común que se tratan de situaciones de vulnerabilidad, que es uno de los hilos conductores del congreso. Pueden destacarse tres cuestiones:

- 1) Entender la especificidad de cada una de las situaciones y de su impacto en un psiquismo en desarrollo y en su entorno
- 2) Reflexionar sobre la respuesta que damos a estas situaciones. Esta respuesta puede ser determinante para que la situación de vulnerabilidad pase a serlo de exclusión, o bien si ayudará a conseguir una inclusión satisfactoria.
- 3) Para que la respuesta sea, pues, adecuada, es necesario plantearse también las necesidades de los profesionales y de la red, ya que pueden, asimismo, encontrarse en situaciones de vulnerabilidad.

Daniel Cruz (moderador), responsable de Formación y Docencia de Salud Mental Comunitaria. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.

Ponencias

Adolescentes y jóvenes que migran solos: una nueva exclusión
Oriol Janer

Enfermedades minoritarias
Verònica Violant-Holz

Discusión, a cargo de Josep Moya

Comité organizador de la Mesa 2

Daniel Cruz
Josep Moya
Ester Fornells

Adolescentes y jóvenes que migran solos: una nueva exclusión

ORIOL JANER¹

Sin ninguna pretensión académica, haré una breve reflexión sobre la exclusión para aproximarnos a la realidad de los adolescentes y jóvenes que migran solos. Después de haberlo analizado y expuesto de manera un tanto genérica, describiré, como reflexión particular del fenómeno, las impresiones que la pandemia de la COVID nos han generado.

Exclusión

La idea de la exclusión parte siempre de un lugar común; un lugar desde donde, por el hecho de no compartir algunas de las características comunes, la persona se queda fuera. La exclusión pone de relieve, entonces, estas diferencias entre el grupo homogéneo y quien queda fuera de él.

Con esta idea, podemos identificar exclusiones debidas a un conjunto de características diferentes y también situaciones en las que algunas características excluyen mientras que otras, no. Por ejemplo, jóvenes que, por una complicada situación familiar que impedía poder asumir una tutela con garantías, quedan en una situación de exclusión viviendo lejos de su entorno social en centros de protección y bajo una tutela administrativa; algunos de ellos con una doble exclusión por tener, además, algún trastorno mental grave; y otros, además, con conductas conflictivas que los iniciaban en nuevas exclusiones de tipo penal. Esta diversidad y superposición de los grupos de exclusión generan espacios de intersección con efectos expulsivos multiplicadores.

Estar excluido, o tener la percepción de estarlo,

es un elemento inductor de posibles alteraciones en la salud mental y emocional. Pensamos en la dificultad para ser aceptado o reconocido a causa de unas características diferentes, unos elementos de exclusión que se construyen cuando no hay la aceptación de la diferencia. Y estas alteraciones en la salud mental, a la vez, pueden generar nuevas diferencias, nuevas exclusiones: es un círculo vicioso.

De entrada, y quizás intuitivamente, pensamos en la exclusión siguiendo un trayecto que expulsa; un trayecto que tiene lugar, en todo caso, dentro de un grupo que nos incluye a todos, el de pertenencia al sistema, y que puede ir expulsando hacia los extremos, hacia afuera. Este grupo común de ciudadanos iguales en el que, en principio, nos encontramos al nacer, es un punto de partida amplio que damos por hecho: es nuestro grupo de ciudadanía.

La inmigración sigue un movimiento inverso. Es un trayecto de fuera hacia adentro. Pero parte siempre de la exclusión total -de estar fuera del sistema- para poder ser, finalmente, incluido y aceptado como ciudadano de pleno derecho dentro de este grupo de ciudadanos regulares. Este trayecto acentúa todavía más las diferencias o hace aparecer otras nuevas, sumando nuevas características diferenciales que generan nuevas exclusiones; como quien quiere entrar en una rueda que gira en la que las fuerzas siempre son expulsivas. El valor de la diferencia es inversamente proporcional a esta fuerza: a más aceptación de la diferencia, menos fuerza expulsiva. Y es en las decisiones políticas y administrativas que se establece quién queda dentro del sistema y quién queda excluido.

¹Antropólogo y Director del Centro de día “La Casa dels Joves – Dar Chabab”.
Contacto: ojaner@ute-darchabab.org

La inmigración se puede encontrar en un doble marco de exclusiones que, a menudo, interseccionan. Por un lado, la dificultad de un reconocimiento administrativo hace que sea excluida de nuestro sistema. La principal lucha y preocupación es llegar a tener el reconocimiento legal de ciudadano. Es un esfuerzo titánico que requiere gran capacidad de resiliencia y una tenacidad difícil de sostener ante una sucesión interminable de dificultades que se levantan como el auténtico muro que resguarda a los ciudadanos administrativamente reconocidos como tales.

El no reconocimiento legal impide un normal acceso a la sanidad pública, a la educación o el mero acceso a una emancipación económica... Y aún más dificultades para dotarse de aquellas herramientas y recursos que serían elementos inclusivos.

Por otro lado, y centrando la mirada exclusivamente en una esfera humana, el inmigrante no se escapa de poder pertenecer también a grupos con características diferenciales que generan exclusiones sociales, sea por razones de género, de salud, sociales o económicas.

Estas exclusiones se retroalimentan y se potencian. Romper esta dinámica requiere de un fortalecimiento de los factores protectores que tienen que soportar la erosión de una frágil situación vital.

Adolescentes y jóvenes que migran solos

Esta situación, en el caso de los adolescentes y jóvenes que migran solos, tiene algunas características que los singularizan; me permito destacar tres: son jóvenes que se encuentran en el tránsito hacia la adolescencia, la parentalización y el papel de la familia.

Son jóvenes que se encuentran en el tránsito hacia la adolescencia.

Podemos encontrarnos con jóvenes que todavía tienen que iniciarla, otros que están en pleno proceso y otros que ya lo habían terminado en origen.

Pero este tránsito, muy condicionado por las estructuras económicas, políticas y sociales de cada país, que acaban determinando los períodos adolescentes, se encuentra alterado por el proceso migratorio.

Son jóvenes que no se reconocen como tales; regresiones involuntarias debidas a un entorno que los considera de distinta manera que en origen; adultos que son considerados otra vez niños.

La parentalización

La parentalización es como definimos al fenómeno que carga a los jóvenes con la responsabilidad de satisfacer las expectativas y esperanzas familiares. Se acaban erigiendo como figuras relevantes en lo que tiene que ser una mejora para toda la familia, principalmente en el ámbito económico.

Esta responsabilidad depositada en ellos es difícil de gestionar. Muchas veces, no ha sido una responsabilidad elegida y ha sido la familia, el entorno social o la misma presión de grupo la que los ha empujado hacia este rol, en un proyecto migratorio a menudo mal construido y simple, que no considera las dificultades y complejidades del trayecto y, menos todavía, la presión que el entorno más próximo puede acabar ejerciendo.

El papel de la familia

En muchos procesos de exclusión que podríamos reconocer, la familia tiene un papel fundamental.

Es un factor protector en cuanto que puede sustentar emocionalmente el esfuerzo inclusivo de sus miembros. También es un apoyo importante para el colectivo en el marco de exclusión, o incluso cuando el rechazo familiar puede significar un reforzamiento de la exclusión.

En estos jóvenes, la familia a menudo está muy presente; es quien incita y estimula a los jóvenes en un trayecto que tiene que significar una alternativa familiar, como decíamos antes. Pero está ausente en el apoyo y soporte de un sufrimiento que desconocen, por lo que no pueden acompañar a sus hijos en una exclusión que quizás ignoran que están sufriendo.

Estas características, entre otras, abocan a los jóvenes a un fuerte sufrimiento emocional que puede derivar en severos problemas de salud mental.

Cuando, además, por el hecho de ser excluidos como ciudadanos, no disponen de los mínimos vitales cubiertos, también pueden verse

impulsados a conductas marginales o a situaciones de precariedad muy difíciles de sostener. El sufrimiento permanente para no ser administrativamente excluidos y para preservar pequeñas y frágiles parcelas de éxito se convierte en un elemento estresante y principal en sus vidas.

Y si, como en algunos casos, los jóvenes ya vivían en una situación de exclusión en origen debido a enfermedades crónicas, por ejemplo, y que aquí también son características excluyentes, nos encontramos con dobles exclusiones muy difíciles de soportar.

Y es entonces, pues, que solo se consigue un lugar desde la marginalidad, el único espacio que ofrece un lugar. La marginalidad como espacio inclusivo en esta kafkiana paradoja. A veces, incluso podemos pensar en la autoexclusión, en casos en los que solo en la exclusión socialmente considerada, el individuo se encuentra cómodo e incluido.

La pandemia como reflexión particular

La pandemia de la COVID-19 generó un estado de alarma -más allá del decretado oficialmente- que, con la obligación del confinamiento, supuso una serie de cambios y de adaptaciones en aquellos servicios que ofrecíamos normalmente a los jóvenes migrantes en situaciones de más precariedad, como una pieza más de este ejército de salvación de la población vulnerable que -esta vez sí- también los incluía.

Con el inicio del estado de alarma, los profesionales nos movilizamos desesperadamente para ofrecer apoyo a los jóvenes. El teletrabajo disparó la ansiedad de justificar un trabajo extraño que, por primera vez, teníamos que hacer desde casa. Los llamábamos y nos preocupábamos por su estado emocional. Por el suyo. A nosotros no nos hacía falta, atribuyéndonos el rol de ser quien ayuda.

Y, pasados unos días, los teléfonos no contestaban. Cansados de tantas llamadas de apoyo que se iban convirtiendo en un lastre y una pesadez. Cansados de llamadas de profesionales de todas las entidades. Y, poco a poco, fuimos descubriendo que era suficiente decirles que estábamos allí, que era suficiente hacerles algunas llamadas puntuales y estar más atentos a su demanda. En definitiva: creer más en ellos. Saber

que nos avisan cuando hacemos falta, y demostrándonos que no han llegado aquí y solos por casualidad. Porque disponen de muchas herramientas y mucha resiliencia; mucha capacidad de sobrevivir a las adversidades de una ciudad cerrada y llena de miedos. La demostración de la enorme capacidad de salir adelante constata que los jóvenes disponen de más capacidades de las que -desde cierta altivez profesional- les acabamos atribuyendo. Y nosotros, desde este mismo posicionamiento, nos dimos cuenta que no somos tan imprescindibles.

La situación nos ha igualado algo más. Hemos constatado que, para trabajar juntos, necesitamos, cada cual con su rol, que nos vean mucho más próximos y que reconozcamos más sus capacidades.

La relativa normalización y adaptación a la situación de pandemia ha hecho aflorar nuevas realidades en la exclusión de estos jóvenes. Conceptos como confinamiento son ajenos a sus posibilidades, puesto que muchos no disponen de lugares físicos donde realizarlo en condiciones. Por otro lado, el uso de herramientas telemáticas está lejos de poder ser una alternativa para seguir las formaciones tan deseadas o necesitadas.

Todo ello no deja de ser un elemento más de exclusión; una nueva traba que se suma a las dificultades de obtener papeles o de poder acceder a una situación que los iguale al resto de ciudadanos.

Y la salud como principal argumento justificativo. La salud pasa ante todo. La salud. Y entonces es interesante observar la salud desde la comprensión de sus efectos. Entenderla desde una subjetividad, como un concepto individual. Y desde aquí, entender su interacción en los ámbitos físico, mental y social de cada uno.

En estos jóvenes, los efectos de las medidas tomadas por el COVID tienen más afectación que la misma pandemia. En una percepción que aleja la enfermedad de su gravedad, sea por la carencia de casos críticos próximos o por la vivencia de casos con sintomatologías leves, hace que acabe siendo una realidad difusa que tienen que aceptar, del mismo modo que tienen que aceptar tantas otras cosas poco comprensibles. Es una traba más, un nuevo obstáculo en este trayecto interminable. Un trayecto en la exclusión.

Su salud, pues, entendida en estos tres ejes que citábamos, no resulta especialmente preservada en el momento actual. Quizás, en

resumidas cuentas, resulta incluso agravada. Desde la exclusión, las prioridades son otras para sostenerse.

Enfermedades minoritarias

VERÒNICA VIOLENT-HOLZ¹

El siguiente escrito es una recapitulación de la comunicación y del debate en voz alta relativo a mi participación en la mesa de exclusiones. Mi objetivo fue -y es nuevamente- poner de manifiesto los conceptos y puntos de conexión que se dan, en el día a día, en la infancia y adolescencia con enfermedad compleja, desde la consideración de minoritaria, a nivel de salud y educación, visualizados de manera integrada desde un pensamiento sistémico, en los contextos escuela, hospital, domicilio y comunidad.

Iniciemos repasando los conceptos que nos sugieren las palabras escritas en el primer párrafo, pues con ellos aparecen otras en nuestra mente: salud, enfermedad, medicina, ingresos, intervención quirúrgica, agujas, dolor, llanto, esperanza, educación, finitud... Estos son únicamente algunos de los conceptos que toman especial relevancia. Identificarlos y tenerlos en cuenta nos pueden ayudar a trabajar de manera consciente, humanizada y sensible.

Desde estas tres últimas palabras, la pregunta sería desde dónde iniciar nuestro trabajo cuando acompañamos, nos disponemos a *compartir con*, miramos, nos sensibilizamos, atendemos, cuidamos, educamos, etc., a la infancia o adolescencia: con necesidades especiales de atención en salud, condición de salud compleja o complejidad médica como posibles sinónimos, pero que, si lo pensamos, no es así, ya que coloca a la persona desde la situación de estar o la condición del ser.

Contestar implica situarnos en la visión de tres conceptos con idiosincrasias sutiles: *cuerpo, corporeidad y corporalidad*. Cuerpo visualizado desde un sistema autoecopoiético, que

nos lleva a pensar en el cuerpo mental, cultural, emocional, físico, transcendente e inconsciente desde la corporeidad como construcción subjetiva del cuerpo, y desde la corporalidad como construcción social del cuerpo en constante intra-interrelación.

Un *yo - no yo* visualizado desde esta dimensión de conceptos que, por el hecho de estar *experienciándose* en constante cercanía al trauma y al dolor, a la pérdida de intimidad, a la constante lucha con la identidad, la pérdida y el duelo, pide crear unas condiciones desde el compromiso que permita crecer desde los principios de autonomía y no maleficencia.

La enfermedad y los largos períodos de hospitalización, pruebas médicas, idas y venidas del hospital a casa y viceversa, que generan -no lo olvidemos- un elevado absentismo de la persona en la etapa escolar, que acaba, inevitablemente, repercutiendo en el rendimiento académico y en la forma, contexto y situaciones desde donde se establece el aprendizaje.

Todo lo expuesto hasta ahora nos lleva a pensar que será necesario tener en cuenta cinco elementos clave.

Visualizar la escuela desde la no desvinculación y no desde el retorno; desde la inclusión. La escuela que queremos y la escuela que tenemos puede mejorar y uno de los elementos es desdibujar el concepto "dis" que puede tener un impacto significativo en el entorno familiar influyendo en la recuperación del niño y de las familias; debemos fijarnos en el estilo de respuesta de cada uno de estos niños y en su personalidad, teniendo en cuenta las necesidades educativas y psicoemocionales. Giroix, Wilson

¹Profesora titular de la Facultad de Educación y directora del Observatorio Internacional en pedagogía hospitalaria de la Universidad de Barcelona.

Contacto: vviolant@ub.edu

y Corkett (2019) identificaron, como barrera importante para una adecuada inclusión de la infancia y la adolescencia en la escuela, la falta de conocimiento de los docentes en los procedimientos y en los tratamientos clínicos de niño.

Esta situación de desconocimiento y miedo da lugar a una falta de complicidad y confianza entre los profesionales y las familias que no informan y tienden a ocultar información.

Dar respuesta desde el pensamiento flexible, preventivo y temporal allí donde esté el estudiante y su red significativa, poniéndonos en la piel del otro.

Tener presente que el significado del concepto de calidad de vida es diferente para cada persona, dado que dicho significado queda mediado por nuestra propia escala de valores y a la vez de cómo vivenciamos dicha escala según el momento presente, con influencia del pasado y mediado por la expectativa del futuro. Deberemos propiciar que esta expectativa de futuro transite a lo largo del curso clínico desde la protección, autonomía, cuidado, contención, planteada desde la atención centrada e integrada con la red familiar significativa y sustancial.

Tomar en cuenta el nuevo concepto de salud propuesto por Boers y Jentoft (2015) y WHO (2013), en el que se define la salud desde la resiliencia o la capacidad de afrontar y mantener y restaurar la integridad, el equilibrio y la sensación de bienestar en tres ámbitos concebidos desde un tetraedro de salud: físico, mental y social. Dichos conceptos irán unidos a otros dos: el de vulnerabilidad y el de la fragilidad; ambos nuevamente desde el pensamiento de condición o situación.

Integrar el concepto de pedagogía hospitalaria allí donde dé respuesta educativa desde

la necesidad de salud. Un concepto renovado, muy cercano al que definí en 2017 como la atención integral que garantiza los principios éticos y bioéticos y los derechos (incluyendo los deberes) de la persona incluso antes de vivenciar la situación de enfermedad, con la finalidad de mejorar la salud y el su bienestar y calidad de vida.

Me gustaría terminar con un decálogo que pienso que es significativo y pertinente como continuación del último elemento clave y como cierre de mi escrito (ver figura 1 del anexo).

Bibliografía

Boers, M. y Cruz Jentoft, A. J. (2015). A new concept of health can improve the definition of frailty. *Calcif Tissue Int.*, 97(5), 429-31.

Giroux, C. M., Wilson, L. A. y Corkett, J. K. (2019). Parents as partners: Investigating the role(s) of mothers in coordinating health and education activities for children with chronic care needs. *Journal of Interprofessional Care*, 33(2), 243-251.

<https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1531833>

Violant, V. (2017). Educar desde la mirada de la Pedagogía Hospitalaria. *CENACEC*, 9. Recuperado de:

<https://cenarec.files.wordpress.com/2017/08/revista-cenarec-para-todos-i-2017-pedagogc3ada-hospitalaria.pdf>

Violant, V. (2021). La fina línea que separa la educación en casa de la atención educativa domiciliaria. En VVAA, *Aula virtual o cómo plantear las clases a distancia y no morir en el intento*. España: Wolters Kluwer.

WHO-FIC. A new concept of health care. *AARN News Lett.* 2013;11(1), 1-12.

Anexo

Figura 1. Decálogo: Miremos con ojos de niños y con pensamiento de derechos (Violant, 2021, p. 247)

MIREMOS
donde otros no han visto pero sin girar y agachar la cara como si esto no fuera con nosotros,
CON
amor y contención hacia el otro, eso otro que es ese otro;
OJOS
que focalizan la mirada allá donde se aprecia, aunque en silencio, con ternura y dolor.
DE
todos los momentos de la vida, este es uno en los que vale la pena implicarse.
NIÑOS
adolescentes, familias, ciudades, países y continentes, como si de una única realidad se tratara
deben ir a la una
Y
ahora más que nunca, COVID-19 nos está enseñando que la educación y la salud concebidas de
manera integrada es el bien más preciado del mundo.
CON
esa inocencia y creatividad que caracteriza a los peques y espero no tan peques, y con el
PENSAMIENTO
que nos lleva a la acción proactiva, motivada por hacer las cosas bien hechas,
DE
procurar garantizar los principios bioéticos y con garantías de
DERECHOS
pero también de deberes que tejen, de manera colaborativa, un mundo planetario inclusivo

Discusión

JOSEP MOYA¹

En el marco del séptimo Congreso de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia, celebrado en el mes de junio del 2021, la segunda mesa ha tratado el tema de las *Exclusiones*. Para su realización, se eligieron dos subtemas: los menores que migran solos y el de las enfermedades minoritarias.

Oriol Janer habló de los jóvenes que migran solos y puso el énfasis en dos puntos. En primer lugar, que, en muchas ocasiones, estos menores sufren trastornos mentales graves y, a su vez, pueden presentar conductas conflictivas. Oriol se refirió al concepto de exclusión en relación con el sentimiento de no pertenencia al sistema, al colectivo social.

El tránsito de la adolescencia, la parentalidad, las expectativas de sus familias, el papel de estas como elemento de soporte, fueron puntos que Oriol fue desarrollando a lo largo de su intervención. La marginalidad puede ser un espacio en el que estos jóvenes se pueden sentir integrados; es decir, paradójicamente, la palabra “marginal” puede ser un factor de integración.

Otro punto que destacó fue el del exceso de intervencionismo profesional en el marco de la pandemia provocada por la Covid-19. Este exceso ha comportado una cierta desconfianza hacia las capacidades de estos jóvenes para hacer frente a la situación.

Para tratar el tema de las *enfermedades minoritarias* se contó con la participación de Verónica Violant. Se refirió a los conceptos de vulnerabilidad, fragilidad y enfermedades complejas, y lo hizo planteando una tríada: cuerpo,

corporeidad y corporalidad.

Verónica puso mucho énfasis en la necesidad de que Salud y Educación han de ser dos ejes muy vertebrados, muy articulados. Según su opinión, es básica la presencia del profesional de la salud en los centros escolares, especialmente en aquellos que acogen alumnos con necesidades educativas especiales.

La Dra. Violant se refirió también a tres modalidades de enfermedades complejas: a) las enfermedades neurológicas, que yo me permitiría calificar de neuropsiquiátricas, ya que las complicaciones psicopatológicas son muy frecuentes en los casos de enfermedades neurológicas; b) las enfermedades gastrointestinales y c) las enfermedades cardíacas.

También se refirió a la necesidad de la continuidad asistencial entre servicios, por ejemplo, cuando un niño pasa de la Red de Atención Precoz a la Red Educativa y la Red de Salud Mental.

En esta mesa, se presentó, también, el vídeo de la familia de un adolescente afectado por una enfermedad neuropsiquiátrica (epilepsia y trastorno generalizado del desarrollo). En el vídeo, intervino, además, la que, durante años, fue su tutora en el centro de educación especial (L’Espiga, de Vilafranca del Penedès). La grabación pudo mostrar el día a día de esta familia: las numerosas crisis epilépticas del hijo, entre ocho y 10 cada noche; las también numerosas crisis de agitación psicomotora, en las que llegó a agredir violentamente.

También se pudieron mostrar las dificultades de los profesionales del centro educativo

¹Psicóloga y psicoanalista. Centre Cipais.

Contacto: moyaolle@gmail.com

Discusión

para poder construir un marco de contención, un lugar en el que el alumno se pudiera sentir cómodo.

Finalmente, se visualizaron los problemas de los profesionales de la salud para poder encontrar los tratamientos farmacológicos que permitieran controlar, por un lado, los síntomas neurológicos, y por otro, los síntomas psiquiátricos, sin que el mencionado “control” provocase unos efectos colaterales excesivamente sedativos.

En este contexto, la familia hizo una petición que muchos profesionales compartimos: la creación de la figura del *gestor de caso*, con el objetivo de ser el referente del paciente y de su familia y, al mismo tiempo, el articulador de las intervenciones de los diversos profesionales que intervienen en el caso (salud, educación, servicios sociales).

Debate

En relación con los jóvenes que migran solos, se señala la gravedad que supone su criminalización intencionada desde discursos que pueden calificarse de fascistas. Excluirlos es una forma de negar la diferencia que les aboca a formas de identidad negativa donde la marginalidad deviene paradójicamente el único espacio posible de inclusión.

En relación con las enfermedades minoritarias, se hace hincapié en la importancia de cómo organizar la red ante casos complejos frente a los que los profesionales pueden estar poco preparados. Es importante que las necesidades de los pacientes y sus familiares no queden relegadas. Para evitar las insuficiencias y fragmentación de la red, puede ser una buena opción desarrollar la figura del *gestor de caso*.

Mesa 3

Transiciones

Presentación

Asistimos en la actualidad a las transformaciones sociales y a los logros conseguidos por el movimiento ciudadano que reivindican la legitimación de lo que llamamos la *posición trans*.

La distinción entre sexo anatómico y el psíquico determina grandes consecuencias para la vida de las personas *trans*.

El DSM modifica sus definiciones y las manifestaciones de la sexualidad ocupan un lugar distinto fruto de las presiones políticas que se ejercen por dichos movimientos ciudadanos que reivindican el pleno acceso a derechos sin requisitos diagnósticos de los sujetos que asumen su identidad sexual fuera de lo que era considerado norma hasta ese momento. La anatomía no es el destino. Tampoco la determinación social.

La infancia es un momento crucial donde se producen las elecciones. Y esto nunca se asume sin dificultad. Y es en la sexualidad donde se juegan las primeras identificaciones que determinan la identidad de los sujetos.

¿Qué implica para la infancia *trans*? Cómo pensarla, abordarla y escucharla.

Invitamos a pensar juntos en un debate abierto sobre estas cuestiones.

Albert Montaner (moderador), psicólogo clínico y psicoterapeuta. Coordinador del CSMIJ de Montcada de la FETB.

Ponencias

Patologización y medicalización en la infancia y adolescencia trans
Sabel Gabaldón

Identidad, incertidumbre y otros retos en el acompañamiento de las expresiones de género diversas en la infancia
Miquel Missé

Discusión, a cargo de Rut Sonnabend

Comité organizador de la Mesa 3

Albert Montaner
Rut Sonnabend
Maisa Campos
Anna de Jesús
Sensi Segú

Patologización y medicalización en la infancia y adolescencia *trans*

SABEL GABALDÓN¹

En la cultura occidental, las categorías sexo y género parten de una selección dicotómica. Es diferente el término sexo y género. Al concepto de género le ha dado fuerza el movimiento feminista, rompiendo el binarismo y abriendo un abanico de posibilidades. El sexo no es un producto de la naturaleza rígido y el género un constructo social *flexible*, sino algo que se construye. Es importante la interseccionalidad de factores en las situaciones. Hace falta imponer más capacidad crítica y reflexiva. Las identidades de género no son rígidas, se hacen estables. Lo que las ha hecho rígidas ha sido el trato social.

Estamos en un momento de mayor sensibilidad social y en los equipos de salud en general. Despatologizar no quiere decir excluir de los servicios de salud, sino que esta atención, cuando se requiera, sea adecuada y dignificada.

Patologización y medicalización en la infancia y adolescencia *trans*

Los niños y adolescentes que experimentan sus características sexuales primarias y/o secundarias y el sexo asignado al nacer como incompatibles con su identidad de género pueden sentir una intensa angustia. Existe una gran relación entre el sistema coercitivo (social y cultural) de género y los malestares sentidos por aquellas personas que no se pliegan al género binario esperado en nuestro contexto social. Según la encuesta realizada por el *National Transgender Discrimination Survey*, en el año 2011 en los EE.UU., el 78 % de las personas “no convencionales” en cuanto a su género sufre acoso escolar; de ellos, un 35 % sufrió agresiones físicas

y un 12 %, violencia sexual.

El proceso de aceptación de la identidad sexual de las personas *trans* es un camino personal conflictivo al que se le suma una importante presión social, estigmatización, discriminación y, en muchas ocasiones, una clara violencia que puede dar lugar a conflictos y síntomas que hay que contener y tratar. La ansiedad, el estrés, las depresiones y el suicidio son más frecuentes en el colectivo *trans* en el que actúan, además, diferentes interseccionalidades (etnia, religión, cultura, pobreza, infancia...), que pueden llegar a complejizar y agravar la situación, porque operan como sistemas de opresión y discriminación de estos colectivos, aumentando su vulnerabilidad.

La transexualidad, hoy en día, sigue formando parte de las categorías médicas patologizantes que han operado y operan como reguladoras de lo que podemos denominar la *verdad del género*, entendida como un parámetro de normatividad y normalización social que, a través de la exigencia de concordancia sexo-género y el establecimiento de la heterosexualidad obligatoria, nos da una visión específica del mundo.

Estos sistemas normativos siguen siendo perfectamente aplicables, hoy en día, a la transexualidad, y nos sirven para enmarcar la consideración de las personas *trans* en la historia reciente. Han pasado de calificarse como seres monstruosos, abyectos, aberrantes o perversos, a integrarse en las categorías médicas patologizantes que han operado y operan como reguladoras de la *verdad del género*, entendida como el parámetro de normatividad y normalización social a través de la exigencia de la concordancia sexo-género y de la heterosexualidad.

¹Psiquiatra. Máster Europeo en Bioética. Jefe de Sección de Psiquiatría, Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona). Contacto: sgabaldon@sjdhospitalbarcelona.org

La idea de control social, heredera de la ilustración y la revolución industrial, parte de la instrumentalización de la ciencia, concibiendo el saber científico como un producto social que, en muchos casos, muestra los presupuestos políticos y sociales bajo los cuales se produce. Dentro de los saberes científicos, no han escapado a este hecho la medicina y, particularmente, la psiquiatría.

Estos presupuestos políticos, vigentes durante casi trescientos años en la cultura hegemónica occidental, se han basado en una concepción del género (y en una concepción social en general) rigurosamente binarista y, en consecuencia, transhomófoba. La ciencia y la técnica han considerado todo lo no binarista como enfermedad.

El término *transexual* lo utiliza por primera vez el endocrinólogo Harry Benjamin en 1953 para distinguir a los individuos que desean vivir de forma permanente como miembros del sexo opuesto, al existir una incongruencia entre el sexo con el que nacieron y el sexo al que sienten pertenecer. Este es el punto de partida de la categoría transexual, una definición normativa marcada por su origen médico que describía a personas que estaban en un momento de transición y por los agentes sociales que controlan su uso (médicos, legisladores, las propias personas *trans*).

La transexualidad, en su origen, fue un concepto pensado y utilizado para adultos, pero desde que se incluyó en las clasificaciones médicas, tanto de la OMS (CIE) como de la *American Psychiatric Association* (DSM), apareció una sección donde se incluían estos “trastornos” en la infancia. La adolescencia se incluía en el mismo capítulo que la transexualidad en la edad adulta.

Los niños con expresiones de género cruzado han existido siempre, pero, lamentablemente, los “menores transexuales” existen porque existe esta categoría. Hasta hace bien poco se pensaba que la infancia era una etapa de desarrollo y evolución donde no se le atribuía la categoría transexual a nadie hasta que, con el tiempo, podía definirse, llegada la adultez o en las últimas etapas de la adolescencia. En lugar de hablar de infancia transexual o adolescentes transexuales debemos referirnos a estas situaciones mediante una perspectiva crítica con

las normas de género y pensar las experiencias en relación al género de las personas menores como posiciones en constante evolución. Esta perspectiva está más en coherencia con una de las características que definen a la infancia y a la adolescencia: personas en constante desarrollo y con una marcada plasticidad psicológica.

En la infancia y la adolescencia, periodo en el cual la autonomía de la persona se está forjando, se requiere de un acompañamiento no invasor ni precipitado. Debemos contribuir a la despatologización y desmedicalización del colectivo *trans* y entenderlo como una expresión de género que difiere de las normas culturales prescritas para personas de un sexo en particular. Ni las identidades *trans*, ni las diversas expresiones de género no normativas, constituyen por sí solas un trastorno mental: forman parte de la diversidad humana. Desde esta perspectiva, la experiencia *trans* forma parte de un conjunto de construcciones y elecciones de carácter personalísimo, de trayectorias heterogéneas, fluidas y cambiantes, que deberían ser aceptadas socialmente y legitimadas por la ley.

Si existe un problema de salud mental, con frecuencia proviene del estigma, del rechazo y de experiencias negativas, o es fruto también de las diferentes categorizaciones médicas sobre la transexualidad.

Las clasificaciones psiquiátricas han variado en las últimas décadas: *transexualidad*, *trastorno de identidad de género*, *disforia de género* e *incongruencia de género*. Estas variaciones en las últimas clasificaciones médicas, influidas por las presiones de colectivos y asociaciones LGTBI, como ya ocurriera hace décadas con la homosexualidad, han tenido como objetivo intentar evitar el estigma y la psiquiatrización sin lograrlo.

En la comprensión de la infancia y adolescencia *trans*, es ineludible hallar un compromiso entre el imperativo terapéutico y la obligación ética de contribuir a la aceptación social de la diversidad de género. Debemos criticar tanto los intervencionismos exagerados como las exclusiones fruto de rigideces o intolerancias ideológicas y culturales.

Considerar socialmente la infancia y adolescencia *trans* como expresión de una situación peor y no deseada es la principal causa de

discriminación y vulneración de los derechos fundamentales de la persona. El reto es verla simplemente como una diversidad; una diversidad donde la diferencia no debe ser tamizada por tratamientos y actitudes patologizantes; una diversidad donde nos cuestionemos constantemente la epistemología normativa de la cultura y la sociedad en la que vivimos.

Desde esta perspectiva, es necesario entender la experiencia *trans* no como una patología, un desorden de identidad o un problema, sino como un conjunto de construcciones y elecciones de carácter personalísimo, de trayectorias heterogéneas, fluidas y cambiantes que deberían ser aceptadas socialmente y legitimadas por la ley.

Las respuestas no estarían únicamente en la comprensión bio-psico-social sino en un cambio

en la mirada social, que ha pasado a entender a los niños como sujetos de derecho y con un libre desarrollo de su personalidad.

Es importante no frenar, pero tampoco empujar; mantener una actitud prudencial. La prudencia es una virtud que media entre un exceso y un defecto. Ser prudente no es algo inactivo sino tener la capacidad de esperar y valorar el tiempo.

Debemos impulsar la transición desde un modelo médico a otro fundamentado en los derechos del niño, en el que los profesionales de la salud asumimos un rol de acompañamiento, pero dejamos de tener la facultad de determinar las formas de entender y vivir las identidades y expresiones de género, las orientaciones y prácticas sexuales y las transformaciones corporales que, en su caso, se puedan llevar a cabo.

Identidad, incertidumbre y otros retos en el acompañamiento de las expresiones de género diversas en la infancia

MIQUEL MISSÉ¹

Miquel Missé agradece el acierto del Congreso facilitando proseguir el debate sobre la transexualidad desde diferentes miradas, incluida la psiquiatría. Para los movimientos *trans*, estos espacios de reflexión son un reto, impensable en tiempos pasados en que la transexualidad como concepto problemático y frágil era considerada como un trastorno mental que tenía como tratamiento único la transformación del cuerpo. En los últimos años, los distintos actores se han movido, profesionales, activistas *trans*...

Trans es una definición socio-médica. Otras culturas lo han gestionado de maneras distintas ¿Cómo gestionar este malestar? El relato de la transexualidad está muy extendido; hay gente que le va bien como un modo de supervivencia adaptándose al modelo biomédico.

Insiste en que el concepto transexualidad está en construcción, haciendo un símil con la arquitectura urbana. Nos describe un edificio, donde los cimientos descansan sobre dos creencias o ideas muy asentadas: una es que tiene que haber concordancia entre el cuerpo, el sexo biológico y la manera como nos comportamos, es decir, el género en el que vivimos; la segunda es que el mejor tratamiento, si no se da la concordancia, es la modificación corporal. Ve que se ha desplazado la idea de patología pero que las creencias de fondo quizás no tanto.

Lo *trans* es una reacción, no es un fenómeno biológico; no es innato y la cultura debería permitir que las personas sean como quieran, no lo que se espera de ellas. El foco es el malestar con la sociedad. Deberíamos ser prudentes para

acompañar en la tolerancia a la incertidumbre, favoreciendo nuevos relatos, trayectorias de vida mediatisadas por la cultura. Se plantea una hipótesis: en una sociedad con normas diferentes, tal vez no hiciera falta hablar de transexualidad. Apuesta por romper el esencialismo de género, no siendo fijos ni estables, a pesar de que entiende que no sean fáciles, ya que generan inseguridad; entendiendo el género como un código que aprendemos a representar. La experiencia *trans* debería de ser un lugar para pensar y reflexionar que genera una oportunidad.

Comenta que el concepto transexualidad emerge para dar respuesta a los malestares de los adultos. Pone en duda, o en todo caso, pregunta si este marco interpretativo sirve para hablar de los malestares de género en la infancia y adolescencia. Algunos de estos malestares son muy profundos y no se deberían explicar únicamente desde el cuerpo, pero inciden en él. Afirma que se necesita una reflexión más profunda de los estados vitales y evolutivos y propone continuar reflexionando en esta cuestión.

Se debe diferenciar el acompañamiento de la identidad de género en la infancia y la adolescencia. En la infancia, no hay primera persona; tiene mucha fuerza el relato de las familias y se debe calmar esta ansiedad. En cambio, en la adolescencia se debe ayudar a elaborar el relato de la transexualidad ¿Quieren ser mirados, escuchados o cambiar de género? Es necesario un acompañamiento sin esperar nada, sin expectativas, sin querer dar en el clavo. Un elemento importante es poder acompañar a niños,

¹Sociólogo y activista *trans*. Consultor y formador independiente en el ámbito de las políticas públicas para la diversidad sexual y de género. Investigador externo de la Universidad de Vic.
Contacto: miguel.misse@gmail.com

adolescentes y a sus familias y que puedan sentir que podemos sostener la incertidumbre del no saber. A la vez, lanza la reflexión alrededor de cómo nos podremos hacer cargo de la incertidumbre del otro si no nos podemos hacer cargo de la nuestra.

Los discursos de los movimientos *trans* son plurales y diversos, aunque los medios de comunicación los presenten como si fueran únicos; actualmente, hay una discusión interna, una necesidad de rebelión con nuevas ideas. Vuelve a hacer referencia al ejemplo del edificio: cómo la fachada del edificio urbano va cambiando y es necesario su cambio y su renovación con el paso del tiempo. Esto implica rehuir de la visión médica inicial centrada en que alguna cosa no va bien en el individuo sin tener en cuenta todo el contexto que le rodea; implica aceptar la crítica y aportar nuevas ideas. Miquel hace referencia ya a conceptos como el de *transición* y también las *transiciones evanescentes* de un referente *trans* mexicano. Las personas *trans* no se pueden quedar con el concepto original que emergió a mediados del s. XX, han de superarlo, ser críticos y debatir para construir nuevos relatos.

Debate

A raíz del coloquio mantenido con los ponentes y el público, queríramos puntualizar algunas ideas sobre el fenómeno *trans*.

Se está observando un aumento de casos de adolescentes *trans* con diagnóstico TEA. Se plantea la hipótesis que sea una posición de carácter más defensivo, pero sobre todo debe abordarse desde el significado que ser hombre y ser mujer representa para cada uno de ellos/as.

A la pregunta de cuándo empezar a hormonarse, se deja claro que nunca debe ser el único paso y siempre debe ser una petición que venga del adolescente. Si existe la necesidad, se atiende.

Definición de libre elección de género: tener la capacidad de poder decidir sin coacciones internas y externas y con un grado de competencia adecuado. A las personas *trans* se les debe integrar en la toma de decisiones: informarlas y escucharlas en la medida que tengan la capacidad para decidir.

Concepto de *menor maduro* (41/2002 Ley de la Autonomía del Paciente): capacidad que tiene alguien en salud para decidir sobre un hecho concreto y un momento determinado.

Concepto de *despatologización del fenómeno trans*: no aceptar que haya certificados médicos que puedan avalar quién es cada persona.

Concepto de *autodeterminación del fenómeno trans*. Nunca debe ser entendido fuera de la realidad en que el género viene de un significado cultural compartido: no podemos ser mujer o hombre sin la mirada del otro.

En la complejidad del tránsito, prudencia: no frenar ni tampoco empujar.

Discusión

RUT SONNABEND¹

Notas introductorias

Luego de la *webinar* del mes de octubre, tenemos un nuevo encuentro junto a Sabel Gabaldón y a Miquel Missé, que han estado en la mesa del citado mes. Ojalá tengamos más encuentros para conversar, debatir y dialogar sobre este tema que nos importa, nos concierne y nos interpela. Es una buena manera de avanzar.

Han cambiado algunas cuestiones desde nuestro anterior encuentro. Seguimos inmersos en esta provisionalidad permanente, con incertezas, pero algo se ha movido, no sin dificultades. El borrador de la ley de igualdad que tanta polémica ha generado en el colectivo feminista y en el seno del mismo movimiento *trans* nos da una idea de la dimensión que genera este tema. Estamos atentos al devenir de los efectos de la propuesta de ley.

El tema que nos ocupa también está sujeto a cambios: se caracteriza por la variabilidad identitaria, las identidades no son fijas, no hay nada determinado, y es en la infancia que se verifica justamente como una época de cambios y evoluciones. Esta es una de las temáticas de la Tesis de Sabel Gabaldón, *Infancia y adolescencia trans. Reflexiones éticas sobre su abordaje*, de la que recomiendo su lectura. En el recorrido exhaustivo que realiza Sabel Gabaldón a partir de su experiencia clínica, recorremos la manera particular y cuidadosa que ha realizado con los niños y adolescentes.

Lo que me ha interesado en sus reflexiones, entre muchas otras interesantes también, es que si cada vez más recibimos niños y adolescentes que se plantean, no sin sufrimiento, sus dudas y malestares en una relación mortificante

con su cuerpo sobre su identidad, Sabel nos lleva a entender que no hay una única salida para esta situación: hay varias maneras de afrontar el fenómeno *trans*. No hay una salida única. Y se trata de acompañar a los niños para que cada uno o una encuentren la propia.

La identidad es algo a construir y en la infancia la experiencia en relación con la identidad debemos pensarla en constante evolución; no hay una evolución lineal, ni se adquiere una conciencia *trans* en la misma edad, ni las rupturas de las normas de género implican una vida adulta *trans*. Y esto es importante tenerlo en cuenta para saber que, en la infancia, no necesariamente las manifestaciones de los sujetos determinan una elección en relación con su identidad. Hay que poder diferenciar aquellos sujetos que decidirán en su devenir futuro una identidad *trans* de aquellos sujetos que en la infancia plantean en sus conductas, actitudes y comportamientos unas formas de ser que no responden necesariamente a una identidad de género *trans*.

Nuestro devenir no viene determinado genéticamente, tampoco a nivel de lo social; se trata de elecciones en las que inciden muchos factores y condicionantes, como lo familiar, lo social, lo biológico y lo propio de cada sujeto en su historia particular y única.

La infancia está marcada por la variabilidad en relación con las elecciones fundamentales del sujeto y los adultos que, desde distintos ámbitos, tenemos la responsabilidad de acompañarlos. Debemos ser cuidadosos y prudentes.

Querer no es desear y lo comprobamos constantemente en nuestra clínica. Los niños piden y dicen querer muchas cosas.

¹Psicóloga clínica y psicoanalista, CSMIJ de Sabadell de Parc Taulí.
Contacto: sonabend@copc.cat

Discusión

Los niños de nuestra sociedad actual quieren ser respondidos y que se los satisfaga inmediatamente. Estamos en la sociedad de la inmediatez; eso no significa que lo que expresan sea lo que desean. La infancia y la adolescencia es un tiempo de espera; no podemos empujarlos a decisiones precipitadas, ya que las consecuencias pueden comportar riesgos futuros. Pensar la experiencia de género en los niños o adolescentes no significa orientar un diagnóstico ni una política intervencionista a nivel terapéutico que luego no se corresponda con la verdadera elección del sujeto por las consecuencias que comportaría asumir de dicha elección.

Miquel Missé, a quien también escuchamos en la *webinar* de octubre y que recibimos hoy, y a quién hemos seguido en sus publicaciones e intervenciones en los medios de comunicación y también en su libro *A la conquista del cuerpo equivocado*, nos invita a recorrer su historia y su pensamiento, como persona y como activista *trans*.

Su testimonio nos permite comprender la experiencia de un sujeto y las vicisitudes en su tránsito, pero con un matiz muy interesante: Miquel Missé nos transmite sus dudas, angustias y logros y su visión particular que nos ayuda a reflexionar sobre un tema tan candente como es el que nos reúne en este debate.

Desde la asignación de nuestro sexo hasta la identificación con lo asignado algo falla si no nos sentimos representados, y se inicia para los sujetos un recorrido de malestar y sufrimiento. Miquel Missé nos pone en situación de alerta sobre el riesgo que puede conllevar la presión que desde el otro empuja a niños y adolescentes a

ciertas decisiones para deshacerse del cuerpo equivocado, situando el relato en que ese cuerpo se toma como defectuoso.

Pero nos aclara que no se trata de una crítica a los sujetos que deciden la reasignación de sexo como solución encontrada por ellos. La cuestión pasa por que esa no sea la única alternativa, que no sea la única respuesta.

En los *trans* no se trata de un rechazo al sexo: se trata de deshacer una asignación, no de deshacerse de su cuerpo. Se trata justamente de una inadecuación pero no de un rechazo. El sufrimiento es no lograr incluir su cuerpo en una sociedad transfóbica.

La infancia comporta un tiempo de espera para poder elaborar la historia particular de cada sujeto, un tiempo necesario para las decisiones vitales. Si se lleva a cabo de manera precipitada, puede producirse un no querer saber nada del malestar, eliminando todo resquicio de aquello que produce el síntoma en los sujetos y sus dudas, tal como nos lo transmite Miquel Missé cuando nos dice que “el cuerpo es el lugar en el que se expresa el malestar, pero no su causa”.

Creo que hay un diálogo que podemos imaginar entre nuestros dos invitados, que parte del interés que ambos expresan -y así lo testimonian- por el devenir en la infancia. No existe un determinante único ni un comportamiento objetivable en la elección sobre la sexualidad. Ambos abogan por dejar que los niños hagan tranquilamente su recorrido, sin empujar a ninguno al entusiasmo por las decisiones en una época temprana, decisiones que pueden abocarlos a lo peor en el sentido de elecciones.

Mesa 4

Trayectorias en primera persona. Desafíos y respuestas desde un modelo de salud mental comunitaria

Presentación

La mesa de *Trayectorias en Primera Persona* escogió tres ámbitos donde hacer visibles respuestas nuevas en la construcción de la salud mental en el siglo XXI.

El primero, la respuesta de la *Fundación El Llindar*, con su escuela de segundas oportunidades, ante la desconexión de púberes, adolescentes y jóvenes del mundo escolar y de su entorno de socialización y promoción personal. El segundo, la apuesta de la *Asociación Equilibri en Salut Mental* para avanzar en la conexión entre los equipos profesionales y los Grupos de Ayuda Mutua (GAM). Y el tercero apuesta por una compilación de testigos en primera persona, singulares, sobre experiencias de recuperación.

El grupo de trabajo que conforma la mesa está formado por: Fernando Lacasa (moderador), Sonia Fuentenebro (debate en línea), Myriam García (discusión), Anna Robert (documento de síntesis) y Francesc Vilà (discusión).

Fernando Lacasa empieza presentando la mesa y los ponentes. En relación con el término *Trayectoria*, que enmarca la mesa, recupera el concepto de *Trayectoria de la cinemática*, que es el lugar geométrico de las posiciones sucesivas por las que pasa un cuerpo en su movimiento. La trayectoria depende del sistema de referencia en el que se describe el movimiento; es decir, el punto de vista del observador. Y es el observador, precisamente, el que puede conocer el movimiento del objeto anticipando inclusive su recorrido. Cada observador puede describir el movimiento desde su perspectiva, pero como cada uno reconoce que su punto de vista es relativo, podrán reconciliar fácilmente las respectivas observaciones. En esta mesa, en la que hablarán personas y profesionales, esperamos encontrar puntos de realidad que sean reconocidos por todos y que permitan un diálogo constructivo y con visión de futuro. Tanto para los que observan desde fuera como para los que observan trazando su propia trayectoria.

Ponencias

Innovación educativa en nuevas oportunidades
Begonya Gasch

Propuestas de Innovación Comunitaria
Montserrat Salmerón

Comité Organizador de la Mesa 4

Francesc Vilà
Sonia Fuentenebro
Fernando Lacasa
Myriam García
Anna Robert

Desafíos y respuestas desde la educación

BEGONYA GASCH¹

Inicia la presentación Begonya Gasch, directora de la *Fundació El Llindar*. El año 2003, *El Llindar* inició su experiencia con ocho chicos. Ahora cuenta con 400. La clave: poder escuchar aquello que los primeros chicos -no había chicas en su origen- transmitían.

Cuando se los escuchaba, unos mostraban su inhibición ante los aprendizajes, otros sus síntomas en relación con la propia imagen y a la de los otros, y unos terceros la angustia por la vivencia del pasado y del futuro. Todos ellos testimonieron de su condición de *no-alumnos*. Así se fue construyendo la escuela de hoy, en un proceso colectivo entre maestros, educadores, talleristas, algunos "psi" y los *no-alumnos*.

El concepto de "nuevas oportunidades" hace referencia al sistema, que tiene que hacer las cosas de otro modo. Algunos chicos le habían dicho: "yo no he tenido una segunda oportunidad". El fracaso no es del alumno, es del sistema educativo. Y falta voluntad y coraje político para abordar esto de manera integral. Son escandalosas las cifras de fracaso y abandono escolar en nuestro país.

De inicio, estos alumnos eran los "locos" o los "delincuentes". Recuerda Begonya que Joaquín le dijo: "conmigo NO podrás". Ella le dijo: "por supuesto que no ¡¡Contra ti, no; juntos sí!!" A partir de aquí fueron construyendo el modelo de escuela. Una escuela que empuja sin exigir, con un carácter artesano, donde cada joven es responsable de su vida y busca su lugar en el mundo.

Hace poco, una alumna, Thais, en una entrevista le dijo: "estoy en una escuela donde no se

han dado por vencido conmigo". Begonya hace dos lecturas de esta afirmación: no me han dejado caer y no nos hemos dejado vencer juntos. Esta es la mejor experiencia de *El Llindar*, la recuperación.

Begonya rescata el carácter transitivo de *El Llindar* como un lugar de, donde cada día hay que reconocer a cada joven en aquello que es, confiar en sus capacidades, con el objetivo de reconnectar, revincular con la vida. Y desde una visión radicalmente abierta.

Existirían tres maneras de transitar por *El Llindar*:

- *El Llindar* como trampolín, con un itinerario de una media de dos años, por jóvenes que quieren volver a la educación reglada,
- *El Llindar* como segunda casa, con un itinerario de una media de cuatro años, por los jóvenes que no quieren volver a la reglada.
- *El Llindar* como bálsamo, con un itinerario de una media de entre dos y cuatro años de recorrido, con miradas amables que los reconnectan con la vida. Un lugar donde reposarse. Estos chicos lanzan su sufrimiento sobre los adultos. Vienen con vidas rotas, sin energía para aprender -casi ni para sobrevivir-, con una idea que los opprime, la de "no ser nadie", con dificultades para establecer vínculos, sujetas al límite. Con una relación muy complicada con el saber. Y parte del trabajo de *El Llindar* es aproximarse a esto que hace de obstáculo e impide acercarse al conocimiento. Apuestan claramente para poner palabras al malestar de cada joven y al del profesional.

¹Psicopedagoga. Directora de la Fundació *El Llindar*.
Contacto: aulataller@elllindar.org

Nerea, alumna de 2º año de la Fundació *El Llindar* (en vídeo)

“*El Llindar*, para mí, es una oportunidad para rehacer mi vida. Es un chip diferente el que tengo ahora, me ha abierto los ojos, antes no se me podía decir nada. En el instituto había 30 alumnos por clase y los tutores no me prestaban la atención que necesitaba. Creían que no tenía futuro. Aquí me gusta el caso que te hacen los tutores, lo bien que te hablan. Te escuchan, te entienden... me siento muy cómoda. Aquí he avanzado muchísimo más. Siento que puedo aprender con calma”.

“No me habían hablado bien de aquí pero después llegas y ves que es mentira: te respetan, te escuchan, te comprenden. Me ayudan, me dan un empujón. Tengo que mejorar cosas, pero despacio voy consiguiendo coger responsabilidades, que antes no podía. A mi ritmo. Como somos pocos, somos como una familia. Se adaptan a ti. Para mí, la oportunidad ha sido sacarme la ESO, tener un futuro. No habrá una tercera oportunidad. Aquí las cosas te las ponen

más fáciles, pero no lo son. Creo que a toda la gente que no le va bien hay que darle una oportunidad. Y si un chico en un Instituto no va bien, cambiándolo a otro pues tampoco irá bien.”

Al acabar la proyección del video, se señala cómo ella se está haciendo cargo de su vida. ¿Cómo se hace desde *El Llindar*? La respuesta pasa para cambiar el “contigo” a “conmigo”, para escuchar el que estos chicos pueden explicar de su etapa obligatoria. Ferran contó que él se sentaba junto a la papelera, Nagore que era “un infierno la escuela”.

En *El Llindar*, el éxito va más allá del rendimiento. Para ellos, hay que transgredir si se quiere inventar un camino nuevo, transgredir la presión de un sistema burocratizado para dejar al adolescente. La política de *El Llindar* como institución es inventar, como Gaudí con sus columnas torcidas, integrando en el entorno. *El Llindar* es como un “trencadís” gaudiniano.

El eje es la subjetividad. Se tiene en cuenta cómo llega el chico, tratando de moverlo del lugar de víctima a la posición de agente, poniendo palabras a su malestar.

Desafíos y respuestas desde las familias

MONTSERRAT SALMERÓN¹

La ponencia de Montse Salmerón, de la Asociació *Equilibri en Salut Mental*, se enmarca en la experiencia de ella misma como madre de un hijo con dificultades de salud mental. Quiere rescatar, en primer lugar, la necesidad de una visión más sistémica: de poder sostenerse como padres para acompañar a los chicos. Expone que allí donde acaba la asistencia de los profesionales de la red infantojuvenil, empiezan los Grupos de Ayuda Mutua (GAM). En estos grupos, los padres se organizan de manera horizontal para vincularse, compartir, buscar y recibir ayuda y atención si es preciso. Cumplen una función de apoyo psicológico para las propias familias, y enfatizan la importancia del cuidarse para poder cuidar.

El GAM infantojuvenil de *Equilibri* es el primer GAM infantojuvenil creado en Cataluña y hoy en día cuenta ya con cuatro años de experiencia. Se reúne en Sant Boi de Llobregat (Barcelona) cada 20 días aproximadamente y acoge padres de chicos de hasta 23 años. Montse cree que es crucial el hecho que los padres se puedan mantener estables y no decaigan en la ardua tarea de ayudar sus hijos en su autonomía, en la larga transición de la adolescencia a la edad adulta. Y en este sentido, los padres que participan en GAM infantojuveniles tienen necesidades diferentes a las de los padres de GAM de familiares de adultos.

Montserrat señala que muchos padres sienten el rechazo de otros padres o familiares por el hecho de tener un hijo que no es igual a los otros chicos. Algunos se encuentran con que su hijo varón es etiquetado de “malo”, se trata de un estigma que no se acepta ni se entiende

fácilmente. Las chicas pueden sufrir violencia de género por su vulnerabilidad y dependencia emocional. Recoge también una forma de violencia más sutil, la institucional, que aparece en la ausencia de respuesta, cuando desde la administración o los recursos no se pueden hacer cargo de las complejidades de estos chicos y estas familias.

La ponente señala también la importancia de acercar a los profesionales de la salud mental al entorno de los adolescentes, que salgan de las consultas para ir donde están los jóvenes. El GAM infantojuvenil de Sant Boi ha ideado un proyecto comunitario que recogería estas necesidades de los padres para mejorar la atención de sus hijos.

Montserrat recupera el GAM como un espacio para cuidarse y en el cual los padres, de manera consensuada, eligen y organizan actividades o charlas con profesionales que creen que les pueden aportar conocimiento y competencia a la hora de soportar las dificultades de sus hijos.

Respecto a la COVID y como les ha afectado, relata que el confinamiento ha sido muy duro para estos chicos, y que ha obligado a pasar el GAM a formato telemático para poder continuar con los encuentros, puesto que las familias se han visto muy desbordadas. La salud mental de los chicos no ha mejorado en este tiempo y, a través de los encuentros en línea, la angustia de las familias ha podido expresarse y compartirse.

De manera general, según Montserrat, la red de asistencia en salud mental infanto-juvenil procura respuestas comunes (medicación, recursos, etc.), pero las familias necesitan algo más en cuanto a cuidarse.

¹Familiar y miembro de l'Associació *Equilibri*, asociación de familiares y amigos de enfermos mentales de Sant Boi de Llobregat.

Contacto: blainet67@gmail.com; associacio.equilibri@gmail.com

Hacen falta recorridos y salidas singulares, adaptados a cada chico.

Los GAM tienen esta función de recoger los trozos de alguien que lo está pasando mal y reconstruirlos como grupo, intentando que ningún familiar sufra depresión ante la dureza de ayudar a salir adelante un chico que no pueden reconducir. Es el caso, por ejemplo, de no pocas familias donde se da violencia filio parental.

En cuanto al modelo de atención ante situaciones de crisis de estos jóvenes, Montserrat señala que las urgencias de psiquiatría les hacen dar muchas vueltas a los chicos y sus familias para después devolverlos a casa, muchas veces sin ninguna solución satisfactoria. Esto agota mucho, y a la larga muchas familias optan por no pedir ayuda y aguantar las crisis (por ejemplo, de agresividad) en casa. Las familias reclaman que los servicios ambulatorios

del territorio puedan atender las crisis, evitando ambulancias y desplazamientos innecesarios.

En el tema del tránsito de la atención infanto-juvenil a la atención de adultos, Montserrat plantea que se pueda alargar la edad de atención en los Centros de Salud Mental Infanto-juvenil (CSMIJ). En el GAM la han alargado hasta los 23 años. Habla de la necesidad de un puente entre CSMIJ y Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) para que el cambio entre redes no sea abrupto. Los chicos muchas veces rechazan la asistencia por las condiciones asistenciales del CSMA y con frecuencia tardan un par de años en retomar el tratamiento después de la mayoría de edad. En esta franja de edad pueden darse crisis personales, familiares, hasta suicidios, así que la cuestión es seria y la administración se tiene que implicar.

Reflexión sobre la imposibilidad de encontrar un testimonio en primera persona para esta mesa

FRANCESC VILÀ¹, SONIA FUENTENE BRO^{2A}, FERNANDO LACASA^{23B}, MYRIAM GARCÍA^{2B} Y ANNA ROBERT^{3C}

El grupo que organiza esta cuarta mesa proyecta un video grabado unos días antes, donde reflexionan sobre el hecho de no haber podido concretar la participación de un representante de las asociaciones de Primera Persona. Se informa que hasta tres personas diferentes se habían ofrecido a relatar su vivencia personal, pero ninguna de ellas finalmente ha podido hacerlo. El grupo, en esta situación, se interpela por esta imposibilidad de llevar a la mesa un testimonio en primera persona.

Se expone cómo los medios digitales que estamos empleando de manera generalizada a raíz de la pandemia por COVID19 han supuesto la modificación de la relación profesional-paciente de antaño. Y cómo la ausencia de estas tres personas supone un claro mensaje en cuanto a la menor estabilidad y fuerza del vínculo que se establece en el medio digital. También hace pensar que, durante la pandemia, la atención telemática no ha sido igual que la presencial. El hecho de que el cuerpo no esté presencialmente, que esté solo en la pantalla, ha supuesto una dificultad en la alianza terapéutica y en la continuidad de los procesos de asistencia.

Se comenta también que hay que poder dejar atrás una posición biomédica que impera en la atención infanto-juvenil para dar a un modelo más horizontal de atención a los chicos y a sus familias. Y cómo esta horizontalidad puede ser muy bien recibida; cómo el profesional puede

mostrarse próximo y cálido, sin por eso perder la autoridad terapéutica. Y en qué sentido los profesionales tienen que poder formarse y prepararse para sentirse cómodos dentro de su rol sin tener que ser distantes (defensivos) en su práctica clínica.

Se cita a Josep Maria Esquirol, quien dice que la esencia del ser humano es estar a la intemperie. Y cómo el confinamiento y el uso de las pantallas ha aumentado esta sensación de fragilidad, de estar a la intemperie. El confinamiento y el COVID han separado a las personas en pro de la prevención del contagio, pero no ha tenido en cuenta la prevención de la salud mental. El vínculo afectivo, pero también el contacto humano, es necesario para la salud mental. El contacto en línea no palió suficientemente esta carencia. Las casas no siempre han sido lugares privados donde poder contactar con los pacientes, al contrario, en ocasiones han estado llenas de ojos y orejas que han impedido un acercamiento terapéutico en privacidad. Sería muy interesante poder saber qué ha pasado entre los protagonistas y los coprotagonistas que han estado en sus domicilios.

Conectando con la temática del congreso, la obligación de pasar a telemático lo presencial por la pandemia y el confinamiento ha supuesto una transición digital, que ha dejado fuera a mucha gente (exclusión) y ha sumido a mucha otra en un estado de soledad (segregación).

¹Psicoanalista e investigador en salud mental comunitaria. ²Psicóloga. ³Coordinador del CSMIJ Sants-Montjuic (Barcelona). ³Coordinador del CSMIJ Cornellà. ³CSMIJ Cornellà (Barcelona). ³Área de Adolescentes de Benito Menni CASM (Barcelona).
Contacto: arobertyhbmanni@hospitalarias.es

Haciendo autocrítica respecto la ausencia del testimonio en primera persona, se reflexiona en otras maneras de ser presente, por ejemplo, a través de la escritura, y que podrían haber favorecido contar con un testimonio sin la exposición y el temor “escénico” que suponen las pantallas y la voz. Convendrá que la nueva salud mental reinvente cómo hacer presencia en el nuevo mundo virtual.

Debate de la mesa

En el turno de debate, Francesc Vilà aporta que pensar en las experiencias de recuperación nos lleva a pensar en la Salud Mental del futuro. También nos lleva a reflexionar sobre la vinculación entre el cuerpo, uno mismo y los otros. Son asuntos que se tienen que tratar. La estigmatización y la cronificación son caminos habituales de la Salud Mental del ayer, pero no pueden serlo en la del mañana.

Le pregunta a Begonya Gasch cómo *El Llindar* descubrió un diagnóstico principal: los *no-alumnos*. Begonya responde que partían de una idea, del no saber, del estar a la intemperie. Lo que es radical es la escucha y la idea de escuela. A menudo se confía demasiado en una idea mecanicista: quienes van escuela son alumnas. ¿Y quiénes no van? ¿Qué son? Algunos de los que van a la escuela no conectan con lo que tiene que ver con el aprendizaje tal y como se presenta en la escuela y terminan siendo *no-alumnos*. Podemos añadir, por nuestra parte, a lo que plantea Begonya, que son necesarias *no-escuelas* para estos *no-alumnos*, unas *no-escuelas* que ofrezcan una relación diferente con el aprendizaje, que favorezcan la experiencia de aprender. Aprender va más allá de la escuela; es una capacidad humana que dura toda la vida.

El Llindar tiene voluntad de ser escuela que acoge diversidades. Lo paradójico es que, incluso hoy en día, hay quien no los considera escuela. Consiguieron darle forma al proyecto

trabajando mucho en equipo, generando un saber colectivo, saliendo de los parámetros; entendiendo que no hay una única manera de ser alumno. Nerea ha empezado a poder aprender después de meses. Los chicos necesitan un tiempo para poder aceptar que son “alumnos”.

Sonia Fuentenebro, moderadora del chat, traslada algunas preguntas y reflexiones de los participantes entorno la buena experiencia que supone *El Llindar* como escuela “amable”, que no hace sentir culpables a los chicos que no logran “el éxito” académico; y entorno a la necesidad de un cambio de paradigma en el abordaje de la salud mental infanto-juvenil, donde las familias tengan un papel de coprotagonistas.

En relación con la transición entre CSMIJ y CSMA, Fernando Lacasa explica la experiencia de Cornellà, donde un año antes de la derivación ya se empieza a trabajar con los chicos, con las familias y con el CSMA: con los adolescentes y sus familias, tratando de que su proyecto vital incluya el cuidado en salud mental; con el CSMA, asegurando el seguimiento de los casos con reuniones cada mes y medio, con una derivación de profesional a profesional, lo que puede incluir sesiones conjuntas y con un sistema de repesca de aquellos casos que no acuden al CSMA. Con estas y otras tareas se ha conseguido reducir a cero el número de casos desvinculados, según una auditoría interna.

Francesc Vilà pregunta a Montserrat Salmerón cómo piensan incorporar desde los GAM a los profesionales más en horizontal. Montserrat aboga por el trabajo comunitario: trabajar con trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales especializados en salud mental, que estén en contacto con los chicos, y que sigan las pautas de los profesionales (psiquiatras y psicólogos). Se podría hacer con un equipo multidisciplinario. Supondría desatascar la hospitalización y rescatar a los chicos que quedan por el camino; trabajar las familias en conjunto, bajo directrices de los profesionales; y trabajar los profesionales en el entorno en contacto con los jóvenes.

La calidad de vida en adolescentes que ingresan en un hospital de día de salud mental*

LÍDIA SARRIÓ-COLAS¹, ELVIRA PLA-TOMAS¹, ANA MARTÍ-GARCÍA¹, JORDI FIOL-MUNAR¹, LAURA AGRAMUNT-PRÍNCEP¹ Y ROGER FERRER-SABATÉ¹

RESUMEN

La calidad de vida en adolescentes que ingresan en un hospital de día de salud mental. En el programa de hospitalización de día de salud mental se acogen a los adolescentes que necesitan de la intervención de un equipo multidisciplinar. La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) nos da información sobre la percepción de la salud del adolescente. El objetivo del estudio es describir las características sociodemográficas y clínicas de los adolescentes y conocer la calidad de vida durante el ingreso y al alta del programa. Se trata de un estudio longitudinal y descriptivo. El cuestionario utilizado para medir la calidad de vida de los/las adolescentes ha sido el SF-36. Se concluye que las intervenciones realizadas en el hospital de día impactan positivamente en la CVRS los adolescentes. *Palabras clave:* adolescentes, hospital de día, salud mental, calidad de vida, enfermería, SF36.

ABSTRACT

Quality of life in adolescents admitted to a mental health day hospital. Adolescents who need the intervention of a multidisciplinary team are admitted to the mental health day hospital programme. Health-related quality of life (HRQoL) gives us information about the adolescent's perception of health. The aim of the study is to describe the socio-demographic and clinical characteristics of the adolescents and compare the quality of life when they are admitted and when they are discharged from the programme. It is a longitudinal and descriptive study. The questionnaire used to measure the quality of life of the adolescents was the SF-36. It is concluded that the interventions carried out in the day hospital have a positive impact on the adolescents' HRQoL. *Keywords:* adolescents, day hospital, mental health, quality of life, nursing, SF36.

RESUM

La qualitat de vida en adolescents que ingressen a un hospital de dia de salut mental. Al programa d'hospitalització de dia de salut mental s'acullen adolescents que necessiten la intervenció d'un equip multidisciplinari. La qualitat de vida relacionada amb la salut (CVRS) ens dona informació sobre la percepció de la salut de l'adolescent. L'objectiu de l'estudi és descriure les característiques sociodemogràfiques i clíniques dels adolescents i conèixer la qualitat de vida durant l'ingrés i l'alta del programa. És un estudi longitudinal i descriptiu. El qüestionari utilitzat per mesurar la qualitat de vida dels adolescents ha estat l'SF-36. Es conclou que les intervencions realitzades a l'hospital de dia impacten positivament en la QVRS dels adolescents. *Paraules clau:* adolescents, hospital de dia, salut mental, qualitat de vida, infermeria, SF 36.

Introducción

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) nos da información sobre la percepción de la salud del adolescente. Para Shumaker y Naughton (1995), la CVRS es la “evaluación

subjetiva de la influencia del estado de salud actual, el cuidado de la salud y las actividades promotoras de la salud, en las habilidades para alcanzar y mantener un nivel de funcionamiento general que permita seguir las metas valoradas de vida y que esto se refleje en su bienestar general”.

*Póster ganador del 1er Premio

¹Fundació Pere Mata Terres de l'Ebre, Amposta, Tarragona.

Contacto: sarriol@peremata.com

Las investigaciones recientes en la población adolescente revelan que la CVRS se percibe peor a mayor edad. Durante la infancia, no se observan diferencias entre niños y niñas, pero en la adolescencia aparecen notables diferencias, donde las adolescentes reciben puntuaciones significativamente más bajas que los adolescentes (Svedberg, Eriksson y Boman, 2013).

Jörngården, Wettergen y von Essen (2006), en su investigación con adolescentes, informan que las adolescentes reportan peores estados de CVRS en relación con los adolescentes y que la ansiedad se correlaciona negativamente con la CVRS en ellas; sin embargo, con la depresión, en relación con el género, no se observan diferencias significativas (Kristjánsdóttir, Sundelin y Naessen, 2009). Chen y Storr (2006) consideran que el alcohol tiene un impacto negativo en la CVRS de los y las adolescentes. Puntuaciones bajas en las dimensiones relacionadas con la salud mental predicen el abandono escolar (Butterworth y Leach, 2017). En cuanto a factores de riesgo y de protección, el ejercicio físico se considera un factor de protección en la CVRS y la depresión y la ansiedad se correlaciona de forma negativa con la CVRS (Hegberg y Tone, 2015; Kristjánsdóttir et al., 2009; Snyder, Martinez, Bay, Parsons, Sauers y Valovich, 2010).

La depresión es una enfermedad grave. La población adolescente es una preocupación en las políticas de salud pública y de relevancia por sus múltiples factores de riesgo. En la actualización de la *Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia*, el Ministerio de Sanidad y Política Social estima que la depresión es del 5,6 % en adolescentes entre 13 y 18 años, y que el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo de edad de 15 a 19 años, al mismo nivel que los accidentes de tráfico, y sólo por debajo del cáncer de cualquier tipo (Ministerio de Sanidad. Servicios Sociales e Igualdad, 2018).

La población adolescente a la que nos referimos forma parte de un estrato de población con alta vulnerabilidad. Las unidades de hospitalización de día de salud mental son unidades de diagnóstico y tratamiento para adolescentes, formadas por un equipo multidisciplinar, en el que se realizan intervenciones destinadas a la recuperación de adolescentes (Gualtero, 2011).

Los hospitales de día se han convertido en una de las principales modalidades de intervención para niños y adolescentes con trastornos psicopatológicos graves (Graf, Schulte-Markwort y Richter, 2001; Pedreira, 2001). La bibliografía constata la eficacia de los programas de hospital de día en problemas conductuales y emocionales en niños y adolescentes, como trastornos de la conducta (Molinuevo, Pardo, Andión y Torrubia, 2004), el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Jiménez, 2003), los trastornos de la conducta alimentaria (Reilly et al., 2020; Yun, Id, Yin, Sun, Yang y Li, 2019) y los trastornos generalizados del desarrollo (Alcamí, 2014).

El programa de hospitalización en el que se realiza esta investigación atiende a la diversidad de adolescentes con diferentes dificultades, que se presentan tanto en la infancia como en la adolescencia. Las intervenciones que se realizan en el programa de hospitalización de día son actividades dirigidas a la recuperación de habilidades y competencias necesarias para asegurar la calidad de vida del adolescente. Estas intervenciones se diseñan en relación con los objetivos de recuperación, teniendo en cuenta las características individuales y de la situación psicosocial de cada persona, valoradas previamente en el Proyecto terapéutico individual (PTI) consensuado con el adolescente y la familia. Algunas de las actividades realizadas más relevantes son las siguientes: Taller de creatividad y expresión plástica, Escuela de padres, Habilidades sociales, Aula, Taller de jardinería, Actividades deportivas, Actividades de la vida diaria, Taller de ludoterapia, Hábitos de salud, Cocina y Expresión personal. Además de las actividades de carácter general existen programas específicos (PE) en función de las necesidades de cada adolescente que se agrupan en diferentes programas, entre los que se encuentran: PE para trastornos de la conducta alimentaria, PE para trastorno del espectro autista, PE para psicosis y PE para trastornos afectivos. Los estudios que evalúan el coste-efectividad apoyan los programas ambulatorios, ya que son más rentables y permiten a los adolescentes mantener el contacto con sus familiares, facilitan y complementan la implicación de la familia y de la escuela en el tratamiento, reducen los costes sanitarios y previenen

posteriores ingresos en otros recursos (Boege, Corpus, Schepker, Kilian y Fegert, 2015; Díaz-Sibaja, Trujillo y Peris-Mencheta, 2007).

El estado de salud-enfermedad se construye a partir de la percepción subjetiva de la persona y, a través de las creencias, valores y costumbres, la persona construye y proyecta sus objetivos y las expectativas que quiere conseguir. La calidad de vida (CV) evalúa el funcionamiento físico, la salud mental, la autonomía y el apoyo social.

El objetivo del estudio es describir la características sociodemográficas y clínicas de los adolescentes y conocer la calidad de vida de los jóvenes durante el ingreso al Hospital de día infanto-juvenil (HDIJ).

Metodología

Se trata de un estudio longitudinal y descriptivo, con medidas repetidas pre y post intervención. El ámbito de estudio es el HDIJ y los datos han sido recogidos entre enero del 2016 y diciembre del 2020. En total se han incluido 70 adolescentes con una edad comprendida entre 12 y 18 años y el tipo de muestreo ha sido consecutivo.

El cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas, que se agrupan en ocho dimensiones: funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental (ver tabla 1 del anexo). Adicionalmente, incluye una pregunta de transición sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior, que no tiene validez estadística. Cada dimensión de la SF-36 se valora numéricamente entre el 0 y el 100, de forma que, a mayor puntuación, mejor es la calidad de vida. Alonso, Prieto y Anto (1995) llevaron a cabo la validación al castellano de la SF-36, que proporciona un perfil del estado de salud y se puede aplicar tanto a pacientes como a población sana. El coeficiente de alfa de Cronbach se encuentra entre 0,71 y 0,94. Las puntuaciones crudas del SF-36 han sido explotadas a través del *Quality-Metric Health Outcomes™ Scoring Software 5.1*. Posteriormente, los datos fueron recogidos en una hoja de cálculo tipo excel y se han descrito en porcentajes y medias.

Resultados

Los resultados que se exponen a continuación están relacionados con describir las características sociodemográficas y clínicas del adolescente.

En el presente estudio, participaron un total de 70 adolescentes. En cuanto a su distribución relacionada con el sexo, más de la mitad (54 %) son hombres y la edad media fue de 14,18 años, en un rango de 12-18 años (ver tabla 2 del anexo). La media de ingreso se sitúa en 133 días hábiles. Podemos destacar que el 56 % vive con las madres y los padres; el 39 %, con padres y madres separados; el 3 %, se encuentran tutelados por familiares y el otro 3 %, la tutela pertenece a la DGAIA (Dirección general de atención a la infancia y adolescencia) (ver gráfica 1 del anexo). En cuanto a las variables clínicas, observamos que los diagnósticos que se presentan de más frecuencia a menos frecuencia son: los trastornos de la conducta y de las emociones, los trastornos del desarrollo, los trastornos neuróticos, los trastornos depresivos, los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos de personalidad (ver gráfica 2 del anexo). También destacamos que el 7,1 % de los adolescentes fueron derivados a la UCA (Unidad de crisis adolescente) por un empeoramiento de la clínica.

Los adolescentes que ingresan al HDIJ presentan puntuaciones considerablemente bajas en todas las dimensiones, comparadas con la población de referencia española (ver gráfica 3 del anexo). Las dimensiones que presentan peores puntuaciones al ingreso son: el rol o problemas emocionales (48,09), la salud mental (50,29), la percepción de la salud general (54,21), la vitalidad (54,14) y la función social (56,51). Todas ellas se mantienen $\leq 56,51$. Las puntuaciones relacionadas con la función física, rol físico y dolor corporal al ingreso contienen puntuaciones $\geq 65,36$. Dentro de estas, la salud mental y los problemas emocionales son las que reciben peores puntuaciones.

En general, al alta la mejora se observa en todas las áreas. Las dimensiones en las que se observa un mayor incremento en las puntuaciones medias del ingreso con respecto al alta son: el rol emocional con la puntuación más alta, la función social y la salud mental, respectivamente (ver gráfica 4 del anexo).

También es importante el resultado del ítem sobre la función de transición de la salud, que, aunque no tenga valor estadístico, nos da información sobre el cambio de salud en el tiempo, con mejores resultados en el presente comparados con el último año (ver gráfica 5 del anexo).

De los resultados en las ocho dimensiones que componen el SF-36, se encuentran diferencias entre adolescentes de sexo masculino y femenino, observándose peores puntuaciones en el sexo femenino que en el masculino, menos en el rol físico, en el que las mujeres presentan puntuaciones más altas (gráficas 6 y 7 del anexo). Al alta del HDIJ, se observa un aumento de las puntuaciones medias en todos los ítems, tanto en el sexo masculino como en el femenino, pero se mantienen los de sexo masculino con puntuaciones superiores.

Discusión

En relación con el presente estudio y la revisión realizada en diferentes investigaciones, podemos observar y explicar una serie de factores sociodemográficos y clínicos de los y las adolescentes.

Los ingresos de los adolescentes superan a los de las adolescentes, coincidiendo con las muestras presentadas en los diferentes estudios que analizan la realidad asistencial similar a la del presente estudio (Díaz-Sibaja et al., 2007).

Las puntuaciones medias de la CVRS en la población general española (Arostegui y Núñez-Antón, 2008) superan a las puntuaciones medias adolescentes que fueron ingresados. Los y las adolescentes presentan niveles bajos en todas las dimensiones excepto en las de función física, en la cuales las puntuaciones medias superan las de la población de referencia, coincidiendo con el estudio de Kristjánsdóttir et al. (2009).

Los resultados de las puntuaciones medias en el ingreso son diferentes para ambos sexos. Las adolescentes perciben peores resultados que el género masculino. Al alta, se mantienen estas diferencias de género, coincidiendo con otros estudios sobre diferencias de género (Svedberg et al., 2013). Pero observamos que, en el rol físico, relacionado con el rendimiento en las actividades de la vida diaria, el sexo femenino supera al sexo masculino.

También las dimensiones relacionadas con la salud física que son el dolor corporal se asemejan a la población de referencia, menos el rol físico, que, aunque no llega a tener puntuaciones tan bajas como las relacionadas con la salud mental; igualmente, son bajas. Coinciendo con otros estudios de adolescentes con trastornos mentales (Jörngården et al., 2006), las peores puntuaciones en el ingreso son las que tienen más impacto en la salud mental. La que recibe peor puntuación al ingreso es el rol emocional, la siguen la salud mental, la vitalidad, la salud general y la función social.

Las puntuaciones al alta mejoran en todas las dimensiones, aunque podemos señalar que las dimensiones que tienen más impacto en la mejora son el rol emocional, la función social, la salud mental, el rol físico, la salud general y la vitalidad, consecutivamente. El dolor corporal y la función física ya partían de puntuaciones altas y su impacto ha sido menos relevante.

Conclusiones

La QVRS es un buen indicador que orienta para diseñar intervenciones, así como en algunos casos a consensuar el diagnóstico. Además, obtenemos información de los adolescentes referente en relación con la salud.

La diversidad de trastornos mentales en la adolescencia que acoge los hospitales de día de adolescentes implica una exigente y alta continuidad en la actualización formativa de los profesionales, así como en una amplia diversidad en la especificidad de programas de intervención.

La adolescencia forma parte del ciclo vital y, por ende, de un proceso de desarrollo y de estrés, pero, además, si confluye con un trastorno mental, puede condicionar el ingreso. En el momento del ingreso, la CVRS en los adolescentes se encuentra gravemente afectada, lo que implica un riesgo asociado a la salud, las funciones ocupacionales, laborales o académicas, mayor probabilidad de comorbilidad y de morbilidad, con la posibilidad de posteriores reingresos y una mayor carga familiar.

En el alta, el adolescente presenta una estabilización en todas las dimensiones relacionadas con la CVRS, aunque la mayoría de las

dimensiones no llegan a la estandarización normativa, sobre todo las relacionadas con la salud mental.

Existen diferencias de género importantes en la mayoría de las dimensiones tanto en el ingreso como en el alta. Hay que tener en cuenta los diferentes estudios que constatan que en la adolescencia existen diferencias relacionadas con el género. Se debería incidir más en la investigación teniendo en cuenta los factores socioculturales relacionados con el género, ya que contribuyen en la detección, el tratamiento, la intervención y, en consecuencia, a la CVRS de los y las adolescentes.

Aplicar instrumentos de medidas que nos permitan evaluar a las personas en diferentes etapas de la vida nos permite monitorizar la CVRS y diseñar proyectos individualizados. Las dimensiones, aunque todas aumentan durante el proyecto, no lo hacen por igual; conocer la relación entre diferentes variables estudiadas en esta investigación nos podría ayudar a definir y perfilar las intervenciones y los programas dirigidos para contribuir en la recuperación y la CVRS de los y las adolescentes.

Agradecimientos

A los y a las adolescentes, a las familias, a la Fundació Pere Mata Terres de l'Ebre y al VII Congrés Català de Salut Mental de la Infància i l'Adolescència 2021.

Bibliografía

- Alcamí Pertejo, M. (2014). La atención en hospitales de día a niños y adolescentes con trastorno generalizado del desarrollo. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 23, 17-23.
- Alonso, J., Prieto, L. y Anto, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771-6.
- Arostegui Madariaga, I. y Núñez-Antón, V. (2008). Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form - 36 (SF-36). *Estadística Española*, 50, 147-192.
- Boege, I., Corpus, N., Schepker, R., Kilian, R. y Fegert, J. M. (2015). Cost-effectiveness of intensive home treatment enhanced by inpatient treatment elements in child and adolescent psychiatry in Germany: A randomised trial. *European Psychiatry*, 30(5), 583-589. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.01.009>
- Butterworth, P. y Leach, L. S. (2017). The early onset of distress disorders and high school dropout: Prospective evidence from a national cohort of Australian adolescents. *American Journal of Epidemiology*, April. <https://doi.org/10.1093/aje/kwx353>
- Chen, C. Y. y Storr, C. L. (2006). Alcohol Use and Health-Related Quality of Life among Youth in Taiwan. *Journal of Adolescent Health*, 39(5), 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2006.04.019>
- Díaz-Sibaja, M. A., Trujillo, A. y Peris-Mencheta, L. (2007). Hospital de día infanto-juvenil: programas de tratamiento. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 7(1), 80-99.
- Graf Schimmelmann, B., Schulte-Markwort, M. y Richter, R. (2001). Die tagesklinische Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 29(3), 178-188. <https://doi.org/10.1024//1422-4917.29.3.178>
- Gualtero, R. D. (redactor) (2011). Hospital de día y otras modalidades de hospitalización parcial en salud mental. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del Adolescente*, 3, 1-98.
- Hegberg, N. J. y Tone, E. B. (2015). Physical activity and stress resilience: Considering those at-risk for developing mental health problems. *Mental Health and Physical Activity*, 8, 1-7.
- Jiménez Pascual, A. (2003). Reflexiones sobre algunos trastornos de conducta y de hiperactividad en la infancia. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 2, 21-32.
- Jörngård, A., Wettergren, L. y von Essen, L. (2006). Measuring health-related quality of life in adolescents and young adults: Swedish normative data for the SF-36 and the HADS, and the influence of age, gender, and method of administration. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4(1), 91.

- <https://doi.org/10.1186/1477-7525-4-91>
- Kristjánsdóttir, J., Sundelin, C. y Naessen, T. (2009). Health-related self-assessed quality of life in young people at a youth centre in Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(3), 465-472.
- <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00642.x>
- Ministerio de Sanidad. Servicios Sociales e Igualdad. (2018). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia*. (p. 337). Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Molinuevo Alonso, B., Pardo Cladellas, Y., Andión Pérez, Ó. y Torrubia Beltri, R. (2004). Els estils educatius familiars com a factors de risc per a la inadaptació social i la conducta delicativa. *Invesbreu*, 27, 5-8.
- Pedreira Massa, J. L. (2001). Los hospitales de día en la atención de los trastornos mentales de la adolescencia: Orientación psicoterapéutica. En *Problemática de la adolescencia y otros aspectos de la edad evolutiva* (pp. 103-148).
- Reilly, E. E., Rockwell, R. E., Ramirez, A. L., Anderson, L. K., Brown, T. A., Wierenga, C. E. y Kaye, W. H. (2020). Naturalistic outcomes for a day-hospital programme in a mixed diagnostic sample of adolescents with eating disorders. *European Eating Disorders Review*:
- The Journal of the Eating Disorders Association*, 28(2), 199-210.
- <https://doi.org/10.1002/erv.2716>
- Shumaker, S. y Naughton, M. J. (1995). The International Assessment of Health-related Quality of Life: a theoretical perspective. En S. Shumaker y R. Berzon (Eds.), *The International Assessment of Health-related quality of life, Translation, Measurement and Analysis* (pp. 3-10). Oxford: Rapid Communication of Oxford.
- Snyder, A. R., Martinez, J. C., Bay, R. C., Parsons, J. T., Sauers, E. L. y Valovich McLeod, T. C. (2010). Health-related quality of life differs between adolescent athletes and adolescent nonathletes. *Journal of sport rehabilitation*, 19(3), 237-248.
- <https://doi.org/10.1123/jsr.19.3.237>
- Svedberg, P., Eriksson, M. y Boman, E. (2013). Associations between scores of psychosomatic health symptoms and health-related quality of life in children and adolescents. *Health and quality of life outcomes*, 11, 1-8.
- <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-176>
- Yun, X., Id, W., Yin, W. Q., Sun, H. W., Yang, S. X. y Li, X. Y. (2019). The association between disordered eating and health-related quality of life among children and adolescents: A systematic review of population-based studies. *PLOS ONE*, 1-17.
- <https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222777>

Anexos

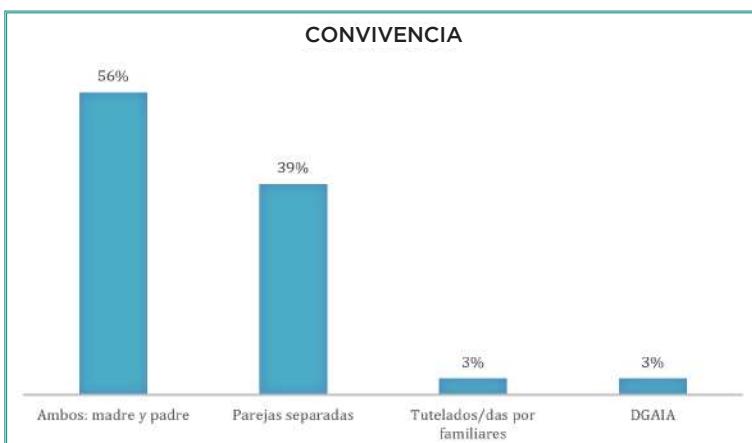
Tabla 1: Descripción de las dimensiones del cuestionario SF-36

D-I	• Función física (FF): Relacionada con el grado que la falta de salud física limita las actividades físicas de la vida diaria.
D-II	• Rol físico (RF): Las actividades de la vida diaria y el trabajo diario se encuentran interferidas por la falta de salud, que repercute en el rendimiento o limita y dificulta la realización de estas.
D-III	• Dolor corporal (DC): Engloba la intensidad de dolor percibido y el efecto de este en el trabajo o las actividades de la vida diaria.
D-IV	• Salud general (SG): Autoevaluación del estado de salud, que incluye la situación actual, las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.
D-V	• Vitalidad (VT): Sensación de energía y vitalidad, contrarrestada con el cansancio y el desánimo.
D-VI	• Funcionamiento Social (FS): Los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren con la vida social habitual.
D-VII	• Rol emocional (RE): Problemas emocionales que afectan al trabajo y otras actividades de la vida diaria, y considera la reducción del tiempo empleado y la disminución del rendimiento y cuidado en el trabajo.
D-VIII	• Salud mental (SM): Se consideran la depresión, la ansiedad, el autocontrol y el bienestar general.

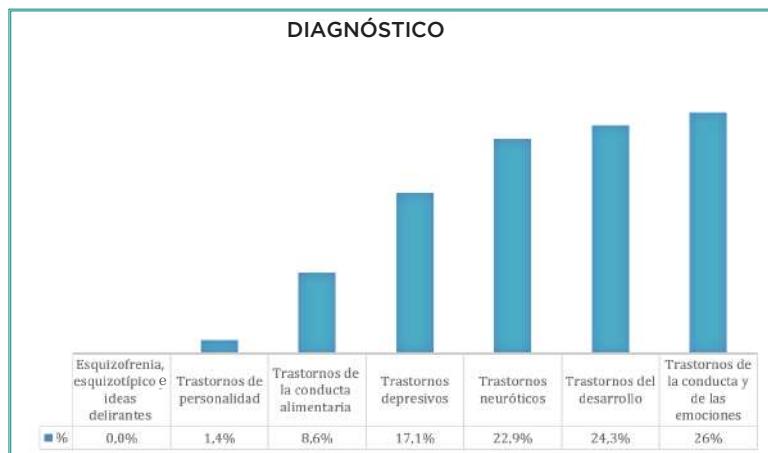
Tabla 2: Datos sociodemográficos

Sexo	<i>N = 70</i>	%
<i>Femenino</i>	32	46
<i>Masculino</i>	38	54
Edad	Rango 12-18	" = 14,18

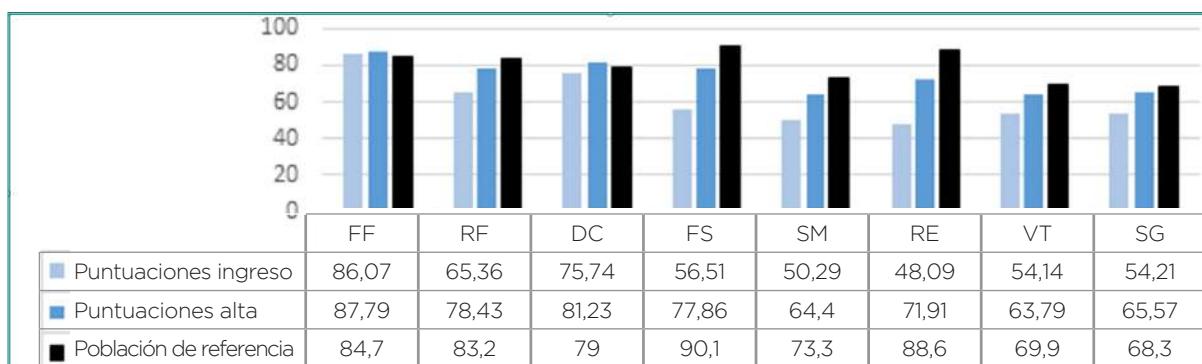
Gráfica 1: Convivencia



Gráfica 2: Diagnóstico

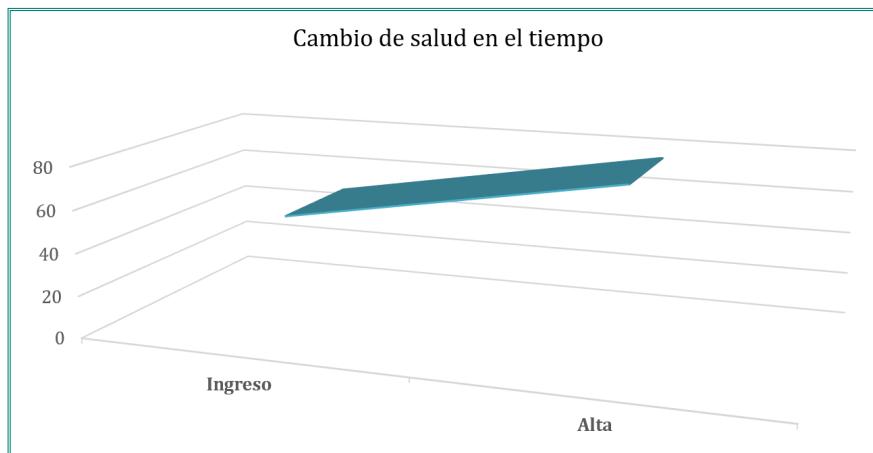
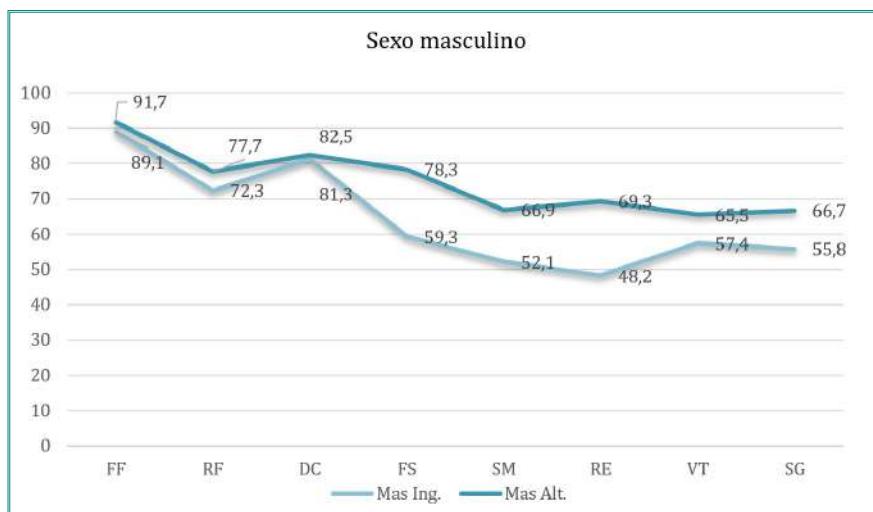


Gráfica 3: Puntuaciones de la CVRS de los y las adolescentes



Gráfica 4: Evolución de la calidad de vida al ingreso y al alta



Gráfica 5: Cambios de la salud en el tiempo**Gráfica 6: Cambios en la QVRS en el ingreso y al alta**

Gráfica 7: Cambios en la QVRS en el ingreso y al alta



Prescripción social y salud mental ¿conocida o desconocida?*

MARIA FOGUET GOMIS^{1A}, ANA JEREZ OLLER^{1B} Y EVA MEDINA BOVER^{1C}

RESUMEN

Prescripción social y salud mental ¿conocida o desconocida? La Prescripción Social (PS) en el ámbito de la salud es un mecanismo a través del cual un profesional, junto con el usuario, identifican actividades de la comunidad a las que vincular con el fin de mejorar su salud y bienestar, disminuyendo así el sentimiento de soledad, el riesgo de aislamiento y la exclusión social. La PS contribuye a hacer frente a problemas de salud mental, ofreciendo alternativas a la medicalización, no solo desde la prevención sino también como una herramienta de integración. *Palabras clave:* prescripción social, trabajo social, bienestar.

ABSTRACT

Social prescription and mental health, is it known or unknown? Social Prescription (SP) in the field of health is a mechanism that allows a professional to identify community activities, linking them with the user, in order to improve their health and wellbeing, thus reducing the feeling of loneliness, the risk of isolation and social exclusion. SP contributes to tackling mental health problems, offering alternatives to medicalisation, not only in terms of prevention but also as a tool for integration. *Keywords:* social prescription, social work, well-being.

RESUM

Prescripció social i salut mental coneuguda o desconeguda? La prescripció social (PS) en l'àmbit de la salut és un mecanisme a través del qual un professional, juntament amb l'usuari, identifica activitats de la comunitat a les quals vincular-se per millorar la salut i benestar de l'usuari, pel fet que disminueix el sentiment de solitud, el risc d'aïllament i l'exclusió social. La PS contribueix a fer front a problemes de salut mental, oferint alternatives a la medicalització no només des de la prevenció sinó també com una eina d'integració. *Paraules clau:* prescripció social, treball social, benestar.

Introducción

Este artículo tiene su origen en el póster presentado en el 7º Congreso Catalán de Salud Mental de la Infancia y Adolescencia, de la Fundació Congrés Català de Salut Mental (FCCSM), que se celebró en mayo y junio del 2021, de forma telemática/híbrida. El póster fue galardonado con un segundo premio. En enero de este mismo año, la Generalitat de Catalunya editó una Guía de Prescripción social (Capella, Braddick y Jara Martín, 2021), la cual nos ha servido de base para llevar a cabo nuestra pequeña investigación.

Ribé y Cleris (2018) señalan que, aunque el término Prescripción Social (PS) nos pueda parecer moderno, muchos profesionales, como los trabajadores sociales sanitarios, ya la utilizamos de forma informal desde hace tiempo.

La PS no es una simple derivación comunitaria, sino que se trata de todo un proceso de acompañamiento al usuario por parte de los profesionales, ayudando a mejorar algunos de los aspectos de salud (Jané et al., 2019).

La PS promueve el capital social y ofrece respuesta a problemas de soledad o aislamiento social desde una perspectiva comunitaria. Contribuye a hacer frente a problemas de salud

*Póster ganador del 2º Premio

¹Trabajadora social ^ACentro de Salud Mental Infantil y Juvenil de Reus. ^BCentro de Salud Mental de Adultos de Tarragona.

^CHospital de Día de Adolescentes de Reus y de la Unidad de Crisis de Adolescentes del Camp de Tarragona. Hospital Universitari Institut Pere Mata (Tarragona).

Contacto: foguet@peremata.com

mental frecuentes como los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de adaptación o los trastornos de ansiedad. La PS no solo es útil desde la prevención sino también como una herramienta de integración para los pacientes de servicios especializados, como los de salud mental.

Las iniciativas de PS ponen más énfasis en el modelo salutogénico que en el modelo patogénico.

Objetivos

Con este activo al alcance de los profesionales, nos planteamos como objetivo principal tener una aproximación al nivel de conocimiento de nuestro entorno, ponerlo en valor y proponer implementar un programa de PS en nuestros servicios.

Como objetivos específicos, pretendemos:

- Favorecer la vinculación a los recursos comunitarios, realizando un seguimiento y evaluación.
- Fomentar la PS a nuestros servicios.
- Promover una alternativa a la medicalización.
- Ofrecer un marco común con metodología para aplicar en nuestros servicios.

Material / método

Hemos utilizado una metodología cuantitativa, realizando un cuestionario a nuestros equipos en el ámbito de la salud mental, para evaluar el nivel de conocimiento y aplicación de la PS en el momento actual y la predisposición para aplicar un programa específico en nuestra institución.

Resultados

Obteniendo una muestra de $N = 49$, más de la mitad de los participantes habían escuchado hablar de la PS (ver figura 1 del anexo).

Una mayoría piensa que la PS es una metodología (69,4 %), respecto al 51 % que piensa que es una derivación comunitaria, y una minoría (22,4 %) piensa que es una técnica.

A la hora de describir la PS, la opción mayoritaria escogida fue que la prescripción social es un mecanismo a través del cual un profesional

de la salud y la persona a la que atiende identifican conjuntamente actividades de la comunidad para mejorar la salud y el bienestar de la persona atendida.

Solo tres escogieron que la prescripción social promueve el capital social y ofrece respuesta a problemas de soledad o aislamiento social desde una perspectiva comunitaria.

Nadie escogió la siguiente: la prescripción social contribuye a hacer frente a tres de los problemas de salud mental más frecuentes: trastornos del estado de ánimo, trastornos de adaptación y trastornos de ansiedad.

Por otra parte, se confirma la importancia de la PS a la hora de mejorar aspectos como los fármacos: el 89,8 % valora que, utilizando la PS, se podría reducir la prescripción farmacológica en algunos casos; un 95,9 %, la soledad o el aislamiento social o la situación de riesgo socioeconómico de nuestros usuarios y familias agravado en época de pandemia.

El 63,2 % considera que sería más importante aplicar la PS en época de Covid-19 y un 36,7 % cree que sería igual de importante que en otras épocas de No Covid-19 (ver figura 2 del anexo).

La gran mayoría de los participantes opinan que sería útil disponer de un programa específico de PS en nuestra institución y un 80 % derivaría al trabajador social para realizar dicha PS (ver figura 3 del anexo).

Conclusiones

La percepción de todos los profesionales, en líneas generales, es que un amplio abanico de usuarios, como pueden ser personas con depresión, falta de apoyo familiar, factores de riesgo sociales, etc., pueden beneficiarse de la PS.

Llama la atención que, si bien la mayoría de profesionales considera la PS como un método, no existe en sus lugares de trabajo una guía o protocolo que informe y marque unas pautas comunes. Por otro lado, se consolida el rol del trabajador social que lleva realizando PS de manera “informal” desde hace mucho tiempo como el profesional más idóneo para realizarla.

Estos resultados también nos hacen reflexionar sobre el hecho de que sería un buen momento para plantear utilizar un programa de PS

ya existente, adaptar o elaborar otro, teniendo en cuenta las necesidades más específicas de nuestro colectivo y de nuestros servicios.

La PS debe formar parte de un proceso en el que se apueste por los recursos personales y sociales y no solo para hacer frente al malestar de la vida cotidiana, sino como una buena herramienta para abordar los problemas y situaciones de colectivos específicos como las personas con enfermedad mental.

Agradecimientos

Agradecemos su colaboración a todos los profesionales que han participado en el cuestionario, compañeros, coordinadores y jefes de servicio de nuestros centros de trabajo (CSMIJ Reus, CSMA Tarragona, UCA y HDIJ Reus), así como a la institución Hospital Universitari Institut Pere Mata, al VII Congreso Catalán de Salut Mental de la Infancia y Adolescencia, de la Fundació Congrés Català de Salut Mental (FCCSM) y a la Revista de Psicopatología y

Salud Mental del Niño y del Adolescente, de la Fundació Orienta.

Bibliografía

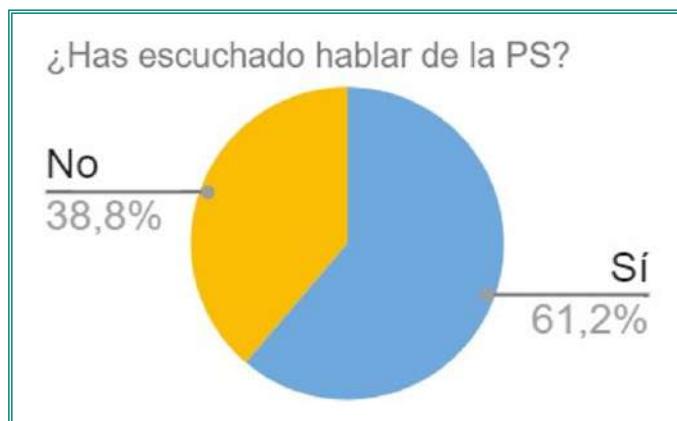
Capella González, J., Braddick, F. y Jara Martín M. (2021). *Guia de prescripció d'actius comunitaris: Programa de Prescripció Social i Salut (PSS)*. Barcelona: Sub-direcció General de Drogodependències; 2021.

Ribé Buitrón, J. M. y Cleris Colleldemont, M. (2018). De la prescripción medicamentosa a la social: ¿una moda, un trámite protocolario o vamos a pensarla un poco? *Medicina de Familia-SEMERGEN*, 44(7), 447-448 2

Janer, J. M., Cabeza, E., Mendez, M. C., Aranda, J. M., Oliva, B., Caravaca, N., Suarez, J., Terrer, E., Vidal, M. C., Mascaró, A., Carrionera, J., Garcia-Orellana, M., Alonso, B., Pont, J. M., Huget, S., Albiol, T. y Payeras, J. M. (2019). *Guía para la prescripción social de activos para la salud en las Islas Baleares*. Palma: Consejería de Salud y Consumo del Gobierno de las Islas Baleares.

Anexos

Figura 1



Prescripción social y salud mental ¿conocida o desconocida?

Figura 2

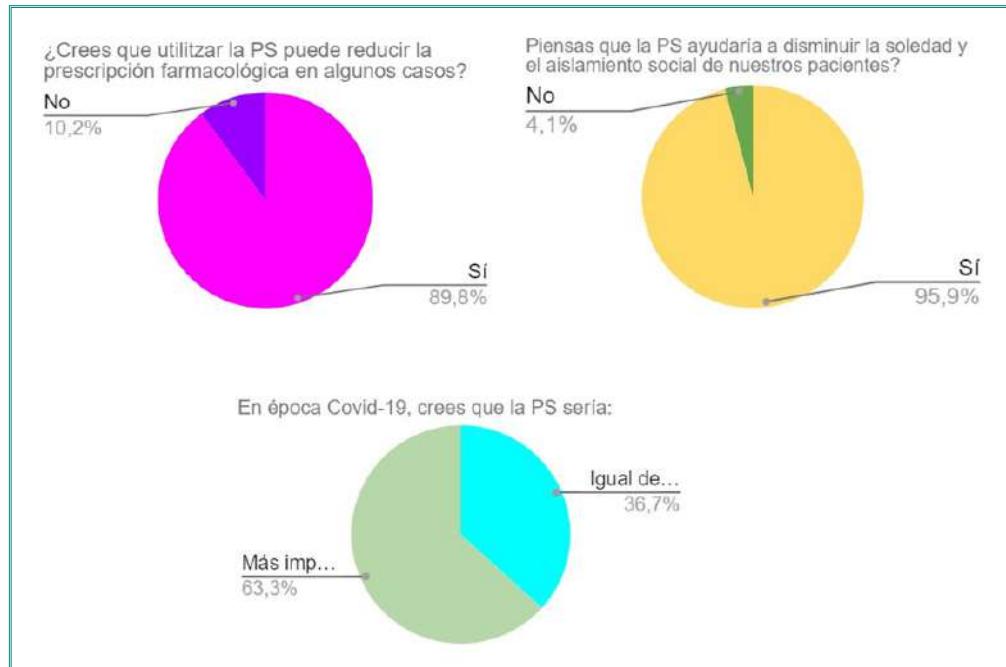
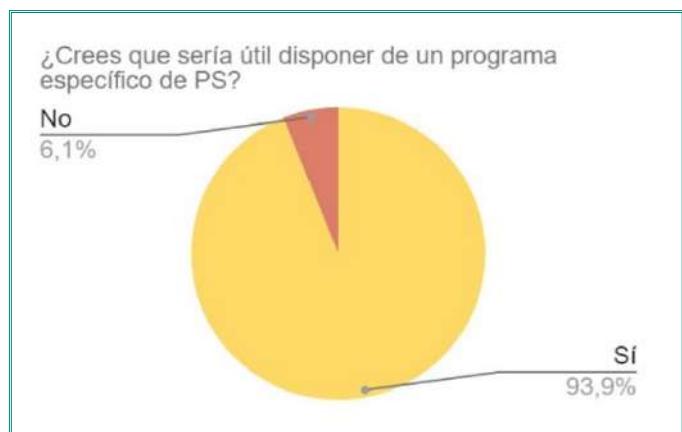


Figura 3



Unidad de psiquiatría transcultural en un centro de salud mental infanto-juvenil*

DANIELLE HARBANE BOSSCHOT^{1A} Y MARIA FOGUET GOMIS^{2A}

RESUMEN

Unidad de psiquiatría transcultural en un centro de salud mental infanto-juvenil. En los últimos años ha habido un aumento considerable de la población inmigrante en nuestra zona, y más concretamente de la población de origen magrebí. En consecuencia, en el centro de salud mental infanto-juvenil (CSMIJ) de Reus (Tarragona), han aumentado también las consultas de niños de origen magrebí, surgiendo una serie de dificultades en la atención que hace que nos planteemos crear una unidad específica al respecto para mejorarla, intentando ayudar así a nuestros pacientes y sus familias. Inicialmente, hemos hecho un proceso de consulta con los profesionales, los padres y los pacientes, usando los resultados para poner las bases de nuestra unidad. Como objetivo principal del proyecto queremos mejorar la atención asistencial de la población magrebí que acude en el CSMIJ de Reus.
Palabras clave: *magrebí, salud mental, infanto-juvenil, inmigrantes.*

ABSTRACT

Transcultural psychiatry unit in a child and adolescent mental health centre. In recent years there has been a considerable increase in the immigrant population in our area, especially the population of North African origin. Consequently, at the child and adolescent mental health centre (CSMIJ) in Reus (Tarragona), there has also been an increase in consultations with children of Maghrebi origin, giving rise to a series of difficulties in care that have led us to consider creating a specific unit to improve it, in an attempt to help our patients and their families. Initially, we have carried out a consultation process with professionals, parents and patients, using the results to lay the foundations of our unit. The main objective of the project is to improve the care provided to the Maghrebi population attending the CSMIJ in Reus. *Keywords:* *Maghrebi, mental health, infant-juvenile, immigrants.*

RESUM

Unitat de psiquiatria transcultural en un centre de salut mental infantil i juvenil. En els darrers anys hi ha hagut un augment considerable de la població immigrant a la nostra zona, i més concretament de la població d'origen magribí. En conseqüència, al centre de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ) de Reus (Tarragona) han augmentat també les consultes de nens d'origen magribí, i han sorgit una sèrie de dificultats en l'atenció que fa que ens plantegem crear una unitat específica al respecte per millorar-la, intentant ajudar així els nostres pacients i les seves famílies. Inicialment, hem fet un procés de consulta amb els professionals, els pares i els pacients, i hem usat els resultats per posar les bases de la nostra unitat. Com a objectiu principal del projecte volem millorar l'atenció assistencial de la població magribina que acudeix al CSMIJ de Reus. *Paraules clau:* *magribí, salut mental, infanto juvenil, immigrants.*

Introducción

En el Centro de Salud Mental Infanto-juvenil (CSMIJ) de Reus (Tarragona), hemos detectado que, con la población de origen magrebí, en ocasiones, hay una dificultad de comprensión

de la enfermedad de los hijos por parte de los padres de nuestros pacientes, tanto por una barrera idiomática como cultural. Así mismo, detectamos la dificultad de los profesionales de comprender algunos aspectos de su cultura de origen. A todo lo anterior, se le suma el hecho

*Póster ganador del 3er Premio

¹Psicóloga. ²Trabajadora Social. ³CSMIJ Reus Hospital Universitari Institut Pere Mata (Tarragona).

Contacto: harbaned@peremata.com

transgeneracional que viven muchos de nuestros pacientes.

Una vez tomada conciencia de esta dificultad, decidimos iniciar un proyecto de creación de la Unidad de Psiquiatría Transcultural, liderado por la primera autora, que, por sus orígenes, tiene un gran conocimiento de la lengua y la cultura, y con el soporte de la trabajadora social, segunda autora del artículo.

El proyecto consiste en diferentes fases: una primera de recogida de datos, una segunda de formación específica de las dos profesionales encargadas del proyecto, una tercera fase de puesta en marcha y una última de evaluación.

Objetivos

La creación de la Unidad de Psiquiatría Transcultural en el CSMIJ de Reus tiene como objetivos generales:

- La sensibilización de los profesionales hacia las cuestiones culturales.
- La mejora de la competencia cultural de nuestros profesionales en la atención de la población de origen magrebí para evitar posibles prejuicios contratransferenciales y crear un espacio de interconsulta transcultural, así como disminuir la barrera idiomática y cultural (mediante el acceso a la lengua materna y el conocimiento cultural magrebí), sobre todo en los casos graves y/o de alta complejidad.
- La integración de paciente y familia magrebí en el entorno socio-sanitario, ayudándoles a adaptarse a su nueva realidad.

Como objetivos específicos de nuestro proyecto planteamos:

- Con los padres y pacientes, prevenir y trabajar el riesgo de la *sobreidentificación* con los valores de origen, así como la *sobreintegración* al país de acogida (riesgo de conflicto identitario).
- Prevenir y trabajar el choque generacional, ayudando a construir puentes y vínculos entre los universos de pertenencia y el de los padres, evitando conflictos y, sobre todo, rupturas entre la primera generación, la segunda y posteriores.

Metodología

Desde un punto de vista clínico, ya nos habíamos

planteado la necesidad de ofrecer una atención específica a nuestros usuarios del CSMIJ de origen magrebí a través de un enfoque de psiquiatría transcultural.

Hemos formulado las preguntas sobre los temas culturales que pensamos que podrían interferir en la atención a nuestros pacientes y familias de origen magrebí.

Las preguntas se redactaron y se adaptaron basándose en una encuesta previa (Lorca, Cecilia, Oliver, Girona, Serra y Val, 2010).

La puesta en práctica del proyecto consistirá en dedicar unas horas de nuestra agenda a este, que dividiremos de la siguiente forma: en equipo decidiremos aquellos casos susceptibles de derivación al espacio de transcultural; una vez incluidos, la psiquiatra hará una primera visita de valoración y decidirá si es necesario dar citas sucesivas estructuradas (siempre manteniendo el seguimiento con el profesional referente) y con una duración de cinco a seis sesiones, así como valorar si es conveniente la inclusión en uno de los grupos que se llevarán a cabo.

En lo referente a los grupos, desde un inicio se hará uno dedicado a los conflictos generacionales, con algunas sesiones solo para los padres, algunas solo para los hijos y otras, conjuntas. El grupo será liderado por la psiquiatra (con la función de crear puentes con el país de origen y los padres) y la trabajadora social (como representante, junto a los pacientes, del país de acogida).

En una siguiente fase, se pretende crear otro grupo de prevención y sensibilización para evitar los conflictos generacionales.

Para finalizar, pero no menos importante, con el proyecto se pretende poder dar formación y asesoramiento al resto de la red de salud mental infanto-juvenil y a los centros de atención primaria, así como a educación y a los servicios vinculados a infancia (Servicios Sociales, CRAE, MENAS, etc.).

Resultados

En la fase inicial del proyecto, hemos pasado unos cuestionarios (a escoger en árabe o castellano) a los padres y/o pacientes de origen magrebí de nuestro servicio, con la intención de conocer su opinión con el proyecto y ver cuáles

serían los aspectos más importantes para trabajar.

En este caso, se trata de un estudio preliminar, así que los resultados que presentamos no son definitivos. De momento, han contestado a los cuestionarios un 40 % de los pacientes de origen magrebí que atendemos en el CSMIJ de Reus. Pensamos que, una vez contesten todos los cuestionarios, los resultados pueden variar, pero, aun así, creemos que es importante destacar algunos datos que vemos significativos.

Presentamos así las preguntas planteadas y algunos de sus resultados.

El 84,6 % ha entendido el diagnóstico de su hijo cuando se lo han explicado.

El 61,5 % dice que no ha omitido información pensando que no le iban a entender.

El 51,28 % dice que el idioma es un problema para entenderse con los profesionales.

Sobre si los padres creen que los profesionales no tienen conocimientos de su cultura de origen: el 41 % cree que no, el 41 % cree que sí y el resto no opina al respecto.

El 61,53 % dice que ha entendido el motivo de derivación.

El 43,58 % dice que no le resulta fácil entender las indicaciones del terapeuta.

El 79,48 % dice que no han omitido información por miedo a ser juzgados.

El 51,28 % opina que es importante expresarse en su idioma.

El 61,53 % no relaciona el hecho de no apuntarse a un grupo por el idioma.

Sobre la pregunta de si creen que sus hijos mejorarán con medicación, el 43,58 % opina que sí; el 20,51 %, que no y el 38,46 % no opina al respecto.

Sobre el proceso de pasar los cuestionarios, nos gustaría destacar que nadie ha rechazado contestarlo.

En cuanto al idioma, el 56,40 % ha contestado en castellano, el 30,77 % en árabe y el 12,82 % eran analfabetos y han necesitado de la ayuda de un tercero.

En cuanto a las preguntas abiertas, solo las han contestado el 58,97 %, de las cuales el 59 % lo ha hecho en árabe y el resto, en castellano.

A la pregunta abierta de qué sugerencias tienen para el proyecto, las respuestas más recurrentes han sido acerca de la necesidad de

traductores/mediadores.

A la pregunta de qué les parece la creación de la unidad, la mayoría agradece la iniciativa y le parece una buena idea.

Algunos sesgos que destacamos son: no hemos tenido en cuenta el tiempo de estancia en España, no hemos preguntado por el nivel académico/cultural y, en los casos de analfabetismo, el cuestionario es llenado a través de un tercero, hecho que podría influir en las respuestas.

Conclusiones

Los resultados preliminares muestran que, aunque más de la mitad de la población magrebí dice sentirse entendida y recibir la información adecuada, hay todavía elevados porcentajes de personas que se sienten limitados por el idioma, la comunicación con los profesionales o poco entendidos desde el punto de vista de su cultura.

Queremos destacar también el alto porcentaje de abstención en la pregunta sobre la medicación: el 38,46 % (de momento el más alto de las 10 preguntas): "Si mi hijo/hija toma la medicación, ¿mejorará?" nos hace preguntar si se trata de una mayor confianza en la medicina tradicional magrebí.

Una vez analizados los resultados preliminares de las encuestas hemos llegado a plantearnos varias reflexiones sobre la necesidad que se impone en la actualidad en los países de migración, en este caso de la migración magrebí en Europa; en España, por proximidad geográfica, la mayor parte de los magrebíes son marroquíes.

Tenemos que pensar respecto a las diferentes culturas que forman parte de las sociedades modernas y de todos sus componentes, como por ejemplo los cuidados psiquiátricos. El mestizaje biológico y cultural se encuentra en las sociedades contemporáneas; dejar un país, una familia, un idioma, para intentar hacerse un hueco en un país extraño y un mundo desconocido portador de una cultura a veces muy lejana del país de origen no siempre es fácil (Moro, 2001; Chenouard, 2012).

Frontera, en árabe, es "Houdoud", que, traducido, significa límite. Podemos decir, entonces, que pasar la frontera es cruzar los límites, las

barreras; es desbordar el cuadro prescrito por el grupo que te protege; lejos de este grupo, estamos a la deriva (Marsset, 2008).

Los estudios han establecido vínculos entre la vulnerabilidad psicológica y el hecho de ser hijos de inmigrantes. Los hijos de migrantes presentan una vulnerabilidad en su proceso de desarrollo. La dificultad de encontrar un lugar en el exterior y guardar aquello que viene del interior es complicado; que las dos realidades coexisten en la representación mental de los niños y en la de sus padres (Moro, 2001).

El idioma materno permite pensar y poder hablar en su cultura. Hablar en tu idioma da implícitamente un lugar, un reconocimiento cultural y un poder más grande en la familia frente a la institución y su sistema de intervención. Los roles pueden llegar a estar invertidos en la familia: no es infrecuente que los hijos aprendan más rápido el idioma y tengan también mejor conocimiento de la legislación (por ejemplo, la de protección a la infancia). Los hijos, en muchas ocasiones, hacen el papel de intérpretes y mediadores, dándoles así cierta autoridad, susceptible de crear confusión en el lugar que ocupan en la familia (Moro, 2001; 2010).

La importancia del acceso de los padres y/o los pacientes a su idioma y cultura demuestra la necesidad de este doble papel del mediador cultural de traducir y esclarecer sobre la cultura de la familia (Moro, 2010).

El sentimiento de pertenencia o de no pertenencia familiar y cultural está bastante presente en los conflictos generacionales. La búsqueda de la pertenencia de la segunda generación está "flotando" entre la cultura de los padres y la cultura del país de acogida. La dificultad en la agilización contribuye a la vulnerabilidad de los hijos de migrantes y, a causa de la falta de mediación, podemos llegar a crisis importantes que pueden provocar la ruptura de los lazos familiares (Marsset, 2008; García-Campayo y Carrillo, 2002).

Con nuestro proyecto, pensamos que podemos ayudar a nuestros pacientes, hijos de migrantes magrebíes, a favorecer el desarrollo de una identidad integrada a través de la familia, escuela y sociedad, evitando que sea una fuente de estrés que desemboque en un conflicto social y/o enfermedad mental.

Agradecimientos

Nos gustaría agradecer a la Fundació Oriental y al Congrés Català de Salut Mental la oportunidad de poder publicar nuestro proyecto, al equipo del CSMIJ por su colaboración, y en especial a nuestro compañero Fernando López Seco, que nos ha brindado su ayuda durante todo el proceso.

Bibliografía

- Chenouard, B. (2012). Évaluation psychosociale des familles migrantes: l'apport de l'ethnopsychiatrie. *Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec*, 137(2), 5-14.
- García-Campayo, J. y Carrillo, C. S. (2002). Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Medicina clínica*, 118(5), 187-191.
- Lorca, M. J. A., Cecilia, M. J. R., Oliver, J. G., Girona, S. G., Serra, B. R. y Val, V. A. (2010). Percepción del sistema sanitario catalán de la población marroquí. Creencias sobre salud y enfermedad. *Atención primaria*, 42(5)
- Marsset, M. (2008). La salud mental en las segundas generaciones de emigrantes. *Norte de Salud mental*, 7(30), 22-31.
- Moro, M. R. (2001). Para una clínica transcultural. Comprender y curar el otro. *L'autre*, 5.
- Moro, M. R. (2010). Parentalidad y diversidad cultural. *Cuadernos de psiquiatría and psicoterapia del niño and del adolescente*, 49(1), 27-38.

Conclusiones

JOSEP MOYA¹

A continuación, resumimos las principales conclusiones de las cuatro mesas del VII Congreso Catalán de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia.

Soledades

Es fundamental que los profesionales de la salud mental muestren una buena disposición para escuchar a los niños y adolescentes dejando unos espacios vacíos para que sean ellos mismos los que decidan cómo quieren ser acompañados.

Atendidas las limitaciones del sistema de protección a los niños y adolescentes se considera crucial recordarlas para no generar unas expectativas que pueden provocar sentimientos de frustración.

Se considera imprescindible trabajar los rasgos de narcisismo parental para prevenir problemas en los hijos adolescentes.

Exclusiones

El concepto de exclusión se relaciona con el sentimiento de no pertenencia al sistema o colectivo social.

La marginalidad puede ser un espacio en el cual algunos jóvenes se pueden sentir integrados; es decir, paradójicamente, la “marginalidad” puede acontecer el único factor de integración posible para estos jóvenes.

El exceso de intervencionismo profesional en el marco de la pandemia provocada por la Covid-19 ha comportado cierta desconfianza versus las propias capacidades de estos jóvenes

para hacer frente a la situación.

En cuanto a las enfermedades minoritarias y complejas, se plantearon tres modalidades: a) las enfermedades neurológicas, b) las enfermedades gastrointestinales y c) las enfermedades cardíacas. Todas ellas con consecuencias graves sobre la salud mental de los afectados.

Se hizo énfasis en la necesidad de la continuidad asistencial entre servicios; por ejemplo, cuando un niño pasa de la Red de Atención temprana en la Red Educativa y en la Red de Salud Mental Infantil y Juvenil. Este es un aspecto crucial para evitar que se “ pierdan” casos y que estos vayan a la deriva.

También se hicieron patentes las dificultades de los profesionales de los Centros Educativos para poder construir unos marcos de contención para todos aquellos alumnos-pacientes con graves problemáticas de salud (autismo, psicosis infantil, enfermedades neurodegenerativas, etc.)

Finalmente, se hizo patente la necesidad de la creación de la figura del gestor de caso, con el objetivo de ser el referente del paciente y de su familia y articulador de las intervenciones de los varios profesionales (salud, educación, servicios sociales).

Transiciones

Es crucial contribuir a la despatologización y desmedicalización del colectivo *trans* y entenderlo como una expresión de género que difiere de las normas culturales establecidas.

Respecto a la cuestión de cuándo se tienen que iniciar los tratamientos hormonales, hay

¹Presidente del comité organizador del VII Congrés de Salut Mental de la Infància i l'Adolescència.
Contacto: moyaolle@gmail.com

que tener presente que este nunca tiene que ser el primer paso y siempre tiene que haber una petición explícita del propio adolescente.

En relación con la libre elección de género, hay que tener cura de que se debe poder hacer sin coacciones internas y externas y con un grado de competencia adecuada.

El fenómeno *trans* es de una elevada complejidad y, por lo tanto, se tiene que abordar y

atender con prudencia y respeto: no frenar, pero tampoco empujar.

Trayectorias personales

Se hace necesario diseñar y potenciar aquellos dispositivos educativos que atiendan los “no-alumnos”, es decir, aquellos que han sido expulsados del sistema educativo.

Consejo Directivo Fundador (2003-2017)

Alfons Icart (director)

Alberto Lasá
Jorge L. Tizón
Francisco Palacio
Juan Manzano
Mercè Mitjavila
Eulàlia Torras de Beà

Consejo Asesor Fundador (2003-2017)

Jaume Aguilar (Barcelona)	Ana Jiménez Pascual (Alcázar de San Juan)
Charo Alonso (Sevilla)	Paulina F. Kernberg (USA)
Marina Altmann (Uruguay)	Lluís Lalucat (Barcelona)
Delza María S. F. Araujo (Brasil)	José María López Sánchez (Granada)
Alejandro Ávila-Espada (Salamanca)	Montserrat Martínez (Barcelona)
Josep Ballester (Barcelona)	Maite Miró (Barcelona)
Valentín Barenblit (Barcelona)	Josep Moya (Sabadell)
Jaume Baró (Lleida)	Eulàlia Navarro (Sant Boi de Llobregat)
Lluís Barraquer Bordas (Barcelona)	Montserrat Palau (Sant Boi del Llobregat)
Hilda Botero C (Colombia)	Fàtima Pegenaute (Barcelona)
Teresa Brouard Aldamiz (Bilbao)	Fernando Pêgo (Portugal)
María Jesús Buxó (Barcelona)	Alberto Péndola (Perú)
Maria Jose Cordeiro (Portugal)	Esperanza Pérez de Plá (México)
Júlia Corominas (Barcelona)	Roser Pérez Simó (Barcelona)
Bettina Cuevas (Paraguay)	Carles Pérez Testor (Barcelona)
Fernando Delgado Bermúdez (Sevilla)	María Angeles Quiroga (Madrid)
Mª Dolores Domínguez (S. de Compostela)	Ignasi Riera (Barcelona)
Robert N. Emde (USA)	Giancarlo Rigon (Italia)
Leticia Escario (Barcelona)	Jaume Sabrià (Sant Vicenç dels Horts)
Consuelo Escudero (Madrid)	Manuel Salamero (Barcelona)
María Edelmira Estrada (Argentina)	Paloma San Román Villalón (Albacete)
Anna Fornós (Barcelona)	Elena Toranzo (Argentina)
Cayetano García-Castrillón (Sevilla)	Josep Toro (Barcelona)
Pablo García Túnez (Granada)	Marta Trepat (Lleida)
José García Ibáñez (Reus)	Maren Ulriksen de Viñar (Uruguay)
María Dolores Hierro (Tarragona)	Mercedes Valcarce Avello (Madrid)
Guillem Homet (Premià de Dalt)	Mercedes Valle Trapero (Madrid)
Joaquín Ingelmo (Badajoz)	Llúcia Viloca Novellas (Barcelona)

Publicación de originales

La revista Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente se propone como objetivo prioritario profundizar en el conocimiento teórico, la investigación, la práctica clínica y la atención psiquiátrica, en salud mental de la infancia y la adolescencia. También quiere ser en un espacio de difusión y defensa de un modelo asistencial sustentado en la psicología relacional.

Los originales a presentar podrán referirse a los ámbitos siguientes: clínico (temas de psicopatología infantil y juvenil); institucional (experiencias sobre atención ambulatoria, hospitalización total y parcial, trabajo grupal); interdisciplinar (aportaciones desde el campo de la pediatría, neurología, ciencias sociales, jurídicas, pedagogía) e investigación (informes sobre estudios y trabajos de investigación epidemiológica, psicoterapeútica y psicofarmacológica). La revista tendrá, además, secciones independientes dedicadas a reseñas bibliográficas y de actividades, cartas de los lectores, así como un apartado dedicado a «segunda publicación» en el que por su especial interés -y de acuerdo con los criterios y recomendaciones Vancouver-, se darán a conocer artículos o trabajos que ya han sido publicados en otra revista y/o idioma.

Información para el envío de manuscritos

1. Los trabajos a publicar deberán ser inéditos.
2. Los originales se presentarán a doble espacio en su totalidad y tendrán, en general, una extensión máxima de 30.000 caracteres (aproximadamente una 13 páginas Din-A4). Estarán ordenados de este modo: página del título, resumen y palabras claves, texto, agradecimientos, bibliografía y tablas. Cada uno de estos apartados se iniciará en una página nueva, numeradas correlativamente.

Página del título. Será la primera página y constará de: a) título del artículo; b) nombre del autor o autores, profesión y lugar de trabajo de cada uno de ellos; c) nombre del centro o institución a los que el trabajo debe atribuirse; d) renuncias, si las hubiera; e) e-mail de contacto.

Resumen y palabras claves. La segunda página constará de un resumen en castellano y en inglés de no más de 450 caracteres (aproximadamente unas 7 líneas de texto). Este resumen incluirá los aspectos más relevantes del trabajo presentado e irá acompañado de tres a cinco palabras claves, también en castellano e inglés.

Texto. Se iniciará en la tercera página. En general, y siempre que sea oportuno, el texto del trabajo constará de: introducción -exponiendo los objetivos y antecedentes-, material/método, resultados y discusión - destacando los aspectos nuevos y relevantes del trabajo, así como las conclusiones que de ellos se derivan.

Agradecimientos. Esta nueva página incluirá, si los hubiera, los nombres de aquellas personas y/o instituciones que los autores consideran que deben ser citadas y el tipo de contribución.

Bibliografía. Las referencias bibliográficas se incluirán en una lista ordenada alfabéticamente. En el texto se presentarán de la forma «(Icart y Freixas, 2003)». Los autores comprobarán que las referencias del texto y la lista concuerden y se añadirá «et al.» cuando haya seis o más autores. Las referencias de un mismo autor(es) que correspondan a años diferentes se ordenarán comenzando por la más antigua.

- Libros. Se citarán de esta forma: Autor, A., Autor, B. y Autor, C. (año). *Título*. Lugar: Editorial.
Ejemplo: Icart, A. y Freixas, J. (2013). *La familia*. Barcelona: Herder.
- Revistas. Se citarán de esta forma:
Autor, A., Autor, B. y Autor, C. (año). Título del artículo. *Título de la revista*. XX, pp.
Ejemplo: Larbán, J. (2013). Transmisión psíquica inconsciente de contenido traumático. *Psicopatol. Salud ment.*, 22, 19-25.

Tablas y gráficos. Se presentarán en una hoja independiente, numeradas correlativamente según el orden en que aparecen en el texto, con un breve título para cada tabla y/o gráfico. En caso de que se utilicen abreviaturas o símbolos, la explicación se colocará en la base de la figura o tabla correspondiente.

Protocolo de publicación:

1. Los materiales recibidos serán revisados anónimamente por un Comité Lector, integrado por expertos en los diferentes ámbitos. A los autores se les informará de la aceptación de los originales y, en el caso de que deban ser modificados, recibirán los comentarios del Comité Lector que puedan serles útiles para su posterior publicación.
2. Los manuscritos aceptados se someterán a un proceso de edición y corrección siguiendo el libro de estilo de la revista. El contenido de los artículos es responsabilidad exclusiva del autor(es).
3. Cartas de los Lectores es una sección que desea promover y facilitar el debate y la exposición de opiniones y comentarios sobre los materiales publicados, así como sobre aquellas cuestiones que conciernen a la salud mental infantil y juvenil. Las declaraciones expresadas en esta sección sólo son atribuibles a sus autores y no reflejan la postura de la revista. La cartas no deberán superar los 5000 caracteres y se presentarán a doble espacio y firmadas. La decisión de publicar las cartas recibidas recaerá exclusivamente en el Consejo Directivo.
4. Siempre que sea posible los originales se enviarán por correo electrónico o soporte informático, etiquetado con el título del artículo, nombre del autor y del archivo) en formato Word (haciendo constar la versión empleada).

Además de los textos en formato electrónico, también se enviarán dos copias en papel que incluyan el texto completo y los gráficos, junto con una carta de presentación. En todas las copias se indicará un autor responsable de la correspondencia con su dirección completa, teléfono y e-mail. Cuando el envío se realice en formato electrónico, en la carta de presentación se hará constar que la versión electrónica y la impresa son idénticas. Todos los artículos enviados tendrán acuse de recibo.

Los trabajos deberán enviarse a:

Jefe de Redacción

PSICOPATOLOGÍA Y SALUD MENTAL

C/ Cardenal Vidal i Barraquer, 28

08830 Sant Boi del Llobregat (Barcelona) - España

E-mail: revista@fundacioorienta.com

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN Y PEDIDO DE REVISTAS

Apreciado lector: Indique sus datos personales y la forma de pago en el cupón que encontrará a continuación y envíelo a: FUNDACIÓ ORIENTA, C/ Vidal i Barraquer, 28 - 08830 Sant Boi del Llobregat (Barcelona) - España
También puede formalizar la suscripción en:
www.fundacioorienta.com o llamando al teléfono: **+34 93 635 88 10**

Deseo recibir la *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*

- Suscripción anual papel (2 números): 20 euros (España y América Latina*)
 Suscripción anual papel (2 números): 28 euros (Otros Países)
 Suscripción anual **on line** (2 números): 15 euros
 Suscripción anual papel + **on line** (2 números): 25 euros (España y América Latina*)
 Suscripción anual papel + **on line** (2 números): 30 euros (Otros Países)
- • •
- Ejemplar individual papel: 14 euros (España y América Latina*) Nº
 Ejemplar individual papel: 18 euros (Otros Países) Nº
 Ejemplar individual **on line**: 10 euros Nº
 Artículo individual **on line**: 5 euros Título y autor: _____

Nombre y Apellidos:.....

Dirección:..... núm..... piso.....

Población:..... Cód. postal:..... Provincia:..... País:.....

Tel:..... Fax:..... e-mail:.....

Forma de pago:

- Transferencia nacional a favor de Fundació Orienta (BANC SABADELL cc: 0081.0006.21.0001290536)
 Transferencia internacional a favor de Fundació Orienta (BANC DE SABADELL cc: ES66.0081.0006.21.0001290536)
 Con cargo a mi tarjeta de crédito: VISA MASTERCARD
Número tarjeta Fecha caducidad
 Domiciliación bancaria: Nombre del titular:.....
Entidad Oficina D. Control Nº cuenta

Firma:

Ruego tomen nota de que hasta nuevo aviso deberán adeudar en mi cuenta el recibo presentado anualmente por Fundació Orienta

*Para América Latina, la Fundació Orienta colabora subvencionando los gastos de envío de la revista.

MONOGRÁFICO N° 5 - FEBRERO 2022
VII CONGRÉS CATALÀ DE SALUT MENTAL DE LA INFÀNCIA I L'ADOLESCÈNCIA
TRANSICIONES, EXCLUSIONES Y SOLEDADES

**Construcción social de la adolescencia.
Límites, formas y contenidos desde una visión prospectiva**
Francesc Xavier Altarriba

Mesa 1. Soledades
José Miguel Leo, Graciela Esebbag, Alfons Icart y Carme Grifoll

Mesa 2. Exclusiones
Oriol Janer, Verònica Violant-Holz y Josep Moya

Mesa 3. Transiciones
Sabel Gabaldón, Miquel Missé y Rut Sonnabend

**Mesa 4. Trayectorias en primera persona.
Desafíos y respuestas desde un modelo de salud mental comunitaria**
*Begonya Gasch, Montserrat Salmerón, Francesc Vilà, Sonia Fuentenebro,
Fernando Lacasa, Myriam García y Anna Robert*

La calidad de vida en adolescentes que ingresan en un hospital de día de salud mental
*Lidia Sarrió-Colas, Elvira Pla-Tomas, Ana Martí-García, Jordi Fiol-Munar,
Laura Agramunt-Príncep y Roger Ferrer-Sabaté*

Prescripción social y salud mental ¿conocida o desconocida?
Maria Foguet Gomis, Ana Jerez Oller y Eva Medina Bover

Unidad de psiquiatría transcultural en un centro de salud mental infanto-juvenil
Danielle Harbane Bosschot y Maria Foguet Gomis