

IX JORNADAS DE INFANCIA Y EDUCACIÓN SOCIAL. LA SALUD MENTAL DE LA INFANCIA, UN RETO COLECTIVO Barcelona, 11 de diciembre de 2015

(Os acercamos aquí un relato colectivo, sinfónico, construido con la voces de muchos autores, ponentes, etc., sobre lo acontecido en estas Jornadas, en una versión en castellano de la publicación: ["Relatories de les #9JIES "La Salut mental dels infants, un repte col·lectiu"](#))

374

INTRODUCCIÓN

Cerca de 100 personas participaron en las Jornadas de Infancia y Educación Social "*La Salud Mental, un reto colectivo*", celebradas el 11 de diciembre de 2015 en el *Centre Cívic Convent de Sant Agustí*, de Barcelona.

Éstas, han sido fruto de sesiones de trabajo, debate y dialogo de los compañeros de la *Comisión de Infancia del CEESC* que han hecho aportaciones. Y así, entre todos, vamos aprendiendo. Porque las *JIES* son más una propuesta para encontrarse y descubrir que una transmisión de conocimientos en una sola dirección.

La procedencia y las profesiones de los participantes han sido diversas, profesionales de la educación social, la psicología, el trabajo social o la enfermería; personas que trabajan en CRAES, espacios familiares, centros de salud mental, Servicios Sociales, centros abiertos, ...

Las aportaciones de los ponentes y los participantes abrían el debate en dos grandes líneas: la necesidad del trabajo en red y las diferentes miradas profesionales.

RELATORIAS

"Trabajo en red en el territorio desde un enfoque preventivo"

José Ramón Ubieto, psicólogo clínico y psicoanalista.

Mesa 1: "Niños desamparados y salud mental: ¿Trabajamos juntos?"

Graciela Esebbag, psicóloga del CSMIJ de *Nou Barris* en Barcelona.

Carlos Osés, psicólogo y educador social en el CRAE *Toni Julià i Bosch*.

Mesa 2: "La contención más allá de la conducta: integración de la intervención terapéutico - educativa en un Hospital de Día para adolescentes"

M. Jesús Larrauri, coordinadora del *Hospital de Día de Adolescentes* de Santa Coloma de Gramenet.

Mesa 3: "Salud mental y entorno comunitario"

Myriam García Blásquez, psicóloga clínica en el CSMIJ *Garraf* (Hospital Sant Joan de Déu) y miembro del GT Salud (mental) comunitaria de la FCCSM.

Mesa 4: "Pequeña infancia: cuando diferentes miradas ayudan a crecer"

Sunsi Segú, trabajadora social. Coordinadora del CDIAP, *Fundación Eulalia Torres de Beà*.



Ponencia principal

"TRABAJO EN RED EN EL TERRITORIO DESDE UN ENFOQUE PREVENTIVO"

José Ramón Ubieto, psicólogo clínico y psicoanalista.

Moderador y diálogo con los asistentes: **David Homedes**

Relatoría: **Alba López**, estudiante de Educación Social.

375

Los trastornos mentales existen en la infancia, sin ninguna duda. Lo que es más complejo es que nos pongamos de acuerdo en su prevalencia y en la forma en que se diagnostican. El hecho es que lo biológico existe y forma parte de la mochila de cada uno, como también forma parte la historia familiar, la historia personal y, como cuarto elemento, el significado que se da a los anteriores. Este último es muy importante, porque hace posicionar y que se produzcan síntomas. A veces, nuestra percepción del niño o del adolescente es a través del síntoma. Y ante el síntoma como problema, el sistema busca la solución. Hay que estar atentos a los tratamientos farmacológicos, con cifras de consumo muy altas respecto a otros países de nuestro entorno. Hay otro paradigma, sin embargo, que otorga al sujeto la posibilidad de explorar y aprender a hacerse responsable. Nuestra posición como profesionales, pues, también permite la mejora del pronóstico: ¿qué lugar le damos al sujeto? Los trabajadores de lo social no somos experimentadores de laboratorio, estamos contaminados por la relación con el sujeto. Formamos parte del cuadro, como el pintor de "las Meninas". Y aquí entra en juego la red. Ya no se puede dar validez a intervenciones fragmentadas y quizá contradictorias. Ni tampoco a una red que todo lo controla y que no se fía de todo lo que viene de fuera. La mejor prevención se hace en red. Pero hay unas condiciones para que funcione: construcción compartida del saber; coordinación y liderazgos para poder llegar donde acordamos; y apoyo institucional claro.

2 objetivos:

- Aclarar conceptos básicos sobre salud mental que hoy resultan claves para entendernos.
- Transmitir algunas ideas que la experiencia del trabajo en red nos ha enseñado.

En una ocasión, una dirigente de una asociación de niños afectados por TDAH me invitó a un debate, recalcando que lo hace porque yo soy "uno que no cree en el TDAH". De este modo revela el carácter religioso, incluso sagrado, que toma para ella la misión a la que dedica buena parte de su vida. Efectivamente yo no creo en el TDAH como tampoco en la esquizofrenia o en el Barça, pero "de haberlas, las hay".

Los trastornos mentales (TM) y las dificultades psicológicas en la infancia existen y toman formas diferenciadas:

- TMG. Autismo y psicosis infantiles.
- Conductuales (impulsividad, violencia).



- Ánimo y reactivos a abusos.
- Aprendizaje: atención, dislexia.
- Inhibiciones y fobias.

Sobre esta existencia no hay dudas, otra cosa es ponerse de acuerdo en la tasa de prevalencia y en el rigor de los métodos, diagnósticos y clasificatorios (crisis del DSM). Acrónimo del Inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, en castellano, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*.

Esta crisis de la fórmula DSM, viene acompañada de otras tesis que pretenden sustituir y que se fundamentan en una vieja ilusión (la medida del hombre), ahora renovada por las tecnologías de las neuroimágenes, que muestran más que explican la tesis básica del hombre neuronal. Esta nueva religión, favorecida por las pseudociencias, aspira al ideal físico desplazado al humano: el atomismo psíquico. Como ejemplo, el título del libro de Antonio Damasio: *"El cerebro creó al hombre"*. El cerebro, el neuro, es el nuevo ídolo de nuestro siglo XXI.

Por supuesto, que lo que es constitucional (genética, bioquímica, fisiología) existe y forma parte de esta mochila a la que nos referimos coloquialmente. Pero este es sólo uno de los elementos presentes en nuestra carga subjetiva. Hay otros tan o más importantes. Existe la historia familiar, nuestros ancestros, lo que han dicho y hecho sobre nosotros. No es cualquier cosa, sus huellas en ocasiones son imborrables. Pero aun así, tampoco lo son todo, aunque muchos padres sueñan (y se culpabilizan también) con su influencia masiva en las conductas de sus hijos. Hay otro elemento importante como es la biografía particular, lo que se llama las vicisitudes de la vida, lo que nos ha pasado y que a veces puede ser muy dramático (Abusos, pérdidas, abandonos).

Finalmente nos queda un cuarto elemento a veces olvidado y sin embargo crucial para entender a un sujeto: la significación que él da a todo lo anterior. Como interpreta el su lugar en la familia, sus pérdidas y ganancias, como se imagina que la afectan los hechos familiares. La significación de lo que nos ha pasado es cosa nuestra, es nuestra elección y nuestra responsabilidad. Por eso podemos pedirle a la gente que responda de estas elecciones. No del acto de abuso sufrido, sino de lo que ha hecho o ha omitido en relación a esto. Estas elecciones pueden ser muy precoces y cobrar un valor central en la vida de un sujeto.

A partir de configurar la mochila que, por otra parte, cambia constantemente ya que si bien el pasado es inmutable, nuestra versión es cambiante, producimos algo nuevo: invenciones sintomáticas. Se trata de algo en lo que nosotros, como profesionales, debemos darnos apoyo para acompañar a este sujeto. Una viñeta clínica nos permitirá explicitar esta idea de apoyarse en el síntoma.

Ignacio, atendido en un dispositivo asistencial público, es un joven practicante del *parkour* que desafía, con sus piruetas, el inestable equilibrio de una "normalidad" social y académica. Fue derivado por la escuela con 10 años por apedrear un gato después de una dura pelea con un compañero, ante el temor de que esto fuera el presagio de una futura psicopatía. Efectivamente él apunta, en sus actos, en la división del Otro buscando esa satisfacción que se insinúa en la mueca de susto del profesor o del compañero que lo ven maniobrar continuamente con reptiles de todo tipo y tamaño. Después, ya adolescente, la angustia



aparece en los rostros de algunos peatones que los miran cuando hacen sus arriesgadas piruetas en el parque. La conversación regular con el analista le ha permitido trazar un recorrido que va desde su inicial presentación sintomática, en el que proliferaban las manifestaciones autodestructivas (retorno de la agresividad en el cuerpo: tics, encopresis), hasta la invención de nuevos lazos sociales, como es la creación de un juego en equipo, consistente en diseñar un "pasaje del terror" en los alrededores de la escuela, a modo de entretenimiento colectivo. Posteriormente creará un grupo de practicantes y estudiosos del *parkour*, con asistencia a encuentros internacionales de jóvenes.

En este trayecto, la transferencia le ha permitido un saber hacer con lo favorece el vínculo social, repercute en sus aprendizajes y limita este disfrute a punto de desbordarse en el acto. Dejar en suspenso, al inicio, este pronóstico de psicópata abrió la posibilidad, para él, de inventar una nueva realidad para esta pulsión. Ahora, junto con el uso más regulado del espacio urbano, ha encontrado también otro territorio virtual, las webs para jóvenes creadores, donde encuentra destinatarios para sus producciones fotográficas o en vídeo.

La cuestión interesante que nos muestra este caso es ver cómo cada uno utiliza los objetos a su alcance para este trabajo de nominación, de hacerse un nombre con su disfrute particular.

Esta política de confianza en las invenciones sintomáticas es nuestra elección, decide cómo percibiremos al sujeto y su realidad, y se opone a otro paradigma, muy dominante.

- **El paradigma problema-solución:** Ellos tienen un problema y nosotros, sistemas expertos, la solución. Se plantea en términos de excelencia (omnipotencia), versus fracaso (impotencia) y donde el sujeto tiene como destino la clasificación y luego la segregación. Mutismo asegurado. Nuestra visión aquí es forzosamente parcial y segregativa con tendencia a eliminar este síntoma molesto. En el caso de Ignacio, encasillarlo precozmente como "psicópata juvenil" hubiera confirmado este destino en tratar de eliminar a cualquier precio su sadismo, constitutivo como forma agresiva de su ser mismo.

- **Paradigma síntoma-invencción.** Síntoma como lo que da forma al malestar del sujeto: impulsivo, agitado, inhibido, siempre visible. Este síntoma tiene un lado positivo, normalmente menos visible y obturado por el trastorno más espectacular y perturbado. Se trata de una invención, fórmula más o menos exitosa que cada sujeto o familia exploran para tratar su realidad propia. Es por ello que hay que invitar al sujeto a hablar y hacerse responsable de sus palabras y actos.

Nuestro objetivo: Revertir el proceso de déficit, como significación negativa, por de invención como rasgo singular que resalta lo valioso de cada uno. Aquello con lo que puede presentarse al otro como algo que sabe hacer, y por lo tanto puede llegar a un valor social, y no como un estigma.

Hoy ya tenemos muchos proyectos que funcionan así, en la confianza en el otro, más que en el saber experto. Proyectos como el *A DOJO, Taller socioeducativo de creación audiovisual para Adolescentes y Jóvenes (Horta-Guinardó)*.

El pronóstico de cada caso depende de la gravedad del problema pero también de los recursos disponibles y de nuestra posición como profesionales; básicamente de nuestra posición en relación a 3 elementos:

a) **¿Qué lugar damos al sujeto?** (clasificación versus escucha). La homogeneización (TDAH, VD, TC, TLP) deja sin palabras singulares y sin la variabilidad que está en la vida misma. Si además aplicamos un solo tratamiento farmacológico, producimos efectos secundarios y des-responsabilidad. Las epidemias actuales y las cifras de consumo de medicamentos a edades tempranas así parecen confirmarlo. Somos el país que más crece en consumo de psicoestimulantes (UNICEF), lo que más nuevos fármacos compra (Sin garantías) y con cifras de prescripción de ansiolíticos y antidepresivos muy altas. Todo esto confirma la tendencia creciente a la cronicidad, nuevo paradigma en la atención a la salud mental también en la infancia / adolescencia.

b) **¿Qué valor damos a sus respuestas (invención versus déficit) y qué lugar tomamos en ellas?** Nosotros, a diferencia del experimentador que se mantiene aséptico, estamos contaminados ya de entrada por el vínculo educativo o clínico. Formamos parte del cuadro como el pintor de "Las Meninas" y la Transferencia es el motor para hacer del presentimiento algo con la que hacerse mayores. (Por ejemplo, si no ha mostrado interés, y la hubiera animado a seguir en su investigación sobre los reptiles, él no hubiera progresado en este camino y los Sus síntomas autodestructivos hubieran aumentado).

c) **Qué vínculos proponemos a otros profesionales y el Otro familiar.** Ya nadie confía en el individual fragmentado, en la solución *One Best Way*, ni tampoco en la red que atrapa todo lo que ve, defensiva e intrusiva.

La red tiene un doble objetivo y una perspectiva de incompletitud pero no de indiferencia ante el sufrimiento

Es importante trabajo en red como acción colaborativa y preventiva. Esta red tiene unas condiciones:

- La construcción del caso en el seno del equipo.
- La coordinación y el liderazgo como sectorización.
- El apoyo institucional (reconocimiento, estabilidad).

Que se concretan en una pragmática de la conversación:

- Cara a Cara
- Constante y regular
- Alrededor de un Interrogante (?)
- Global y singular
- Escribir el proceso y los acuerdos

La mejor prevención, pues, de las dificultades psicológicas y de los TM en la infancia pasa por implementar, en el territorio de proximidad, una práctica de red, un trabajo colaborativo que contemple 3 requisitos básicos:

- Epistémico: el saber cómo elaboración colectiva.
- Metodológico: trabajo interdisciplinario.
- Ético: participación y co-responsabilidad.

MESA 1

“NIÑOS DESAMPARADOS y SALUD MENTAL: ¿TRABAJAMOS JUNTOS?”

Graciela Esebbag, psicóloga al CSMIJ de Nou Barris en Barcelona.

Carlos Osés, psicólogo y educador social en el CRAE Toni Julià i Bosch.

Moderador y diálogo con los asistentes: **Toni Rubio**

Relatoría: **Laura Frailías Santiago**, estudiante de Educación Social.

379

Se plantea, a partir de un caso compartido por ambos centros, como el beneficio del niño obtiene si se trabaja de manera conjunta. Y eso ¿qué quiere decir? significa contar con espacios de encuentro y de reflexión; conversaciones entre diferentes profesionales para reconsiderar sus intervenciones. Aclararon que no hay una relación de jerarquía entre los diferentes centros. Si hablamos de jerarquía, podemos entender que el CSMIJ diga el CRAE lo que debe hacer, pero esto no es así. El elemento central debe ser el niño, que es atendido como alguien singular y que requiere una atención personalizada. Se remitieron a la ponencia de José Ramón Ubieto, reivindicando la necesidad de evitar diagnósticos homogéneos y estadísticos.

En primer lugar, la idea principal que se pone a debate es la del trabajo en red. ¿Se trabaja conjuntamente? ¿Qué significa trabajar juntos? A raíz de un caso clínico, Graciela y Carlos nos muestran como únicamente con un trabajo conjunto, tanto entre profesionales como con el sujeto en cuestión, se puede conseguir el beneficio y éxito en el desarrollo de éste.

Los obstáculos que han ido apareciendo con los tratamientos han conseguido el trabajo continuo entre profesionales de la educación y de la psicología, entre diferentes disciplinas.

Recuperando las palabras de José Ramón Ubieto, debemos excluir la idea de normalidad, ya que, teniendo en cuenta la complejidad del ser humano, no podemos trabajar desde una estadística, sino partir de síntomas e invenciones particulares.

Graciela nos cuenta que el servicio de CSMIJ atiende la especificidad de cada niño y el trabajo se divide entre el soporte técnico, la intervención directa con él y las reuniones con el tutor para relatar el interés del sujeto. Otorgándole un mayor énfasis en el soporte técnico. Esta no es una supervisión o asesoramiento, sino un espacio de encuentro y reflexión; una conversación entre diferentes profesionales, con el fin de reconsiderar intervenciones de un mismo caso. En este sentido, hay que tener en cuenta que cada individuo, cada caso, es diferente y requiere soluciones diferentes. Finalmente, el síntoma del niño se presenta como un problema y realmente es la solución que él mismo construye. De esta manera, tenemos que convertir las conductas en palabras, mirando más allá del hecho y descifrando qué pasa en él; evitando, la homogeneización del diagnóstico y partiendo de las particularidades del sujeto. En definitiva, salir de esquemas y categorías, y dar paso a la individualidad.

Finalmente, durante el turno de preguntas, sale a la luz la dificultad que muchas veces surge a la hora de coordinarse entre las disciplinas e ir todos a una, considerando como primordial el



interés y beneficio del sujeto. Es decir, se pueden crear discrepancias en la opinión entre educadores / as sociales y psicólogos / as a la hora de llevar a cabo una acción u otra.

MESA 2

"LA CONTENCIÓN MÁS ALLÁ DE LA CONDUCTA: INTEGRACIÓN DE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICO-EDUCATIVA EN UN "HOSPITAL DE DÍA PARA ADOLESCENTES"

M. Jesús Larrauri, coordinadora del Hospital de Día de Adolescentes de Santa Coloma de Gramenet

Moderador y diálogo con los asistentes: **Esteve Torregrossa**.

Relatoría: **Alba López**, estudiante de Educación Social.

María Jesús Larrauri es la coordinadora del Hospital de Día de Adolescentes de Santa Coloma de Gramenet. Su exposición se centraba en la atención a adolescentes que están sufriendo una situación límite. La contención y la comprensión van aparecer como elementos centrales del debate. Ante la transgresión, la contención muestra los límites al adolescente, pero del educador / a también se espera un esfuerzo para poder entender aquellas conductas y, así, mantener canales de diálogo con el paciente. Este trabajo paciente permitirá ir tejiendo vínculo entre educador y educando. El Hospital de Día tiene su singularidad, es un espacio educativo y terapéutico, un espacio privilegiado para atender a niños y adolescentes y en sus particularidades. La figura del educador / a es muy importante al recurso, debe dar respuesta a momentos y necesidades muy diferentes. El límite, el diálogo, el vínculo... elementos de los que se hablaron, serán centrales para gestionar estos momentos.

De la intervención de M. Jesús Larrauri, junto con el pequeño debate que se creó los minutos posteriores he podido extraer como importantes diversas temáticas de las que quiero dejar constancia.

En primer lugar y como punto importante, cabe destacar la relevancia que se le dio a la contención, tanto como para la figura del educador / a, como para la intervención y el tratamiento.

La contención y la comprensión deben ser los principios básicos en el día a día de un Hospital de día. La contención ofrece un límite ante una situación y la comprensión del paciente propiciará un posterior diálogo. Se necesita de una comprensión por parte del educador/ a de aquella situación de transgresión. Será necesario de un tiempo y un espacio para pensar y dialogar posteriormente y promover la contención de la menor.



Asimismo, es de gran ayuda para el paciente la existencia de una normativa conocida por todos, el diálogo con los profesionales para reconocer aquellas situaciones límite claras y la disponibilidad real del equipo de profesionales que ofrecerá una normalización de las diferentes situaciones.

En segundo lugar, otro de los puntos que creó más intervenciones en la mesa durante el debate fue cuando se habló del vínculo. El vínculo, la creación de este, nos proporcionará herramientas para actuar. Será el profesional el encargado de que lo educativo, a su vez, sea terapéutico dado el entorno en que nos enmarcamos. Gracias al vínculo podemos hacer contención con el paciente, se puede calmar una situación tal como la misma ponente relataba en varias de sus anécdotas como coordinadora en el Hospital de día.

Es por tanto la figura del educador / a, en el entorno en que nos encontramos, de gran importancia como referente. Tal como se dijo en el debate *"el educador / a no lleva una bata blanca, no es médico o psiquiatra"*. Para ello es muy importante que este profesional se sienta cómodo en su puesto de trabajo y con su tarea. Además de seguir formándose, creciendo y, sobre todo, cuidándose. Debe tener una disponibilidad real hacia el paciente y disponer de una capacidad de toma rápida de decisiones, de dar respuesta a las diferentes necesidades de los diferentes grupos e intervenir en aquellas ocasiones donde se produce una transgresión del contrato normativo. El educador / a debe prever también los momentos de aburrimiento, que a su vez, son tan necesarios para que las cosas pasen, planificar y posibilitar la contención.

Finalmente, cabe destacar la importancia de la intervención individualizada, tema del que también se habló durante el debate. Se debe dar respuesta de una forma individualizada a cada paciente, atendiendo aquellas necesidades de cada uno. Generalizar o protocolizar intervenciones no garantiza el buen resultado de la misma, ya que no atiende a la falta o déficit de cada uno de los menores. El hospital de día es un espacio privilegiado para atender cada niño o adolescente, atendiendo a sus particularidades, sus necesidades en concreto. Un lugar donde establecer un vínculo y una relación no sólo educativa, sino también terapéutica

MESA 3

“SALUD MENTAL Y ENTORNO COMUNITARIO”

Myriam García Blásquez, psicóloga clínica al CSMIJ Garraf (Hospital San Juan de Dios) y miembro del GT Salud (mental) comunitaria de la FCCSM.

Moderador y diálogo con los asistentes: **David Homedes**.

Relatoría: **Cali Izquierdo Capilla**, estudiante de Educación Social.

Myriam García Blásquez reflexionó sobre el trabajo en red en el territorio. Ella lo hace al CSMIJ del Garraf como psicóloga. Hizo unas consideraciones previas respecto a la salud

mental aclaratorias: apuesta por un modelo de salud integral frente a un modelo médico (reivindica el papel de los educadores sociales como generadores de salud con sus intervenciones); que sea transdisciplinar; que tenga en cuenta el sujeto y en la comunidad donde vive. En la calle, en un centro abierto, en una sesión de terapia en el CSMIJ o en una entrevista en los servicios sociales, podemos generar vínculos positivos, experiencias emocionales correctivas. La propuesta es: cuando se tenga un niño delante, poner ante nosotros también su familia, su comunidad y la red de profesionales.

1. Foco de atención con la salud mental. Hay tendencia a pensar que trabajamos con los trastornos pero no es así, ya que trabajamos con la salud mental.
2. Es importante tener en cuenta que el modelo es un modelo de salud, no un modelo médico.
3. Todo lo relacionado con la salud mental no forma parte sólo del campo sanitario, de la misma manera que lo que forma parte de la educación no es sólo del campo educativo. Debemos tener en cuenta que es transdisciplinario, intervienen varias disciplinas para poder intervenir.
4. Como profesionales es importante poder hacer hincapié en el carácter dimensional y en todo lo que rodea la salud mental. Se debe tener en cuenta el que rodea al sujeto.
5. Cuando enfermamos cabe preguntarse por quien no por qué. Es importante tener en cuenta y no perder de vista el sujeto (el niño).
6. Un sujeto se constituye como un ser social a través de la sociabilidad y la encuentro con el otro. El proceso de salud o enfermedad también tiene una estrecha relación con el encuentro con el otro, ya que depende cómo funcione el proceso tendrá unos efectos sobre la salud mental.
7. Los efectos que producen la intervención de los educadores sociales generan salud ya que somos agentes de salud.
8. Nuestro trabajo trata de generar vínculos significativos, "experiencias emocionales correctivas". Esto lo podemos llevar a cabo en la calle, en el hospital de día, el CSMIJ, etc.
9. Nuestra tarea como educadores / as sociales es ayudar a crear vínculos entre el sujeto (niño) y la familia, o bien entre el sujeto (niño) y la comunidad. Se trata de poder establecer puntos o conexiones que permitan crear estos vínculos como alianza terapéutica.
10. La red de salud mental y adicciones conforma todos los dispositivos.
11. No debemos pensar sólo en la red de salud mental como una red única. Debemos tener en cuenta todas las otras redes, ya sean las asistenciales como las no asistenciales. Por ejemplo: educación, justicia, etc. Es importante tener en cuenta el sujeto (niño), la familia, la red: una buena praxis necesita de cooperación y trabajo en red, ya que no hay respuestas concretas y cada uno tiene sus herramientas para poder intervenir mejor.
12. La derivación es para trabajar conjuntamente cada uno desde su lugar con miradas diferentes.



13. Participar de la transformación del otro a través de fomentar la esperanza, acompañar, construir confianza, interesarse por lo que dirá, contener la frustración, generar pensamiento. Todo esto son estrategias que como profesionales debemos usar para intervenir, generar un vínculo y conseguir la implicación del sujeto.

DEBATE

Se destaca la importancia de poder hacer formación comunitaria. Poder entender que es la salud mental, así cada uno desde su conocimiento deberá desarrollar las sus herramientas.

Dentro del sector social no hay una formación adecuada a nivel de salud mental y se tiende a una patologización excesiva.

Es muy importante poder conocer las funciones de cada profesional a la hora de trabajar en red, ya que cada uno debe saber cuál es su papel

Desde la UEC de Sabadell explican que actualmente tienen una profesional del CSMIJ trabajando interna dentro del equipo. Ha sido un cambio radical, ya que cuando el profesional está en el día a día es cuando existe el verdadero trabajo en equipo.

Es importante aprender a trabajar en red y al mismo tiempo también se deben conocer los límites de cada profesional. La figura del dinamizador externo ayudaría en esta tarea.

La capacidad de generar trabajo en red, vital para la intervención socioeducativa, a veces se ve resentida ya que se ven inmersos en problemas de precariedad, inestabilidad, etc.

Se pone el ejemplo de que cuando hay un problema en el Instituto, no se debe poner desde el primer momento sobre la mesa el diagnóstico de ese niño o adolescente. El profesorado debería estar formado y que hubiera un trabajo comunitario real.

La UEC de Sabadell ejemplifica una actividad que llevan a cabo de trabajo comunitario. Aprendizaje y servicio: los niños y niñas de la UEC dan un servicio para la comunidad y a cambio reciben un aprendizaje. Es una forma de trabajo comunitario para ellos ya que los motiva, les hace crear vínculos significativos.

Como profesionales deben buscar espacios para relacionarse con el trastorno no desde del trastorno.

Es vital el contacto y trabajo en red entre profesionales ya que articulando la mirada con la escuela por ejemplo, podrán entender que detrás de un problema de conducta siempre hay otros problemas. Poder hacer una valoración psicológica del niño o niña está bien, pero a partir de allí se debe trabajar el apoyo y la integración social: trabajar con la escuela, la familia, el sujeto, haciendo un trabajo de articular miradas

CONCLUSIONES

- Necesidad de trabajo en red. No sólo desde el sujeto, sino teniendo en cuenta todo lo que le rodea. El trabajo en red se debe hacer desde diferentes ámbitos.

- Es importante que si hay un trabajo en red, haya un profesional que se haga referente del caso. Debe mostrar compromiso e implicación.
- Para poder trabajar conjuntamente es necesario un reconocimiento mutuo entre profesionales de diferentes disciplinas.

MESA 4

“PEQUEÑA INFANCIA: CUANDO DIFERENTES MIRADAS AYUDAN A CRECER”

384

Sunsi Segú, trabajadora social. Coordinadora del CDIAP Fundación Eulalia Torres de Beà.

Moderador y diálogo con los asistentes: **Imma Jeremías**.

Relatoría: **María Rosa Estela**, pedagoga terapéutica, responsable de los Espacios Familiares en Badalona.

Esta mesa quería hacer visible la intervención con pequeña infancia, a menudo poco visible, cuando se detectan dificultades en su desarrollo. Fue Sunsi Segú, trabajadora social del CDIAP - Centro de desarrollo infantil y atención precoz de Gracia, quien hizo la exposición. El CDIAP se centra en el niño, pero tiene en cuenta su entorno familiar y social. Como se trata de niños pequeños, parece lógico que todo retorno tenga los padres / madres como destinatarios, pero la intención es poder entender todo lo que les rodea. La tarea es preventiva, de acompañamiento en los primeros años de vida, tratando de transformar carencias en oportunidades. El espacio es el de un despacho profesional y esto condiciona las familias, que pueden sentirse observadas y examinadas. Los espacios familiares de 0 a 3 años permiten generar dinámicas más naturales y espontáneas. ¿Qué sería deseable? Favorecer el máximo de espacios naturales posibles para las familias se puedan encontrar, relacionar, compartir experiencias y conocer recursos. Espacios que son generadores de buena salud mental.

La exposición que hemos escuchado de Sunsi ha sido una extensa demostración del funcionamiento de un CDIAP del barrio de Gracia en Barcelona.

El objetivo del CDIAP está centrado evidentemente en EL NIÑO, no de forma aislada, sino teniendo en cuenta que está rodeado de todo un entorno, diferente en cada caso.

La gran plasticidad de los primeros años permite cambiar muchas cosas.

A menudo existe el riesgo de "poner etiquetas y encontrar patologías a todos y en todas partes. Pensar en un CDIAP pre-supone hablar de deficiencias, problemas y carencias, cuando



el objetivo real debe poder cambiar estas "carencias" por oportunidades. También el concepto "patologías" se debería cambiar por "dificultades" ya que muchas veces son parte de la evolución natural de los propios niños.

La tarea del CDIAP es preventiva y asistencial para niños y familias. Los / las profesionales del CDIAP acompañan al bebé en su inclusión en el mundo familiar, junto con sus capacidades / dificultades. El trato con un CDIAP es un tiempo para "conocer y reconocer" de forma conjunta.

¿Cómo? A través de un trabajo entre padres e hijos, entre familia y servicio, entre este servicio y otros.

¿Quién? Un equipo de profesionales con diferentes formaciones que se complementa. La formación específica de cada uno de los profesionales se encuentra enriquecida por las formaciones de los demás y las interacciones que se generan. Lo que equivale a decir que a menudo hay que olvidar la propia formación / titulación para ponerte en un lugar de escucha, empatía y acompañamiento

El hecho de observar (por parte de los profesionales), es muy complicado. Hay dificultades para "Saber observar" que pueden comportar confusiones.

El escenario de un despacho de CDIAP, (niño / padres / profesional) comporta una situación no natural, controlada, impuesta... en que la familia se siente observada y estudiada. Hay una diferencia significativa en las reacciones de las personas cuando este observatorio es un espacio más natural y espontáneo, como podría ser el caso de un Espacio Familiar.

Es significativo el cambio que viven las familias cuando pasan de un CDIAP a un CSMIJ .Pasan de sentirse más atendidas en menos atendidas porque la frecuencia de la atención se dilata en el tiempo. Y el trato profesional suele ser más distante. En todo caso, esta observación surgida de los comentarios *intra-grupo* dependerá de los diferentes profesionales que intervienen en estos servicios y que conseguirán acoger más o menos a las familias usuarias. Por lo tanto, hay muchas diferencias que no son únicamente fruto de la institución, sino del trato personal otorgado en cada caso.

Como conclusión de la mesa, pensamos que hay que favorecer el máximo de espacios naturales posibles para que las familias se puedan encontrar , desarrollar , relacionar, obtener recursos ... porque estos espacios y grupos de apoyo favorecen y salvan a los niños ya sus progenitores.

Los espacios naturales de encuentro de familias son espacios favorecedores de una buena salud mental.