Universitat Oberta de Catalunya

uoc.edu

Análisis de la implantación del Programa de Continuidad de Cuidados de atención a menores en situación de riesgo psicosocial y/o con trastornos mentales graves dentro de los Centros de Salud Mental de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid percibido desde el Trabajador Social Sanitario como coordinador del Programa con menores con este perfil.

Trabajo Final de Máster – MU de Trabajo Social y Sanitario

Autor/a: Miguela Arévalo García Gasco

Director/a: Marta Pi Macias

Julio de 2018

Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada
(http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/deed.ca)

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar me gustaría agradecer a mi directora de Trabajo Fin de Máster, Marta Pi Macias, el esfuerzo realizado durante la dirección del trabajo ya que era muy nuevo para mí y ha sabido dirigirme excelentemente.

Agradecer a JMT, mi pareja, por el empuje que me dio siempre para superarme y terminar lo que se empieza, ha sido un referente en valores, esfuerzo y compromiso toda muestra vida juntos.

A mis queridas hijas, JMA y LMA por haberlas privado de mi compañía todo este tiempo dedicado al Máster, sabiendo que hemos atravesado tiempos muy difíciles.

A mi querida compañera y amiga, ya retirada LAB por entusiasmarme con la salud mental infantil, dirigirme en mi formación y colaborar en el diseño del Programa de Continuidad de Cuidados que se gestó entorno al año 2006 y que hoy es un sueño hecho realidad.

A JJB, CV, CG y MR, mis referentes en el trabajo y modelo a seguir como profesionales y personas. Por su esfuerzo y dedicación para llegar a perfección en todo lo que tocan.

A las participantes en el Grupo focal B,A,G, C, A y A, ya que sin su esfuerzo, por perder su valioso tiempo conmigo, este trabajo nunca hubiera podido llevarse a cabo. Además por hacerme hecho sentir que estaban encantadas con su participación.

Sinceramente, gracias a todos/as ellos/as por haber formado parte de este trabajo, porque sin ellos/as esto no hubiera sido posible.

Índice

1. INTRODUCCIÓN 5
2. JUSTIFICACIÓN 9
2. OBJETIVOS 10
3. METODOLOGÍA 11
4. RESULTADOS 17
5. DISCUSIÓN 28
6. CONCLUSIONES 32
7 LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN 33
8. BIBLIOGRAFÍA 34

Resumen

Este trabajo pretende analizar y describir la implantación del Programa de Continuidad de Cuidados (PCC) en los Centros de Salud Mental (CSM) de la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid (CM) que fue recomendada su implantación en 2014 por la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental- Dirección General de Hospitales, como programa básico de atención para garantizar el tratamiento y prevenir la cronicidad y el deterioro de los niños y adolescentes con grave riesgo psicosocial y/o trastornos mentales graves (TMG).

El Trabajador Social Sanitario (TSS) debe ser el coordinador del Programa en cuanto a la atención de los menores en riesgo psicosocial. Este trabajará con el menor, la familia y su entorno para garantizar la continuidad de tratamiento, organizando la red de atención comunitaria para trabajar poniéndose de acuerdo en los objetivos de abordaje común y garantizando la calidad de atención para no duplicar actuaciones y dando la mejor atención desde el punto de vista holístico posible.

Este PCC nace de forma desigual en los distritos y su implantación responde a modelos poco definidos. Los equipos siguen incompletos y el abordaje metodológico ha sido dispar. Los TSS, tienen una visión global de la implantación y de la evolución del mismo con lo cual se toman como población de estudio, ya que han sido testigos de primera línea de la evolución y las dificultades en el trabajo diario del desarrollo del mismo.

Pasados los años se impone una revisión de la implementación de dicho programa.

Abstract

The aim of this paper is to analyze and describe the implementation of the “Continuity of Care Program” within the Mental Health Centers in the Community of Madrid. It’s implementation was recommended in 2014 by the Regional Office of Mental Health Coordination - Hospital’s general management as a basic attention program in order to guarantee the treatment and previne chronicity as well as children and teen’s - with big psicosocial and serious mental disorders risk - deterioration.

The Sanitary Social Worker must be the coordinator of the Program regarding the attention of the minors in a psychosocial risk, to work with the minor, it’s family and It’s environment, in order to guarantee the continuity of the treatment, organizing the common web of attention and work agreeing on the common objectives, plus guaranteeing the quality of the attention, to avoid the duplication of actions and giving the best attention possible - from an holistic point of view.

This program was formed in an unequal way in the districts, with implantation models not well defined. The teams were not complete and the methodological approach was uneven. The TSS have a global vision of its implantation and evolution. Therefore, they are taken as a study target, for having closely witnessed the evolution and difficulties of the job and it's daily development.

Years later an evaluation of this implantation becomes necessary.

Palabras clave

Salud mental, menores, riesgo psicosocial, continuidad de cuidados

Key words

Mental health, minors, psychosocial risk, continuity of assistance

1. Introducción

El presente trabajo pretende hacer una descripción de la implantación, su situación actual y evolución del Programa Continuidad de Cuidados Infanto- Juvenil (PCC IJ) dentro de los Centros de Salud Mental (CSM) de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid en los Programas Infanto- Juveniles para la atención a menores en situación de riesgo psicosocial y/o con trastornos mentales graves. Se hará desde el punto de vista del Trabajador Social Sanitario (TSS) ya que recae sobre él la responsabilidad fundamental en la figura de coordinador en las situaciones de riesgo psicosociales que padecen los menores y que hace que se muestren vulnerables en su salud mental.

El programa aborda la atención a los menores en salud mental, desde la prevención y la atención del riesgo psicosocial de forma holística hasta la construcción de la atención en red en su ámbito comunitario. El objetivo del programa, según refiere el Plan Estratégico de Madrid 2018-2020 (2018)[1] , es lograr una intervención más eficaz que garantice la continuidad de cuidados, abordando todas las contingencias que aparezcan en las distintas etapas de la vida, evitando la institucionalización y la medicalización y respetando los derechos que amparan a los niños.

[1] Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. (2018) Madrid. p. 113-21

El programa se basa fundamentalmente en la prevención de las situaciones de riesgo que los menores que acuden a los CSM con necesidad de tratamiento que presentan. Los TSS establecen la red de intervención y apoyo familiar que precisan para afrontar dicho tratamiento de forma eficaz y eficiente.

La salud mental está condicionada por múltiples factores, de carácter individual, familiar, social, económico y medioambiental.

Richard Wilkinson y Michael Marmot [2]mantienen que:

> "El ser humano, en calidad de ser social no necesita solamente contar con unas buenas condiciones materiales, sino que ya desde la primera infancia necesitamos sentirnos valorados y estimados.
>
> Necesitamos amigos, necesitamos sociedades más sociables, necesitamos sentirnos útiles y necesitamos un cierto nivel de control sobre un trabajo valioso. Sin todo ello, nos volvemos más propensos a la depresión, al uso de las drogas, a la ansiedad, la hostilidad y a la desesperación, y todo ello repercute en la salud física."

La Organización Mundial de la Salud (OMS)1948 estable con respecto a los menores:

> "El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo"[3] (p1)

Según se propone en el libro "Los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia" coordinado por Encarnación Mollejo en 2012,[4] la cronicidad de los Trastornos Mentales Graves en el adulto, se inician en la infancia o en la adolescencia; sostienen que un abordaje precoz e integral puede evitar estos trastornos. También

---

[2] Wilkinson R y Michael Marmot M. LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Publicado por la Oficina Regional para Europa de la la Organización Mundial de la Salud con el título de *Social determinants of health. The solid facts. Second edition.*© Organización Mundial de la Salud, 2003 [place unknown] Disponible en https://es.slideshare.net/farteagas/determinantes-sociales-de-la-salud [2018, 4 de mayo] p. 9

[3] CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 1948 La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Off.

Rec. Wld Hlth Org.; Actes off. Org. mond. Santé, 2, 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948 [Internet] P1 Disponible en http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf [29 abril 2018] p.1 .

[4] Alcamí, M y Ortiz P. Introducción. Coordinador :Mollejo E . Los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2012). p.13-2

manifiestan que el riesgo a la cronicidad de los menores no está unida solo a los trastornos mentales, sino que todos los trastornos parecen estar en riesgo de cronificación si ciertos factores están presentes como los que aparecen en su entorno poco favorecedor.[3]

Por otro lado según Winnicott.D, citando a Fenichel (1963):

> "(...) Todos los síntomas son producto de unas actitudes específicas del ego que en el análisis se presentan en forma de resistencias y que se han desarrollado durante los conflictos de la infancia."(Fenichel 1945, p 539 mencionado por Winnicott D. (1963)[5]

La atención integral a los menores en Salud Mental es un reto que aún hoy no se ha conseguido. Este es un objetivo de trabajo prioritario para su atención cuando se encuentren en riesgo tanto social como sanitario, para prevenir estas contingencias que comprometen el desarrollo integral de los mismos, durante su etapa infantil y adolescente.

Hay que trabajar de forma coordinada porque la ley nos obliga a proteger a estos menores en situación de riesgo (Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, entre otras.)[6]. Además la experiencia profesional en salud mental nos indica que el menor vive en un entorno, que tienen unas características determinadas, que será facilitador de salud o al contrario potenciador de síntomas. Para tratar a estos menores precisamos de un entramado de recursos a modo de red que proteja de forma integral al menor y a su familia para así prevenir las contingencias que les coloquen en situación de vulnerabilidad.

La plasticidad del menor hace que sea un momento absolutamente idóneo para intervenir y proteger de posibles patologías en un futuro, y ahorrar así de mucho sufrimiento a él y a su familia y a la sociedad misma.[7,8,9]

---

[5] Winnicott, DW (1963) Procesos de maduración en el niño. Psicoterapia de los trastornos del carácter [Consultada 29/04/2018] Disponible en http://www.psicoanalisis.org/winnicott/trasto63.htm, p 539

[6] Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.

[7]Arévalo M y Álvarez-Buylla L.. (2012). Continuidad de Cuidados en los Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil. Una experiencia en el Centro de Salud Mental. En Los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia(131-147). (2012). Madrid. Asociación Española de Neuropsiquiatría

El menor es dependiente en un principio de los padres que deben protegerle y proporcionarle un bienestar físico, psíquico y social, y si no lo hacen porque no pueden o no saben debe ser la sociedad quien se lo proporcione.[6,7,8,]

Con estas premisas, hace más de 15 años, desde el CSM de Ciudad Lineal, los profesionales que formaban parte del equipo interdisciplinar de atención a menores y adolescentes se planteó la necesidad de garantizar la continuidad del tratamiento para evitar el fracaso terapéutico.

El abordaje del tratamiento debía hacerse desde una perspectiva global, con equipos multidisciplinares, en el ámbito donde residían los menores, con un abordaje en red y con la implicación y el acuerdo de objetivos comunes de intervención de todos los que estaban en torno al menor como la familia, la escuela y el resto de instituciones sanitarios o no sanitarias.

La conclusión a la que llegaron los profesionales del mencionado servicio es que la atención a los menores en éstas situaciones debe abordarse desde la prevención y la atención del riesgo psicosocial de forma holística hasta la construcción de la atención en red en su ámbito comunitario. De esta forma se plantean como objetivo lograr una intervención más eficaz que garantice la continuidad de cuidados abordando todas las contingencias que aparezcan en las distintas etapas de la vida, evitando la institucionalización y la medicalización, y respetando los derechos que amparan a los niños.

Esta forma de funcionar se creó el Programa de Continuidad de Cuidados . La Oficina Regional de Coordinación Salud Mental – Dirección General Hospitales de la Comunidad de Madrid, lo recogió como propuesta de trabajo en la atención a los menores en 2014, lazándolo en forma de documento:

> "Recomendaciones para el Programa de Continuidad de Cuidados de Niños y Adolescentes Una propuesta de trabajo en los equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil" (Anexo 1) [9,10].

---

[8] Arévalo M. La intervención en Salud Mental en el Sistema de Protección de Menores en la CM. Una propuesta de trabajo desde el Centro de Salud Mental de Ciudad Lineal.. En El derecho a la protección de los niños y niñas en la Comunidad de Madrid. Vol 1(153-169). (2010). Madrid: El Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Sociales y Asistentes Sociales de Madrid.

[9] Arévalo, M y Álvarez Buylla, L Proyecto de continuidad de cuidados. una propuesta de trabajo en los equipos de salud mental infanto- juvenil. Trabajo Social Hoy, 56, 73-104. (2009) Madrid Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid

Fue recogido como objetivo básico de implementación en El Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid de 2010-2014[10] y Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020[1] recientemente publicado como objetivo prioritario de implantación y desarrollo.

Este trabajo pretende analizar la implantación hasta el momento del Programa de Continuidad de Cuidados en los Centros de Salud Mental dentro de los equipos de atención infanto -juvenil de la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid.

Por otra parte, el pilar del PCC reposa en la figura del Trabajador Social Sanitario ya que nació con la finalidad de incorporar el Diagnóstico Social Sanitario al Diagnóstico Clínico para que en el encuentro de ambos aparezca una mirada más comprensiva e integral en la atención a los menores.

Se impone, además, analizar la figura del TSS dentro del PCC IJ, el aporte que se hace desde la profesión, objetivos de trabajo se plantean, la metodología que se usa, sus modelos teóricos y cualquier otra propuesta de análisis que se aporte ya que el grupo está diseñando como un grupo focal abierto.

Revisar estas cuestiones es fundamental dado el importante papel de los trabajadores sociales en estos programas.

2. Justificación

Después de más de 4 años de propuesta de implementación del Programa de Continuidad de Cuidados en los Infanto-Juvenil, y siendo recomendado durante al menos en los dos últimos años desde la Consejería de Sanidad como objetivo prioritario de su puesta en marcha, se hace necesaria una revisión de cómo se ha llevado a cabo, que dificultades han ido apareciendo, qué profesionales son los que pilotan la coordinación del programa y con qué criterios de intervención y sobre todo, investigar para evaluar los déficits y las propuestas de mejora que proponen las TSS de estos programas como protagonistas de su desarrollo y eficacia.

Hay muy poco material teórico-técnico elaborado en el territorio español acerca de estos programas, de su eficacia y de los modelos de intervención que les acompañan. Es un material absolutamente novedoso ya que no existe una evaluación al respecto del PCC IJ y sus conclusiones podría ser aportadas como documento de mejora en la Oficina de Coordinación de salud mental ya que la autora participa en las comisiones

[10] El Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid de 2010-2014.Recuperado en www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata...blobkey [2018,3 de mayo]

de profesionales, creadas para la elaboración de propuesta de trabajo en el Programa Infanto-Juvenil que se realizan desde hace años y que estas propuestas son recogidas en los Planes Estratégicos de los últimos 18 años.

Por otro lado es un campo nuevo que se le abre al TSS como protagonistas del PCC IJ, con su aportación al modero de atención de la salud en lo referente su perspectiva social, como define Salud la OMS (1948)[2] que propone que «la salud es un estado de bienestar completo físico, mental y social y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedad» y que Bertolote J. (2008) analiza como:

> "Esta definición es claramente holística, destinada a superar las antiguas dicotomías del cuerpo frente a la mente y de lo físico frente a lo psíquico. También es una definición pragmática, en la medida en que incorpora a la Medicina una dimensión social, gradualmente desarrollada en Europa durante el siglo XIX [11]

De este modo la dimensión social de la salud es lo propio, especifico, identitario del trabajo social en el ámbito sanitario.

3. Objetivos

OBJETIVO GENERAL:

Conocer cómo ha sido la implantación del Programa de Continuidad de Cuidados de atención a menores en situación de riesgo psicosocial y/o con trastornos mentales graves dentro de los Centros de Salud Mental de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Valorar la aplicación del documento de Recomendación de la Oficina Regional[9]
2. Estudiar si existen modelos teóricos comunes de trabajo en el Programa de continuidad de cuidados infanto-juvenil.
3. Analizar el circuito de derivación y coordinación
4. Investigar qué medidas y mejoras se pueden aplicar.

---

[11] Bertolote J. (2008) Department of Mental Health, World Health Organization, Geneva, Switzerland. Politicas de Salud. Disponible en http://www.wpanet.org/uploads/Publications/WPA_Journals/World_Psychiatry/Past_Issues/Spanish/wpa-09-2008-spa.pdf p. 113 [2018, 4 mayo]

SUPUESTOS DE LA INVESTIGACIÓN.

La asignatura pendiente del sistema sanitario en España sigue siendo el avance y progreso de la atención psiquiátrica. Los programas de salud mental de atención a adultos, si bien desde el Informe de la Comisión para la Reforma psiquiátrica, se han desarrollado considerablemente, la atención a niños y adolescentes sigue siendo la gran asignatura pendiente del sistema sanitario español.

En Madrid, se trae por primera vez el tema Infanto- juvenil a nivel oficial en el primer Plan de salud mental 2003-2008[12]; se habla de proveer y mantener los cuidados de la población infanto-juvenil, aunque han de pasar unos años hasta que estos cuidados adquieran la categoría de programa. El Plan estratégico 2010-2014[11] desarrolla las líneas fundamentales en las que ha de basarse este programa y establece las recomendaciones para el Programa de continuidad de cuidados de niños y adolescentes.

En el siguiente PESMCM 2018-2020[1] se sigue insistiendo en esta necesidad y advierte de:

> "la demanda en salud mental a niños y adolescentes ha experimentado un notable incremento en la Comunidad de Madrid, tanto a nivel ambulatorio como a nivel hospitalario, y ello hace necesario una revisión de las necesidades y recursos existentes" (p. 111).

Llegados a este punto, más que nunca se hace necesaria el estudio del estado de salud de este programa, dado que todavía hay distritos sanitarios en los que este programa no está implantado; en otros no está lo suficientemente dotado. En estas páginas se pretende dar respuesta a la cuestión

4. Metodología

DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO.

Para la realización de este trabajo se ha optado por una Investigación Cualitativa basada en un diseño descriptivo-interpretativo mediante la técnica de grupos focales (GF) al objeto de analizar la percepción que tienen los TSS sobre la implantación del Programa de continuidad de cuidados infanto-juvenil.

[12] Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental 2003-2008. CONSEJERÍA DE SANIDAD - COMUNIDAD DE MADRID

El enfoque de una Investigación Cualitativa propone espacios libres y abiertos donde los entrevistados pueden expresarse con flexibilidad.[13,14]

Se elige el Grupo Focal como método de recopilación de información cualitativa ya que se cree que es el más idóneo para el logro de los objetivos que se persigue y ofrecerá un abanico de respuestas sobre los fenómenos o situaciones que han existido en los equipos de los CSM frente a la implantación del PCC IJ así cómo las percepciones, sentimientos y pensamientos de los TSS con respecto al proceso que ha seguido para poder conocer los fallos de dicha implantación y proponer mejoras aplicables a dicho programa.[14]

La conducción del grupo focal estuvo dirigida por una trabajadora social sanitaria del ámbito de la salud mental en los programas de adultos y con escasa vinculación con el Programa infanto- juvenil.

Además nos serviremos de la observación participante dado que la autora de este trabajo forma parte de un equipo de Programa de continuidad de cuidados infanto-juvenil y con el análisis de las fuentes documentales (historias clínicas, memorias y actas de diferentes reuniones de los profesionales). Con ello, se ha realizado un trabajo y acercamiento a la escena real donde se desarrollan las prácticas del Programa infanto-juvenil, objeto de análisis de este trabajo.

Usamos como técnica la observación participante dado que la autora, como hemos señalado, forma parte activa de este programa desde sus comienzos en la Comunidad de Madrid. Reconocer esta posición implica admitir cual es su posición social, la subjetividad que le acompaña; nombrarla implica sino controlarla al menos matizarla. Como señala Guasch[15]

---

[13] Prieto Rodríguez MA y March Cerdá JC. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. *Aten Primaria* 2002; 29 (6): 366-373 Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S0212656702705854/1-s2.0-S0212656702705854-main.pdf?_tid=ac1240c1-d8eb-4bf9-a1f8-57b25b778172&acdnat=1525798762_520c1f90035023a956aa362053ca814c [2018, 8 mayo]

[14] Escobar J. y Ivonne Bonilla-Jimenez I. Grupos focales: una guía conceptual y metodológica. Cuadernos hispanoamericanos de psicología, Vol. 9 No. 1, 51-67. Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia. Published: 2011-09-09.? [Internet] Disponible en http://148.202.167.116:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/957/Gupos%20focales%20una%20gu%C3%ADa%20conceptual%20y%20metodol%C3%B3gica.pdf?sequence=1&isAllowed=y Consultado el 14 de mayo de 2018. P 53

[15] Guasch, Ó. (1997). *Observación participante.* Madrid: CIS.

> “Analizar la observación participante implica, pues, analizar lo subjetivo; supone revisar la distancia social y cultural respecto a aquello que se mira (…). Escribir sobre la observación participante es discurrir sobre la participación; es uno de los modos de investigación que permiten prestar mayor atención al punto de vista de los actores [(pp. 11-36).]

Este estudio es novedoso ya que no se ha hecho ninguno en la Comunidad de Madrid para evaluar el PCC IJ y desconocemos la realidad a la que nos vamos a enfrentar. Este método está especialmente indicado en estos casos. [13, 14]

POBLACIÓN Y MUESTRA.

Los participantes del estudio son trabajadores sociales sanitarios, coordinadores del PCC IJ en los CSM de la Comunidad de Madrid.

Existen 36 centros de salud mental comunitarios en la Comunidad de Madrid, dotados de un Equipo de Salud Mental de niños y adolescentes. No todos los equipos cuentan con trabajadores sociales sanitarios. Después de haber recorrido un proceso de investigación sobre la existencia de trabajadores sociales sanitarios en el PCC, se han localizado 14 profesionales. Se les envió mediante correo electrónico, cartas (Anexo II), invitándoles a participar, si cumplían con los requisitos de inclusión del estudio.

Aceptaron participar y cumplían con el perfil 9 trabajadores sociales sanitarios, de las cuales 6 ,finalmente, participaron. Las otras 3 restantes no pudieron acudir a la cita por problemas de agenda aunque se mostraron muy interesadas en el estudio.

Los criterios de inclusión fueron:

- Trabajar al menos 10 años en salud mental de los cuales al menos 5 estuvieran en el PCC IJ en un CSM.
- Ser coordinadoras de cuidados en el PCC infanto-juvenil.

Los criterios de exclusión:

- No cumplir los criterios mencionados.
- No estar de acuerdo con el programa y la metodología de este.

El grupo se desarrollo en el Centro de Salud Mental de Ciudad Lineal.

Para obtener los datos socio demográficos de las participantes se diseñó una ficha de primera acogida (Anexo III). La sesión se desarrolló a lo largo de una hora y media. La conductora de los grupos fue una TSS con amplia experiencia en conducción GF y experta en PCC de adultos con más de 28 años de trabajo en salud mental; participo

como observadora, transcriptora del grupo la autora de este trabajo. La entrevista fue grabada con autorización expresa de las participantes.

Las preguntas fueron diseñadas en función de los objetivos generarles y específicos de forma concisa y clara.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El objetivo del PCC IJ es lograr una intervención lo más eficaz posible que garantice la continuidad de cuidados a los menores en situación de vulnerabilidad psicosocial y o con enfermedad mental grave que aparecen en las consultas de los CSM en el Programa Infanto -Juvenil, abordando todas las contingencias que aparezcan en las distintas etapas de la vida de forma continuada, evitando la institucionalización y la medicalización, y respetando los derechos que amparan a los niños.[7,9]

En salud, la nueva gestión pública está hiperdesarrollada, con el riesgo de que a menudo puede olvidarse lo filosófico ideológico que acompaña las prácticas. Se priman los criterios económicos (operatividad, rentabilidad económica.[16 P 23]) por encima de la subjetividad de las personas destinatarias de la intervención psicosocial y que conlleva el riesgo de despersonalización de la acción social y el deterioro del desarrollo de las prácticas en red y comunitarias (Vicente C, 2018[16]).

La filosofía del programa, objeto de estudio, responde en primer lugar a la máxima de priorizar los vínculos de los menores y sus familias en el proceso de recuperación de sus capacidades y potencialidades para afrontar las situaciones de malestar psicosocial que les envuelve e impide su crecimiento. En segundo y no menos importante plantea las prácticas como prácticas de red que permitan aunar y potenciar los cuidados en las redes naturales de apoyo con la colaboración activa de la red profesional. Se pretende de este modo aunar sinergias y saberes de las diferentes partes implicadas en los cuidados.

El trabajo social fundamenta su práctica en valores como menciona Vicente[17] refiriéndose a Biestek, Banks. El trabajador social sanitario en la figura de coordinador de programas individualizadas de continuidad de cuidados trabaja conforme a los valores de la disciplina, sin olvidar la defensa activa de derechos.

[16] Vicente C. "La construcción de las prácticas profesiones" Sesión Plenaria III. Intervención y participación comunitaria. XII Congreso Estatal de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud celebrado el pasado día 11 al 12 de mayo de 2018 en Pamplona. Trabajo Social y Salud. Revista de la Asociación española de Trabajo Social y salud. nº 90/segundo cuatrimestre 2018.Pamplona p 23-6

La Cartera de Servicios profesionales Básicos[17] de Trabajo social sanitario organiza, describe y define como ha de ser la articulación ética en las prácticas. Plantea que debemos trabajar en "la dimensión social de atención a la salud de las personas y las comunidades tanto en la prevención, la educación, la promoción de la salud y el tratamiento de los procesos de salud-enfermedad de forma consensuada estableciendo unas bases comuniones mínimas de actuación [17,] Debe, además, liderar la coordinación[18] y la colaboración con el resto de instituciones garantizando la continuidad asistencial en los aspectos sociales de la salud, la ética en la prestación de los servicios, procurando la justicia social, el respeto a las personas, la calidad, la innovación y la excelencia.

Esta coordinación[19] debe ser una suma de saberes con un compromiso con la excelencia en las practicas y ético, evitando caer en lo demasiado normativo y poco cuidadoso con la persona compleja y única, a favor de una visión global y trabajando en la humanización, encargándose de la persona que sufre, haciendo una gestión eficaz de los recursos que son limitados y dentro de un proyecto de intervención individualizado con los menores, sus familias y su entorno apoyado en sus fortalezas y así lograr un mayor grado de bienestar.[19,19]

Mas, ¿cómo ha de ser la ética que fundamente la práctica de los trabajadores sociales en estos programas?. Inicialmente, esta no ha de ser distinta a la ética de la intervención en trabajo social como disciplina. Las prácticas, han de estar basadas en una conjunción de las éticas de la justicia y el cuidado, como señala Vicente C [16] . La autora entiende que la dicotomía entre ética de la justicia y ética del cuidado está en el origen mismo de la teoría moral moderna y está ligada a la separación de esferas y la construcción de los géneros. La ética de la justicia nos sitúa en trabajo social frente a uno de nuestros retos: la defensa, el restablecimiento de derechos. Derechos han de estar fundamentados en el sistema público. La del cuidado, por el contrario, nos sitúa en una cuestión crucial en trabajo social: el género. Somos mayoritariamente mujeres cuidando de aquellos que se encuentran en situación de enfermedad, de vulnerabilidad, de discapacidad, de falta. La autora, citando a Guilligan, plantea que cuidamos desde el vínculo, atributo esencial en las redes sociales, en el mundo relacional y emocional de los sujetos. La ética del cuidado nos guía, por lo tanto, para

[17] Cartera de Servicios de Trabajo Social Sanitario. (2017)AETSYS. Edita AETSYS

[18]CODIGO DEONTOLÓGICO DEL TRABAJO SOCIAL Disponible en ttps://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico [2018, 15 de mayo]

[19] Feito Grande L. Deontología y ética. Compromiso con la excelencia. Sesión plenaria II: Bioética y TSS. Conferencia XIII Congreso de la Asociación de TSS y S. 10 al 12 mayo de 2018 .Pamplona.

actuar con cuidado en el mundo humano y recalca el precio que supone la falta de cuidado: no prestar atención, no escuchar, estar ausente en vez de presente, no responder con integridad y respeto.

Esta ética refuerza la idea de la interdependencia y advierte de los peligros del aislamiento y de la soledad a la que venimos refiriéndonos en estas páginas. La idea de la autonomía y la individualidad de la posmodernidad es ilusoria. Somos sujetos sociales y relacionales. Winnicott D. (1971)[20] mantiene que:

> "El individuo al que se le ve como una unidad autónoma, en la práctica nunca es independiente del medio,(…) No hay realización personal sin sociedad, ni sociedad fuera de los procesos de crecimiento colectivos de los individuos que la componen"

Esta manera de facilitar los cuidados conduce a la idea de responsabilidad colectiva, del trabajo en redes, por y para las redes sociales. Ambas éticas, rompen con la idea del beneficio propio, del enriquecimiento a través del sufrimiento del semejante que se instala con la lógica de la mercantilización de lo social y traen a primer plano la escucha y el encuentro con el otro.

LAS LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

Se ha elegido un grupo homogéneo para la participación de grupo focal. Esta homogeneidad con respecto a las características y experiencias de los participantes del grupo puede producir, según Escobar y Bonilla-Jimenez[21 P 55] , se prestan a pocas diferencias de opiniones, pero pueden relacionar comentarios con sus experiencias diarias y así compartirlas.

Se podría haber elegido a más profesionales de los equipos del PCC IJ para que fuera más amplias las propuestas y opiniones, pero este trabajo pretende analizar además de la implantación del programa, el papel de los TSS en el PCC IJ, como coordinador. Sus funciones se corresponden a las diseñadas en las Recomendaciones para el PCC

---

[20] Winnicott C. (1971) Realidad y Juego. Traducción: Floreal Mazía. Editorial Gedisa, S.A.España.

[21] Escobar J. y Ivonne Bonilla-Jimenez I. Grupos focales: una guía conceptual y metodológica. Cuadernos hispanoamericanos de psicología, Vol. 9 No. 1, 51-67. Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia Published: 2011-09-09.? [Internet] Disponible en http://148.202.167.116:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/957/Gupos%20focales%20una%20gu%C3%ADa%20conceptual%20y%20metodol%C3%B3gica.pdf?sequence=1&isAllowed= y Consultado el 14 de mayo de 2018

[10] con la intervención con menores en situación de riesgo psicosocial, las coordinaciones y establecimiento de la red, la intervención con la familia y el entorno y el establecimiento de intervenciones tanto en el ambiro de la salud como fuera en el proceso de intervención con el menor y la familia.

5. Resultados

A continuación procedemos a analizar las generosas palabras del grupo de discusión que se celebro en el servicio de salud mental de Ciudad Lineal el día 8 de junio de 14 a 15.30 horas.

La composición del grupo es como figura en la ficha siguiente

Grupo focal (GF)	**Años permanencia en salud mental**	**Años de permanencia en el PCC IJ**	**Tiempo de dedicación al PCC IJ (porcentaje)**	**Nº de profesionales en el PCC**	**Tiempo de dedicación de los profesionales en el PCC IJ**	**Distrito: Población aproximada**
Participante 1 (P1) 49 años de edad	11 años	11 años	20%	4	- 1 psiqui. 100% - 2 psicolo. 100% -1 TSS, 20%	175.000 Habitantes
Participante 2 (P2) 43 años de edad	10 años	10 años	80%	4	Equipo competo a100% , excepto enfermería 50% y ts 85%	120.000Habitantes
Participante 3 (P3) 33 años de edad	12 años	8 años	100%	5 y 1/2	5 a tiempo completo y uno dos días	227.000 Habitantes
Participante 4 (P4) 54 años de edad	24 años	20 años	100%	11 y dos TSS	11 profesionales a 100% y 1 al 50%	113.500 Carabanchel y 141309 Usera

Participante 5 (P5) 53 años de edad	2 7 años	5 años	25%	2, más dos a tiempo parcial	Dos 100%, 1 50% y 1 25%	280.000 habitantes
Participante 6 (P5) 59 año de edad	25 años	5 años	100%	1	9 a 100%. 1 a 50%	85.000 Habitantes

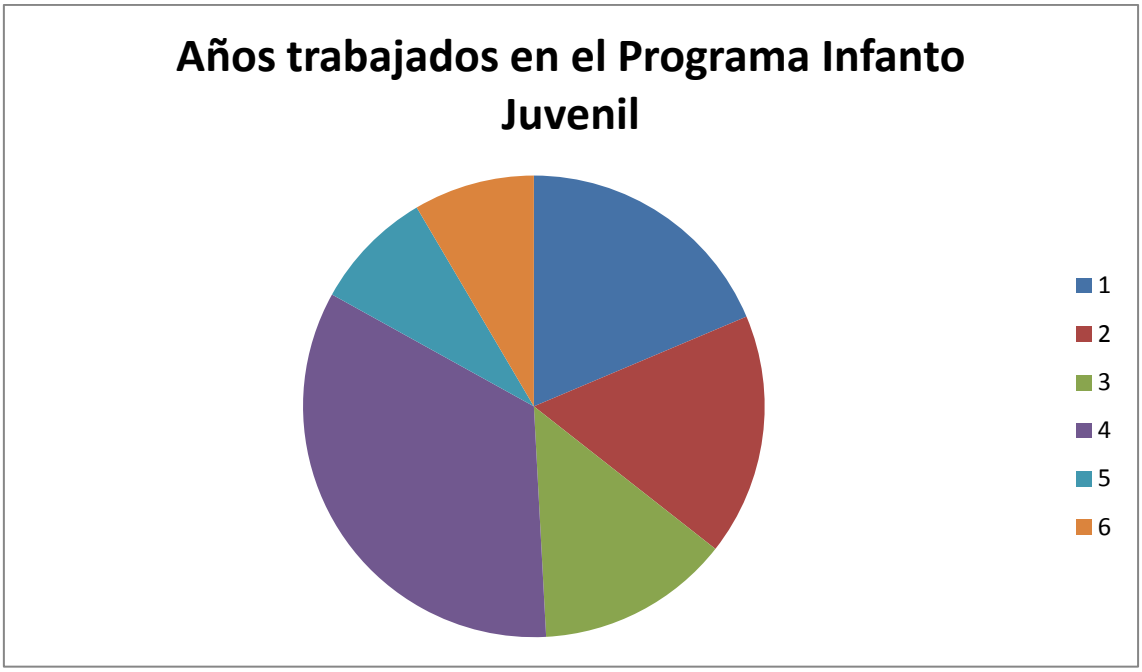
Fuente: elaboración propia

Las participantes en el grupo focal eran todas mujeres, con una edad media de 48 años de edad, hay que destacar la diferencia que parece entre la más joven de 33 años con la mas adulta con 59 años de edad.

Todas las participantes tienen un amplio recorrido en prestar sus servicios en salud mental con una media de 17,5 años, encontrándonos que la mediana que resulta se encuentra entre 12 y 23 años.

Con respecto a los años de dedicación al Programa Infanto- juvenil aparece que la media está en torno a los 10 años, coincidiendo con la mediana que está en entre los 10 y 8 años, destacando que existe mucha diferencia entre la Trabajadora social que más ha trabajado en Infanto- juvenil, la P 4 con 20 años de experiencia, en contra de

las P5 y P6 que sólo ha trabajado 5, aunque ambas llevaban más de 20 años de experiencia en salud mental de adultos.



Otro dato a destacar del resultado de la tabla es la diferencia de tiempos de dedicación en porcentajes de las trabajadoras sociales al programa, destacamos que 3 de ellas están a un 100% de dedicación, una a un 80%, casi la totalidad de su tiempo y dos a un escaso 20, 25 %.

Centraremos los resultados y discusión en los siguientes ejes de análisis que nos ayuden a dar cuenta de los objetivos enunciados en el diseño metodológico y se encuentran detallados en el Anexo III:

1. Valorar la aplicación del documento "Recomendaciones para el Programa de Continuidad de Cuidados de Niños y Adolescentes Una propuesta de trabajo en los equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil" por la Oficina Regional de Coordinación Salud Mental – Dirección General Hospitales de la Comunidad de Madrid como propuesta de trabajo en la atención a los menores [9]
2. Estudiar si existen modelos teóricos comunes de trabajo en el Programa de continuidad de cuidados infanto-juvenil.
3. Analizar el circuito de derivación y coordinación
4. Investigar qué medidas y mejoras se pueden aplicar.

1.-Objetivo Especifico 1. Conocer si se aplica el documento de recomendación de la Oficina.

Para valorar la aplicación del documento "Recomendaciones para el Programa de Continuidad de Cuidados de Niños y Adolescentes Una propuesta de trabajo en los equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil" por la Oficina Regional de Coordinación Salud Mental – Dirección General Hospitales de la Comunidad de Madrid como propuesta de trabajo en la atención a los menores [9,] , habría que hacer una reflexión sobre cómo está en general el Programa Infanto juvenil en la Comunidad de Madrid.
Todas coinciden en que han ido mejorando las cosas en los últimos años y que se aprecia un ligero interés por la atención de los menores en salud mental. No obstante, sigue habiendo una notable diferencia en recursos entre el programa de adultos y el de infantil. Aun queda mucho por hacer pero en el nuevo Plan 2018-2020 se valora un mayor impulso.

> P5: " el personal del Programa infanto-juvenil es gente muy voluntariosa, con buena capacidad profesional pero con muchas limitaciones por la demanda que no corresponde con la posibilidad de atenderla" (...) Hay esperanzas de que esto se vaya a resolver en breve con la ampliación que desde la Oficina se va a hacer de personal, y a ver si da un poco de cancha.. "

En cuanto a la visibilización del Programan infantil con respecto al de adultos, todas se ponen de acuerdo en decir que es un programa menor al lado de adultos que se lleva la gran mayoría de profesionales, recursos y lugar en los equipos, donde comparten Centro de Salud, (la tendencia es que sean profesionales diferenciados de adultos aunque aún existen compartidos con adultos.)

> P1: "en el CSM mi sensación es que se está visibilizando el programa infantil. pero, aun cuesta, las reuniones generales son todo de adultos y qué decir (...) "que los de infantil también queremos decir". Cada vez hay más hueco y se va mirando más infantil aunque cuesta, yo siempre insisto, que todo lo que se trabaja en infantil luego nos lo ahorramos en adultos pero no (...), antes estábamos un psiquiatra, un psicólogo y una trabajadora social, ahora hay dos psicólogas y una psiquiatra. Ahora estamos viendo una enfermera (..)con mucha resistencia del jefe de servicio porque también hace falta en adultos, yo sí que creo que se va haciendo huego difícil y despacio. "

La P3, también apunta que cubrir las plazas vacantes en infantil les cuesta mucho, sobre todo las de trabajo social, y esto hace que la implantación del programa se relentece, a pesar de que hace ya años se empezó a implantar:

P 3: "la anterior trabajadora social estuvo más de un año de baja, sin ella llevaban mucho tiempo, mis compañeras reivindicando que están hasta arriba de trabajo, no son muchas hay 2 psiquiatras y una psicóloga. Ahora ha venido otra psicóloga pero muy temporales, no llegan a todas las cosas, se están haciendo una hueco (...) Enfermería que no tenían ahora la están reivindicando"

El programa infanto-juvenil, mantienen la mayoría de las participantes, está en un estado muy precario.

P 5 :"hay otras zonas en donde no está tan cuidado y tan atendido. En donde vengo yo, hay un equipo profesional muy escaso, con mucha ratio, una psicóloga y una psiquiatra para dos distritos, un tercio de trabajadora social, un tercio de enfermería, más o menor, que hace lo que puede, tenemos unas listas de espera disparatadas y absurdas, de hecho están provocando bajada de la demanda no por falta de esta, sino que la gente no va a esperar x meses a que se les vea y buscan otras vías de intervención.

Es difícil dar una atención de calidad, mantienen, ni por supuesto integral con de tiempo de dedicación al Programa Infanto- Juvenil tan escaso y parcial, y menos el Programa de continuidad de cuidados que implica aun más dedicación y hacer un trabajo más integral y de cuidados tanto al menor como con la familia.

La cantidad de población a atender, la dispersión en el territorio (pueblos y distritos), sumado al poco tiempo de dedicación profesional hace que sea casi imposible la implantación del programa, existiendo una dispersión en los recursos con los que trabajar y coordinar, no solo en lo referente a la salud mental, sino también a Servicios Sociales, colegios, etc.

P 2: " 80 % de mi tiempo tengo la suerte de poder dedicarlo al programa preferido que es este. Tenemos un ratio de de población muy grande llevamos T. que es un municipio grande 50.000, C. y luego trabajamos con algún pueblo de la V y mancomunidad de las cañadas con todos los pueblos de la sierra.

P 1 :"20 % de de mi tiempo, por desgracia en el Programa, hay una psiquiatra, y dos psicóloga y la parte que estoy yo y estoy para coordinaciones mínimas, alguna ETMF y CAF, algún que otro fuego, pero nada más no me da, estoy pendiente de esos mamas y papas que vemos en adultos y tratar de hacer ahí un poquito de unión".

En muchos distritos y pueblos además no coinciden con el territorio de Servicios Sociales que son los que se encargan de la atención distrital de los menores en riesgo y centralizan las coordinaciones en sus población por la Ley de los Consejos Locales, esto dificulta aún más si cabe con la posibilidad de coordinación.

En Madrid, mantienen las participantes que existen distintos centros de atención al programa infanto-juvenil. Unos son denominados centros monográficos de atención a la población, según relatan dos de las participantes.

> P 4. "somos un centro monográfico. Llevamos dos distritos C y U y algunos barrios de V, que pertenecen al Hospital X y algo de L, limítrofe. (...) Como centro monográfico funcionamos creo que hace 3 años, "
>
> P 6. "Antes en el distrito de M no se veían niños; se veían en el hospital C(...) Luego los han trasladado al Ambulatorio de M, y estamos en la planta 3 todo Infantil seguido; en otro sitio (refiriéndose a otros distritos sanitarios) el trabajador social está en otras plantas, aquí estamos todos en los despachos corridos. Esto a la hora de trabajar es importante también,(...), yo creo que la atención infanto-juvenil ha de ser un centro monográfico (...), donde estén todos los profesionales, por supuesto, el mismo sitio. "

En este sentido plantean que es muy difícil evaluar por igual la implantación del Documento, o el Programa de continuidad de cuidados, son incomparables las posibilidades de atención y de implantación. Dispar y desequilibrado.

2.- Objetivo Especifico 2. Conocer si existen modelos teóricos comunes de trabajo en el Programa de continuidad de cuidados.

En cuanto si existen modelos teóricos comunes, se pone de manifiesto la dificultad que tienen para hablar de un modelo único de atención, quedando evidente la diferencias de criterios a la hora de la inclusión de los pacientes en el programa.

> P 5: "en total unos 14 nuevos al año, me acuerdo.. pero en este programa los pacientes salen por edad, (...), pero en infantil, este ha cumplido 18,.. y se te van la cifra total no lo sé, pero estoy viendo los pacientes que llegan mucho tiempo, de muchos diagnósticos, el Programa de continuidad de cuidados son pacientes muy graves con mucha intervención fuera, de parte de Servicios sociales de educación, con problemáticas muy complejas que exigen mucha dedicación, (...)"

P 2: "lo que ocurre es que el criterio de acceso al Programa de continuidad de cuidados es importante, uno de los criterios es el riesgo en menores. En 99 % de los menores que llegan están en situación de riesgo. Ya sea porque son hijos de pacientes que están en el programa de adultos que están en el programa de adultos, ya sea por situaciones sociales a nivel de carencias de todo tipo, se nutre este programa de estos chicos. Yo diría ¿qué tipo de paciente llega que no sería Programa de continuidad de cuidados?"

P 6 " están en riesgo por otros motivos. Pero no tanto por el tema económico. Son gente con hijos de abogados, licenciados (...) la problemática que se detecta en Servicios sociales, nos cuenta en este distrito es que la patología infantil queda oculta, hasta que explota que es cuando llega a nosotros"

Esto abre el debate sobre si el programa está preparado para tanta pluralidad y diversidad de problemáticas. Y aquí se plantean lo qué que habría que priorizar.

P4 " Desde mi experiencia, Programa de continuidad de cuidados está, pero también tiene lagunas, porque si solo te fijas en el riesgo como en algunos distritos entrarían todos, (...). no es un criterio de inclusión únicamente el indicador de riesgo, ¿qué incluimos?(..)estamos haciendo un análisis y reflexionamos sobre el programa con las enfermeras y la yo. Me quiero centrar en el trastorno mental grave (TMG) y con lo que luego traiga añadido, pero no en el riesgo, (...) es muy abordable por otras unidades por Servicios sociales o otras unidades, y a mí me interesa por mi trabajo TMG con o sin riesgo social,.. qué pasa con todos los niños de Hospital de Día tienen que estar en el programa de continuidad de cuidados, niños con autismo, aunque la intervención el continuidad de cuidados, es menor pero es un TMG, o otros muchos que están en Servicios sociales o en las Comisiones, pero estamos desde mi distrito centrándonos en el TMG"

También aparece el debate de qué es continuidad de cuidados para ser incluidos en el programa, y la cuestión que traen es si es lo mismos "carga de trabajo" que "cuidar a los menores en situación de riesgo", P 2 abre el debate diciendo:

P2:" bueno una continuidad de cuidados, porque están efectivamente continuando unos cuidados, pero yo creo que se desvirtúa un poco de la idea de continuidad que decía E, (..) que en realidad estamos en salud, yo decía lo de menores en riesgo porque es un criterio que viene definido como tal como filosofía del Programa de continuidad de cuidados de infantil ,pero los menores

> en si están insertos en un montón de espacios, con lo que conlleva a nosotros que nos tenemos que coordinar, pero habría que afinar un poquito que perfil de chavales entrarían en el PCC, porque yo sí que es cierto que te coordinas con mucha gente, pero tenemos que afinar de alguna manera, mas especificas con chavales que ya vienen con TMG"

Se plantea que ante la cantidad de diversidad, complejidad y población a atender se hace necesario priorizar, el debate es qué priorizar.

> P5: "para mi es importante que tenga un problema de salud y que tenga que estar en contacto con muchos otros recursos, pero si el problema de salud es mucho mas trasversal no tiene que estar en el PCC o sí un tiempo, hasta que se canaliza, pero ahí, tenemos el debate,(...) pero si este niño ya le hemos visto en x sesiones en psicología y se estabiliza y ya está con SS le hacen un seguimiento y ya está, no necesita más porque viene otros corriendo que necesitan otros huecos"

> P4:" los criterios no son claros o no me convencen, (...), si yo cuando me derivan un caso, indudablemente es para que intervengas, y yo en la mayoría de los casos es sin el niño, es hacer algo, (...) si hago algo ya es de Continuidad de cuidados porque todo va a requerir una llamada telefónica, cole, en Servicios sociales, eso no puede ser porque las estadísticas se disparan, entonces (...) hay que afinar un poco más es decir claro que todo con el que entra hay una intervención, pero de que no me puedo olvidar, que la avalancha es tal del que tiene trastorno mental grave , insisto en que ese debe ser el pilar de nuestro trabajo (...), vamos a ver todo pero el punto de inflexión sea el trastorno mental grave"

Otro punto que apareció en el debates es la importancia que tiene para el programa de continuidad de cuidados el trabajo en red, a modo de trabajo de aporte, saberes y sinergias para hacer un trabajo en la prevención:

> P2: hay que hacer una labor de trabajo en red, para saber qué hacer con estos padres, qué pautas de cuidado tienen, de donde vienen, si tienen algún tiempo de psicopatología.

Una de las participantes introduce el tema ¿de quién es el paciente grave o de de riesgo?, ¿por ejemplo, el absentismo es de Programa de continuidad de cuidados o de servicios sociales?,

P1: Ese es también el riesgo que corremos cuando queremos colocar cada cosa en su sitio, si decimos absentismo a salud mental, y si lo dejamos más amplio, este caso qué le pasa a este caso, ??(...) si viven con la fobia a ir al cole, pues claro, por esto son absentistas, ..

P3. Me ha surgido lo de la fobia, porque a mi distrito por lo que estoy viendo en mi zona, no llega como tal el absentismo, sino por fobia.

3.- Objetivo Especifico 3. Conocer cómo se derivan los casos y quién se hace cargo de la coordinación del PCC en función del tipo de riesgo que aparece en los menores.

A la pregunta ¿Quién es el coordinador del programa coordinación del PCC en función del tipo de riesgo que aparece en los menores? parecen ponerse de acuerdo en que la enfermería tendría más que decir en los casos más clínicos y los trabajadora sociales en las situaciones de riesgo psicosocial.

P 4: " (...) a veces vendrán niños con trastornos bipolar con padres magníficos pero estos si tiene que estar.(en el PCC) un trabajo que debe estar supervisado por enfermería o por TS pero como un modelo más de adultos"

P2: Bueno pero la continuidad de cuidados se da, desde el trabajo social, el modo de entrar al programa es el criterio de riesgo, viene definido, pero la Continuidad de cuidados va muy ligado del equipo, es decir que una persona puede estar lo más cubierta posible, ya sea desde el acompañamiento desde la escucha, de la orientación de información y sobre todo como enlace y referencia del programa, es una labor muy nuestra, porque al final quien son los que nos coordinamos y salimos, y vamos a las reuniones somos nosotros.

P5: El programa define cual es el facultativo responsable y quien es el coordinador de cuidados, son distintas, ellas somos la enfermera a tiempo parcial y yo a tiempo parcial, (...)decidimos qué pacientes, que tienen sobre todo patología más relacionado con hospital de día lo hace la enfermera y la que tienen más relación con Servicios sociales lo llevo yo, y hay alguno que está en los dos lados"

P2: "dentro de la patología mental grave por así decirlo, la parte más orgánica de la continuidad de cuidados sería la enfermería, y la otra parte seria la trabajadora social",

A la pregunta de ¿qué aporta el trabajador social al programa?, aparece mucho la palabras, ENLACE,NEXO con las familias, con las instituciones implicadas, etc.

> P2: "Somos el nexo de unión o enlace entre muchas cosas además, dentro a nivel interno entre programas , a nivel externos instituciones, entre las familias a la hora de trabajar,.. es la labor que yo siento más como enlace."

> P3:." Es mi figura, siempre me sentido como enlace, servicios sociales, educación.."

Otro aporte fundamental es que los trabajadores sociales son los que más conocen la comunidad, los recursos y atendemos a las familias:

> P2: "estamos en la comunidad, somos los que más conocimientos tenemos de los recursos,(...) bueno tenemos un trabajo dinámico, hacemos un poco de todo de atender a las familias, de acogerlas, guiarlas en los más psicoeducativa en la enfermedad en sí, y luego lo externo"

> P4:" (...)yo soy el enlace con servicios sociales, con la familia, con los adolescentes,"

Otra labor importante en la que se ponen de acuerdo es que el trabajador social acompaña a la familia en el proceso de recuperación y es la figura más accesible del equipo.

> P5: " es la figura que acompaña a la familia y al paciente en la recuperación en la intervención, que la mayoría está atediados en tropecientos sitios, y la dirección puede ir en la misma o no, somos la figura más accesible como personal de referencia que les ayude a integrar todo esto, y es una parte muy importante de nuestra intervención

Aunque a veces se confunde la coordinación con ser la "chica de los recados", y todas se ponen de acuerdo en que no se debe actuar si no se conoce a las familias y si no estamos interviniendo, no hay que dejarse embaucar:

> P4": mi acto reivindicativo es "no puedo opinar en servicios sociales porque no lo conozco, porque conozco al paciente en este acto y el paciente no está en el programa, (...) la primera que tengo que cambiar soy yo, si lo conozco lo que haga falta, pero si tú me lo derivas cuando tú me los has derivado..pues hago eso"

El trabajador social hace terapia aunque hay voces que lo llaman intrusismo, pero la mayoría tiene claro que sus actos son terapéuticos:

> P4: "pero nosotros hacemos terapias, yo no voy a hablar de psicoterapia porque yo no soy psicóloga, pero nosotros hacemos terapia, terapias grupales, yo veo muchos adolescentes que sujetamos entre todos. El psiquiatra lo ve 2

> veces al mes, la psicóloga 3 y entre medias, yo o enfermera lo vemos como nos parezca, hay que reivindicar la parte terapéutica del trabajo social,"

Otra aportación es la de la complementariedad a los casos clínicos, muy celebrada por todas,

> P1: "complementar con los clínicos con lo social, te lo cuentan desde lo clínico y dices pero sus papas están en el paro, cual es la vida de los mayores, viven 8 en la casa, y ¿tú no crees que algo tiene que ver con la vida el menor y lo que le está pasando?, (...) es tan importante los equipos multidisciplinares porque lo hace falta esta complementariedad"

Con el trabajo social en el programa se ayuda a producir cambios, mantienen algunas participantes.

4.-Objetivo Especifico 4. Conocer qué mejoras de pueden aplicar

Se pone de manifiesto de forma generalizada la necesidad de pulir el programa en cuanto a criterios de inclusión de pacientes y además debe ser liderado este trabajo desde la Oficina regional que debe haber una organización, administrativa y funcional .

> P4: "la idea de pulir, sería bueno que fuera desde la ofician la que liderara todo esto , porque a mí la oficina nunca me ha dado respuestas a mis preguntas, en un momento dado se hizo un documento, pero ya está más que un papel, no hubo nada más (...)con el nuevo plan y con el empuje de lo infantil y todo esto a ver si todo esto, se puede hacer",
>
> P1: "yo creo que la oficina tiene que tener el peso que ha tendido siempre y es la que tiene que poner los puntos, criterios comunes que podamos entendernos y dar una atención más o menos similar".
>
> P5:" El programa, unificar criterios de intervención y no solamente de inclusión en el programa sino de manejo en situaciones y definir una trayectoria y unos protocolos de intervención que se puedan más claros"

Todas hablan de la necesidad de la especialización del Trabajo social sanitario en salud mental y más tarde en infantil.

Por otro lado se reivindica la necesidad de encuentros entre los profesiones para llegar a acuerdos de intervención:

P1:"Ha sido un encuentro para un trabajo fin de máster pero ojalá que fuera encuentro de profesiones en un espacio para poder hablar de estas cosas, que ayudaría a llegar a una estrategia que haría falta",

Como se ha ido diciendo a lo largo del trabajo hay una gran necesidad de recursos humanos, y sobre todo la necesidad de que existe un trabajador social en exclusiva cómo mínimo para el programa de infantil que pudiera llevar con comodidad y especialización el programa de continuidad de cuidados.

P6: "trabajador social, que exista solo para infantil, que no tenga que llevar otros programas "

6. Discusión

Una vez realizado el Grupo focal y tras haber analizado los resultados de las aportaciones de las participantes pasamos a describir las conclusiones más destacadas.

En primer lugar habría que decir que el PCC se desarrolla dentro de los Programas Infanto- juveniles de SM de la CM. Para analizar el programa se hace necesario describir la situación en la que se encuentran.

La prevalencia de los trastornos mentales en la población infanto-juvenil es de un 10 a un 20% y entre un 4 a un 6% serían trastornos mentales graves, según se recoge en el PESMCM 2018-2020[1p113,4.].La European Comission,2005[22] y el Parlamento europeo, 2009[23]; entre otros, plantean que la promoción e intervención en materia de salud mental en niños y adolescentes constituye un área prioritaria de atención y promoción de la salud.

Dentro de los CSM, generalmente, el Programa infanto-juvenil no es el objetivo prioritario, llevándose adultos el grueso de los esfuerzos en personal y recursos. Los equipos no están completos. No cuentan con la figura del Trabajador social o si lo tienen, cuentan con un porcentaje de dedicación a todas luces insuficiente para abordar el trabajo en el PCC, quedando su labor sin desarrollar y por consiguiente, los menores en situación de riesgo y/o con trastornos mentales graves se queda sin atender con el perjuicio que conlleva para su salud y su vida adulta. Con todo lo

[22] Libro Verde sobre Salud Mental (*European Comission, 2005*).

[23] Informe sobre la Salud Mental del Parlamento Europeo (18 de Enero de 2009; 2008/2209 (INI))*(Parlamento europeo, 2009).*

anteriormente descrito se hace prioritario dotar a los centros con equipos completos con psiquiatras, psicólogos, enfermería y trabajadores sociales para atender a esta población tal como proponen los Planes Estratégicos desde hace años . [10,11]

Además de que los equipos están muy desigualmente dotados, atienden a una población muy amplia y diseminada en la mayoría de los casos. Esta situación no responde a las recomendaciones del Plan de Acción Europeo en Salud Mental de la Oficina Regional Europea de la OMS de 2013 y que recoge el PESMCM 2018-2020[1p4] centrado en que:

> " (...), servicios de salud mental accesibles y asequibles dispuestos en la comunidad según las necesidades y derecho de las personas a un tratamiento seguro, efectivo y digno"

Otro problema que se detecta es la zonificación de los Programas infanto- juvenil que no coincide con la distrital y Servicios Sociales además de ser poco accesibles ni asequibles.

Este hecho dificulta la atención a los menores en situación de riesgo y/o con TMG bajo el acompañamiento del PCC ya que debe prestarse en su lugar de residencia y en su entorno como se propone tanto a nivel legislativo como clínico.

A nivel legislativo, la Ley 18/1999 de abril Reguladora de los Consejos de Atención a la Infancia y Adolescencia de la Comunidad de Madrid,[24] con la participación en las Comisiones de apoyo familiar, se organiza en torno a los distritos o pueblos y debe participar un técnico de salud mental de la zona, de forma obligatoria y permanente, con lo que se garantiza la continuidad de tratamiento. Por otra parte la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia[25], establecen obligatoriedad de trabajar de en entorno del menor para eliminar, reducir o compensar y esto sólo se puede hacer desde su entorno cercano, Artículo 17, actuar en las situaciones de riesgo :

- (...)a causa de circunstancias, carencias o conflictos familiares, sociales o educativos ,el menor se vea perjudicado en su desarrollo personal, familiar, social o educativo, en su bienestar o en sus derechos de forma que, (...)para eliminar, reducir o compensar las situaciones de riesgo"

[24] Ley 18/1999 de abril Reguladora de los Consejos de Atención a la Infancia y Adolescencia de la Comunidad de Madrid

[25] Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia

En cuanto al nivel clínico, el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979)[26], plantea que es relevante reconocer cuales son los entornos que rodean al niño, dado que ellos pueden influir de manera positiva como negativa en su desarrollo y por consiguiente en su aprendizaje. Si los PCC están alejados del entorno de los menores, difícilmente se va a poder trabajar para apoyar a las familias en la modificaciones de las condiciones de su entorno y paliar los riesgos que comprometen su bienestar y así prevenir patología en un futuro.

En cuanto al a importancia que tiene el entorno del menor y su medio ambiente para un adecuado desarrollo emocional, Winnicott D.[27] (1971) en ”Realidad y juego" mantiene que debe existir un entorno facilitador que:

> "(...) Hay genes que determinan pautas (...) pero nada sucede en el crecimiento emocional que no se produzca en relación con la existencia del ambiente, que tiene que ser lo bastante bueno(...)el individuo al que se le ve como una unidad autónoma, en la práctica nunca es independiente del medio "(p.216)

Otra dificultad que se aprecia es la disparidad de modelos de centros que existen para la atención a salud mental con menores que pueden ser desde un Centro de Salud Mental o Monográfico como se denomina en algunas zonas. En cuando a los centros Monográficos esto en términos de actividad y calidad asistencial lleva aparejada múltiples avatares. En el primer caso ¿cómo entenderlos?, ¿son centros con identidad propia alejados de los servicios de adultos?, ¿son programas específicos dentro de los servicios de adultos?, ¿en que se parecen y se diferencian de los Centros de Salud Mental en donde están juntos pero diferenciados los equipos de menores y adultos? Las participantes no se ponen de acuerdo en definir estos interrogantes.

No existe una manera única de organizar los servicios ni de nombrarlos, cuestión que sin duda apunta a la dificultad de pensar colectivamente el programa y sus funciones.

Ahora bien, es necesario plantearse si estos centros monográficos son la repuesta a la atención infanto-juvenil. ¿Cual son los riesgos de la configuración de este tipo de servicios?, ¿Facilitan la colaboración y el trabajo interdisciplinar pero el trabajo en red

---

[26] Bronfenbrenner 1987. La ecología del desarrollo humano: experimentos en entornos naturales y diseñados.

[27]Winnicott, DW (1963) Procesos de maduración en el niño. Psicoterapia de los trastornos del carácter. Disponible en http://www.psicoanalisis.org/winnicott/trasto63.htm[2018, 24 de junio]

y la colaboración intersistémica entre servicios o puede quedar dañada?, por un lado, no se puede realizar un trabajo en red de calidad complementario con la actividad asistencial sobre todo en lo referente a la red de protección a la infancia en la que se mantiene los criterios territoriales como decíamos anteriormente.

En cuanto a los modelos de atención se aprecia disparidad en cuanto a la población que debe atender el PCC. No ocurre lo mismo en cuanto a cómo ha de hacerse, que queda claramente diseñado en las Recomendaciones de la Oficia [10] Desde el Modelo comunitario, contando con el paciente como agente activo de cambio, con Equipo interdisciplinar y multidisciplinar completo (psiquiatras, psicólogas, trabajadores sociales, enfermería,(...). Acciones coordinadas y conjuntas en red en el distrito. Continuidad asistencia "Programa de continuidad de cuidados" creación del vinculo y confianza con la familia y el paciente."

Los responsables terapéuticos son el psiquiatra o psicólogo y en cuanto al Coordinador del programa será el Trabajador social y /o enfermería en función de si la problemática que trae va más de la mano de la enfermedad o del entorno de riesgo. [1, 10,11,)] Pero aparecen discordancias en cuanto a la población que debe ser atendida. Existen dos posturas, una es priorizar solo los menores que sufren Trastornos mentales graves y otro que mantiene que debe trabajarse con menores con TMG y/o en situación de vulnerabilidad.

El documento de Recomendación de la Oficina [10] plantea que:

> "Busca garantizar el tratamiento y prevenir la cronicidad y el deterioro en los niños y adolescentes con graves riesgo por trastornos psiquiátricos y/o problemática familiar o social de riesgo" [(10 p 3)] (...) El *Programa de Continuidad de Cuidados del Programa infanto-juvenil* de la Comunidad de Madrid para menores con Trastorno Mental Grave debe ofrecer una cobertura integral y continuada en el tiempo a los menores con trastorno mental grave y/o situación de vulnerabilidad social y que precisan de un tratamiento complejo tanto a nivel sanitario como social, para que no se vea comprometido su desarrollo evolutivo (*ORCSM, 2014*)." [(10 p 119)]

y el Objetivo General del programa queda claro [10:]

> "Favorecer, contribuir y garantizar la atención integral a los niños y adolescente en situación de riesgos psíquico, social y/o familiar y así prevenir los factores que comprometan el desarrollo integral de los niños y adolescentes durante su

etapa infantil y adolescente y tengan la capacidad de organiza sus vidas satisfactoriamente."

En cuanto a la figura del trabajador social y sus funciones en los equipos de infanto-juvenil dentro del PCC, se basa entre otras en el acompañamiento a las familias en el proceso del tratamiento para atenuar las condicionantes del entorno que perjudican a los menores, y entre otras, la construcción de la red tanto natural como institucional para trabajar juntos con los mismos objetivos de intervención. La falta de esta figura en los equipos hace imposible trabajar con un enfoque en red ya que es el que se encarga de hacer de enlace y nexo de unión en la red.

7. Conclusiones

Se puede afirmar que el Programa está aún en proceso de implantación y queda mucho camino por construir y recorrer.

La implantación del PCC debe hacerse de forma homogénea, con equipos completos de intervención y con la filosofía de la continuidad de cuidados que conllevaría lograr una intervención más eficaz que garantice la atención integral y así abordar las contingencias que aparezcan en las distintas etapas de la vida, evitando la institucionalización y la medicalización, y respetando los derechos que amparan a los niños.

Se aprecia de la necesidad de crear un protocolo de actuación que homogenice tanto los servíos donde se presta el PCC así cómo las intervenciones en los Equipos Infanto-juvenil, diseñada desde la Oficina Regional para los menores en situación de riesgo y/o con TMG, que ayude a intervenir de una forma más eficaz y eficiente y que conjugue ambos criterios de inclusión al programa. De esta forma se pondrían las bases para la intervención con la diversidad de situaciones que aparecen en el PCC.

Sería necesario que éste protocolo diseñe criterios de intervención en función de los riesgos que aparecen en el momento en que acude el paciente a la consulta, como el camino que en su tratamiento se vaya perfilando, con la construcción de la red de intervención en perfecta colaboración y coordinación, llegando a acuerdos institucionales de participación en el diseño de las intervenciones con las instituciones que intervienen con los menores en sus entornos como Colegios, Servicios Sociales, ONG, etc. [6,7,8,9,10,11,35]

El sistema sanitario y el sistema de intervención social han de mantener cierta coherencia territorial en la organización de los servicios; además puede conllevar una dificultad en el acceso a los servicios comunitarios de su red natural.[28]

En cuanto a la figura del Trabajador social, es imprescindible que tenga exclusividad en los programas infanto-juveniles. Es necesaria una especialización en salud mental y en intervención y psicopatología de adultos y sobre todo en infantil y adolescencia.

8. Líneas futuras de investigación

Se hace prioritario proponer y abrir futuras líneas de investigación como:

- ¿Qué modelo de atención es más eficaz en la tención a menores en riesgo psicosocial y/o TMG. Hay que incluir ambas acepciones o sería mejor priorizar una de ellas, actuar ante la prevención del riesgo o sólo atajar las patologías en Salud Mental obviando el resto.?
- ¿Qué modelos de servíos serían los más adecuados, los centros de Salud Mental centrados en los barrios o Monográficos alejados de la población pero con los recursos agrupados.?
- ¿Qué profesionales son los más adecuados para atender estos Programas?
- ¿Cuánta población por equipo sería las más adecuada para garantizar el PCC?

El PCC IJ es un programa que acaba de nacer, así pues, le espera un largo camino de implantación con multitud de correcciones que habrá que ir detectando, porque la atención a menores y adolescentes que son vulnerables y que pueden sufrir TMG se merecen los mejores servicios posibles ya que invertir en ellos en invertir en salud en su vida adulta.

[28] Thornicroft, G., y Tansella, M. (2014). *La mejora de la atención de salud mental .* Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Thornicroft, G., y Tansella, M. (2005). *La matriz de la salud mental.* Madrid : Triacastella .

9. Bibliografía

1. Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. (2018) Madrid. p. 113-21

2. Wilkinson R y Michael Marmot M. LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Publicado por la Oficina Regional para Europa de la la Organización Mundial de la Salud con el título de *Social determinants of health. The solid facts. Second edition.*© Organización Mundial de la Salud, 2003 [place unknown] Disponible en https://es.slideshare.net/farteagas/determinantes-sociales-de-la-salud [2018, 4 de mayo] p. 9

3. CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 1948 La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Off.Rec. Wld Hlth Org.; Actes off. Org. mond. Santé, 2, 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948 [Internet] P1 Disponible en http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf [29 abril 2018] p.1 .

4. Alcamí, M y Ortiz P. Introducción. Coordinador :Mollejo E . Los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2012). p.13-2

5. Winnicott, DW (1963) Procesos de maduración en el niño. Psicoterapia de los trastornos del carácter [Consultada 29/04/2018] Disponible en http://www.psicoanalisis.org/winnicott/trasto63.htm, p 539

6. Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.

7. Arévalo M y Álvarez-Buylla L.. (2012). Continuidad de Cuidados en los Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil. Una experiencia en el Centro de Salud Mental. En Los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia(131-147). (2012). Madrid. Asociación Española de Neuropsiquiatría

8. Arévalo M. La intervención en Salud Mental en el Sistema de Protección de Menores en la CM. Una propuesta de trabajo desde el Centro de Salud Mental de Ciudad Lineal.. En El derecho a la protección de los niños y niñas en la Comunidad de Madrid. Vol 1(153-169). (2010). Madrid: El Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Sociales y Asistentes Sociales de Madrid.

9. Arévalo, M y Álvarez Buylla, L Proyecto de continuidad de cuidados. una propuesta de trabajo en los equipos de salud mental infanto- juvenil. Trabajo Social Hoy, 56, 73-104. (2009) Madrid Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid

10. "Recomendaciones para el Programa de Continuidad de Cuidados de Niños y Adolescentes Una propuesta de trabajo en los equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil" por la Oficina Regional de Coordinación Salud Mental – Dirección General Hospitales de la Comunidad de Madrid como propuesta de trabajo en la atención a los menores.

11. El Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid de 2010-2014.Recuperado en www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata...blobkey [2018,3 de mayo]

12. Bertolote J. (2008) Department of Mental Health, World Health Organization, Geneva, Switzerland. Politicas de Salud. Disponible en http://www.wpanet.org/uploads/Publications/WPA_Journals/World_Psychiatry/Past_Issues/Spanish/wpa-09-2008-spa.pdf p. 113 [2018, 4 mayo]

13. Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental 2003-2008. CONSEJERÍA DE SANIDAD - COMUNIDAD DE MADRID[2018, 4 mayo]Disponible en http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DPlan+de+Salud+Mental+2003-2008.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospital12Octubre&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352810784855&ssbinary=true
14. Prieto Rodríguez MA y March Cerdá JC. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. *Aten Primaria* 2002; 29 (6): 366-373 Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S0212656702705854/1-s2.0-S0212656702705854-main.pdf?_tid=ac1240c1-d8eb-4bf9-a1f8-57b25b778172&acdnat=1525798762_520c1f90035023a956aa362053ca814c [2018, 8 mayo]

15. Escobar J. y Ivonne Bonilla-Jimenez I. Grupos focales: una guía conceptual y metodológica. Cuadernos hispanoamericanos de psicología, Vol. 9 No. 1, 51-67. Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia. Published: 2011-09-09.? [Internet] Disponible en http://148.202.167.116:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/957/Gupos%20focales%20una%20gu%C3%ADa%20conceptual%20y%20metodol%C3%B3gica.pdf?sequence=1&isAllowed=y Consultado el 14 de mayo de 2018. P 53

16. Guasch, Ó. (1997). *Observación participante.* Madrid: CIS.

17. Vicente C. "La construcción de las prácticas profesiones" Sesión Plenaria III. Intervención y participación comunitaria. XII Congreso Estatal de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud celebrado el pasado día 11 al 12 de mayo de 2018 en Pamplona. Trabajo Social y Salud. Revista de la Asociación española de Trabajo Social y salud. nº 90/segundo cuatrimestre 2018.Pamplona p 23-6

18. Cartera de Servicios de Trabajo Social Sanitario. (2017)AETSYS. Edita AETSYS

19. CODIGO DEONTOLÓGICO DEL TRABAJO SOCIAL Disponible en ttps://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico [2018, 15 de mayo]

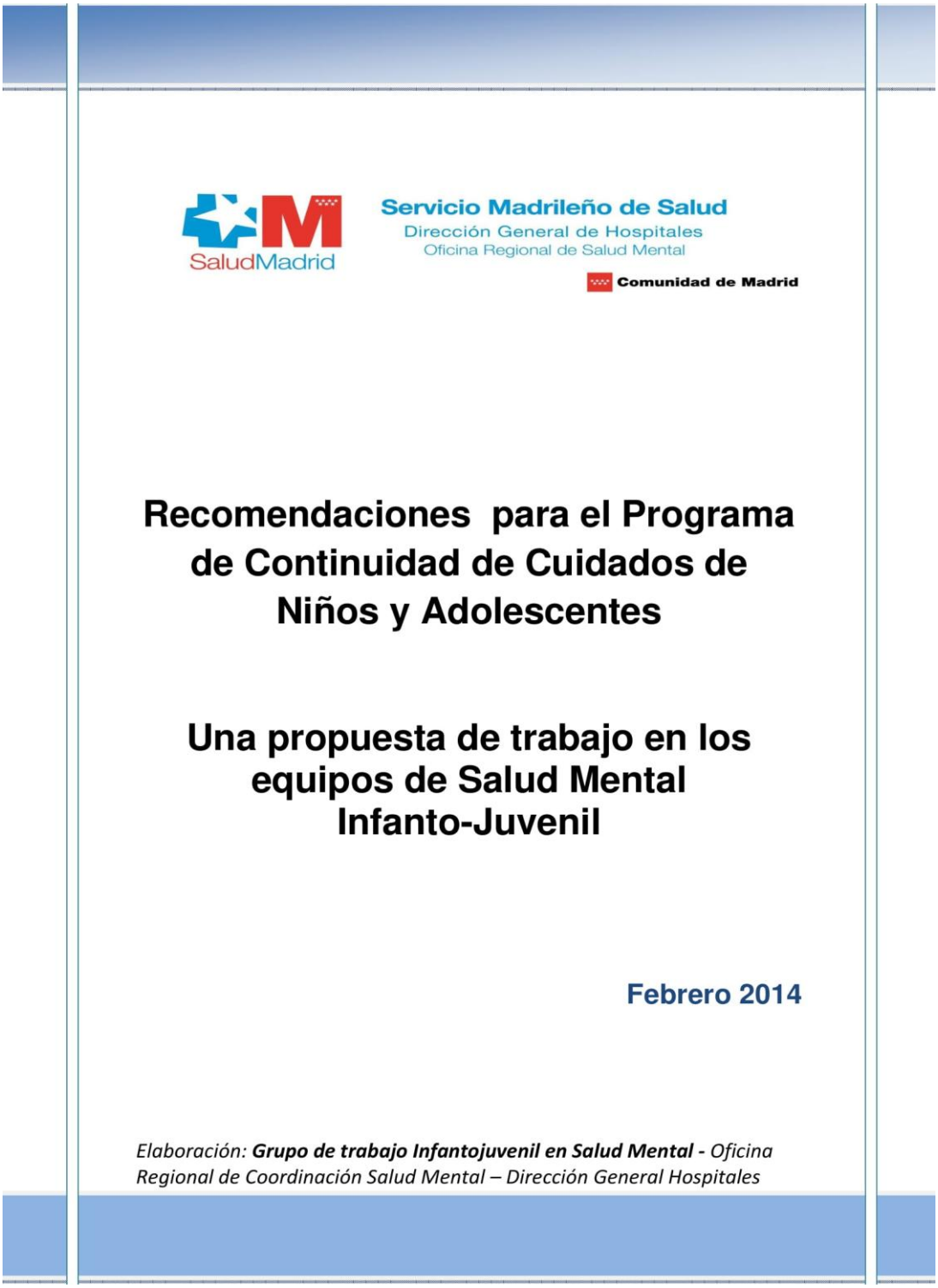
20. Feito Grande L. Deontología y ética. Compromiso con la excelencia. Sesión plenaria II: Bioética y TSS. Conferencia XIII Congreso de la Asociación de TSS y S. 10 al 12 mayo de 2018 .Pamplona.
21. Winnicott C. (1971) Realidad y Juego. Traducción: Floreal Mazía. Editorial Gedisa, S.A.España.
22. Prieto Rodríguez MA y March Cerdá JC. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. *Aten Primaria* 2002; 29 (6): 366-373 Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S0212656702705854/1-s2.0-S0212656702705854-main.pdf?_tid=ac1240c1-d8eb-4bf9-a1f8-57b25b778172&acdnat=1525798762_520c1f90035023a956aa362053ca814c [2018, 8 mayo]
23. Escobar J. y Ivonne Bonilla-Jimenez I. Grupos focales: una guía conceptual y metodológica. Cuadernos hispanoamericanos de psicología, Vol. 9 No. 1, 51-67. Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia Published: 2011-09-09.? [Internet] Disponible en http://148.202.167.116:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/957/Gupos%20focales%20una%20gu%C3%ADa%20conceptual%20y%20metodol%C3%B3gica.pdf?sequence=1&isAllowed=y Consultado el 14 de mayo de 2018
24. Guasch, Ó. (1997). *Observación participante.* Madrid: CIS.
25. Vicente C. "La construcción de las prácticas profesiones" Sesión Plenaria III. Intervención y participación comunitaria. XII Congreso Estatal de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud celebrado el pasado día 11 al 12 de mayo de 2018 en Pamplona. Trabajo Social y Salud. Revista de la Asociación española de Trabajo Social y salud. nº 90/segundo cuatrimestre 2018.Pamplona p 23-6
26. Libro Verde sobre Salud Mental (*European Comission, 2005*).
27. Informe sobre la Salud Mental del Parlamento Europeo (18 de Enero de 2009; 2008/2209 (INI))*(Parlamento europeo, 2009).*
28. Ley 18/1999 de abril Reguladora de los Consejos de Atención a la Infancia y Adolescencia de la Comunidad de Madrid
29. Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia
30. Bronfenbrenner (1987) " La ecología del desarrollo humano: experimentos en entornos naturales y diseñados." Editores: Barcelona : Paidós, 1987Año de publicación: 1987País: EspañaIdioma: españolISBN: 84-7509-444-9
31. Winnicott, DW (1963) Procesos de maduración en el niño. Psicoterapia de los trastornos del carácter. Disponible en http://www.psicoanalisis.org/winnicott/trasto63.htm[2018, 24 de junio]

32. Escobar J. y Ivonne Bonilla-Jimenez I. Grupos focales: una guía conceptual y metodológica. Cuadernos hispanoamericanos de psicología, Vol. 9 No. 1, 51-67. Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia Published: 2011-09-09.? [Internet] Disponible en http://148.202.167.116:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/957/Gupos%20focales%20una%20gu%C3%ADa%20conceptual%20y%20metodol%C3%B3gica.pdf?sequence=1&isAllowed=y Consultado el 14 de mayo de 2018
33. Thornicroft, G., y Tansella, M. (2014). *La mejora de la atención de salud mental .* Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
34. Thornicroft, G., y Tansella, M. (2005). *La matriz de la salud mental.* Madrid : Triacastella .
35. LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN SALUD MENTAL Y LA CONSTRUCCIÓN DE LA RED DE PROTECCIÓN EN LOS MENORES EN RIESGO *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente,* 2017;64, 83-94 © Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967
36. http://www.fisterra.com/herramientas/recursos/vancouver/#ejemplos

ABREVIATURAS:

Programa de Continuidad de Cuidados	PCC
Centros de Salud Mental	CSM
Comunidad de Madrid	CM
Trastornos mentales graves	TMG
Trabajador Social Sanitario	TSS
Programa de Continuidad de Cuidados infanto-juvenil	PCC IJ
Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-020	PESMCM 2018-2020
Ofician Regional de Coordinación de Salud Mental	ORSM
Organización Mundial de la Salud	OMS
Grupo focal	GF

Anexo I



SaludMadrid

Servicio Madrileño de Salud
Dirección General de Hospitales
Oficina Regional de Salud Mental

Comunidad de Madrid

Recomendaciones para el Programa de Continuidad de Cuidados de Niños y Adolescentes

Una propuesta de trabajo en los equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil

Febrero 2014

Elaboración: ***Grupo de trabajo Infantojuvenil en Salud Mental*** *- Oficina Regional de Coordinación Salud Mental – Dirección General Hospitales*

INTRODUCCIÓN

1.- FUNDAMENTACIÓN DEL PROYECTO.

2.- OBJETIVOS DEL PROYECTO DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN EL PROGRAMA INFANTO-JUVENIL:

2.1.- OBJETIVO GENERAL

2.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

2.2.1.- Con los niños y adolescentes.

2.2.2.- Con las familias.

2.2.3.- Con las instituciones.

3.- DESARROLLO DEL PROYECTO:

3.1.- FICHA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS:

3.1.1.- Presentación de la ficha de continuidad de cuidados.

3.1.2.- Indicación para la inclusión del proyecto.

3.1.3.- Desarrollo del proyecto basado en la ficha de continuidad de cuidados.

3.2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Y PROFESIONAL DE REFERENCIA.

3.3.- COODINACIÓN INSTITUCIONAL COMO OBJETIVO BÁSICO EN EL PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS INFANTO-JUVENIL EN SALUD MENTAL. Justificación en el marco legislativo y planes vigentes.

4.- El CENTRO DE SALUD MENTAL

5.- CONCLUSIONES Y RESULTADOS

6.- BIBLIOGRAFIA Y ANEXOS

INTRODUCCIÓN

El contenido de este proyecto es una propuesta de trabajo con niños y adolescentes en los equipos de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, el PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS, que debería implantarse en estos dispositivos como programa básico de atención. Busca garantizar el tratamiento y prevenir la cronicidad y el deterioro en los niños y adolescentes con graves riesgos por trastornos psiquiátricos y/o problemática familiar o social de riesgo.

Nace de la necesidad de atención diferenciada de ciertos casos atendidos en los Centros de Salud Mental. Niños y adolescentes en riesgo psíquico, social y/o familiar y cuyo cuadro clínico va a requerir acompañamiento terapéutico prolongado a la vez que será necesaria la intervención y colaboración con Servicios Sociales, Colegios, Equipos de Orientación Educativa, Atención Primaria y/u otros dispositivos del distrito. Para poder desarrollar el proyecto de continuidad de cuidados consideramos imprescindible que en cada Programa infanto-juvenil local se cuente con el recurso básico definido por este plan como "equipo de atención multidisciplinar": psiquiatra, psicólogo clínico, trabajador social y enfermería.

El modelo de atención para llevar a cabo el programa se rige por los principios de Universalidad, Equidad, Coordinación y Calidad, teniendo la red de atención tendrá la capacidad de ofrecer servicios integrales de forma que se pueda proporcionar toda la gama de cuidados necesarios a la población atendida. Ofrecerá tratamiento, apoyo, cuidados y rehabilitación a los pacientes y sus familias, de forma continuada a lo largo de la vida (continuidad longitudinal) y garantizará también la unidad de acción coordinada y coherente entre todos los recursos que componen la red de atención (continuidad trasversal). Por otra parte, deberá tener suficiente flexibilidad en la oferta de atención, en función de las necesidades del paciente, realizando diseños asistenciales individualizados.

1.- FUNDAMENTACIÓN DEL PROYECTO.

El Programa de Continuidad de Cuidados dentro del Programa Infanto-Juvenil está diseñado para procurar, a través de la relación terapéutica continuada, en forma de psicoterapia o acompañamiento y con ayuda de medicación, si fuera necesario, que los niños y adolescentes adquieran la estructura psíquica necesaria que les permita independizarse progresivamente de sus figuras de referencia.

Para que un niño o un adolescente con trastorno mental grave pueda recibir tratamiento hará falta intervenir en varias áreas puesto que depende del adulto, su medio familiar se ha visto comprometido y existen dificultades significativas en el contexto escolar y de relación con sus iguales. Será necesario ir creando un tejido a modo de red que le sostenga cuando se ponga en peligro su crecimiento armónico. Es necesario el trabajo con las familias para ser eficaces en los tratamientos con niños y adolescentes y debemos considerar que las necesidades varían en función de su proceso de crecimiento, con lo que es imprescindible acompañarlos a lo largo del mismo.

MARCO LEGISLATIVO

En la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946) (1), se establece, de conformidad con la Carta de las Naciones Unidas (1945), entre otros, el siguiente principio básico: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social".

La Ley General de Sanidad. Ley 17/1986, 25 de abril (2) proporciona las bases de organización fundamental de trabajo y el enfoque de los servicios de salud en las administraciones públicas, a través de los siguientes principios, incluidos en el Art. 20:

- hay que trabajar "de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil"
- hay que buscar "la necesaria coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales".

El Plan de acción en Salud Mental en la Unión Europea, en la conferencia de Helsinki (2005), en el marco "Enfrentando desafíos, construyendo soluciones" (3) pone de manifiesto que se debe:

- IV. "Ofrecer apoyo e intervenciones para cada etapa de la vida de las personas en situación de riesgo, en particular para el cuidado y la educación de los niños, los jóvenes y los ancianos"
- V. "Desarrollar y establecer medidas para reducir las causas prevenibles de enfermedad mental"
- VIII. "Establecer alianzas y medidas de coordinación"

Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. 2009-2013. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011) (4). Plantea los principios y valores entre los que destacamos la autonomía y la continuidad, definiendo esta última como: "Capacidad de la red asistencial para proporcionar tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo ininterrumpidamente a lo largo de la vida (continuidad longitudinal) y coherentemente, entre los servicios que la componen (continuidad transversal)".

En cuanto a las líneas estratégicas que propone destacamos:

Estratégica 2. "Plan Individualizado de Atención" (CPA) para trastorno mental clínicamente complejo, a pacientes que están o, previsiblemente, pueden llegar a estar en una situación de alto riesgo; que requieren de una atención multisectorial. Entre los

objetivos generales de la mencionada estrategia, destacamos el nº 4: "Mejorar la calidad, la equidad y la continuidad de atención a los problemas de salud mental".

Entre sus objetivos específicos destacan:

- Aumentar el porcentaje de familias de pacientes con trastornos mentales graves que reciben un programa de intervención familiar específico, para mejorar su capacidad de afrontar las crisis y prevenir las recaídas.

- Establecer, para las personas con trastornos mentales en tratamiento, un plan individualizado de atención.

- Disponer en los equipos de salud mental en el ámbito comunitario, y en relación con los trastornos mentales graves prolongados, de un sistema organizativo para evitar los abandonos, facilitar la adherencia y que incluya la atención domiciliara, así como la gestión y la coordinación multisectorial de su proceso asistencial.

- Las CCAA ofrecerán, con un modelo asertivo, intervenciones de carácter integral capaces de facilitar la atención necesaria a las personas que, como consecuencia del trastorno que padecen, tienen dificultades para ejercer su derecho al tratamiento más adecuado, facilitando la adherencia al mismo y la CONTINUIDAD DE CUIDADOS

En cuanto a las recomendaciones en el punto 4 propone la creación de PROGRAMAS DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS. En el punto 5 recomienda crear protocolos de atención al trastorno mental común en la infancia y adolescencia, trastorno mental grave infanto-juvenil y trastorno generalizado del desarrollo y en el punto 11 propone que los Centros de Salud Mental deben estar compuestos por equipos "multidisciplinares dotados con número suficiente de psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros, trabajadores sociales, auxiliares, auxiliares de apoyo domiciliario y cuantos otros (terapeuta ocupacional, educador social o similares) recomienden las mejores prácticas disponibles".

Estratégica 3. Habla de la coordinación intrainstitucional e interinstitucional como medio de garantizar la continuidad longitudinal de cuidados. En su objetivo general nº 6 insta a promover la cooperación y la corresponsabilidad de todos los departamentos y agencias involucrados en la mejora de la salud mental.

Entre sus objetivos específicos:

- Insta a las CCAA a implantar mecanismos eficaces de coordinación y cooperación a nivel institucional e interinstitucional, que garanticen la atención integral de las personas.

- Propone implantar mecanismos eficaces de coordinación asistencial dentro de cada estructura territorial sanitaria, entre los diversos dispositivos sanitarios y sociales implicados en la atención a los trastornos mentales graves

Entre las recomendaciones de esta línea estratégica en el punto 3 propone diseñar, implantar y evaluar un modelo de coordinación con Servicios Sociales, Educación y Justicia que garantice la CONTINUIDAD DE CUIDADOS de los NIÑOS Y NIÑAS Y ADOLESCENTES en tratamiento.

El Plan Estratégico de Salud Mental de Comunidad de Madrid de 2010-2014. Consejería de Sanidad (Marzo de 2010) (5). Entre sus principios fundamentales destaca que "la atención a la salud mental de niños y adolescentes es considerada como un área asistencial especializada diferenciada de la atención a los adultos".

Destacamos dos apartados fundamentales:

- "La atención a la salud mental tiene un carácter global e implica la coordinación con otros recursos e instancias de la comunidad"
- La coordinación con la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, habla de "potenciar el trabajo conjunto con el Instituto Madrileño del Menor y Familia"

En cuanto a la Salud Mental a niños y adolescentes, en sus principios básicos establece que la atención en Salud Mental debe ser territorializada, realizada con equipos multidisciplinares y con un plan de continuidad de cuidados a niños y adolescentes y en el punto 12 como objetivo prioritario: la participación en los Consejos Locales que se contempla con un imperativo legal* (Ley 18/1999 de abril Reguladora de los Consejos de Atención a la Infancia y Adolescencia de la Comunidad de Madrid) que obliga a que un técnico de salud mental del distrito donde reside el menor, forme parte de las diferentes comisiones.

2.- OBJETIVOS DEL PROYECTO DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN EL PROGRAMA INFANTO - JUVENIL:

2.1. OBJETIVO GENERAL:

Favorecer, contribuir y garantizar la atención integral a los niños y adolescentes en situación de riesgo psíquico, social y/o familiar y así prevenir los factores que comprometan el desarrollo integral de los niños y adolescentes durante su etapa infantil y adolescente y tengan la capacidad de organizar sus vidas satisfactoriamente.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

2.2.1.- Con el niño o adolescente:

- Iniciar el abordaje terapéutico indicado.
- Garantizar la continuidad en el tratamiento y la transición a la intervención que se considere adecuada en la vida adulta si se requiere.
- Garantizar la intervención global con el niño o adolescente en la consecución de objetivos comunes, tanto en el ámbito educativo, como en el clínico, como en cualquier otro recurso en el que el niño esté inmerso.

- Realizar el seguimiento de las necesidades cambiantes en la evolución de los niños y adolescentes para dar respuestas apropiadas y consensuadas con el resto de los recursos que intervienen en el proceso.
- Dar apoyo y pautas de intervención con los niños y adolescentes en los recursos en el que esté inmerso.

2.2.2.- Con la familia:

- Apoyar a las familias para afrontar la situación clínica y mejorar las condiciones de riesgo para la salud global tanto familiar como del niño o adolescente (situación económica precaria, de desempleo, de vivienda, de conflictiva de pareja, etc.)
- Coordinar y cooperar con los dispositivos que precise la familia para hacer frente a sus necesidades cambiantes y así prevenir situaciones de riesgo.
- Establecer los criterios de intervención conjunta con la familia, con otros recursos y con estos dispositivos.

2.2.3.- Con las instituciones que intervienen en el proceso:

- Crear un programa de actuación conjunta con los mismos objetivos para responder de forma consensuada y común en todas las instituciones que intervienen con el niño o adolescente y su familia, respetando las parcelas de cada institución y sin duplicar actuaciones.

2.3. ACCIONES:

- Elaborar el plan/ficha de Continuidad de Cuidados en colaboración con el niño o adolescente y su familia y de acuerdo con las instituciones implicadas.
- Entrevistas con el menor, la familia y con las instituciones.

- Visitas a domicilio.
- Coordinación con otros dispositivos de la red de salud mental implicados en el proceso (Unidad de hospitalización, hospital de día, equipos de atención a adultos…)
- Coordinación con Atención Primaria, con Servicios Sociales, Educación, Justicia, Instituto Madrileño de la Familia y el Menor o cualesquiera que se precise.
- Participación en los Consejos Locales de los distritos cuyos acuerdos son vinculantes y en las comisiones que se precisen (Equipo de trabajo con menores y familia (ETMF), Absentismo, Comisión de Apoyo Familiar, otras…)
- Grupos de padres, de adolescentes, otros.
- Coordinación con el equipo para evaluar de forma continuada los objetivos marcados con los menores y con la familia.

3.- DESARROLLO DEL PROYECTO:

El CSM es el dispositivo que cumple una función central en la aplicación práctica del modelo. Es el lugar donde se efectúa la primera evaluación de los pacientes, permite establecer y mantener el seguimiento del caso, tanto a efectos de diagnóstico y de tratamiento como de instaurar un sistema de provisión de cuidados por medio de actividades realizadas en el CSM y en otros dispositivos hacia los que se dirige al paciente o que ya están interviniendo con él y su familia, de forma continuada.

La detección se efectúa por parte de los psiquiatras y psicólogos del Equipo Infantojuvenil del CSM quienes, una vez evaluado el paciente, pueden considerar necesaria su inclusión en el PCC. La detección precoz se considera de importancia capital y debe ser objeto de especial atención dentro del Programa.

Una vez que el paciente ha sido derivado al Programa, se realiza una evaluación global de su funcionamiento psicosocial en las diversas áreas, con el objetivo de establecer unas líneas base para comenzar el trabajo, que queda recogida en su Plan de CC Individualizado. En esta evaluación colabora aportando la información necesaria el profesional responsable del caso. El equipo de del PCC designa, entonces, un profesional que supervisará la totalidad del plan, tendrá contacto frecuente con el paciente y su familia y le acompañará durante todo el proceso. Esta persona del equipo toma a cargo al paciente asumiendo la función de "Coordinador de Cuidados".

Una vez terminada la evaluación se diseña un Plan de Actuación Individualizado definiendo los objetivos que se deben alcanzar, planificando las actividades que se realizarán y los recursos necesarios para llevar todo eso a cabo.

El Coordinador de Cuidados se encargará de:

- Establecer una relación asistencial terapéutica de apoyo, acompañamiento y asesoramiento del paciente y su familia /y otros posibles agentes importantes den la vida del paciente).
- Control de la adherencia al tratamiento.
- Detección de posibles descompensaciones.
- Seguimiento conjunto con el profesional responsable de la evolución del paciente.

- Coordinación con otros dispositivos o profesionales que estén interviniendo en el caso para lograr una atención integral y bien coordinada.

La labor de toma a cargo de un paciente por parte del coordinador de cuidados es, sin duda, la más importante dentro del proceso de continuidad de cuidados. Su tarea integra, por una parte, el desarrollo de una relación de confidencialidad, de una alianza terapéutica, que permita una buena adherencia al tratamiento y sirva al paciente para preservar u reforzar las capacidades sanas, y por otra, una actitud de acompañamiento (en el doble registro, afectivo e instrumental) en el camino del paciente hacia una mayor autonomía e integración en su red social.

3.1.- FICHA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS:

La ficha es el instrumento clave donde se recogerán los datos del Plan Individualizado de Intervención del paciente y su familia que vamos a ir utilizando como guía en el proceso y recogida de información, así como un documento resumen de la historia que va a permitir en un breve espacio de tiempo ver la evolución, los objetivos y los datos básicos que pudiéramos necesitar en cualquier momento.

Con esta ficha intentamos unir la atención en salud mental de forma global, tanto en los aspectos relacionados con la posible patología como en los aspectos sociales que rodean al menor y así dar respuesta de forma integral y mantenida en el tiempo a sus necesidades en su desarrollo evolutivo.

Este documento estará siempre en la historia clínica y será revisado periódicamente, especificando las modificaciones y la consecución de objetivos.

Consta de los siguientes apartados:

- Datos sociodemográficos.
- Datos clínicos.

- Red implicada.
- Áreas de intervención con el menor.
- Áreas de intervención con la familiar.
- Evaluación de objetivos y plazos.

3.2.- COORDINADOR DEL PROGRAMA Y COORDINADOR DE CUIDADOS.

Estos roles pueden ser asumidos por cualquier miembro del equipo multidisciplinar, a diferencia del responsable asistencial que ha de ser un psiquiatra o un psicólogo.

Coordinador del programa: profesional responsable de que se lleven a cabo los objetivos del programa de continuidad de cuidados y que sirve de referente estable para su consecución.

Coordinador de cuidados (case manager): profesional que garantiza la consecución de los objetivos del programa en cada caso particular.

- BIBLIOGRAFIA:

1. La Constitución de la Organización Mundial de la Salud. (22 de julio de 1946) Disponible en: www.cinu.org.mx/onu/estructura/mexico/.../ops.htm - En caché - Similares [2011, 1 de agosto]

2. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. [En línea] Disponible en: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l14-1986.html [2011, 1 de agosto]

3. Conferencia de Helsinki, (2005), en el marco "Enfrentando desafíos, construyendo soluciones" Pág. 4 Disponible en: ww.msps.es/.../sns/planCalidadSNS/pdf/.../salud_mental/opsc_est17.pdf. pdf - En caché - Similares [2011, 2 de agosto]

4. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. 2009-2013 Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Pág.15; 51-57; 60-61; 71-73. (2011) Disponible en: www.msps.es/organizacion/sns/.../saludmental/SaludMental2009-2013.pdf - En caché - Similares [2011, 3 de agosto]

5. El Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid de 2010-2014. Consejeria de Sanidad. Pág.13;16;122-123;126. Disponible en: www.madrid.org/.../Satellite?...idConsejeria...ComunidadMadrid%2FEstructura... - En caché - Similares [2011, 3 de agosto]

6. Instituto Madrileño del menor y la familia. Consejeria de Servicios sociales. Ley 18/1999 de 29 de abril, reguladora de los Consejos de Atención a la Infancia y Adolescencia de Comunidad de Madrid. 2004. M8169-2004 Pág.18-9;27-28;30-33; Disponible en http://www.madrid.org/wleg/servlet/Servidor?opcion=NormaConsultarSelectivo&CDTEMAC=1905&CDSITUACIONC=V [2011, 24 de mayo]

7. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, de modificación parcial del código civil y de la ley de enjuiciamiento civil. («BOE núm. 15/1996, de 17 de enero de 1996») Disponible en:www.boe.es/aeboe/consultas/bases.../doc.php?id... - En caché - Similares [2011, 3 de agosto]

8. Ley 6/1195, de 28 de Marzo, de Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid [En línea] Recuperado de http://www.madrid.org/wleg/servlet/Servidor?opcion=VerHtml&nmnorma=484&cdestado=P [2011, 3 de agosto]

9. Cartera de servicios comunes de atención especializada del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Atención a la salud mental. Recuperado de: www.msps.es › Ciudadanos - En caché [2011, 3 de agosto]

10. JORNADAS SOBRE EL PROYECTO DE CONTUNIIDAD DE CUIDADOS EN EL PROGRMA INFANTO –JUVENIL EN LOS SERVICOS DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID. 16 de noviembre de 2006. Profesorado: Lucía Álvarez-Buylla. Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Ciudad Lineal. Miguela Arévalo García-Gasco. Trabajadora Social del Centro de Salud Mental de Ciudad Lineal. Este trabajo se inspiro en el Proyecto que se estaba empezando a diseñar en Alcalá de Henares por Concha Casanovas, Trabajadora Social del Equipo Infantil.

- ANEXOS - Marco Legislativo

*Ley 18/1999, de 29 de abril, reguladora de los Consejos de Atención a La Infancia y Adolescencia de La Comunidad de Madrid (6).

Esta ley nos ofrece el canal de trabajo en red para establecer una coordinación eficaz entre instituciones para la atención de los menores y sus familias en situación de riesgo psicosocial. Los Consejos de Atención a La Infancia y Adolescencia de La Comunidad de Madrid, pretenden constituirse como un espacio que facilite el intercambio entre administraciones […] Deben también procurar la eficiencia de los distintos servicios, la calidad en la atención de los menores y sus familias, así como el desarrollo de instrumentos de intervención y de procedimientos y sistemas de información de común aplicación en el ámbito de La Comunidad de Madrid.

La Ley establece tres niveles territoriales de coordinación que son Los Consejos de la Comunidad de Madrid, Los Consejos de Área y Los Consejos Locales que son los que establecen comisiones específicas con diferentes funciones: de coordinación institucional, de promoción de derechos, de prevención, de detección de la dificultad social y de intervención.

Dentro de esas comisiones específicas, la que más nos interesa es la Comisión de Apoyo Familiar (Articulo 15) que es el órgano técnico, con carácter obligatorio y permanente […] para valorar las situaciones de riesgo social, desamparo o conflicto social en que puedan encontrarse los menores, así como para la coordinación y seguimiento de las actuaciones que se deriven de dichas situaciones.

Sus funciones son entre otras: valorar las situaciones de riesgo social, desamparo o conflicto, orientar y asesorar la elaboración y revisión de los *PROYECTOS DE APOYO FAMILAR.

En cuanto a su composición lo formarán entre otros como máximo siete miembros permanentes nombrados por el Presidente y entre ellos un técnico de Salud Mental.

Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil (7).

La ley regula los principios generales de actuación frente a situaciones de desprotección social, incluyendo la obligación de la entidad pública de investigar los hechos que conozca para corregir la situación mediante la intervención de los Servicios Sociales o, en su caso, asumiendo la tutela del menor por ministerio de la ley. De igual modo, se establece la obligación de toda persona que detecte una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, de prestarle auxilio inmediato y de comunicar el hecho a la autoridad o a sus agentes más próximos. Con caracteres pacíficos se prevé, asimismo, el deber de los ciudadanos de comunicar a las autoridades públicas competentes la ausencia del menor, de forma habitual o sin justificación, del centro escolar (exposición de motivos de la ley).

*En La Ley 6/1995, de Garantías de los Derechos de La Infancia y La Adolescencia de La Comunidad de Madrid, (8) nos propone la obligatoriedad de intervenir:

Los titulares de los Servicios de Salud y el personal sanitario de los mismos, están especialmente obligados a poner en conocimiento de La Comisión de Tutela del Menor y de La Autoridad Judicial o del Ministerio Fiscal, aquellos hechos que puedan suponer la existencia de desprotección o riesgo infantil, así como colaborar con los mismos para evitar y resolver tales situaciones en interés del niño (Artículo 45).

Cartera de servicios comunes de atención especializada del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Atención a la salud mental (9).

Comprende el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales […], la atención a la salud mental, que garantizará la necesaria continuidad asistencial. Incluye entre otros (punto 1, 5 y 6): actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis, autismo y con trastornos de conducta en general y alimentaria en particular […], atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social.

El trabajo desde Salud Mental con su Programa de Continuidad de Cuidados y atendiendo a las dos Estrategias mencionadas y la coordinación desde La Comisión de Apoyo Familiar, con todo el resto de instituciones, es unificar los objetivos encaminados a la mejoría terapéutica del menor, en la organización y distribución en las tareas, la optimación de los recursos y la continuidad en los cuidados de nuestros pacientes en situación de riesgo. Para ello estos acuerdos se recogerán tanto en el Proyecto de Apoyo Familiar como en nuestra Ficha o Plan de Continuidad de Cuidados

Anexo II

Miguela Arévalo Garcia Gasco
Calle María Sevilla Diago, 38 portal 10, 1º B
28022 Madrid
Tel. 91341148/678 58 73 40
miguelaarevalogarciagasco@gmail.com

MADRID, 21DE MAYO DE 2018

Asunto: Invitación a participar en el Trabajo Fin de Máster como participante de grupo focal de discusión.

Estimada Compañera:

Soy Miguela Arévalo, Trabajadora Social de Salud Mental en Ciudad Lineal desde hace 28 años y en el Programa Infanto juvenil los últimos 20, siendo el ámbito de interés en mi carrera profesional y más expresamente el Programa de Continuidad de Cuidados Infanto- Juvenil.

En estos momentos realizo el Master de Trabajo Social Sanitario con la Universitat Oberta de Catalunya y preparo el Trabajo Fin de Máster (TFM) bajo la dirección Dña. Marta Pi Macías con título:

> "Análisis de la implantación del Programa de Continuidad de Cuidados de atención a menores en situación de riesgo psicosocial y/o con trastornos mentales graves dentro de los Centros de Salud Mental de la Consejería Sanidad de la Comunidad de Madrid percibido desde el Trabajador Social Sanitario como coordinador del Programa con menores con este perfil"

La temática de la investigación como se menciona en el título es la Evolución de la implantación del Programa de Continuidad de Cuidados Infanto- juvenil (PCC IJ) en los de Salud Mental de la Comunidad de Madrid desde el punto de vista de los Trabajadores Sociales Sanitarios (TSS) ya que desde hace años son éstos los responsables de la coordinación con institutores implicadas en la atención de menores en situación de vulnerabilidad social.

Los/as TSS han sido seleccionados/as por su experiencia en Infantil y por trabajar en el programa como coordinador/as con las instituciones implicadas en el proceso de intervención con los menores en situación con esta problemática. La metodología para esta investigación se desarrollará a través de grupos focales, con la participación de TSS de los Centros de Salud Mental donde ha ido implantando.

El lugar de celebración del encuentro sería, a falta de confirmación, en el Colegio Oficial de Trabajo Social d Madrid, sito en calle Evaristo San Miguel, 4 local el día 5 de junio a las 12.30 h. y el tiempo estimado del grupo sería de una hora. Si por alguna razón no se pudiera celebrar en el Colegio se cambiaría al CSM de Ciudad Lineal sito en la calle Doctor Cirajas, 20, 4ª planta, 28027 de Madrid.

Sería un gran honor para mí que pudieras colaborar en esta investigación como parte del grupo focal ya que cumples con el perfil que se busca para este estudio.

Si estas interesada/do, ruego te pongas en contacto conmigo por correo electrónico: miguelaarevalogarciagasco@gmail.com o en mi teléfono personal nº .678 58 73 40

Agradeciendo tu atención y esperando tus noticias, me despido atentamente. Un cordial saludo,

Miguela Arévalo García Gasco

TRABAJADORA SOCIAL DEL CENTRO DE SALUD MENTAL DE CIUDAD LINEAL

Anexo III

Grupo focal (GF)	**Años permanencia en salud mental**	**Años de permanencia en el PCC IJ**	**Tiempo de dedicación al PCC IJ (porcentaje)**	**Nº de profesionales en el PCC**	**Tiempo de dedicación de los profesionales en el PCC IJ**	**Distrito: Población aproximada**
Participante 1 (P1) 49 años de edad	11 años	11 años	20%	4	- 1 psiqui. 100% - 2 psicolo. 100% -1 TSS, 20%	175.000 Habitantes
Participante 2 (P2) 43 años de edad	10 años	10 años	80%	4	Equipo competo a100% , excepto enfermería 50% y ts 85%	120.000Habitantes
Participante 3 (P3) 33 años de edad	12 años	8 años	100%	5 y 1/2	5 a tiempo completo y uno dos días	227.000 Habitantes
Participante 4 (P4) 54 años de edad	24 años	20 años	100%	11 y dos TSS	11 profesionales a 100% y 1 al 50%	113.500 Carabanchel y 141309 Usera
Participante 5 (P5) 53 años de edad	2 7 años	5 años	25%	2, más dos a tiempo parcial	Dos 100%, 1 50% y 1 25%	280.000 habitantes
Participante 6 (P5) 59 año de edad	25 años	5 años	100%	1	9 a 100%. 1 a 50%	85.000 Habitantes

Fuente: elaboración propia