



TRABAJO FIN DE GRADO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL

*Trabajo Social en la atención a la salud mental
infanto-juvenil de la Comunidad de Madrid.*

AUTORA: NATALIA GONZÁLEZ LOZOYA

DIRECTOR: DANIEL GIL MARTORELL

FECHA DE PRESENTACIÓN: 03/05/2020

ÍNDICE:

1. Introducción.....	4
1.1.Finalidad y motivos de elección del tema.....	5
2. Objetivos.....	6
3. Metodología.....	6
4. Marco legal.....	7
5. Clasificación diagnóstica: “Trastornos mentales y del comportamiento”.....	9
5.1.Trastornos Hipercinéticos.....	10
5.2.Trastornos Disociales.....	11
5.3.Trastornos Disociales y de las Emociones Mixtos.....	12
5.4.Trastorno de las Emociones.....	13
5.5.Trastornos del Comportamiento Social.....	13
5.6.Trastorno de Tics.....	15
5.7.Otros Trastornos de las Emociones y del Comportamiento.....	15
6. Trastornos mentales graves en la infancia y adolescencia.....	16
7. La prevención.....	17
8. La violencia y los menores de edad.....	18
9. El papel del Trabajo Social en salud mental infanto-juvenil.....	20
10. El estigma en pacientes de salud mental.....	21
10.1. Factores de riesgo en pacientes de salud mental.....	22
10.2. Factores de protección en pacientes de salud mental.....	23
11. Análisis del conocimiento por parte de la población sobre el ámbito de la salud mental.....	23
11.1. Información sobre salud mental y estigma en la población.....	24
11.2. El papel de la familia de pacientes de salud mental.....	25
11.3. Delincuencia y exclusión social en relación con los pacientes de salud mental.....	27
11.4. Derechos de los pacientes de salud mental.....	28
11.5. Importancia del Trabajo Social en el ámbito de la salud mental.....	29
12. Análisis del conocimiento por parte de los profesionales del ámbito de la salud mental.....	29
12.1. Demandas de las familias de los pacientes de salud mental infanto-juvenil.....	30

12.2. Patologías más frecuentes entre los pacientes de salud mental infanto-juvenil.....	31
12.3. Vulnerabilidad como característica común de los pacientes de salud mental infanto-juvenil.....	31
12.4. Marco legal en base al objeto de estudio: salud mental infanto-juvenil.....	32
12.5. Principales factores de riesgo de la población de salud mental infanto-juvenil.....	33
12.6. La importancia del trabajo social en salud mental infanto-juvenil.....	34
13. Conclusiones.....	35
14. Bibliografía.....	36
15. Anexos.....	39

RESUMEN:

En la actualidad, los problemas mentales conforman una de las principales causas de enfermedad y discapacidad en el mundo. Todas las personas con patología mental o inestabilidad emocional, presentan una gran variedad de problemas y dificultades para poder llevar a cabo el desarrollo de su vida de la manera más cómoda o favorable posible.

Mediante este proyecto de investigación, quiero resaltar la importancia de la intervención precoz en edades tempranas, de este tipo de patologías mentales, y analizar también los tipos de trastornos más comunes en los pacientes de salud mental infanto-juvenil.

Además, se analiza también el papel fundamental del Trabajo Social en este ámbito, aportando el estudio del entorno de la persona y proporcionándole respuestas y soluciones a las demandas que presentan los pacientes. Por ello, lo que se pretende con esta investigación es conocer la situación en la que se encuentran los pacientes de salud mental infanto-juvenil (0-18 años) y analizar el papel del Trabajador/a Social en estos supuestos.

PALABRAS CLAVE: Salud mental, Trabajador Social, menores y familia.

ABSTRACT:

Today, mental problems are one of the main causes of illness and disability in the world. All these people with mental pathology or emotional instability, present a great variety of problems and difficulties in order to carry out the development of their life in the most comfortable or favorable way possible.

Through this research project, I want to highlight the importance of early intervention at an early age, of this type of mental pathology, and also analyze the most common types of disorders in child and adolescent mental health patients.

In addition, the fundamental role of Social Work in this area is also analyzed, providing a study of the person's environment and providing answers and solutions to the demands presented by patients. Therefore, what this research is intended to do is to know the situation in which children and adolescents in mental health are and to analyze the role of the Social Worker in these cases.

KEYWORDS: Mental health, Social worker, minors and family.

Título: “Trabajo Social en la atención a la salud mental infanto-juvenil de la Comunidad de Madrid.”

1. Introducción:

Según la O.M.S (Organización Mundial de la Salud, 2000) *“La salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud mental es un componente fundamental de la salud que permite la realización de las capacidades cognitivas, afectivas y relacionales del individuo.”*

En la actualidad, los problemas mentales conforman una de las principales causas de enfermedad y discapacidad en el mundo. *“De las 10 causas principales de discapacidad, cinco son problemas de salud mental: la depresión profunda, la esquizofrenia, los trastornos bipolares, la dependencia del alcohol y los trastornos obsesivo-compulsivo.”* (O.M.S, 2000). En el mundo, existen unas 400 millones de ciudadanos que padecen algún trastorno mental o problema psicosocial, como el consumo excesivo de alcohol y otras sustancias estupefacientes.

Con el paso del tiempo, se ha ido aceptando y reconociendo la importancia de la salud mental en el mundo, pero todavía queda mucho camino por recorrer, todavía hay que invertir más en Servicios Sociales y sobretodo en la atención y cuidado a la salud mental, dando una respuesta eficaz a las demandas que plantea este colectivo. Además, las cifras de personas que sufren algún trastorno mental van en aumento ya que, por ejemplo en España, el gran número de personas mayores y el envejecimiento de la población hacen que aumenten estos trastornos mentales.

En todas las etapas de la vida puede aparecer un problema de salud mental, por ello en este trabajo he escogido la etapa de la infancia y de la adolescencia, la cual se denomina: salud mental infanto-juvenil (0-18 años). Es muy importante intervenir en estas etapas de la vida ya que son el comienzo del desarrollo personal.

Normalmente los modelos de tratamiento hacia problemas de salud mental están encaminados a pacientes adultos. Por ello, ese grupo de personas que sufren algún trastorno de salud mental en la infancia o la adolescencia *“se enfrentan a un sistema de salud poco preparado para una atención sistemática y precoz de estos pacientes, lo que limita las oportunidades tanto preventivas como terapéuticas”* (CIBERSAM, 2015).

Es importante también, establecer una serie de vínculos y de controles hacia esta población con el objetivo de que tengan un desarrollo de vida adecuado. Son muchos los casos de personas que padecen algún problema de salud mental en las primeras etapas de su vida, que acaban convirtiéndose en infractores, ya sea por las condiciones de vida en las que se desarrolla el menor, como puede ser una familia desestructurada, tener un grupo de apoyo (amigos) que están dentro de esa realidad antisocial de consumir drogas o cometer infracciones, o puede ser también por el tipo de aprendizaje que ha llevado al menor hasta este punto.

En este trabajo de investigación, vamos a estudiar la relación que existe entre la posible mejora de los factores de riesgo con respecto a la población menor de edad que sufre algún problema de salud mental, para evitar lo máximo posible que se conviertan en infractores. Además, vamos a analizar los principales trastornos mentales que padecen los menores basándonos en la clasificación diagnóstica de enfermedades de la CIE-10.

Por último, me gustaría conocer el nivel de información que tiene la población en general y sobretodo la opinión de los trabajadores de este ámbito de la salud mental, en base a su experiencia.

1.1 Finalidad y motivos de elección del tema:

El tema seleccionado es: “Salud mental infanto-juvenil.”

La investigación en la que se apoya este trabajo, parte del análisis sobre los Centros de Salud Mental (C.S.M) de la Comunidad de Madrid, en base a las prácticas universitarias realizadas en el cuarto curso de mi doble grado: Criminología y Trabajo Social.

He seleccionado salud mental infanto-juvenil como tema del Trabajo Final de Grado (TFG) de Trabajo Social por varios motivos:

- En la actualidad, los problemas mentales conforman una de las principales causas de enfermedad y discapacidad en el mundo. Es importante conocer las características y factores de riesgo de la población que padece algún problema de salud mental en sus primeras etapas de la vida.
- Como futura Trabajadora Social, veo necesario insistir sobre el papel que ejercen los profesionales de este ámbito con este colectivo.

- Como bien he dicho antes, he realizado mis prácticas universitarias de cuarto curso en un servicio sanitario de salud mental en la Comunidad de Madrid, por lo que puedo optar a un mayor manejo de la información, y además, tener mi propia visión desde dentro de la institución.

2. Objetivos:

Los objetivos propuestos a continuación son el fin último de este trabajo de investigación sobre salud mental infanto-juvenil.

OBJETIVO PRINCIPAL:

Conocer la situación en la que se encuentra la atención a los pacientes de salud mental infanto-juvenil y analizar el papel del Trabajador/a Social en este ámbito de intervención.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Analizar el marco legislativo actual en base a nuestro objeto de estudio.
- Describir, según la CIE-10, la clasificación diagnóstica de los trastornos mentales en niños y adolescentes.
- Describir los principales trastornos mentales graves en las primeras etapas de la vida.
- Conocer la función de prevención en el ámbito de la salud mental infanto-juvenil
- Analizar la relación que existe entre violencia y los menores de edad.
- Clasificar y conocer los indicadores de riesgo que tienen los pacientes de salud mental infanto-juvenil.
- Explicar el papel del Trabajo Social en el ámbito de la salud mental.
- Analizar el estigma que sufren los pacientes de salud mental.
- Conocer los factores de riesgo y los factores de protección de la población objeto de estudio.

3. Metodología:

La metodología que voy a aplicar para este proyecto de investigación es de tipo cualitativa y cuantitativa. Con ella, quiero explicar la situación en la que se encuentran los pacientes infanto-juveniles que padecen algún trastorno de salud mental y analizar el papel del Trabajador/a Social en el ámbito de la salud mental.

Para aplicar la metodología, he utilizado varias técnicas de recogida de información:

1. Observación participante (por mi experiencia en las prácticas universitarias realizadas entre Octubre de 2018 y Abril de 2019, en el complejo hospitalario de salud mental San Juan de Dios, en Ciempozuelos, Madrid.)
2. Análisis del contenido de la bibliografía y de la documentación que he obtenido.
3. Entrevistas no presenciales usando un cuestionario estandarizado con preguntas abiertas, para analizar la situación de los CSM (Centros de Salud Mental) de esa atención a los pacientes de salud mental infanto-juvenil con profesionales expertos desde un punto de vista más cualitativo.
4. Cuestionario estandarizado con preguntas cortas para respuesta masiva entre la población en general de forma anónima, contando con 150 participaciones. Esta sería la parte cuantitativa de toda la investigación. El objetivo es encontrar la opinión de la población sobre la salud mental en general (no solo en el ámbito infanto-juvenil).

4. Marco legal:

La regulación de todas las acciones en base a la protección de la salud de todos los ciudadanos se establece en la *Ley General de Sanidad del 14/1986, de 25 de abril*. Además, la base de la organización de la atención sanitaria, incluida la salud mental se basa en la *Ley 16/2003, de 28 de mayo: Ley de la cohesión y de la calidad del sistema nacional de salud*. En ella, aparece descrito cómo se debe desarrollar la cohesión y la calidad del sistema nacional de salud. Para ello, establece la prestación de la atención sociosanitaria, que tiene un papel fundamental en el desarrollo de la atención comunitaria de la salud mental, de esta manera:

- “La continuidad del servicio será garantizado por los servicios sanitarios y sociales, mediante la adecuada coordinación entre las administraciones públicas correspondientes” (art.14-3)
- “La atención sociosanitaria comprende un conjuntos diverso de servicios de cuidado, para que los pacientes puedan beneficiarse de manera simultánea de los servicios sanitarios y sociales con el fin de incrementar su autonomía, paliar las limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social” (art.14-1).

Además, en cuanto a las prestaciones de atención especializada (art.13-1), fundamentales para el desarrollo de la atención de la salud mental, establece lo siguiente:

- “Se garantiza la continuidad de la atención integral del paciente en la atención especializada” lo cual incluye, por una parte, todas las actividades asistenciales, diagnosticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidado, y todo lo relacionado con la educación sanitaria; además de la intervención en modo de prevención dependiendo de la naturaleza y especialización de cada caso.

Por otro lado, la *Ley 6/1995, de Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid*, la cual establece que: “Los titulares de los Servicios de Salud y el personal sanitario están especialmente obligados a comunicar la existencia de desprotección o riesgo infantil; así como colaborar para evitar y resolver tales situaciones en interés del niño” (art.45).

Esta ley es de gran importancia ya que ayuda a reconocer estos casos en los que los menores están desprotegidos, y de esa manera poder aplicar una solución concreta y de carácter urgente, con el fin de mejorar la calidad de vida del menor y poder aportarle un sistema de calidad y de protección para su mejor desarrollo vital.

También, es importante hablar de la *Ley Orgánica 1/1996, de enero, sobre la Protección Jurídica del Menor*. En esta ley se establecen una serie de directrices ante situaciones de desprotección social hacia un menor de edad:

- “Obligación de la entidad pública de investigar los hechos para corregir la situación mediante la intervención de los Servicios Sociales, o en su caso, asumiendo la tutela del menor por parte del ministerio de la ley”.
- “Obligación de toda persona que detecte una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, así como la ausencia del menor de forma habitual o justificada del centro escolar, de prestarle auxilio inmediato y de comunicar el hecho a las autoridades o sus agentes más próximos”.
- “La prevención de todas aquellas situaciones que puedan perjudicar su desarrollo personal” (Capítulo III, Art.11).

Por último, y sobre la importancia y obligatoriedad de intervenir ante estas situaciones de desprotección del menor, la *Ley 26/2015, de 28 de julio, sobre la modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia*. Esta ley crea una modificación mediante sustitución y ampliación de algunos apartados de la ley anterior, lo cual quedaría de esta manera:

“Toda persona o autoridad y especialmente aquellos que por su profesión o función detecten alguna situación de maltrato, riesgo o de posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de presentarle el auxilio inmediato que precise” (Ley 26/2015, de 28 de julio).

Haciendo referencia al objeto de estudio de este proyecto de investigación: salud mental, es importante comentar el porqué es necesario tener una legislación sobre salud mental.

Debemos pensar que la importancia de que las personas que padecen algún trastorno de salud mental estén protegidas por las leyes de nuestro país es debido principalmente a su vulnerabilidad. Esta vulnerabilidad tiene dos aspectos a tener en cuenta: en primer lugar, las personas que se encuentran en esta situación, pueden llegar a tener afectada su capacidad para obrar y tomar decisiones, además, en segundo lugar, la gran estigmatización que sufren por gran parte de personas de la sociedad. Estas situaciones de discriminación y marginación hacen que las personas que padecen algún trastorno de salud mental, tengan más posibilidades de que se les niegue el acceso y disfruten de sus derechos e incluso más posibilidad de sufrir situaciones en las que se les niegue tratamiento o ayuda.

Por todo ello, es de vital importancia que la legislación mantenga protegidas a estas personas con el objetivo de que puedan realizar su vida de la manera más satisfactoria posible y que tengan los mínimos tropiezos posibles por culpa de terceras personas (M. Funk, 2003).

Por último, es importante comentar la falta de legislación específica en base a salud mental que tenemos en nuestro país. No existe una ley de salud mental y esto provoca aún más desprotección sobre los pacientes.

5. Clasificación diagnóstica: “Trastornos mentales y del comportamiento”:

Existen dos sistemas de clasificación de los trastornos mentales, el DSM-IV-TR (Asociación Americana de Psiquiatría) y la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, OMS). Para este proyecto de investigación, voy a elegir la CIE-10 para analizar la información en base al objeto de estudio: Salud mental infanto-juvenil.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), ha creado una clasificación diagnóstica de manera internacional de toda la variedad de problemas de salud como son los trastornos mentales. Dentro de esta clasificación, el Capítulo V analiza los “trastornos mentales y del comportamiento” y los clasifica de esta manera:

1. *Orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos, mentales.*
2. *Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas (como el abuso de sustancias psicoactivas).*
3. *Trastornos de Esquizofrenia, esquizotípico y delirios (distorsión de la percepción, del pensamiento y de las emociones).*
4. *Trastornos de humor afectivos (Ejemplo: trastorno bipolar).*
5. *Trastornos neuróticos, somatomorfos y relacionados con el estrés.*
6. *Trastornos mentales del comportamiento asociados a trastornos fisiológicos y factores físicos (Ejemplo: Trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia nerviosa).*
7. *Trastornos de personalidad y del comportamiento en personas adultas.*
8. *Retraso mental.*
9. *Trastorno del desarrollo psicológico.*
10. *Trastornos conductuales y emocionales con inicio en la infancia y adolescencia.*
(Sardin, B. 2013).

*Además, aparece un grupo denominado “*Trastornos mentales no especificados*”.

En base al objeto de estudio de este trabajo, salud mental infanto-juvenil, vamos a centrarnos en el punto diez de esta clasificación: *Trastornos conductuales y emocionales con inicio en la infancia y adolescencia.*

La característica principal de estos trastornos es que aparecen de manera precoz en la persona, en sus primeras etapas de la vida como la infancia o la adolescencia. Dentro de este grupo de trastornos con inicio en la infancia y adolescencia podemos encontrar otra clasificación según Sardin, B. (2013), que voy a desarrollar en los siguientes epígrafes.

5.1 Trastornos Hiperkinéticos:

Este trastorno es comúnmente denominado TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad), se produce cuando los niños/as tienen mucha dificultad para concentrarse al hacer alguna tarea y además padecen hiperactividad.

Según la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP, 2004), existen una serie de signos característicos con los que podemos identificar que un menor tiene un TDAH:

- No paran de moverse, están en continua actividad física.
- Hablan mucho e incluso interrumpen a las personas.
- No es capaz de tener una concentración plena en alguna tarea, se distraen con mucha facilidad.
- No piensan las cosas, primero actúan (impulsivos).
- Les cuesta mucho esperar su turno, como en una conversación con otras personas o en algún juego. (SEP, 2004)

Podemos decir que estos signos, son propios de casi todos los niños/as pequeños/as en la etapa de la infancia, pero el problema llega cuando estas características son especialmente exageradas si las comparamos con otros niños/as de su misma edad y cuando además, estas características afectan de manera notable en entornos como el académico o en sus relaciones sociales.

5.2 Trastornos Disociales:

Los trastornos disociales se caracterizan principalmente porque el niño/a tiene comportamientos fuera de lo normal o antisociales de manera reiterada. Estos, al inicio de su aparición en el niño, pueden hacer que este se comporte de manera extraña, primero en el ámbito familiar o en la escuela y con comportamiento contrarios como no acatar las normas o límites que le imponen su grupo más cercano. Pero este tipo de comportamientos, pueden alargarse en el tiempo, y en edades más tardías como en la adolescencia pueden aparecer comportamientos agresivos pudiendo llegar a convertirse en menores infractores. No vale con un acto aislado que se salga de la norma, es importante que sea repetitivo en el tiempo.

Este tipo de trastorno con inicio en la infancia y en la adolescencia afecta de manera diferente a niños y a niñas. Ellas, no suelen mostrar comportamientos agresivos físicos hacia otras personas, pero en su lugar suelen mentir compulsivamente, fugarse del hogar familiar, consumir sustancias estupefacientes e incluso pueden llegar a prostituirse. Mientras que los niños suelen estar involucrados en actos violentos de manera física como peleas o cometer algún delito de vandalismo.

Según La Guía Clínica para el Trastorno Disocial (Vásquez, 2010), en la etapa de la infancia, suele aparecer este trastorno antes de los diez años.

Mientras que en la etapa de la adolescencia, no se han producido ninguna característica tipo de este trastorno antes de los diez años, pero aparecen después. Existe también, una clasificación del Trastorno Disocial según la gravedad:

- Leve: el menor tiene problemas de comportamiento pero los daños que causa a otras personas son leves o mínimos.
- Moderado: en este tipo, el nivel de problemas de comportamiento del menor hacia otras personas va de leve a graves.
- Grave: “*varios problemas de comportamiento exceden de los requeridos para establecer un diagnóstico o los problemas de comportamiento causan daños considerables a otros*”. (Vásquez, 2010),

5.3 Trastornos Disociales y de las Emociones Mixtos:

Este tipo de trastornos tiene como característica que combina el carácter o comportamiento agresivo o disocial del menor con episodios de alteraciones emocionales como ansiedad o depresión. (Sardin, B. 2013).

Basándonos en la Guía Clínica de Intervención para los Trastornos Disociales (Mera y González, 2018), podemos establecer un protocolo de intervención con pacientes que sufren trastornos disociales y de las emociones mixtos. Como es un marco muy amplio y genérico ya que abarca varios trastornos, es importante establecer objetivos adecuados para el fortalecimiento de ambos. Algún ejemplo de estos objetivos es:

- Aumentar y fortalecer la autorregulación tanto fisiológica como emocional del paciente.
- Crear un cambio o modificar los pensamientos anormales, evasivos o agresivos hacia el mismo e incluso hacia los demás.
- Reeducar al menor en el establecimiento de normas y límites.
- Promover el autocontrol de sus emociones.
- Fomento y creación de habilidades sociales.

Para conseguir estos objetivos, debido a la población diana con la que trabajamos, es importante que cuando se produzcan mejoras se proporcionen recompensas.

Para ello, el profesional (en este caso el Trabajador/a Social), debe crear un vínculo con el menor para conocer sus gustos y así poder motivarle a conseguir esa recompensa.

5.4 Trastorno de las Emociones:

Los trastornos de las emociones más característicos y que más se repiten en los niños/as son los trastornos de ansiedad y la depresión. Existen una serie de signos característicos que nos hacen ver que el niño/a padece un trastorno de las emociones. Algunos de estos signos son:

- Carencia o escasez de juego o actividades lúdicas.
- Se muestra triste o apático.
- Suele tener miedo de manera frecuente.
- Se preocupa de manera excesiva.
- Se niega a ir a otros entornos donde no estén sus padres.
- Dolor de tripa, de cabeza o cansancio sucesivo. (Sardin, B 2013)

Es muy importante estar atentos de estos signos que muestra en niño/a ya que se pueden convertir en futuras situaciones más peligrosas ya que puede llegar a afectar a la alimentación y convertirse en un trastorno de alimentación como puede ser la bulimia o anorexia nerviosa. Esto es muy característico que ocurra en la etapa de la adolescencia ya que es cuando la persona comienza su desarrollo y donde hay mayor creación e impacto de emociones. (Del Barrio y Carrasco, 2016).

5.5 Trastornos del Comportamiento Social:

Los niños/as que sufren este tipo de trastornos, padecen alteraciones en sus habilidades sociales y tienen unos rasgos de personalidad y de comunicación con los demás que pueden llegar a convertirse en muy deficitarios y provocarles un grave déficit en cuanto a su relación social. Un ejemplo de estos trastornos del comportamiento social es el Síndrome de Asperger o el Autismo (TEA). La característica principal de ambos es la falta de reciprocidad en cuanto a las relaciones sociales y sobre todo, tienen dificultades para poder relacionarse y comunicarse con niños/as de su edad. Además, los niños/as que padecen TEA (Trastorno del Espectro Autista) suelen tener dificultades en el lenguaje y la causa de esto puede ser la poca comunicación que tienen con otras personas (Medina y Soler, 2014).

El Síndrome de Asperger y el Autismo, no son los mismos trastornos, de hecho, las personas que sufren Asperger tienen mayor probabilidad de que en un futuro puedan realizar su vida de manera independiente y autónoma, que los que tienen TEA.

También, es importante saber que el Autismo puede aparecer en los tres primeros años de vida de las personas, mientras que el Síndrome de Asperger no da signos cognitivos en esos años, ya que la mayoría de niños que lo padecen, tienen un coeficiente intelectual bastante alto, por encima de la media. Por ello, el diagnóstico que se suele hacer a los niños/as con Asperger es más tardío ya que es difícil de identificar en las primeras etapas de la vida.

Según B.Alomar Carlindiliman (2017), podemos seleccionar diferentes características importantes entre el Autismo y el Síndrome de Asperger:

Tabla 1: Diferencias entre Asperger y Autismo.

	<i>Síndrome de Asperger</i>	<i>T.E.A (Autismo)</i>
<i>LENGUAJE</i>	Vocabulario culto y enriquecido, más de lo que debería para un niño/a de esa edad. Y hablan con frecuencia.	Déficit o retraso en el lenguaje. No suelen comunicarse con otras personas.
<i>MOVIMIENTOS</i>	Movimientos torpes.	Movimientos repetitivos y tímidos.
<i>INTERÉS</i>	Intereses obsesivos por un tema en concreto que les atraiga.	Les gusta realizar actividades individuales, donde no participen otras personas. Suelen ser ordenados y si les cambias algún objeto de lugar, se pueden mostrar obsesivos.
<i>MEMORIA</i>	Buena memoria, con gran capacidad para recordar detalles, pero no guardan la información de manera	Coeficiente intelectual por debajo de la media.

ordenada. Coeficiente
intelectual por encima de la
media.

Fuente: Elaboración propia. (Referencia de Alomar, 2017)

5.6 Trastornos de Tics:

Este tipo de trastornos consiste en que el niño/a reproduce movimientos involuntarios de manera reiterada, a estos movimientos se les denominan tics. Estos tics, aumentan cuando el menor se encuentra en situaciones de estrés o nerviosismo. Existen varios tipos de tics según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10):

- Trastorno de tics transitorios: esta tipología de trastorno de tics, no persiste en el niño/a más de doce meses. En este tipo, los movimientos repetitivos e involuntarios que realizan los menores suelen ser: guiño de ojos, muecas o movimientos de cuello, estos los repiten varias veces al día.
- Trastorno de tics crónicos motores o fonatorios: a diferencia de los anteriores, este tipo de trastorno de tics dura más de un año. Algunos de los tics fonatorios más habituales son: “ruidos guturales e inspiraciones nasales ruidosas”. En este tipo de trastorno, los tics fonatorios se suelen intercalar con los tics que aparecen de manera transitoria en el trastorno anterior.
- Trastornos de tics motores y fonatorios múltiples y combinados: también llamado Síndrome de Guilles de la Tourette. Este tipo de trastorno suele aparecer en la adolescencia y suele mantenerse en la etapa adulta. Lo más característico de este síndrome es que los que lo padecen, suelen soltar de manera reiterada e involuntaria, palabras o frases obscenas, como insultos. En ocasiones se pueden unir también gestos obscenos y desagradables.

5.7 Otros Trastornos de las Emociones y del Comportamiento:

Según M. Servera (2002), dos claros ejemplos de este tipo de trastorno mental en la infancia o adolescencia, también llamados trastornos de eliminación. Estos trastornos consisten en la dificultad que padecen algunos menores de controlar de manera apropiada la micción y la defecación. Ambos trastornos provocan un rechazo de la población hacia los que lo padecen. Es un trastorno poco común. En estos trastornos de eliminación, es importante que las familias acudan con el niño/a al Urólogo. Se trata de trastornos fisiopsicológicos que comienzan en la infancia:

- Enuresis: consiste en orinarse encima de manera involuntaria y sin control, a partir de una edad en la que el menor debería haber aprendido a controlar sus esfínteres. Se suele detectar este trastorno en torno a los cinco años de edad.
- Encopresis: trastorno mucho menos frecuente en los niños/as, por ser menos conocido también, los que lo padecen sufren un mayor estigma por parte de la población que los que tienen enuresis. Como está poco aceptado entre los demás niños y entre la población en su conjunto, estas personas suelen padecer un gran impacto psicológico. La encopresis, suele aparecer durante el día, de manera voluntaria el menor se defeca encima sin ningún tipo de control sobre ello.

6. Trastornos mentales graves en la infancia y adolescencia:

Que una persona padezca algún trastorno mental grave significa que tiene una serie de patologías psiquiátricas que han podido aparecer o no en la infancia o en la adolescencia y que por su nivel de gravedad, puede llegar a poner en riesgo el desarrollo de la persona tanto a nivel emocional como de aprendizaje como de adaptación social (Mollejo Aparicio, 2012).

Como diferencia de los trastornos mentales graves entre los adultos y los que aparecen en la infancia o adolescencia, podemos decir que en el caso de las personas adultas, uno de los criterios para estimar la gravedad del trastorno mental es la cronicidad; algo que en la infancia y en la adolescencia, si intervenimos de manera adecuada, en algunos casos podemos evitar que se convierta en crónico.

Es más importante intervenir en pacientes de edades tempranas con trastornos mentales graves ya que en estas primeras etapas de la vida, el trastorno puede afectar a su desarrollo como persona ya que se puede dar la *“falta de adquisición de habilidades y recursos en una etapa en la que se deben desarrollar”* (Mollejo Aparicio, 2012). Por eso, en estas etapas tempranas de los individuos es importante involucrarnos en un tratamiento correcto para que el niño o adolescente tenga la capacidad de evolucionar y crecer como persona. Para ello, es necesario una buena coordinación (entre la familia, los profesionales sanitarios y educativos del menor), la evaluación y seguimiento del tratamiento y sobre todo un diagnóstico precoz, para que así el menor pueda ir avanzando de manera favorable. Según Encarnación Mollejo Aparicio (2012), *“es fundamental que los pediatras, médicos de atención primaria, psiquiatras y psicólogos sepan hacer una detección precoz de este tipo de trastornos”*.

Es importante también, que este tipo de profesionales que trabaja para el cuidado de la salud de niños y adolescentes, conozcan los síntomas o señales para poder detectar este tipo de trastornos mentales a tiempo.

7. La prevención:

En la actualidad, son muchos los niños y adolescentes que padecen algún problema de salud mental en nuestro país. Todos estos menores presentan gran variedad de dificultades y necesidades que son necesario cubrir.

En este proyecto de investigación, vamos a resaltar la importancia de la prevención en cada una de sus etapas, con el objetivo de aportar una mejor calidad de vida a los pacientes de edades tempranas que sufren algún problema de salud mental, y que si lo detectamos lo antes posible, podremos evitar en un futuro males mayores.

Es importante saber qué queremos prevenir y centrarnos en una población diana en concreto, en este caso son los menores de edad que padecen o tienen un diagnóstico cercano a padecer algún tipo de problema de salud mental.

Según la ONU (2012), *“la prevención es tomar medidas necesarias y posibles para evitar que ocurra el evento o tratar de reducir sus efectos”*. Por ello, es importante aportar planes de prevención en los tres niveles de intervención:

1. Prevención primaria: esta está creada a groso modo, a toda la población. Es un nivel de intervención general y costosa ya que el número de personas a la que va dirigida es muy amplio. En este caso, podrá componerse de actividades sanitarias que se van a realizar en toda la población en general y con todos los individuos, antes de que aparezca alguna enfermedad mental. El objetivo de este nivel de intervención es informar a la población sobre los recursos disponibles en caso de que apareciera la enfermedad en alguna persona, promover y fomentar la salud y la detección precoz de este tipo de enfermedades. Un ejemplo de actividad que se podría aplicar en este nivel de intervención sería los anuncios en la televisión, radio o redes sociales.
2. Prevención secundaria: es el nivel de intervención que más se suele practicar, ya que actúa sobre el grupo ya identificado donde se encuentra esa población de riesgo.

La población diana es mucho más reducida que en el nivel anterior y más específica. En cuanto a nuestro objeto de estudio, podríamos llamar a este nivel como detección precoz, ya que detectamos en una población con síntomas, una enfermedad grave de salud mental de manera precoz. Esto es algo muy bueno, ya que nos ayudará a reducir posibles problemas del futuro y poder aplicar un tratamiento curativo de manera temprana. En pacientes de salud mental infanto-juvenil, esta intervención es muy importante ya que puede evitar que la enfermedad se cronifique en el futuro. Según Frame y Carlson (1975) existen unas condiciones definidas para justificar esa criba de la población que se hace en este nivel de intervención:

- a. *“Que la enfermedad represente un problema de salud importante con un marcado efecto en la calidad y duración del tiempo de vida.*
 - b. *Que la enfermedad tenga una etapa inicial asintomática prolongada y se conozca su historia natural.*
 - c. *Que se disponga de un tratamiento eficaz y aceptado por la población en caso de encontrar la enfermedad en estadio inicial.*
 - d. *Que se disponga de una prueba de cribado rápida, segura, fácil de realizar, con alta sensibilidad, especificidad, alto valor predictivo positivo, y bien aceptada por médicos y pacientes.*
 - e. *Que la prueba de cribado tenga una buena relación coste-efectividad.*
 - f. *Que la detección precoz de la enfermedad y su tratamiento sea en el periodo asintomático.”*
3. Prevención terciaria: este nivel de intervención se aplica sobre la misma población diana, ya que estas personas ya tienen un diagnóstico establecido donde se afirma que tienen algún problema de salud mental. Por lo tanto, la muestra sobre la que aplicamos la intervención es mucho más reducida que en los anteriores niveles. El propósito en este nivel es *“el restablecimiento de la salud una vez que ha aparecido la enfermedad”* (Frame; Carlson 1975). Aquí lo que hay que hacer es aplicar un tratamiento con el objetivo de curar al individuo o reducir su impacto en el futuro, sobre todo mejorar o mantener su calidad de vida.

8. La violencia y los menores de edad:

En la actualidad, cada vez aumentan más las situaciones de violencia en la que se ven involucrados los menores de edad. Por suerte, son muchas las organizaciones que ayudan a estos niños y jóvenes dándoles nuevas oportunidades y garantizándoles una mejor calidad de vida y sobretodo, protección.

Según la O.M.S (2016), *“Cada año, más de 1.6 millones de personas en todo el mundo pierden la vida violentamente”*. Esto es un dato relevante, ya que también hay que pensar en todas aquellas personas que por alguna causa violenta sufre problemas físicos o mentales.

Los menores, comienzan su aprendizaje por observación e imitación de su entorno más cercano. Por ello, es importante que los niños y los jóvenes se desarrollen en ambientes favorables, lejos de la violencia tanto hacia ellos como hacia los demás, para que así no aprendan conductas agresivas ni se conviertan en menores infractores (Martínez, 2014).

Por ello, el 20 de Noviembre de 1989 se creó la Convención sobre los Derechos del Niño donde se encuentran detallados los derechos de la infancia. Esta convención reconoce que *“los niños (personas menores de 18 años) son individuos de pleno desarrollo físico, mental y social, y tienen derecho a expresar libremente sus opiniones”*.

Es importante fomentar la protección de los menores ante cualquier tipo de violencia, pero hay que tener más precaución con aquellos niños y jóvenes que padecen algún problema de salud mental, ya que pueden tener más dificultades para la consecución de una vida plena y satisfactoria. Por ello, en el Artículo 23 de la Convención sobre los Derechos del Niño explica los derechos de los que denomina *“niños impedidos”* refiriéndose a aquellas personas menores de edad que sufren algún problema físico o mental. Este artículo, reconoce el derecho de estos menores a *“lograr su autosuficiencia e integración activa en la sociedad”* mediante los apoyos y recursos que cada persona de manera individualizada necesite.

Sin embargo, todavía en la actualidad hay muchos menores que sufren algún tipo de violencia como puede ser el maltrato infantil. Esto se ha convertido en un problema social ya que no lo hemos conseguido eliminar de nuestra sociedad. Pese a que hemos avanzado bastante en cuanto a las formas agresivas que se utilizaban en la antigüedad, existen todavía miles de niños y niñas que sufren alguna situación violenta.

Los colectivos de menores más vulnerables como pueden ser los niños que padecen algún problema de salud mental, dependen de su círculo más cercano como la familia, para poder obtener una protección adecuada.

Pero hay ocasiones, en las que esa violencia de la que hablamos, la podemos encontrar en las personas más cercanas de los menores, ya sea familia, amigos de la familia, en la escuela, en la calle o los profesionales del ámbito de la salud mental. Este colectivo de menores es más vulnerables aún que los demás niños que se encuentran con una salud física y mental adecuada. Es importante hacer hincapié sobre cómo establecer intervenciones y herramientas de protección hacia estos colectivos en especial (Martínez, 2014).

9. El papel del Trabajo Social en salud mental infanto-juvenil:

El Trabajo Social ha tenido que ir definiendo sus competencias y roles profesionales en el ámbito de la salud mental, creando un perfil y un rol profesional que se ha convertido en necesario en la actualidad. Según Eva M^a Garces (2010), la clave del Trabajo Social en salud mental ha sido “la especialización, la formación continuada y el trabajo interdisciplinar”.

La salud mental, es un parte de la totalidad de la salud de las personas, y su enfoque va mucho más allá de la propia enfermedad mental y su tratamiento ya que influyen muchos otros factores como el desarrollo emocional, laboral, cultural y social de la persona y sus capacidades para integrarse en la sociedad. Por ello, en los centros en los que se atiende a personas con problemas de salud mental, es importante que trabajen su reinserción y recuperación social además de la mejora de su salud.

Aquí es donde interviene el Trabajo Social, en el tratamiento de las personas pero en el ámbito social y familiar buscando la participación activa del paciente como sujeto de derechos en la sociedad, la creación de redes de apoyo natural y formal que le permitan vivir en la comunidad con la mayor calidad de vida posible y desarrollando la coordinación sociosanitaria tan esencial en este ámbito de la salud.

El Trabajador/a Social en salud mental forma parte de un equipo multidisciplinar donde intervienen otros profesionales como psiquiatras, psicólogos, enfermeras, terapeutas ocupacionales, etc. Como en todos los ámbitos, en la salud mental es también muy importante la coordinación entre ambos profesionales.

En base a mi experiencia en las prácticas universitarias realizadas en la Unidad de Salud Mental de San Juan de Dios (Madrid), algunas de las actividades que hice con los usuarios son:

- Cuando hay un nuevo ingreso en el centro, el Trabajador Social es el encargado de hacer la entrevista de inicio.
- Elaboración de informes sociales.
- Acompañamientos personalizados a pacientes en procesos de inserción comunitaria.
- Apoyo en la gestión de asistencia y defensa jurídica de los pacientes.
- Valoraciones sociales en procesos de tutela y protección de personas adultas.
- Visitas a domicilio para valoración de dinámica y situación familiar de los pacientes.
- Intervención individual con los pacientes: entrevistas de valoración de situación social.
- Coordinación con el sistema judicial.
- Coordinación con recursos e instituciones para facilitar los procesos de inserción social de los pacientes: ayuntamientos, registro civil, pensiones no contributivas, etc.
- En relación con las pensiones: garantizar los derechos de los pacientes en el acceso a prestaciones económicas.

Por tanto, en Trabajador Social en salud mental, puede intervenir tanto en el contexto social como en la situación personal de los pacientes. Según Eva M^a Garces (2010), “los tres fundamentos principales por los que el Trabajo Social produce un cambio son:

1. Por medio de la relación interpersonal.
2. Por medio de cambios en la situación social.
3. Por medio de cambios en las relaciones con personas significativas en el espacio vital de los individuos.”

10. El estigma en pacientes de salud mental:

El estigma que se genera sobre los pacientes de salud mental hace más complicadas sus vidas. Es necesario, crear campañas de sensibilización hacia este tipo de colectivos desde edades muy tempranas para así poder evitar una futura discriminación.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), dentro de diez años la salud mental será la causa principal de discapacidad en el mundo. Los pacientes que padecen algún tipo de trastorno mental, tienen que luchar contra su propia enfermedad y además contra la discriminación que sufren por padecerla. Esta actitud de estigma, crea un rechazo o exclusión de estos usuarios en la sociedad.

Además, no solo encuentran dificultades en cuanto a la relación con otras personas, sino que también encuentran limitaciones a la hora de ejercer sus derechos, por ejemplo a la hora de participar en asuntos públicos como puede ser su participación en las elecciones políticas o en casos de procesos de incapacitación judicial derivados de sus problemas de salud mental.

Es importante combatir este estigma y luchar contra la desinformación y el desconocimiento social educando en valores y empatía desde edades tempranas. Como también es importante, que las Administraciones Públicas aumenten su intervención en políticas públicas y sociales que potencien estos planes de educación.

Por ello, podemos identificar algunos factores de riesgo y factores de protección en pacientes de salud mental.

10.1 Factores de riesgo en pacientes de salud mental:

Los factores de riesgo son aquellas características que hacen que la persona tenga mayor probabilidad de sufrir un daño, en este caso, que la persona tenga mayor probabilidad de que genere una enfermedad mental.

Según George, M (2004), podemos clasificar algunos factores de riesgo en varias categorías:

A. PERSONALES:

- Falta de afectividad.
- Mala comunicación.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Ausencia de autoestima.

B. FAMILIARES:

- Familia demasiado permisiva/demasiado autoritaria.
- Desinterés por parte de los padres o tutores.
- Violencia intrafamiliar.

- Familia desestructurada.

C. SOCIALES:

- Presión grupal.
- Consumo abusivo de sustancias estupefacientes.
- Aislamiento social.
- Situación de pobreza/marginación/exclusión social.

10.2 Factores de protección en pacientes de salud mental:

Por el contrario, podemos encontrar también factores de protección que tienen los usuarios de salud mental. Estos factores de protección, sirven de ayuda a los pacientes para afrontar mejor las situaciones desfavorables. Estos factores, son aspectos tanto sociales como individuales que favorecen al desarrollo de la persona. Según George, M (2004) algunos de estos factores de protección en salud mental son:

A. PERSONALES:

- Equilibrio emocional.
- Gran autoestima.
- Habilidades sociales.
- Positividad.
- Actitud de superación.

B. FAMILIARES:

- Afectividad entre los miembros.
- Armonía familiar.
- Participación activa de los padres.

C. SOCIALES:

- Recursos sanitarios adecuados.
- Garantizar la accesibilidad de todas las personas a esos recursos sanitarios.
- Promoción de estilos de vida saludables.

Como podemos percibir, es importante fomentar los factores de protección para ayudar a que los pacientes de salud mental tengan un mejor desarrollo de su vida y así favorecer su inserción en la sociedad. Lo que podemos cambiar y mejorar son los factores de la categoría social, por lo que es importante intervenir en proyectos de este índole para mejorar entre todos la situación de los usuarios.

11. Análisis del conocimiento por parte de la población sobre el ámbito de la salud mental:

En este epígrafe voy a analizar por medio de un cuestionario con preguntas cerradas el nivel de conocimiento o desconocimiento que tiene la población en general acerca del ámbito de la salud mental (no solo sobre los pacientes de salud mental infanto-juvenil). Esta encuesta ha sido respondida por 150 personas de manera anónima, con el único objetivo de conseguir una muestra representativa con respuestas cuantitativas sobre el tema propuesto.

El propio cuestionario se puede ver en este link:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdODJ44XgnhxquXPGGh5b6N-71BNf8_AbKUUBcA2vNpDsV_wg/viewform?usp=sf_link

11.1. Información sobre salud mental y estigma en la población:

En la actualidad, el ámbito de la salud mental está todavía en un segundo plano, y lo que no sabe la población, es que bastantes personas sufren alguna de estas enfermedades mentales, por lo que no es un grupo muy reducido. Por ello, podemos comprobar que en la pregunta: “¿¿Conoce usted a alguna persona que tenga diagnosticada una enfermedad de salud mental?”, de la totalidad de respuestas (150), el 84% de ellas ha respondido que sí conoce a alguna persona que padece alguna enfermedad de salud mental, ya sea paciente infanto-juvenil o en la edad adulta. Aunque se crea que no afecta mucho cuando se pregunta, el impacto de estas respuestas es importante.

Lo que más me sorprende al ver estos resultados, es que aunque muestren que la mayor parte de los encuestados conoce a alguna persona diagnosticada en salud mental, también muestran que estos pacientes sufren estigma y discriminación por parte de la sociedad. En cuanto a la pregunta: “¿Cree que las personas que padecen algún trastorno de salud mental sufren estigma o discriminación por parte de la sociedad?”, el 94,7% del total de las respuestas han respondido que sí, frente al 5,3% que han respondido que no.

Esto me hace pensar que las propias personas que conocen a familiares, a gente de su entorno o a amigos de amigos que padecen algún problema de salud mental, son los mismos que responden que estos sí sufren discriminación por parte de la población, entonces:

¿son ellos mismos quienes ejercen ese papel discriminatorio hacia este colectivo de personas? ¿Han sido partícipes de alguna situación de discriminación hacia estos pacientes? ¿Han hecho algo al respecto o han intentado influir de forma positiva sobre esas personas que ejercen la discriminación para cambiar las cosas?. Como respuesta a estas preguntas está el “autoestigma”, que es el conjunto de prejuicios que tienen las personas y les lleva a considerarse a sí mismos como inferiores a los demás y a merecer la situación que están pasando.

También, he querido preguntar a esta muestra representativa de 150 personas que la mayoría no tiene nada que ver con el ámbito de la salud mental lo siguiente: “¿Piensa usted que el desconocimiento y la falta de información sobre el ámbito de la salud mental es un problema real en la sociedad actual?”, a lo que el 98% de los encuestados responden que sí, lo cual es casi la totalidad de ellos.

Por lo que con estas preguntas podemos sacar la conclusión de que todavía se necesita aún más informar a la población en general de este tipo de enfermedades mentales para ayudar a su orientación en posibles casos y sobre todo, a que desaparezca poco a poco esa discriminación que sufren estos pacientes frente al resto de la sociedad. Además, el impacto importante de estas respuestas que supone que la sensación de estigma está incluso en personas que conocen a otras con problemas de salud mental. Y por último, la valoración de la salud mental como un problema importante.

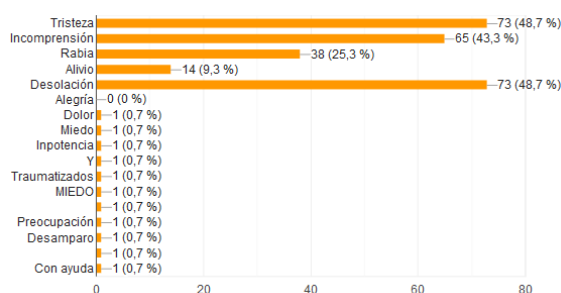
11.2. El papel de la familia de pacientes de salud mental:

La familia, es una de las partes más importantes y que sirven de mayor apoyo a los pacientes de salud mental, y además, son las que más van a sufrir las consecuencias y los cambios que se producen en los pacientes ya que son ellas las que posiblemente tengan que ejercer de cuidadores.

En la encuesta masiva, he realizado algunas preguntas para saber cómo cree la gente que se sienten o cómo creen que actúan las familias de estos pacientes, mediante estas preguntas:

“¿Cómo cree que se sienten los padres o tutores legales cuando diagnostican a su hijo/a de alguna enfermedad de salud mental?”

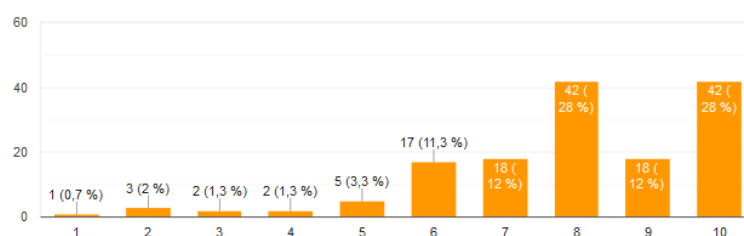
Imagen 1: Clasificación de sentimientos.



Fuente: "Formularios Google"

“¿Cómo cree que es el grado de participación de las familias en el tratamiento de los pacientes?”

Imagen 2: Nivel de participación.



Fuente: "Formularios Google"

Como podemos comprobar en ambas preguntas y en base a sus respuestas, los sentimientos que cree la mayoría de los encuestados que sienten los familiares de las personas a las que se les diagnostica una enfermedad de salud mental en pacientes en general, no solo infanto-juvenil, son: desolación, tristeza, incomprensión, rabia y seguidamente marcan alivio.

En base a mis prácticas realizadas en la unidad de salud mental de San Juan de Dios en Ciempozuelos (Madrid), los alumnos de prácticas y los Trabajadores Sociales, hicimos una encuesta a algunas familias de estos pacientes con los que tratábamos, y muchas de ellas marcaban también el sentimiento de alivio. Este sentimiento era reflejo de la incomprensión de la situación que vivían sus familiares y cuando por fin les diagnostican algo concreto, sienten ese alivio.

Además, alguna de las personas encuestadas, han optado por añadir otros sentimientos a los que yo había propuesto, algunos de estos son: miedo, preocupación, trauma, desamparo, dolor e impotencia.

Con todas estas aportaciones estoy muy de acuerdo y sobretodo, destaca que todos los calificativos que han añadido son sentimientos negativos por lo que pueden llegar a ponerse en el lugar de esas familiar y ver la situación tan dolorosa por la que pasan.

Por otro lado, en cuanto al grado de participación de las familias, la mayoría de encuestados han marcado entre el 8 y el 10 el grado de participación e involucración de estas en el tratamiento de sus familiares diagnosticados (el 56% del total). Estos datos son muy favorables ya que pueden demostrar que estas personas están ejerciendo ese grado de participación porque están viviendo una situación actual parecida, o que si en un futuro tuvieran que pasar por esa situación, su grado de involucración en el tratamiento sería alto y favorable.

11.3. Delincuencia y exclusión social en relación con los pacientes de salud mental:

A continuación, nos detenemos a analizar las respuestas de los encuestados en base a las siguientes preguntas:

- *“¿Cree usted que existe relación entre los adolescentes que padecen alguna enfermedad mental y el cometer delitos convirtiéndose así en menores infractores?”*
- *¿Cree usted que los menores de edad que padecen alguna enfermedad mental son más propensos a tener hábitos abusivos de consumo de sustancias estupefacientes?”*
- *¿Cree usted que existe un grado significativo de familias en situación de pobreza, marginación o exclusión social como característica común de los pacientes de salud mental infanto-juvenil?”*

En cuanto a la primera pregunta que relaciona la enfermedad mental con cometer delitos, el 56.7% de los encuestados han respondido que sí, frente al 43,3% que han respondido que no (65 personas del total 150). En función de las respuestas a esta pregunta, que es un tema que divide a la sociedad, que genera dudas y que parte de una asociación entre el delito y la salud mental que no está fundamentada por los estudios, no creo que tener una enfermedad de salud mental sea la causa de cometer delitos o tener comportamientos antisociales, lo que generan estas situaciones desviadas son la falta de valores favorables y sobre todo una educación y un ambiente adecuado.

Por otro lado, en la siguiente pregunta de relacionar el tener una enfermedad mental con tener hábitos abusivos de consumo de sustancias estupefacientes, basándonos en las respuestas de los encuestados, creo que siempre hay excepciones y que hay algunos trastornos que se generan por estos consumos de sustancias, pero que en general, hablando a groso modo, la mayoría de pacientes de salud mental no tienen esos hábitos de consumo ni su trastorno ha sido producido por el consumo.

Mientras que en cuanto a las respuestas, del total de encuestados solo 51 de ellos (el 34%) piensan que no existe esa relación entre enfermedad de salud mental y consumo de drogas, frente al 66% que opina que sí existe esa relación.

Además, en cuanto a la pregunta de si existe un grado significativo de personas en situación de marginación, exclusión social o pobreza que son pacientes de salud mental, el 52% de los encuestados piensa que sí, frente al 48% que piensa que no. En mi opinión, considero que no es lo mismo que una persona sufra una enfermedad de salud mental si pertenece a uno de estos colectivos vulnerables o no, ya que en cuanto al nivel de posibilidad de tener recursos y medios a tu disposición, y en cuanto a la solución o mejora del tratamiento no están al mismo nivel de conseguirlo las personas que pertenecen a esos colectivos vulnerables. El entorno es un factor esencial para prever cómo va a ser el tratamiento y el desarrollo del paciente. Pero lo que sí está claro, es que las condiciones de vida afectan en la salud de las personas y las negativas pueden acarrear problemas de salud mental.

11.4. Derechos de los pacientes de salud mental:

En base a los derechos y deberes de los pacientes de salud mental, he querido preguntar a esa muestra representativa del cuestionario, lo siguiente: “¿Cree que los pacientes de salud mental tienen limitados sus derechos?”, a lo que el 68,7% del total de encuestados han dicho que este colectivo sí tiene los derechos limitados, frente al 31,3% que cree que no.

En mi opinión, creo que las personas que padecen alguna enfermedad mental tienen en su mano menos oportunidades de hacerle frente a determinadas situaciones e incluso a defender sus derechos de manera adecuada.

Creo que este colectivo de personas, están más desfavorecidas frente a la ley y por ello, debemos implicarnos más a nivel profesional e invertir más a nivel estatal, para conseguir esa equidad de derechos. Es necesario que todas las personas tengamos un acceso igualitario a los recursos disponibles sin importar que padezcas o no una enfermedad, en este caso mental.

11.5. Importancia del Trabajo Social en el ámbito de la salud mental:

En cuanto al objeto de estudio de este trabajo de investigación y sobre el grado universitario referente (Trabajo Social), he querido conocer la opinión de los 150 encuestados acerca de lo siguiente: “¿Piensa usted que es necesaria la figura del Trabajador/a Social en el ámbito de la salud mental?”, a lo que el 98,7% ha contestado que sí.

Para mí, no solo es necesaria la figura del Trabajador Social en el ámbito de la salud mental, sino que aporta ese componente y esa investigación del ámbito social que aporta mucha información al equipo multidisciplinar y que ayuda en gran medida al establecimiento de un tratamiento lo más adecuado posible para la persona y en base a su entorno. Todo esto, se consigue creando un vínculo entre el paciente y el profesional y su familia, para así poder conocer mejor los problemas o demandas que tienen y poder darles respuestas y soluciones.

12. Análisis del conocimiento por parte de los profesionales del ámbito de la salud mental:

En este apartado, voy a analizar las respuestas y opiniones de los cinco profesionales del ámbito de la salud mental infanto-juvenil a los que he podido entrevistar. A estos, les he realizado preguntas similares a las del cuestionario masivo que envié a 150 personas que la mayoría no eran conocedoras de los tratamientos y del trabajo en salud mental. ¹

Los cinco profesionales a los que he entrevistado se dedican a las siguientes profesiones dentro de diferentes CSM (Centro de Salud Mental):

1. Entrevistado 1: Psiquiatra
2. Entrevistado 2: Trabajador/a Social.
3. Entrevistado 3: Trabajador/a Social.

¹ Ver anexo: Entrevista salud mental infanto-juvenil.

4. Entrevistado 4: Trabajadora/a Social:
5. Entrevistado 5: Psicólogo Clínico.

12.1. Demandas de las familias de los pacientes de salud mental infanto-juvenil:

En este apartado, quiero analizar las opiniones de los cinco profesionales entrevistados en base a la pregunta: “*Como profesional de un CSM (Centro de Salud Mental), ¿qué es lo que más demandan las familias de los pacientes de salud mental infanto-juvenil?*”.

En esta pregunta, podemos comprobar una clara diferencia entre las respuestas de las tres trabajadoras sociales que participan y los otros dos profesionales (psicólogo clínico y psiquiatra).

Por una parte, desde la opinión de las trabajadoras sociales lo que más demandan los familiares es:

- Asesoramiento para ocio sano para los menores.
- Necesidad de apoyo económico.
- Atención más frecuente, sentirse más arropados en el proceso de enfermedad del menor.
- Mayor claridad en la explicación de lo que le ocurre a su hijo/a.
- Escucha activa y mediación.

Pero estas tres profesionales del ámbito de lo social coinciden al decir que “*las familias vienen por una demanda concreta pero luego en la entrevista salen temas más profundos que ellos ni siquiera tenían idea o en un principio quieren abordar; temas como violencia familiar, situación de deterioro del entorno donde viven por ejemplo hacinamiento, violencia, abandono del cuidado del menor, dificultades en la crianza, duelos sin resolver, inmigración y desarraigo, patologías en los cuidadores, etc.*”, a lo que responden también que en estas situaciones son los trabajadores sociales quien tienen que ir sacando estos temas poco a poco durante la intervención tanto con la familia como con el menor, para asegurarse que el paciente tiene una situación social lo más estructurada posible.

Por otra parte, lo que consideran el psicólogo clínico y el psiquiatra sobre lo que más demandan las familias de estos pacientes es la atención relacionada con los problemas de sus hijos/as relacionados con problemas de conducta o rendimiento académico.

12.2 Patologías mentales más frecuentes entre los pacientes de salud mental infanto-juvenil:

En este epígrafe quiero conocer la opinión de los profesionales del ámbito de estudio en base a su experiencia en los Centros de Salud Mental en los que trabaja, sobre las patologías más frecuentes que padecen sus pacientes, ya que son muchos los tipos de enfermedades mentales que existen y que hemos analizado en apartados anteriores por la CIE-10.

La pregunta que he realizado para recoger esta información es: “ *Basándonos en su experiencia, ¿cuáles son los trastornos mentales que se repiten con más frecuencia entre los pacientes de salud mental infanto-juvenil?* ”.

A continuación voy a hacer una clasificación de los síntomas que padecen los pacientes de salud mental infanto-juvenil con más frecuencia, en base a las respuestas de los profesionales entrevistados:

- Trastornos del sueño
- Trastornos del espectro autista.
- TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad).
- Trastornos de índole alimentario (mayoritariamente en adolescentes).

Es importante, que con este tipo de pacientes de edades tempranas no se hable de diagnóstico ya que hay que hacer una evaluación precoz de los síntomas que más se acercan a un diagnóstico concreto, pero como son poblaciones jóvenes, es fácil que eso cambie y se modifique. Algunos de los profesionales entrevistados comentan que ha bajado parcialmente el número de pacientes de este ámbito ya que “*se es más conservador a la hora de poner etiquetas y los profesores y médicos o pediatras ya van entendiendo que hace mucho daño y que deben ser los profesionales los que lleguen a esa conclusión*” (trabajador social 2).

12.3 Vulnerabilidad como característica común de los pacientes y familias de salud mental infanto-juvenil:

Con esta pregunta, quiero comparar las respuestas del cuestionario masivo realizado a diferentes personas que no tienen relación con este ámbito de estudio de salud mental, y las opiniones en base a su experiencia de los propios profesionales.

La pregunta realizada es: “*¿Existe un grado significativo de familias en situación de pobreza, marginación o exclusión social como característica común de los pacientes de salud mental infanto-juvenil?*”.

En el cuestionario, del total de 150 respuestas, el 52% piensa que sí es una característica propia de pacientes de salud mental el pertenecer a estos colectivos vulnerables.

Por la parte de los profesionales, podemos decir que hay disparidad. Ya que las tres trabajadoras sociales piensan que sí se encuentran en su ámbito laboral con muchas familias en situación de exclusión social y que pertenecen a colectivos vulnerables. Mientras que los otros profesionales no están de acuerdo con eso, y piensan que no es una característica común.

En mi opinión, creo que existe este debate entre profesionales ya que son los trabajadores sociales los que se encargan de tratar el ámbito social y trabajar con el entorno de los pacientes y las familias, por lo que recaban más información sobre ello. Cuando hablamos del desarrollo emocional y psíquico de una persona menor de edad, hay que saber que todo influye, tanto los aspectos buenos como los más desfavorables. Por lo que creo que sí es un desencadenante el que menores que viven en situaciones de exclusión social u otros colectivos vulnerables, sean más propicios a padecer síntomas de alguna patología mental.

12.4 Marco legal en base al objeto de estudio: salud mental infanto-juvenil:

En este epígrafe, quiero conocer la opinión de los profesionales entrevistados en base a las siguientes preguntas:

- *En relación al marco legal del ámbito de la salud mental, ¿piensa usted que los pacientes de salud mental tienen sus derechos limitados?*
- *¿Cree usted que sería necesario actualizar la legislación vigente en relación a los derechos y deberes de los pacientes de salud mental? ¿Qué cree que se debería modificar o mejorar?*

En cuanto a la primera pregunta, la opinión de las tres trabajadoras sociales coincide en que los pacientes de salud mental infanto-juvenil sí tienen limitados sus derechos ya que al padecer una patología mental, se ven más desfavorecidos ante la ley y ante la defensa de sus derechos por ejemplo en la situación laboral.

Además, tienen mayores problemas para poder acceder a determinados recursos sociales incluso propios de la salud, solo por padecer este tipo de patologías mentales.

Una de ellas, nos comenta que se suelen hacer muchas derivaciones a CSM (Centros de Salud Mental) cuyo motivo de la consulta era una separación de los padres conflictiva. En este aspecto, podemos decir que aquí si estamos privando de derechos al menor ya que la dificultad la tienen los progenitores y no tendría que ser CSM quien lo valorara.

Y por otro lado, el psicólogo clínico y psiquiatra piensan que los pacientes de salud mental infanto-juvenil no tienen sus derechos limitados, y uno de ellos puntúa que a partir de los 16 años, sí tienen más problemas a la hora de aplicarles la autonomía que merecen pero siempre teniendo en cuenta que el peso principal está en la salud del paciente. Uno de ellos nos pone un ejemplo: “*en una conducta de riesgo suicida de alguien de 16 años, puedo no respetar su derecho a la confidencialidad e informar a sus tutores legales si entiendo que el riesgo es importante*”, la salud por encima de todo.

En cuanto a la segunda pregunta sobre la actualización o no de la legislación vigente en relación a los derechos y deberes de estos pacientes, todos los profesionales entrevistados están de acuerdo en que es necesario una modificación o una pequeña revisión, pero además opinan estas cosas:

- *La legislación debe ser aplicada con el espíritu con el que se redactó y teniendo en cuenta las situaciones individuales.*
- *Las modificaciones o mejoras deberían estar orientadas más hacia las políticas socio sanitarias, a una mayor dotación o ampliación de recursos comunitarios.*
- *Lo que hay que hacer es cumplir esa legislación existente y no solo parte de ella.*

Por lo que la mayoría de ellos, creen que la legislación actual es adecuada pero se deberían hacer pequeños cambios o revisarla para favorecer más aún a estos pacientes.

12.5 Principales factores de riesgo de la población de salud mental infanto-juvenil:

Como hemos podido ver en la teoría de apartados anteriores, muchos autores hablan sobre los factores de riesgo que tienen en común los pacientes de salud mental infanto-juvenil, por ello, he querido conocer la opinión de los profesionales entrevistados acerca del tema.

La pregunta que se les ha planteado es la siguiente: “¿*Qué factores de riesgo tienen como característica común los pacientes de salud mental infanto-juvenil?*”.

Algunas de las respuestas más repetidas entre los profesionales son:

- Dificultades en las dinámicas familiares.
- Bajo nivel socioeconómico.
- La desprotección por una dificultad en la parentalidad.
- Adolescentes con problemas con la justicia: menores infractores.
- Bajo rendimiento académico o fracaso escolar.
- Problemas en la relación con iguales: por timidez excesiva o por conductas disruptivas.

Muchos de estos profesionales creen que el mayor factor de riesgo proviene por parte de las familias en cuanto a si son vulnerables, con dificultades económicas, padres jóvenes, desestructuradas, etc.

Lo importante en todo caso, es detectar de manera precoz de donde provienen todos estos indicadores de riesgo, sea cual sea la situación de los menores, ya que si se hace una intervención prematura, podemos controlar los factores emocionales que le provocan al menor su entorno y poder poner pautas para que haya equidad y que continúe el desarrollo psicológico del menor de la mejor manera posible.

12.6 La importancia del trabajo social en salud mental infanto-juvenil:

Para terminar, consideraba necesario preguntar a los propios profesionales si ellos mismos creen en la necesidad de los conocimientos del trabajo social en este ámbito como es la salud mental infanto-juvenil.

La pregunta específica que realicé a los profesionales es la siguiente: “¿*Qué cree usted que aporta la figura del Trabajador/a Social al ámbito de la salud mental?*”.

A lo que todos los entrevistados han afirmado la necesidad de estos profesionales y sobre todo en el ámbito social y en el entorno de los pacientes. En general, consideran que el trabajo social es una figura clave en salud mental ya que permite engranar la enfermedad mental a la realidad de cada persona, y que aporta también un abordaje de la atención a las familias de los pacientes que también sufren estas enfermedades en segundo plano. Además, como bien dice uno de los entrevistados:

“En esta línea, el TS en los equipos multidisciplinares de Salud Mental, asume el papel de Coordinador de Cuidados, que equivale, por un lado, a ser garante de que la parte social sea contemplada en el proceso de salud-enfermedad, y por otro, que se garantice también el seguimiento de la atención del paciente y su familia, que se mantenga la vinculación con el centro”.

En mi opinión, creo que es gratificante que profesionales de otros ámbitos valoren la necesidad fundamental de los compañeros de trabajo social. Además, también creo que es fundamental nuestra labor en salud mental ya que aportamos esa atención integral que responde a los problemas de los pacientes y además atiende sus necesidades en todos los ámbitos de su vida que se ven afectados por la enfermedad.

13. Conclusiones:

Como hemos podido ver a lo largo de todo el proyecto de investigación, las patologías de salud mental es un problema social. Por ello, es necesario crear planes de intervención adecuados y sobretodo prematuros o precoces, con el objetivo de reducir el impacto que les produce a los pacientes y a sus familias el padecer algún tipo de enfermedad mental en todos los ámbitos de su vida.

El objetivo principal de este proyecto era conocer la situación en la que se encuentran los pacientes de salud mental infanto-juvenil y analizar el papel del Trabajador/a Social en estos supuestos. Para ello, he analizado la clasificación de trastornos mentales y del comportamiento en el ámbito juvenil según la CIE-10 para así conocer los posibles síntomas que se aproximan a un diagnóstico de enfermedad mental que pueden padecer los menores.

Además, mediante la participación de diferentes personas que han sido encuestadas y otros cinco profesionales a los que he podido entrevistar, he podido comprobar una de las claves de esta investigación: el trabajo social es fundamental en la intervención con pacientes de salud mental, ya que incluye la intervención y tratamiento del paciente con la enfermedad, y además, analiza y trabaja sobre todos los ámbitos sociales o del entorno del paciente y su familia que puedan afectarle en cuanto al desarrollo de la enfermedad, así como la búsqueda de recursos necesarios para favorecer su bienestar.

Para asegurar que los pacientes de salud mental infanto-juvenil tienen un tratamiento satisfactorio y eficaz es primordial que el equipo multidisciplinar trabaje de forma conjunta y transversal para garantizar esa mayor calidad de todos los recursos implicados y sobre todo, aportar la mejor atención posible al paciente y a su entorno.

Podemos afirmar que en la actualidad, continua habiendo estigma o discriminación hacia este tipo de pacientes, incluso los propios profesionales consideran que han disminuido los casos de pacientes de salud mental infanto-juvenil debido a que los propios padres y profesores del ámbito formativo sienten ese miedo de que los menores sufran ese estigma por padecer alguno de estos síntomas.

De todas formas, estos pacientes de salud mental infanto-juvenil tienen los mismos derechos que las demás personas, aunque ellos mismos tengan menos herramientas para poder ejercerlos. Por ello, es clave aportarles esa protección que se merecen tanto a nivel familiar como a nivel legislativo.

Por último, hay que decir que la evaluación y seguimiento constante de la intervención con los pacientes es primordial para conseguir una mejora continua de la propia persona.

14. Bibliografía:

- Abarzúa, M., & González, M. (2007). *Salud mental infanto-juvenil como problemática pública*. Revista de Psicología, 16(2), Pág. 79-95
- Alomar Carilimdiliman, B. (2017). *Diferencias en el tratamiento y en la intervención en casos de Trastorno Generalizado del Desarrollo: Trastorno del Espectro Autista y Síndrome de Asperger*.
- Amar, J. & Berdugo, M. (2006). *Vínculos de apego en niños víctimas de la violencia intrafamiliar*. Psicología desde el Caribe, 18, 1-22.
- Arce, R., Seijo, D., Fariña, F. & Mohamed-Mohand, L. (2010). *Comportamiento antisocial en menores: Riesgo social y trayectoria natural de desarrollo*. Revista mexicana de psicología, 27 (2), 127-142.
- Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental (2017). *Salud mental en niños, niñas y adolescentes*. Boletín de salud mental. Bogotá. MINSALUD.

- Castejón Bellmunt, M. A., & San Martín Ontoria, R. (2014). *Informe del estado actual de la prevención en salud mental*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Fundaciones Tuteladoras de Personas con Enfermedad Mental Asociadas. Pp. 11-32.
- del Barrio, V., & Carrasco, M. Á. (1). *Problemas conductuales y emocionales en la infancia y la adolescencia*. *Padres Y Maestros / Journal of Parents and Teachers*, (365), 55-61.
- Funk y Lund (2003). *El contexto de la salud mental*. Equipo de desarrollo de Políticas y Servicios de Salud Mental Departamento de Salud Mental y Abuso de Substancias. Grupo de Enfermedades no transmisibles y Salud Mental. Organización Mundial de la Salud, Ginebra (Suiza)
- George, M., Squicciarini, A. M., Zapata, R., Guzmán, M. P., Hartley, M., & Silva, C. (2004). *Detección precoz de factores de riesgo de salud mental en escolares*. *Revista de Psicología*, 13(2), ág-9.
- Medina, A. R., & Soler, C. L. (2014). *TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia*. Ediciones Pirámide.
- Mera Romo Érica N., & González Ojeda L. M. (2018). *Construcción de una Guía Clínica de Intervención Psicológica para los Trastornos Disociales*. *Boletín Informativo CEI*, 5(2), 13-23. Recuperado a partir de <http://editorial.umariana.edu.co/revistas/index.php/BoletinInformativoCEI/articloe/view/1639>
- Mollejo Aparicio, Encarnación. *Reseña de "Los trastornos mentales graves en la infancia y adolescencia"* *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 32, núm. 115, 2012, pp. 636-637 Asociación Española de Neuropsiquiatría Madrid, España
- *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* Vol. 18, Nº 3, pp. 255-286, 2013
- Sandín, B. (2013). *DSM-5: ¿ Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales?*. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 18(3), 255-286.
- Servera Barceló M. (2002). *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. Una perspectiva conductual de sistemas*. Ediciones Pirámide (Grupo Anaya S.A.).Madrid.
- Trullenque, E. M. G., & María, E. (2010). *El Trabajo Social en salud mental*. *Cuadernos de trabajo social*, 23, 333-352.

- Vázquez, J., Feria, M., Palacios, L., & de la Peña, F. (2010). *Guía Clínica para el Trastorno Disocial*, Nuevo México, 5-10.

15. Anexos:

15.1Entrevista 1

15.2Entrevista 2

15.3Entrevista 3

15.4Entrevista 4

15.5Entrevista 5

ENTREVISTA SOBRE LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL.

La información de esta entrevista irá dirigido al estudio de la situación en la que se encuentran los pacientes de salud mental infanto-juvenil recogido en el TFG (Trabajo de fin de grado) de Trabajo Social de Natalia González Lozoya; alumna de la Universidad Pontificia de Comillas.

**(Este cuestionario es totalmente anónimo)*

- **¿Qué profesión ejerce usted en su centro de salud mental?**

PSICÓLOGO CLÍNICO. EQUIPO INFANTO.JUVENIL

- **Como profesional de un CSM (Centro de Salud Mental), ¿qué es lo que más demandan las familias de los pacientes?**

Atención en relación con problemas de conducta, hacer diagnóstico diferencial en temas de rendimiento académico entre problemas de aprendizaje y TDA/TDAH...

- **¿Existe un grado significativo de familias en situación de pobreza, marginación o exclusión social como característica común de los pacientes de salud mental infanto-juvenil? (En el caso de que la respuesta sea afirmativa)**

¿Cuál cree que es el motivo?

No

- **En relación al marco legal del ámbito de la salud mental, ¿piensa usted que los pacientes de salud mental tienen sus derechos limitados? (En el caso de que la respuesta sea afirmativa) ¿Cuál cree que es el motivo?**

En la población que yo atiendo (0-18 años) no veo ese problema. Con los mayores de 16 procuro aplicar la autonomía que les corresponde, siempre poniendo por encima el “peso” de su salud... me explico: en una conducta de riesgo suicida de alguien de 16 años, puedo no respetar su derecho a la confidencialidad e informar a sus tutores legales si entiendo que el riesgo es importante. No sé si eso se consideraría “limitar derechos”

- **¿Cree usted que sería necesario actualizar la legislación vigente en relación a los derechos y deberes de los pacientes de salud mental? ¿Qué cree que se debería modificar o mejorar?**

No me veo capacitado para opinar en este aspecto, quizá las características de la población que atiendo no son las más adecuadas para responder a esta cuestión.

- **Basándonos en su experiencia, ¿cuáles son los trastornos mentales que se repiten con más frecuencia entre los pacientes de salud mental infanto-juvenil?**

Como dije en la pregunta 2: Problemas de conducta, problemas de d. diferencial en relación a “posibles/presuntos” TDAH, trastornos adaptativos con sintomatología mixta ansioso. depresiva derivados de situaciones de separaciones de familias. En menor medida: problemas de sueño, fobias simples o múltiples autolesiones, trastorno obsesivo compulsivo.

- **En relación a las políticas sanitarias y sociales, ¿existen medios suficientes para crear y mantener una estrategia de intervención en salud mental? ¿Qué cree que falta o qué se puede mejorar?**

Creo que los equipos de atención son claramente insuficientes, en mi área geográfica de trabajo una derivación NO preferente puede tardar 6 meses en tener una cita inicial y la siguiente cita puede tardar unos 2 meses; si la cita es PREFERENTE puede tardar unos dos meses en ser atendida y si se necesita una revisión más urgente, hay que sobrecargar la agenda.

No es una buena praxis atender con estos tiempos de demora.

La solución pasa por estudiar las necesidades de las diferentes zonas y adecuar medios humanos y demanda.

- **¿Qué factores de riesgo tienen como característica común los pacientes de salud mental infanto-juvenil?**

Quizá la dificultad para que las pautas trabajadas en las consultas se GENERALICEN en su entorno, faltaría un nivel de atención COMUNITARIO (Familia, entorno educativo) que potenciara la intervención puntual en salud mental, buscamos SINERGÍAS, pero también es difícil buscar espacios y tiempos para estas actuaciones coordinadas cuando estamos manejando la carencia de tiempos para las consultas que mencionaba en la pregunta anterior.

- **¿Qué limitaciones cree que tienen los pacientes de salud mental infanto-juvenil para llevar a cabo una vida normalizada?**

Salvo aquellos que presentan unas alteraciones de conducta especialmente disruptivas, creo que pueden llevar una vida totalmente normalizada.

- **¿Cree usted que la función de prevención se da de manera correcta y es eficaz? ¿Qué piensa usted que se debería mejorar o modificar?**

Creo que no se da de forma correcta por lo expuesto en las respuestas anteriores, me da la impresión de que no es totalmente eficaz (es imposible que lo sea con los tiempos que he referido en relación a la atención de la demanda inicial y el seguimiento de la primera consulta.

Una adecuada planificación ajustando medios humanos a demandas de sectores de población.

- **¿Qué cree usted que aporta la figura del Trabajador/a Social al ámbito de la salud mental? (Razone su respuesta)**

Una gran tranquilidad en cuando a la utilización adecuada y correcta de los recursos comunitarios, creo que su labor es fundamental y que su participación

en un equipo multidisciplinar da una garantía de optimizar el resultado de la intervención.

ENTREVISTA SOBRE LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL.

La información de esta entrevista irá dirigido al estudio de la situación en la que se encuentran los pacientes de salud mental infanto-juvenil recogido en el TFG (Trabajo de fin de grado) de Trabajo Social de Natalia González Lozoya; alumna de la Universidad Pontificia de Comillas.

**(Este cuestionario es totalmente anónimo)*

- **¿Qué profesión ejerce usted en su centro de salud mental?**

Trabajadora Social, desarrollando mi labor fundamentalmente en el programa Infanto-Juvenil

- **Como profesional de un CSM (Centro de Salud Mental), ¿qué es lo que más demandan las familias de los pacientes?**

Muchas familias demandan una atención más frecuente, sentirse más arropados en el proceso de enfermedad del menor, y una mayor claridad en la explicación de lo que le ocurre a su hijo/a, tanto desde el aspecto clínico cómo desde el aspecto social. Se pierden en los mensajes, a veces contradictorios, que reciben desde los diversos ámbitos en los que se integran tanto el menor como la familia (atención primaria de salud, colegios o institutos con sus equipos de orientación, otras especialidades médicas, servicios sociales...)

Pero por otra parte, también nos encontramos con familias que obvian la necesidad de atención más frecuente al grupo familiar, aun cuando desde el equipo multidisciplinar que formamos se les ofrece esta posibilidad, muchas veces centrada en la figura del TS.

En este último caso suele estar condicionado bien por que han llegado a nuestro servicio mediante presión de otros ámbitos, bien porque no son capaces de afrontar la patología de su familiar, bien porque son padres y madres que se sienten negligentes, por imposibilidad o por incapacidad, y se sienten cuestionados en su parentalidad.

- **¿Existe un grado significativo de familias en situación de pobreza, marginación o exclusión social como característica común de los pacientes de salud mental infanto-juvenil? (En el caso de que la respuesta sea afirmativa) ¿Cuál cree que es el motivo?**

Sí existe un grado significativo de patología en niños pertenecientes a un estrato social más desfavorecido, probablemente generado por situaciones de carencias tanto a nivel económico, como ambiental que al afectar a sus progenitores o

responsables de sus cuidados (en forma de enfermedad mental, adicciones etc...), en muchas ocasiones cursa con afectación patológica de los menores.

No obstante, al menos en nuestra área, observamos cada vez en un número más elevado, que las patologías más graves y que más tiempo de atención precisan por Salud Mental y por otros recursos, se encuentran en familias con un nivel adquisitivo y cultural medio-alto.

- **En relación al marco legal del ámbito de la salud mental, ¿piensa usted que los pacientes de salud mental tienen sus derechos limitados? (En el caso de que la respuesta sea afirmativa) ¿Cuál cree que es el motivo?**

En relación a salud mental infanto-juvenil... los menores de edad, por definición, tienen limitados algunos de sus derechos, al menos, hasta los 16 años.

Sin embargo, los profesionales debemos ser muy cuidadosos en no cruzar la línea que divide el derecho a la intimidad del menor, en cuanto a lo que estos nos cuentan en consulta, del derecho a la protección de los menores, cuando se encuentran en una situación de riesgo para ellos mismos o para terceros.

En el día a día nos encontramos con frecuencia con situaciones en las que los padres(o incluso algunos profesionales) nos exigen que violemos el secreto profesional, obviando los derechos que amparan a sus hijos/as.

- **¿Cree usted que sería necesario actualizar la legislación vigente en relación a los derechos y deberes de los pacientes de salud mental? ¿Qué cree que se debería modificar o mejorar?**

En mi opinión, a priori la legislación actual debería ser suficiente siempre y cuando fuera aplicada con el espíritu con el que se redactó y teniendo en cuenta situaciones individuales, puesto que se tiende a generalizar.

Las modificaciones o mejoras deberían estar orientadas más hacia las políticas socio sanitarias, a una mayor dotación o ampliación de recursos comunitarios

- **Basándonos en su experiencia, ¿cuáles son los trastornos mentales que se repiten con más frecuencia entre los pacientes de salud mental infanto-juvenil?**

Trastornos de ansiedad y de conducta, incluyendo aquí los trastornos por déficit de atención e hiperactividad, así como trastornos de las emociones

- **En relación a las políticas sanitarias y sociales, ¿existen medios suficientes para crear y mantener una estrategia de intervención en salud mental? ¿Qué cree que falta o qué se puede mejorar?**

Más arriba ya he hecho alusión a esta pregunta...

Existe, sobre todo en la atención a la población infanto-juvenil, una infradotación, tanto de recursos humanos, como de recursos comunitarios sociales y terapéuticos, lo que provoca que las listas de espera para acceder a estos recursos en ocasiones supere los 6-8 meses, o incluso más, y esto hace que al mismo tiempo la lista de espera de seguimiento de pacientes en consulta también se dispare.

A esto hay que unirle los pacientes nuevos que pasan a engrosar las agendas a diario, sin poder dar salida a otros que requieren de dispositivos más estructurados y de mayor contención.

- **¿Qué factores de riesgo tienen como característica común los pacientes de salud mental infanto-juvenil?**

- las características de los padres: muy sobreprotectores, o muy autoritarios, o con problemas crónicos en la pareja o expareja, en los que se ven envueltos los menores

-características de la estructura familiar: padres muy jóvenes, familias monoparentales, enfermedad o adicción en algún progenitor, violencia de género...

-circunstancias socioeconómicas y culturales

-adolescentes con problemas con la justicia

-problemas en la relación con iguales: por timidez excesiva, por conductas disruptivas...

-bajo rendimiento académico o fracaso escolar...

- **¿Qué limitaciones cree que tienen los pacientes de salud mental infanto-juvenil para llevar a cabo una vida normalizada?**

En un nivel más cercano, su propia familia, en muchos casos, bien por omisión de la cobertura adecuada de necesidades afectivas y de crianza, o por el contrario, por excesivo celo en estos cuidados, que dificulta que un desarrollo pleno de los menores como personas dotadas de autonomía y confianza en sí mismos.

A nivel más estructural, las situaciones de carencia asociadas a necesidades básicas.

- **¿Cree usted que la función de prevención se da de manera correcta y es eficaz? ¿Qué piensa usted que se debería mejorar o modificar?**

No lo creo, por lo que te he mencionado sobre la falta de personal en los equipos, lo que nos obliga a centrarnos en la función asistencial y las intervenciones en crisis

- **¿Qué cree usted que aporta la figura del Trabajador/a Social al ámbito de la salud mental? (Razone su respuesta)**

El trabajador social es una figura fundamental, por varios motivos:

- su conocimiento del área territorial en la que desempeña su labor: a nivel de recursos comunitarios, sociales, educativos, culturales, jurídicos, de salud

-profesional necesario para ofrecer a la población una atención integral que responda a sus problemas y atienda sus necesidades en todos los ámbitos de su vida que se vean afectados por el proceso de enfermedad.

-la función de coordinador, de figura de enlace entre el centro de salud mental y recursos externos e internos, de todos los ámbitos (coordinación inter e interinstitucional)

En esta línea, el TS en los equipos multidisciplinares de Salud Mental, asume el papel de Coordinador de Cuidados, que equivale, por un lado, a ser garante de que la parte social sea contemplada en el proceso de salud-enfermedad, y por otro, que se garantice también el seguimiento de la atención del paciente y su familia, que se mantenga la vinculación con el centro.

Todo esto, bajo el encuadre de un modelo de atención bio-psico-social en el que se fundamenta la atención a la Salud Mental en nuestro país.

ENTREVISTA SOBRE LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL.

La información de esta entrevista irá dirigido al estudio de la situación en la que se encuentran los pacientes de salud mental infanto-juvenil recogido en el TFG (Trabajo de fin de grado) de Trabajo Social de Natalia González Lozoya; alumna de la Universidad Pontificia de Comillas.

**(Este cuestionario es totalmente anónimo)*

- **¿Qué profesión ejerce usted en su centro de salud mental?**

Psiquiatra

- **Como profesional de un CSM (Centro de Salud Mental), ¿qué es lo que más demandan las familias de los pacientes?**

La demanda más frecuente es la petición de control y manejo de las alteraciones del comportamiento de los hijos.

- **¿Existe un grado significativo de familias en situación de pobreza, marginación o exclusión social como característica común de los pacientes de salud mental infanto-juvenil? (En el caso de que la respuesta sea afirmativa) ¿Cuál cree que es el motivo?**

- **En relación al marco legal del ámbito de la salud mental, ¿piensa usted que los pacientes de salud mental tienen sus derechos limitados? (En el caso de que la respuesta sea afirmativa) ¿Cuál cree que es el motivo?**

No considero que en salud mental infanto juvenil se estén limitando los derechos.

Habría que valorar el efecto que puede tener el reconocimiento de discapacidades por trastornos menores.

- **¿Cree usted que sería necesario actualizar la legislación vigente en relación a los derechos y deberes de los pacientes de salud mental? ¿Qué cree que se debería modificar o mejorar?**

Respecto a los derechos de los pacientes salud mental infanto juvenil sí creo que habría que revisar la situación de sus derechos y deberes.

- **Basándonos en su experiencia, ¿cuáles son los trastornos mentales que se repiten con más frecuencia entre los pacientes de salud mental infanto-juvenil?.**

Trastornos de las emociones y la conducta

Trastorno de la conducta alimentaria

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

- **En relación a las políticas sanitarias y sociales, ¿existen medios suficientes para crear y mantener una estrategia de intervención en salud mental? ¿Qué cree que falta o qué se puede mejorar?**

Todavía existen pocas estrategias comunes en el ámbito de la salud mental infanto juvenil. Se podría decir que en cada CSM se hacen actividades diferentes en función de la formación de los distintos profesionales.

- **¿Qué factores de riesgo tienen como característica común los pacientes de salud mental infanto-juvenil?**

Dificultades en las dinámicas familiares

Bajo nivel socioeconómico

- **¿Qué limitaciones cree que tienen los pacientes de salud mental infanto-juvenil para llevar a cabo una vida normalizada?**

Aceptación de sus dificultades por parte de las familias

Mayor acompañamiento y acompañamiento por parte de los centros escolares y de los profesionales que se ocupan de su atención

- **¿Cree usted que la función de prevención se da de manera correcta y es eficaz? ¿Qué piensa usted que se debería mejorar o modificar?**

Considero que para una buena prevención se deberían acercar los profesionales de salud mental a los centros escolares y servicios sociales y crear una red coordinada de prevención.

- **¿Qué cree usted que aporta la figura del Trabajador/a Social al ámbito de la salud mental? (Razone su respuesta)**

Considero que el TS es una figura clave en salud mental ya que permite engranar la enfermedad mental a la realidad y buscar los acompañamientos necesarios para poder mantenerse.

Pero es necesario que el TS, pueda acercarse al trastorno mental y su realidad con la mayor empatía, aceptando realidades diversas.

ENTREVISTA SOBRE LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL.

La información de esta entrevista irá dirigido al estudio de la situación en la que se encuentran los pacientes de salud mental infanto-juvenil recogido en el TFG (Trabajo de fin de grado) de Trabajo Social de Natalia González Lozoya; alumna de la Universidad Pontificia de Comillas.

**(Este cuestionario es totalmente anónimo)*

- **¿Qué profesión ejerce usted en su centro de salud mental?**

Soy la trabajadora social del equipo infanto-juvenil de Salud mental de Ciudad Lineal.

- **Como profesional de un CSM (Centro de Salud Mental), ¿qué es lo que más demandan las familias de los pacientes?**

Las familias en general demandan asesoramiento para ocio sano para los menores, apoyo económico en situaciones de precariedad económica, información respecto a temas relacionados con empleo de los padres, apoyo e información con respecto al tema educativo. Vienen por una demanda concreta pero luego en la entrevista salen temas más profundos que ellos ni siquiera tenía idea o en un principio quieren abordar.

Temas como violencia familiar, situación de deterioro del entorno donde viven por ejemplo hacinamiento, violencia, abandono del cuidado del menor, dificultades en la crianza, duelos sin resolver, inmigración y desarraigo, patologías en los cuidadores, etc. que somos los TS los que tenemos que ir poniendo sobre la mesa junto con las familias y los menores.

Esta labor se irá fraguando en función de cómo se vaya construyendo un vínculo suficientemente bueno para establecer una relación estable en el acompañamiento de las personas y las familias y poder construir con ellos un plan de intervención holístico y complejo, para enfrentarse de forma efectiva a la resolución de los problemas que vayan apareciendo con la familia y el entorno del menor y que tendrán que ir afrontándolas de forma efectiva en función de las necesidades y en el momento en que nos vamos encontrar en cada momento del desarrollo del menor en su proceso vital de crecimiento.

- **¿Existe un grado significativo de familias en situación de pobreza, marginación o exclusión social como característica común de los pacientes de salud mental infanto-juvenil? (En el caso de que la respuesta sea afirmativa) ¿Cuál cree que es el motivo?**

Si aparecen muchas familias en situación de riesgo grave de exclusión social y vulnerabilidad.

Las patologías o los síntomas de malestar emocional como a mí me gusta definir lo que los menores traen a salud mental responden a multitud de factores o la suma de ellos, lo biológico, lo psicológico y lo social. El entorno es un factor predominante o por lo menos condicionante de cómo va a ir el tratamiento de estos síntomas.

Podemos hablar de los determinantes de la salud, sobradamente conocido ya y la OMS saca a colación permanentemente aunque parece que siguen sin ser reconocidos como factores desencadenantes de los problemas de salud, y por supuesto mucho más si cabe en la salud mental, y estos determinantes son mucho más nocivos cuando estamos hablando de menores y su desarrollo emocional y psíquico.

Dicho esto, la pobreza, las desigualdades sociales, el acceso a la salud y a la educación igualitaria, falta de entornos saludables, la cronicidad de las situaciones de vulnerabilidad son campos de cultivos para las patologías mentales, toxicomanías, paro, dificultades en el acceso a una vivienda digna y estable, analfabetismo crónico en las familias, violencia, emigración no deseada, aislamientos sociales...hace que exista un entorno favorable para la crianza saludable o lo que es lo mismo existirá un entorno favorable para la aparición de malestar emocional que pueden producir en tarde o temprano patologías psiquiátricas y problemas de salud mental.

Trabajar con estos factores en la base, en los factores de riesgo que rodean al menor ejercerá un factor preventivo y muy beneficioso para su salud mental en su futuro, intervenir en la salud mental en la infancia ahora un adulto enfermo.

- **En relación al marco legal del ámbito de la salud mental, ¿piensa usted que los pacientes de salud mental tienen sus derechos limitados? (En el caso de que la respuesta sea afirmativa) ¿Cuál cree que es el motivo?**

Las personas con patología mental o inestabilidad emocional tienen menores herramientas para poder defenderse con éxito en la vida diaria y en la defensa de sus derechos, propiedades, situación laboral etc.

Éste hecho provoca que estén más desfavorecidos enfrente de la ley y por esto habría que protegerles para defender sus derechos.

En ocasiones tener patología mental impide poder acceder a recursos sociales, residenciales e incluso de la salud, en estos momentos de crisis sanitaria de COVID 19, tener una patología psiquiátrica podría provocar el ponerles al final de la lista de respiradores en las UCIS, reconocido por los propios médicos que deben decidir quién es el siguiente en la lista, es decir, una sentencia de muerte para personas que en su historial médico aparece “esquizofrenia”.

Esto en el peor de los casos pero en despidos laborales “procedentes”, acceso a residencias de mayores, o de mujeres, o de menores es muy doloroso.

En el trabajo con menores en situación de riesgo por posibles malos tratos graves de los padres, negligencia en los cuidados, o incluso abandonos graves de las obligaciones de cuidados a sus hijos, nos sorprende cuando estos hechos ocurren a menores con algún tipo de patología mental, incluso síntomas menores, o el hecho solo de estar en tratamiento en salud mental, les pone en la cola de la posibilidad de tener un acogimiento familiar, o de la asunción de la tutela por parte de la Comunidad de Madrid. Es como si el hecho de tener patologías o síntomas referentes de salud mental, les des vistieran de derechos fundamentales como cualquier otro menor del mundo.

- **¿Cree usted que sería necesario actualizar la legislación vigente en relación a los derechos y deberes de los pacientes de salud mental? ¿Qué cree que se debería modificar o mejorar?**

Creo que existe una legislación suficientemente buena lo que hay que hacer es cumplirla.

En materia de adultos existe una legislación en materia de tutela de los derechos de las personas suficientemente razonable, supongo que lo que hay que cambiar son los tiempos de resolución de las sentencias, revisión en caso de cambio de

circunstancias, control y supervisión de tutores y personal suficiente y preparados para cuidar y proteger los derechos de las personas con enfermedad mental crónica y grave.

En materia de infancia, existe legislación suficiente, lo que hay que hacer es cumplirla sin vetos de ningún tipo, protocolos claros y comunes de actuación en materia de tutela y guarda de menores en riesgo, recursos suficientes y eficaces en materia de apoyo y protección de menores en riesgo y /o con patología mental grave o con síntomas graves como depresiones que cursan con conductas violentas, trastornos de conducta antisocial que son acabados a delincuencia y temas judiciales como acoso, violencia ascendente, o cualquier otra índole de violencia que tiene más que ver con el daño emocional o patologías derivadas de desamparo en la crianza etc.

- **Basándonos en su experiencia, ¿cuáles son los trastornos mentales que se repiten con más frecuencia entre los pacientes de salud mental infanto-juvenil?**

En nuestros dispositivos intentamos no usar diagnósticos o trastornos mentales. Nos gusta usar principalmente síntomas que son producidos por malestar emocional que es muy amplio que precisaría de un análisis de lo que le pasa el menor, lo que le pasa al entorno, cuando produce esos síntomas y se hace la pregunta de a quien van dirigidos los síntomas. Más tarde cuando le paciente lleva el tiempo suficiente con el equipo se podría acercar a un diagnóstico, pero con mucha precaución y planteando que nunca un diagnóstico en un menor es definitivo.

Se podría decir que en un momento venían muchísimos casos para descartar trastornos por déficit de atención e hiperactividad, ahora han disminuido mucho ya que se es más conservador a la hora de poner etiquetas y los profesores y médicos o pediatras ya van entendiendo que hace mucho daño y que deben ser los profesionales los que lleguen a esa conclusión.

Podemos hablar de trastornos del sueño y del aprendizaje, trastornos del espectro autista , trastornos del desarrollo que en ocasiones se resuelven con una buena terapia familiar, trastornos del comportamiento, trastornos de índole alimentario,

etc. Pero son calificados mejor como síntomas compatibles con que diagnósticos cerrados ya que los menores en su desarrollo van a salir de momentos de parón en su desarrollo haciendo este tipo de síntomas en un gran número de ocasiones provocados por situaciones puntuales relacionados con momentos vitales en sus vidas como fallecimientos del entorno cercano, ingresos hospitalarios, separaciones de los padres, cambios de colegio o domicilio, relaciones con iguales, aislamiento social, etc.. que cuando se gestionan el menor vuelve a la senda del crecimiento normalizado

- **En relación a las políticas sanitarias y sociales, ¿existen medios suficientes para crear y mantener una estrategia de intervención en salud mental? ¿Qué cree que falta o qué se puede mejorar?**

En general y gracias en la ley de los Consejos locales Ley 18/1999, de 29 de abril, reguladora de los Consejos de Atención a la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid y Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia creo que las políticas de cómo debe organizarse en todas las instituciones que trabajan con menores en situación de riesgo queda claro.

El problema principal son estrategias comunes y claras de intervención en cuanto a qué consideramos que son menores en situación de riesgo leve, moderado, grave o desamparo. Tenemos herramientas de medir dispares entre los recursos de tal manera que las discusiones de qué se debe hacer en cada caso no se ve tan claro. Tampoco queda claro las competencias de qué institución debe hacerse cargo de casos que están en situaciones de riesgo mental y desamparo que, aunque la lucha se empieza a atenuar con el paso del tiempo y la experiencia de las Comisiones de apoyo familiar cada vez más instauradas y estables, aun en los casos muy graves sigue habiendo problemas por los recursos “son tuyos, no son míos...”. Deben existir más recursos intermedios y mancomunados entre salud y servicios sociales en donde la respuesta sea muy global.

- **¿Qué factores de riesgo tienen como característica común los pacientes de salud mental infanto-juvenil?**

Supongo que el riesgo común es la importancia de la intervención precoz. Sea cual sea la situación que traigan los menores, el éxito fundamental está en detectar de forma prematura los indicadores de riesgo que trae el menor fundamentalmente por malestar emocional provocado por algo que ocurre en su entorno cercano o no tan cercano que le bloquea su desarrollo psicológico y paraliza su bienestar.

Luego pueden hacer otros factores genéticos que dificultan o no su desarrollo pero si hay entorno facilitador seguro que tendrá buen diagnóstico que es fundamentalmente que el desbloqueo emocional y su bienestar global

- **¿Qué limitaciones cree que tienen los pacientes de salud mental infanto-juvenil para llevar a cabo una vida normalizada?**

El estigma que por sus comportamientos hace que se sienta un “bicho raro” en sus entornos, la soledad hace que se bloquen en los estudios o que tiendan a aislarse para protegerse del dolor de sentirse fuera del mundo. Esto puede provocar falta de interés por el aprendizaje, o por curiosidad por el mundo exterior y se quede bloqueado emocional e intelectualmente.

También puede ocurrir lo contrario, que tenga demasiadas muestras de violencia o retar a la autoridad o por hacerse notar o ocultar una dificultad oculta que le avergüenza, por ejemplo dificultades en el aprendizaje, o maltrato en el domicilio, o abandono de los padres, etc. .. hace que el chico se muestre violento, entonces empieza la carrera de “soy el malote”, abandonan los estudios y empiezan las expulsiones, en muchas ocasiones provocadas para salir de clase ya no lo prefiere a no enterarse de nada.

En definitiva un desarrollo empobrecido de su personalidad y su psiquismo que le traerá problemas le resto de su vida.

- **¿Cree usted que la función de prevención se da de manera correcta y es eficaz? ¿Qué piensa usted que se debería mejorar o modificar?**

No se llega aun a unos cánones de prevención, de detección y tratamiento prematuro. Hay mucho que hacer, en las escuelas a nivel de entrenamiento emocional, del trabajo en los factores de riesgo primario con población susceptibles de acompañamiento para prevenir riesgos.

Se debería trabajar desde las madres en gestación, su bienestar, miedos entornos, desde Atención Primaria con grupos de madres de riesgo por su edad, madres gestantes solas, familias vulnerables, o con problemas de salud mental. Prioritario todo esto para preparar la llegada de los bebés y del cuidado del primer año sobre todo de los niños tan importante para el resto de su vida, cuidando el vínculo entre los progenitores y el bebé, cuidando de las emociones de las madres y de su bienestar económico mínimo.

No nos enseñan a manejar las emociones ni en casa ni el colegio, se tratan temas académicos pero no la empatía, la escucha sincera entre los alumnos, ..

Es en la sociedad donde debe gestarse la cultura del respeto, del no estigma que tanto daño hace.

En definitiva, queda mucho trabajo por hacer en las familias, colegios, sociedad, etc.

- **¿Qué cree usted que aporta la figura del Trabajador/a Social al ámbito de la salud mental? (Razone su respuesta)**

A nivel de los menores y sus familias:

Los trabajadores sociales aportan al equipo la visión social del caso, es decir el diagnóstico social sanitario, hace el estudio del entorno del menor, conoce sus condicionantes vitales, estudia el entorno en la familia, colegio, ... sabe como se comporta en cada uno de estos ambientes, sabe de las relaciones familiares y los problemas y necesidades que hacen del ambiente un lugar donde crece el menor con unas características determinado, estudia la red de la familia y el menor, coordina los recursos y se pone de acuerdo con ellos para establecer un plan de

actuación tanto con el menor como con la familia, en el que el menor va a ser el protagonista de la intervención pero que el tratamiento va a ser holístico e integral. Va a proteger al menor y procurará que se cumplan sus derechos de protección y desarrollo saludable. Este diagnóstico social es el que sumado al clínico hace que veamos al menor de forma global, completo y entonces si sabremos de su sufrimiento y ver cómo ayudarlo mejor.

Todo esto garantizando un vínculo seguro tanto con el menor como con la familia creando una relación de confianza y seguridad para ir acompañándolos en el proceso y que vayan construyendo su propio camino hacia la mejoría tanto del menor como de la familia.

Construirá el trabajo en red con las instituciones implicadas y garantizará que todos caminemos hacia los mismos objetivos consensuados y no duplicando funciones, sino facilitando a las familias el proceso.

A nivel grupal:

Se pueden establecer grupos de padres o menores con circunstancias que se puedan verse beneficiadas de este tipo de herramienta.

Promover la participación y estimular la autoayuda.

Promover la socialización y la confianza, la autotestima.

Promover modelos de crianza positiva.

Etc..

A nivel comunitario:

Participación de los Consejos locales tanto a nivel de caso como para estudiar y promover medidas de carácter comunitario para paliar situaciones de vulnerabilidad en barrios.

Promover encuentros de formación entre las instituciones implicadas en los menores para favorecer dinámicas positivas de encuentro, conocimiento, construcción de protocolos comunes de actuación....

En cualquier caso favorecer el flujo de sinergias en beneficios del buen desarrollo de los menores en sociedad.

ENTREVISTA SOBRE LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL.

La información de esta entrevista irá dirigido al estudio de la situación en la que se encuentran los pacientes de salud mental infanto-juvenil recogido en el TFG (Trabajo de fin de grado) de Trabajo Social de Natalia González Lozoya; alumna de la Universidad Pontificia de Comillas.

**(Este cuestionario es totalmente anónimo)*

- **¿Qué profesión ejerce usted en su centro de salud mental?**

Trabajadora social en el programa de pcc y en el programa infanto-juvenil.

- **Como profesional de un CSM (Centro de Salud Mental), ¿qué es lo que más demandan las familias de los pacientes?**

-Información y apoyo sobre recurso y prestaciones (grado de discapacidad, ley de dependencia, recursos educativo, de ocio....)

- seguimientos familiares.

- apoyo psicosocial en familias de alta vulnerabilidad.

- figura de referencia ante toda la información de las diferentes coordinaciones sobre el menor. Centralizar dicha información para la toma de decisiones. Las familias con menores en tratamiento en el csm, sienten, en muchas ocasiones mucho estigma por el resto de profesionales de las diferentes redes social, educativa.....

- sobre todo escucha activa y mediación.

- **¿Existe un grado significativo de familias en situación de pobreza, marginación o exclusión social como característica común de los pacientes de salud mental infanto-juvenil? (En el caso de que la respuesta sea afirmativa) ¿Cuál cree que es el motivo?.**

Hay ciertas patologías mental que no van asociadas a la situación económica familiar y a la vulnerabilidad (trastorno generalizado del desarrollo, trastornos del vínculo.....).

Es verdad, que en situaciones de estrés familiar por situaciones de pobreza....de exclusión social PUEDE acentuar dicha patologías mentales infantiles.... Y seguro que su tratamiento y evolución es diferente.

En mi opinión, va más ASOCIADO a lo que se “podía denominar entornos familiares con un apego saludable.” Y a la capacidad de resiliencia de la familia.

- **En relación al marco legal del ámbito de la salud mental, ¿piensa usted que los pacientes de salud mental tienen sus derechos limitados? (En el caso de que la respuesta sea afirmativa) ¿Cuál cree que es el motivo?.**

En mi opinión, existen interpretaciones de leyes que pueden dificultar los derechos de los menores (en derecho familiar no existen consensos claros en divorcios complicados y los menores “son utilizado” como moneda de cambio”).

Antes de la pandemia, había muchas derivaciones a CSM que el MOTIVO DE CONSULTA ERA o la enfermedad era una separación conyugal conflictiva.....eso es privar de un derecho al menor, cuando la DIFICULTAD ES DE LOS ADULTOS, PROGENITORES).

SI EXISTEN DIFICULTADES EN LA PARENTALIDAD, NO TENDRÍA QUE SER CSM QUIÉN VALORARA. (Ya nos estamos saltando el primer derecho de los menores....)

- **¿Cree usted que sería necesario actualizar la legislación vigente en relación a los derechos y deberes de los pacientes de salud mental? ¿Qué cree que se debería modificar o mejorar?.**

Paciente del programa infantil ¿??? (Una nueva ley de infancia que contemplara claramente las competencias de riesgo, desprotección de los menores a nivel estatal, autonómico y LOCAL.)

Los poderes públicos tiene la obligación de cubrir las necesidades BASICAS VITALES A LOS MENORES. Eso es la principal medida legislativa

- **Basándonos en su experiencia, ¿cuáles son los trastornos mentales que se repiten con más frecuencia entre los pacientes de salud mental infanto-juvenil? .**

Como TS de CSM y del programa del pcc-infantil solo atiendo, principalmente a TMG y desde dicha experiencia puedo decirte que sería trastornos generalizados del desarrollo, patologías relacionadas con la vinculación, depresiones graves, intentos auto líticos, TRASTORNOS DE LA CONDUCTA, TDAH,

- **En relación a las políticas sanitarias y sociales, ¿existen medios suficientes para crear y mantener una estrategia de intervención en salud mental? ¿Qué cree que falta o qué se puede mejorar?**

No....falta de profesionales dedicados exclusivamente a la atención de la población infantil y de adolescentes.

Falta de recurso como HD, Unidades de media estancia.....para población adolescente.

Sobre todo, faltan, recurso intermedios entre lo social y salud mental (comunidades terapéuticas,.....)

Lo que es imprescindible en la comunidad de Madrid es unas líneas claras de intervención con menores en riesgo y patología mental grave, entre el instituto del menor y la familia y la oficina regional de coordinación en salud mental).

- **¿Qué factores de riesgo tienen como característica común los pacientes de salud mental infanto-juvenil?**

Podemos decir que los menores cuyos padres tiene una dificultad grave económica y de vivienda....de trabajo....son más vulnerables.

Por tanto, la desprotección por una dificultad en la parentalidad es un factor de riesgo en los menores.

- **¿Qué limitaciones cree que tienen los pacientes de salud mental infanto-juvenil para llevar a cabo una vida normalizada?**

Qué entiendes x vida normalizada?????. La falta de recurso... Ahora se ve la brecha digital y que los menores no cuentan todos con las mismas herramientas para su desarrollo.

(En una futura ley de la Infancia, los poderes públicos tiene la “obligación de proporcionar las mismas herramientas de desarrollo a todos los menores)

- **¿Cree usted que la función de prevención se da de manera correcta y es eficaz? ¿Qué piensa usted que se debería mejorar o modificar?**

No.....

No existe un consenso generalizado en actuaciones de prevención...a nivel sanitario y menos en salud mental

- **¿Qué cree usted que aporta la figura del Trabajador/a Social al ámbito de la salud mental? (Razone su respuesta).**

La dimensión social de la enfermedad, la experiencia en los abordajes de la atención a las familias y en el ámbito comunitario.