

**MODELO DE GESTIÓN DE CASOS Y TRABAJO SOCIAL
EN LA ATENCIÓN INTEGRAL A NIÑOS Y
ADOLESCENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE:
UNA MIRADA MULTIPROFESIONAL**



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

Universidad Pontificia Comillas

Trabo Fin de Grado en Trabajo Social

Autora: Alba Marugán Jiménez

Director: Daniel Gil Martorell

Mayo, 2024

RESUMEN

El programa de continuidad de cuidados en población infanto-juvenil se dirige a menores en situaciones de trastorno mental grave y/o vulnerabilidad. Se centra en la metodología de gestión de casos del trabajo social para ofrecer una atención integral y sostenida a estos jóvenes. Para evaluar su eficacia, se han consultado a profesionales del programa, quienes han compartido sus opiniones sobre su implementación y resultados. Este enfoque busca garantizar una atención coordinada y personalizada que aborde las necesidades específicas de cada menor, promoviendo así su bienestar integral.

Palabras claves: Programa de Continuidad de Cuidados, infanto-juvenil, trastorno mental grave, vulnerabilidad, trabajo social, gestión de casos.

ABSTRACT

The continuity of care program for infant and juvenile population targets minors facing severe mental disorders or vulnerability. It employs the case management methodology form social work to provide comprehensive and sustained support to these youths. To assess its effectiveness, professionals from the program have been consulted to share their opinions on its implementation and outcomes. This approach aims to ensure coordinated and personalized care tailored to the specific needs of each minor, thereby promoting their overall well-being.

Keywords: The continuity of care program, infant and juvenile population, severe mental disorders, vulnerability, social work, case management.

DICCIONARIO DE SIGLAS

PCC: Programa de Continuidad de Cuidados

TMG: Trastorno Mental Grave

OMS: Organización Mundial de la Salud

CSM: Centro de Salud Mental

TS: Trabajo Social

SM: Salud Mental

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. OBJETIVOS.....	5
3. HIPÓTESIS.....	6
4. METODOLOGÍA.....	6
5. MARCO TEÓRICO	7
5.1 Salud mental en la infancia.....	7
5.2 Factores de riesgo	8
5.3 Trastorno mental grave	10
5.4 Riesgo y vulnerabilidad	11
5.5 Vínculo y trauma	11
6. MARCO LEGISLATIVO	13
6.1 Europa	13
6.2 España	14
6.3 Comunidad de Madrid	15
7. ENFOQUES DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.....	17
7.1 Modelo de gestión de casos	17
8. PROGRAMA CONTINUIDAD DE CUIDADOS.....	19
8.1 Definición PCC	19
8.2 Objetivos del programa	21
8.3 Población objeto.....	24
8.4 Desarrollo del PCC	26
8.5 Componentes del programa.....	27
8.5.1 El rol del trabajador social.....	27
8.5.2 Rol Equipo multidisciplinar	31
8.6 Eficacia PCC.....	32
8.7 Barreras en la implementación y mantenimiento PCC	34
9. CONCLUSIONES.....	35
10. BIBLIOGRAFÍA.....	38
11. NORMATIVA LEGAL.....	40
12. ANEXOS.....	42
12.1 Ficha PCC.....	42
12.2 Consentimiento	46
12.3 Entrevista.....	47
12.3.1 CSM San Blas	47

12.3.2	CSM Ciudad Lineal	51
12.3.3	CSM Puerta del Hierro	57
12.3.4	Focus Group	61

1. INTRODUCCIÓN

En la última década, se ha observado un creciente interés y preocupación por la salud mental de la población infanto-juvenil en todo el mundo. Este enfoque emergente responde a una comprensión más profunda de los factores que influyen en el desarrollo psicológico y emocional durante la infancia y la adolescencia. Desde el nacimiento hasta la transición a la adultez, los niños y adolescentes enfrentan una serie de desafíos únicos que pueden afectar a su bienestar mental y emocional.

El reconocimiento de la importancia de la salud mental en la infancia y la juventud se fundamenta en la evidencia científica que demuestra que las experiencias tempranas y los entornos sociales influyen significativamente en la formación de la personalidad, el comportamiento y la salud mental a lo largo de la vida. Los trastornos mentales, como la ansiedad, depresión, los trastornos del espectro autista, entre otros, pueden manifestarse durante la infancia y la adolescencia, y tener un impacto duradero en el bienestar general y el funcionamiento social de los individuos.

En este contexto, resulta esencial examinar los factores que contribuyen al desarrollo de la salud mental en la población infanto-juvenil, así como identificar estrategias efectivas para promover un entorno propicio para su bienestar emocional y psicológico. La comprensión de estos aspectos no solo es crucial para abordar los desafíos actuales, sino también para prevenir la aparición de problemas de salud mental en el futuro.

En este trabajo, exploraré la importancia de abordar la salud mental en la población infanto-juvenil desde la perspectiva profesional del equipo multidisciplinar que componen los programas de continuidad de cuidados (en adelante PCC) de la Comunidad de Madrid que siguen una metodología de Gestión de Casos tan vinculada al trabajo social.

2. OBJETIVOS

- I. Investigar las opiniones, percepciones y experiencias de los profesionales de la salud mental que trabajan con población infanto-juvenil con trastorno mental grave en relación con la metodología de casos (Case Management).

- II. Realizar un análisis detallado de los enfoques actuales de atención a esta población, identificando fortalezas y debilidades en términos de integralidad y efectividad.
- III. Determinar como la implementación de la metodología de gestión de casos afecta la atención integral del paciente, incluyendo aspectos como la coordinación entre profesionales.

3. HIPÓTESIS

- I. Los profesionales de la salud mental que trabajan con población infanto-juvenil con trastornos mental grave perciben la metodología de gestión de casos como una herramienta efectiva para mejorar la coordinación interdisciplina y la atención integral.
- II. La implementación exitosa de la metodología de gestión de casos tiene un impacto positivo en la atención integral del paciente, incluyendo una mejor coordinación entre profesionales de diferentes disciplinas, una mayor continuidad en la atención y una mejora en la satisfacción del paciente y su familia.

4. METODOLOGÍA

La investigación realizada adopta una metodología mixta, integrando una revisión bibliográfica con entrevistas a profesionales de la salud mental, en especial se han realizado tres entrevistas a tres trabajadoras sociales pertenecientes al programa de continuidad de cuidados en población infanto-juvenil, (entrevistas 1, 2 y 3, anexo 12.3.1, 12.3.2 y 12.3.3) y se ha realizado un focus group con los integrantes de dicho programa, enfermería, psiquiatría y psicología (anexo entrevistas 12.3.4). Este enfoque combina la exploración exhaustiva de la literatura académica relacionada con la metodología de gestión de casos en la atención a la población infanto-juvenil con trastorno mental grave (en adelante TMG), junto con la experiencia y perspectivas de los profesionales en el campo.

La combinación de estas dos técnicas proporciona una perspectiva completa y enriquecedora sobre el tema de estudio, permitiendo una triangulación de datos que

fortalece la validez y la profundidad de los hallazgos. Este enfoque metodológico mixto facilita la comprensión holística de la valoración profesional de la metodología de gestión de casos en la atención a la población infanto-juvenil con TMG y su repercusión en la atención integral del paciente.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 Salud mental en la infancia

La salud mental es un estado de bienestar en el cual las personas son conscientes de sus propias capacidades, pueden afrontar las tensiones de la vida, trabajar y contribuir con su comunidad. (OMS, 2022), es decir, es el bienestar social, emocional y psicológico. Extrapolando esta definición y vinculándola con tener salud mental en la infancia significa alcanzar los indicadores del desarrollo y emocionales, así como aprender habilidades saludables y poder enfrentarse a los problemas que puedan presentarse en un momento determinado (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2023).

Uno de cada siete jóvenes de entre 10-19 años experimenta un trastorno mental, lo que constituye alrededor del 13% de la carga mundial de morbilidad en este grupo de edad. La depresión, la ansiedad y los trastornos del comportamiento se sitúan entre las principales causas de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes, siendo el suicidio la cuarta causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años. La falta de atención a los trastornos de salud mental durante la adolescencia puede tener repercusiones a lo largo de la vida, afectando tanto a la salud física como mental y limitando las oportunidades de una vida plena en el futuro.

El rango de edad mencionado se encuentra marcado por cambios físicos, emocionales y sociales que pueden hacer que los adolescentes sean vulnerables a problemas de salud mental. Protegerlos de la adversidad, promover su bienestar psicológico y asegurar su acceso a la atención de la salud mental son aspectos esenciales para su salud y bienestar, tanto en la adolescencia, como en la edad adulta.

Los adolescentes que enfrentan trastornos mentales están expuestos a diversos riesgos como la exclusión social, la discriminación y/o problemas de estigmatización que afectan a su disposición de buscar ayuda, su educación, su salud física y sus derechos humanos.

La adolescencia es un periodo para el desarrollo de hábitos sociales y emocionales importantes para el bienestar mental, siendo factores determinantes la calidad de la vida doméstica, las relaciones con los compañeros y la influencia de los medios de comunicación. Muchos adolescentes corren un mayor riesgo de padecer trastornos de salud mental debido a factores como la inestabilidad en el entorno, enfermedades crónicas, discapacidades, embarazo precoz, minorías étnicas o sexuales, entre otros (OMS, 2021).

5.2 Factores de riesgo

Es esencial hablar de los factores de riesgo que inciden en la población infanto-juvenil con problemas de salud mental ya que reconocerlos permite identificar a los niños y adolescentes que podrían estar en mayor riesgo de desarrollar problemas de salud mental. Comprenderlos permite implementar estrategias preventivas dirigidas a reducir la incidencia de dicha problemática en la población joven.

Son muchos los factores que influyen en la salud mental de la infancia, adolescencia y juventud. Según la Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR), (ANPIR, 2022, como se citó en Confederación salud mental España, 2022), más del 33% de las personas que enfrentan problemas de salud mental han sido víctimas de abuso en su infancia, lo que puede desencadenar consecuencias graves como depresión, ansiedad, trastornos de la personalidad y un riesgo duplicado de intento de suicidios en la edad adulta.

El acoso escolar, por otro lado, es un factor de riesgo alarmante. Según un estudio de la ONG Internacional Bullying Sin Fronteras, aproximadamente el 70% de los niños y niñas en España sufren acoso verbal, físico o ciberacoso de forma regular (ANPIR, 2022, como se citó en Confederación salud mental España, 2022). La Asociación americana de Pediatría advierte sobre la relación evidente entre el acoso escolar y el suicidio infantil, así como del aumento de intentos de suicidio en jóvenes (Perazzo et al., 2017, como se citó en Confederación salud mental España, 2022).

El suicidio es una preocupación creciente, con un aumento en la proporción de jóvenes que experimentan pensamientos suicidas. Según el barómetro Juvenil sobre Salud y Bienestar 2021, casi el 9% de los jóvenes reportó tener ideas suicidas frecuentes en comparación con el 5,8% en 2019 (Sanmartín et al., 2021, como se citó en Confederación

salud mental España, 2022). Según datos del INE, el número de suicidios aumento un 7,4% en 2020, con 3.941 casos registrados, de los cuales 300 ocurrieron en personas de entre 14 y 29 años (Miglino, 2023, como se citó en Confederación salud mental España, 2022).

Las adicciones, tanto con sustancias como sin ellas, también desempeñan un papel importante. Un estudio de la Asociación Española de pediatría sobre pandemia y salud mental infantil señala que el 88% de los jóvenes usuarios de redes sociales no son conscientes del impacto negativo que puede tener el abuso de estas plataformas en la salud mental. Además, se observa, un abuso diario de internet, con un 85,7% de la generación Z utilizando estas plataformas una media de 5 horas al día (Mancebo, 2022, como se citó en Confederación salud mental España, 2022).

La dinámica familiar ha experimentado cambios significativos. La falta de comprensión, la actitud permisiva, la escasez de tiempo debido a las demandas laborales y sociales, y las necesidades de ambos progenitores de trabajar para mantener la familia han contribuido a una crisis en la unidad familiar. Esta situación ha dejado a muchos jóvenes desatendidos, privándolos de una educación sólida, el apoyo emocional y el diálogo necesario para su desarrollo. Vivir en un entorno familiar disfuncional puede generar estrés constante y actitudes tóxicas que contribuyen al desarrollo de trastornos de comportamiento.

Por otro lado, las relaciones interpersonales desempeñan un papel trascendente en el desarrollo personal, especialmente en la adolescencia. Este periodo marca la transición del niño a adulto y la forma en que una persona se relaciona con los demás influirá en su autoconcepto e integración social. Las personas son particularmente influenciables durante la adolescencia, y las dificultades en las relaciones interpersonales pueden llevar a problemas psicológicos y de aislamiento social (Legazpe, 2023).

Los factores de riesgo pueden variar ampliamente y son de naturaleza individual, familiar, comunitario o socioeconómica. Comprender estos factores permite diseñar intervenciones que aborden las necesidades específicas de cada grupo de riesgo, proporcionando un apoyo más efectivo y personalizado.

5.3 Trastorno mental grave

La psicoanalista Clara Bardón (s.f.) expone trastorno mental grave cómo el término que abarca diversas afecciones que pueden manifestarse durante la infancia o la adolescencia y que, debido a su gravedad, tienen un impacto significativo en la evolución, el aprendizaje, el desarrollo personal y la integración social y laboral de los niños y adolescentes. A diferencia de los trastornos mentales graves en adultos, que implican un criterio de cronicidad, los que se inician en la infancia o adolescencia ofrecen la posibilidad de un tratamiento precoz que puede prevenir la cronicidad de la enfermedad en muchos casos y proporcionar herramientas para hacer frente a los desafíos complejos que surgen. El tratamiento suele requerir colaboración con otros profesionales que atienden al menor, como es el colegio, el pediatra o los servicios sociales de atención primaria.

Los diagnósticos que pueden implicar un trastorno mental grave incluyen autismo, psicosis de inicio en la primera infancia, esquizofrenia de inicio infantil o adolescente, trastornos generalizados del desarrollo, trastornos afectivos graves, trastornos paranoides y trastornos de personalidad de tipo límite o antisocial.

En la formación de la subjetividad de estos pacientes intervienen elementos simbólicos imaginarios y la experiencia real, su desarrollo depende del momento en que aparezcan los síntomas y de las experiencias previas del individuo. La dificultad en la simbolización puede resultar un problema de relación con los demás y dificultades para compartir un discurso común, lo que puede llevar a fenómenos de segregación y exclusión.

En la segunda infancia pueden aparecer trastornos adicionales además de los ya presentes, como trastornos del humor o trastornos de la personalidad, que a menudo se manifiestan de manera poco clara y pueden confundirse con trastornos del comportamiento. En la adolescencia, se ponen a prueba las construcciones del “yo” realizadas durante la infancia, lo que puede llevar al inicio de la enfermedad en aquellos con diagnósticos de trastornos mentales graves. Esto puede manifestarse en desconexión de la realidad, comportamientos impulsivos, delirios o estupor, entre otros síntomas.

Los trastornos mentales graves en niños y adolescentes representan desafíos complejos que requieren intervención temprana y multidisciplinar para abordar adecuadamente sus necesidades y prevenir complicaciones a largo plazo.

5.4 Riesgo y vulnerabilidad

El Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020 presenta el Programa de Continuidad de Cuidados, donde este se fundamenta en dos conceptos claves para poder llevarlo a cabo, el término riesgo y vulnerabilidad.

La ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, en su artículo 17, establece la situación de riesgo, como aquella en la que un menor se ve afectado en su desarrollo personal, familiar, social o educativo debido a circunstancias, carencias o conflictos familiares, sociales o educativos. Aunque no alcanza el nivel de gravedad que justificaría la declaración de desamparo y la asunción de la tutela por parte del Estado, requiere la intervención de la administración pública para eliminar, reducir o compensar las dificultades que enfrenta el menor y prevenir su desamparo y exclusión social, sin necesidad de separarlo del entorno familiar (Arévalo, 2017).

El concepto de vulnerabilidad es definido por el observatorio de la infancia, como “aquellos a los que se debería prestar especial atención porque sus condiciones sociales, educativas, sanitarias o económicas son frágiles y pueden conducirles a situaciones de exclusión social” (Lázaro et al., 2014).

Es importante tener claro estos dos conceptos y ser conscientes de que el PCC habla de estas dos circunstancias, ya que en las entrevistas realizadas, solo las trabajadoras sociales entrevistas (entrevista 1, 2 y 3) hablan de estos dos conceptos, frente a las figuras de los profesionales de la psiquiatría, psicológica y enfermería que solo definen la población diana cuando un menor se encuentra en situación de riesgo, pero en ningún momento mencionan que la población diana también pueden ser menores en situación de vulnerabilidad. (Esto se desarrollará en el capítulo 8).

5.5 Vínculo y trauma

El lazo emocional entre padres e hijos es esencial para el desarrollo de los niños, influyendo en su personalidad, bienestar emocional y habilidades sociales.

El vínculo emocional es la base de todas las relaciones humanas y la relación entre padres e hijos es especialmente significativa. La seguridad emocional proporcionada por un vínculo fuerte permite a los niños explorar el mundo con confianza.

Un lazo afectivo sólido ofrece un ambiente seguro donde los niños pueden explorar y expresar sus emociones de manera saludable, fomentando así su inteligencia emocional.

Los menores que experimentan un lazo afectivo positivo con sus padres suelen desarrollar una autoestima sólida y confianza en sí mismos, lo que les ayuda a enfrentar desafíos con determinación. Los padres como modelos a seguir enseñan habilidades sociales importantes a través de un vínculo afectivo sólido, preparando a los niños para establecer relaciones saludables en el futuro.

Un vínculo sólido conlleva beneficios tanto para los niños como para los padres. Entre ellos se incluyen un mejor bienestar emocional, rendimiento académico, relaciones futuras saludables y satisfacción de crianza (Alcanza, 2023).

Si un menor carece de un vínculo sólido con sus padres o cuidadores pueden surgir una serie de consecuencias negativas que afectan su desarrollo y bienestar emocional. La falta de vínculo afectivo puede generar inseguridad en el menor, que puede sentir que no tiene un apoyo emocional sólido en su entorno familiar. La ausencia de un vínculo afectivo puede dificultar el desarrollo de un apego seguro, lo que puede afectar a las relaciones futuras del menor con otras personas.

La falta de un lazo afectivo puede contribuir al desarrollo de problemas emocionales. El desarrollo cognitivo, social y emocional del menor puede verse afectado negativamente debido a la falta de estímulo emocional y afectivo en el entorno familiar.

El impacto del trauma durante la infancia está vinculado a una amplia gama de problemas de salud mental, que incluyen depresión, ansiedad, baja autoestima, dificultades en las relaciones sociales, comportamientos autodestructivos, trastornos de personalidad, trastornos disociativos o abuso de sustancias entre otros tipos. Este tipo de trauma generalmente surge de experiencias extremadamente angustiantes que la mente no logra procesar adecuadamente, lo que puede manifestarse en síntomas disociativos.

La forma en que las personas enfrentan el trauma puede variar considerablemente, ya que algunas son más vulnerables y frágiles que otras. Estas diferencias están influenciadas por factores como la genética, la personalidad y los trastornos mentales existentes. No es tanto la situación traumática en sí misma lo que determina el impacto, sino cómo cada individuo la percibe y maneja, lo que marca la diferencia en su nivel de vulnerabilidad.

Cuando se trata de niños, es esencial considerar tanto su desarrollo cerebral como su desarrollo psicológico. Los niños no tienen las capacidades cognitivas y emocionales necesarias para hacer frente a eventos traumáticos, lo que los deja especialmente vulnerables y sin los recursos de afrontamiento necesarios (Colina, 2023).

Tanto el trauma como el vínculo tienen un impacto significativo en la salud mental de los menores. Un vínculo seguro y afectuoso puede mitigar los efectos del trauma y promover un desarrollo emocional saludable, mientras que la falta de este puede aumentar la vulnerabilidad del niño y dificultar su capacidad para hacer frente a las adversidades. Es fundamental proporcionar un entorno seguro y de apoyo para los niños que han experimentado alguna situación traumática, con el fin de promover su bienestar emocional y su recuperación.

6. MARCO LEGISLATIVO

Este capítulo realiza una investigación detallada sobre las leyes que protegen a los niños y adolescentes, haciendo un análisis cronológico desde las políticas europeas hasta las regulaciones nacionales en España, prestando especial atención a la situación en la Comunidad de Madrid. Se examinan las disposiciones legales y las estrategias de implementación que tiene esta comunidad autónoma para garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud mental, así como para promover la prevención, detección y tratamiento de trastornos psicológicos.

6.1 Europa

La convención sobre los Derechos del niño, aprobada el 20 de noviembre de 1989, es un hito fundamental en la protección y promoción de los derechos de la infancia a nivel internacional. Esta Convención, compuesta por 54 artículos, establece que los niños y niñas, como seres humanos menores de 18 años, tienen derecho a un pleno desarrollo físico, mental y social, así como a expresar libremente sus opiniones.

Es obligación de los Estados firmantes adoptar las medidas para garantizar la efectividad de todos los derechos reconocidos en la Convención. Aunque muchos países tenían leyes que protegían la infancia, la convención era necesaria para asegurar su cumplimiento, dado que algunos países no respetaban estas leyes, lo que desemboca en problemas de

pobreza, el acceso desigual a la educación y el abandono, afectando tanto a niños de países ricos, como pobres.

La aceptación de la convención por un gran número de países ha fortalecido el reconocimiento de la dignidad humana fundamental en la infancia y la necesidad de proteger y desarrollar a los niños. Desde su adopción, se han logrado avances significativos en la supervivencia, salud y educación de la infancia a nivel mundial, así como un mayor reconocimiento de la importancia de establecer un entorno protector que defienda a los niños y niñas de la explotación, maltratos y violencia.

Dicha convención es importante ya que establece un marco legal internacional para proteger los derechos de los niños, lo que garantiza que son reconocidos como titulares de derechos desde su nacimiento. A su vez, coloca el interés superior del menor como una consideración primordial en todas las acciones y decisiones que les conciernen. La convención reconoce el derecho de los niños a expresar sus opiniones y a que se tengan en cuenta sus puntos de vista en todas las cuestiones que les afecten. Esto promueve la participación activa de los menores en la sociedad y fomenta su desarrollo como ciudadanos responsables (UNICEF, 2015).

6.2 España

Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. El objetivo principal de la ley es actualizar la legislación española en materia de protección a la infancia y adolescencia. En concordancia con los principios establecidos en la Constitución Española y los acuerdos internacionales sobre los derechos de los menores, se busca garantizar una protección uniforme en todo el territorio del Estado y servir como referencia para las comunidades autónomas en el desarrollo de su legislación. La ley pretende introducir cambios necesarios para mejorar los instrumentos de protección jurídica de los menores, en respuesta a los cambios sociales y las recomendaciones de organismos internacionales y nacionales.

Por otro lado, la **Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia** busca combatir la violencia infantil desde una perspectiva integral, enfocándose en la prevención, la detección temprana, la asistencia a las víctimas y la colaboración entre las autoridades estatales y regionales. Se destaca la importancia de adoptar un enfoque multidisciplinar para abordar diversas

causas y consecuencias de la violencia infantil, con especial atención a los niños y niñas con discapacidad, que son especialmente vulnerables.

España ha avanzado en la protección de los derechos de la infancia mediante reformas legislativas que incluyen la protección contra la violencia en el ámbito familiar, de género y otras formas de abuso. Sin embargo, reconoce la necesidad de una legislación integral que aborde todas las formas de violencia contra los niños y niñas, alineada con los estándares internacionales y en consonancia con la agenda 2030.

La Ley busca garantizar el derecho de los niños, niñas y adolescentes a vivir libres de violencia, estableciendo medidas integrales de protección y colaboración entre las autoridades para abordar este grave problema de derechos humanos. Además, busca adecuar la legislación española a los estándares internacionales, incluyendo la Convención sobre los Derechos del Niño y la Directiva de la Unión Europea sobre la lucha contra los abusos y la explotación sexual de menores.

6.3 Comunidad de Madrid

Centrándome en el marco normativo de la Comunidad de Madrid, y tomando como referencia la **Ley 6/1995, de 28 de marzo, de Garantías de los Derechos de la Infancia y la adolescencia en la Comunidad de Madrid** busca establecer objetivos que garanticen los derechos de los menores de edad, reconociendo su papel social y promoviendo su protección integral en todas las actividades de las Administraciones públicas de la región. Asimismo, se busca reflejar la evolución social en la percepción de la infancia, reconociendo su importancia y protagonismo en la sociedad actual. Dicha ley se fundamenta en el reconocimiento internacional de los derechos de los niños, como se refleja en la Convención sobre los Derechos del Niño.

En la actualidad, la comunidad desarrolla la **Ley 4/2023, de 22 de marzo, de Derechos, Garantías y Protección Integral de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid**, que tiene como objetivo principal un marco normativo que garantice los derechos de los menores de edad, reconociéndolos como individuos con derechos propios y sujetos a protección especial. Reconoce la evolución en la percepción social de la infancia y busca reflejarla en el ordenamiento jurídico, tomando en cuenta la Convención sobre los Derechos del Niño y otras normativas internacionales.

Se enfoca en proporcionar garantías de calidad y control público en los servicios dirigidos a los menores, así como en promover políticas de bienestar e igualdad para este grupo. Además, establece principios de actuación para las Administraciones en ejercicio de sus competencias relacionadas con los menores.

Estrategias

Durante la última década, la atención a la salud mental ha experimentado una transformación significativa en la Comunidad de Madrid, reflejada en la evolución y aplicación de los Planes Estratégicos de Salud Mental. Desde el año 2010 hasta la actualidad, se ha observado un progresivo enfoque en la implementación de políticas y programas destinados a mejorar la calidad de vida y el bienestar psicológico de los ciudadanos madrileños. En este contexto, el PCC ha desempeñado un papel fundamental.

En el año 2010, el PCC emergió como una propuesta clave en el ámbito de la salud mental en la Comunidad de Madrid. Esta iniciativa fue destacada en el Plan Estratégico de la Salud Mental de ese año como un objetivo prioritario para garantizar una atención integral y coordinada para niños y adolescentes con trastornos mentales. A través de ese plan, se sentaron las bases para la posterior implementación del programa, reconociendo la importancia de brindar atención continua y personalizada a esta población vulnerable.

Con el paso del tiempo, el PCC se convirtió en una pieza fundamental en las estrategias de salud mental de la Comunidad de Madrid. En el Plan Estratégico de Salud Mental 2018-2020, se consolidó la implementación de este programa como parte integral de las políticas de atención, enfatizando su importancia para asegurar una transición fluida entre los distintos niveles de atención y garantizar la continuidad en los cuidados de los pacientes.

A día de hoy, el PCC sigue siendo una prioridad en la agenda de salud mental de dicha comunidad como viene recogido en el Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones 2022-2024. A través de su aplicación continua, se busca mantener y fortalecer los avances logrados en la atención de niños y adolescentes, asegurando que reciben el apoyo y los servicios necesarios para su bienestar emocional y desarrollo saludable. Esta perseverancia refleja el compromiso de mejorar la calidad de vida de sus ciudadanos, en especial a esta población, y promover una atención integral en salud mental.

7. ENFOQUES DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

7.1 Modelo de gestión de casos

Los fundamentos de la atención siguiendo modelos de Gestión de Casos (Case management) tienen sus raíces en el trabajo social, destacando el énfasis que ponía Mary Richmond en la importancia de los enfoques centrados en el cliente para la coordinación y cooperación entre agencias. Desde 1901, Richmond identificó problemas asociados con la expansión de servicios, especialmente la falta de coordinación y comunicación entre agencias. Su enfoque abarcaba varias dimensiones, anticipando conceptos contemporáneos como la consideración del individuo en su contexto y el enfoque dual cliente-sistema, característicos de la gestión de casos.

Los inicios formales de la Gestión de Casos se remontan al Acta estadounidense de Servicios Coaligados de 1971, que reconoció la necesidad de mejorar los programas estatales y locales de salud, educación y bienestar. Se establecieron proyectos piloto para desarrollar mecanismos de coordinación a nivel local, incluyendo sistemas de información y referencia, seguimiento de clientes, centros de servicios integrados y procedimientos de gestión de casos (NASW 1971, como se citó en Sarabia, 2007).

Radol Raiff y Shora (1993) destacan que la gestión de casos es un servicio básico y fundamental, no una versión renovada del trabajo social de casos tradicional. Surge como parte del movimiento de desinstitutionalización, con el objetivo de coordinar servicios para personas que, viviendo en comunidad, requieren de intervenciones complejas (Radol Raiff y Shora 1993, como se citó en Sarabia, 2007).

Sullivan identifica nueve variables clave que afectan a su desempeño, como la duración, la intensidad y enfoque del servicio entre otros. Esto implica que la gestión de casos puede ser implementada de diversas formas, adaptándose a las necesidades de los clientes y a los entornos culturales (Sullivan 1996, como se citó en Sarabia, 2007).

Tomando en consideración la definición y los antecedentes del modelo de gestión de casos, me enfoco específicamente en su aplicación en el área de la salud, por consiguiente,

según las investigaciones de Mueser et al. y Pescosolido et al., (como se citó en Suárez, 2014) identifican seis modelos distintos:

Modelo de agencia de servicios (bróker case management): Este fue el primer enfoque de seguimiento comunitario que se desarrolló. Surgió como respuesta a la necesidad de garantizar que los pacientes accedieran a los recursos y tratamientos adecuados, así como de promover la continuidad y eficiencia de estos cuidados tras el alta hospitalaria. En este modelo, un profesional, generalmente no clínico, asume el rol de coordinador de cuidados y es responsable de evaluar las necesidades de los pacientes, planificar la intervención, derivarlos a los servicios apropiados y coordinar los distintos recursos involucrados en su atención. Los contactos entre el coordinador de cuidados y de paciente se caracterizan por ser impulsados por las necesidades del paciente, poco frecuentes y con funciones limitadas.

Modelo de case management clínico (CMC, clinical case management): Este enfoque reconoce la necesidad de formación y experiencia clínica para establecer una relación terapéutica efectiva con los pacientes. Se enfatiza la importancia de la relación entre el paciente y el coordinador de cuidados, requiriendo que estos últimos tengan formación clínica en áreas como psicoterapia y psicoeducación. Los coordinadores de cuidados intervienen directamente en varias áreas, incluyendo citas, evaluación, planificación, intervenciones en el entorno y con el paciente, así como intervenciones en crisis y seguimiento.

Case management intensivo (CMI, intensive case management): Este modelo surge para abordar las necesidades más complejas de los pacientes para quienes el case management clínico no es suficiente. Además de las tareas del modelo de la agencia de servicios y el caso clínico, el caso management intensivo añade características adicionales como un ratio paciente-profesional baja, una actitud asertiva para mantener a los pacientes en el programa y un énfasis en la intervención comunitaria.

Tratamiento asertivo comunitario (ACT, assertive community treatment): Este modelo fue desarrollado como una alternativa al tratamiento hospitalario en la década de 1970. Se basa en un enfoque multidisciplinario donde un equipo proporciona todos los cuidados integrados en la comunidad, con una responsabilidad compartida entre los miembros del

equipo. El énfasis está en la intervención comunitaria, la disponibilidad las 24 horas y el apoyo práctico en la solución de problemas de la vida diaria.

Modelo de competencias (strenghts model): Este modelo surge como respuesta a la tendencia de algunos modelos de case management a centrarse en los déficits y discapacidades de los pacientes en lugar de sus competencias y habilidades. Se enfoca en la autodeterminación de los pacientes y en aprovechar las competencias existentes para promover el aprendizaje, el crecimiento y el cambio.

Modelo rehabilitador: Similar al modelo de competencias, pero se centra en prestar servicios y cuidados basados en el deseo y metas de los pacientes, poniendo especial énfasis en el entrenamiento en habilidades instrumentales y sociales necesarias para la vida autónoma en la comunidad.

8. PROGRAMA CONTINUIDAD DE CUIDADOS

8.1 Definición PCC

El origen de este programa surge de la necesidad de proporcionar atención específica a ciertos casos dentro de los Centros de Salud mental (en adelante CSM), dirigida a niños y adolescentes de 0 a 17 años, en situación de riesgo para su salud mental desde una perspectiva bio-psico-social y en relación con su entorno sociofamiliar. Estos casos requieren de un seguimiento social y terapéutico prolongado, así como una colaboración estrecha con servicios sociales, colegios, equipos de orientación educativa, atención primaria y otros recursos. Para llevar a cabo el PCC, es esencial contar con un equipo multidisciplinar (se expone más adelante).

El modelo de atención para llevar a cabo este programa se basa en los principios de universalidad, equidad, coordinación y calidad. La red de atención debe ser capaz de proporcionar servicios integrales para cubrir las necesidades de la población atendida, ofreciendo tratamiento, apoyo, cuidados y rehabilitación de manera continua a lo largo de la vida. Además, se garantiza una coordinación coherente entre todos los recursos disponibles, adaptando la oferta de atención de manera individualizada según las necesidades de cada paciente.

El PCC en el ámbito infanto-juvenil tiene como objetivo principal facilitar el desarrollo de una estructura psíquica y unas relaciones sociofamiliares adecuadas en niños y adolescentes a través de una relación terapéutica continua, con una figura o un equipo profesional estable que puede incluir diversas intervenciones asistenciales y de coordinación, y, en casos necesarios, mediación. Se reconoce que para tratar eficazmente a niños y adolescentes con TMG, es fundamental intervenir desde diversas áreas, abordando tanto su entorno familiar como escolar y social. Se busca establecer una red de apoyo sólida que respalde su crecimiento armónico a lo largo del tiempo, reconociendo que las necesidades de estos jóvenes evolucionan a lo largo de su proceso de desarrollo (Grupo de trabajo infantojuvenil en salud mental, 2014).

Extrapolando esta definición a la proporciona por la entrevistada dos a cerca de cómo ella define el PCC en dicha población, la trabajadora social destaca, la importancia de comprender y abordar las dimensiones que pueden influir en la SM y el bienestar de los menores. Reconoce que los menores en riesgo de TMG y/o que viven situaciones de vulnerabilidad pueden enfrentarse a desafíos sociales significativos que pueden contribuir a su malestar emocional y al desarrollo de patologías mentales en el futuro. La parte social del programa se enfoca en enfatizar y abordar factores sociales, proporciona intervenciones que no solo se centren en aspectos clínicos, sino que también consideren las necesidades sociales y emocionales del niño.

Por último, reconoce la importancia de trabajar de manera preventiva para resolver situaciones bio-psico-sociales a las que se enfrentan los menores en todas las etapas de su vida. Esto implica no solo intervenir cuando haya surgido un problema de SM, sino también implementar estrategias para promover un entorno social y saludable que favorezca el crecimiento y desarrollo óptimo del menor.

El programa de continuidad de cuidados se diseñó para la atención holística y global de los menores que pueden padecer trastornos mentales graves y/o que sufran o que vivan en una situación de vulnerabilidad que le lleven, que le pueden llevar a bueno, pues enfermar en un futuro. Entonces, si no se trabaja desde esas dos perspectivas, desde la perspectiva de la clínica y la perspectiva de la vulnerabilidad, los menores crecerán con un malestar, crecerán repitiendo esos trastornos o esa esas situaciones de vulnerabilidad que producen patología mental y en la vida adulta tendrán una patología o tendrán unas condicionantes que le

pueden llevar, pues a la pues al alcoholismo, a patología mental grave o a situaciones de desigualdad. Entonces, la filosofía del programa de continuidad de cuidados nace de trabajar de forma preventiva las situaciones bio-psico-sociales que se va enfrentando el niño en todas las etapas de la vida, para poder ir resolviendo y que pueda ir creciendo de una forma saludable (Entrevistada dos, 2024).

Para finalizar las definiciones del PCC en población infanto-juvenil, es importante conocer cómo define el focus group dicho programa, debido a que no tienen la misma perspectiva los profesionales sanitarios a los profesionales del ámbito de lo social. En la definición proporcionada por la enfermera, esta se centra en una intervención integral y coordinada para brindar el apoyo necesario a los adolescentes que enfrentan desafíos significativos en su desarrollo.

Yo diría que es como un seguimiento más intensivo a aquellos niños adolescentes, que tienen más dificultades a nivel social, a nivel escolar, con problemas graves de salud mental, y que requieren más apoyo tanto del centro de salud mental como de servicios sociales y necesitan muchos recursos (Enfermera, 2024).

8.2 Objetivos del programa

El objetivo general por el que se basa dicho programa es: favorecer, contribuir y garantizar la atención integral a los niños y adolescentes en situación de riesgo psíquico, social y/o familiar y así prevenir los factores que comprometan el desarrollo integral de los niños y adolescentes durante su etapa infantil y adolescente y tengan la capacidad de organizar sus vidas satisfactoriamente.

En segundo lugar, se han establecido objetivos específicos dirigidos hacia las tres áreas primordiales en el programa, las cuales son los niños o adolescentes, las familias y las instituciones involucradas en el proceso (Grupo de trabajo infantojuvenil en salud mental, 2014).

Con el niño o adolescente:

- Iniciar el abordaje terapéutico indicado.
- Garantizar la continuidad en el tratamiento y la transición a la intervención que se considere adecuada en la vida adulta si se requiere.

- Garantizar la intervención global con el niño o adolescente en la consecución de objetivos comunes, tanto en el ámbito educativo, como en el clínico, como en cualquier otro recurso en el que el niño esté inmerso.
- Realizar el seguimiento de las necesidades cambiantes en la evolución de los niños y adolescentes para dar respuestas apropiadas y consensuadas con el resto de los recursos que intervienen en el proceso.
- Dar apoyo y pautas de intervención con los niños y adolescentes en los recursos en el que esté inmerso.

Con la familia:

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

Con las instituciones que intervienen en el proceso:

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

En último lugar están planteadas una serie de **acciones** que se deben llevar a cabo simultáneamente con el desarrollo del PCC.

- Elaborar el plan/ficha de Continuidad de Cuidados en colaboración con el niño o adolescente y su familia y de acuerdo con las instituciones implicadas.
- Entrevistas con el menor, la familia y con las instituciones.
- Visitas a domicilio.
- Coordinación con otros dispositivos de la red de salud mental implicados en el proceso (Unidad de hospitalización, hospital de día, equipos de atención a adultos...)
- Coordinación con Atención Primaria, con Servicios Sociales, Educación,

- Justicia, Instituto Madrileño de la Familia y el Menor o cualesquiera que se precise.
- Participación en los Consejos Locales de los distritos cuyos acuerdos son vinculantes y en las comisiones que se precisen (Equipo de trabajo con menores y familia (ETMF), Absentismo, Comisión de Apoyo Familiar, otras...)
- Grupos de padres, de adolescentes, otros.
- Coordinación con el equipo para evaluar de forma continuada los objetivos marcados con los menores y con la familia.

Los objetivos expuestos se encuentran recogidos en la normativa del PCC en población infanto-juvenil, lo que supone que los profesionales que trabajan en el programa deben estar familiarizados con estos. Comprender los objetivos es esencial, ya que estos proporcionan claridad sobre el propósito y los resultados que se pretenden alcanzar, lo que facilita la planificación e implementación efectiva.

Por otro lado, permite a los profesionales identificar las necesidades específicas de la población objeto y contribuir con ideas para mejorar la efectividad de las intervenciones, por ello, se ha planteado en las entrevistas una pregunta a cerca de cuál es el objetivo del programa, donde la entrevistada tres se centra en una atención centrada en el individuo y en su bienestar holístico, reconociendo que los menores pueden tener múltiples necesidades que van más allá de lo puramente clínico y el psicólogo enfatiza en la importancia de asegurar que los pacientes estén bien atendidos y bajo control, en términos de seguimiento médico, medicación y participación en actividades psicosociales. Esta última se centra más en el seguimiento clínico.

Ese acompañamiento en todas sus necesidades (Entrevistada tres, 2024)

Asegurar que estos pacientes están bien atendidos, que los tenemos controlados de alguna forma, que estamos ahí, como sabiendo si vienen a las consultas, si están con su medicación, si tienen la intervención psicosocial. Y eso son un poco los objetivos en que permanezcan, en el desarrollo evolutivo que tengan y en la clínica psicopatológica que estén vinculados con el Centro de salud, y con el hospital para poder asegurar que van evolucionando bien dentro de sus características (Psicólogo, 2024).

8.3 Población objeto

La población diana de este programa viene recogida en la Estrategia de Salud Mental 2018-2020, donde como se ha mencionado en el capítulo anterior se habla del concepto de riesgo y vulnerabilidad. La población diana por lo tanto se podría encuadrar a niños y adolescentes de 0 a 17 años, con diferentes patologías y/o TMG y/o situación de vulnerabilidad.

Es crucial conocer la población diana, ya que comprender quiénes son los destinatarios específicos del programa garantiza que las intervenciones y los servicios proporcionados sean pertinentes y adecuados para satisfacer las necesidades particulares. Al comprender las características y circunstancias de la población objeto, es posible diseñar intervenciones más efectivas, por lo que contribuye a maximizar el impacto del programa y a mejorar el bienestar de las personas a las que se busca ayudar.

De ahí que, una de las preguntas planteadas a los profesionales, es si conocen la población diana a la que se destina el PCC. La entrevistada dos y tres refieren población diana a menores con TMG y/o situaciones de vulnerabilidad.

Pues serían los menores, los menores con patología mental grave y/o menores que están en una situación de vulnerabilidad importante y sus familias (Entrevistada dos, 2024)

Chicos y chicas menores de 18 años con un diagnóstico de trastorno mental grave o bien también con situaciones de riesgo social graves, que tienen una clínica grave, pero tienen una situación de riesgo social. O sea, puede que haya un riesgo social, pero igual la clínica no es tan grave, por lo que se encuadra dentro de continuidad de cuidados porque requiere de una atención integral. Requieren, ser atendido por un psicólogo y si el psicólogo cree, ve, una situación conflictiva entre los padres ve una situación económica, social, compleja, precaria, ve absentismo escolar, acoso escolar, abuso, etc., lo comunica. Son situaciones que están añadidas a la clínica y que requieren un programa de continuidad de cuidados, que es esa visión global (Entrevistada tres, 2024)

Durante el focus group surgió un punto de vista destacado: la consideración de la población diana del programa exclusivamente a pacientes con patología de TMG, sin

mencionar la población vulnerable. Esta perspectiva me generó una reflexión importante, ya que sugiere una limitación en la comprensión de los profesionales respecto a la naturaleza de la vulnerabilidad.

Pues la población diana, como ha dicho la psiquiatra, son pacientes que están censados en el trastorno mental grave de cero a 18 años. Esa es la población diana. Todos aquellos pacientes que tienen un trastorno psicopatológico complicado, que pueden tener una evolución tórpida y que tiene una situación socio familiar complicada (Psicólogo, 2024).

Es fundamental destacar que la población vulnerable no necesariamente requiere tener una patología mental para ser considerada de riesgo. Este aspecto adquiere relevancia en el contexto del PCC, cuyo principal objetivo es la prevención de TMG durante la infancia y adolescencia, con miras a evitar su desarrollo en la vida adulta.

La ausencia de consideración hacia la población vulnerable podría implicar una limitación en la detección temprana de factores de riesgo que podrían desencadenar patologías mentales en el futuro. Por lo tanto, es esencial ampliar la mirada de los profesionales con el fin de trabajar con pacientes que no solo presenten una patología diagnosticada, sino que también puedan enfrentar circunstancias socioeconómicas, familiares y/o ambientales que los colocan en una disposición de vulnerabilidad ante el desarrollo de un TMG.

Con esto llego a la siguiente reflexión. Los profesionales de la salud a menudo tienden a enfocarse únicamente en los aspectos médicos o clínicos de una enfermedad, sin considerar suficientemente los factores sociales que podrían a ver construido a su desarrollo. Esta falta de consideración de las circunstancias sociales previas puede llevar a una comprensión limitada de la enfermedad y a un tratamiento inadecuado.

Por ejemplo, un menor puede presentar síntomas de depresión que los profesionales tratarían como un problema exclusivamente mental o emocional. Sin embargo, podría ser crucial investigar si estos síntomas están relacionados con experiencias traumáticas pasadas, dificultades económicas, problemas familiares u otras circunstancias sociales estresantes. Estos factores sociales pueden haber desencadenado o exacerbado la enfermedad mental, y abordarlos de manera integral es fundamental para lograr una recuperación completa.

La falta de atención, los determinantes sociales de la salud pueden limitar la efectividad de los tratamientos médicos y aumentar el riesgo de recurrencia de la enfermedad. Es importante que los profesionales de la salud adopten un enfoque holístico que reconozca la interacción entre los factores biológicos, psicológicos y sociales en la salud de los pacientes. Esto no implica no solo tratar los síntomas físicos o mentales, sino también abordar las condiciones sociales subyacentes que pueden influir en la salud y el bienestar de las personas.

8.4 Desarrollo del PCC

El CSM desempeñan un papel fundamental en la aplicación práctica del modelo, es el punto de partida donde se lleva a cabo la evaluación inicial de los pacientes, facilita el seguimiento continuo del caso y establece un sistema de atención mediante actividades realizadas tanto en el CSM como en otros dispositivos hacia los que se dirige el paciente o que ya están involucrados con él y su familia.

La detección de los pacientes se da a través de la evaluación realizada por psiquiatras y psicólogos del equipo infanto-juvenil del CSM, quienes, una vez evaluado al paciente, pueden considerar su inclusión en el PCC. La detección temprana se considera crucial y debe recibir una atención especial dentro del programa.

Una vez que el paciente ha sido derivado al programa, se lleva a cabo una evaluación exhaustiva de su funcionamiento psicosocial en diversas áreas, con el fin de establecer unas líneas base para iniciar el trabajo, que se registra en su Plan de Cuidados Continuos Individualizado. En esta evaluación, el profesional responsable del caso, que se denomina coordinador, o gestor de casos, colabora proporcionando la información necesaria al equipo. Este miembro del equipo asume el rol de “coordinador de cuidados”, donde este es quien supervisará el plan en su totalidad, mantendrá un contacto frecuente con el paciente y su familia y los acompañará durante todo el proceso.

En este caso, el coordinador del PCC es el trabajador social del equipo. Los trabajadores sociales están capacitados para comprender las complejidades de las situaciones sociales y para abordar las necesidades individuales de las personas y familias. A su vez, tienen formación para adoptar un enfoque centrado en la persona (case management), que se enfoca en las fortalezas y necesidades individuales del paciente en este caso. Esto es

fundamental en el PCC, donde se busca brindar apoyo personalizado y soluciones adaptadas a cada situación.

Una vez finaliza la evaluación, se elabora un Plan de Atención Individualizado que define los objetivos a alcanzar, planifica las actividades a realizar y determina los recursos necesarios para su ejecución. En la evaluación del caso, el papel del trabajador social como coordinador es fundamental. Al tener un conocimiento profundo del caso y una comprensión completa de las necesidades del paciente, el gestor de casos puede realizar una evaluación exhaustiva y precisa.

El coordinador de cuidados se encarga de establecer una relación terapéutica de apoyo y asesoramiento con el paciente y su familia, controla la adherencia al tratamiento, detecta posibles descompensaciones, relaciona un seguimiento conjunto con el profesional responsable del paciente, y se coordina con otros dispositivos o profesiones involucrados para garantizar una atención integral y bien coordinada (Grupo de trabajo infantojuvenil en salud mental, 2014).

8.5 Componentes del programa

Los equipos de Salud Mental Infanto-Juveniles son multidisciplinarios, ya que ningún profesional por sí solo cuenta con la formación ni la disponibilidad adecuada para brindar atención integral a niños y jóvenes en sus complejas realidades bio-pisco-sociales. Es el conjunto de equipo el que asume esta responsabilidad de manera colaborativa.

Estos equipos desempeñan un papel fundamental en el sistema comunitario de atención a la salud mental de la infancia y juventud, sin responsables de implementar los programas diseñados en los servicios para ofrecer atención especializada en esta área. Es esencial que el equipo este formado por personal con experiencia y formación específica en las patologías propias de la infancia y adolescencia. El equipo está formado por psiquiatras, psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales (De Juan et al., 2003).

8.5.1 El rol del trabajador social

El trabajador social juega un papel fundamental en el PCC en población infanto-juvenil debido a su capacidad para abordar las complejas necesidades sociales y emocionales de los niños y adolescentes, así como de sus familias. A continuación, se destacan algunas de las razones clave que demuestran la importancia del trabajo social:

Recepción de la derivación del caso por parte de los profesionales responsables del menor, como psiquiatras o psicólogos clínicos infanto-juvenil.

Evaluación del caso a través de entrevistas con el paciente, sus familiares/cuidadores y su entorno social, abordando aspectos como la situación familiar, escolar, relaciones con servicios sociales, asuntos judiciales, etc.

Identificación de indicadores de riesgo basados en la evaluación, los cuales orientan la inclusión del caso en el PCC y la planificación de intervenciones desde el Trabajo social.

Discusión del caso junto a otros profesionales del PCC, considerando tanto aspectos clínicos (falta de respuesta a intervenciones, cronificación de la sintomatología, etc.) como factores de riesgo psicosocial.

Identificación de factores psicosociales que indican riesgo, como: situación de maltrato o abuso familiar, patología psiquiátrica no estabilizada de los progenitores /cuidadores, familias desestructuradas, déficit en competencias parentales.

Establecimiento de objetivos de intervención y acciones dirigidas a alcanzarlas desde trabajo social, como intervenciones familiares, escolares, coordinación con servicios sociales y el ámbito judicial.

Elaboración de un informe social que se incorpora a la Ficha de Continuidad de Cuidados, actualizándola periódicamente. (Anexo 12.1).

El trabajador social encargado de la gestión de casos debe asegurarse de la participación activa de los usuarios en todas las etapas del proceso. Además, debe garantizar el derecho del usuario a la privacidad y confidencialidad cuando se comparte información con otros servicios y/o profesionales.

A nivel individual, el trabajador social (como gestor de casos) interviene para proporcionar y coordinar servicios directos, desde la evaluación inicial hasta el seguimiento y la reevaluación. También debe trabajar a nivel del sistema para fortalecer los servicios existentes y mejorar el acceso a los recursos necesarios.

La relación entre el trabajador social y la persona apoyada se basa en promover y respetar la autodeterminación del usuario, ayudándoles a tomar decisiones informadas sobre los servicios que eligen utilizar (Viscarret, 2009).

Si comparamos el rol del trabajador social en el PCC y el modelo de gestión de casos (case management), se puede ver que dicho modelo es la metodología y el enfoque teórico que fundamenta el PCC. Por consiguiente, el trabajador social tiene muy intrínseco estas funciones ya que como se ha mencionado en el capítulo anterior, es un modelo que nace del trabajo social.

De igual forma que se ha definido el rol del trabajador social, es importante conocer si las trabajadoras sociales del PCC tienen claro su rol y si ambas características coinciden. Por ello, se preguntó a estas profesionales a cerca de su papel dentro del PCC.

La trabajadora social enfatiza en la importancia del trabajador social en la atención integral a los menores y sus familias, reconociendo que el desarrollo del niño está influenciado por múltiples factores y que es necesario abordar todos estos aspectos para promover un crecimiento saludable.

Reconoce que el menor es dependiente de la familia y que trabajar con los padres es fundamental para crear un entorno propicio para su desarrollo. Su rol se enfoca en establecer vínculos sólidos con ellos para comprender sus necesidades y proporcionar el apoyo necesario. Esto implica trabajar en colaboración con padres, colegio y otros profesionales de la salud para garantizar un entorno favorable para el desarrollo saludable del menor. El trabajador social se encarga de coordinar y trabajar en equipo con otros profesionales para ofrecer una atención integral que aborde todas las dimensiones del bienestar del menor.

Esta definición saca dos aspectos claves para entender mejor el rol del trabajador social dentro del PCC.

Primero, el rol de coordinador del PCC, que la entrevistada uno también hace referencia.

Pues principalmente, hacer la coordinación con todos los profesionales de dentro del CSM como con todos los que están fuera. Mantener esa esa coordinación y esa conexión para que el trabajo vaya encaminado en la misma línea, cada uno desde su área, que haya una información fluida y luego ir acompañando en la parte

social y comunitaria que bueno, que es la que nos corresponde como trabajadores sociales en la que tenemos que ir haciendo la intervención con los menores y con las familias (Entrevistada uno, 2024).

El trabajador social como coordinador, tiene la habilidad de organizar y dirigir equipos multidisciplinarios, garantizando que se aborden de manera integral las distintas dimensiones del bienestar de los menores en situación de TMG y/o vulnerabilidad. Su rol le permite establecer y mantener una comunicación fluida entre los diferentes profesionales involucrados, así como con las familias y otras entidades colaboradoras, asegurando una atención coordinada y eficaz.

Segundo, la importancia de vincular, ya que esto promueve una atención integral y efectiva a los pacientes y sus familias. El vínculo facilita la comunicación, confianza y la colaboración entre los profesionales de la salud, los pacientes y sus entornos sociales. Al establecer relaciones sociales, se puede entender mejor las necesidades individuales de cada paciente y diseñar planes de atención personalizados que aborden no solo los aspectos médicos, sino también los emocionales, sociales y culturales. Además, el vínculo ayuda a fortalecer el apoyo social y comunitario, lo que puede mejorar el bienestar general del paciente y promover un mayor cumplimiento del tratamiento. Por último, la vinculación contribuye a una experiencia de atención más humanizada y centrada en el paciente, lo que puede tener un impacto positivo en los resultados de salud y en la calidad de vida de las personas atendidas.

Pues nosotras trabajamos con el menor, con la familia y con trabajo en red y trabajo comunitario. Nosotros necesitamos trabajar con la familia porque es dependiente del medio. El niño es dependiente de la familia y es dependiente del colegio y es dependiente de la sociedad. (...). ¿Cómo lo vamos a hacer? Bueno, primero entendiendo mucho lo que es la salud mental infantil, estudiando mucho por qué enferman los niños, estudiando y sabiendo muy bien cómo crecen los niños de forma saludable y cómo no crecen de forma saludable, con lo cual nos vamos a tener que formar muchísimo en la psiquiatría infantil. Eso se nos olvida. No es lo mismo trabajar en salud mental, que trabajar con yo qué sé, en servicios sociales, que trabajar con una discapacidad (...).

Fundamentalmente, para la terapia deben tener clarísimo construir un vínculo de confianza en el que el niño pueda hablar de su malestar emocional, (...) ¿Qué hacemos nosotras? Pues trabajamos con toda, con todas esas condicionantes de la salud. Todos los condicionantes de la salud están en los padres, ya te digo, todos los problemas que tienen que ver con los adultos los sacamos fuera para que hagan una buena terapia y yo lo que voy a hacer es trabajar con esos padres para que acondicionen cualquier cosa a favor de los niños (Entrevistada dos, 2024).

8.5.2 Rol Equipo multidisciplinar

El PCC está formado por un equipo multidisciplinar, donde se encuentra, trabajo social, enfermería, psiquiatría y psicología.

Al igual que se preguntó por el papel que tiene la trabajadora social dentro de este, se hizo lo mismo en el focus group, donde cada profesional desde su experiencia y opinión define su rol.

Pues yo, el rol que tengo ahora como psicólogo es de derivar, es decir, como psicólogo clínico que ve paciente con trastorno mental grave, lo pongo en conocimiento de mis compañeros para que lo metan dentro del censo y podamos organizar reuniones para poder hablar con el equipo de ese paciente (Psicólogo, 2024)

Desde psiquiatría, ver la situación psicopatológica del paciente y también ver de qué recursos se puede beneficiar y si a nivel clínico, a nivel de continuidad asistencial, pues está haciendo de la manera adecuada (Psiquiatra, 2024).

Desde enfermería, pues como ha dicho el psicólogo, llevar el registro de los pacientes que derivan, que a lo mejor les están viendo y quieren que cada cierto tiempo veamos y están viniendo si no están viniendo. Por otro lado, también estoy en las reuniones junto con otra psiquiatra de continuidad de cuidados que ahí se presentan los pacientes que se entienden graves, pero quieren hablarlo y ponerlo en común para ver qué tipo de recurso a lo mejor es el más adecuado y ver que se hace con ese paciente. Y a partir de ahora estoy en la Comisión de continuidad de cuidados, que ahí digamos que hay un especialista, o sea un profesional de trabajo social, enfermería, psiquiatra, de hospital de día de aquí de la urgencia, para

aquellos pacientes que necesitan pensarse en común y que generan muchas dudas y son pues a lo mejor de lo más graves o más complicados, hablarlos en esa reunión y tomar decisiones (Enfermera, 2024)

Es fundamental que cada profesional del equipo de PCC conozca su rol específico dentro del programa, ya que, al comprender su función dentro del equipo, cada profesional puede trabajar de manera coordinada con los demás, evitando duplicaciones de esfuerzos y asegurando una atención integral y coherente para los menores y sus familias. Con los roles claros, se optimiza el uso de los recursos y el tiempo, ya que cada miembro del equipo sabe exactamente qué se espera de ellos y cómo contribuir al logro de los objetivos del programa. Por ello, los profesionales pueden enfocarse en las necesidades específicas de cada menor y su familia, brindando una atención especializada y adaptada a cada situación.

8.6 Eficacia PCC

Según la Real Academia Española la eficacia es la “capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera”, en otras palabras, se trata de lograr los resultados esperados con la menor cantidad de recursos posibles.

La importancia de la eficacia radica en el PCC, ya que, al ser eficaz un programa, logra alcanzar sus metas y objetivos de manera consistente y esto garantiza que se avance hacia la relación de sus objetivos y visiones establecidas.

En la realización de las entrevistas, este punto ha sido muy importante valorarlo, ya que todas las personas entrevistadas, han llegado a la misma conclusión, cuando se les ha preguntado por la eficacia de PCC.

En todas las entrevistas, se enfatiza en la necesidad de trabajar en equipo y de coordinar esfuerzos entre diferentes profesionales y servicios para garantizar una atención efectiva y completa.

Por un lado, los profesionales hablan de la importancia que tiene la coordinación entre los profesionales del equipo y servicios implicados, esta coordinación no solo garantiza que se aborden todos los aspectos de la salud y el bienestar del paciente, sino que también evita la duplicación de esfuerzos y asegura una distribución eficiente de los recursos disponibles. Además, se fomenta un enfoque centrado en el paciente, donde todas las

decisiones y acciones se toman en beneficio del individuo y su entorno familiar y comunitario.

Por otro lado, exponen que una de sus mayores dificultades es el tiempo. En el contexto de salud este factor es un recuso invaluable tanto para los profesionales como para los pacientes. Desde la perspectiva de los profesionales de la salud, tener tiempo adecuado para cada consulta o intervención es fundamental para realizar una evaluación exhaustiva del paciente, atender a sus necesidades y preocupaciones, y proporcionar un plan de tratamiento individualizado. Una agenda bien organizada y asignación de tiempo suficiente para cada paciente permite que cada profesional dedique la atención necesaria a cada caso, lo que contribuye a una mejora toma de decisiones clínicas y sociales y resultados positivos.

Una gestión adecuada del tiempo contribuye significativamente a una atención efectiva, una mejor comunicación profesional-paciente y resultados positivos.

A ver, yo lo que necesito para para ser más eficaz necesito más tiempo, necesito mucho más tiempo para vincular con los pacientes, para hacer un buen acompañamiento, para hacer más visitas a domicilio. Tener tiempo suficiente con el equipo para poder discutir, para poder hablar sobre un caso. Necesito tiempo ya y garantizar la coordinación (Entrevistada dos, 2024)

Eficaz es, si se hace bien el programa. El problema es el tiempo. La coordinación requiere de mucho tiempo y en las agendas no hay tiempo para la coordinación. Y luego, por otro lado, es verdad que lo que tenemos que trabajar mucho es que el paciente no es de ningún sitio, sino que es de todos, es decir, el paciente no es un problema de educación, no es un problema de servicios sociales, no es un problema de Justicia, no es un problema de salud mental, es un problema que tiene en la familia y hay que ver desde los todos los ámbitos cómo poder trabajar mejor. Entonces hay veces que no nos ponemos de acuerdo (Entrevistada tres, 2024).

Sí, es eficaz, necesaria. Siempre hay algún tipo de dificultades a nivel logístico, sobre todo a nivel de agendas, pero es altamente eficaz y obligatoriamente necesario en pacientes graves (Psiquiatra, 2024)

8.7 Barreras en la implementación y mantenimiento PCC

Identificar las barreras dentro de un programa es esencial para su éxito y efectividad. Al reconocer y comprender los obstáculos que enfrenta, los responsables del programa pueden realizar ajustes necesarios para mejorar su funcionamiento, por ello, la última pregunta de las entrevistas es sobre si tienen percepción de que existan barreras en la implementación del PCC. De las respuestas que han transmitido las profesionales, tanto las trabajadoras sociales, como la psiquiatra y la enfermera, se extraen varias conclusiones sobre las barreras que enfrentan los profesionales en el contexto del PCC.

Falta de integración de lo social en lo clínico, la entrevistada uno menciona que el sistema está muy centrado en lo clínico, lo que puede dejar de lado aspectos sociales y familiares importantes para comprender la situación del paciente. Sin embargo, resalta la importancia de compartir conocimientos en reuniones de equipo para abordar esta brecha.

Accesibilidad de recursos, la entrevistada dos destaca la falta de accesibilidad a recursos, especialmente para pacientes con patologías mentales. Critica la falta de atención a estos pacientes, comparándola con la atención que recibiría alguien con una enfermedad física como la diabetes, evidenciando una brecha injusta en el sistema de salud.

Necesidad de coordinación interinstitucional, la entrevistada tres y la psiquiatra resaltan la importancia de la coordinación entre instituciones para garantizar una atención efectiva a los pacientes. La falta de coordinación puede dificultar la implementación del PCC y afectar negativamente la calidad de la atención.

Logística y carga asistencial, tanto la psiquiatra como la enfermera mencionan la carga asistencial y la falta de tiempo como barreras para una coordinación adecuada entre los profesionales. La falta de espacio en las agendas y la falta de estandarización en los protocolos pueden dificultar el trabajo colaborativo y la implementación eficaz del PCC.

Las barreras identificadas incluyen la falta de integración de lo social en lo clínico, la accesibilidad limitada a recursos, la necesidad de coordinación interinstitucional y los desafíos logísticos y de carga asistencial. Abordar estas barreras es crucial para mejorar la implementación del PCC y garantizar una atención integral y efectiva a los pacientes.

Lo que creo es que estamos en un sistema muy clínico y entonces la parte de incorporar el trabajo social está muy dentro en la salud mental ya, pero bueno

que el tenerlo en cuenta en muchos casos. Gracias a todas las reuniones de equipo y donde se comparten los casos y demás, lo que podemos ir aportando de la parte de la visión social y familiar y qué sabemos de esta situación, y no conocemos, y ¿por qué estará pasando esto? Esa parte que podemos hacer pensar que no tiene que ver con los síntomas y con la medicación y con el desajuste emocional pues toda esta otra parte que puede dar respuesta a lo que les está pasando, yo creo que es lo que lo que va haciendo que entiendan y que se incorpore lo social esté muy a la par de lo clínico (Entrevistada uno, 2024)

Los recursos, la accesibilidad de los recursos (...). Es que hay muchísimos más recursos en la en los en adultos que en la infantil. Y yo creo que la pirámide es que está totalmente invertida. Donde se tiene que poner los recursos es en la infancia, que es lo que haces prevenir el malestar emocional en el futuro y poner más en lo socio (Entrevistada dos, 2024).

A ver, yo creo que las barreras son justamente el poder coordinarte, hacemos mesas de trabajo con los menores en que en los que interviene todas las instituciones y son de 1 hora y pico, con educación, el instituto, servicios sociales, está cualquier entidad que trabaja con el menor, la Fundación Tomillo, Cruz Roja, entidades privadas, entidades locales (Entrevistada tres, 2024).

Pues yo creo que la logística es una barrera importante, o sea, la carga asistencial. Muchas veces nos dificulta una coordinación adecuada entre los profesionales (Psiquiatra, 2024).

La falta de espacio en las agendas. Al final, bueno, pues no está como muy estandarizado. ¿Protocolizado no? El tiempo que le tenemos que dedicar cada una y bueno es a veces dificulta un poco el trabajo que hay (Enfermera, 2024).

9. CONCLUSIONES

El programa de continuidad de cuidados en población infanto-juvenil representa una estrategia crucial para abordar los trastornos mentales graves y situaciones de vulnerabilidad que enfrentan los menores en un proceso de desarrollo. En este contexto, la gestión eficiente del tiempo emerge como un factor determinante. La demora en el

acceso a los recursos y servicios puede tener consecuencias significativas en el bienestar y desarrollo de los menores, por lo que es imperativo que la atención se brinde de manera oportuna y adecuada.

Sin embargo, este desafío se ve agravado por las limitaciones de recursos que enfrentan los sistemas de salud y servicios sociales. La escasez de personal especializado, la falta de infraestructura adecuada y los presupuestos limitados pueden dificultar la prestación de servicios de calidad. En este sentido, es fundamental optimizar los recursos disponibles y buscar soluciones creativas para garantizar una atención efectiva a la población infanto-juvenil.

El PCC está intrínsecamente orientado hacia la prevención, no solo abordando los problemas actuales de los menores, sino también anticipándose a posibles desafíos en la vida adulta. Este enfoque preventivo busca promover un desarrollo saludable y resiliente, interviniendo en las etapas tempranas de la vida para prevenir la aparición de trastornos mentales graves en la edad adulta.

Es importante reconocer que lo clínico está profundamente influenciado por lo social. Factores como el entorno familiar, el contexto socioeconómico y las relaciones interpersonales desempeñan un papel crucial en la salud mental de los menores. Por lo tanto, el abordaje integral del PCC debe considerar estos aspectos, adoptando un enfoque bio-psico-social que permita comprender y abordar las complejas interacciones entre los determinantes sociales y la salud mental.

En este contexto, el papel del trabajador social como coordinador del programa es de suma importancia. Como profesional especializado en el área de la salud mental y experto en trabajo social, desempeña un papel importante en la coordinación de servicios y recursos necesarios para abordar las complejas necesidades de niños y adolescentes. Este no solo facilita el acceso a servicios y apoyos, sino que también garantiza una atención integral y personalizada que tenga en cuenta las peculiaridades de cada caso. Tiene una capacidad para establecer relaciones de confianza con sus pacientes, así como su habilidad para trabajar en coordinación con otros profesionales y servicios.

Por ello, el trabajo en red y la coordinación entre diferentes profesionales y servicios son fundamentales en el PCC. La colaboración interdisciplinaria entre el equipo de salud mental, los servicios sociales, el colegio y otros actores comunitarios permiten ofrecer

una atención integral a la población infanto-juvenil. Esta colaboración facilita la identificación temprana de problemas, la intervención oportuna y la coordinación de servicios para satisfacer las necesidades individuales de cada menor.

Por lo tanto, el enfoque del modelo de gestión de casos (case management) en el PCC proporciona un marco efectivo para la planificación y coordinación de la atención. Este modelo se centra en la individualización de la atención, la coordinación de servicios, la colaboración interdisciplinaria y la promoción de la autogestión y el empoderamiento del paciente. En el contexto del PCC en población infanto-juvenil, el modelo de gestión de casos permite una atención integral y centrada en el paciente, que aborda no solo las necesidades de salud mental, sino también aspectos del bienestar del niño o adolescente.

En resumen, las conclusiones obtenidas del análisis respaldan en primer lugar, la hipótesis sobre la percepción de metodología de gestión de casos como herramienta eficaz, ya que los profesionales de la salud mental que participan en el PCC valoran positivamente la metodología de gestión de casos. La coordinación interdisciplinaria es fundamental en este programa y la gestión de casos que percibe como una herramienta efectiva para facilitar esta colaboración entre diferentes profesionales y servicios. La metodología de gestión de casos permite una atención integral al abordar aspectos clínicos, sociales y familiares de los menores con TMG, lo que concuerda con la percepción de los profesionales sobre su utilidad en mejorar la coordinación y la atención integral.

En segundo lugar, en relación con la hipótesis II planteada sobre el impacto positivo en la atención integral del paciente, los hallazgos sugieren que la implementación exitosa de la metodología de gestión de casos del PCC tiene un impacto positivo en la atención integral del paciente infanto-juvenil. La colaboración interdisciplinaria facilitada por la gestión mejora la coordinación entre profesionales de diferentes disciplinas, lo que contribuye a una atención más completa y centrada en las necesidades del paciente. Además, la gestión de casos promueve una mayor continuidad en la atención al garantizar un seguimiento adecuado y una conexión fluida entre los diferentes servicios y profesionales involucrados. Esto, a su vez, puede resultar en una mayor satisfacción del paciente y su familia, al sentirse mejor comprendidos y apoyados a lo largo de su proceso de tratamiento.

En conclusión, el PCC con población infanto-juvenil enfrenta desafíos significativos relacionados con la gestión del tiempo, la optimización de recursos, la prevención a largo plazo, el reconocimiento de factores sociales y la colaboración intrínseca. Abordar estos aspectos de manera efectiva puede mejorar la calidad de vida y el bienestar de los menores, preparándolos para una vida adulta más saludable y satisfactoria.

10. BIBLIOGRAFÍA

Alcanza. (2023). *El vínculo afectivo entre padres e hijos: importancia y beneficios*. Centro de desarrollo infantil. Recuperado el 3 abril de 2024 <https://www.alcanzapsicologia.es/noticias/el-vinculo-afectivo-entre-padres-e-hijos-importancia-y-beneficios/>

Bardón, Clara. (s.f.). *Los trastornos mentales graves en la infancia y en la adolescencia*. L'Interrogant, fundació Nou Barris per a la Salt Mental. Recuperado el 4 abril de 2024 <https://revistainterrogant.org/los-trastornos-mentales-graves-la-infancia-la-adolescencia/>

Colina, Andrea. (2023). *Traumata infantiles: definición y estrategias de intervención*. Instituto Superior de Estudios Psicológicos. Recuperado el 3 abril de 2024 <https://www.isep.es/actualidad/traumas-infantiles-definicion-intervencion/>

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. (s.f.) *Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014*. [Archivo PDF] <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM009851.pdf>

De Juan et al. (2003). *Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil*. Plan Estratégico de Salud Mental Comunidad Autónoma de Aragón. [Archivo PDF]

Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud. (2018). *Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020*. [Archivo PDF] <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020214.pdf>

Dirección general de la coordinación de la asistencia sanitaria. (2019). *Trabajo Social en el Programa de Continuidad de Cuidados Infanto-Juvenil*. Servicio Madrileño de Salud. [Archivo PDF]

Dirección General del Proceso Integrado de Salud. Servicio Madrileño de Salud. (2022). *Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad de Madrid 2022-2024*. [Archivo PDF].

<https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/bvcm050836-1.pdf>

Grupo de trabajo infantojuvenil en salud mental. (2014). *Recomendaciones para el Programa de Continuidad de Cuidados de Niños y Adolescentes. Una propuesta de trabajo en los equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil*. Servicio Madrileño de Salud. [Archivo PDF].

Lázaro et al. (2014). *Vulnerabilidad y exclusión en la infancia. Hacia un sistema de información temprana sobre la infancia en exclusión*. UNICEF. [Archivo PDF] https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/4161_d_CuadernoDebate_UNICEF_3.pdf

La Salud Mental de los niños. (2023). *Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades*. Recuperado el 3 de abril de 2024 <https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/spanish/index.html>

Legazpe, Giovanna. (2023). *Adolescentes y salud mental: factores a tener en cuenta*. Recuperado el 3 abril de 2024 <https://www.ivanesalud.com/adolescentes-y-salud-mental-factores-a-tener-en-cuenta/>

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Salud mental*. Recuperado el 4 abril de 2024. https://www.who.int/es/health-topics/mental-health#tab=tab_1

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Salud mental del adolescente*. Recuperado el 4 abril de 2024. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Real Academia Española. (s.f.). *Eficacia*. Diccionario de la lengua española. Recuperado el 17 de abril de 2024 <https://dle.rae.es/eficacia>

Sarabia, Alicia. (2007). *La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional*. [Archivo PDF].

Suárez et al. (2004). *Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la Comunidad*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, (92), 25-51. Recuperado en 04 de abril de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000400003&lng=es&tlng=es.

Unicef. (2015). *Convención sobre el derecho de los niños*. [Archivo PDF] https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/ConvencionsobrelosDerechosdelNino_0.pdf

Unicef. (2023). *Salud mental en la adolescencia y la juventud: qué saber*. Uruguay. Recuperado el 3 de abril de 2024. <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/adolescencia/salud-mental-en-la-adolescencia-y-la-juventud-que-saber#:~:text=La%20salud%20mental%20es%20un,bienestar%20emocional%2C%20psicológico%20y%20social>.

Viscarret Garro, J.J. (2009). *Modelos de intervención en Trabajo Social*. TF García, Fundamentos del Trabajo Social, 292-344.

11. NORMATIVA LEGAL

Ley 6/1995, de 28 de marzo, de Garantías de los Derechos de la Infancia y la adolescencia en la Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial del Estado*, 183, 2 de agosto de 1995. <https://www.boe.es/boe/dias/1995/08/02/pdfs/A23670-23688.pdf>

Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. *Boletín Oficial del Estado*, 180, 29 de julio de 2015. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-8470-consolidado.pdf>

Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. *Boletín Oficial del Estado*, 134, 5 de junio de 2021. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2021/BOE-A-2021-9347-consolidado.pdf>

Ley 4/2023, de 22 de marzo, de Derechos, Garantías y Protección Integral de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial del Estado*, 143, 16 de abril de 2023. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2023/BOE-A-2023-14347-consolidado.pdf>

12. ANEXOS

12.1 Ficha PCC



CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN EL PROGRAMA INFANTO-JUVENIL

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Nº Historia clínica		Nº Seguridad Social		Fecha de presentación	
---------------------	--	---------------------	--	-----------------------	--

DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre y apellidos					
Fecha de Nacimiento		Lugar			
Dirección				Teléfono 1	
				Teléfono 2	
Localidad			D.N.I./Tarjeta de Residencia		

DATOS ASISTENCIALES

+	Coordinador de cuidados		Psiquiatra		
	Psicólogo		Trabajador Social		
	Enfermería		Otros profesionales implicados	Correo electrónico y Teléfono	
	Servicios Sociales		Trabajador Social	Correo electrónico teléfono	
	Centro de Salud		Pediatra o Médico A. P.	Correo electrónico Teléfono	
	Centro Educativo		Tutor / Profesor: EOEP	Correo electrónico Teléfono	

DATOS SOCIOFAMILIARES

Antecedentes familiares

En tratamiento en el Centro de Salud Mental, profesional que le atiende y nº de Historia.

COMPOSICIÓN FAMILIAR/PERSONAS RELEVANTES

Nombres y apellidos	Parentesco	E. Civil	Nivel de estudios	Situación laboral	Conviven con el paciente

TIPO DE VIVIENDA

Tipo de convivencia	Régimen de la vivienda	Nº Habitaciones	Con quien duerme

Características de la vivienda

Genograma:

DATOS CLINICOS

Diagnóstico clínico	DSM IV - TR	C.I.E. 9ª	
	CFTMEA-R-2000	C.I.E. 10ª	

Enfermedades orgánicas destacables

Pruebas complementarias interconsultas.

Consumo de tóxicos:	Anteriormente	Actualmente

INGRESOS

Hospitalizaciones	SI	Descripción de la hospitalización /urgencias
	NO	
Visitas a urgencias	SI	
	NO	

Hospital de día			
Profesional de referencia	No procede	Teléfono	
Observaciones			

TRATAMIENTOS ANTERIORES

Consulta terapéutica	
Psicoterapia	
Tratamiento farmacológico	
Grupos	
Otros	

TRATAMIENTO ACTUAL

Consultas terapéuticas	Ver
Psicoterapia	
Tratamiento farmacológico	
Grupos	
Colaboración del paciente y familia ante la enfermedad y tratamiento	

REF INSTITUCIONAL IMPLICADA

SERVICIOS SOCIALES		
EQUIPO DE TRABAJO DEL MENOR Y LA FAMILIA		
FECHA		ACUERDOS:
COMISION DE APOYO FAMILIAR		
FECHA		

RECURSOS INTERNOS DE SALUD MENTAL

RECURSO	FECHA	PROFESIONAL DE REFERENCIA	TELÉFONO /EMAIL	OBSERVACIONES

RECURSOS EXTERNOS DE SALUD MENTAL

RECURSO	FECHA	PROFESIONAL DE REFERENCIA	TELÉFONO /EMAIL	OBSERVACIONES

ÁREAS DE INTERVENCIÓN CON EL MENOR

NECESIDADES	OBJETIVOS	PROFESIONAL QUE SE HACE CARGO	ACCIONES	RECURSOS	EVALUACIÓN/PLAZOS

ÁREAS DE INTERVENCIÓN CON LA FAMILIA

ÁREAS DE INTERVENCIÓN CON LA FAMILIA

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental
Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria
Servicio Madrileño de Salud
Edificio 
Pza. de Carlos Trias Bertrán, 7 – 3ª planta Zona-C
28029 – MADRID
Teléfono 91.529.06.19 Fax: 91.529.06.32

4



NECESIDADES	OBJETIVOS	PROFESIONAL QUE SE HACE CARGO	ACCIONES	RECURSOS	EVALUACIÓN/PLAZOS

COORDINADOR DE CUIDADOS

RESPONSABLE ASISTENCIAL

12.2 Consentimiento

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTA

Nombre y Apellidos: _____

En _____, a _____ de _____ del año 2024

Alba Marugán Jiménez estudiante del doble grado de criminología y trabajo social de la Universidad Pontificia de Comillas, procederá a garbar la entrevista realizada por ella con el propósito de incluirla en su trabajo final de grado. Por ello, SOLICITA SU PERMISO para hacerlo.

Todo lo tratado será confidencial. Por favor, tras haberlo leído y comprendido los apartados previos, si da su consentimiento para que pueda grabar la entrevista, FIRME este documento.

Doy mi consentimiento para que mi voz sea grabada y mis respuestas usadas con fines académicos.

Firma _____

Firma del estudiante

12.3 Entrevista

1. ¿Qué es el programa de continuidad de cuidados?
2. ¿Cuáles son sus objetivos y su población diana?
3. ¿En qué se parece y se diferencia el programa de continuidad de cuidados con población adulta, al programa de continuidad de cuidados que se lleva a cabo con población infanto-juvenil?
4. ¿Cuál es el rol de la trabajadora social en dicho programa?
5. ¿Qué rol tiene cada componente del equipo?
6. ¿Este programa es eficaz?
7. ¿Cuáles podrían ser algunas barreras más comunes que enfrentan los profesionales de la salud en la implementación y mantenimiento de estos programas y como se podrían superar?

12.3.1 CSM San Blas

Entrevistadora

¿Cómo evaluarías la eficacia del programa de continuidad de cuidados en la población infantil juvenil en términos de mejora de la salud mental y el bienestar emocional de la infancia?

Entrevistado 1

Bueno, una pregunta amplia. Pues yo creo que gracias al programa de continuidad de cuidados se está pudiendo abordar todas las necesidades que tiene esta población que viene a ser atendida en salud mental. Gracias al programa de continuidad y cuidados, donde no solo se está pendiente de los aspectos más clínicos, sino de lo psicosocial, también de lo familiar, de lo comunitario y el seguimiento que se puede hacer desde los diferentes miembros que intervienen, pues eso es una mejora importante en la atención que damos a esa población.

Entrevistadora

¿Qué medidas consideras que son más relevantes para evaluar la calidad de los programas en una perspectiva de los participantes y de los profesionales que participan en el programa? EJ: coordinación, calidad...

Entrevistado 1

Vuélveme a leer es que es muy larga la pregunta.

Entrevistadora

¿Qué elementos de esta metodología de trabajo, la coordinación, el seguimiento, la multidisciplinariedad consideras tú más importantes fundamentales de cara al programa?

Entrevistado 1

De cara al programa de continuidad de cuidados, bueno, sin coordinación, creo que no hay programa de continuidad de cuidados. Si no hay un seguimiento de cómo, de cómo vamos trabajando cada profesional y lo vamos poniendo en común, qué necesidades y qué objetivos nuevos van surgiendo, pues bueno, yo considero que eso no sería un programa de continuidad. Si no están en esas tareas realizándose y en activo hasta que el caso se cierra por los motivos que sean.

Entrevistadora

¿Qué indicadores o medidas consideras más relevantes para evaluar la calidad de estos programas desde la perspectiva de los participantes y luego desde la perspectiva de los profesionales?

Entrevistado 1

Pues en los participantes entiendo que se vayan encontrando más acompañados, que se vaya viendo que hay un abordaje desde diferentes áreas, viéndose implicadas también las familias, el medio escolar, el medio comunitario, y desde ahí, bueno, pues viendo que hay que hay un recorrido, entiendo que la mejoría o el ir entendiendo qué cosas van pasando y por qué aparecen esos malestares y esa necesidad de tener más profesionales o estar en un programa de más continuidad, pues entiendo que ayuda a entender la necesidad que está teniendo él como paciente y la familia o el contexto con quién vive.

Entrevistadora

¿Y luego, por ejemplo, cuando estás hablando de los de los de los pacientes, cómo se puede ver la efectividad a largo plazo, cómo se valora y/o como se puede ver que está teniendo repercusión a largo plazo?

Entrevistado 1

Pues es dependiendo de cuál sea el foco principal, pero muchos vienen que han dejado de ir al instituto o al colegio, pues que recuperen y retomen cierta normalidad en la asistencia a clase, un es un indicador de que ha habido una mejoría. Hay casos que están teniendo pues dificultades de manejo en casa con bueno, pues con más temas de trastorno de conducta o los límites y las normas y que eso te vayan informando, pues que está funcionando mejor que van aceptando y bueno, que se van entendiendo mejor en la familia, pues eso es un indicador de mejoría, que en su momento se haya valorado derivar a un recurso como un hospital de día y que pasado un tiempo con una intervención desde el programa de continuidad de cuidados, se valore que ya no necesita ese recurso porque ha habido una evolución en el estado de ánimo, en el en la normalización del día a día, pues son indicadores de mejoría.

Entrevistadora

¿Qué Rol tiene la trabajadora social dentro del programa de continuidad de cuidados?

Entrevistado 1

Pues principalmente, hacer la coordinación con todos los tanto los profesionales de dentro del CSM como todos los que están fuera. Mantener esa esa coordinación y esa conexión para que el trabajo vaya encaminado en la misma línea, cada uno desde su área, que haya una información fluida y luego ir acompañando en la parte social y comunitaria que bueno, que es la que nos corresponde como trabajadores sociales en la que tenemos que ir haciendo la intervención con los menores y con las familias.

Entrevistadora

¿Cuáles podrían ser los principales beneficios y desafíos asociados con la implementación de este programa de este programa?

Entrevistado 1

Pues yo creo que la idea la tenemos bastante bien instalada profesionalmente, pero quizá nos falta mejorar la herramienta, en este caso informática, que se pueda ahí. Que sea más fácil, no, el poder anotar, interpretar y hacer luego un seguimiento más estadístico esas evoluciones que preguntaban de ese conseguir objetivos, bueno, pues que sea más fácil luego el sacar esa información. Como desafío, pues yo creo que falta todavía en infanto-juvenil implantarlo, en adultos está muy implantado y de hecho en otras especialidades están haciéndose también con el modelo y yo creo que el infanto-juvenil, bueno, pues falta aunarlo un poquito más entre los equipos, el poder de terminar bien, sobre todo porque, para muchas actuaciones que hacemos no tenemos que cumplimentar ningún documento que nos haga pensar, repartirnos tareas, y aunque eso sería más trabajo, creo que ayudaría a definir mejor la tarea de cada uno de los profesionales en el programa de continuidad de cuidados y quizá sea un desafío.

Entrevistadora

¿Cuáles podrían ser algunas barreras más comunes que enfrentan los profesionales de la salud en la implementación y mantenimiento de estos programas y cómo se pueden superar?

Entrevistado 1

Lo que creo es que estamos en un en un sistema muy clínico y entonces la parte de incorporar el trabajo social está muy dentro en la salud mental ya, pero bueno que el

tenerlo en cuenta en muchos casos. Gracias a todas las reuniones de equipo y donde se comparten los casos y demás, lo que podemos ir aportando de la parte de la visión social y familiar y qué sabemos de esta situación, y no conocemos, y ¿por qué estará pasando esto? Esa parte que podemos hacer pensar que no tiene que ver con los síntomas y con la medicación y con el desajuste emocional pues toda esta otra parte que puede dar respuesta a lo que les está pasando, yo creo que es lo que lo que va haciendo que entiendan y que se incorpore lo social esté muy a la par de lo clínico.

12.3.2 CSM Ciudad Lineal

Entrevistadora

Definición del programa de continuidad de cuidados.

Entrevistada 2

El programa de continuidad de cuidados se diseñó para la atención holística y global de los menores que pueden padecer trastornos mentales graves y/o que sufran o que vivan en una situación de vulnerabilidad que le lleven, que le pueden llevar a bueno, pues enfermar en un futuro. Entonces, si no se trabaja de esas desde esa esas dos perspectivas, desde la perspectiva de la clínica y la perspectiva de la vulnerabilidad, los menores crecerán con un malestar, crecerán repitiendo esos trastornos o esa esas situaciones de vulnerabilidad que producen patología mental y en la vida adulta tendrán una patología o tendrán unas condicionantes que le pueden llevar, pues a la pues al alcoholismo, a patología mental grave o a situaciones de desigualdad. Entonces, la filosofía del programa de continuidad de cuidados nace de trabajar de forma preventiva las situaciones bio-psico-sociales que se va enfrentando el niño en todas las etapas de la vida, para poder ir resolviendo y que pueda ir creciendo de una forma saludable.

Entrevistadora

¿Y los objetivos, la población diana de este programa, cuáles son?

Entrevistada 2

Pues serían los menores, los menores con patología mental grave y/o menores que están en una situación de vulnerabilidad importante y sus familias.

Entrevistadora

Y si tuvieses que definir el programa de continuidad de cuidados en adultos e infanto-juvenil, ¿En qué se parecen y en qué se diferencian?

Entrevistada 2

A ver, la filosofía de la continuidad de cuidados es acompañar a las personas en un proceso largo, construyendo un vínculo de confianza para poder ir, bueno, modificando, acompañando, resolviendo.

Creando un vínculo de confianza con estas personas en general, con las personas que pueden ser adultos o pueden ser familias y menores, para salir de esa situación compleja en la que tiene, en la que le tiene, pues atrapado, no, si estamos hablando de salud mental, si estamos hablando de adultos es acompañar a estos enfermos mentales graves o crónicos y crónicos para que tengan una mejoría en su calidad de vida. Es el estado de bienestar completo de lo bio-psico-social que habla de la salud. Cuando hablamos de la infancia es trabajar ese vínculo para construir una relación suficientemente buena con las personas, con las familias y con los menores para ir atravesando de forma preventiva qué es lo contrario. O sea, siempre trabajamos con la prevención, pero cuando hablamos de acompañar a estos menores y a sus familias estamos hablando de pura prevención. Si vamos acompañándolos en los estadios de la vida, donde los menores y las familias van atravesando situaciones de riesgo económicas, emocionales, de relaciones de pareja, traumáticas, menores con dificultades en el aprendizaje, madres solas con cargas familiares no compartidas, mujer, o sea, una serie de condicionantes que pueden llevar que el crecimiento de este niño tenga dificultades en su crecimiento emocional y físico. Pues vamos a trabajar con esos condicionantes, reducimos, intentamos trabajar con la familia, con el niño, esos condicionantes de violencia, de situaciones económicas precarias para que el menor pueda crecer en su entorno lo más favorablemente posible. Qué ocurre que, si nosotros trabajamos mucho en la infancia, lograremos que el menor tenga una vida plena y saludable. En el adulto ya tenemos una situación construida de patología mental grave y de y crónica, con lo cual solo podemos que acompañarlos para mejor, para para mejorar esa calidad de vida, pero son absolutamente opuestos. Uno va

hacia la prevención y hacia la no enfermedad y otro va el acompañamiento de la enfermedad cuando ya no hay solución.

Entrevistadora

El rol de la trabajadora social en el programa de continuidad de cuidados.

Entrevistada 2

Pues nosotras trabajamos con el menor, con la familia y con trabajo en red y trabajo comunitario. Nosotros necesitamos trabajar con la familia porque es dependiente del medio. El niño es dependiente de la familia y es dependiente del colegio y es dependiente de la sociedad. Con lo cual, si estamos hablando de la o sea del del niño pequeño, siempre tenemos que trabajar con los padres y con el Cole. Nosotros vamos a acompañar en ese proceso que te he dicho antes de trabajar con la familia para construir un entorno suficientemente bueno para que el menor crezca de una forma lo más saludablemente posible en el entorno. ¿Cómo lo vamos a hacer? Bueno, primero entendiendo mucho lo que es la salud mental infantil, estudiando mucho por qué enferman los niños, estudiando y sabiendo muy bien cómo crecen los niños de forma saludable y cómo no crecen de forma saludable, con lo cual nos vamos a tener que formar muchísimo en la psiquiatría infantil. Eso se nos olvida. No es lo mismo trabajar en salud mental, que trabajar con yo qué sé, en servicios sociales, que trabajar con una discapacidad. Si tú trabajas con las discapacidades te formas en ese tipo de discapacitados. En salud mental infantil tenemos que conocer muy bien las normas, las leyes, la situación de porque es trabajamos siempre pensando en el superior beneficio del menor. El menor, el cuidado menor está por encima del de los adultos.

Entonces, vamos a proteger al niño, a pesar incluso de sus familias, les vamos a acompañar en el buen trato, que es lo que dice la ley, el buen trato. Vamos a procurar que la crianza de este niño tenga un buen trato, para eso vamos a trabajar con los padres y vamos a trabajar desde aquí. Cómo hacemos una un acompañamiento a las situaciones económicas precarias, las situaciones de violencia, voy a sentar a los padres, vamos a hacer mediación, voy a vincular con ellos para que entiendan que hay que modificar algo de la crianza. Si son adolescentes, voy a trabajar con el niño, con el adolescente y con los padres, para mediar en esa situación de súper grave edad, que es la adolescencia. Voy a hacer mediación. Voy a intentar que el niño vincule con su psiquiatra y los problemas que

tienen que ver con los adultos se trabajen fuera de la consulta del psiquiatra y el psicólogo. ¿Por qué? Porque tenemos el tiempo que tenemos. Y al niño tenemos que saber lo que piensa, tenemos que ponerlo en el centro del foco de la atención. Para eso las psiquiatras y las psicólogas, bueno, yo también, pero ellos fundamentalmente, para la terapia tienen que tener clarísimo construir un vínculo de confianza en el que el niño pueda hablar de su malestar emocional, que a lo mejor pasa porque tiene una situación en casa de violencia. Que yo diría que en un 80% del malestar emocional grave pasa por violencia. Han sufrido violencia, han visto violencia, hay violencia económica, hay violencia de género, hay violencia de acoso, pero detrás de un malestar de los niños casi siempre y no por no decir siempre, puede haber violencia o, en el en el cuidado o por exceso de cuidado. Tu niño le puedes proteger en exceso y estás construyendo un niño que va a tener dificultades. Vale, bueno, pues vamos a sacar todos los problemas que tienen que ver con los adultos fuera del despacho de los de psiquiatras y psicólogas. De tal manera, incluso con enfermería, enfermería va a trabajar con la alimentación, con la relajación, con la de sexualidad hablan de su programa de continuidad, y su filosofía, tiene que ver con el cuidado físico. ¿Qué hacemos nosotras? Pues trabajamos con toda, con todas esas condicionantes de la salud. Todos los condicionantes de la salud están en los padres, ya te digo, todos los problemas que tienen que ver con los adultos los sacamos fuera para que hagan una buena terapia y yo lo que voy a hacer es trabajar con esos padres para que acondicionen cualquier cosa a favor de los niños.

¿Ha quedado claro? Entonces para eso, ¿Qué vamos a hacer? Ya te digo, voy a vincular con el niño, si es adolescente, voy a ligar con el adolescente, voy a procurarles actividades de ocio sensatas, sanas, para que se despegue también del vínculo a lo mejor patológico de los padres que se escape de esa relación patológica familiar. Voy a trabajar con la familia. Todo eso que te he dicho yo voy a trabajar la ed. Bueno. Todo esto trabajarlo con el equipo. ¿Cómo lo hacemos? Lo tengo clarísimo. Tú tienes que hacer esto. Hago lo otro, la enfermera que haga lo otro. Nos juntamos el miércoles. Hablamos de los casos y construimos la filosofía. La que ya ni lo escribimos. Bueno, ponemos los objetivos en la hay una ficha que debería recoger esto, pero como no está todavía en Internet, no los no lo estamos haciendo. Yo todavía no lo hago, lo hice en papel, pero ahora no lo estoy haciendo bien. Eso es digamos que en el equipo vamos a trabajar en equipo vamos a construir qué red necesita el niño. Pues desde actividades de ocio hasta derivación de servicios sociales, porque una situación económica precaria. Coordinación con el Colegio

porque hay una situación grave de violencia, no entendemos qué le pasa a la niña porque viene con la madre, nos cuenta una milonga y resulta que en el colegio es otra niña distinta a lo que nos dicen. Aquí construimos el niño de forma global. Yo tengo un dibujo que tuviste el otro día que es un niño con como si fuese un rompecabezas, no, dónde tiene que encajar perfectamente las piezas si tú solo ves una parte de un niño, no sabes qué le pasa realmente. Tú puedes verle neurología y le ves una vez cada 6 meses. Le dices este niño parece un poco nervioso. Es un niño hiperactivo, le das medicación y no tienes en cuenta el resto de los del niño. Estás haciendo un pan como unas hostias y lo digo porque quiero. O sea, no estás haciendo nada, no vale para nada.

Desdibujamos a esos niños. Bien, pues ya tenemos al niño, tenemos a la familia, tenemos la red y luego trabajamos de forma comunitaria, trabajamos desde la Comunidad, hacemos formación, hacemos encuentros, hacemos programas globales de intervención con los colegios de intervención en los barrios.

Entrevistadora

La efectividad del programa. ¿Cómo lo valoras? ¿Crees que es eficiente, que no, que se necesita mejorar x?

Entrevistada 2

A ver, yo lo que necesito para para ser más eficaz necesito más tiempo, necesito mucho más tiempo para vincular con los pacientes, para hacer un buen acompañamiento, para hacer más visitas a domicilio. Tener tiempo suficiente con el equipo para poder discutir, para poder hablar sobre un caso. Nosotros estamos saltando, tenemos una reunión los miércoles, pero estamos a matacaballo. Yo en mi agenda es una castaña, o sea yo no tengo un como los adultos. Venga, ahora viene Pepito, ósea, es viene un niño, lo tengo que ver, viene una madre, me cuenta una historia, estamos improvisando permanentemente, viene a ver a la psiquiatra y está mal y yo le tengo que ver porque la madre que muchas veces está sola, sin cargas, con cargas familiares no compartidas, que le van a echar el trabajo que la niña está metiéndose en líos graves y la tengo que ver aquí y ahora no vale decir: Ay, espera porque te voy a ver dentro un mes, no tiene eso, no es eficaz. Ni eficiente ni vale para nada. No vale para nada. Entonces es preferible que estén aquí una mañana entera con la enfermera, con la psiquiatra y conmigo y con la psicóloga que venga porque les estamos desgraciando la vida. Si queremos trabajar en equipo, vamos a facilitarle la

vida a nuestra población diana, que la población diana son los niños, los papás, o sea, yo le tengo que facilitar a ellos la vida. Y yo ya si acaso, ya me vuelvo loca con lo que toque. No pasa nada, pero si no lo hacemos así no vale para nada. No vale ver un niño cada 3 meses y un padre cada 5 y un no, no. O sea, venimos. Es muy eficaz verles todos a la vez y a lo bestia y luego verlos en dos meses, pero la intervención que hemos hecho a lo bestia 3 horas es mucho más eficaz.

Luego cada uno nos quedamos con nuestras citas. Enfermera ve sus citas o no, o las vemos juntas, por ejemplo, pues ella la ve en relajación, pero yo hablo de las bandas, hablo de la relación con su madre y con su padre. ¿Y qué está pasando en el Cole? Y yo hablo de violencia, hablo de la interacción social. De derivarle a recursos sociales y enfermera, habla de la medicación y habla de cuídate físicamente que duermas y el teléfono.

Necesito tiempo ya y garantizar la coordinación. Necesito que me reorganicen.

Bueno, cuando yo empecé no había equipos de salud mental. Cuando empezamos era como una lucha y ahora estamos todos en todas partes. Tenemos un equipo completo, psiquiatra, psicólogo, trabajador social, enfermería. Eso ha sido mágico. De verdad que ha sido desde el año 2010, pico y pala, pico y pala. Ahora estamos, pero ahora tenemos que ir más allá. Tenemos que ir hacia la eficiencia y la eficacia. ¿Cómo? viendo ratios de población no es lo mismo un distrito como Ciudad Lineal que San Blas, que tiene 1/4 de nuestro distrito, no es lo mismo cómo trabajan ellas que pueden trabajar con grupos, que yo que estoy, que me voy a encender un día corriendo por los pasillos. Entonces necesitamos mejorar en ratios. Mejorar en poblaciones de vulnerabilidad en función de la vulnerabilidad. No es lo mismo trabajar en Serrano que trabajar en San Blas o trabajar en la Elipa, porque tenemos muchísimos condicionantes de la salud. Y eso necesitamos y profesionales suficientes para dar respuestas suficientes a la peculiaridad de la población que estamos atendiendo. A lo mejor tenemos muchos niños pequeños y porque estamos en yo qué sé estamos en las rosas, en la parte nueva de las rosas y ahí vamos a tener muchos niños. Pero yo aquí lo que tengo es mucha inmigración, muchas bandas, mucho adolescente metiéndose en líos gordos, mucha población pobre, muchas mujeres solas, mucha feminización de la pobreza y del maltrato. Yo tengo que ser, además de ser especialista en la infancia y en la salud mental, tengo que ser especialista en bandas. Tengo que saber mucho de nuevas tecnologías de estar al loro para que hablemos un lenguaje común, etc.

Entrevistadora

¿Qué barreras identificas?

Entrevistada 2

Pues bueno, los recursos, la accesibilidad de los recursos. Absurdo, o sea, no me puede decir el CAI que no le atiende porque es porque tiene una patología mental, eso no es una barrera, eso es un atentado en contra del de su infanticidio, es decir, eso. ¿O sea, qué pasa, que, si es diabético, sí lo vas a ver? ¿Y si tiene una patología mental, qué tiene que ver con su patología? ¿Porque tiene una situación de violencia previa, porque ha sufrido violencia sexual previamente, porque ha tenido una negligencia en el cuidado y tú no me lo vas a ver? Vamos, ni de coña. ¿Sabes?

Es que hay muchísimos más recursos en la en los en adultos que en la infantil. Y yo creo que la pirámide es que está totalmente invertida. Donde se tiene que poner los recursos es en la infancia, que es lo que haces prevenir el malestar emocional en el futuro y poner más en lo socio.

12.3.3 CSM Puerta del Hierro

Entrevistadora

Definición del programa continuidad de cuidados.

Entrevistada 3

El programa de continuidad de cuidados es un programa dirigido a pacientes con enfermedad mental grave que requieren una atención integral y global, es decir, que requieren regularidad, continuidad, coordinación en red porque son pacientes complejos y que requieren la atención de más de un profesional.

Entrevistadora

¿Qué objetivos y cuál es la población diana de este programa?

Entrevistada 3

Chicos y chicas menores de 18 años con un diagnóstico de trastorno mental grave o bien también con situaciones de riesgo social graves, que tienen una clínica grave, pero tienen una situación de riesgo social. O sea, puede si hay riesgo social, pero igual la clínica no es tan grave, también puede ser dentro de continuidad de cuidados porque requiere de una atención integral. Requieren, por así decirlo un poco, un paciente, por ejemplo, es atendido por un psicólogo y si el psicólogo cree, ve una situación conflictiva entre los padres, ve una situación económica, social, compleja, precaria, ve absentismo escolar, acoso escolar, abuso, etc. Son situaciones que están añadidas a la clínica de acuerdo y que requieren un programa de contenido de cuidados, que es esa visión global.

Entrevistadora

Vale 1 de los objetivos es ese, no es ese acompañamiento para

Entrevistada 3

Ese acompañamiento en todas sus necesidades.

Entrevistadora

¿Diferencias y semejanzas o qué se parecen? ¿Y qué se diferencian? El del programa de continuidad de cuidados de adultos al de infanto-juvenil.

Entrevistada 3

En el de infantil hay un trabajo familiar mucho más intensivo, y también es verdad que, en infantil, al haber muchos más recursos que intervienen con menores, también es verdad que la coordinación es mucho más importante, o sea, damos mucho más, hacemos mucho más hincapié en la coordinación, el programa en continuidad de cuidados, por así decirlo. La coordinación es más interna de todo, es recursos de la red de salud mental. Normalmente y cuando sales a infantil empiezas a trabajar con instituciones que no tienen que ver con salir, con sanidad. Hay trabajos con educación, con justicia, con servicios sociales y es en adultos no ocurre.

Entrevistadora

¿Qué rol tiene la trabajadora social dentro de este programa?

Entrevistada 3

Pues trabajo con familias fundamentalmente, y todo el trabajo en red, que es principal para para trabajo con menores.

Entrevistadora

La eficacia de la coordinación o dificultades en la en las que te enfrentaste con la coordinación ¿Es eficaz este programa?

Entrevistada 3

Eficaz es, si se hace bien el programa. El problema es el tiempo. La coordinación requiere de mucho tiempo y en las agendas no hay tiempo para la coordinación. Y luego, por otro lado, es verdad que lo que tenemos que trabajar mucho es que el paciente no es de ningún sitio, sino que es de todos, es decir, el paciente no es un problema de educación, no es un problema de servicios sociales, no es un problema de Justicia, no es un problema de salud mental, es un problema que tiene en la familia y hay que ver desde los todos los ámbitos cómo poder trabajar mejor. Entonces hay veces que no nos ponemos de acuerdo. Hay que consensuar. Hay que delimitar bien, y trabajar muy bien las necesidades del paciente y cómo podemos cubrirlas de la mejor manera. Y yo creo que hay a veces bueno, se da una pelea en lo que es social y lo que es clínico, como que las dos partes tienen que estar separadas. Esto es social y clínico las dos y a veces desde salud mental, Los psiquiatras muchas veces es verdad que a veces dicen, no es que esto es un tema social. Vale, pero el tema social está generando una clínica y en la clínica hay que tratarla. Entonces es cierto que si no trabajas con la familia o con los problemas sociales no mejora la clínica. Por lo tanto, tienes que intervenir en las dos partes, pero está claro que la clínica hay, se está autolesionando, existe un episodio depresivo.

Entrevistadora

Justo y ya para acabar. ¿Eh, que barreras crees que son las con las que más os enfrentáis a la hora de la implementación de este programa? Bueno, yo creo que va mucho ligado a la pregunta anterior, no el tiempo.

Entrevistada 3

Claro, el tiempo.

Entrevistadora

¿La coordinación o no?

Entrevistada 3

A ver, yo creo que las barreras son justamente el poder coordinarte, claro, tú date cuenta de que cuando hacemos mesas de trabajo con los menores que hacemos mesas de trabajo en que en los que interviene todas las instituciones que te he dicho antes, son de 1 hora y pico, con educación, el Instituto, servicios sociales, está cualquier entidad que trabaja con el menor, la Fundación Tomillo, Cruz Roja, entidades privadas, entidades locales.

Entrevistadora

¿Atención primaria, también?

Entrevistada 3

Atención primaria, pero atención primaria no es suele estar. Esta atención primaria está en la CAF que es diferente. La CAF es cuando hay una situación de riesgo. La mesa de trabajo es cuando empiezan a empezar a intervenir mucha gente y hay que definir lo que está haciendo cada uno, porque las familias, además desde la angustia, empiezan a picotear. Voy a servicios sociales, voy a este psicólogo privado, voy a tal. Entonces todas esas instituciones los tenemos que la trabajadora social tiene que organizar, tiene que poner orden y ver lo que está haciendo cada uno y hay veces que es a ver, no empezamos por esto, por esto, hay que poder un poco de orden. Para mí las barreras sobre todo es el tiempo y la falta de recursos. Al final hay menores y hay muchos menos recursos que en adultos. Por ejemplo, las listas de espera de hospitales de día, los tratamientos intensivos. O sea, la falta de recursos es un problema brutal.

Psicólogos no hay muchos, por ejemplo, psiquiatras hay unos pocos más, Majadahonda está en un poco más de ratio, pero psicólogos no. Entonces la falta de recursos es muy, muy gorda, claro. Ya te digo que ahora mismo es la lista de espera de psiquiatría. No, no es tan gorda, pero por todo lo demás, hospitales de los hospitales de día a día, adolescentes tienen una lista de espera de 1 año.

El problema de los adolescentes no está en las plazas de húmedo de hospital de día, sino en la prevención que se hace desde el principio, porque claro, los menores llegan a la planta y ya con intentos autolíticos. Entonces hay que ver qué se ha hecho antes y lo que se ha hecho antes y esto no se ha podido hacer porque esa coordinación o ese trabajo no ha sido posible o no se ha detectado en el Instituto, en servicios sociales, en salud mental no se ha podido trabajar porque la base para que no estallen los pacientes es el programa de contenido de cuidados. Cuando el programa de contenido de cuidados no funciona, los pacientes se agravan y entonces, claro, necesitamos plazas de hospitales de día y plazas de UME.

Entrevistadora

Que el programa de Continuidades es como la base de la prevención.

Entrevistada 3

Es la base. Si hay un programa de contenida de cuidados fuerte, los pacientes no van a llegar a la planta o van a llegar a la planta menos graves, pero no necesitamos. Lo que se está demostrando es que no, no debería necesitarse plazas de hospitales de día o plazas de UME dada la gravedad, pero que el problema no está ahí. El problema está en que el programa de contenido de cuidados no funciona como debería funcionar por todo lo que estamos hablando, no por el tiempo en la coordinación, por el tiempo de poder pensar que necesita el paciente, porque los profesionales al final lo que ocurre es que vamos como pudieron sin cabeza y no nos paramos muchas veces a ver qué necesita el paciente. Pensar en el paciente.

12.3.4 Focus Group

Entrevistadora

¿Qué es el programa de continuidad de cuidados para vosotros, una definición?

Psiquiatra

Un programa de atención a adolescentes con trastorno mental grave, en el que se aborda de manera multidisciplinar la patología que tiene y el seguimiento que tenemos que hacer desde el punto de salud mental.

Enfermera

Yo diría que es como un seguimiento más intensivo a aquellos niños adolescentes, que bueno, que tienen más dificultades a nivel social, a nivel escolar, a nivel de con problemas graves de salud mental, y bueno, que requieren más apoyo tanto de El Centro de Salud mental como de servicios sociales y necesitan muchos recursos.

Entrevistadora

¿Vale, cuál es la población diana de este programa y qué objetivos tiene?

Psicólogo

Pues la población diana, como he dicho la psiquiatra, son pacientes que están censados en el trastorno mental grave de cero a 18 años. Esa es la población diana, es decir, todos aquellos pacientes que tienen un trastorno psicopatológico complicado, que pueden tener una evolución tórpida, que tiene una situación socio familiar complicada y esa es la población diana.

Alba

Otra parte, los objetivos.

Psicólogo

Pues los objetivos son asegurar que estos pacientes están bien atendidos, que los tenemos controlados de alguna forma, que estamos ahí, como sabiendo si vienen a las consultas, si están con su medicación, si tienen la intervención psicosocial. Y eso son un poco los objetivos en que permanezcan, en el desarrollo evolutivo que tengan y en la clínica psicopatológica que estén vinculados con el Centro de salud, y con el hospital para poder asegurar que van evolucionando bien dentro de sus características.

Entrevistadora

¿Vale, qué diferencias o en qué se parecen el programa de continuidades de cuidados en población infantojuvenil al de adultos?

Psicólogo

Pues yo lo que te diría es que como no soy de adulto, se lo tendría que preguntar a los de adultos.

Enfermera

Sí, yo creo que ahí bueno, también en adultos, lo que se hace un poco es lo que se parece, como en el seguimiento de intentar que estos pacientes no se pierdan, o sea, que siempre tengan como un vínculo con alguien del Centro de salud Mental y que en cada cierto tiempo ir revisando y viendo qué tal está. Y bueno, pues eso, estar ahí como siempre presentes.

Psiquiatra

Si necesita mediación o demás, y a parte los recursos son diferentes. En los recursos a los que podemos derivar son diferentes y luego el tema de la intervención con sus familias también es diferente, ya que un menor de edad hay que tener en cuenta si o si a su familia, y en un adulto no siempre.

Entrevistadora

¿Qué rol tenéis cada 1 dentro del programa?

Psicólogo

Pues yo, el rol que tengo ahora es de derivar, es decir, como psicólogo clínico que ve paciente con trastorno mental grave, lo pongo en conocimiento de mis compañeros para que lo metan dentro del censo y podamos organizar reuniones para poder hablar con el equipo de ese paciente.

Psiquiatra

Desde psiquiatría, ver la situación psicopatológica del paciente y también ver de qué recursos se puede beneficiar y si a nivel clínico, a nivel de continuidad asistencial, pues está haciendo de la manera adecuada.

Enfermera

Desde enfermería, pues como ha dicho el psicólogo, llevar el registro de los pacientes que derivan, que a lo mejor les están viendo y quieren que cada cierto tiempo veamos y están viniendo si no están viniendo. Por otro lado, también estoy en las reuniones junto con otra psiquiatra de continuidad de cuidados que ahí se presentan los pacientes que se entienden graves, pero quieren hablarlo y ponerlo en común para ver qué tipo de recurso a lo mejor es el más adecuado y ver que se hace con ese paciente. Y a partir de ahora estoy en la Comisión de continuidad de cuidados, que ahí digamos que hay un especialista, o sea un profesional de trabajo social, enfermería, psiquiatra, de hospital de día de aquí de la urgencia, para aquellos pacientes que necesitan pensarse en común y que generan muchas dudas y son pues a lo mejor de lo más graves o más complicados, hablarlos en esa reunión y tomar decisiones.

Entrevistadora

Vale la eficacia en la coordinación. ¿Crees que hay dificultades de coordinación? ¿Es eficaz, ¿no?

Psiquiatra

Sí, es eficaz, necesaria. Siempre hay algún tipo de dificultades a nivel logístico, sobre todo a nivel de agendas, pero es altamente eficaz y obligatoriamente necesario en pacientes graves.

Entrevistadora

Y ya como último y acabamos. Las barreras más comunes con las que os enfrentáis los profesionales sobre la implantación.

Psiquiatra

Pues yo creo que la logística es una barrera importante, o sea, la carga asistencial. Muchas veces nos dificulta una coordinación adecuada entre los profesionales.

Enfermera

Yo te diría ahí un poco, a veces como la falta de espacio en las agendas. Al final, bueno, pues no está como muy estandarizado. ¿Protocolizado no? El tiempo que le tenemos que dedicar cada una y bueno es a veces dificulta un poco el trabajo que hay.

Psiquiatría

Sí.

Entrevistadora

Muchas gracias.