

Arévalo García-Gasco, Míguela  
Béjar Trancón, Agustín  
Berjano Murga, Nieves  
Catalina Fernández, Cristina  
Cruz Martínez, Daniel  
Dominguez Arroyo, José Antonio  
Elúa Samaniego, Ana  
Fernández Rozas, Jesús  
Galán, Antonio  
Goiburu, Aloña  
Gomá, Marta  
Gómez García, Mª Dolores  
González Serrano, Fernando  
Gordo, Leire  
Hernanz Ruiz, Manuel  
Iriarte, Leire  
Iriondo Villaverde, Odei  
Labin, Agustina  
Liaño Sedano, Carolina  
Llairó, Antónia  
Llona, Arantza  
Martín López-Andrade, Laura  
Martínez Pampliega, Ana  
Palacio Espasa, Francisco  
Pintó López, Martí  
Ramos Fuentes, Maribel  
Reyes de Uribe Zorita, Isabel  
Sanz Iglesias, Albert  
Sellarès Viola, Rosa  
Taborda, Alejandra  
Vaccari, Francisco  
Valdivieso Burón, Celia  
Vaz Leal, Francisco-José  
Vegazo Sánchez, Esmeralda  
Velasco Azkue, Mª Carmen

**N.º 64**  
**2º semestre**

2017

# Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

SEPΨPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y  
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

ISSN: 1575-5967

Miembro de la International Association Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions  
de la European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector y  
de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.)



# Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

*La Revista Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente es una publicación semestral dirigida a profesionales de la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia. Está especializada en las temáticas relacionadas con la psicología clínica, la psiquiatría y la psicoterapia de niños y adolescentes desde un punto de vista psicoanalítico.*

*La revista admite publicaciones presentadas en los Congresos anuales de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) así como las comunicaciones libres seleccionadas para su presentación en dichos congresos. También admite conferencias y aportaciones libres.*

*Su publicación es en castellano aunque permite la contribución original de trabajos en inglés.*

Los editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

## DIRECTOR DE PUBLICACIONES

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

## CONSEJO DIRECCIÓN

*Directora:* Leire Iriarte Elejalde (Bilbao)

*Director Adjunto:* Francisco Vaccari Remolina (Bilbao)

## COMITÉ EDITORIAL

Daniel Cruz Martínez (Barcelona)  
Margarita Alcamí Pertejo (Madrid)  
Ángeles Torner Hernández (Madrid)  
Alicia Sánchez Suárez (Madrid)  
Aurelio J. Alvarez Fernández (Asturias)

Ainara González Villanueva (Bilbao)  
Fernando González Serrano (Bilbao)  
Agustín Béjar Trancón (Badajoz)  
María Dolores Gómez García (Sevilla)  
Encarnación Mollejo Aparicio (Madrid)

## COMITÉ ASESOR

Jaume Baró Universidad de Lleida (Lleida)  
Michel Botbol Universidad de Bretaña Occidental (París)  
Alain Braconnier Centro Alfre Binet (París)  
M<sup>a</sup> Luisa Castillo Asociación Psicoanalítica Madrid (Bilbao)  
Miguel Cherro Aguerre Universidad del Desarrollo Montevideo  
Ana Estevez Universidad de Deusto (Bilbao)  
Graziela Fava Vizziello. Universidad Padova (Padova)  
Marian Fernández Galindo (Madrid)  
Osvaldo Frizzera Universidad UCES (Buenos Aires)  
Pablo García Túnez (Granada)  
Bernard Golse Univesidad Paris Descartes (Paris)  
Carmen González Noguera (Las Palmas)  
Susana Gorbeña Etxebarria Universidad Deusto (Bilbao)  
Leticia Escario Rodríguez (Barcelona)  
Philippe Jeammet Universidad Paris VI (Francia)  
Beatriz Janin Universidad UCES (Buenos Aires)  
Paulina F. Kernberg University Cornell (Nueva York) †  
Otto Kernberg University Cornell (Nueva York)  
Cristina Molins Garrido (Madrid)

Juan Larbán ADISAMEF (Ibiza)  
Alberto Lasa Zulueta Universidad del País Vasco (Bilbao)  
Ana Jiménez Pascual Unidad USMIJ(Alcázar de San Juan)  
Mercè Mabres Fundació Eulàlia Torras (Barcelona)  
Roger Misés (París)  
Marie Rose Moro Univesidad Paris Descartes (Paris)  
Francisco Palacio Espasa Universidad de Ginebra (Suiza)  
Fátima Pegenaute Universitat Ramon LLull (Barcelona)  
María Cristina Rojas Universidad UCES (Buenos Aires)  
Rosa Silver (Universidad de Buenos Aires)  
Mario Speranza Centro Hospitalario Versalles (Francia)  
Remei Tarragò Riverola Fundació Eulàlia Torras (Barcelona)  
Jorge Tizón García (Barcelona)  
Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián)  
Koldo Totorika Pagaldai Universidad del País Vasco (Bilbao)  
Eulalia Torras Fundació Eulàlia Torras (Barcelona)  
Mercedes Valle Trapero Hospital Clínica San Carlos (Madrid)  
Francisco José Vaz Leal (Universidad de Extremadura)  
Juan Manzano Garrido (Ginebra)

# INDICE:

|  |     |
|--|-----|
| <b>La intervención clínica con pacientes en riesgo psicosocial: demandas, desencuentros y oportunidades</b><br><i>Antonio Galán</i> .....  | 9   |
| <b>Representaciones maternas y observación madre-bebé</b><br><i>Antònia Llairó y Marta Gomà</i> .....  | 23  |
| <b>La adolescencia en una sociedad en crisis: crisis en la crisis</b><br><i>Manuel Hernanz Ruiz y Fernando González Serrano</i> .....  | 29  |
| <b>Recursos intermedios en el abordaje de menores con trastorno mental grave. Valoración psicopatológica de un caso atendido en una unidad terapéutico- educativa</b><br><i>Carolina Liaño Sedano, Daniel Cruz Martínez, M. Dolores Gómez García, Francisco Palacio Espasa</i> ..... | 41  |
| <b>Tramas de la constitución subjetiva y la complejidad del diagnóstico de niños desde un enfoque relacional (1ª parte)</b><br><i>Alejandra Taborda y Agustina Labin</i> .....   | 47  |
| <b>La intervención post-adoptiva en Bizkaia: Estudio y análisis sobre la realidad del estado psicológico de la población adoptiva</b><br><i>Ma Carmen Velasco Azkue, Arantza Llona y Aloña Goiburu</i> .....   | 63  |
| <b>Adolescencia y duelo: a propósito de un caso</b><br><i>Isabel Reyes de Uribe Zorita, Esmeralda Vegazo Sánchez y Cristina Catalina Fernández</i> .....   | 69  |
| <b>El sueño y la ecografía: imágenes de la gestante</b><br><i>Agustín Béjar Trancón, Nieves Berjano Murga, Maribel Ramos Fuentes, José Antonio Domínguez Arroyo, Francisco-José Vaz Leal</i> .....   | 75  |
| <b>La continuidad de cuidados en salud mental y la construcción de la red de protección en los menores en riesgo</b><br><i>Miguela Arévalo García-Gasco</i> .....  | 83  |
| <b>Crisis sociales y trauma. Su impacto en la relación terapéutica</b><br><i>Francisco Vaccari y Fernando González Serrano</i> .....   | 95  |
| <b>El proyecto “seguim”. Una modalidad de intervención multidisciplinar para la prevención del abandono escolar</b><br><i>Rosa Sellarès Viola, Albert Sanz Iglesias, Martí Pintó López</i> .....   | 99  |
| <b>Un lugar para los sentimientos negativos</b><br><i>Ana Elúa Samaniego, Cristina Catalina Fernández, Celia Valdivieso Burón y Laura Martín López-Andrade</i> .....   | 107 |
| <b>La relación entre las competencias paterna y materna y el ajuste socioemocional de bebés de 0 a 2 años de la CAV</b><br><i>Leire Gordo, Ana Martínez Pampliega y Leire Iriarte</i> .....  | 113 |
| <b>Identidad, género y confusión</b><br><i>Odei Irtondo Villaverde y Jesús Fernández Rozas</i> .....   | 119 |
| <b>Impacto de los determinantes sociales en la psicopatología de adolescentes ingresados en un hospital de día comunitario</b><br><i>Ollé-Llopis Ivan, Erra-Mas Núria, Dote-Vaca Mireia, Tejedor-García Marta, Cruz-Martínez Daniel</i> .....  | 125 |
| <b>Intervención con terapia ocupacional en una situación aguda de acoso escolar</b><br><i>Ma Dolores Hurtado Montiel, Dulce Herrera Gálvez, Inmaculada C. Rodríguez Rojo</i> .....   | 131 |

**Edición:** Selene Editorial, S.L. C/ Jerez, 21 (28231) Las Rozas, Madrid. [www.editorialselene.com](http://www.editorialselene.com)

**Impresión:** Sorles, León

**E-mail de información y envío de artículos:** [publicaciones@sepyrna.com](mailto:publicaciones@sepyrna.com)

**Página Web:** <http://www.sepyrna.com/revista-sepyrna/>

**Depósito Legal:** M-35677-1985 / ISSN: 1575-5967

**Periodicidad:** semestral

**Suscripción anual:** 60 €

**Precio por ejemplar:** 35 €

La Revista **Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente** está incluida en los siguientes índices y bases de datos:

- LATINDEX: Sistema Regional de Información en línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. <http://www.latindex.unam.mx>
- PSICODOC: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. <http://www.psicodoc.org/acerca.htm>
- DIALNET: Portal bibliográfico sobre literatura científica hispana. Categoría B según los criterios de evaluación de revistas de CIRC (Clasificación Integrada de Revistas Científicas). <http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=16139>
- ISOC: Base de datos de sumarios ISOC-CSIC. <http://www.cindoc.csic.es/servicios/isocinf.html>
- DULCINEA: Acceso abierto a la producción científica en España. <http://www.accesoabierto.net/dulcinea/consulta.php?directorio=dulcinea&campo=ID&texto=1980>
- FEAP: Anuario de publicaciones de Psicoterapia en Lengua Española. <http://www.feap.es/anuarios/2010/html/RevSP13.html>
- IBECS: Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud. <http://ibecs.isciii.es/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&base=IBECS&lang=e>
- EBSCO: Base de datos que ofrece textos completos, índices y publicaciones periódicas académicas que cubren diferentes áreas de las ciencias y humanidades. <http://www.ebsco.com/>

Sistema de selección de los originales:

- Publicación de ponencias presentadas en los Congresos anuales de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.)
- Selección de comunicaciones presentadas en los Congresos de S.E.P.Y.P.N.A.
- Conferencias.
- Aportaciones libres

Los Editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

#### **JUNTA DIRECTIVA DE SEPYRNA**

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Presidente:                   | Fernando González Serrano (Bilbao)      |
| Vicepresidente-tesorera       | Encarnación Mollejo Aparicio (Madrid)   |
| Vicetesorero:                 | Margarita Alcamí Pertejo (Madrid)       |
| Secretaria:                   | Alicia Sánchez Suárez (Madrid)          |
| Vicesecretaria:               | Angeles Torner Hernández (Madrid)       |
| Vocales:                      | Aurelio J. Alvarez Fernández (Asturias) |
|                               | Agustín Bejar Trancón (Badajoz)         |
|                               | Daniel Cruz Martínez (Barcelona)        |
|                               | María Dolores Gómez Garcia (Sevilla)    |
|                               | Leire Iriarte Elejalde (Bilbao)         |
| Responsable de publicaciones: | Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)            |

---

Página web: [www.sepypna.com](http://www.sepypna.com)

---

## INDEX:

---

|   |     |
|---|-----|
| <b>Clinical intervention with patients at psychosocial risk: demands, disagreements and opportunities</b><br><i>Antonio Galán</i> .....   | 9   |
| <b>Maternal representations and mother-baby observation</b><br><i>Antònia Llairó y Marta Gomà</i> .....   | 23  |
| <b>Adolescence in a society in crisis: crisis in the crisis</b><br><i>Manuel Hernanz Ruiz y Fernando González Serrano</i> .....   | 29  |
| <b>Intermediate resources as part of the treatment for minors with severe mental disorder. Psychopathological assessment in a case from a therapeutic-educational unit</b><br><i>Carolina Liaño Sedano, Daniel Cruz Martínez, M. Dolores Gómez García, Francisco Palacio Espasa</i> ..... | 41  |
| <b>Paths of subjective constitution and the complexity of child diagnosis from a relational approach</b><br><i>Alejandra Taborda y Agustina Labin</i> .....   | 47  |
| <b>Post-adoptive intervention in Bizkaia: Study and analysis on the reality of the psychological state of the adoptive population</b><br><i>Ma Carmen Velasco Azkue, Arantza Llona y Aloña Goiburu</i> .....  | 63  |
| <b>Adolescence and grief: regarding a case</b><br><i>Isabel Reyes de Uribe Zorita, Esmeralda Vegazo Sánchez y Cristina Catalina Fernández</i> .....   | 69  |
| <b>Dreams and echography: images of the pregnant woman</b><br><i>Agustín Béjar Trancón, Nieves Berjano Murga, Maribel Ramos Fuentes, José Antonio Domínguez Arroyo, Francisco-José Vaz Leal</i> .....   | 75  |
| <b>The continuity of mental health care and the construction of the protection network for children at risk</b><br><i>Miguela Arévalo García-Gasco</i> .....  | 83  |
| <b>Impact of trauma and social crises on the therapeutic relationship</b><br><i>Francisco Vaccari y Fernando González Serrano</i> .....   | 95  |
| <b>The “seguim” project. A modality of multidisciplinary intervention for the prevention of school dropout</b><br><i>Rosa Sellarès Viola, Albert Sanz Iglesias, Martí Pintó López</i> .....   | 99  |
| <b>A place for negative feelings</b><br><i>Ana Elúa Samaniego, Cristina Catalina Fernández, Celia Valdivieso Burón y Laura Martín López-Andrade</i> .....   | 107 |
| <b>The relationship between paternal and maternal competences and the socio- emotional adjustment of babies from 0 to 2 years of the basque country</b><br><i>Leire Gordo, Ana Martínez Pampliega y Leire Iriarte</i> .....   | 113 |
| <b>Identity, gender and confusion</b><br><i>Odei Iriondo Villaverde y Jesús Fernández Rozas</i> .....   | 119 |
| <b>Impact of social determinants in the psychopathology of adolescents in a community day care hospital</b><br><i>Ollé-Llopis Ivan, Erra-Mas Nùria, Dote-Vaca Mireia, Tejedor-García Marta, Cruz-Martínez Daniel</i> .....  | 125 |
| <b>Intervention with occupational therapy in an acute situation of school harassment</b><br><i>Ma Dolores Hurtado Montiel, Dulce Herrera Gálvez, Inmaculada C. Rodríguez Rojo</i> .....   | 131 |

---

---

# LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN SALUD MENTAL Y LA CONSTRUCCIÓN DE LA RED DE PROTECCIÓN EN LOS MENORES EN RIESGO\*

## THE CONTINUITY OF MENTAL HEALTH CARE AND THE CONSTRUCTION OF THE PROTECTION NETWORK FOR CHILDREN AT RISK

Miguela Arévalo García-Gasco\*\*

---

### RESUMEN

Este trabajo pretende abordar la atención a los menores en salud mental, desde la prevención y la atención del riesgo psicosocial de forma holística hasta la construcción de la atención en red en su ámbito comunitario. El objetivo es lograr una intervención más eficaz que garantice la continuidad de cuidados abordando todas las contingencias que aparezcan en las distintas etapas de la vida, evitando la institucionalización y la medicalización, y respetando los derechos que amparan a los niños.

**Palabras clave:** Salud, mental, menores, riesgo psicosocial, continuidad asistencial

### ABSTRACT

This work tries to tackle the attention of minors in mental health, from the prevention and attention of the psychosocial risk in a holistic way, to the construction of the network attention, in its community level. The

aim is to reach a more efficient intervention able to guarantee the continuity of the attentions, facing all the risks that appear in the different life stages, avoiding the institutionalization and medication, plus, respecting the rights that protect children.

**key words:** Health, mental, minors, psychosocial risk, continuity assistance

La atención integral a los menores en Salud Mental es un reto que aun hoy no se ha conseguido del todo. Hace más de 15 años, desde el Centro de Salud Mental de Ciudad Lineal la Dra. Lucía Álvarez- Buylla y yo, como Trabajadora Social Sanitaria del equipo infantil, empezamos a plantearnos cómo debería ser la intervención con menores en situación de riesgo psico-social.

De esta reflexión nació el Programa de Continuidad de Cuidados (Arévalo, M. y Álvarez- Buylla, L. (2009), que en febrero de 2014 fue recogida en el documento

---

\* Comunicación presentada en el XXIXI Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Crisis sociales y salud mental: Expresiones psicopatológicas y respuestas terapéuticas" tuvo lugar en Granada los días 31 de marzo y 1 de abril de 2017.

\*\* Graduada en Trabajo Social. Centro de Salud Mental de Ciudad Lineal. Programa Infante - Juvenil. Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. E-mail: miguela.arevalo@salud.madrid.org



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

Este trabajo pretende abordar la atención a los menores en salud mental, desde la prevención y la atención del riesgo psicosocial de forma holística hasta la construcción de la atención en red en su ámbito comunitario. El objetivo es lograr una intervención más eficaz que garantice la continuidad de cuidados abordando todas las contingencias que aparezcan en las distintas etapas de la vida, evitando la institucionalización y la medicalización, y respetando los derechos que amparan a los niños.

### **UNAS REFLEXIONES TEÓRICAS ¿QUÉ ES SALUD MENTAL?, ¿CÓMO SE CONSTRUYE EL PSIQUISMO EN LOS MENORES?**

La OMS (1946) define la salud como «estado de bienestar completo físico, mental y social y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedad» (p 1) Esta definición junto con salud mental como propone Bertolote J. (2008),:

"Esta definición es claramente holística, destinada a superar las antiguas dicotomías del cuerpo frente a la mente y de lo físico frente a lo psíquico. También es una definición pragmática, en la medida en que incorpora a la Medicina una dimensión social, gradualmente desarrollada en Europa durante el siglo XIX (...) mental se refiere a dimensiones de un estado..sería más apropiado utilizar el término bienestar y no salud (bienestar mental o bienestar social.) (...)Un concepto de salud mental: «La salud mental es considerada como una condición que permite el desarrollo físico, intelectual y emocional óptimo de un individuo, en la medida que ello sea compatible con la de otros individuos» (p. 114)

La OMS (1946) con respecto a los menores establece: "El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo" (p.1)

### **¿POR QUÉ TRABAJAR EN LA ETAPA INFANTIL EN SALUD MENTAL?**

Winnicott D. (1963) cuando habla de cómo tratar los trastornos de carácter en Psicoterapia establece la importancia que tiene las primeras experiencias en la infancia para el desarrollo de patologías en la edad adulta, además propone trabajar de forma integral dentro de su proceso del desarrollo:

"(...) Todos los síntomas son producto de unas actitudes específicas del ego que en el análisis se presentan en forma de resistencias y que se han desarrollado durante los conflictos de la infancia."(Fenichel (1945, p 539 mencionado por Winnicott D. (1963 )..Cuando examino trastornos del carácter lo que hago es examinar a las personas completas. El término implica cierto grado de integración, lo cual es por sí mismo un indicio de salud psiquiátrica.(...) El carácter de un niño se forma sobre la base de un proceso ininterrumpido de desarrollo, .. el niño cuenta con un pasado y un futuro,(...) " (P 247-248)

JOHN BOWLBY según Kaplan & Sadock, 2009, mantiene que el vínculo se produce cuando hay "una relación cariñosa, íntima y continuada entre madre e hijo que proporciona satisfacción y disfrute a ambos" con lo cual debe existir una madre que debe presentarse en la mejor disposición para el cuidado. Si la madre no está disponible por su ausencia física o motivos psicológicos, se desarrolla ansiedad en el niño y produce malestar emocional y patología a la larga.

Winnicott D. (1971) habla también sobre la gran importancia que tiene la relación del menor con su madre y dice que:

"Un niño no tiene la menor posibilidad de pasar del principio del placer al de realidad, si no existe una madre lo bastante buena(...) que es la que lleva a cabo la adaptación activa a las necesidades de éste y que la disminuye poco a poco, según la creciente capacidad del niño, (...) para hacer frente al fracaso en materia de adaptación y para tolerar los resultados de la frustración " (p. 40)

Kaplan & Sadock (2009) mantiene según Bowlby, que la conducta del vínculo persiste a lo largo de la vida, de la cuna a la tumba. Los seres humanos continúan vinculados a sus padres con independencia de que los primeros

vínculos fueran o no óptimos. En cualquier etapa de la vida se sigue haciendo vínculos con otras personas (profesores, familiares, entrenadores o hermanos) sobre todo si los vínculos paternos han sido pobres. ( p 163-167), con lo cual existe la esperanza de reparar estos vínculos cuando no han sido suficientemente buenos, trabajando con los menores de la forma lo más prematura posible.

Los Trastornos del vínculo, según JOHN BOWLBY, se caracterizan por una patología biopsicosocial provocada por el abandono materno, la falta de atenciones y de interacción con la madre o su sustituto. (Kaplan & Sadock 2006)"Las experiencias vinculares negativas se han asociado a distintos trastornos-síndromes de trastornos de crecimiento, enanismo psicosocial, trastornos de ansiedad de separación, trastornos de personalidad evitativas, trastornos depresivos, delincuencia, problemas escolares y inteligencia límite."( p 166).

En cuanto a la importancia que tienen el entorno protector para el menor en su desarrollo emocional, Winnicott D. (1971) en " Realidad y juego": mantiene que debe existir un entorno facilitador:

"La dinámica es el proceso de crecimiento, que cada individuo hereda. Se da por sentado el ambiente facilitador, lo bastante bueno, que al comienzo del crecimiento y desarrollo de cada individuo es un sine qua non. Hay genes que determinan pautas..., pero nada sucede en el crecimiento emocional que no se produzca en relación con la existencia del ambiente, que tiene que ser lo bastante bueno(...)el individuo al que se le ve como una unidad autónoma, en la práctica nunca es independiente del medio "(p.216)

En cuanto a la importancia de la continuidad de los cuidados con respecto al desarrollo de los menores, mantiene:

"En nuestra teoría del cuidado del niño, la CONTINUIDAD de dicho cuidado ha llegado a ser un rasgo central del concepto del ambiente facilitador,... puede un bebe, en situación de dependencia, gozar de continuidad en la línea de su vida, y no pasar de una pauta de relación ante lo impredecible y volver a empezar (Milner, 1934 mencionado por Winnicott, 1971 p.220)

## **LOS TRASTORNOS MENTALES GRAVES (TMG) EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA Y LOS FACTORES DE RIESGO**

El concepto de Trastorno Mental Grave, Bardon 2010, mencionado por Alcamí, M. y Ortiz P. (2012):

"alude a una serie de patologías psiquiátricas que pueden aparecer en la infancia o en la adolescencia y que, por su gravedad y su tendencia a la cronicidad, comprometen seriamente el desarrollo emocional, el aprendizaje y la adaptación social de aquellos niños o adolescentes que lo padecen" (p 13)

Para la prevención de los TMG es prioritario que las instituciones que están en primera línea de contacto con las madres y con los menores, como los pediatras, las escuelas infantiles, etc. reconozcan , traten y/o deriven de forma apropiada y eficaz a los menores y padres que presentes factores de riesgo psicosocial.

Pero, ¿qué es riesgo?. Según la OMS. (2002 ) es "La probabilidad de un resultado adverso, o un factor que aumenta esa probabilidad. " (P 3) (...) "los riesgos pueden comprenderse mejor como un constructo social que opera dentro de contextos históricos y culturales particulares y dentro de grupos e instituciones, no sólo a nivel individual" (P 41).

La identificación de las situaciones de estos riesgos en los niños en general es prioritaria para apoyar a las familias en la crianza y eliminar o paliar estas situaciones que predisponen a una mala salud mental, desde la concepción y embarazo de la madre adolescentes, madres solas, hijos no deseados, etc. factores perinatales como bajo peso al nacer, separación madres-hijo prolongadas, etc., características temperamentales de estos bebes como niños difíciles, complicados los ritmos del sueño, etc., estresares vitales de los padres como separaciones conyugales, problemas económicos, cambios de residencia frecuentes, etc. y las características de los padres como juventud, rechazo, apego ansioso, cuidadores múltiples, et.. Ver tabla de factores de riesgo psicopatológico de Pascual A, (2012) p 25)

También se debe detectar de forma precoz a los menores que ya presentan una serie de signos de alarma

que nos apuntan a la posible existencia de un TMG. Esta detección se hará desde pediatría y desde educación, tanto infantil como en colegios e institutos.

Una guía para conocer estos signos de alarma y factores de riesgo para la adecuada detección precoz nos la ofrece Pascual A, (2012):

"Del nacimiento a los seis meses:

- Bebés hipotónicos o hipertónicos sin causa neurológica aparente
- Bebés con marcada irritabilidad, imposibles de consolar
- Hipo o hiperreactividad a estímulos externos e internos
- No se acoplan al cuerpo de la madre
- Problemas severos de alimentación. Rumiación o mericismo
- Problemas persistentes de sueño. Insomnio calmo, que puede durar horas, sin demandar la presencia de un adulto
- Pobre contacto visual. Ausencia de sonrisa social
- Menos respuestas de orientación
- No surgen conductas imitativas (sonidos como "ajo", gestos como sacar la lengua, etc.)
- No surge el involucramiento emocional conjunto con sus cuidadores primarios

De los seis a los dieciocho meses:

- Hiperexcitable, hiperreactividad a estímulos, muy irritable, impulsivo, de difícil consuelo
- No surge la ansiedad ante extraños. No establece relaciones preferentes con los padres
- No inicia lenguaje. Gritos monocordes, monótonos, sin función comunicativa
- No inicia gestos comunicativos apropiados (decir adiós con la mano, señalar objetos de interés, etc.)
- Ausencia de conductas anticipatorias en la relación (p. ej., echar los brazos)
- Ausencia de intencionalidad interactiva y de la reciprocidad
- Indiferente ante juegos de interacción (p. ej., "cu-cú tras")
- No mastica. Dificultades con el paso a purés y a sólidos o a los cambios de textura o sabores

Persisten dificultades severas en el sueño

De los dieciocho meses a los tres años:

- Conductas estereotipadas (balanceos, aleteos, etc.)
- No desarrolla lenguaje. Retroceso en el lenguaje a cualquier edad

- Ausencia de deseo comunicativo
- Dificultades de simbolización
- No inicia juego simbólico
- Uso estereotipado de los objetos

A partir de los 3 años

- Desorganización conductual importante, autoagresiones, crisis de agitación
- Estereotipias
- Miedos o fobias peculiares o intensas, múltiples o variables
- Necesidad de invariabilidad del entorno
- Ansiedad intensa, desbordante o inapropiada al entorno
- Persiste sin lenguaje, presenta retraso en el desarrollo o un lenguaje peculiar (jerga propia, ecolalia, inversión pronominal, estereotipado, desorganizado, muy literal, etc.)
- No muestra interés por iguales
- No juega o no ha desarrollado juego simbólico o presenta juego peculiar (estereotipado, bizarro...)
- Relaciones ambivalentes con cuidadores. Vinculación no selectiva, difusa o indiscriminada. Conductas pegajosas. Vincula de manera inapropiada con extraños (demasiado familiar, no respeta espacio físico)
- Dificultades para empatizar
- Inhibiciones severas
- Desarmonías en lenguaje y psicomotricidad

Etapa de latencia (6-12 años)

- Incapacidad para dormir solo
- Problemas en la triangulación
- Problemas alimentarios. Excesivamente selectivo con los alimentos
- Ansiedad de separación severa
- Fobias graves o raras
- Aislamiento social, timidez o inhibición extrema
- Mutismo
- Problemas importantes con iguales (agresividad, rechazo)
- Encopresis
- Rechazo severo a lo escolar
- Trastornos de conducta severos (agresividad, impulsividad, oposicionismo)
- Tristeza importante, aislamiento, ideas de muerte
- Inflexibilidad en las producciones gráficas, contenidos estereotipados, excesivamente agresivos o bizarros (monstruos, contenidos

mágicos, etc.)

- Trastornos del pensamiento. Confunde realidad y fantasía, pensamiento bizarro, irracional, mágico. Fantasías desbordantes. Desbordamiento del pensamiento por afectos y representaciones de una extrema crudeza. Pensamiento impregnado de vivencias referenciales o paranoides
- Somatizaciones crónicas
- Accidentes reiterados
- Absentismo prolongado

#### Adolescencia

- Alteración de la conducta alimentaria
- Alteración del ánimo. Ideas de muerte. Intentos autolíticos
- Inestabilidad pronunciada del humor
- Trastornos severos de conducta
- Abuso de sustancias
- Sintomatología psicótica (delirios, alucinaciones, conductas bizarras, aislamiento, interés exagerado por cuestiones filosóficas o religiosas...)
- Dificultades en relaciones sociales. Excesiva timidez o aislamiento
- Conductas sexuales inapropiadas
- Somatizaciones muy frecuentes
- Fracaso escolar
- Absentismo escolar grave

Guía disponible en Ana Pascual. (2012). Detección precoz. En "Los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia" (19-29).

En cuanto a la detección de Indicadores de riesgo emocional es importante también conocerlos para poder intervenir en consecuencia y prevenir o abordar estos riesgos que comprometen la estabilidad emocional del menor. (Torner A. y Ortiz P. 2015 curso de Ciclo de Profundización de Formación en Psicopatología y Psicoterapia de Niños y Adolescentes PEPYPNA):

Indicadores comportamentales en el niño:

- Inhibición (también del juego), desafectivización.
- Parece excesivamente complaciente, pasivo, nada exigente.
- Es extremadamente agresivo, exigente o rabioso. Alternancia entre agresividad-pasividad, dificultad en el control de impulsos.
- Muestra conductas extremas o bien demasiado adultas (ej. hacer el papel de padre de otros niños) o demasiado infantiles (chuparse el pulgar, enuresis, mecerse).

- Dificultades o retraso en cualquier área del desarrollo evolutivo (físico, emocional o intelectual): psicomotricidad, inteligencia, lenguaje etc.
- Trastornos psicopatológicos: trastornos en el control de esfínteres, psicopatía, depresión, psicosis, trastornos del comportamiento, trastornos de la alimentación. Intentos de suicidio.

Conducta del cuidador:

- Culpa o desprecio hacia el niño.
- Es frío o rechazante.
- Trata de manera desigual a los hermanos.
- Parece no estar preocupado por los problemas del niño.
- Exceso de preocupación y cuidados

## ALGUNAS REFLEXIONES LEGISLATIVAS

¿Cómo trabajar en salud mental según indicativos legales?

Hay que tomar en consideración la legislación que nos propone la forma de intervenir desde la salud y en materia de protección del menor.

Desde el punto de vista internacional destacamos:

El LIBRO VERDE de la salud mental en Europa. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud Mental (2005) y Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 DE LA OMS, establecen que:

- La salud mental viene establecida por múltiples factores de carácter individual, familiar y social, económico y medioambiental.
- Que hay que procurar implantar tratamientos eficaces, de calidad y accesibles
- Que hay que contar con la participación de muchos agentes, sanitarios y no sanitarios
- Desde el ámbito comunitario,
- Evitando la institucionalización y la medicalización.
- y procurando siempre garantizar los derechos de los menores que amparan

Además, el plan establece en el punto 71: "Las estrategias globales de promoción de la salud mental y prevención:

- "(...) mediante el cultivo de los principales recursos psicológicos del individuo en las etapas

formativas (...) mediante: programas para favorecer una relación segura, estable y enriquecedora entre los niños y sus progenitores y cuidadores,(...) intervención temprana mediante la detección precoz, prevención y tratamiento de los problemas afectivos o de conducta, sobre todo en la infancia y la adolescencia (...) programas o redes comunitarias de protección que combatan el maltrato infantil y otras formas de violencia en el ámbito doméstico o comunitario y protección social de las poblaciones pobres”

En cuanto a la legislación Nacional:

- Ley 6/1995, de Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid. Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia,
- Cartera de servicios comunes de atención especializada del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Atención a la salud mental,
- Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud. 2009-2013. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad,( a la espera de publicación la nueva estrategia), Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid de 2010-2014,
- LEY 18/1999, de 29 de abril, reguladora de los Consejos de Atención a la Infancia y Adolescencia de la Comunidad de Madrid,

entre otras consideraciones, coinciden y establecen la manera de cómo se debe intervenir:

- Desde una perspectiva de continuidad en la asistencia
- Actuaciones preventivas de las situaciones de riesgo
- Con equipos completos multidisciplinares
- En coordinación con todas las instituciones que intervienen en el cuidado del niño y adolescente
- la atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social

Además hay que tener en cuenta que la Ley de cohesión y de calidad del Sistema Nacional de Salud 16/2003, de 28 de mayo habla del laberinto asistencial, que limita y llega a impedir el continuo asistencial. Establece que es necesario trabajar con integralidad de la atención y la continuidad del servicio debe ser garantizada por los

servicios sanitarios y sociales, mediante la adecuada coordinación entre las administraciones públicas correspondientes(arts.14-3).. de manera simultánea y sinérgica, de los servicios sanitarios y sociales con el fin de incrementar su autonomía, paliar las limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social (arts.14-1).

### **¿CÓMO TRABAJAMOS EN EL PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS INFANTO-JUVENIL EN SALUD MENTAL ? (Arévalo y Álvarez Buylla, 2009 / 2012):**

Desde el Modelo comunitario, contando con el paciente como agente activo

de cambio. Con equipo interdisciplinar y multidisciplinar completo. (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermería, ..), con acciones coordinadas y conjuntas en red en el distrito. Bajo la filosofía de la Continuidad asistencia “PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS” creación del vínculo y confianza con la familia y el paciente y e incidiendo sobre las situaciones de riesgo o exclusión social.

¿Por qué creemos que hay que trabajar bajo el Programa de Continuidad de Cuidados?

- La ley nos obliga a trabajar para proteger a estos menores en situación de riesgo de forma coordinada (Ley 6/1995, de Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid. Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, entre otras.)
- La experiencia profesional nos indica que el menor vive en un entorno, que presenta unas características determinadas, dentro de un entorno que será facilitador de salud o al contrario potenciador de síntomas. Para tratar a estos menores precisamos de un entramado de recursos a modo de red que proteja de forma integral al menor y a su familia y así prevenir las contingencias que les coloquen en situación de vulnerabilidad.
- La plasticidad del menor, que hace que sea un momento absolutamente idóneo para trabajar a favor de su salud y un desarrollo armonioso, gracias a la capacidad adaptativa que tiene su cerebro para modificarse y dar respuesta a los estímulos del medio ambiente. Sabemos que si las condiciones del medio ambiente son favorables al desarrollo cerebral, el niño desarrollará su



potencial y habilidades de manera positiva.

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

## **PROYECTO DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS (PCC) nace con un objetivo general y unos específicos (Arévalo, M. y Álvarez- Buylla, L. (2012):**

### **"1.- Objetivo general:**

Garantizar la atención continuada e integral a los menores con trastorno mental grave y/o en situación de riesgo psíquico, social y/o familiar, para prevenir las contingencias que comprometan el desarrollo integral de los mismos, durante su etapa infantil y adolescente.

### **2.- Objetivos específicos**

- Detección y diagnóstico precoz del trastorno mental grave y/o en situación de riesgo psíquico, social y/o familiar
- Elaboración de un programa de actuación que garantice el tratamiento individualizado y su "continuidad de cuidados"
- Establecimiento de las coordinaciones necesarias con las instituciones implicadas en el caso, respetando las parcelas de cada una sin duplicar actuaciones"(p.140)

Desde el PCC nos hacemos cargo del riesgo psico - social de los menores y sus familias, evaluando estos indicadores de riesgo para situarnos en el tratamiento que precisen en el momento de entrada a nuestro dispositivo e ir ajustándonos en función de los que vayan apareciendo en el proceso del acampamiento que precisen. Siempre en coordinación con el resto de la red de servicios que vamos a ir necesitando en cada momento, para ofrecer la respuesta más adecuada en función de la evolución del caso.

El PCC cuenta con un responsable terapéutico que será el Psiquiatra o el Psicólogo y Coordinador del programa en la figura del Trabajador Social Sanitario.

La derivación a Centro de Salud Mental viene determinada por el pediatra, médico de cabecera o desde la Hospitalización. En reunión del equipo de infantil se evalúan las derivaciones y se analiza el riesgo o necesidades que presentan los casos y en función de éstos se deriva la PCC en donde ya se establecen los primeros

pasos para el abordaje del caso.

Hay que señalar la importancia de la Ley 26/2015, de 28 de julio, de Modificación del Sistema de Protección a la Infancia y a la Adolescencia, en el Artículo 12, en cuanto cómo debemos afrontar nuestra tarea, dice: "La protección de los menores por los poderes públicos se realizará mediante la prevención, detección y reparación de situaciones de riesgo". Así pues, desde el Centro de Salud Mental en el PCC recogiendo estas indicaciones y procuramos trabajar acorde con ellas.

*¿A qué se le llama situación de riesgo la Ley 26/2015 y cómo debemos actuar?*

En el Artículo 17. "Actuaciones en situación de riesgo". Se considerará situación de riesgo aquella en la que:

"a causa de circunstancias, carencias o conflictos familiares, sociales o educativos, el menor se vea perjudicado en su desarrollo personal, familiar, social o educativo, en su bienestar o en sus derechos de forma que, sin alcanzar la entidad, intensidad o persistencia que fundamentarían su declaración de situación de desamparo y la asunción de la tutela por ministerio de la ley, sea precisa la intervención de la administración pública competente, para eliminar, reducir o compensar las dificultades o inadaptación que le afectan y evitar su desamparo y exclusión social, sin tener que ser separado de su entorno familiar"

Desde el PCC, en el Centro de Salud Mental debemos apoyar tanto al menor como a su familia para eliminar, reducir o compensar estos riesgos, que pueden producir dificultades emocionales y/ o TMG, haciéndonos cargo del paciente en todo el proceso del tratamiento psíquico y social hasta que la familias y el menor sean capaces de afrontar las dificultades que vayan apareciendo en sus vidas de forma satisfactoria. Así hasta que se pueda producir el alta del servicio o, si su situación clínica lo requiere, hacer la derivación de forma coordinada y en colaboración con al Programa de Adultos de estos Centros de Salud si procede.

En la consulta nos podemos encontrar distintos grados de riesgo como leve o dificultad social, riesgo moderado, riesgo grave y desprotección. Para hacer la descripción de estas situaciones nos basamos en distintas guías, pero destacamos la "Guía de riesgo social y presunto desamparo de menores: criterios para la valoración de su gravedad por los servicios sociales municipales" del Ayuntamiento de Madrid (2010), ya que debemos trabajar de forma conjunta y seguir los mismos criterios.

Como ya se ha dicho anteriormente el responsable

terapéutico del paciente siempre es el Psiquiatra o el Psicólogo y el Trabajador Social Sanitario (TSS) es el coordinador del programa que tiene entre sus funciones garantizar el acompañamiento de las familias y garantizar la coordinación la red para evitar así que se pierdan en el laberinto institucional en el que se ven inmersas estas familias con dificultades psicosociales y de riesgo social (Ley 16/2003 de cohesión y de calidad del Sistema Nacional de Salud).

De esta manera se facilita al terapeuta el tratamiento con el menor para que sea lo más eficaz posible sin interferencias en la consulta de los problemas del entorno.

Desde el PCC en la figura del TSS se abordan de forma global problemas que aparecen en las familias que producen un ambiente poco favorable para una crianza tranquila y eficaz como pueden ser la situación económica de los padres, situaciones de violencia entre la pareja, problemas de vivienda, etc,

A su vez se trata de forma paralela las necesidades del menor como hacer frente a los problemas de aislamiento social con recursos de ocio, de socialización o deportivos, dificultades en el aprendizaje con de apoyo escolar, etc.

## **INDICADORES DE RIESGO Y SU ABORDAJE (Arévalo, M. 2010 P 153-170)**

### **INDICADORES DE RIESGO LEVE**

Indicadores con respecto a los síntomas del menor:

- niño apático, aislado, con falta de iniciativas, no juega
- con múltiples problemas físicos (continuas visitas al pediatra con dolores de barriga, cefaleas, etc. no justificables físicamente), que le impiden asistir al colegio de forma normalizada y entorpece su aprendizaje
- con falta de concentración o con ansiedad,
- niños que se dejan increpar,
- muy irritables, nerviosos,
- con fracaso escolar injustificado,
- con cambios de humor desproporcionado, agresivos, tristes, etc

En este caso intervenir con la coordinación necesaria con el colegio, la incorporación del menor a un Centro de Apoyo para facilitarles el apoyo escolar y/ o en la socialización con iguales, etc. existentes en su zona.

Indicadores con respecto con respecto a la familia:

Cuidado parental inadecuado:

- Ausencia de apoyo terapéutico

- Supervisión insuficiente y desordenados en las normas
- Falta de continuidad en el tratamiento
- Inadecuada organización familiar para la tranquilidad del menor;
- Normas desproporcionadas o inexistentes
- Patología familiar leve pero que perjudica a la salud psíquica del menor.
- Falta de respeto a la intimidad del menor (sin intenciones sexuales)
- Tono vital triste de los padres
- Vinculación afectiva inapropiada (roles difusos)
- Incapacidad de empatía
- Aislamiento potenciado por los padres;
- Inadecuadas normas de crianza (sueño, alimentación inadecuada, etc.)
- Los padres no dan la debida importancia a las necesidades formativas y relacionales del menor
- Absentismos injustificados en la escuela
- Desinterés por la salud del menor
- Separaciones traumáticas que usan al menor como arma arrojadiza y que terminan perjudicando seriamente su salud mental

En estos casos, se podría precisar el apoyo y coordinación con el equipo de Salud Mental de Adultos si los padres precisan de tratamiento, coordinación con el programa de absentismo en colaboración con la escuela, coordinación con Servicios Sociales para que apoyen en intervenciones con los padres, la intervención de Educador Social para que los padres adquieran herramientas en el adecuado cuidado de sus menores, establecimiento de normas, empoderamiento de las figuras paternas, etc., que ayudan al menor a tener un entorno lo suficientemente tranquilo y firme, etc.

### **INDICADORES DE RIESGO MODERADO**

Puede ocurrir que a pesar de estas acciones, coordinaciones e intervenciones desde el Centro de Salud Mental y el resto de la red, el caso se complique y aparezcan otros indicadores de riesgo más graves.

La Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia establece como debe ser la valoración de la situación de riesgo: Artículo 17

- Conllevará la elaboración y puesta en marcha de un Proyecto de Intervención Social y Educativo

Familiar que recogerá los objetivos, actuaciones, recursos y previsión de plazos. Desde Salud Mental nosotros proponemos que sea que se recoja en el PCC,

- Se procurará la participación de los progenitores, tutores, guardadores o acogedores en la elaboración del proyecto. En cualquier caso, será oída y tenida en cuenta la opinión de éstos en el intento de consensuar el proyecto, que deberá ser firmado por las partes, para lo que se les comunicará de manera comprensible y en formato accesible. También se comunicará y consultará con el menor si tiene suficiente madurez y, en todo caso, a partir de los doce años.
- La omisión de la colaboración prevista en el mismo dará lugar a la declaración de la situación de riesgo del menor

En Madrid se cuenta con la Ley 18/1999, de abril, reguladora de los Consejos de Atención a la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid que establece la forma de trabajar en los caso de riesgo moderado, grave y desamparo que pasamos a relatar:

Se constitución del Equipo de trabajo del menor y la familia (ETMF), que es una mesa de trabajo en donde se reúnen todas las instituciones que tienen algo que ver con el entorno del menor y que tiene las funciones de supervisar el cuidado y bienestar. Aquí se establecerá un El Proyecto de intervención social y educativo familiar y que recoge las acciones que todas las instituciones se comprometen a de cumplir con y para el beneficio del menor y la familia. Desde Salud Mental es prioritario que las acciones se encaminen hacia el buen cumplimiento del tratamiento del menor y su familia.

## **INDICADORES DE MODERADO A GRAVE:**

El devenir del tratamiento y de la implicación de los padres pueden colocarnos en las siguientes situaciones:

- Desprotección provocada por la gravedad que presenta la patología del menor:
  - En general la patología del paciente impide ejercer la paternidad responsable y protectora,
  - En adolescentes se puede presentar en forma de conflicto social (menores de entre 12 y 18 años). Los síntomas son muy difíciles de contener en el entorno familiar (mucho agresividad, absentismo crónico, apatía grave, depresiones graves, psicosis

graves, etc.)

- Desprotección provocada por problemas o circunstancias de los padres o tutores. Incapacidad para abordar el tratamiento continuado desde el entorno familiar que produce un gran riesgo para la patología del menor.

- Por patología familiar (familias desestructuradas emocionalmente) que impide afrontar el tratamiento del menor en su domicilio. En ocasiones se necesita sacar al menor del entorno familiar para poder evaluar cómo evoluciona la enfermedad fuera de ese ambiente que es muy contaminante para el tratamiento. Se crean circuitos cerrados de relación familiar del que el menor no puede escapar. Son entornos muy patológicos que perjudican a la salud del menor.

- Por incapacidad de afrontamiento de los padres / tutores de la patología del menor

- Falta de límites de los padres hacia el menor
- Falta de autoridad
- Falta de orden en el proceso del tratamiento ambulatorio
- Son incapaces de dar el tratamiento farmacológico de forma adecuada
- Ausencias y falta de seguimiento en las vistas con sus terapeuta,
- Minimizan los síntomas o los ignoran, etc..
- Rechazo a la patología del menor que puede desembocar en maltrato físico o psíquico
- Negación inconsciente de patología del menor que hace que no se pueda abordar el problema y se agrave con el paso del tiempo.

En este caso se podría precisar la derivación a los padres al programa de adultos de Salud Mental o, en función de la patología del menor, a Hospital de Día/ Centro Terapéutico o, si no se puede afrontar el tratamiento desde el Centro de Salud Mental ni desde el Hospital de Día, se derivaría a la Unidad de Media Estancia de Adolescentes, que es un recurso fundamental para tratar a los menores con TMG que no pueden ser tratados desde su domicilio y necesitan de un tratamiento en un ámbito forma residencial con cuidados intensivos durante al menos 6 meses a 1 años.

En cosas habrá tenido un seguimiento trimestral o semestral en ETMF para evaluar la evolución y el cumplimiento del Proyecto de intervención 18/1999, de abril, reguladora de los Consejos de Atención a la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid



Si por circunstancias la familia no colabora en el PCC diseñado, boicotea el tratamiento y, según dice la ley, no colabora porque no puede o no quiere colaborar, se está colocando al menor en una situación de DESAMPARO que es el nivel Máximo nivel de desprotección..

### **DESAMPARO:**

Según CODIGO CIVIL. Artículo 172 ". Se considera como situación de desamparo la que se produce de hecho a causa del incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material".

• Ley 26/2015, de 28 de julio, Artículo 17. Actuaciones en situación de riesgo:

- "La omisión de la colaboración prevista en el mismo dará lugar a la declaración de la situación de riesgo del menor...En los supuestos en que la administración pública competente para apreciar e intervenir en la situación de riesgo estime que existe una situación de desprotección que puede requerir la separación del menor de su ámbito familiar o cuando, concluido el período previsto en el proyecto de intervención o Convenio, no se hayan conseguido cambios en el desempeño de los deberes de guarda que garanticen que el menor cuenta con la necesaria asistencia moral o material, lo pondrá en conocimiento de la Entidad Pública a fin de que valore la procedencia de declarar la situación de desamparo, comunicándolo al Ministerio Fiscal."

Se entenderá que existe situación de desamparo cuando se dé alguna o algunas de las siguientes circunstancias con la suficiente gravedad que, valoradas y ponderadas conforme a los principios de necesidad y proporcionalidad, supongan una amenaza para la integridad física o mental del menor Artículo 18:

- Abandono del menor, bien porque falten las personas a las que por ley corresponde el ejercicio de la guarda, o bien porque éstas no quieran o no puedan ejercerla.
- Riesgo para la vida, salud e integridad física del menor: En particular cuando se produzcan malos tratos físicos graves, abusos sexuales o negligencia grave en el cumplimiento de las obligaciones alimentarias y de salud por parte de las personas de la unidad familiar o de terceros con consentimiento de aquellas.

- Consumo reiterado de sustancias con potencial adictivo o la ejecución de otro tipo de conductas adictivas de manera reiterada por parte del menor con el conocimiento, consentimiento o la tolerancia de los progenitores, tutores o guardadores. Se entiende que existe tal consentimiento o tolerancia cuando no se hayan realizado los esfuerzos necesarios para paliar estas conductas, como la solicitud de asesoramiento o el no haber colaborado suficientemente con el tratamiento, una vez conocidas las mismas.
- Perjuicios graves al recién nacido causados por maltrato prenatal
- Riesgo para la salud mental del menor, su integridad moral y el desarrollo de su personalidad debido al maltrato psicológico continuado.
- Falta de atención grave y crónica de sus necesidades afectivas o educativas por parte de progenitores, tutores o guardadores.
- Cuando esta falta de atención esté condicionada por un trastorno mental por un consumo habitual grave de sustancias con potencial adictivo o por otras conductas adictivas habituales, se valorará como un indicador de desamparo la ausencia de tratamiento por parte de progenitores, tutores o guardadores o la falta de colaboración suficiente durante el mismo
- Incumplimiento o imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de guarda como consecuencia del grave deterioro del entorno o de las condiciones de vida familiares, cuando den lugar a circunstancias o comportamientos que perjudiquen el desarrollo del menor o su salud mental.
- Ausencia de escolarización o falta de asistencia reiterada y no justificada adecuadamente al centro educativo y la permisividad continuada o la inducción al absentismo escolar durante las etapas de escolarización obligatoria.
- Cualquier otra situación gravemente perjudicial para el menor que sea causa del incumplimiento o del imposible o inadecuado ejercicio de la patria potestad, la tutela o la guarda, cuyas consecuencias no puedan ser evitadas mientras permanezca en su entorno de convivencia

En este caso después de que desde la ETMF se aprecie por todos los miembros que la integran una situación de DSAMPARO que eleva a la COMISIÓN DE APOYO FAMILIAR de la Zona donde reside el menor.

Este es un órgano técnico con carácter obligatorio y permanente que valora las situaciones de riesgo social, desamparo o conflicto social en que puedan encontrarse los menores, así como la coordinación y seguimiento de las actuaciones que se deriven de dichas situaciones, en donde participa un técnico de tutela y de salud mental de la zona como miembro permanente, entre otros, y que debe ser conocedor de todos los casos que ahí se presentan.

Según la Ley 18/1999 de abril Reguladora de los Consejos de Atención a la Infancia y Adolescencia de la Comunidad de Madrid se activan los mecanismos que propone en materia de protección, que puede ser de guarda del menor con acuerdo de los padres, que será la más apropiada para seguir el tratamiento en su Centro de Salud Mental o la más drástica y la menos deseable que sería la propuesta de Retirada de la Tutela del menor.

Desde la CAF se recoge la propuesta y se eleva a pleno de la Comisión de Tutela del Menor de la Comunidad de Madrid por medio de su técnico. Esta Comisión asume o ejerce la protección de estos menores, o cuantas otras decisiones deban adoptarse.

Desde Salud Mental del Distrito debemos comprometernos a proteger y acompañar al menor y la familia en todo el devenir de estos proceso desde donde se encuentren, en residencia o cualquier tiempo de medida adoptada (Familia de acogida,..)de tal forma que protegeremos al menor desde la filosofía de continuidad y el mantenimiento del vínculo adquirido con el equipo del PCC, con la esperanza de corregir los inconvenientes del cuidado lo más pronto posible y que la vuelta a su entorno se realice en las mejores condiciones y cuanto antes. Esta labor la debemos compartir con el CAI que es el responsable del seguimiento de las medidas.

## CONCLUSIÓN:

El planteamiento desde el Protocolo de Comunidad de Cuidados es garantizar la continuidad asistencial de los menores en riesgo, haciéndose cargo del seguimiento del paciente en todas las contingencias que aparecerán en su vida, contando con el menor y la familia como agentes activos de sus proceso de crecimiento y salud psicosocial, para poder enfrentarse a los desafíos en un futuro de forma más segura y eficaz. Todo esto con el fin de procurar un estado lo más completo posible de bienestar emocional del menor, su familia y su entorno y así procurar sociedades más sanas y saludables.

Es una manera eficaz de proteger la salud ahorrando un malestar emocional de la persona y su familia a lo largo de su vida y es más rentable económicamente para las administraciones, ya que previene la enfermedad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcamí, M y Ortiz P. (2012). Introducción. En *Los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia(13-15)*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría
- Arévalo, M y Álvarez Buylla, L (2009) Proyecto de continuidad de cuidados. una propuesta de trabajo en los equipos de salud mental infanto- juvenil. *Trabajo Social Hoy*, 56, 73-104. Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid
- Arévalo M y Álvarez-Buylla L.. (2012). Continuidad de Cuidados en los Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil. Una experiencia en el Centro de Salud Mental. En *Los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia(131-147)*. Madrid.: Asociación Española de Neuropsiquiatría
- Arévalo M. (2010). La intervención en Salud Mental en el Sistema de Protección de Menores en la CM. Una propuesta de trabajo desde el Centro de Salud Mental de Ciudad Lineal.. En *El derecho a la protección de los niños y niñas en la Comunidad de Madrid. Vol 1(153-169)*. Madrid: El Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Sociales y Asistentes Sociales de Madrid
- Bardon,C. *Los trastornos mentales graves en la infancia y en la adolescencia*. Rvw L Interrogans. Fundació Nou Barris per a la Salud Mental [Revista electrónica] 201;10
- Bejar, A. (2011) *EL actuar y las manifestaciones conductuales en el adolescente*. Curso SEPYPNA 2011/2012
- Bertolote J. (2008) *Department of Mental Health, World Health Organization*, Geneva, Switzerland. Políticas de Salud. Disponible en [http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/33813117/Origenes\\_del\\_concepto\\_de\\_salud\\_mental.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1490530373&Signature=QM1jrdMy3ul8kBZT%2FfV9WN5dYPg%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DOrigenes\\_del\\_concepto\\_de\\_salud\\_mental.pdf](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/33813117/Origenes_del_concepto_de_salud_mental.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1490530373&Signature=QM1jrdMy3ul8kBZT%2FfV9WN5dYPg%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DOrigenes_del_concepto_de_salud_mental.pdf) [2017, 26 de marzo]
- Bowlby J: (1951) *Maternal care and mental health*, Geneva, WHQ; London HMSQ. New York, Columbia University Press..

- Caballero et al.,(2012) *Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos*. Recuperado de. <http://bvs.sld.cu/revistas/infd/n1512/infd06212.htm> [2016, 7 de enero]
- Cartera de servicios comunes de atención especializada del Ministerio de Sanidad, Servicio sociales e Igualdad Recuperado en <http://www.msssi.gob.es/profesionales/CarteraDeServicios/ContenidoCS/3AtencionEspecializada/home.htm>[2016, 7 de enero]
- DECRETO 52/2010, DE 29 DE JULIO, por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de atención primaria del área única de salud de la comunidad de Madrid. Recuperado en [www.madrid.org/wleg/servlet/Servidor?cdestado=P&nmnorma...](http://www.madrid.org/wleg/servlet/Servidor?cdestado=P&nmnorma...) [2016, 7 de enero]
- El Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid de 2010-2014.Recuperado en [www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata...blobkey](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata...blobkey)[2016, 7 de enero]
- Kaplan & Sadock, 2009 *Sinopsis de psiquiatría. La teoría del Vínculo*. Disponible en <https://es.scribd.com/document/324537370/Kaplan-Sinopsis-de-Psiquiatria-pdf> [2016, 7 de enero]
- La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. En ella se encuentran definidos “*El catálogo de prestaciones*” y la “*Cartera de servicios*”.
- La Ley 6/1995, de Garantías de los Derechos de La Infancia y La Adolescencia de La Comunidad de Madrid.
- La Ley General de Sanidad. Ley 17/1986, 25 de abril
- La Organización Mundial de la Salud OMS en la Declaración de Alma-Ata [1] 1978 Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud. *Alma-Ata URSS 6-12* septiembre 1978)
- Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid
- Ley 18/1999 de abril Reguladora de los Consejos de Atención a la Infancia y Adolescencia de la Comunidad de Madrid
- Comunidad de Madrid  
Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia  
Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil  
Moneta E.(2014) Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. *Revista chilena de pediatría. Rev. chil. pediatr. vol.85 no.3* Santiago jun. 2014 Disponible en [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062014000300001](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062014000300001) [2017,26 de marzo]
- Pascual A.. (2012). *Detección precoz. En Los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia(19-25)*. Madrid.: Asociación Española de Neuropsiquiatría"Los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencias" Asociación Española de Neuropsiquiatría estudios.
- Riesgo social y presunto desamparo de menores: criterios para la valoración de su gravedad por los Servicios Sociales Municipales, *Departamento de Coordinación de Centros de atención a la infancia*. Septiembre.2010
- Sadock B y Sadock (2009) *Kaplan & Sadock, Sinopsis de psiquiatría*. <https://es.scribd.com/document/324537370/Kaplan-Sinopsis-de-Psiquiatria-pdf>
- Wilkinson R y Michael Marmot M. (2003) *LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD* Publicado en 2003 por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud con el título de Social determinants of health. The solid facts. Second edition.© Organización Mundial de la Salud, 2003.
- Winnicott, DW (1963) *Procesos de maduración en el niño. Psicoterapia de los trastornos del carácter*. Disponible en <http://www.psicoolisis.org/winnicott/trasto63.htm>[2016, 7 de enero]
- Winnicott, DW (1971) *Realidad y Juego*. Editada por Gedisa. S.A