

First article submitted to *Papeles del psicólogo*:
<http://www.papelesdelpsicologo.es>

Submitted 25 March. Under evaluation.

Mejorando la cooperación entre el sistema de salud mental y el de protección a la infancia en acogimiento residencial

Jorge F. del Valle

Amaia Bravo

Universidad de Oviedo

Este estudio fue financiado por el programa Erasmus Longlife Learning de la Unión Europea.

Abstract

En acogimiento residencial la mayor parte de los acogidos son adolescentes con importantes problemas emocionales y conductuales. Por tanto, la atención desde servicios de salud mental se hace prioritaria. En este artículo se repasa la situación desde un a perspectiva internacional, en el marco de un proyecto europeo Lifelong Learning, el proyecto RESME. Se presentan datos de un estudio local sobre entrevistas a profesionales de ambos sistemas: protección infantil y salud mental. Las conclusiones refuerzan la necesidad de mejorar ampliamente las actitudes conocimientos y formas de cooperación entre los profesionales de ambos sistemas.

Palabras clave:

Salud mental infantil; protección a la infancia; cooperación interdisciplinar.

Introducción



El acogimiento residencial, dentro del sistema de protección a los menores de edad, sigue siendo una medida muy relevante en nuestro país. Más de 8.000 nuevos ingresos se producen cada año y aproximadamente 14.000 menores de edad residen en hogares de acogida en un momento determinado del año (Observatorio de la Infancia, 2014). Se trata de casos que no pueden permanecer en el domicilio familiar por haber sufrido situaciones de maltrato o negligencia en cualquiera de sus formas, pero también de adolescentes con otros perfiles de desprotección como los menores extranjeros no acompañados o los que presentan grave rebeldía contra sus padres, llegando incluso a la agresión física.

El acogimiento residencial en España, como ha ocurrido en la mayoría de los países avanzados (Courtney XXX) se ha ido especializando en la atención a niños mayores y adolescentes ya que los niños más pequeños suelen estar en acogimiento familiar. Aunque no existen cifras exactas, podemos estimar que en torno al 80% de los menores de edad acogidos en España son adolescentes. Las dificultades de acoger en familias a los que son mayores o presentan problemas de conducta, hace que el acogimiento residencial sea la medida más utilizada para estas situaciones. En los países anglosajones, donde el acogimiento residencial es una opción destinada solamente al 10-15% de los casos de desprotección, siendo el acogimiento familiar la medida mayoritaria (Del Valle y Bravo, 2013), ese reducido número tiene un perfil que hace muy difícil su acogida en familias. Se trata de adolescentes fundamentalmente, con graves problemas emocionales y conductuales.

Aunque en España la variedad de perfiles es mucho mayor por falta de programas más desarrollados de acogimiento familiar, la tendencia a que el acogimiento residencial vaya quedando como una medida para los adolescentes con mayores desajustes personales es muy visible (SaineroXX y Sainero XX). Según un reciente estudio nacional, un 49% de los menores de edad (6-18 años) acogidos en hogares de protección están ya siendo atendidos desde algún tipo de servicio de salud mental (del Valle et al., 2014). En otros países las cifras reflejan situaciones muy parecidas.

Esta situación implica que el personal que trabaja en acogimiento residencial (sobre todo los educadores, pero también profesionales de apoyo como psicólogos, trabajadores sociales, pedagogos, etc.) tengan que estar en permanente contacto con los profesionales de salud mental que atienden a los niños. Son estos profesionales los que detectan situaciones de necesidad, realizan las derivaciones, el seguimiento y se encargan de aplicar las recomendaciones de los tratamientos en el contexto de la convivencia diaria en los hogares de acogida. Por su parte los terapeutas deben relacionarse estrechamente con estos profesionales ya que los niños acuden a las

consultas acompañados de ellos y no de sus padres como ocurre habitualmente. Las demandas, los intercambios de información y la comunicación es diferente en estos casos y no está exenta de problemas. Los profesionales de la protección infantil suelen sentir que las respuestas del sistema de salud mental (particularmente el público) son muy escasas para lo que los niños necesitan. Por su parte, el sistema de salud mental tiende a ver a estos menores de edad como casos que cuentan ya con profesionales que les atienden, que están protegidos por otro sistema, y a veces no se aprecia bien la urgencia que sienten los educadores por recibir ayuda para sus niños.

Lo que se plantea en este artículo es que se trata de niños y adolescentes que tienen necesidades que se deben cubrir por dos sistemas de bienestar: el de servicios sociales de infancia y el de salud mental. Para una buena cobertura y atención de estas necesidades se requiere definir bien el tipo de trabajo que cada uno de ellos debe realizar y las formas de colaboración más adecuadas. A su vez, para ello es necesario que ambos sistemas tengan un adecuado conocimiento mutuo que facilite expectativas más realistas de intervención. En este artículo se revisará el estado de la cuestión de la colaboración entre estos sistemas en seis países europeos que han desarrollado un proyecto europeo conjunto sobre el tema.

Proyecto RESME: países participantes

El proyecto RESME es un Longlife Erasmus Program desarrollado por seis universidades europeas: Universidad de Turku (Finlandia), Universidad Nikolas Romeris de Vilnia (Lituania), Universidad de Edimburgo y Centro Kibble de Glasgow (Escocia), Universidad VIA (Dinamarca), Universidad de Hamburgo (Alemania) y Universidad de Oviedo. Se trataba de un proyecto muy ambicioso que constaba de una parte de investigación, revisando el funcionamiento de la atención de salud mental de niños y jóvenes en acogimiento residencial, así como entrevistas y grupos de discusión con profesionales de ambos sistemas, y una parte de diseño de formación en la que se elaboró un curso formativo de 15 créditos ECTS para ser impartido conjuntamente a profesionales de salud mental y protección infantil. En este artículo revisaremos los resultados de la parte de revisión sobre la situación de ambos sistemas en los diferentes países.

El proyecto, como se puede apreciar, aúna países con modelo de estado de bienestar muy diferentes (atendiendo a las categorías utilizadas por Esping



Andersen XX) : dos de ellos (Dinamarca y Finlandia) pertenecen al sistema escandinavo con la más alta cota de cobertura de bienestar social; Escocia representa el modelo liberal anglosajón, si bien con unas características que hacen que este país presente algunas diferencias marcadas con respecto a Inglaterra; Lituania representa a tipología de los países del este de Europa con una transición desde el modelo comunista; Alemania aporta un modelo centroeuropeo y finalmente España una tipología mediterránea. Por tanto se trata de un estudio comparativo que incluye las principales tipologías de modelos de Estado del Bienestar en Europa.

También existen importantes diferencias demográficas ya que Escocia, Finlandia, Dinamarca tienen aproximadamente 5 millones de habitantes, mientras que Alemania y España representan dos de los países más poblados de Europa y Lituania alberga solamente unos 3 millones de habitantes.

Finalmente, la estructura administrativa es diferente también, ya que España y Alemania tienen complejas estructuras administrativas con 17 comunidades autónomas y 16 Estados Federales respectivamente, responsables en ambos casos de la organización y prestación de servicios sociales y de salud mental. Dinamarca tiene un sistema de 5 regiones para el desarrollo de estos servicios y Finlandia los gestiona desde el nivel municipal, al igual que Escocia y Lituania.

El sistema de salud mental y los problemas emocionales y conductuales de los niños en protección

En Dinamarca los servicios para la infancia en riesgo tiene dos puntos de partida: por un parte la responsabilidad municipal sobre la atención de día, la escolaridad y los servicios sociales, y por otra la responsabilidad regional sobre los servicios de salud. Los primeros funcionan como fuentes de detección de problemas en los niños, por otro el médico general se encarga de las primeras valoraciones para su posible derivación a servicios especializados de salud mental. Estos servicios más especializados en el nivel regional incluyen personal de psiquiatría, psicología, enfermería, pedagogía, profesorado y consejeros sociales.

En Finlandia, los servicios de salud mental tienen un nivel llamado primario con atención en centros de salud mental donde existen, psicólogos y personal de enfermería de salud mental que atienden consultas. Si esta atención no es suficiente los casos se derivan al nivel especializado donde



pueden recibir tratamiento ambulatorio u hospitalario. En Finlandia los niños y los adolescentes son dos especialidades diferentes de psiquiatría, siendo una situación muy peculiar de este país que probablemente no existe en ningún otro. Los servicios primarios los gestionan los municipios y desarrollan trabajo de prevención a través de servicios de maternidad, cuidado de día, médicos y psicólogos en las escuelas y trabajadores sociales en programas de atención domiciliaria (este tipo de programas se ha reducido drásticamente debido a recortes presupuestarios). Los servicios especializados de salud mental incluyen hospitalización, donde un 15% de las camas disponibles para niños y adolescentes son en régimen de día. La evolución histórica cuenta con una larga cultura de institucionalización de menores con problemas de salud mental que se ha derivado hacia una mayor atención en los servicios primarios.

En Alemania, el sistema de salud mental está descentralizado en los 16 Estados Federales. Ya desde los años 60 este país creó una especialidad de psiquiatría infantil y su tendencia histórico es también desde una fuerte institucionalización hacia la atención primaria en salud mental. El sistema se divide en atención ambulatoria y sector hospitalario. La atención ambulatoria para niños y adolescentes se presta (al igual que la sanidad general) por médicos independientes (pediatras y sobre todo psiquiatras) o por psicoterapeutas acreditados (fundamentalmente psicólogos y pedagogos con formación de postgrado). Todos ellos funcionan como trabajadores autónomos y deben estar registrados y acreditados ante el sistema de salud para recibir sus honorarios de la Administración. Desde 1994 un nuevo modelo de psiquiatría social se ha impulsado, creando equipos que además de estos profesionales de la medicina incluyen psicólogos, pedagogos y trabajadores sociales. Paralelamente se ha desarrollado una pediatría social también basada en la cooperación de equipos multiprofesionales para abordar casos de niños con problemas de retrasos del desarrollo. Aparte de este sistema de salud existen equipos de orientación educativa y familiar que dependen de los servicios locales para la infancia y juventud y ayudan a los padres en sus problemas con los hijos que presentan problemas de conducta o situaciones de divorcio, etc. Con respecto a los servicios hospitalarios existen diversos tipos: hospitales locales, universitarios, pertenecientes a entidades sin ánimo de lucro o totalmente privados. Los niños y adolescentes que están ingresados suponen una población de riesgo muy característica, ya que además de los problemas de salud mental que ocasionaron su ingreso suelen tener perfiles de complejas problemáticas familiares y económicas.

En Lituania el marco legal de la salud mental se estableció en 1995. Hoy día aún es un sistema basado en la hospitalización en grandes instituciones y un tratamiento básicamente farmacológico. Actualmente las políticas intentan reconducir el sistema hacia un modelo comunitario basado en centros de

salud mental a los que son derivados los casos por medicina general. Estos centros son regionales, no locales, y concentran la atención a problemas infanto-juveniles así como orientación a las familias e intervención en crisis. Las unidades de intervención en crisis realizan tratamientos de hasta 7 días en unidades de 8 camas como máximo. Los equipos profesionales incluyen psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales y enfermeros de salud mental. Todavía en la actualidad las organizaciones sin ánimo de lucro juegan un gran papel creando servicios y haciéndolos llegar a las familias con situaciones más críticas.

En Escocia, la ley de 2003 creó los Servicios de Salud Mental infantil y Adolescente. Incluyen profesionales como psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, logopedas, terapeutas ocupacionales, etc. Las derivaciones las realiza el médico generalista y el tiempo de espera es variable pero el 80% es atendido en 26 semanas. El sistema establece cuatro niveles de intervención: en el primero intervienen los profesionales de las escuelas, servicios sociales y medicina general que orientan sobre problemas más habituales de alimentación, sueño, etc. En el segundo nivel estarían los servicios primarios de salud mental dirigidos a la consultaría para otros profesionales, trabajando con grupos, orientando en temas de parentalidad, prevención de consumos en adicciones, etc. El tercer nivel es el de los tratamientos ambulatorios en servicios locales de salud mental con equipos multidisciplinares. Finalmente, en el cuarto nivel están los servicios altamente especializados en régimen hospitalario donde puede haber un abanico muy grande de tipos profesionales interviniendo.

La situación española se enmarca en la Ley de Servicios Sanitarios de 1986 que refuerza las ideas del trabajo comunitario y ambulatorio frente al pasado institucional, establece la hospitalización de salud mental en unidades incluidas en los hospitales generales, enfatiza el papel de los servicios de rehabilitación y reinserción social en coordinación con los servicios sociales y señala la necesidad de intervenciones psicosociales que realicen trabajo de prevención con situaciones socio-familiares de riesgo. El rango de servicios para la infancia y adolescencia incluye centros de salud mental comunitaria; hospitales de día; unidades hospitalarias infanto-juveniles; comunidades terapéuticas; unidades de rehabilitación comunitaria y unidades de hospitalización. Dentro de este modelo los niños deben ser atendidos en centros de salud mental específicos. Si bien esta es la idea, existe un problema de recursos ya que hay muy pocos centros de salud mental infanto-juvenil y los tratamientos tienen una frecuencia mensual o cada dos meses y básicamente farmacológica. Cuando es atención psicológica la frecuencia hace que no pueda realizarse un trabajo intensivo como algunos casos requieren. El sistema hospitalario para niños se ofrece en unidades de

hospitales pediátricos y por encima de 14 años en unidades específicas para crisis agudas en hospitales generales.

Investigación empírica sobre cooperación entre sistemas

En el marco del proyecto RESME se realizó un estudio mediante entrevista a técnicos de ambos sistemas para captar sus percepciones sobre el funcionamiento de cooperación entre sistemas, como punto de partida de evaluación de necesidades.

Muestra

Fueron entrevistados X técnicos de salud mental y X técnicos de protección de menores, pertenecientes a las comunidades autónomas de Asturias, Murcia, Extremadura y País Vasco.

Instrumento

Se diseñó una entrevista semiestructurada que fuera recorriendo aspectos fundamentales y equivalentes en los diversos países participantes en el Proyecto RESME: definición del propio rol profesional y funciones, percepción sobre la experiencia de cooperación con profesionales del otro sistema, necesidades percibidas y límites en su actuación, sugerencias para la mejora de la cooperación y buenas prácticas.

Resultados

Competencias, roles y responsabilidades en relación a otros sistemas

Los profesionales de salud mental mostraron una mayor claridad en su rol, consistente en recibir demandas de atención, realizar diagnósticos y llevar a cabo intervenciones terapéuticas. Los psiquiatras en particular entienden que uno de sus cometidos es la prescripción de fármacos, algo que se solicita



frecuentemente por los profesionales de protección infantil. Comentan todos ellos que los recursos para la atención infando juvenil son muy escasos.

Cuando se trata no de servicios públicos sino de profesionales contratados para atender específicamente a población de protección, rápidamente incluyen en su rol la relación con el personal educativo de los hogares. También comprenden que existen unos factores fundamentales de riesgo en los antecedentes familiares.

Los entrevistados del sistema de protección infantil entienden también que las respuestas desde salud mental son muy limitadas y no cubren las necesidades tan extensas de los niños. También se observa una cierta falta de interés para mejorar la coordinación.

Nivel de cobertura

El nivel de cobertura depende mucho de la región de procedencia del entrevistado. En Extremadura solían derivar niños a tratamientos privados pero con los recortes presupuestarios solo pueden actualmente utilizar la red pública. En consecuencia las intervenciones terapéuticas tienen una frecuencia de cada dos o tres meses y consisten casi exclusivamente en medicación. Sin embargo, en regiones como Guipúzcoa o Murcia se cuenta con conciertos con entidades privadas y la cobertura es total para todo niño que lo necesite.

Cooperación y experiencias con el otro sistema

Hay bastante unanimidad en la experiencia de cooperación y la percepción mutua que se tiene. Desde salud mental se percibe a los educadores como personas con grandes lagunas de información cuando acuden a la consulta, sobre aspectos del historial familiar. También coinciden en afirmar que se realizan demandas con enorme ansiedad y pidiendo poco menos que un milagro que cambie la situación del niño. Por otra parte, a la falta de información se añade el cambio de educador que acompaña al niño a las sesiones ya que estos dificulta la comunicación y la coordinación.

Los profesionales de protección infantil piensan que es muy importante mejorar la comunicación entre ambos profesionales, ya que desde salud mental a veces se utiliza un lenguaje con jerga médica que se hace muy

difícil de entender. Más allá de estos detalles se percibe un desequilibrio en el poder de la relación ya que los profesionales de salud mental suelen tener la última palabra en las tomas de decisiones. Se percibe desde los educadores que su papel no tiene la relevancia ni recibe la confianza que merecería como responsables educativos de los niños. Desde el otro lado los técnicos de salud mental observan que los educadores a veces desean una determinada intervención y no aceptan fácilmente otras.

Finalmente una queja también extendida entre los educadores es que se reciben pocas pautas prácticas para tratar con los niños en la vida cotidiana cuando tienen graves problemas.

Mejorar la cooperación

La cooperación se percibe como más difícil por profesionales de la salud mental. Sus agendas de sesiones con pacientes son muy estrechas y es muy difícil abrir huecos para otras sesiones de coordinación y cooperación con otros profesionales.

Una práctica de cooperación interesante es cuando existe en el equipo multidisciplinar de salud mental un trabajador social, cosa que había sucedido hasta tiempos recientes, pero que debido a los recortes presupuestarios de los últimos años se fueron eliminando. Un ejemplo que se comenta en una de las regiones es que se organizaron cursos para invitar a profesionales de ambos sistemas y no acudió nadie de salud mental.

En protección infantil se observa también que a veces, aunque se transmiten informaciones relativas a cuestiones técnicas sobre guardas o tutelas, esta información no llega a los profesionales de base adecuadamente.

Sin embargo, una vez más, cuando se trata de programas específicos la colaboración es muy frecuente y estrecha.

Perspectivas de los niños

Los niños aceptan acudir a los servicios de salud mental con mejor voluntad que los adolescentes, que además necesitan más tiempo para vincularse a los terapeutas. Cuando acuden a programas públicos y privados al mismo tiempo se vinculan mucho más con los privados, sin duda porque el tipo de



terapia es más comunicativa (en lo público en muchas ocasiones es solamente medicación) y por la mayor frecuencia de contactos.

Conclusiones

Las conclusiones resaltan los fundamentos del programa RESME: existe un gran número de niños en acogimiento residencial que precisa atención de salud mental y sin embargo la cooperación entre este sistema y el de protección infantil contiene numerosos aspectos muy problemáticos. Según datos españoles recientes casi la mitad de los niños en acogimiento residencial acude a servicios psiquiátricos o psicológicos (Del Valle et al., 2014). Por tanto, el contacto es forzosamente muy estrecho y constante entre ambos profesionales que están llamados a entenderse para mejor efectividad de las intervenciones, tanto las terapéuticas como las socioeducativas.

Las mutuas expectativas son bastante negativas, y sin embargo ambos comparten una visión de los propios límites muy clara que debería hacerles entender las de los otros profesionales. Los recursos son escasos y las necesidades amplias y crecientes por lo que mejorar la coordinación es un objetivo prioritario, justamente tal como plantea el Proyecto RESME.

Es importante destacar que existe un gran desconocimiento de los límites de los otros profesionales mientras se perciben muy claros los propios y esto con una adecuada comunicación y sobre todo compartiendo foros de debate y espacios de discusión se podría superar fácilmente. La formación conjunta que el proyecto RESME propone puede resultar una experiencia especialmente adecuada para este fin

REFERENCIAS

Courtney, M, Iwaniec, D. (2009). Residential Care of Children. Comparative perspectives. Oxford: Oxford University Press.



Del Valle, J.F. y Bravo, A. (2013). Current trends, figures and challenges in out-of-home child care: an international comparative analysis. *Psychosocial Intervention*, 22(3), 251-257.

Observatorio de la Infancia. (2014). *Estadística básica de medidas de protección a la infancia* (Vol. 15) [Basis Statistics on Measures of Child Protection]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad.

Sainero, A., Bravo, A., & Del Valle, J. F. (2014). Examining needs and referrals to mental health services for children in residential care in Spain: an empirical study in an autonomous community. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 22(1), 16-26.

Sainero, A., Del Valle, J. F., & Bravo, A. (2013). Exploring the specific needs of an understudied group: children with intellectual disability in residential child care. *Children and Youth Services Review*, 35(9), 1393-1399.

Second article submitted and accepted to INFOCOP:
<http://www.infocop.es>

Accepted for publication 30th March.

La atención a problemas de salud mental en acogimiento residencial. La necesidad de cooperación entre dos sistemas de intervención: salud mental y servicios sociales de protección infantil.

Jorge F. del Valle

Amaia Bravo

La investigación nacional e internacional muestra claramente que los niños y adolescentes en acogimiento residencial como medida de protección, presentan con enorme frecuencia problemas emocionales y conductuales que requieren intervención terapéutica. Cada vez más el acogimiento residencial se va especializando en la protección de niños mayores y adolescentes que debido a sus problemas psicológicos no tienen fácil encaje en las medidas de acogimiento familiar. Por consiguiente, muchos niños y sobre todo los adolescentes van a presentar cuadros clínicos de mayor gravedad y requerirán la atención psicoterapéutica adecuada. Es en esos casos en los que los servicios de protección derivan a los niños o jóvenes hacia los centros de salud mental infanto-juvenil demandando una atención terapéutica. De este modo, con gran frecuencia se establecen contactos de cooperación entre profesionales de protección infantil y de salud mental

Conscientes de esta necesidad, un grupo de seis universidades europeas: Universidad de Turku (Finlandia), Universidad Nikolas Romeris de Vilnia (Lituania), Universidad de Edimburgo y Centro Kibble de Glasgow (Escocia), Universidad VIA (Dinamarca), Universidad de Hamburgo (Alemania) y Universidad de Oviedo en España, desarrollaron un proyecto de investigación denominado RESME en el marco de los programas Erasmus Longlife Learning con el título *On the borders between residential child care and mental health treatment*. A lo largo de tres años se realizó una investigación sobre la situación de la cooperación entre ambos sistemas en los diferentes países y se diseñó un paquete de formación para ser impartido conjuntamente a profesionales de los dos sistemas, permitiendo el contacto y compartir experiencias de cooperación. Esta formación fue pilotada en los

seis países y como consecuencia se formuló un plan formativo conjunto aplicable en el futuro en diferentes niveles universitarios o de formación de profesionales.

Los resultados del proyecto son muy complejos y abarcan muchos aspectos pero uno de los más interesantes es que tratándose de países con modelos de servicios de bienestar tan diferentes, las relaciones entre ambos sistemas resultaron ser siempre complejas y con no pocos obstáculos para una buena cooperación. En todos los países la percepción mutua era de más bien negativa, considerando desde los servicios de infancia que los profesionales de salud mental no atendían con la necesaria atención y rapidez sus demandas, que las intervenciones no eran lo intensivas que se requerían, que las orientaciones que recibían eran escasas o muy obvias y que en muchos casos no consideraban el problema suficientemente importante. Por su parte, los profesionales de salud mental percibían que los educadores de los hogares de acogida realizaban las demandas sobre una gran presión, pidiendo soluciones rápidas y milagrosas, y que en muchas ocasiones carecían de información sobre antecedentes de los niños o sencillamente variaba la persona que lo acompañaba a la consulta por cuestiones de turnos. Sobre esto problemas de coordinación y comunicación entre sistemas se puede consultar el informe completo que se facilita en el link:

<http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522165596.pdf>