



TRABAJO FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL:

“Atención Social en la Salud Mental
Infanto-Juvenil: adolescencia y
depresión.”

Autora:

D^a. Ana Raquel Galán Anaya

Tutor:

D. Javier Callejo González

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO 2014 – 2015

FECHA DE ENTREGA: 1 DE SEPTIEMBRE DE 2015

RESUMEN

El trabajo trata de analizar el origen del aumento de incidencia de depresión en la adolescencia a partir de aspectos socio-históricos, así como del Sistema actual de Salud Mental general y la Salud Mental Infanto-Juvenil y cómo es abordada la depresión durante dicha etapa. Tras el análisis expongo varias propuestas sobre el Sistema de Salud Mental Infanto-Juvenil y una Propuesta de Intervención a partir de la gestión de casos.

Palabras clave: depresión, adolescencia, Salud Mental, Salud Mental Infanto-Juvenil, intervención social, prevención, gestión de casos.

ABSTRACT

The paper analyzes the origin of increased incidence of depression in adolescence from socio- historical aspects as well as the current General Mental Health System and Child and Adolescent Mental Health and how it is dealt with depression during this stage. After the analysis I present several proposals on the System of Child and Adolescent Mental Health and a proposal for intervention from case management.

Keywords: depression, adolescence, Mental Health, Child and Adolescent Mental Health , social intervention, prevention , case management.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. ORIGEN SOCIO-HISTÓRICO DE LA ADOLESCENCIA Y ENFERMEDADES MENTALES LIGADAS A ELLA: LA DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA.....	6
2.1. Concepto de adolescencia.....	7
2.2. Origen socio-histórico de la adolescencia.....	8
2.3. Enfermedades mentales ligadas a la depresión en la adolescencia.....	10
2.4. Depresión en la adolescencia.....	13
3. LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA EN SALUD MENTAL.....	20
3.1. Marco normativo.....	20
3.2. Organización de la Salud Mental.....	23
3.3. Salud Mental y Trabajo Social.....	29
3.4. Atención social a menores con depresión.....	33
4. PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN.....	44
➔ Propuesta de intervención con adolescentes con depresión desde el Trabajo Social.....	46
5. CONCLUSIONES.....	54
6. BIBLIOGRAFÍA.....	56

1. INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo titulado “Atención Social en la Salud Mental Infanto-Juvenil: adolescencia y depresión” se lleva a cabo un análisis de la situación actual del Trabajo Social en la Salud Mental Infanto-Juvenil y la respuesta que se ofrece desde esta disciplina a la problemática de la depresión y los suicidios en la adolescencia.

El motivo de que se centre en la adolescencia, es debido al aumento de la incidencia de la depresión en este rango de edad al mismo tiempo que se consolidaba como una etapa vital entre la infancia y la adultez, derivado de un constructo social que fue expandido durante la Revolución Industrial.

A partir de la expansión del término “adolescencia”, tal y como hoy la entendemos, surgió el nacimiento de una “cultura juvenil” durante la segunda mitad del siglo XX, que logró homogeneizar un colectivo heterogéneo creando un patrón cultural común - a partir de un rango de edad -, surgiendo nuevos estilos de vida y gustos propios, característicos de esta etapa.

Este fenómeno guarda cierta relación con el aumento de las enfermedades mentales más propias de esta edad, como pueden ser los trastornos de la conducta alimentaria, que afectan más frecuentemente en la adolescencia y han ido en aumento desde la emergencia de los medios de comunicación de masas y la creación de un teenage market, siendo, entre estas enfermedades, especialmente destacable la depresión.

La depresión una de los problemas de salud, ya no sólo mental, que más afectan a los adolescentes actualmente, siendo, en algunos casos, el suicidio la peor consecuencia. En la actualidad la depresión en esta etapa vital se considera una de las principales causas de enfermedad, según la Organización Mundial de la Salud.

Por ello, es conveniente resaltar la importancia de la prevención en este tipo de problemáticas para reducir su incidencia.

Desde el Trabajo Social se puede llevar a cabo una labor de prevención, así como intervención, con mayor peso del que ahora tiene, ya que la presencia del Trabajador Social en la Salud Mental, es menor que la del resto de profesionales de Salud Mental.

Siendo la figura del Trabajador Social importante para visibilizar la problemática y llevar a cabo programas de prevención que eviten estas situaciones, además de prestar intervención en el ámbito social del adolescente. Por este motivo, también considero necesaria una formación del Trabajador Social donde se ofrezcan los conocimientos básicos necesarios para detectar estas situaciones problema y saber llevar a cabo actuaciones de prevención e intervenciones más adecuadas.

Para llevar a cabo este trabajo he procedido a la búsqueda de información de cada término y su situación actual, relacionándolos entre ellos y con los conocimientos adquiridos durante la formación recibida durante la carrera de Trabajo Social, concluyendo con una reflexión sobre la elaboración de éste.

2. ORIGEN SOCIO-HISTÓRICO DE LA ADOLESCENCIA Y ENFERMEDADES MENTALES LIGADAS A ELLA: LA DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA.

Durante los últimos años se ha producido un aumento significativo de la prevalencia de la depresión a nivel mundial, así como una disminución de la edad en la que se origina, convirtiéndose en un problema de salud que ha comenzado a cobrar, progresivamente, mayor importancia.

Festorazzi Acosta, A. y Rodríguez, A. (2008), encontraron prevalencias en los adolescentes del 24% para la depresión y del 11% para la ansiedad, siendo además trastornos comórbidos. Hidalgo (2009), señala que estas cifras coinciden con las establecidas para España (siendo incluido el trastorno bipolar, que también se inicia durante la adolescencia). Según el Journal of Child Psychology an Psychiatry (2004) es una tendencia que aumenta, apuntando que se ha producido un aumento del 70% de la depresión en los adolescentes británicos.

Algunos estudios han puesto de manifiesto que en los menores tratados en centros psiquiátricos ambulatorios, la depresión observada fue del 28% y que se veía incrementada al 59% si éstos estaban ingresados en hospitales psiquiátricos. Esto supone que se deba tomar conciencia de la importancia de la prevención y la detección temprana para evitar que las consecuencias sean peores.

Además de la importancia en cuanto al número de personas afectadas, debemos tener en cuenta lo que supone padecer un trastorno depresivo y sus repercusiones. Entre ellas está el desarrollo de otras psicopatologías, la asunción de conductas de riesgo y en ocasiones el suicidio. Aunque España posee una de las tasas más bajas por suicidio, ha experimentado un incremento recientemente. El Instituto Nacional de Estadística determina que el suicidio es la segunda causa externa de defunción entre los adolescentes y jóvenes de entre 15 y 19 años.

Comenzaré tratando de puntualizar algunas cuestiones en torno a los conceptos básicos.

2.1. Concepto de adolescencia:

La palabra “adolescente”, procede del latín **adolescens** o **adulescens**, que no tenía entonces el significado de “adolescente” tal y como actualmente lo entendemos. Se utilizaba para designar a una persona joven de hasta unos 25 años aproximadamente, que posteriormente pasaría a denominarse **iuvenis** hasta los 40 años de edad. Etimológicamente proviene del verbo “*adolesco, adolevi*” que significa “crecer, desarrollarse”.

La adolescencia es comprendida como una etapa entre la infancia y la edad adulta, que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por sucederse significativas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de las cuales generadoras de conflictos y contradicciones. No se trata de una etapa únicamente de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de determinaciones importantes para alcanzar una mayor independencia psicológica y social (Pineda, S. y Aliño, M., 1999).

No existe un acuerdo estricto para establecer los límites de edad que comprende esta etapa, pero de acuerdo a los conceptos aceptados por la Organización Mundial de la Salud, “la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años)”.

La adolescencia temprana se caracteriza por ser la subetapa en la que se desarrollan los cambios puberales, un crecimiento y un desarrollo corporal y de los caracteres sexuales secundarios, que son aquellos signos físicos y fisiológicos de madurez sexual que distinguen entre los dos sexos de una especie, pero no son directamente del sistema reproductor, por lo que no incluyen órganos sexuales, siendo distintos de las

características sexuales primarias. Además, en esta fase se produce una preocupación por los cambios físicos, cambios bruscos en su conducta y emotividad, una creciente curiosidad sexual y una búsqueda de autonomía e independencia, lo que provoca conflictos con la familia y los adultos de su entorno.

Por otra parte, la adolescencia tardía, se caracteriza por ser la fase en la que ha culminado la mayor parte del crecimiento y el desarrollo, se comienzan a tomar decisiones importantes (en cuanto a su perfil educativo y ocupacional) y se alcanza un mayor control de los impulsos y maduración de la identidad, por lo que se acerca a ser un adulto joven (Silva, 2007).

2.2. Origen socio-histórico de la adolescencia:

Esta etapa vital se trata de un período evolutivo que ha sufrido cambios en su grado de “visibilidad” social a través de la historia y de las culturas (Alonso, 2005).

La adolescencia es una creación social que varía según momento histórico, el contexto y el área científica que lo utiliza, lo define y le da límites.

El interés por los adolescentes y la juventud se ha dado desde el siglo pasado, cuando se produjo una respuesta de este colectivo contra los patrones culturales dominantes, convirtiéndose en un grupo social con estilos de vida, opciones y preocupaciones propias y distintas de otros grupos de edad (Callejo e Izquieta, 2012).

Según Carles Feixa (2006) la cultura juvenil aparece en la segunda mitad del siglo XX debido a la confluencia de distintos factores, como son el crecimiento económico de la posguerra y el desarrollo del Estado de Bienestar, que supuso la prolongación de la educación y convirtió el instituto en un espacio con una cultura diferente a la adulta. La crisis de la autoridad patriarcal, que supuso una protesta contra cualquier forma de autoridad, ampliando los márgenes de su libertad de una forma sin precedentes. Esto favoreció la aparición de un teenage market, es decir, la aparición de una serie de productos, artículos y propuestas de estilos de vida destinados a los jóvenes y a los nichos de consumo que estaban creando, aprovechando el aumento de sus recursos económicos. A partir de la emergencia de medios de comunicación de masas se

promueve y populariza la difusión de esta cultura juvenil, independientemente de las clases sociales y el país. Además de todo esto, se produjo una expansión de una moral hedonista, más consumista, debido al proceso de desarrollo económico y modernización de la sociedad.

Varios autores coinciden en que el término adolescencia se trata de un constructo social y cultural creado recientemente durante la revolución industrial, cuando era necesario dividir infancia y adultez con una etapa preparativa intermedia destinada a la formación. Es considerada una etapa de iniciación. En otros ámbitos culturales, el paso de la niñez a la etapa adulta, se realiza mediante una serie de “ritos de iniciación”.

En España, las actuales generaciones viven la etapa de la adolescencia con el doble de prolongación que sus abuelos o abuelas. Además, actualmente se da una precocidad en los comportamientos de los adolescentes, como por ejemplo en la iniciación de las prácticas sexuales, el consumo de sustancias tóxicas, etc. Cuando anteriormente se daban en etapas posteriores a la adolescencia. Esto viene dado debido a una sociedad dominada por las nuevas tecnologías, que junto con otros factores favorecen que los adolescentes tengan acceso a prácticas consideradas, anteriormente, propias de la edad adulta.

Durante la adolescencia, uno de los procesos importantes es el de la construcción de la propia identidad, que viene dado en gran medida por el proceso de socialización y de interrelación con los distintos entornos. La socialización se puede entender como el proceso por el cual los individuos de un colectivo aprenden los modelos culturales de su sociedad, los asimilan y los hacen suyos, convirtiéndose en su propio estilo de vida.

Existen varios agentes socializadores, pero es importante destacar que anteriormente era la familia el principal agente socializador, mientras que, actualmente, tras diversos cambios sociales transcurridos durante la industrialización y la modernización han tenido como resultado que ésta haya sufrido una pérdida relativa de importancia como agente. Lo que ha permitido que hayan logrado relevancia los grupos de iguales, el sistema educativo, los medios masivos de comunicación, el teen market, las nuevas tecnologías, etc.

2.3. Enfermedades mentales ligadas a la adolescencia:

Por lo general, la adolescencia es una etapa que se puede experimentar sin especiales dificultades o, que por el contrario, se trate de una etapa en la que afrontar los distintos cambios puede suponer que se desarrollen ciertos problemas emocionales y de comportamiento. Estas dificultades suponen una concurrencia de factores de riesgo individual, familiar y social. Las enfermedades mentales que más aparece durante la adolescencia son (Oliva, 2008):

Los más predominantes son los **trastornos y síndromes depresivos**, que son más frecuentes entre las chicas y suelen aumentar con la adolescencia debido a los cambios hormonales y al aumento de situaciones estresantes. Que se desarrolla de una forma más detallada posteriormente.

Las **conductas suicidas** están muy ligadas a los trastornos depresivos y también aumentan durante la adolescencia y podemos encontrar tres tipos de conductas suicidas: las ideas suicidas, las tentativas de suicidio y el suicidio consumado. Estas conductas han desarrollado un aumento durante las últimas décadas y señalan la importancia de los factores sociales. Estos factores sociales quedan reflejados en las diferencias de género así, mientras los hombres presentan mayores tasas de suicidio consumado, en las mujeres, por el contrario, son más altas las tasas de tentativa.

Estadística del Suicidio en España 2006						
Suicidios. Resultados nacionales						
Suicidios según grado de ejecución, sexo y edad						
Unidades:nº de suicidios						
	De 13 a 19	De 20 a 29	De 30 a 39	De 40 a 49	De 50 a 59	60 y más
Consumado						
Varón	22	147	233	228	202	556
Mujer	11	33	73	67	71	163
Tentativa						
Varón	2	23	28	19	8	12
Mujer	6	27	37	22	17	10

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2015.

Los **trastornos de la conducta alimentaria**, y los más frecuentes entre estos son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. La anorexia se caracteriza por una notoria pérdida de peso que sucede intencionadamente debido a una preocupación por la propia imagen corporal, que se debe ajustar a determinados estándares sociales y el aumento del peso, y esta pérdida de peso puede darse o por una dieta excesivamente estricta o ayunos o a llevar a cabo ejercicio físico de forma muy intensa así como purgas. Por otro lado, la bulimia no tiene como característica la pérdida de peso como tal, pero el comportamiento se caracteriza por alternar atracones de comida con posteriores purgas. Estos trastornos son más frecuentes en el sexo femenino que en el sexo masculino, y suelen estar generados por la combinación de factores individuales y familiares y a una fuerte presión social para llegar a un ideal o un canon estético poco natural. Podemos observar el sesgo de género en porcentajes en el siguiente cuadro (Aláez, Martínez y Rodríguez, 2000):

	Varones	Mujeres
Trastornos depresivos	10.6	22.3
Ausencia de trastorno	6.0	5.0
Trastorno conducta alimentaria	1.2	2.8

Las **conductas de asunción de riesgos** se consideran un subtipo de conductas de búsqueda de sensaciones que son habituales en la adolescencia, más que en otras etapas vitales. Suelen ser más frecuentes entre los chicos, y aunque suponen graves riesgos para la salud también pueden suponer una oportunidad para madurar y aprender.

El **consumo de sustancias** es una de las conductas anteriores más frecuentes entre los adolescentes, y se inicia normalmente a una edad muy temprana. Las sustancias más consumidas entre los adolescentes de la sociedad occidental son el alcohol, el tabaco y

el cannabis, y no se dan diferencias significativas de género en su consumo. No existen datos concluyentes que realmente permitan afirmar que su consumo ha aumentado en las últimas décadas. El consumo abusivo además de provocar graves daños para la salud se relaciona con el fracaso escolar, los problemas depresivos, la conducta antisocial y los accidentes de tráfico.

La **conducta antisocial** se refiere a las conductas perjudiciales para la sociedad, infringiendo reglas o expectativas sociales, siendo consideradas en muchos casos un delito. Gran parte de los estudios afirman que es entre los 10 y los 18 años cuando estas conductas aumentan y descienden bruscamente al término de la adolescencia y acercándose el comienzo de la adultez. Existen varios factores de riesgo implicados en estas conductas, desde psicológicas, genéticas hasta sociales y familiares, que se considera que tienen una gran importancia (Oliva, 2008).

Es importante hablar a esta edad de la **esquizofrenia**, ya que este trastorno se desarrolla en los hombres entre los 15 y los 25 años y en las mujeres suele desarrollarse más tarde (entre los 25 y los 35 años). Es uno de los trastornos de la salud mental más complicados que existen. Se trata de un trastorno severo, crónico y discapacitante del cerebro que provoca distorsión de los pensamientos, sentimientos extraños, comportamiento poco común y una extraña utilización del lenguaje. La prevalencia de la esquizofrenia puede ser hereditaria, por el contrario, también se puede desarrollar debido a factores ambientales. Normalmente, en este caso, suele ir asociada al consumo de sustancias. Del 30 al 40% muestra problemas de abuso de alcohol; del 15 al 25 % tiene problemas con el cannabis; y del 5 al 10% abusa o depende de la cocaína. Las drogas y el alcohol pueden permitir reducir los niveles de ansiedad y depresión por la esquizofrenia. Algunas drogas pueden inducir a la psicosis en personas con una especial vulnerabilidad a sufrir esquizofrenia: anfetaminas (la más común), cannabis, alucinógenos (LSD), cocaína y alcohol.

Todos estos procesos referidos pueden dar lugar a la aparición de conductas suicidas y parasuicidas, lo que excede del ámbito del presente trabajo.

2.4. La depresión en la adolescencia

La depresión es un trastorno psíquico, normalmente recurrente, que causa una alteración del estado de ánimo de tipo depresivo, melancólico, es decir, tristeza, y que suele darse acompañado de ansiedad. Además se pueden dar otros síntomas psíquicos de inhibición, sensación de vacío, desinterés general, disminución de la comunicación y del contacto social, alteraciones del apetito y el sueño (insomnio tardío), agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de culpa y de incapacidad, ideas de muerte e incluso intento de suicidio, etc., así como otros diversos síntomas somáticos (García, 2009).

Más allá del punto de vista de la psicología clínica o la psiquiatría, se contraponen otras perspectivas más sociológicas - es decir, desde un punto de vista en el cual se tiene más en cuenta que las personas son influidas por las interacciones con otras personas - en las que la depresión es vista como una respuesta de la persona a una serie de condiciones de su contexto, relacionando la depresión con la posición que la persona ocupa en la estructura social y con sus propias interacciones sociales (Álvaro, Garrido y Schweiger, 2010).

La relación de la persona con su propia imagen y con el entorno familiar y social, no solo constituye posibles factores desencadenantes, sino que puede determinar de una forma decisiva la forma de evolución, el mantenimiento y las perspectivas de recuperación. Baste señalar como ejemplo que la “emoción expresada”, es decir, la expresividad emocional inadecuada en el entorno familiar constituye uno de los determinantes factores de recaída en varios trastornos mentales (Brown, 1962).

En cuanto a esta problemática durante la adolescencia, hay que tener en cuenta que durante esta etapa es común experimentar oscilaciones del estado de ánimo, pero para algunos la depresión o la melancolía puede convertirse en el estado de ánimo predominante, por lo que hay que prestarles mayor atención para que este estado

depresivo no llegue a cronificarse y convertirse en una situación invalidante (Wicks e Israel, 1997).

La mayoría de estudios sobre los trastornos depresivos encuentran un aumento a partir de la adolescencia, de diferente forma entre ambos sexos. La prevalencia aumenta entre las mujeres durante la adolescencia, pero entre los varones los datos no son tan claros, algunos estudios apuntan que no se ven cambios. Otros, en cambio, señalan un ligero aumento (Angold y Costello, 1995). La adolescencia tampoco es la etapa en la que mayor prevalencia de depresión se halla, ya que esta tendencia es ascendente y llega al máximo a los 50 ó 55 años. Aunque la gran parte de los estudios indiquen que es mayor el porcentaje de chicas que de chicos que sufren depresión, la diferencia de género en la depresión sólo se observa a partir de la adolescencia, ya que durante la infancia la prevalencia es algo mayor entre varones (Ge, Conger, Elder, 2001). Que se dé un aumento de los síntomas depresivos a consecuencia de la transición a la adolescencia puede deberse a la combinación de diferentes factores, como los cambios hormonales, el cambio físico, la acumulación de estresores o una pérdida del apoyo parental (Oliva, 2008).

Oliva (2008), menciona que existen varias hipótesis que tratan de explicar la mayor prevalencia de la depresión en el sexo femenino. Que se manifieste normalmente más durante la pubertad puede deberse a las influencias hormonales, se apunta a una relación con la fluctuación de las hormonas femeninas (como los estrógenos), que tenderían a la inestabilidad emocional, mientras que las hormonas masculinas (como la testosterona), suelen comprender comportamientos más agresivos. Otra hipótesis refiere que las mujeres durante la adolescencia tienen que afrontar un mayor número de factores estresantes, en gran parte debido a las prácticas de socialización, que tienden a favorecer más a los varones y exigir más a las chicas. También tenemos que ver las distintas estrategias de afrontamiento que utilizan chicos y chicas frente a las situaciones estresantes, ya que mientras las chicas tienden a la introspección y a una facilidad de pensamientos más negativos sobre sí mismas, los varones lo afrontan con estrategias más distractoras o a volcar su malestar en conductas agresivas o en el consumo de sustancias (Alsaker y Dick-Niederhauser, 2006).

Según el Dr. Martínez Ruíz (2010), la **sintomatología** de la depresión puede cambiar o ser más difícil de ver en niños y en adolescentes, donde se puede observar o puede ser síntoma de depresión en este colectivo, el absentismo o el fracaso escolar, trastornos del esquema corporal y de la alimentación, fugas, mentiras, hurtos, promiscuidad, consumo de drogas o alcohol, conductas parasuicidas, etc. Éstas son características de la depresión en menores de 25 años, en las que la irritabilidad puede verse sustituido por el bajo ánimo o deprimido. Esto puede complicar su diagnóstico, al darse circunstancias distintas a la de los adultos, por lo que es necesario evaluar su edad y desarrollo, su nivel de madurez emocional, su situación familiar y su autoestima (Basile, 2003).

Según la Guía de Práctica Clínica de Depresión en la Infancia y Adolescencia, realizado a partir del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, por el Ministerio de Sanidad (2009), en la adolescencia existen algunos factores que pueden agravar la depresión, como son los problemas escolares, la existencia de antecedentes familiares, experiencias de pérdidas o estrés, fallecimiento de seres queridos (como los padres), soledad, cambios en el estilo de vida (como cambio de país), problemas en las relaciones interpersonales (como con los amigos), que se produzcan situaciones conflictivas en el entorno, haber sufrido traumas físicos o psicológicos (como acoso, abusos o negligencia en el cuidado), padecer una enfermedad física grave o problemas crónicos de salud, algunas medicinas, e , incluso, el abuso del alcohol o el consumo de cualquier otro tipo de droga. **Todos estos factores pueden aumentar el riesgo de depresión o su agravamiento.**

En cuanto la **magnitud** de esta problemática (la depresión) en la sociedad, tal y como nos dice la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la principal causa de deterioro en la salud mental y afecta a 121 millones de personas en el mundo. Concretamente, un reciente estudio europeo muestra que la depresión y las fobias específicas constituyen los problemas mentales más comunes en el continente europeo, con una prevalencia del 13% (Alonso et al. 2004).

Según un artículo del INE publicado el 23/04/2014, actualmente el 40% de los españoles sufre ansiedad o depresión, aunque no son los únicos trastornos que han aumentado.

De hecho, se estima que uno de cada cinco adultos puede padecer alguna patología psiquiátrica a lo largo de su vida en España. Señala, también, que actualmente, más de diez millones de personas sufren un trastorno mental como depresión, ansiedad, esquizofrenia o trastorno bipolar; y, que los expertos señalan que representa entre el 25 y el 30 por ciento de las consultas en Atención Primaria y son la causa del 30% de la discapacidad.

Según López-Rodríguez (2014) la causa fundamental de que esto se haya multiplicado en los últimos 40 años puede estar relacionado con el estilo de vida que llevamos ahora. Afirma que “esto no significa que seamos más débiles que generaciones anteriores sino que vivimos más deprisa, dormimos pocas horas, por lo que estamos más cansados, y sufrimos más estrés”, más aun, con la actual situación de crisis, multiplica las situaciones de estrés personal y social.

Actualmente se habla de un 20% de niños y adolescentes de todo el mundo tienen una enfermedad mental, pero los síntomas depresivos y la depresión se han convertido en un problema de magnitud notoria (Organización Mundial de la Salud, 2007).

Oliva (2008), señala que en cuanto a la **comorbilidad**, que es la presencia conjunta de varios trastornos en una misma persona, es sustancialmente alta en la depresión. Cicchetti y Toth (1998) estimaron que gran parte de los adolescentes con depresión desarrollan al menos otro problema de salud mental, aproximadamente entre el 40 y 70% de los casos. Siendo la comorbilidad especialmente alta con los trastornos de ansiedad, los problemas de conducta y el abuso de sustancias, y los trastornos alimentarios.

En el trastorno depresivo pueden aparecer también pensamientos recurrentes de muerte y en ocasiones pueden acompañadas de ideaciones e intentos suicidas. Aunque el suicidio es relativamente bajo entre los niños y adolescentes parece un fenómeno creciente. Considerando no sólo los suicidios consumados sino también las tentativas y las ideaciones suicidas (Álvaro, Garrido, y Schweiger, 2010).

La magnitud de este problema no sólo se debe a su alta incidencia y prevalencia, sino que, más allá de las cifras, la última consecuencia grave puede ser la muerte, aún sin intento de suicidio.

Según Basile (2003), **el mayor riesgo** para un adolescente con depresión es el intento suicida, lo que supone una necesidad precoz de diagnóstico como método preventivo.

Señala que el perfil con mayor riesgo de suicida es el sexo masculino sobre el femenino, aproximadamente 3 ó 4 a 1. Y, además, concreta algunas de las características y factores que pueden influir en este fenómeno. Y son los siguientes:

Factores asociados como:	Una psicopatología	Una enfermedad mental severa	Una perturbación del medio familiar, caracterizada por:	Factores ambientales y sociales
Enfermedad incurable			Inestabilidad y desorganización.	Vida urbana.
Afecciones dolorosas crónicas			Incomunicación familiar.	Rupturas de lazos afectivos transcendentales.
			Disputas interpersonales.	Difusiones explícitas en los medios de conductas violentas.
			Padres separados o muertos.	Aislamiento.
			Malas relaciones con sus iguales.	Inseguridad social.
			Problemas académicos o laborales.	Crisis económicas.
			Dificultad y separación de la pareja.	Desempleo juvenil.
			Maltrato infantil, violación.	Marginación, en este caso dependiendo de la actitud que desarrolle el joven, puede desarrollar una actitud de rabia y ser más propenso al descontrol o al exceso y menos al suicidio, a no ser, que por el contrario, tome una actitud de retraimiento y aislamiento, volviéndose más propenso a sufrir estados de desesperanza y depresión.
			Abuso sexual realizado por un familiar.	
			Falta de comunicación con sus padres y hermanos.	
			Familiares que se hayan suicidado.	
			Jóvenes en prisión.	
			Conductas antisociales.	

Es importante nombrar los **factores sociales** que pueden influir en este fenómeno, y para ello es interesante referirnos a la obra de Durkheim. Este sociólogo francés señaló la importancia de los factores sociales para el desencadenamiento de conductas suicidas. Fue en su obra *El suicidio* en 1897, cuando subrayó que era un fenómeno más social que psicológico, debido a que el hombre se ve desbordado por una realidad que es la colectividad en la que vive, lo quiera o no. En esta obra señala la importancia y cómo influyeron las crisis económicas en el suicidio entre los años 1873 y 1874 en Viena. En este contexto, se dio un incremento de los suicidios del 41%. Pero apuntaba que este incremento no se daba tan sólo por un empobrecimiento de la población, ya que en algún momento de mejora de la situación socioeconómica también se produjeron incrementos en las tasas de suicidios. Por lo que Durkheim explicó esto por la anomia, que es un concepto sociológico que se ha usado con diferentes significados, pero Durkheim lo concebía como una ruptura de la solidaridad, una consecuencia de una división del trabajo represiva, con una influencia disolvente en la sociedad, lo que supone entender la anomia como un vacío de las reglas. En cambio, en la acepción de *El suicidio* se entiende como un fracaso de la norma para regular comportamientos individuales, es decir, que a diferencia de la anterior, no sería la ausencia de normas sino su falta de eficacia para regular la sociedad. Entonces se traduce como la incapacidad de los individuos de limitar sus deseos y conlleva a la existencia de una “personalidad mórbida” en la sociedad moderna, individuos con una mayor propensión a la enfermedad.

Para Durkheim, los individuos hemos tenido una concepción prospectiva, que de pronto se ha encontrado detenida su marcha hacia ese ideal, con que no encuentra nada tras él ni delante donde encontrar cierto soporte, en pasado o futuro. Esto puede incurrir en que el individuo desarrolle depresión.

3. LA ATENCIÓN SOCIAL EN SALUD MENTAL:

En primer lugar debemos comprender lo que supone hablar de Salud Mental. Este término, Salud Mental, se ha ido imponiendo sobre el de psiquiatría, el de enfermedad mental y otros, conllevando connotaciones de prevención y promoción, permitiendo ver la salud como algo integral que se relaciona con el resto de partes de un todo, de una persona, donde también influyen sus condiciones de vida, su desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral. Por lo que se requiere de un equipo multidisciplinar, donde profesionales como psiquiatras, psicólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y otros deben trabajar tratando de integrar las distintas disciplinas.

Para comprender la atención social en la Salud Mental y la intervención social debemos comprender cómo ésta está organizada y regulada:

3.1. MARCO NORMATIVO

3.1.1. A nivel internacional:

A nivel de Trabajo Social, resulta de especial importancia la **Declaración de Helsinki en Salud Mental**, realizada en 2005, ya que establece la propuesta de aumentar la presencia de profesionales especializados, así como las intervenciones especializadas en el sector de niños y adolescentes. Posteriormente el **Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020** es un plan realizado por la OMS en la que en las estrategias apartadas incluye el colectivo infanto-juvenil. Más estratégicamente el **Libro Verde** titulado “**Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental**” refleja la promoción de la adolescencia en cuanto a la Salud Mental.

3.1.2. A nivel estatal:

En base al **artículo 39 de la Constitución española de 1978** que establece la obligación de los poderes públicos de asegurar la protección social, económica y jurídica de la familia, y en especial de los menores de edad, de conformidad con los acuerdos internacionales que velan por sus derechos.

En cumplimiento de este mandato, el legislador estatal, en el marco de sus competencias, ha regulado las instituciones jurídico-públicas y privadas sobre las que se asienta la protección del menor.

La **Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad** tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el **artículo 43 de la Constitución**. Que se desglosa en el **art. 1.1**, donde se especifica que los titulares de este derecho son los españoles y ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en territorio nacional. Y el **art. 1.2** que establece inequívocamente que las actuaciones de los servicios de salud irán encaminadas a “la protección y mejora de la salud mental”.

En el **art.18 apartado 8** se introduce que, específicamente, también se vela por la salud mental. A su vez, en el **Capítulo III** de esta ley, se encuentra el **artículo 20**, el cual está dedicado a la Salud Mental. Es interesante señalar cómo en este Capítulo, se hace referencia a considerar los problemas referentes a la psiquiatría infantil de especial forma. Por otra parte, también resulta necesario resaltar que este capítulo refiere la especial importancia de la coordinación entre sanidad con los Servicio Sociales para llevar a cabo una atención integral real del usuario.

En el **Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, que determina la cartera de servicios comunes al Sistema Nacional de Salud**, se especifican las prestaciones y servicios de salud mental dentro de la Atención Especializada, de la siguiente forma:

Por un lado, diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, de la psicofarmacoterapia, de las psicoterapias individuales, de grupo y familiares, la terapia electroconvulsiva y, en su caso, la hospitalización.

Por otro lado, la atención a la salud mental, que garantice la continuidad asistencial, que incluye:

- Actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios.

- Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales y de las reagudizaciones de trastornos mentales crónicos, comprendiendo en tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y rehabilitación.
- Diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos alcoholismo y ludopatías.
- Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis, autismo y con trastorno de conducta en general y alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas saludables.
- Atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo exclusión social.
- Información y asesoramiento a personas vinculadas al paciente.

El **II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016** incluye varios objetivos, siendo el más destacable el 7º objetivo, que habla sobre la salud integral, buscando promover las acciones necesarias para alcanzar el máximo desarrollo de los derechos a la salud pública y la adolescencia, desde la promoción de la salud hasta la rehabilitación, buscando favorecer la prioridad en las poblaciones más vulnerables.

El Consentimiento Informado y la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, por los que se regulan derechos y obligaciones de pacientes, usuarios y profesionales, de los centros y servicios, públicos y privados en materia de autonomía e información del paciente. El paciente debe estar debidamente informado ya que tiene derecho a poder decidir libremente sobre sus opciones clínicas y negarse a un tratamiento, excepto casos determinados por Ley. El consentimiento informado es un derecho del paciente y una obligación del facultativo. En los menores de 16 años se deberá tener el consentimiento informado por representación, pero se tendrá en cuenta su opinión si tiene 12 años o más. Y no será necesario éste cuando exista riesgo

inmediato para la integridad del paciente de forma grave y no fuera posible la obtención de la autorización.

3.1.3. A nivel autonómico:

El **Decreto 83/1989, de 18 de mayo, por la que se regula la organización y funcionamiento de los servicios de salud mental y asistencia psiquiátrica de la Comunidad de Castilla y León** recoge la organización y funcionamiento que deben llevar los servicios de salud mental, así como asistencia psiquiátrica de la Comunidad Autónoma y además de su funcionamiento expone unos principios y unas bases que deben ser conocidos por quienes se encuentren dentro del ámbito de la Salud Mental.

La **Ley 14/2002, de 25 de julio, de promoción, atención y protección a la infancia en Castilla y León**, pretende de garantizar y promover los derechos que ya les son reconocidos por Ley a los menores.

3.2. ORGANIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL

3.2.1. Organización de la Salud Mental en España

El Sistema de Salud Mental que actualmente seguimos, tiene su base en la Ley General de Sanidad de 1986, que en su capítulo III propone la plena integración de la atención de los problemas de Salud Mental en el sistema sanitario general. Y, aunque es cierto que se han producido avances en la atención a la salud mental, actualmente sigue sin ser atendida de una forma realmente integral, debido, entre otras deficiencias, a que aún no se presta la atención necesaria a la carga familiar y social correspondiente que este tipo de problemáticas suelen acarrear. Además, es importante señalar que las Comunidades Autónomas adquirieron competencias y se desarrollaron a ritmos dispares, lo que ha generado grandes diferencias entre éstas en sus sistema de salud, como por ejemplo entre los gastos, pero existen otras debilidades, como las siguientes (Espino, 2002):

- Referido a la organización, es reseñable la ausencia de un Plan Nacional de Salud Mental; un modelo consolidado de servicios centrado en la comunidad; estadísticas fiables, accesibles y comparables entre las comunidades autónomas; mejora de la coordinación de experiencias entre las Comunidades Autónomas. A esto además se suma un desorden organizativo, un desbordamiento en las consultas ambulatorias con un desarrollo insuficiente y una devaluación institucional de los programas de atención a la salud mental autonómica (Hernández, 2013).
- En lo referido a la financiación, existe falta de transparencia del presupuesto sanitario dedicado a la salud mental (ANEMS, 2003), que también supone la falta de compromiso en el desarrollo de las prestaciones.
- Según Hernández (2013), en cuanto a lo político y la satisfacción del personal y las organizaciones, destaca las siguientes características: carencia y ausencia de políticas públicas de formación continuada, desmotivación de los profesionales (Moré, 2000), inexistencia de una política que estimule la dedicación profesional y los resultados de la asistencia profesional (Espino, 2001).
- En lo relativo a la calidad y competencia de los servicios, Hernández (2003), señala la insatisfacción de los parientes de las personas con una enfermedad mental, una fuerte tendencia a la medicalización y un descenso de interés por los debates teórico-prácticos para llegar a un consenso profesional.
- Por último, se señala que en cuanto a la capacidad de adaptación a los cambios en el entorno, existe un desarrollo insuficiente de recursos comunitarios para atender a los problemas de salud mental y la ineficiencia de los procedimientos burocráticos para la organización de la administración de salud mental (Hernández, 2013).

Con ello, llegamos a la conclusión de que el Sistema de Salud posee varias debilidades en el campo de atención a la Salud Mental, que conlleva una baja atención integral efectiva de las personas con problemas de salud mental y su entorno -ya que en muchas ocasiones las familias de los pacientes se ven desbordadas- y desigualdades entre las Comunidades Autónomas (Hernández, 2013).

Para comprender mejor la organización de la Salud Mental Infanto Juvenil de España, debemos conocer los **niveles de atención**:

Atención ambulatoria: se trata del primer nivel al que el problema llega. En algunas comunidades, caso de Andalucía, se resuelve con los médicos de Atención Primaria. En otras se derivan desde estos médicos a los especialistas (como es el caso de Castilla y León).

Estructuras intermedias: son espacios terapéuticos en los que los pacientes pasan un determinado tiempo del día, pero que son compatibles con la continuidad en familia y en algunos casos con la continuidad escolar.

Hospitalizaciones: la hospitalización psiquiátrica de menores es algo que se suele evitar a no ser considerado completamente necesario. Cuando es así, lo adecuado es que puedan ingresar en unidades infantiles que estén ubicadas en zonas de pediatría de los hospitales generales o en hospitales infantiles.

3.2.2. Organización de la Salud Mental en Castilla y León:

En Castilla y León la composición de los Recursos Humanos se compone de: psiquiatría, psicología, enfermería, trabajador social, auxiliar de enfermería y terapeuta ocupacional. Quedando distribuidos en las siguientes proporciones durante el año 2009, según un informe del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:

PSIQUIATRÍA	PSICOLOGÍA	ENFERMERÍA	T. SOCIAL	AUX. ENFERMERÍA	TERAP. OCUP
169	89	242	33	287	14

Año 2009: Instituto de Información Sanitaria – Subcomisión de Información del SNS

En cuanto a los dispositivos, quedan repartidos de la siguiente forma en las distintas áreas de salud:

ÁREA DE SALUD	ESM	EPIJ	UHP	HDP	URP	CRPS	UCA	URRP	Unidad de Referencia Regional
ÁVILA	3	1	1	Prog.	1	1		0	Unidad Desintox.
BURGOS	5	1	1	1	1	1		1	U.R.T.A.
LEÓN	5	1	1	1	1	1	1	1	UPD: EM-RM
EL BIERZO	2	Prog.	1	0		1		0	
PALENCIA	3	1	1	1	0	1		0	URP Unidad de Cuidados Continuados
SALAMANCA	5	1	1	2	1	1	1	0	Unidad Desintox. UPD: EM-Drogodependencia
SEGOVIA	3	1	1	0	0	1		0	
SORIA	1	1	1	Prog.	1	1	1	0	
VALLADOLID-ESTE	3	1	1	2	1	1	1	0	Hosp. Inf. Juv.
VALLADOLID-OESTE	3	1	1			1		0	
ZAMORA	3	Prog.	1	0	1	1	1	0	

Año 2009: Instituto de Información Sanitaria – Subcomisión de Información del SNS

- ESM: Equipo de Salud Mental
- EPIJ: Equipo de Psiquiatría Infanto-Juvenil
- UHP: Unidad de Hospitalización Psiquiátrica
- HDP: Hospital de Día Psiquiátrico/Programa de Hospitalización parcial
- URP: Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica Año 2009
- CRPS: Centro de Rehabilitación Psicosocial
- UCA: Unidad de Convalecencia Psiquiátrica
- URRP: Unidad Residencial de Rehabilitación Psiquiátrica
- UPD: Unidad de Patología Dual

Observando el cuadro se observa la diversidad de dispositivos que atienden a las distintas necesidades de la población en Salud Mental. Aunque parece que la presencia de Trabajadores Sociales podría ser reforzada.

Atendiendo al objeto de análisis, que es la Salud Mental Infanto-Juvenil, el Equipo y Programa de Psiquiatría Infanto-Juvenil (EPIJ) en Castilla y León, se centra en las siguientes tareas:

Atención Ambulatoria a menores de 18 años.
Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los trastornos mentales de menores de 18 años.
Asesoría a los Equipos de Atención Primaria.
Atención a los pacientes que les son remitidos desde otros niveles sanitarios.
Seguimiento y control de los pacientes dados de alta en las Unidades de Hospitalización de Referencia Regional.
Prestación de asistencia domiciliaria cuando las circunstancias terapéuticas lo requieren.
Apoyar y asesorar a los Equipos de Atención Primaria y otros profesionales sanitarios de su Distrito.
Atender a las consultas preferentes así como a los pacientes o grupos de crisis durante el período que se determine.

La coordinación entre las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil y los servicios sanitarios y sociales se realiza de la siguiente forma:

	Profesionales	Instrumentos de coordinación (bidireccionales)	Reuniones de coordinación
USMIJ/Atención Primaria	- Pediatría - Médico de Familia	A.P. → USMIJ: Protocolo de Derivación USMIJ → A.P.: Informe de Devolución <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 20px;"> { Diagnóstico Tratamiento/Evolución Alta </div>	- A demanda de uno de los servicios sobre casos concretos. - Generales, periódicas según las necesidades del sector
USMIJ/Servicios Educativos	- BOEPs - Orientador de I.E.S. - Psicólogo escolar	Educación: →USMIJ: A través de Informe dirigido a A.P. (el médico incorporará este informe en su derivación) USMIJ → Educación: Devolución de Información	- A demanda de uno de los servicios sobre casos concretos. - Protocolo de coordinación,
USMIJ/Protección de Menores	- Psicólogo Equipos de Diagnóstico y Tratamiento - Psicólogo adscrito a Centros - Trabajadores Sociales y Educadores	Protección →USMIJ: A través de Informe dirigido a A.P. USMIJ → Protección: - Devolución de Información - Informe directo a Servicio de Menores en casos detectados de desamparo, maltrato u otra problemática socio-familiar grave	- A demanda de uno de los servicios sobre casos concretos. - Protocolo de coordinación,
USMIJ/ Juzgados de Menores y de Familia	- Juez/Fiscal - Psicólogo adscrito al Juzgado - Trabajador Social y Educador Juzgado	Juzgado →USMIJ: Comunicación Oficial por parte del juzgado: - Peritación - Solicitud del Tratamiento USMIJ →Juzgado: Informe de Devolución en respuesta a una demanda concreta del Juez,	- Como respuesta al cumplimiento de una Orden Judicial
USMIJ/Otros servicios (C.M.S.S.; S.S.B., Centros de Rehabilitación, Centros de Atención Minusválidos,...)	- Profesionales especialista - Servicio a cargo del caso	Derivación a través de A.P. Informes bidireccionales	- A demanda de uno de los servicios sobre casos concretos. - Protocolo de coordinación,

"Guía para la Organización, Funcionamiento y Evaluación de Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil"

3.3. SALUD MENTAL Y TRABAJO SOCIAL

Para poder comprender mejor la situación en la que hoy se encuentra el Trabajo Social en Salud Mental debemos comprender su origen y evolución hasta lo que hoy conocemos.

Según Fernández (1997), la asistencia psiquiátrica desde el Trabajo Social comienza con la tecnificación de la disciplina, cuando en EEUU, a comienzos del siglo XX, los trabajadores sociales se incorporan tratando de dar una respuesta social a la cronicidad de los trastornos mentales y la masificación de los psiquiátricos.

Garcés (2010), apunta que el papel del trabajador social se va reconociendo e incorporando a los Equipos de Salud Mental a consecuencia de que los psiquiatras de diferentes instituciones comenzaran a apreciar el valor de las intervenciones sociales.

Así, en Barcelona, se creó la tercera Escuela de Trabajo Social (en España), de la mano de Dr. Sarró en 1953, que dependía de la Cátedra de Psiquiatría del Hospital Clínico. Es aquí cuando se incorporan dentro del entorno del trabajo social disciplinas como la Psiquiatría y la Psicología Dinámica, acercándonos a las líneas básicas de formación con respecto de otros países occidentales. Dichas tendencias, vienen a España desde EEUU acompañadas de la idea de “equipos psiquiátricos” y de la necesidad de trabajar con las familias de los pacientes.

El desarrollo de la atención psiquiátrica en España se ha producido de forma similar que en la mayoría de países desarrollados. Anteriormente la asistencia psiquiátrica no estaba integrada en el régimen de la Seguridad Social, dependía de Diputaciones Provinciales, y es a mediados de los 70 que se inicia un movimiento de reforma en el sistema psiquiátrico en Europa y se toma la reforma italiana y los modelos de la antipsiquiatría con un enfoque más social y menos medicalizado como referente y se procede a la apertura de los hospitales psiquiátricos, la externalización de los enfermos ingresados y su inserción y tratamiento en la comunidad.

La evolución del Trabajo Social en Salud Mental estaba influenciada por la de la asistencia psiquiátrica, y es además en los 70 cuando existía una gran precariedad de

recursos sociales en España, por lo que la red de beneficencia y asistencia social era escasa y confusa. La imagen del Asistente Social era ambigua en un principio tanto en el ámbito sanitario general como en el psiquiátrico, pero se fue desarrollando aprendiendo a identificar problemas, definirlos y proponer actuaciones dentro de las líneas de intervención terapéutica.

En los años 80 el concepto del paciente que padece una enfermedad mental cambia y se convierte en un sujeto de derechos y obligaciones que requiere de intervención psicológica, técnica y social. Es en esta década cuando la Ley General de Sanidad de 1986 y la Organización Mundial de la Salud define el concepto completo de salud como “un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad” que conforman el marco normativo, y con ello el contexto propicio para desarrollar la reforma psiquiátrica en España. Con la aprobación de dicha ley –que integró la asistencia psiquiátrica en el sistema sanitario general-, el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica y la descentralización del Estado y la progresiva transferencia de competencias en materia de sanidad a las CCAA, suponen el origen y marco que ha propiciado el desarrollo de la atención a la salud mental.

Durante la década de los 90, se desborda el ámbito sanitario-psiquiátrico por la población con enfermedades mentales, que se caracterizaban por discapacidades y déficits para llevar a cabo un funcionamiento autónomo además de reunir características de desventaja social y teniendo en cuenta la tensión que suponía para las familias, supone una dirección del trabajo social hacia estos aspectos, tratando de no sólo atender las problemáticas psiquiátricas, sino también las dificultades psicosociales y las necesidades sociales, a partir de la rehabilitación y la integración social en la comunidad.

Actualmente, podemos ver tras observar los datos del cuadro del apartado anterior que refleja la distribución de los profesionales en Salud Mental en Castilla y León, que comparando el número de Trabajadores Sociales y Terapeutas Ocupacionales que existen en proporción al resto de profesionales, siendo estas dos primeras, las profesiones enfocadas a intervenir en el aspecto social de los usuarios, a su vez se trata

de las disciplinas que menos número de profesionales poseen en el campo de la Salud Mental.

Si queremos concretar en las **funciones que un trabajador social** desempeña en el ámbito de la **Salud Mental Infanto-Juvenil**, debemos tener en cuenta del nivel asistencial al que pertenece. Podemos dividir en cuatro grandes grupos las cuatro funciones principales del trabajador social en salud mental infanto-juvenil, teniendo más preponderancia una u otra dependiendo del tipo de equipo en el que esté integrado:

Funciones de promoción y prevención:

- a) Información, asesoramiento, orientación y gestión de recursos sociales a pacientes y familiares para la mejora de las situaciones problemáticas y de su calidad de vida.
- b) Promoción del trabajo en equipo y coordinación con trabajadores sociales y profesionales de otras instituciones públicas y privadas para conseguir una mejor utilización de los recursos normalizados y de intervención de tipo comunitario.
- c) Colaboración en la detección de personas, sectores y grupos sociales susceptibles de presentar problemas específicos y determinar los principales factores de riesgo psicosocial relacionados con ellos.
- d) Potenciar la creación y el cuidado de las redes sociales que apoyen el proceso iniciado con los pacientes y sus familias.

Funciones asistenciales:

- a) Atención especializada al sector de la población que le corresponda, bien individualmente o en colaboración con otros miembros del equipo.
- b) Realización de las acciones necesarias para completar la información y seguimiento de las situaciones socio-familiares del paciente, así como el desplazamiento a otros dispositivos comunitarios en caso necesario.
- c) Gestión de la derivación de los restantes dispositivos de la Red o a otros servicios de aquellos pacientes que lo requieran.
- d) Potenciación, apoyo y favorecimiento de la relación entre los afectados y sus familiares, aunando el esfuerzo de todas las partes implicadas.

- e) Mantener la conexión con los servicios e instituciones pertinentes, a fin de garantizar la continuidad de la atención a los pacientes.
- f) Evaluar el malestar psicosocial de los pacientes, prestando especial atención tanto a los factores que influyen en la génesis de los conflictos psicosociales como a las diversas formas que adquiere la vivencia personal de estos conflictos.

Funciones docentes e investigadoras:

- a) Participar en la planificación y ejecución de actividades clínicas, formativas, de investigación y coordinación a los equipos de Atención Primaria ya los programas de prevención y promoción de la salud.
- b) Participación en las actividades de formación y de investigación establecidas en Salud Mental en relación con la infancia y la adolescencia.

Funciones de gestión:

- a) Realización de la historia social (y otros documentos utilizados tales como el informe social) del paciente para el conocimiento de las interacciones existentes en los distintos contextos: social, familiar, económico y cultural.
- b) Participación directa en la confección de las correspondientes memorias y estadísticas.

3.4. ATENCIÓN SOCIAL A MENORES CON DEPRESIÓN

La atención social a menores con depresión no es específica de esta problemática, sino que sigue el mismo modelo que otros trastornos o problemas de salud mental infanto-juvenil. Los trastornos mentales de los menores tienen un origen multifactorial, en el que factores individuales, familiares y del entorno sociocultural contribuyen tanto al desarrollo del trastorno como a su forma de manifestación y a su sustentación.

Los problemas de salud mental en adolescentes ocasionan, además de un sufrimiento personal y familiar, unas repercusiones en la sociedad que va incorporando jóvenes con importantes problemas de relación, violencia, baja productividad y elevado consumo de recursos educativos, sanitarios, sociales y de justicia.

3.4.1. Cuestiones básicas a tener en cuenta para la asistencia en salud mental a niños y adolescentes:

1. La atención a la población de entre las edades de 0 a 17 años.
2. Intervención de carácter preventivo.
3. Especificidad de atención en Salud Mental a niños y adolescentes, lo que se traduce en una atención diferenciada de la prestada en los servicios de salud mental de adultos.
4. El modelo comunitario de atención en Salud Mental basada en la atención territorializada, llevada a cabo por equipos multidisciplinares para la promoción, prevención, atención y continuidad de cuidado a este colectivo.
5. Diagnóstico y tratamiento integral, atendiendo a sus necesidades y problemas en todos los aspectos de su vida, es decir, salud, salud mental, familia, educación, red y contexto social).
6. Asegurar el acceso a los pacientes a los tratamientos que mejor se adapten a su problemática.
7. El abordaje multimodal, que abarca intervenciones psicoterapéuticas, psicofarmacológicas, educativas y sociales. Está recomendado para la mayor parte de las patologías de la infancia y debe ser tenido en cuenta en cualquier intervención y nivel de tratamiento.

8. El abordaje de la salud mental de los menores requiere intervenciones terapéuticas complejas que pueden implicar a varias personas e instituciones, y para ello es necesario contar con recursos suficientes y cercanos al medio natural del menor para proporcionar una atención adecuada.
9. La coordinación interinstitucional de los distintos dispositivos e intrainstitucional. La intervención conjunta y coordinada en distintos niveles, sanitario, educativo y social incrementa la efectividad de las intervenciones.
10. La formación continuada y las actividades docentes de los profesionales.
11. Promover y desarrollar la investigación en los distintos campos de la Salud Mental Infanto-Juvenil.

3.4.2. Principios de intervención:

Atención a los momentos críticos de riesgo: lo que supone actuar en el mejor momento, que se ha comprobado que para reducir la incidencia se debe actuar durante el desarrollo de los síntomas más significativos.

Potenciación de los factores de protección y reducción de factores de riesgo: ese principio supone analizar las variables que generan y mantienen la depresión, y atenderlos de forma temprana. Serán analizados en el apartado posterior.

Nivel de focalización sobre el problema: las intervenciones deben basarse en estudios específicos de la problemática que se presenta, y ello implica decidir el nivel de concreción de la intervención sobre el problema. Se debe prestar atención a posibles problemas o trastornos comórbidos que pueda presentar el adolescente o su familia.

Intervención con los niños, padres y educadores: la intervención puede ser directa o indirecta. Pero se debe tener en cuenta que la conducta del menor en varias ocasiones se ve influenciada por la de los adultos que le rodean. Los expertos en desarrollo de programas dirigidos a menores consideran que la implicación de los padres es un factor decisivo para el éxito de la intervención.

Ajuste de la intervención a las características personales, familiares y sociales: la intervención ha de adaptarse a las características de los usuarios como la edad, sexo, raza, para mejorar la efectividad de ésta.

Protocolización de las intervenciones: refleja la necesidad de llevar a cabo las intervenciones y la prevención a partir de un protocolo.

Desarrollo de intervenciones continuadas: según Scheier, Botvin, Díaz y Griffin (1999), los progresos que se logran con los adolescentes durante la educación secundaria van desapareciendo con los años si no se implementan programas de seguimiento y refuerzo. También es importante tener en cuenta la prevención de recaídas, y requiere la realización de evaluaciones de seguimiento y sesiones de recuerdo.

Intervención con una metodología interdisciplinar: la eficacia se ve reflejada frecuentemente en los programas que integran diferentes agentes socioeducativos. En la intervención directa con los destinatarios participan profesionales con formación pedagógica (como maestros y educadores), psicólogos, personal sanitario, trabajadores sociales, etc. Una estrategia que frecuentemente permite lograr buenos resultados es la intervención a través líderes del grupo., incluyendo en el equipo de del programa a profesionales encargados de la planificación y evaluación del éste. Además debe contar profesionales competentes en la elaboración de materiales didácticos, en análisis y diagnóstico, así como en la interpretación de datos y metodología de evaluación de programas. Para llevar este modelo a cabo se debe facilitar una formación previa a la implementación del programa sobre los objetivos que se pretenden conseguir, la problemática sobre la que se interviene, la metodología que determina la intervención y las características del objeto de la misma.

3.4.3. Factores de riesgo y factores protectores:

Los factores de riesgo y de protección son la base del planteamiento de las actuaciones de prevención e intervenciones. Es necesario conocer qué factores debemos reforzar para prevenir la aparición de la enfermedad, facilitando el empoderamiento del usuario en su proceso, así como en los que debemos incidir para evitarlos, reducirlos o eliminarlos en la medida que sea posible.

Un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de que se desarrolle una enfermedad o de que ocurra un hecho desfavorable, mientras que los factores de protección ayudan a reducir el riesgo de que se produzca. A continuación señalaré algunos de los **factores de riesgo** de la depresión en la adolescencia.

FACTORES FAMILIARES	FACTORES DEL ENTORNO	FACTORES INDIVIDUALES
Antecedentes familiares de depresión.	Problemas en las relaciones sociales: como conflictos interpersonales o rechazo de miembros de su entorno.	Pertenecer al sexo femenino.
Alcoholismo familiar.	Vivir en estructuras familiares distintas a las de los padres biológicos, una mala adaptación a la familia, amigos, escuela, trabajo o pareja.	Factores genéticos y bioquímicos.
Conflictos conyugales o entre los padres, o uno de los padres, y el hijo.	El acoso escolar o bullying.	Factores psicológicos: como el temperamento, la afectividad negativa (tendencia a experimentar estados emocionales negativos acompañados de características conductuales y cognitivas), la presencia de síntomas depresivos como pensamientos de muerte.

FACTORES FAMILIARES	FACTORES DEL ENTORNO	FACTORES INDIVIDUALES
Las distintas formas de maltrato: como el abuso físico, emocional, sexual y la negligencia en el cuidado.	No tener hogar, vivir en centros de acogida o en instituciones de seguridad.	Poseer alguna discapacidad física o de aprendizaje, déficit de atención, hiperactividad o alteraciones de la conducta.
Eventos vitales negativos: como el divorcio o separación conflictivos de los padres, la pérdida de amistades o la pérdida de un familiar o un amigo.	Antecedentes de delincuencia.	
El trabajo de los padres fuera de casa, los bajos ingresos económicos o vivir en una zona desfavorecida (aunque no parecen suponer un motivo de peso si ocurren de forma independiente).	El consumo de nicotina, alcohol u otras sustancias tóxicas.	
	Problemas en las relaciones sociales: como conflictos interpersonales o rechazo de miembros de su entorno.	

FACTORES PROTECTORES
Cohesión familiar.
Adecuada comunicación familiar.
Buenas relaciones de amistad.
Estatus positivo en el grupo de iguales.
Una actitud de rechazo hacia el consumo de sustancias.
Habilidades de resolución de problemas y estrategias de afrontamiento.
Logros personales que hayan sido reconocidos socialmente.
Nivel de inteligencia normal-alto.
Practicar algún deporte o actividad física.
Participar en la vida comunitaria.
Tener aficiones.

3.4.4. Ámbitos de intervención:

A distintos niveles, tanto intervención como prevención debe realizarse en los siguientes ámbitos de la vida del adolescente:

a) **Individual:**

A nivel individual las acciones deben estar dirigidas a potenciar los factores personales de protección. El objetivo general es empoderar a los adolescentes para que estos tengan un buen autoconcepto y se perciban autoeficaces en las distintas áreas de su vida. Es imprescindible tanto en intervención como mecanismo de prevención de problemas en esta etapa. Por otro lado, también se pretende reducir los factores de riesgo que puedan rodear al adolescente. Debido a que la personalidad y la adquisición de hábitos se forman desde el comienzo, desde su nacimiento, la intervención puede comenzar tan pronto como sea posible. Durante la etapa específica de la adolescencia, los programas preventivos deberían ir encaminados a incrementar las competencias académicas y sociales del adolescente, en particular, haciendo énfasis en los hábitos de estudio, las habilidades de comunicación y el refuerzo de actitudes saludables.

b) Familiar:

El nivel familiar puede comprenderse como el foco principal de intervención, es decir, no se puede prescindir de él ni en la prevención ni en la intervención.

Una de las técnicas que más se desarrollan para intervenir sobre situaciones de riesgo de adolescentes han sido las escuelas para padres, que pueden ser de tipo general con el objetivo de mejorar la relación e interacción entre padres e hijos a través de la adquisición de habilidades parentales; o pueden ser específicas, actuando los padres como terapeutas en el tratamiento de sus hijos.

Los programas que se basan en el apoyo familiar deben tratar de potenciar las relaciones familiares, las habilidades educativas, etc.

c) Escolar y comunitario:

Se señala, por varios autores, el entorno escolar como el ámbito idóneo para desarrollar las actuaciones de prevención (Secades, 1996), ya que posee una serie de ventajas como el acceso a la totalidad de los adolescentes debido a la educación obligatoria hasta los 16 años. Además, los centros escolares poseen la infraestructura necesaria para el desarrollo de los programas preventivos. Otra de las ventajas es que la escuela es un marco de formación y educación, considerado así también por los adolescentes, lo que puede optimizar la realización del programa preventivo, ya que, además, en este marco de formación y educación cabe la posibilidad de integrar la promoción de conductas prosociales y preventivas (García Rodríguez, 1991)

El ámbito social más inmediato de un adolescente son el grupo de iguales y la familia, del que se ha hablado en el apartado anterior, en un contexto más amplio se encuentra su lugar de residencia y en un nivel mayor se ve envuelto en el contexto social (comprendido como el conjunto de elementos económicos y políticos en los que vive).

El grupo de iguales es uno de los ámbitos que más influye en el adolescente, debido a la necesidad de pertenencia de grupo y de identidad que posee, por ello

puede afectar en el aprendizaje de comportamientos adaptativos o desadaptativos para el menor. Dentro de este, las conductas agresivas, de aislamiento o rechazo suponen un importante factor de riesgo que puede afectar o precipitar la aparición de un trastorno o un episodio depresivo del menor.

Botvin, Schinke, Epstein, Díaz y Botvin (1995) afirman que los programas de ámbito comunitario que intervienen en períodos en que los que el menor atraviesa una etapa de transición pueden provocar efectos positivos sobre las familias y adolescentes de alto riesgo. También señalan que la combinación de intervenciones dirigidas a los distintos ámbitos de forma paralela supone una optimización de los esfuerzos.

3.4.5. Proceso de atención al adolescente con depresión:

Antes de describir el proceso, es importante tener en cuenta que España, junto con Letonia, son los únicos países de la Europa de los 25 que no contemplan la especialidad de psiquiatría infanto-juvenil.

Como ha sido señalado en anteriores apartados, se ha de tener en cuenta que cada Comunidad Autónoma tiene una organización diferente, dando esto lugar a diferentes sistemas de atención y a desarrollos dispares, aunque todas las autonomías se rijan por el Sistema Nacional de Salud. Por ello considero interesante señalar el proceso que sigue Castilla y León:

El proceso de asistencia a la depresión de un adolescente desde la Salud Mental Infanto – Juvenil se inicia cuando la familia acude a la consulta de Atención Primaria. Esto se produce por propia iniciativa o por recomendación previa de otros agentes del entorno del adolescente como profesores y otros miembros del entorno, no siempre con una cualificación suficiente o preparados para afrontar de una manera eficaz los factores de riesgo, como ejemplo, el acoso escolar, que muchas veces se tienden a minimizar, cuando no a ocultar por otro tipo de intereses. Este es considerado el primer nivel de atención.

Desde los equipos de Atención Primaria se hace una primera valoración de la posible causa del estado del menor. Este grupo de agentes no especializados son

profesionales, que deberían, en primera instancia, de ser capaces de realizar las siguientes actuaciones:

ACTUACIONES DE LOS AGENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA
Identificar problemas de salud mental en su origen.
Apoyar y aconsejar algunos casos y tratar problemas leves de salud mental.
Reconocer las necesidades en salud mental que requieran de intervenciones complejas.
Valorar situaciones graves que requieren derivación a un nivel superior de tratamiento.
Identificar situaciones de riesgo y gravedad patológica para ser derivadas a las USMIJ con carácter preferente o urgente.
Promover la salud mental y realizar prevención en este aspecto en la población infanto-juvenil.

En caso de que desde Atención Primaria se considere necesario o la propia familia lo solicite, el menor es derivado a la red asistencial especializada en Salud Mental Infanto-Juvenil, siendo este el segundo nivel de atención. Se debe señalar que los protocolos de derivación deberían ser muy específicos en función de la problemática detectada.

Una vez en el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil, dispositivo de carácter ambulatorio, se realizan las siguientes acciones:

Recepción en la USMIJ (Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil):

Esto constituye la toma de contacto del paciente, que ha de ser derivado por su MAP (Médico de Atención Primaria) mediante los mecanismos de solicitud establecidos al efecto, con la Unidad y se establece a nivel administrativo. Se recoge la demanda y se le asigna cita de acogida con Trabajador Social. Actualmente la mayor incidencia se realiza sobre cuestiones asistenciales siendo las preventivas de más difícil abordaje y que precisan de dotaciones económicas suficientes.

Posteriormente se realiza la **primera entrevista** o entrevista de acogida, que a veces se dilatan en el tiempo por insuficiencia de dotación de profesionales.

El trabajador social es quien la realiza, en ella se abrirá la historia clínica del paciente y se lleva a cabo una primera valoración del nivel de urgencia del caso. En esta entrevista se cuida la relación con el usuario y la familia. Facilita una primera orientación sobre el paciente y su tratamiento.

Se utiliza un modelo de Historia unificada donde se recogen informes, documentos de derivación y otra información de interés que el trabajador social recoge a lo largo del tratamiento del menor sobre el mismo y su entorno, posibles avances, cambios significativos... Su duración aproximada es de 45 minutos.

El psicólogo o psiquiatra realizará varias sesiones, en las que inicialmente llevará a cabo una primera toma de contacto, estudiará la información recogida y realizará una evaluación sobre el paciente.

A su vez, el trabajador social debe coordinarse con las distintas instituciones o implicados en el proceso de recuperación del menor, realizando las actuaciones que sean oportunas en cada momento, de forma coordinada, a su vez, con el terapeuta del adolescente.

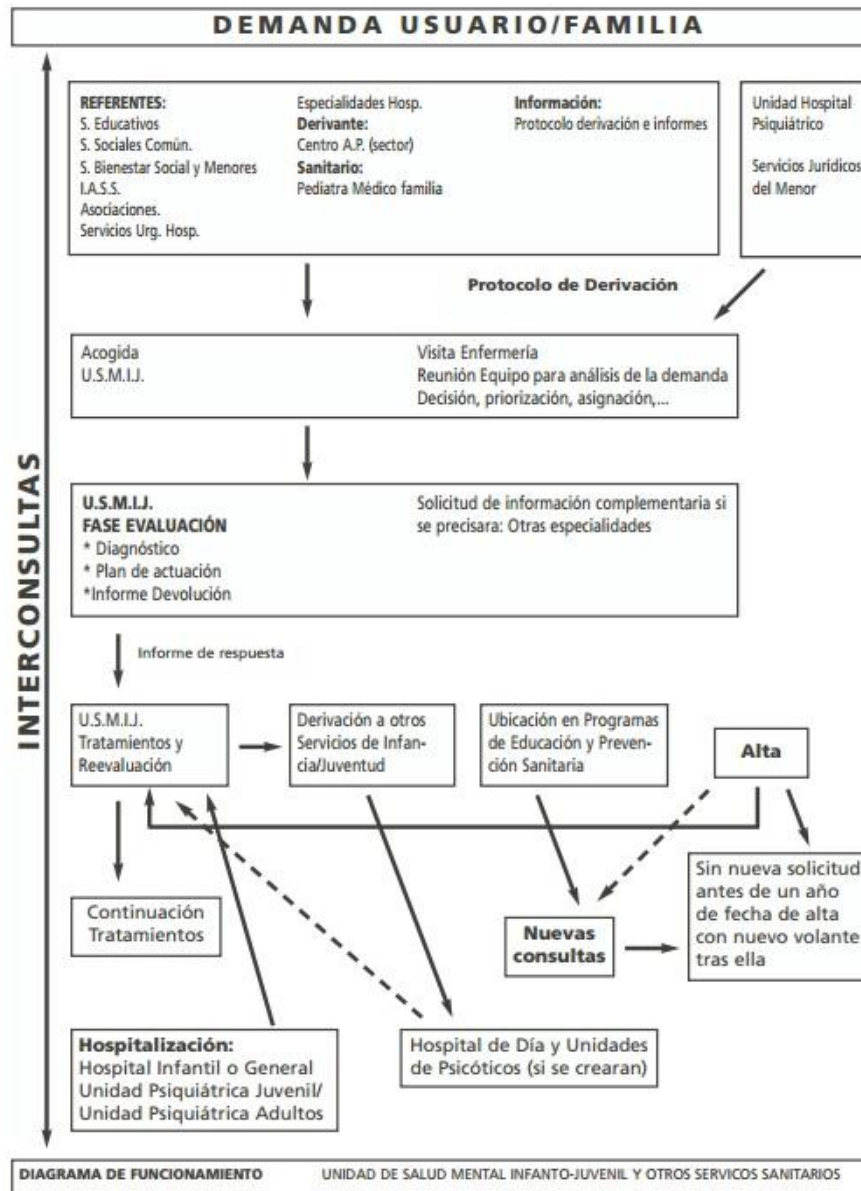
En caso de tratarse de un trastorno depresivo grave y se considere necesario, el menor podría ser derivado desde el Centro de Salud Mental Infanto-juvenil a hospitalización u otro servicio específico de tipo terapéutico o rehabilitador, que se trataría del tercer nivel de atención.

Indicación de Ingreso Hospitalario

Se hará desde la USMIJ que deberá ponerse previamente en contacto con la unidad de ingresos psiquiátricos. El ingreso del paciente requiere el informe oportuno. Para ello es necesario el informe de alta hospitalaria cuando el paciente sea derivado de nuevo a la USMIJ para continuar el tratamiento.

La hospitalización debe disponer de un programa propio para los pacientes que precisen de este recurso, independientemente de donde se realice éste, bien en hospital general, en Unidad de Psiquiatría o en Unidad de Hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil.

Por último se finaliza el tratamiento bien o por **alta médica** o por **abandono**.



PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

Tras el análisis de la situación de la atención social en Salud mental Infanto-Juvenil y la posición que ocupa el trabajo social en ella, expongo las siguientes propuestas:

Protocolo específico de coordinación entre los distintos agentes (sociales, sanitarios y educativos)

En cuanto al propio funcionamiento de la Salud Mental Infanto-Juvenil, considero que debería organizarse en torno a un protocolo estipulado de coordinación entre los distintos agentes implicados en los procesos y tratamientos de los menores. La coordinación es una actividad que se lleva a cabo diariamente y sin embargo no existe un mecanismo establecido para realizarla y regularla, pudiéndose lograr una optimización de las actuaciones y garantizando la confidencialidad del paciente de una forma más efectiva. Por ello considero necesario una sistematización de los procesos de coordinación propios.

Reforzar la función preventiva de los Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil

Asimismo la Salud Mental Infanto-Juvenil no debería focalizarse únicamente en su función asistencial, debería considerarse la prevención como una de sus funciones principales. Ya que tanto la depresión, como otros trastornos que afecten a menores durante esta etapa suponen un gran impacto sobre su crecimiento y desarrollo personal, sobre su rendimiento escolar y sus relaciones familiares y con iguales. Además de su continuidad y prolongación hasta la etapa adulta. Por ello, los Centros de Salud Mental deberían implementar programas de prevención, ya no sólo de la depresión, sino de otros trastornos que actualmente afectan cada vez a un mayor número de adolescentes, tratando de frenar así el incremento de personas afectadas y convirtiéndose en un factor protector.

Protocolo de detección y actuación de situaciones de riesgo de depresión

Al igual que existe un protocolo para los casos de TDAH (Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad), sería necesario la implementación de un protocolo para los casos de depresión, ya que se trata de una de las primeras causas de enfermedad en la adolescencia, es decir, es uno de los problemas de salud mental de mayor magnitud, tanto por el número de adolescentes que se ven afectados como por las posibles consecuencias que puede tener. Por ello considero necesaria la creación de un protocolo y un sistema que agilice el proceso de derivación, así como la detección de los posibles casos.

Aumento de la presencia del Trabajo Social en los centros de Salud Mental Infanto-Juvenil

Como he señalado en apartados anteriores, la presencia de psiquiatras, enfermeros, psicólogos y auxiliares de enfermería es varias veces superior al número de trabajadores sociales por unidad de salud mental. En Castilla y León hay un trabajador social por centro de salud mental infanto-juvenil, lo que supone que el trabajador social se ciña a sus funciones puramente asistenciales por el exceso de carga que supone para un único trabajador social por unidad. Por lo tanto, como mi anterior propuesta es que los centros de Salud Mental Infanto-Juvenil lleven a cabo funciones preventivas, si no se aumentara el número de trabajadores sociales por unidad, esto sería difícilmente realizable o poco efectivo. Además de este aspecto, pone de manifiesto que la intervención en el contexto y la familia son relegados a un segundo plano, haciendo hincapié en la psicoterapia. Es importante señalar la importancia de complementar la psicoterapia con la intervención social, que se convierten en una sinergia, siendo más efectivo que la actuación independiente de cada una.

Formación de los Trabajadores Sociales en aspectos básicos de Salud Mental

Los Trabajadores Sociales de Salud Mental trabajan con aspectos psiquiátricos y psicológicos cada día, sin embargo durante la carrera, actualmente no se nos forma en este ámbito. Además de ser un principio de la atención en salud mental (la formación continuada), es imprescindible para realizar una prevención, detección y promoción efectiva de las distintas problemáticas de salud mental Infanto-juvenil.

En cambio, en algunos países de habla anglosajona los Trabajadores Sociales utilizan terapias psicológicas (como la cognitivo-conductual).

Investigación sobre la depresión en la adolescencia

Durante la realización del trabajo, la mayor parte de la bibliografía que encontraba eran producciones desde la psicología, la psiquiatría y la enfermería, pero apenas existe bibliografía que trate la depresión en la adolescencia desde el Trabajo Social, y gran parte es de producción anglosajona.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL

Aplicación del modelo de gestión de casos a la depresión en la adolescencia

El modelo de la gestión de casos surgió en 1970 en Estados Unidos a consecuencia de la demanda popular para tenerse así en cuenta que la persona es sólo una, que sus circunstancias son cambiantes y que el tipo de intensidad de las intervenciones debe adaptarse a cada una.

Es un modelo de intervención holístico, centrado en el usuario como un todo inserto en un entorno, que permite potenciar la autonomía personal y la participación social, y facilita el acceso a recursos coordinados que responden a las necesidades integrales de los usuarios.

La gestión de caso es un proceso de acompañamiento continuo, que se realiza a partir de las necesidades de las menores y sus familias y de la accesibilidad a los servicios, en donde cada usuario es un actor activo de su propio proceso de recuperación.

En primer lugar se debe recoger información general del grupo de adolescentes con el trastorno depresivo con el que se va a trabajar, de sus familia y entorno, que se podrá iniciar tras la primera entrevista de acogida, donde, de forma individual, se realiza la historia social.

Tras este primer estudio del grupo que se aborda, los pasos a seguir son los siguientes:

I. Entrada al proceso de Gestión de Caso:

En primer lugar se da un **contacto inicial con cada adolescente y su familia**, de forma individual con cada familia, posteriormente se convoca a todos los integrantes del grupo familiar.

Se debe tener en cuenta qué sintomatología presenta en adolescente, si se dan algunas de las siguientes, para posteriormente trabajar con ella:

- Bajo estado de ánimo o irascibilidad.
- Intensa desesperanza y pérdida de la visión de futuro.
- Alteraciones incapacitantes en el apetito o el sueño.
- Ideas suicidas y sensación de culpa intensa.
- Perturbación importante en el funcionamiento social, laboral o familiar.

El profesional se presenta y expone sus funciones y las de su unidad para no crear falsas expectativas sobre la ayuda que se les va a prestar. A su vez, se les informa también de sus derechos como usuarios. Posteriormente se les motiva a asistir y se les explica los pasos a seguir en el proceso.

El profesional, el usuario y su familia, decidirán de manera conjunta, cuando se realizará la evaluación y quiénes deben participar.

Para analizar la condición en la que se va a satisfacer la solicitud de ayuda, también llamado “análisis de la demanda”, es importante tener en cuenta tres elementos:

- Quien tiene el síntoma: el adolescente con depresión.

- Quien sufre con estos síntomas: el adolescente con la sintomatología depresiva.
- Quien tiene la queja.

Debe tenerse en cuenta que los abordajes que tratan de abarcar un grupo más grande, tienen mayor cobertura y estimulan la cohesión social y el sentido de pertenencia al colectivo, pero consiguen menor impacto en los casos individuales de los individuos más afectados que asisten a las actividades masivas.

El profesional procede a realizar un registro del usuario, sus datos básicos sobre éste, su familia y entorno. Quedando registrado o en un Registro Único como el Historial Clínico.

II. Evaluación de los aspectos psicosociales por el Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil:

Se trata de realizar un diagnóstico interdisciplinario interviniendo los agentes de Salud Mental Infanto-Juvenil. Esta evaluación debe realizarse de forma conjunta, a través de un proceso reflexivo entre los profesionales de la Salud Mental Infanto-Juvenil, es decir, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, enfermeros, terapeutas ocupacionales, educadores sociales, etc. Se trata de que cada profesional contribuya al análisis del caso con los conocimientos desde su disciplina, lo que pueda permitir conocer alternativas, recursos y posibles soluciones para cada caso. Tras esto, se realiza un breve informe describiendo las actuaciones que se llevarán a cabo y una evaluación inicial que contemple los posibles aspectos a tener en cuenta en el Plan de Abordaje Psicosocial. Posteriormente se realiza una reunión con el menor y su familia para discutir los aspectos oportunos de la evaluación.

El resultado de la evaluación debe quedar reflejado de forma escrita y ser conocido por la familia y profesionales que participaron. Asimismo, estableciendo las recomendaciones u observaciones que sean necesarias.

La evaluación debe contemplar cuatro aspectos a analizar, de acuerdo a los objetivos establecidos. Cada uno de estos aspectos posee un conjunto de variables:

- **Factores de riesgo:** que como ya he comentado en otro apartado son la base del planteamiento de las actuaciones de prevención e intervenciones. Es necesario

conocer qué factores debemos eliminar, reducir o evita tanto como sea posible, así como tenerlos en cuenta para el desarrollo del Programa.

Recordaré los factores de riesgo que anteriormente señalé:

Factores familiares

- Antecedentes familiares de depresión.
- Alcoholismo familiar.
- Conflictos conyugales o entre los padres, o uno de los padres, y el hijo.
- Las distintas formas de maltrato: como el abuso físico, emocional, sexual y la negligencia en el cuidado.
- Eventos vitales negativos: como el divorcio o separación conflictivos de los padres, la pérdida de amistades o la pérdida de un familiar o un amigo.
- El trabajo de los padres fuera de casa, los bajos ingresos económicos o vivir en una zona desfavorecida (aunque no parecen suponer un motivo de peso si ocurren de forma independiente).

Factores en relación con el entorno

- Problemas en las relaciones sociales: como conflictos interpersonales o rechazo de miembros de su entorno.
- Vivir en estructuras familiares distintas a las de los padres biológicos, una mala adaptación a la familia, amigos, escuela, trabajo o pareja.
- El acoso escolar o bullying.
- No tener hogar, vivir en centros de acogida o en instituciones de seguridad.
- Antecedentes de delincuencia.
- El consumo de nicotina, alcohol u otras sustancias tóxicas.

Factores individuales

- Pertener al sexo femenino.
- Factores genéticos y bioquímicos.

- Factores psicológicos: como el temperamento, la afectividad negativa (tendencia a experimentar estados emocionales negativos acompañados de características conductuales y cognitivas), la presencia de síntomas depresivos como pensamientos de muerte.
- Poseer alguna discapacidad física o de aprendizaje, déficit de atención, hiperactividad o alteraciones de la conducta.

Teniendo en cuenta los posibles factores de riesgo que se exponen, debemos plantearnos cuáles de estos se están presentes.

- **Condiciones especiales:** supone valorar posibles eventos vitales que hayan podido incidir en el adolescente y desarrolle el trastorno. Y qué manifestaciones expresa:

Manifestaciones afectivas	Manifestaciones somáticas	Manifestaciones interpersonales
Tristeza	Alteraciones en el sueño o apetito	Aislamiento
Rabia	Dolores corporales	Desconfianza
Ansiedad	Vacío en el estómago	Control
Culpa	Opresión precordial	Aislamiento
Impotencia	Falta de aire	Desconfianza

- **Resiliencia:** la resiliencia es la capacidad de recuperarse, sobreponerse y adaptarse con a la adversidad, desarrollando nuevas competencias adaptativas. Debemos analizar las características de resiliencia, o factores protectores individuales (también anteriormente mencionados) posee el menor:
 - Temperamento
 - Inteligencia
 - Creencia de poder controlar eventos
 - Compromiso con sus actividades
 - Anticipación de cambio
 - Coherencia
 - Optimismo
 - Buen humor
 - Interpretación de los hechos
 - Expectativas

- **Verificación de los derechos de los usuarios:** principalmente el derecho a la información y la orientación integral tanto antes, como durante y después de la intervención. Tienen derecho a ser debidamente informados en cada momento. Por ello, también es necesario hacerles partícipes del consentimiento informado.

III. Diseño del Plan de Abordaje

Se entiende Plan de Abordaje como un conjunto de actividades acordadas y programadas para que el usuario y su familia, a través del acompañamiento, los servicios que necesita para superar la situación problemática, en este caso el trastorno depresivo del adolescente, así como superar los problemas que esto supone. Se realiza adquiriendo compromisos específicos entre el trabajador social, que en este caso es el gestor del caso, el menor y su familia.

Se deben establecer metas realistas basadas en las condiciones existentes de forma objetiva. Ha de ser integral y concertado, así como se ha de tener en cuenta que sea

apto para las condiciones socioeconómicas y culturales. Además, a su vez, ha de ser flexible para adaptarse a las características de cada individuo.

El Plan ha de contener objetivos, indicadores, actividades, responsables y plazos, sirviendo así de guía durante la intervención y pueda ser monitoreado.

El Plan de Abordaje podría ser así:

Objetivo General: atenuar los efectos del trastorno depresivo, interviniendo en el entorno social (teniendo en cuenta los factores socioculturales que influyen en el desarrollo o agravamiento de la enfermedad) de forma complementaria con la psicoterapia y los métodos necesarios para rehabilitar al adolescente con dicho trastorno.

Objetivos específicos: se definen a partir de cada uno de los elementos que resultan de la evaluación. Se formulan en términos de los cambios que se desea obtener en los aspectos psicosociales del usuario y su familia.

Indicador: cada objetivo específico debería tener, al menos, un indicador que permita medir tanto la situación actual como la magnitud del cambio alcanzado.

Actividades: se deben plantear a raíz de cada objetivo específico e ir encaminadas a lograrlo.

Plazo: cada actividad tiene una fecha máxima para ser realizada de forma completa. Los plazos han de ser terapéuticos y la intervención no ha de extenderse demasiado ya que perdería efectividad. Por lo que se debería realizar un estudio previo y un análisis justificado de la situación a atender.

Recursos: cada actividad supone el uso de unos recursos (materiales, económicos, humanos, de infraestructura) para ser realizada. Por lo que se han de tener en cuenta éstos para poder realizar actividades que sean viables.

Un posible ejemplo de tabla que registre el Plan de abordaje puede ser el siguiente:

PLAN DE ABORDAJE			
Objetivo específico 1:			
Indicador			
Estado actual			
Meta			
Actividades para alcanzar el objetivo	Plazo	Profesional responsable	Recursos requeridos
1.			
2.			
3.			

IV. Implementación y seguimiento del Plan de Abordaje

Consiste en un acompañamiento del beneficiario y su familia durante el desarrollo de las actividades planificadas, así, los menores y sus familias pueden desarrollar las competencias necesarias para lograr la autonomía y una correcta explotación de los recursos. Se trata del acompañamiento del usuario dirigido a su empoderamiento.

Las actividades han de ser revisadas, evaluadas y autoevaluadas para la gestión del caso. Además, el seguimiento supone una revisión del cumplimiento de las actividades y se realiza de manera participativa entre los profesionales y los integrantes de la familia, y por supuesto, el usuario. Para patentar que se cumple lo establecido se han de comprobar los indicadores registrados en el Plan de Abordaje.

V. Cierre del Caso

Se determinará el fin de la intervención cuando:

- Se hayan cumplido los objetivos propuestos.
- El usuario o su familia, al tratarse de un menor de edad, deseen abandonar el acompañamiento.
- Cuando se incumplan, reiterativamente, los compromisos acordados.
- Por acuerdo entre los profesionales y beneficiarios.

CONCLUSIONES

Conclusiones en cuanto a la influencia de los factores sociohistóricos en la depresión en la adolescencia

En el marco de la aparición de una cultura juvenil (durante la segunda mitad del siglo XX), se produce una crisis de la autoridad patriarcal, lo que supone un cambio de modelo de imitación. Esto provoca que a diferencia de anteriores generaciones, que poseían una cultura prefigurativa - es decir, que los agentes que definían la cultura eran las generaciones anteriores, trazando un patrón que los jóvenes seguían- se invierten los roles, convirtiéndose en una cultura postfigurativa, y pasando a ser los jóvenes los que enseñan a los adultos a cómo vivir o cómo incorporarse en la sociedad, en el sentido práctico, fundamentalmente. Supone el cuestionamiento de la generación anterior, una ruptura con la moral tradicional que se ve cuestionada, una revelación contra ésta. Esto provoca en las nuevas generaciones una falta de referencia para construir su identidad, uno de los aspectos clave durante la adolescencia. Se crea un estado de anomia generalizado, de desacuerdo en cuanto a unas normas morales generales en la sociedad actual, convirtiéndose en un factor clave durante la adolescencia y crucial para la creación de la identidad durante esta etapa. Lo que en muchas ocasiones se convierte en un aspecto generador de angustia o desconcierto para los adolescentes.

Conclusiones sobre el trabajo social en salud mental

En cuanto a la SM IJ existe escasa bibliografía que indique la situación actual en la que nos encontramos, mientras que, aparentemente, otros ámbitos ofrecen más datos y han sido objeto de estudio de una forma más asidua. Es un asunto demasiado concreto y que no se le presta una atención especial desde lo social, cuando desde el ámbito de la psicología, la psiquiatría y la enfermería, poseen una formación, herramientas y técnicas específicas adecuadas dicho ámbito. Desde el Trabajo Social entendemos el campo de menores y de la Salud Mental de una forma más global y como dos campos distintos, cuando existe una población que se encuentra entre estos dos, y no debe ser olvidada su condición de menor, pero tampoco la problemática de salud mental que padezca, ya

que requiere de una atención específica, ya no sólo psicológica o psiquiátrica, sino también social. Y debemos recordar la importancia de la intervención social en este ámbito, ya que como se ha presentado en el trabajo es un factor de gran importancia tanto como desencadenante de enfermedades de salud mental, como preventivo y de recuperación.

Además, para ello, que los Trabajadores Sociales, que lleguen a trabajar en este ámbito, reciban una formación suficiente para poder desenvolverse en este campo lo considero fundamental desde la experiencia que yo tuve en las prácticas en este ámbito. Al igual que nos han ofrecido formación en diferentes ámbitos, en cuanto a menores hemos obtenido una formación básica necesaria, pero no en cuanto a Salud Mental, y esta formación para desempeñar el trabajo – en este caso las prácticas – he tenido que obtenerla por mi cuenta y con ayuda del tutor. Es esencial para desarrollar funciones de prevención, detección que deriven a psicólogo o psiquiatra, intervención en el ámbito familiar para procurar una recuperación real, etc. en este campo. Nos recuerdan que el Trabajo Social tiene sus bases en la Sociología y Derecho – entre otros - pero no debemos olvidar que gran parte de las raíces del Trabajo Social también se encuentran en la Psicología.

Asimismo, para que exista una optimización de las funciones del trabajador social en el ámbito de la salud mental en general, ya no sólo en salud mental infanto – juvenil, deben aclararse éstas mismas, ya que en algunas ocasiones se ven entretnejidas unas con otras, que ya no son propias del trabajador social, y puede llevar a confusiones y un mal ambiente laboral entre trabajadores sociales y psicólogos.

BIBLIOGRAFÍA

Agulló, A., Alfaro, R., López, B., Rubio, M. D., Sahuquillo, M, C., Sempere, M. A. y Vilaplana, M. C. (2012). Trabajo Social Sanitario y gestión de casos. *Documentos de Trabajo Social, nº51*, 268 – 284.

Aláez, M., Martínez, R. y Rodríguez, C. (2000). Prevalencia de los trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema, 12(4)*, 525 – 532.

Alonso Fernández, M. (2005). Relaciones Familiares y ajuste en la adolescencia. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Valladolid. Valladolid. España.

Álvaro, J. L., Garrido, A. y Schweiger, I. (2010). Causas sociales de la depresión. Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista Internacional de Sociología, 68(2)*, 334 – 348.

ANEMS (2003): Informe sobre la situación actual de la atención a la salud mental en España. Recuperado de:
http://www.anesm.net/anesm/contents/html.php?archivo=_profesion_situacion_salud_mental_en_espa%F1a

Avellanosa Caro, I. (1999). Salud Mental Infanto-Juvenil en España. *Pediatría en Atención Primaria, 1(3)*, (467) 119 – (475) 127.

Basile, H. (2003). *Depresión y suicidio infanto juvenil*. Intersalud.

Brown G. W., Monck, E. M., Carstairs, G. M, & Wing, J. K. (1985). *Influence of family life on the course of schizophrenic illness*. Lancaster, Inglaterra: MTO Press Limited; 16:55-68.

Cicchetti, D. y Toth, S. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist, 53(2)*, 221 – 241.

Espino, A. (2002). Análisis del estado actual de la reforma psiquiátrica: debilidades y fortalezas. Amenazas y oportunidades. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 22(81), 39-61.

Espino A. (2001): Consultoría Internacional para el fortalecimiento de la Dirección Nacional de Salud Mental del SESPAS: Informes, República Dominicana: CERSS.

Feixa, C. (2006). Generación XX. Teorías sobre la juventud en la era contemporánea. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 4(2), 1 – 18.

Fernández, J. (1997). La supervisión del trabajo social. *RTS: Revista de treball social*, nº145, 48-58.

Forés, A. y Grané, J. (2008). *La resiliencia: crecer desde la adversidad*. Barcelona, España: Plataforma Editorial.

García, A. (2009). La depresión en adolescentes. *Revista de estudios de juventud*, 84, 85 – 104.

Garcés Trullenque, E. M. (2010). El Trabajo Social en Salud Mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, Vol. 23, 333-352.

Manual de prácticas clínicas para la Atención Integral a la salud en la Adolescencia. (15-23). Recuperado de

http://www.sld.cu/galerias/.../capitulo_i_el_concepto_de_adolescencia.pdf

Oliva, A. (2008). *Problemas psicosociales durante la adolescencia*. Madrid: McGraw-Hill.

Pineda Pérez S., Aliño Santiago, M. (1999). *El concepto de adolescencia*. La Habana: MINSAP.

Pozo, J. V. (2008). Los equipos de salud mental infanto-juvenil: Estructura y definición de actividades. *Avances en Salud Mental Relacional*, 7(1), 1 – 17.

Sarabla, A. (2007). La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional. *Zerbitzuan*, 42, 7 – 17.

Scheier, L., Botvin, G., Díaz, T. y Griffin, K. (1999). Social skills, competence, and drug refusal efficacy as predictors of adolescent alcohol use. *Journal of Drug Education*, 29, 3, 251-278.

Secades, R. (1996). *Alcoholismo juvenil. Prevención y Tratamiento*. Madrid: Pirámide.

Silva, I. (2007). *La adolescencia y su interrelación con el entorno*. Instituto de la Juventud.

Izquieta, J.L. y Callejo, J. *Capítulo 8: Culturas juveniles y educación en “Sociedad, familia, educación: Una introducción a la Sociología de la Educación”*. Trinidad, A. y Gómez, J. (coord.).