



Dirección General de Función Pública
CONSEJERÍA DE PRESIDENCIA,
JUSTICIA Y PORTAVOCÍA DEL GOBIERNO

Comunidad de Madrid



Agencia
de la Comunidad de Madrid
para la Reeducción y Reinserción
del Menor Infractor

Fabierto
Foro

SALUD MENTAL Y JUSTICIA DE MENORES. REFLEXIÓN SOBRE UN MODELO INTEGRADOR

SALÓN DE ACTOS PROYECTO HOMBRE
MADRID, 9 DE OCTUBRE DE 2014

La Dirección General de Función Pública dentro del Programa Foro Abierto, celebró, en colaboración con la Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducación y Reinserción del Menor Infractor, el día 9 de octubre de 2014, la Jornada: **“Salud Mental y Justicia de Menores: Reflexión sobre un modelo integrador”**.



El **objetivo** principal de esta jornada se centró en profundizar en el conocimiento y la incidencia de los problemas de salud mental en la población infractora, facilitando un espacio de reflexión sobre sus consecuencias en el ciclo vital de estos menores y sus familias, y la necesidad de formular un modelo integrador de intervención.

Los ponentes hicieron un acercamiento a esta problemática desde diferentes perspectivas de abordaje.

Así mismo se pretendió dar a conocer los modelos existentes de intervención en salud mental, también desde el punto de vista más práctico a través de la exposición de un caso clínico.

Ponencias desarrolladas por orden de intervención:

- **Conferencia: “Menor infractor y salud mental. Situación actual y proyección de futuro”.**

Ponente: D. Enrique Echeburúa Odriozola.

Catedrático de Psicología Clínica de la Universidad del País Vasco.
Coordinador Científico de la Estrategia en Salud Mental del
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

- **Mesa Redonda: “Espacios de socialización”.**

➤ **“La influencia de la familia en la salud mental”**

D^a. Concepción Vicente Mochales,

Trabajadora Social del Centro de Salud Mental de Chamartín.
Miembro del equipo docente terapéutico de Grupo Urbano de
Terapia Familia

➤ **“La visión desde la escuela”**

D. Francisco Crespo Molero,

Profesor. Coordinador del Centro Educativo Terapéutico Hospital de Día Vallecas.

➤ **“Consumo de drogas y salud mental”**

D^a Enriqueta Ochoa Mangado

Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario Ramón y Cajal. Profesor Asociado Universidad de Alcalá. Psiquiatra del Programa Adolescentes y Familias Proyecto Hombre Madrid.

• **Mesa Redonda: “La respuesta comunitaria”**

➤ **“Atención en la red sociosanitaria de salud mental para menores con medida judicial”**

D. Jorge Vidal de la Fuente,

Psiquiatra en Unidad de Adolescentes del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Miembro del Grupo “Salud Mental y Menores Infractores” de la Estrategia en Salud Mental del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

➤ **“La organización de la atención en Salud Mental en la Comunidad de Madrid”**

D^a. Mercedes Navío Acosta,

Psiquiatra. Coordinadora Asistencial de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental en la Consejería de Sanidad.

Profesora Asociada en la Universidad Complutense.

- **Exposición y discusión de caso clínico.**

Intervenciones:

- **Equipo Directivo y Técnico CEMJ Teresa de Calcuta**

- **D^a. Adelaida Parra Ojeda**

Médico. Responsable de la Unidad de Salud Mental.
CEMJ Teresa de Calcuta.

- **D. Mauricio Ducaju Fortacín**

Psiquiatra.

- **D^a. Ana Guerrero Domingo,**

Educadora-Tutora.

- **D^a. Carmen López Moreno,**

Trabajadora Social.

- **D. David Roncero Villarreal**

Psicólogo.

- **D. Tomás Sánchez Romero**

Representación de la Entidad Pública. ARMMI

- **D. Juan Carlos Sánchez Núñez,**

Director Centro Regional de Enseñanzas Integradas
(CREI) Consejería de Educación.

- **D. Susana Pedraza Sánchez**

Técnico de Libertad Vigilada. Programa PRISMA.

- **D^a. Marta Ruiz Díez**

Trabajadora Social del Programa de Familia.

Mancomunidad de las Vegas.

- **Psicólogo. Unidad de Discapacidad Intelectual Ligera.**

Orden Hospitalaria S. Juan de Dios



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



www.madrid.org/publicamadrid

JORNADA “SALUD MENTAL Y JUSTICIA DE MENORES. REFLEXIÓN SOBRE UN MODELO INTEGRADOR.”

La Jornada “**Salud Mental y Justicia de Menores. Reflexión sobre un modelo integrador**”, organizada por la ARMMI y la D.G. de Función Pública, se enmarca dentro del programa Foro Abierto del Plan de Formación de la Comunidad de Madrid. La coincidencia en el tiempo con el **Día Mundial de la Salud Mental**, que se conmemora el 10 de octubre de cada año, ofrece una oportunidad idónea para contribuir a esta celebración, que busca concentrar la atención mundial en la identificación, tratamiento y prevención de los trastornos emocionales o de conducta.

El objetivo de la Jornada es realizar un acercamiento a una problemática insuficientemente tratada, posiblemente por su complejidad, sobre la que es necesario profundizar tanto en el conocimiento de su prevalencia, como de sus características y de los tratamientos eficaces de los que disponemos o hemos de desarrollar. Todo ello unido a que, según se desprende de los resultados de un importante número de investigaciones realizadas dentro y fuera de nuestro país, las dificultades en salud mental tienen una especial relevancia en el ámbito de los Menores infractores.

Cuando hablamos de Salud Mental, especialmente en este contexto, no nos limitamos exclusivamente a la enfermedad mental o al trastorno mental grave. Creemos que se deben abordar las dificultades de la salud mental en toda su extensión y no únicamente desde una perspectiva categorial de presencia o no de enfermedad sino también como una dimensión, un continuo en el que surgen dificultades o problemas a lo largo de la vida y, especialmente en periodos evolutivos, como la adolescencia y el paso a la madurez, en los que la presencia de factores estresores es elevada.

Por tanto es fundamental la labor de promoción de la salud, de prevención de la aparición de trastornos mentales. Entendemos que el paso por Justicia Juvenil debe ser considerado como **una oportunidad** para favorecer un desarrollo equilibrado y positivo de la salud mental de los adolescentes y este es el concepto principal sobre el que debe basarse nuestra labor en este campo.

La Comunidad de Madrid, según los datos facilitados por el Instituto Nacional de Estadística en relación con los resultados de la “Estadística de Condenados/Estadística de Menores” del año 2013, recientemente publicada, se sitúa un año más en la tasa más baja a nivel nacional en cuanto al número de infracciones penales cometidas (el 8,9 por mil en Madrid frente al 15,1 de media nacional) y también en cuanto al número de menores condenados por cada 1.000 menores en el rango de edad de 14 a 17 años (5,5 en Madrid frente al 8,6 nacional).

Sin duda, parte de estos buenos datos se debe a la línea de compromiso permanente con la mejora de los procedimientos y de los programas que contribuyen a atender las necesidades detectadas en la intervención con menores que mantiene la Comunidad de Madrid y, de forma muy especial, el ARRFMI. En este sentido entendemos que la atención específica que debemos prestar a la Salud Mental de un grupo de población especialmente vulnerable, cuya probabilidad de padecer algún trastorno o problema en este ámbito es sensiblemente mayor que la de la población general, debe pasar a ser un objetivo prioritario en el desarrollo de las líneas de actuación de la Agencia.

Todo ello unido al hecho de que la Estrategia Nacional en Salud Mental, desarrollada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, incluye para este año de manera específica el estudio de la problemática actual en el ámbito de los Menores Infractores a través del Grupo de trabajo “Salud mental y Menores infractores” en el que se ha contado con la colaboración de profesionales de nuestra Comunidad Autónoma y que intentan avanzar en el análisis de aspectos tan importantes como el marco jurídico-legal, la prevalencia de esta problemática y la Evaluación, identificación e Intervención en Salud Mental con menores dentro el Sistema de Justicia Juvenil.

Analizando esta cuestión desde la perspectiva dimensional señalada, se comprueba como los factores de riesgo que pueden identificarse como favorecedores de problemas de salud mental en menores, coinciden en gran medida con aquellos que determinan un elevado riesgo de aparición de conductas delictivas o antisociales. Por ello la identificación adecuada

del problema, favorecerá tanto la mejora de la Salud Mental de nuestros menores, como la disminución del riesgo de reincidencia de la conducta infractora. La circunstancia de que muchos de estos trastornos sean identificados en el momento en que el menor que los padece entra en contacto con el sistema de Justicia Juvenil, convierte este ámbito de intervención en un espacio privilegiado para la prevención y el estudio de modelos de identificación e intervención en Salud Mental con menores, siempre y cuando se establezca una adecuada conexión entre los profesionales de las diferentes disciplinas afectadas.

En este sentido, una Jornada como la que se presenta nos permite acercarnos a esta problemática de la mano de profesionales de prestigio, que no solo nos posibilitará tener un conocimiento más exacto de los temas que se van a tratar, sino que también nos ofrecerán cuestiones para la reflexión que sin duda van a contribuir a enfrentarnos a la tarea de manera más eficaz. Una tarea que debe desarrollarse a partir del intercambio de información desde diferentes ámbitos que necesariamente están obligados a coordinar sus actuaciones para facilitar la efectividad y un uso más eficiente de los recursos disponibles.

MENOR INFRACTOR Y SALUD MENTAL: SITUACIÓN ACTUAL Y PROYECCIÓN DE FUTURO



ENRIQUE ECHEBURÚA
UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO (UPV/EHU)

Madrid, 2014
Jornada sobre Salud Mental y Justicia de Menores
Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducación y Reinserción del
Menor Infractor



**CONCEPTOS
BÁSICOS**

TIPOS DE VIOLENCIA

VIOLENCIA DEFENSIVA (AGRESIVIDAD)

No patológica
Aceptada socialmente

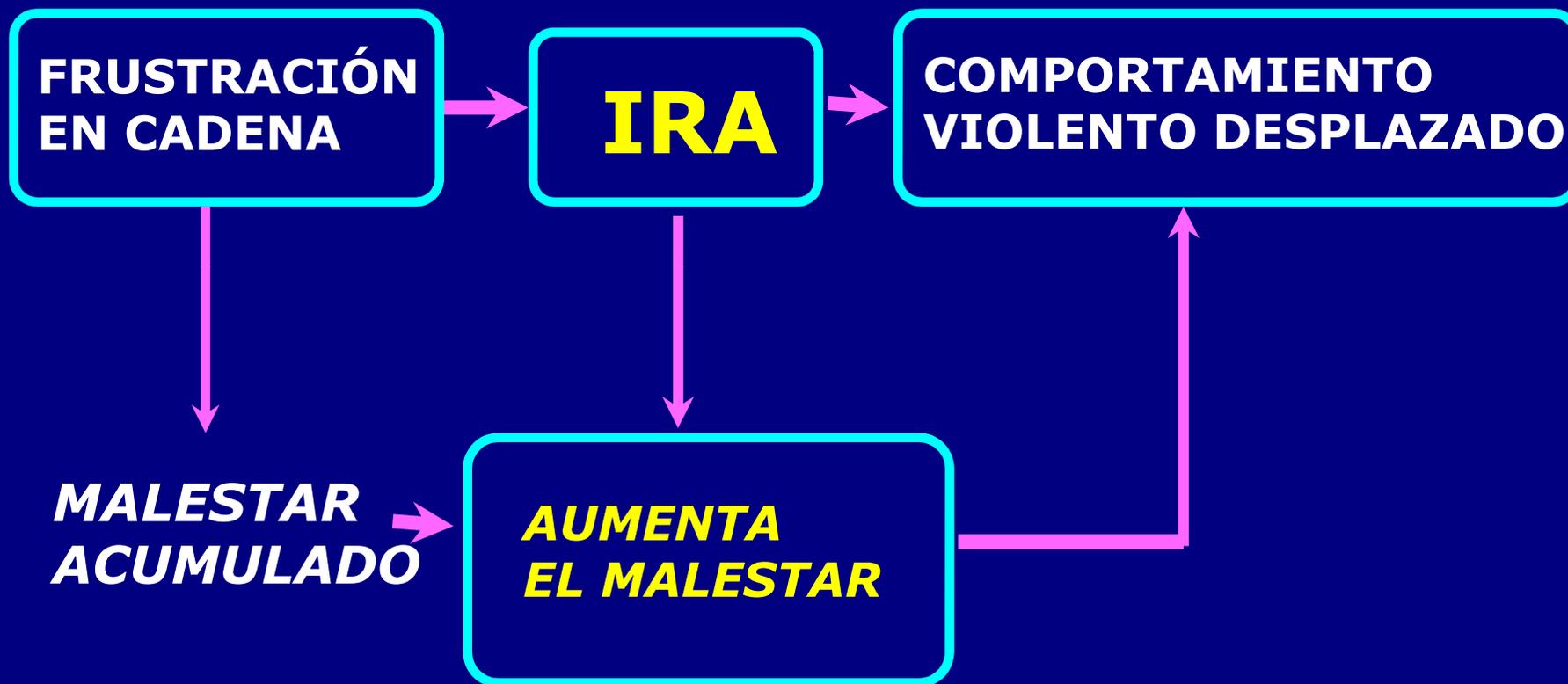
VIOLENCIA INSTRUMENTAL

Premeditada
Selecciona a una víctima

VIOLENCIA IMPULSIVA

No premeditada
Fallo en el control de los impulsos

ESQUEMA EXPLICATIVO DEL COMPORTAMIENTO VIOLENTO



VIOLENCIA Y DIFERENCIAS SEXUALES

VARONES

Influencias hormonales

Modelo de masculinidad

Aprendizaje observacional de modelos violentos

Preponderancia de la psicopatía

VIOLENCIA Y DIFERENCIAS SEXUALES

MUJERES

Influencias hormonales

Disonancia cognitiva

Compromiso con la vida

Escasez de modelos femeninos violentos

FACILITADORES DE LA CONDUCTA VIOLENTA (1)

- **PRESENCIA DEL GRUPO VIOLENTO**
- **CONSUMO ABUSIVO DE ALCOHOL Y DROGAS**
- **IDEOLOGÍA RACISTA O XENÓFOBA**
- **CULTURA DEL CONSUMISMO**

FACILITADORES DE LA CONDUCTA VIOLENTA (y 2)

- **AFÁN DE NOTORIEDAD**
- **GLORIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA**
- **CONSUMO DE PORNOGRAFÍA**
- **VIDEOJUEGOS VIOLENTOS**

CARENCIAS SOCIALES



INMIGRACIÓN NO INTEGRADA

Sobreabundancia de frustraciones
Sociedad anómica



ASPECTOS SOCIALES



- Graves carencias culturales
- Pobreza de las grandes ciudades
- Poca seguridad policial
- Falta de formación moral

FAMILIA Y CONDUCTA VIOLENTA EN JÓVENES

- **EDUCACIÓN PUNITIVA Y SIN AFECTO**
- **FALTA DE DISCIPLINA Y DE ESTABLECIMIENTO DE LÍMITES**
- **VIOLENCIA EN LA PAREJA**
- **DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR**

**PERFIL PSICOLÓGICO Y
PSICOPATOLÓGICO**

PERFIL PSICOLÓGICO

- ***Impulsividad***
- ***Búsqueda de sensaciones***
- ***Baja autoestima***
- ***Poca tolerancia a la frustración***
- ***Narcisismo***
- ***Baja inteligencia verbal, ejecutiva y emocional***
- ***Inestabilidad emocional***

VULNERABILIDAD

- ✓ Irritabilidad
- ✓ Inestabilidad

**HUMILLACIÓN
PROFUNDA**

**VIOLENCIA
EXTREMA**

**ATRIBUCIÓN DE
CULPA
A LOS DEMÁS**

**DESEO DE
VENGANZA
IRA**

PERFIL PSICOPATOLÓGICO

- **HIPERACTIVIDAD (TDAH)**
- **DISCAPACIDAD INTELECTUAL/AUTISMO**
- **TRASTORNOS NEGATIVISTA DESAFIANTE Y TRASTORNO DE CONDUCTA**
- **RASGOS PSICOPÁTICOS INFANTILES**

*Crueldad
Friedad afectiva
Falta de empatía
Mentiras patológicas*

- **CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS**

CRITERIOS PARA LA PSICOPATÍA

(1)

(Hare et al., 1991)

FACTOR 1: DETERIORO DE LA AFECTIVIDAD Y DE LAS RELACIONES SOCIALES

- **LOCUACIDAD Y ENCANTO SUPERFICIAL**
- **AUTOVALORACIÓN EXCESIVA**
- **AUSENCIA TOTAL DE REMORDIMIENTO**
- **FALTA DE EMPATÍA**
- **MANIPULACIÓN DE LOS DEMAS**

CRITERIOS PARA LA PSICOPATÍA (2)

(Hare et al., 1991)

FACTOR 2: ESTILO DE VIDA IMPULSIVO, ANTISOCIAL E INESTABLE

- PROBLEMAS DE CONDUCTA EN LA INFANCIA
- CONDUCTA ANTISOCIAL EN LA VIDA ADULTA
- IMPULSIVIDAD
- AUSENCIA DE AUTOCONTROL
- IRRESPONSABILIDAD

RASGOS NUCLEARES DE LA PSICOPATÍA

ÁMBITO

CONDUCTAS

RELACIÓN INTERPERSONAL → Arrogancia
Crueldad

AFECTIVIDAD → Irritabilidad
Carencia de empatía

ESTILO DE CONDUCTA → Irresponsabilidad
Estilo de vida desviado

PREVENCIÓN

PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA (1)

DAR CARIÑO Y EDUCAR EN LAS NORMAS

ELIMINAR INJUSTICIAS Y CASTIGOS FÍSICOS

REDUCIR EL CONSUMISMO

NO BANALIZAR LA CONDUCTA VIOLENTA

ELIMINAR IMÁGENES DE BRUTALIDAD

PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA (y 2)

DAR ALTERNATIVAS A LA VIOLENCIA FÍSICA

CONTROLAR LAS ARMAS

PREVENIR EL CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS

**DAR APOYO PSICOLÓGICO Y ESCOLAR A LOS
ADOLESCENTES CON PROBLEMAS**

APOYAR A LAS FAMILIAS CON DIFICULTADES



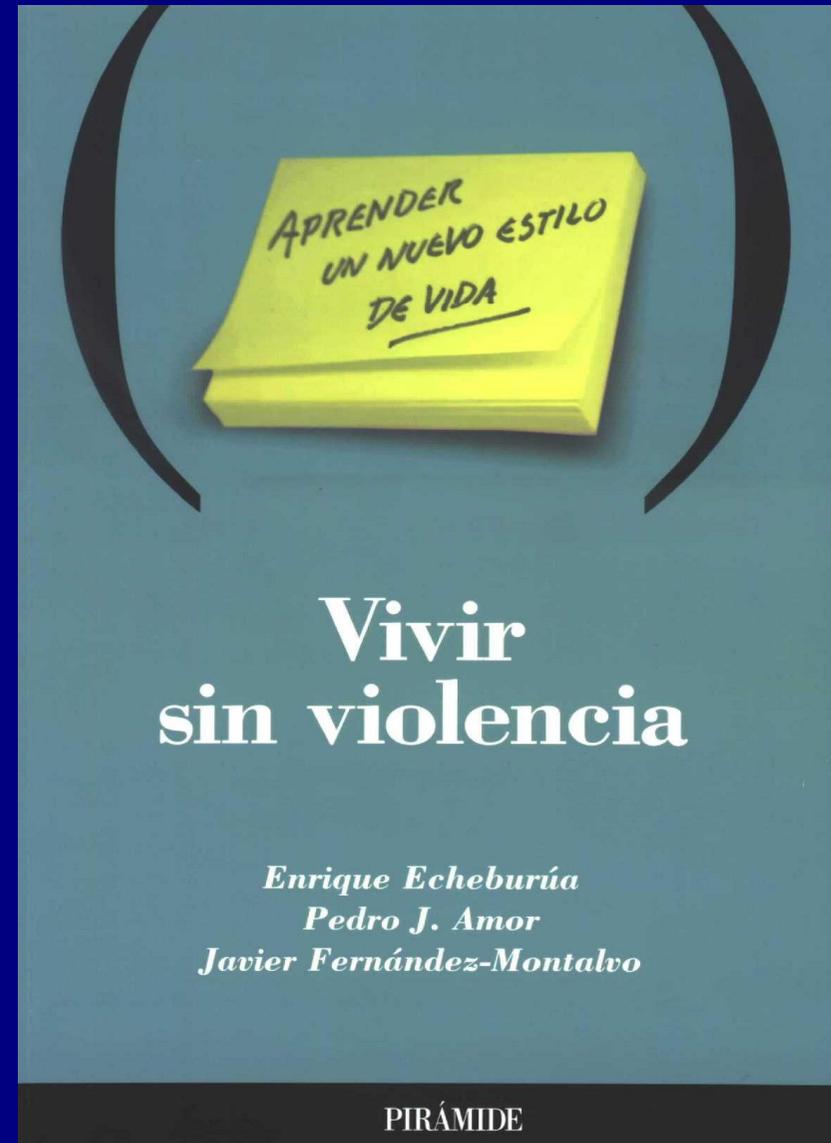
Siglo
Veintiuno
de España
Editores

Manuales /
Psicología

*Enrique Echeburúa
Paz de Corral*

Manual de violencia familiar

1998



Vivir sin violencia

*Enrique Echeburúa
Pedro J. Amor
Javier Fernández-Montalvo*

PIRÁMIDE

2002

Características de los niños resistentes (no vulnerables): factores de protección

INDIVIDUALES

Personalidad

Cognición

Competencia

- Desarrollo cognitivo
- Sociables (afecto-empatía)
- Autoestima
- Perseverantes (autocontrol)
- Algún talento notable

FAMILIA

Crianza

- Buen apego
- Estilo “autoritativo” (calidez, estructura, alta expectativa)
- Buen estatus socioeconómico
- Modelos del mismo sexo

CONTEXTO

AMPLIO

Educación/
vinculación

- Vinculación a otros adultos
- Relación con instituciones
- Integrado en la escuela de forma eficaz

TRATAMIENTO

OBJETIVOS DEL II PLAN ESTRATÉGICO DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA (2013-2016)

- BÚSQUEDA DE ALTERNATIVAS AL INTERNAMIENTO**
- CAPACITACIÓN DE LOS PROFESIONALES**
- PROGRAMAS DE APOYO A LAS FAMILIAS**
- ATENCIÓN ESPECÍFICA A DETERMINADOS DELITOS (agresión sexual/delitos violentos)**

DIFICULTADES DE LOS MENORES EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

BAJA CAPACIDAD DE INTROSPECCIÓN

FALTA DE CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

ALTA IMPULSIVIDAD

FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

ESCASA CONFIANZA DE LOS MENORES EN LOS RECURSOS ASISTENCIALES

NECESIDADES TERAPÉUTICOS DE LOS MENORES INFRACTORES

- ➔ IMPLANTAR PROGRAMAS DE ATENCIÓN ESPECÍFICA EN LA RED DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL NO ESTIGMATIZANTES**
- ➔ INTEGRAR (O VINCULAR) ESTA RED CON LA RED DE DROGODEPENDENCIAS**
- ➔ INTEGRAR A LAS FAMILIAS DE LOS MENORES INFRACTORES EN LOS PROGRAMAS TERAPEÚTICOS**
- ➔ MEJORAR LOS DIAGNÓSTICOS Y UTILIZAR TRATAMIENTOS EMPÍRICAMENTE VALIDADOS CON EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES**

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

- **ESTABLECIMIENTO DE LA EMPATÍA**
- **PLANIFICACIÓN COGNITIVA Y AUTOINSTRUCCIONES**
- **HABILIDADES SOCIALES Y DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS**
- **CONTROL DE LAS EMOCIONES NEGATIVAS**

Intervenciones tempranas

PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO PARA PADRES

(Torrubia y Molinuevo, 2014)

- **POTENCIAR LA CONDUCTA PROSOCIAL DE LOS HIJOS**
- **FORTALECER LA VINCULACIÓN AFECTIVA ENTRE PADRES E HIJOS**
- **FAVORECER LA CREACIÓN DE UN CLIMA FAMILIAR POSITIVO**

MUCHAS GRACIAS
Enrique Echeburúa



Salud Mental y adolescencia. La visión desde la Escuela

C.E.T.-H.D. Vallecas

Coordinador Equipo Educativo
Francisco Crespo Molero

Salud Mental y adolescencia. La visión desde la Escuela

Según la OMS la prevalencia de trastornos psicológicos en la infancia oscila entre el 10 y el 20%. (2004).

En 2009, la Unión Europea estimó que uno de cada cuatro niños, 25 % padecía algún trastorno mental.

En una clase de 30 alumnos/as 7,5 padecen algún trastorno mental.

Salud Mental y adolescencia. La visión desde la Escuela

Más allá de los datos concretos, uno de los espacios de socialización más afectados por la salud psicológica infanto-juvenil es el escolar, siendo esto un elemento que dificultará enormemente el desarrollo personal del alumno/a. Las consecuencias negativas que tiene para el desarrollo y el funcionamiento del joven en todas las áreas de su vida, tanto personal, social como académica puede reducir su bienestar y su calidad de vida.

Salud Mental y adolescencia. La visión desde la Escuela

El instituto se convierte en:

- × Contexto socializador. Aprendizaje de pautas básicas de convivencia.
- × Elemento formativo. Educación Secundaria Obligatoria. Adquisición de estudios mínimos como tránsito para seguir estudiando.

Salud Mental y adolescencia. La visión desde la Escuela

Estudio de la Comisión de Salud Mental Catalana junto con la Universidad de Barcelona afirma que los trastornos mentales se manifiestan en edades cada vez más tempranas. 2012. También Señalarán:

- Inicio de patologías en edades cada vez más tempranas
- Incremento de categorías diagnósticas
- Aumento de discapacidad intelectual y trastorno mental
- Inicio cada vez más precoz en el consumo de tóxicos, y un mayor número de casos que relacionan este consumo con el trastorno mental.
- La importancia de la prevención y detección precoz desde una corriente “psicoeducativa”.
- Desde lo familiar, aumento de problemas económicos facilitadores de problemas de ansiedad, alcoholismo, maltrato o desatención de los hijos. Falta de competencias parentales.
- Ambivalencia entre la necesidad de diagnóstico frente al sobrediagnóstico.
- Exceso de medicación, que muchas veces no está asociado a un proceso terapéutico.
- Estigmatización de las personas con problemas de salud mental.

Salud Mental y adolescencia. La visión desde la Escuela

En todo centro educativo existen unas normas, formales e informales, consuetudinarias o escritas que contribuyen a formar el clima y la cultura del centro.

Cuando ese clima se ve afectado en su normalidad, cuando un tercero se ve afectado por el comportamiento de algún alumno o alumna es cuando saltan las alarmas y se desencadenan protocolos de actuación.

¿Qué actuaciones se realizan en un centro educativo?

Fundamentalmente existen dos tipos de actuaciones:

- . Preventivas. Programa de atención a la diversidad
- . Sancionadoras. Medidas de atención disciplinarias. Completamente normativizado y protocolizado.

Salud Mental y adolescencia. La visión desde la Escuela

La enfermedad mental comienza a existir en el momento que se hace visible, nunca antes. En un gran número de ocasiones pasa desapercibida.

Salud Mental y adolescencia. La visión desde la Escuela

¿Qué es lo que el profesorado se encuentra en el IES?

Tipología desde la observación del no-terapeuta. 4 tipos que responden a 4 modelos de comportamiento:

- **“Hiperactivo”/“Problemas de conducta”:**

- × Partes/amonestaciones
- × Llamadas de atención en clase
- × Expulsiones (del aula y del instituto)
- × Peleas con compañeros
- × Desafía a la autoridad del adulto
- × Molesta a los compañeros/as
- × No trae la tarea hecha
- × Escaso interés académico
- × Poca colaboración parental

Salud Mental y adolescencia. La visión desde la Escuela

- **“Popular”:**

- × Provocadora en las relaciones
- × Desafiante
- × Grupo de iguales extenso
- × Inconstante en lo académico
- × Conflictos con iguales
- × Marcas en los brazos
- × Sospechas de problemas de alimentación

Salud Mental y adolescencia. La visión desde la Escuela

- **“Raro”**:

- × Pocos amigos
- × Se sienta sólo y no interacciona con los compañeros
- × Malos resultados académicos
- × No pregunta en clase, pasa desapercibido
- × Habla raro

Salud Mental y adolescencia. La visión desde la Escuela

- **“Absentista”:**

- × Faltas de asistencia
- × Poca colaboración de los padres / mucha pero ineficaz, petición constante de ayuda
- × Acosados
- × Pocos amigos
- × Poco popular
- × Académicamente obtiene malos resultados

Salud Mental y adolescencia. La visión desde la Escuela

¿Qué tipo de paciente/alumno tenemos en el CET HD Vallecas?

1º Grupo: Chicos 12-13 años

TDAH

T. Conducta

T. del Vínculo

Dificultades en las relaciones.

Objetivos:

Contención

Trabajo Afectivo

Relacional

La dinámica familiar interfiere negativamente

Salud Mental y adolescencia. La visión desde la Escuela

¿Qué tipo de paciente/alumno tenemos en el CET HD Vallecas?

2º Grupo: Chicas 14-15 años

Inestabilidad emocional

Problemas de alimentación

Autolesiones

Irritabilidad

Relaciones extremas (todo/nada)

Trastornos de la personalidad

T. narcisista de la personalidad

T. Límite de la personalidad

Salud Mental y adolescencia. La visión desde la Escuela

¿Qué tipo de paciente/alumno tenemos en el CET HD Vallecas?

3º Grupo: chicos 16 años

Psicóticos

Déficit cognitivo. Dificultad extrema en lo académico

Objetivos:

Estabilizar terapéuticamente

Medicación

Trabajo familiar

Salud Mental y adolescencia. La visión desde la Escuela

¿Qué tipo de paciente/alumno tenemos en el CET HD Vallecas?

4º Grupo: heterogéneo

T. Ansiedad (obsesivos compulsivos, fobias)

T. del ánimo (depresiones, bipolaridad)

Salud Mental y adolescencia. La visión desde la Escuela

NIVELES DE INTENSIDAD EN LA INTERVENCIÓN

- × Atención ambulatoria
- × Hospital de Día. Unidades específicas en horario de mañana.
- × Atención hospitalaria: Unidades específica de atención psiquiátrica para los adolescentes.

Salud Mental y adolescencia. La visión desde la Escuela

HOSPITALES DE DÍA

HOSPITALES DE DÍA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

Hospital de Día-Centro Educativo Terapéutico de Vallecas	Centro Polivante de Vallecas c/ Quijorna s/n 28051 Madrid Teléfono: 91 494 22 83/91 494 22 79 Fax:: 91 494 24 77
Hospital de Día-Centro Educativo Terapéutico Puerta de Madrid	c/ Alfonso de Alcalá s/n 28802 Alcalá de Henares Teléfono: 91 877 15 05 Fax: 91 888 05 84
Hospital de Día-Centro Educativo Terapéutico Norte	C/ Mar Kara, s/n 4ª planta 28033 Madrid Teléfonos: 91 372 04 31/91 735 23 05 Fax: 91 735 08 06
Hospital de Día-Centro Educativo Terapéutico San Agustí	c/ Los Frailes s/n 28911 Leganés Teléfono: 91 498 77 38 Fax: 91 498 76 62
Hospital de Día Centro Educativo Terapéutico Pradera de San Isidro	c/ Gorrión, 2 28019 Madrid Teléfono: 91 472 16 49 Fax: 91 428 01 56
HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTIL NIÑO JESÚS	Hospital de Día Niños- Adolescentes Avenida Menéndez Pelayo, 65 28009- Madrid Teléfono: 91 503 59 00

Salud Mental y adolescencia. La visión desde la Escuela

¿Cuál es la finalidad EDUCATIVA de un C.E.T.-H.D.?

La Orden 992/2002, de 11 de diciembre, de las Consejerías de Educación y Sanidad de la Comunidad de Madrid, por la que se establece la colaboración entre ambas Consejerías, para la atención educativa de la población hospitalizada en edad de escolaridad obligatoria, tiene como finalidad permitir la continuidad del proceso educativo y favorecer la promoción académica

Los alumnos que, por manifestar trastornos de salud mental, diagnosticados clínicamente por los servicios especializados, no pueden asistir de forma ordinaria a sus centros educativos de referencia, se encuentran en situación de desventaja y presentan necesidades de compensación educativa.

Salud Mental y adolescencia. La visión desde la Escuela

Objetivos Educativos:

- Atender de forma integral al alumnado que manifiesta trastornos de salud mental, valorando la importancia que tiene el contexto escolar como factor de normalización
- Proporcionar atención educativa al alumnado para asegurar la continuidad del proceso de enseñanza y aprendizaje, evitando en lo posible el desfase escolar
- Mejorar el proceso de adaptación del alumnado al contexto escolar y social consolidando normas y hábitos de comportamiento

Salud Mental y adolescencia. La visión desde la Escuela

Objetivos:

- Establecer una adecuada coordinación entre el equipo docente y el equipo terapéutico para ofrecer la respuesta más ajustada a las necesidades específicas de cada alumno.
- Promover la coordinación y la relación con otros recursos educativos, psicopedagógicos, sociales y servicios de salud mental.
- Favorecer el proceso de comunicación entre los alumnos con sus centros de referencia y entre los profesionales de educación y sanidad mediante el uso, entre otros, de las Tecnologías de la Información y la Comunicación
- Facilitar la incorporación de los alumnos a sus centros educativos fomentando procesos de acogida que favorezcan la integración del alumno en su centro escolar una vez transcurrido el periodo de estancia en el Centro Educativo-Terapéutico
- Promover la colaboración y el apoyo de la familia ofreciendo las orientaciones que se consideren necesarias
- Fomentar la utilización del tiempo libre programando actividades formativas de ocio, en coordinación con otros profesionales y entidades que desarrollan acciones en el entorno del Centro Educativo-Terapéutico

Salud Mental y adolescencia. La visión desde la Escuela

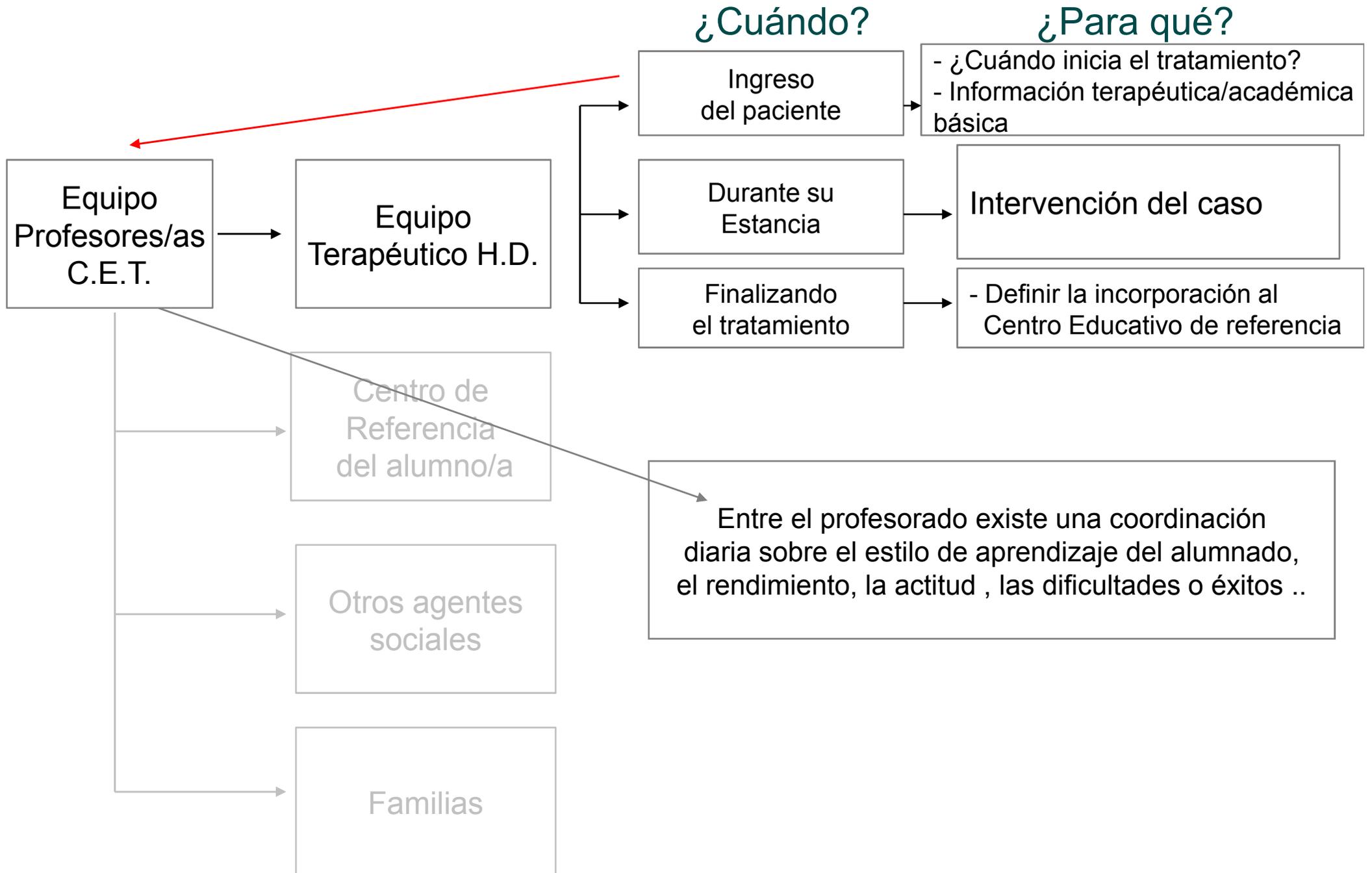
TRABAJO INTERDISCIPLINAR

Salud Mental y adolescencia. La visión desde la Escuela

¿Quiénes son los actores implicados?

- Consejería de Sanidad
- Consejería de Educación
 - * Equipo de profesores/as C.E.T.
 - * Centro educativo de referencia del alumno/a
- Otros agentes sociales
- Familias

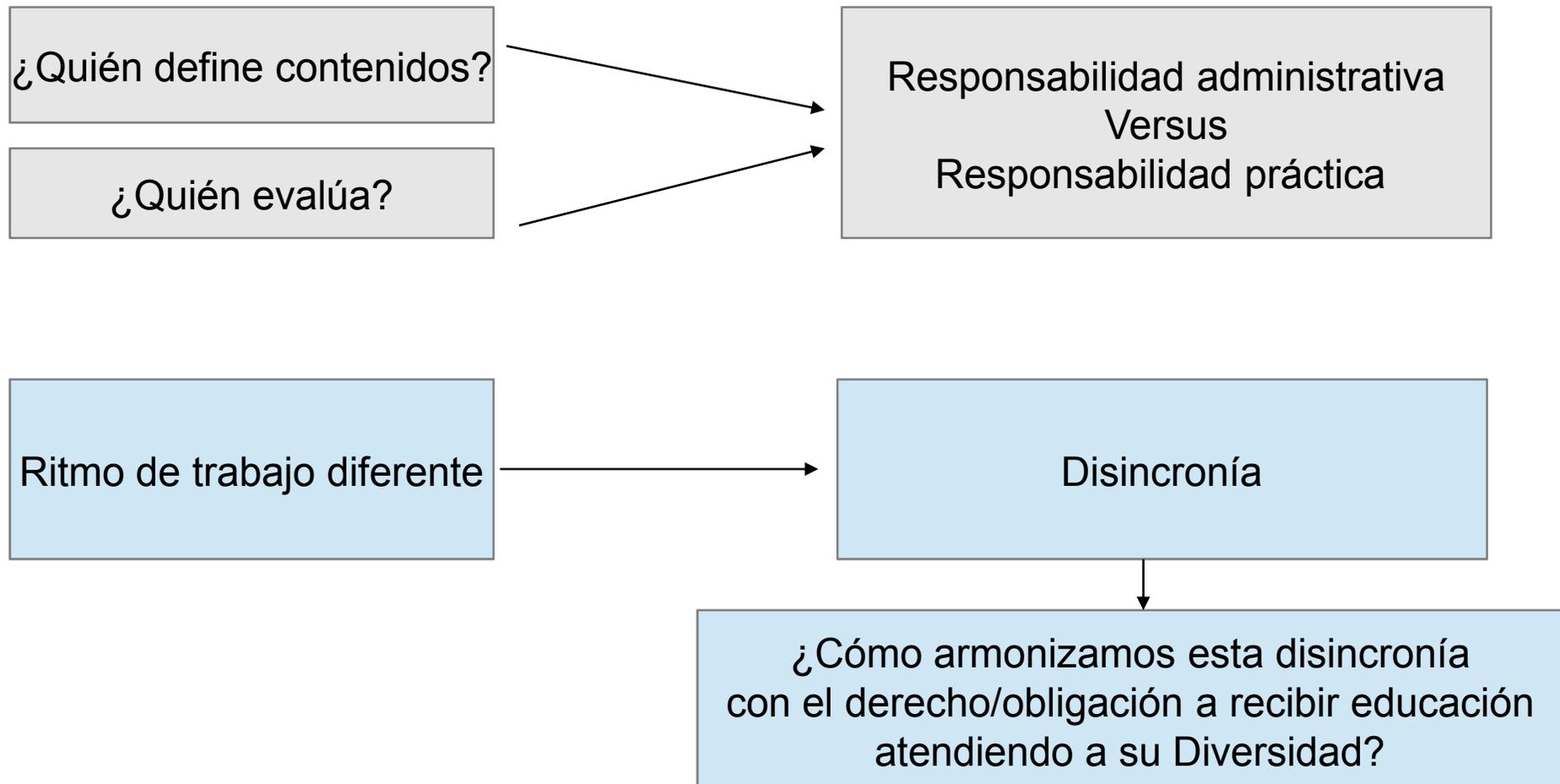
Salud Mental y adolescencia. La visión desde la Escuela



Salud Mental y adolescencia. La visión desde la Escuela

Dificultades

- Qué sucede con la continuidad del proceso enseñanza/aprendizaje
- Evitar el desfase curricular



Salud Mental y adolescencia. La visión desde la Escuela

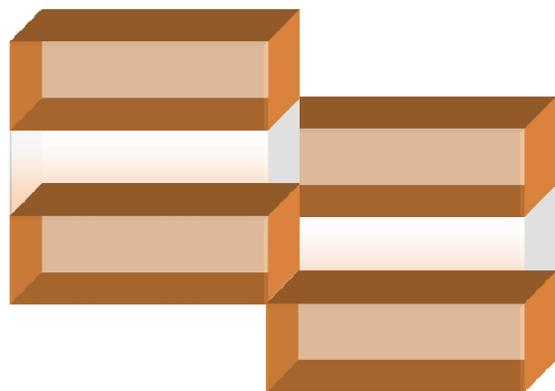
C.E.T.-H.D. Vallecas

Coordinador Equipo Educativo

Francisco Crespo Molero

francisco.crespo@educa.madrid.org

cet.vallecas.madrid@educa.madrid.org



SALUD MENTAL Y JUSTICIA DE MENORES. REFLEXIÓN SOBRE UN MODELO INTEGRADOR

CONSUMO DE DROGAS Y SALUD MENTAL

Dra. Enriqueta Ochoa Mangado

**Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.
Programa Adolescentes y Familias. Proyecto Hombre. Madrid.**

DROGA PSICOTROPA

Sustancia que al ser introducida en el organismo produce una alteración de la conducta y/o el estado psíquico, condicionado por los efectos permanentes y/o persistentes de la droga, de tal manera que se produce una tendencia a repetir el consumo y al uso continuado de dicha sustancia, dada su acción reforzante positiva.

Capacidad para modular los circuitos de recompensa endógenos.

Las vías endógenas implicadas en el refuerzo son las dopaminérgicas (sistema dopaminérgico mesencéfalo del área tegmental ventral y sus proyecciones al núcleo accumbens y a corteza prefrontal).

TRASTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS. CIE-10: F10-F19

- **Intoxicación aguda**
- **Consumo perjudicial**
- **Síndrome de dependencia**
- **Síndrome de abstinencia**
- **Síndrome de abstinencia con delirium**
- **Trastorno psicótico**
- **Síndrome amnésico inducido**
- **Otros trastornos mentales o del comportamiento inducidos**

SINDROME DE DEPENDENCIA (CIE 10 y DSM IV)

- **Deseo intenso o compulsivo para consumir la sustancia** (no en DSM IV, donde debe existir: Patrón desadaptativo de consumo que conlleve malestar clínico o deterioro de la actividad clínicamente significativo)
- **Dificultades para controlar el consumo, sea con respecto a su inicio, finalización o magnitud.**
- **Síndrome de abstinencia**
- **Tolerancia**
- **Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones por la sustancia**
- **Persistencia del consumo, a pesar de sus consecuencias perjudiciales**
 - (Al menos 3 deben cumplirse)

REFUERZO EN EL CONSUMO

- **Mediante el consumo repetido, el individuo realiza:**
 - **un conjunto de conductas compulsivas dirigidas a consumir drogas con formas y ritos estereotipados de administración,**
 - **con fenómenos de tolerancia y abstinencia,**
 - **convirtiéndose el consumo en la necesidad con mayor prioridad en el individuo, y**
 - **apareciendo una gran facilidad para la reinstauración del consumo compulsivo después de un período de abstinencia**
- **Círculo característico de la dependencia**

CRAVING O DESEO DE CONSUMO

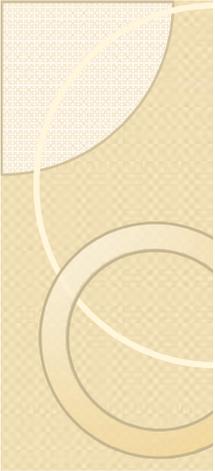
La dependencia se manifiesta en la práctica, por "craving": deseo de una droga, junto con el de alterar el humor por ella.

Es la percepción del sujeto que lo hace seguir consumiendo.

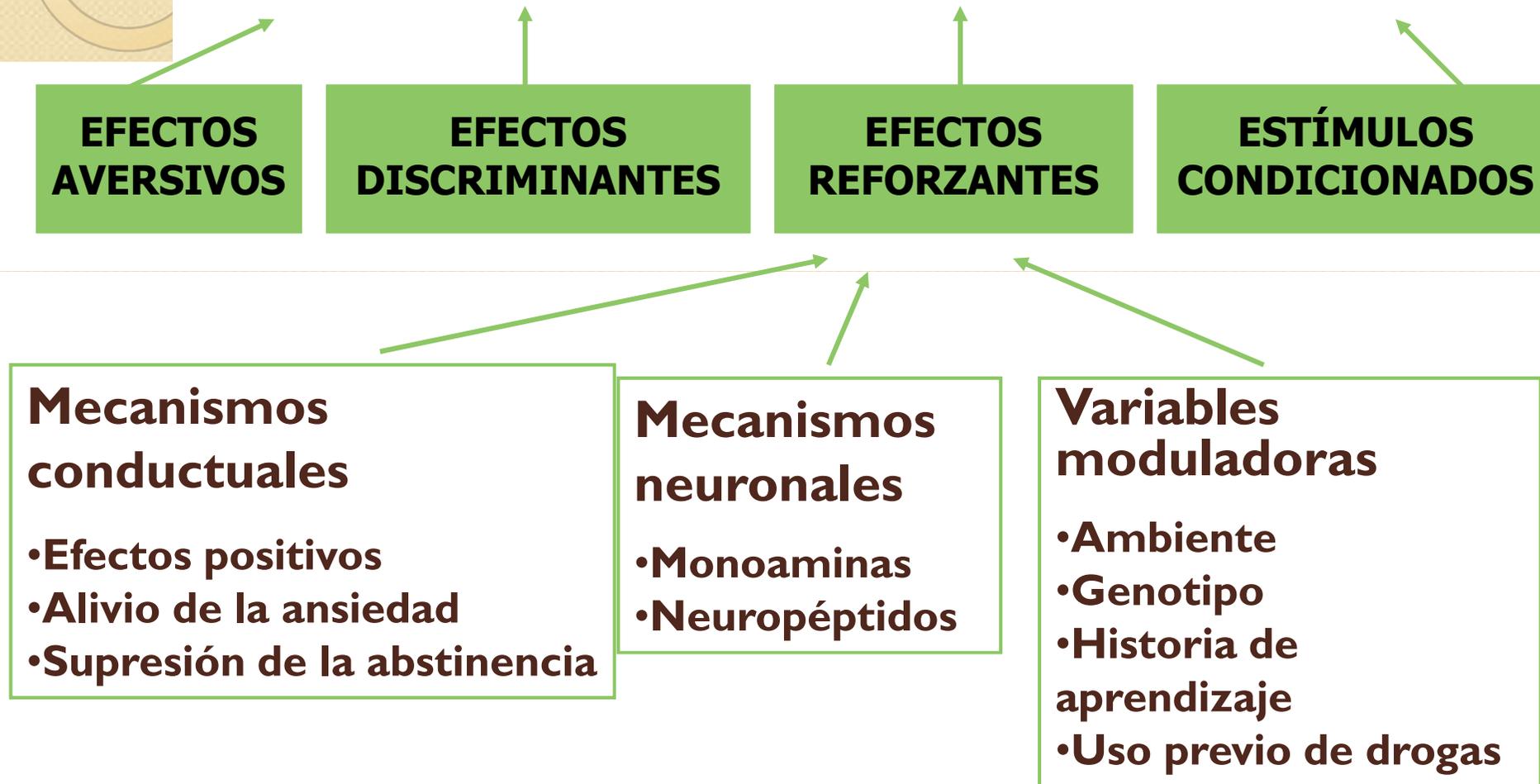
El craving se relaciona con la disponibilidad percibida de la sustancia, lo que implica una base psicológica pero también se relaciona con una serie de cambios bioquímicos.

No puede reducirse el craving a sus mecanismos biológicos fundamentales, sin emplear además constructos explicativos cognitivos.

Es una experiencia con una base bioquímica relacionada con la actividad dopaminérgica del sistema límbico.



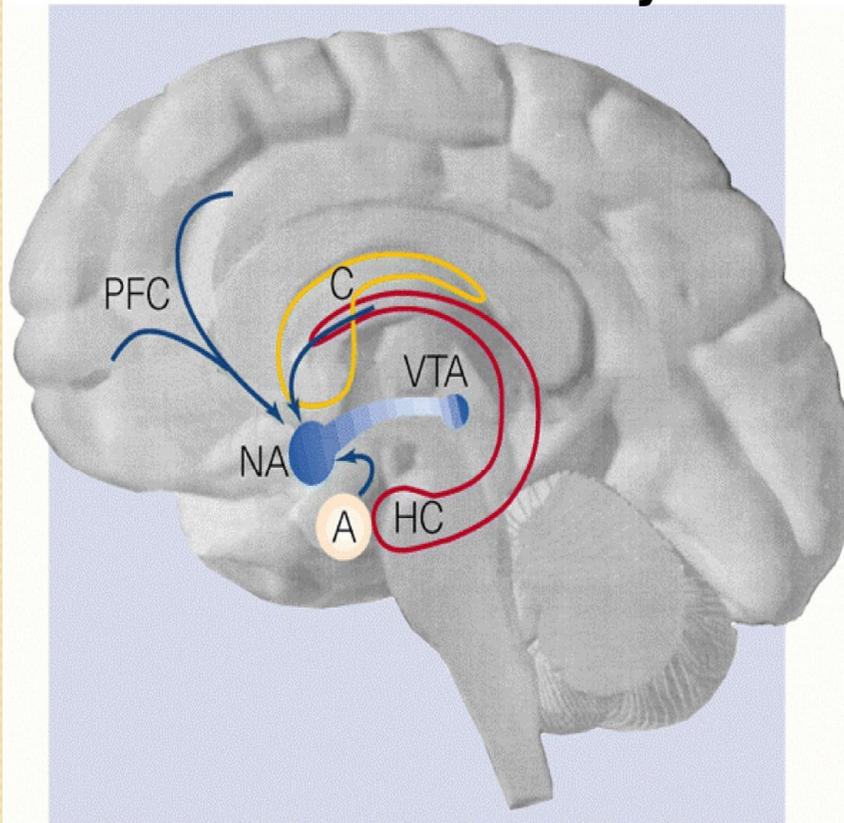
Modelo psicofarmacológico dependencia:
CONDUCTA DE BÚSQUEDA DE DROGA



SUSTRATO NEUROBIOLÓGICO

Todas las Sustancias (incluyendo las adicciones comportamentales) tienen efecto común sobre el Sistema de Recompensa Cerebral localizado en el sistema mesocórtico-límbico que se extiende desde el **Area Tegmental Ventral al **Núcleo Accumbes**, con proyecciones al sistema límbico y el **cortex órbito frontal**.**

Addiction Circuitry



TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA SUSTANCIA (DSM IV y CIE 10) F1x.aa

- **Etiología (x):**
 - **alcohol 0**
 - **opiáceos 1**
 - **cánnabis 2**
 - **sedantes, hipnóticos o ansiolíticos 3**
 - **cocaína 4**
 - **anfetaminas (o sustancias de acción similar) (estimulantes) 5**
 - **alucinógenos 6**
 - **nicotina 7**
 - **inhalantes (disolventes volátiles) 8**
 - **fenciclidina (múltiples drogas u otras) 9**



PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES

Consumos de otras sustancias

**Cannabis como puerta de entrada a
otras drogas**

Descenso rendimiento escolar

**Problemas de conducta en el medio
familiar**

Problemas legales

Problemas médicos y psiquiátricos

**Vulnerabilidad a la psicosis y a otros
trastornos psiquiátricos**

FACTORES IMPLICADOS EN EL CONSUMO DE DROGAS

- **Características de la sustancia**
 - tipo de consumo
 - vía de utilización
 - dosis
 - duración y cronicidad del consumo
 - tiempo desde la última dosis
 - combinación con otras drogas
- **Persona que consume, expectativas sobre la sustancia, circunstancias y biografía**
- **Contexto en los que se da el consumo**



FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

Factor de riesgo aquellas características individuales, familiares o ambientales, que incrementan la probabilidad de que se dé una determinada conducta de riesgo

Factor de protección aquellas características individuales, familiares o ambientales que reducen o atenúan la probabilidad de que se dé una conducta de riesgo.



FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

Los factores de riesgo no pueden tenerse en cuenta de forma aislada. Es el resultado global que cada factor por separado.

La conducta de consumo es el resultado de la interacción de factores personales y sociales, desde el nacimiento a la adolescencia.

Los factores de riesgo/protección son términos correlacionales. Hay que hablar en términos de probabilidad.

En cada caso se da una combinación original de factores que explica la evolución particular de cada consumidor de drogas.

FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

		INDIVIDUALES	FAMILIARES	AMIGOS	ESCUELA	VECINDARIO
		PROBLEMAS CON LAS DROGAS	RIESGOS	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Problemas de conducta infantil ⇒ Baja Autoestima ⇒ Competencia social pobre ⇒ Vulnerabilidad a ⇒ Búsqueda de sensaciones 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Patrones consumo ⇒ Défic. supervisión ⇒ Pautas de crianza inconsistentes ⇒ Baja cohesión ⇒ Altas expectativas 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Baja aceptación ⇒ Modelado ⇒ Uso de drogas ⇒ Presión de grupo
	RESISTENCIAS	<ul style="list-style-type: none"> • Autoestima • Competencia social 	<ul style="list-style-type: none"> • Pautas de crianza coherentes • Buen apego • Alta cohesión • Buena supervisión 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación amigos • Buen modelado de amigos 	<ul style="list-style-type: none"> • Éxito escolar • Adaptación escolar • Alta ratio prof./ alumno 	<ul style="list-style-type: none"> • Organizado • Alta cohesión • Alternativas de ocio

FACTORES DE PROTECCIÓN DEL CONSUMO

- **Personales:**
 - **Inteligencia y capacidad social**
 - **Personalidad consistente**
 - **Orientación social positiva**
- **Interpersonales:**
 - **Tener o haber tenido en la infancia un ambiente con cohesión**
 - **Lazos afectivos familiares y en la escuela**
- **Ambientales:**
 - **Existencia en la sociedad de normas, creencias y comportamientos coherentes y que tiendan a oponerse al consumo**
 - **Respecto a los hábitos de ocupación del ocio y el tiempo libre, el horario de regreso tras salidas nocturnas y la frecuencia de éstas son factores que condicionan los niveles de consumo**

FACTORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO

- **Personales:**
 - Edad, sexo, grupo étnico
 - Características personalidad
 - Abandona de valores normativos
 - Fracaso escolar
 - Psicopatología
- **Interpersonales:**
 - Compañeros consumidores
 - Relaciones pobres con padres y profesores
 - Insuficiencias educativas
 - Conflictividad familiar
 - Uso de drogas por los padres
 - Historia familiar de adicción
 - Actitudes de los padres favorables al consumo
- **Ambientales:**
 - Aceptación social del consumo
 - Disponibilidad y accesibilidad a las drogas
 - Desorganización comunitaria
 - Normas sociales y leyes permisivas
 - Dificultades económicas y sociales

ETIOPATOGENIA DEL CONSUMO

- **Factores extrínsecos (socio-ambientales):**
 - **disponibilidad de la sustancia**
 - **tolerancia social**
- **Factores intrínsecos (individuales):**
 - **inmadurez y dependencia afectiva**
 - **inestabilidad emocional**
 - **escasa autoestima**
 - **escasos recursos adaptativos a problemas**
 - **demandas individuales o grupales excesivas**
 - **dificultades de comunicación**
 - **psicopatología**



FACTORES DE RIESGO ESPECIALMENTE SIGNIFICATIVOS EN LA ADOLESCENCIA

- **Sensación de invulnerabilidad.**
- **Búsqueda de sensaciones nuevas.**
- **Inicio precoz del consumo de drogas legales y cánnabis.**
- **Dependencia emocional.**
- **Percepción negativa de la propia imagen personal.**
- **Consumo de drogas mediado a veces por la vivencia de su imagen corporal y de sus experiencias sexuales.**

PROGRAMA DE ADOLESCENTES Y FAMILIAS (PROYECTO HOMBRE MADRID)

- **En 1996 Proyecto Hombre Madrid crea el programa para Adolescentes y familias.**
- **Desde el programa se considera a la familia como pieza clave en el trabajo con el adolescente consumidor de sustancias.**
- **Desde 2006 incluye atención psiquiátrica en el equipo, una vez en semana (4h):**
 - **Valoración adolescentes**
 - **con antecedentes psiquiátricos**
 - **que se encuentran en tratamiento con psicofármacos**
 - **que el equipo sospecha patología psiquiátrica**
 - **Seguimiento de aquellos con psicopatología activa, y control del tratamiento psisofarmacológico si lo hubiese**
 - **Coordinación con psiquiatras de la comunidad**



OBJETIVOS

- **Prevenir la instauración de una dependencia al consumo de sustancias.**
- **Reforzar el proceso de maduración.**
- **Educar en un estilo de vida saludable y basado en valores.**
- **Orientar a la construcción de una personalidad sólida que facilite la autonomía.**
- **Favorecer una mayor cohesión y adaptabilidad familiar.**



PERFIL DEL ADOLESCENTE

Edad entre los 13 y los 22 años.

Pueden estar o no dentro de la estructura familiar.

Su relación con las drogas ha de moverse entre el *uso* y el *abuso* según criterios DSM IV-R.

No es motivo de exclusión la presencia de sintomatología psiquiátrica.

PERFIL DEL USUARIO@ ADOLESCENTE

- **Los y las adolescentes que acuden al programa por exigencia de sus padres se caracterizan:**
 - **Están dentro de una estructura familiar y con frecuencia, integrados en el sistema educativo.**
 - **Poseen baja resistencia a la frustración.**
 - **El autoconcepto está deteriorado y la autoestima es baja.**
 - **Escaso control de impulsos en la mayoría de los casos.**
 - **Consumos de tabaco y cánnabis de manera habitual en contacto con iguales. Consumo de alcohol, drogas de síntesis /cocaína asociados al ocio en el fin de semana.**
 - **Cada vez son más los que han sufrido psicosis tóxicas y/o comas etílicos.**
 - **Aumento del número de adolescentes consumidores que están padeciendo trastornos del estado de ánimo.**
 - **En el caso de las chicas, existe un porcentaje alto de sintomatología asociada a algún tipo de trastorno de la alimentación.**
 - **Relaciones centradas en el ambiente consumidor.**

PERFIL DEL USUARIO@ ADOLESCENTE

- **La percepción de problema y la demanda parte de los padres**
- **Características propias de las familias que acuden al recurso:**
 - **Padres y madres que han perdido la autoridad.**
 - **Experiencia de fracaso como padres o madres y sucesivos intentos frustrados en otros recursos.**
 - **Padre ausente y madre muy presente en la familia.**
 - **Estilos educativos inadecuados, principalmente autoritario y sobreprotector, aunque también está presente el estilo evitativo.**
 - **Estilos de comunicación dentro de la familia totalmente inadecuados.**
 - **No existe un perfil socioeconómico determinado.**



PERFIL DEL USUARIO@ ADOLESCENTE

- **Incremento de violencia intrafamiliar**
 - **Bajo control de impulsos**
 - **Alta capacidad de manipulación**
 - **Percepción subjetiva de injusticia**
 - **Falta de empatía**
 - **Carácter tiránico e impositivo**

PERFIL DE LAS USUARIAS ADOLESCENTES

- **Las chicas tienen mayor percepción de problema que sus compañeros, aunque en ambos es escasa.**
- **Las experiencias vitales en torno al consumo son más radicales y con consecuencias más dolorosas que las de sus compañeros de la misma edad, es decir, han consumido más y más rápido. Además han experimentado en mayor medida los efectos indeseables de las sustancias (comas etílicos, psicosis tóxicas, etc.).**
- **La vivencia de su imagen corporal y de sus experiencias sexuales han estado mediada en la mayoría de los casos por el consumo de drogas.**
- **Muchas tienen algún tipo de percepción errónea sobre sí mismas, generando estilos anorexígenos o bulímicos, o simplemente estando muy insatisfechas con su cuerpo.**
- **Relaciones dependientes que generan con sus relaciones afectivas.**

PACIENTES ATENDIDOS

- **140-180 tratamientos/año**
 - **75,70% varones**
 - **24,30% mujeres**
- **40% valoraciones psiquiátricas realizadas (387 pacientes atendidos)**
 - **Valoración psiquiátrica previa: 39%**
 - **Ingreso psiquiátrico previo: 6% del total**
 - **Psicofármacos previo al programa: 36%**

VALORACIONES PSIQUIÁTRICAS REALIZADAS N=387

- **Fracaso escolar: 54,2%**
 - 61,4% de varones
 - 24,6% de mujeres
- **Sustancias que motivan la demanda:**
 - **Cánnabis: 41%**
 - **Cánnabis y alcohol: 22%**
 - **Cánnabis y cocaína: 13%**
 - **Alcohol y cocaína: 12%**
 - **Policonsumo (excepto heroína): 10%**
 - **Heroína y otras: 2%**

DIAGNÓSTICOS REALIZADOS

- **TDHA: 17%**
- **Esquizofrenia y otras psicosis esquizofrénicas: 14%**
- **Depresión: 12%**
- **Trastornos ansiedad: 8%**
- **Trastorno alimentación: 6%**
- **TOC: 1%**
- **Trastornos conductuales: 42%**
 - **Posible TP: 20%**
 - **Pérdida de límites y normas, y/o secundarios al consumo: 22%**

TDHA: 17% (n=65)

Todos varones

- **72% diagnóstico previo**
 - **10% reevaluados y considerado que no lo presentan (dx reciente, habían ocultado el consumo, y tomaban tratamiento)**
 - **De aquellos en los que se confirma el diagnóstico**
 - **95% habían tomado alguna vez tratamiento farmacológico**
 - **Sólo 40% lo tomaban en el momento de la evaluación (la mayoría por abandono voluntario)**
- **28% diagnóstico en centro**

TDHA: 17% (n=65)

82% de ellos realizaron tratamiento farmacológico específico para el TDAH.

◦ **Evolución:**

- **55% han realizado o continúan realizando el programa de tratamiento correctamente**
- **22% han permanecido en el programa, aunque manteniendo el consumo de sustancias**
- **23% abandonaron el programa en sus primeras fases**

TDHA

- **La casi totalidad de los adolescentes con TDHA recibieron tratamiento para el mismo, independientemente de la evolución que presentasen respecto a su consumo.**
- **Destaca el bajo número de adolescentes que a su llegada al Programa recibían tratamiento para el TDHA, a pesar de la unánime aceptación del beneficio que produce en estos adolescentes.**
- **Algunos de ellos habían abandonado el tratamiento para el TDHA, o les había sido retirado al considerar que el consumo de cánnabis y/o alcohol era incompatible con el mismo.**
- **Las alteraciones conductuales que presentan los adolescentes con TDHA no tratados agravan el consumo y dificulta el abordaje del mismo.**

CANNABIS y TDHA

- **El TDAH presenta elevada comorbilidad:**
 - trastornos afectivos
 - trastornos de ansiedad
 - conductas adictivas
 - trastornos del aprendizaje
 - trastornos de conducta antisocial
 - trastorno límite de la personalidad.
- **El TDAH aumenta el riesgo de un trastorno por uso de sustancias.**
- **Si además existe un trastorno disocial comórbido, se incrementa más el riesgo de abuso o dependencia de sustancias.**
- **50% de TDHA en la infancia presentan problemas de consumo de alcohol u otras drogas.**
- **TDAH es predictor de:**
 - comienzo más precoz del consumo de sustancias en adolescentes
 - evolución hacia un abuso o dependencia es más rápida
 - más riesgo de recaídas en el consumo de sustancias tras su abandono

LA CLÍNICA DEL TDAH PARECE PREDISPONER AL CONSUMO

- **La inquietud predispone al consumo de drogas sedantes o relajantes.**
- **La impulsividad facilita el inicio del consumo.**
- **Descubrimiento casual de que el uso de estimulantes mejora el rendimiento.**
- **La intolerancia a la frustración, la necesidad de una recompensa inmediata.**
- **Fracaso escolar, laboral, afectivo-sexual.**
- **Tendencia a integrarse en grupos que consumen drogas con frecuencia.**

CANNABIS y TDHA

- **La complementariedad entre terapias cognitivo-conductuales y el seguimiento farmacológico, parecen el mejor tratamiento para el TDAH.**
- **Es aconsejable una intervención psicopedagógica sobre los problemas de aprendizaje que suelen aparecer en gran parte de los sujetos con TDAH.**
- **La efectividad de los estimulantes en el TDAH no ha resuelto la preocupación que genera usar medicación que puede ser objeto de abuso por sí misma.**
- **Los diversos estudios indican que los TDHA tratados con estimulantes tuvieron un 50% menos de probabilidades de desarrollar problemas con drogas que aquellos que no siguieron este tratamiento.**
- **Los pacientes con TDAH no tratados presentan un riesgo significativamente mayor que los controles para el consumo de sustancias.**



Esquizofrenia y otras psicosis esquizofrénicas: 14% (N=54)

- **75% varones**
 - **70% con diagnóstico previo al centro (la mayoría dx psicosis tóxica)**
 - **60% con ingresos psiquiátricos previos**
 - **30% diagnosticados en el centro**
- **25% mujeres**
 - **85% con diagnóstico previo**
 - **50% ingresos previos**
 - **15% con diagnóstico en el centro (precisó ingreso)**
- **Sustancias implicadas**
Cánnabis y en menor medida, cocaína
En la mayoría, los síntomas psicóticos, evidencian el consumo

Esquizofrenia y otras psicosis esquizofrénicas: 14% (N=54)

- **Evolución del diagnóstico:**
 - **65% Esquizofrenia**
 - **15% Trastorno bipolar**
 - **20% Psicosis tóxica**
- **En algún momento del tratamiento todos precisaron tratamiento antipsicótico.**
- **Durante el programa 70% de ellos continuaron tratamiento en CSM.**
- **Evolución:**
 - **60% de ellos completaron el programa de tratamiento, y se mantuvieron abstinentes de sustancias**
 - **25% no completaron el programa y continuaron el consumo de sustancias**
 - **15% fueron derivados desde el programa a dispositivos de salud mental**

CANNABIS y PSICOSIS

- **Alta prevalencia de consumo de cánnabis en pacientes con esquizofrenia.**
- **La dependencia de cánnabis a lo largo de la vida en sujetos psicóticos es de 22-37%.**
- **En individuos vulnerables (predispuestos para la psicosis) el consumo de cánnabis la puede precipitar o inducir la psicosis.**
- **Vulnerabilidad como:**
 - **antecedentes familiares**
 - **presencia de síntomas prodrómicos**

CANNABIS y PSICOSIS

- **La hipótesis etiológica defiende que el consumo de cánnabis por sí sólo provocaría una esquizofrenia.**
- **El consumo puede indicar una vulnerabilidad a la esquizofrenia o ser una manifestación precoz de la misma.**
- **La psicosis inducida por cánnabis puede ser el antecedente de una esquizofrenia y la edad de inicio de es más precoz en los sujetos consumidores.**
- **La relación entre ambos es bastante compleja.**

CANNABIS y PSICOSIS

- **La incidencia y gravedad de la esquizofrenia aumenta en aquellos expuestos al consumo de cánnabis.**
- **El consumo precede a los síntomas psicóticos, y sigue un patrón dosis-dependiente.**
- **El riesgo de padecer cuadros psicóticos a medio o largo plazo se relaciona también con la edad de inicio del consumo de cánnabis (15 años o antes).**
- **El consumo repetido y precoz de cánnabis en sujetos genéticamente predispuestos puede producir esquizofrenia cuyo primer episodio aparece tras uno o varios años de su uso.**
- **Los esquizofrénicos que consumen cánnabis son, en general, más jóvenes y con más frecuencia varones que los no consumidores.**

Depresión: 12% (N=46)

- **67% varones**
 - **40% con diagnóstico previo al centro**
 - **30% con tratamiento antidepresivo (no habían referido consumo)**
 - **60% diagnosticados en el centro**

- **33% mujeres**
 - **100% diagnosticadas en el centro**
 - **5% depresión mayor con melancolía que evolucionó a TBipolar**



Trastorno alimentación: 6% (N=21)

- **20% varones y 80% mujeres**
 - **50% diagnosticados en el centro**
- **Todos normopeso (excepto 2 con sobrepeso) y con conductas bulímicas.**



Posible TP: 20% (posible por estar la mayoría por debajo de los 18 años) (N=72)

- **64% varones y 36% mujeres**
- **Cluster B**
 - **Limite, antisocial**
 - **Conductas psicopáticas independientes del consumo**
 - **Agresividad intra y extrafamiliar muy importante**



GRACIAS

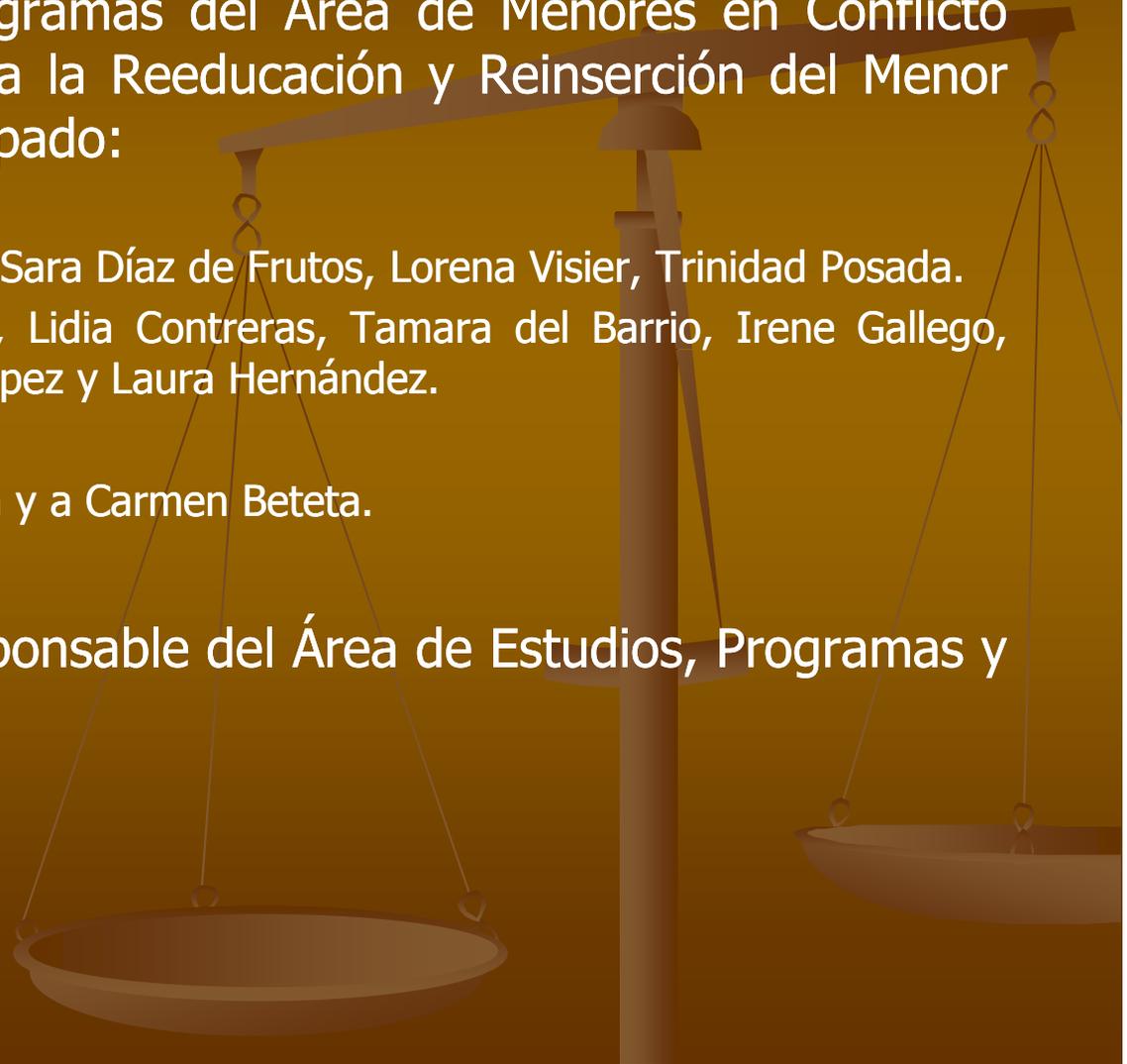
Atención en la Red Sociosanitaria de Salud Mental para Menores con Medida Judicial



Dr. Jorge Vidal de la Fuente
Psiquiatra Unidad de Adolescentes

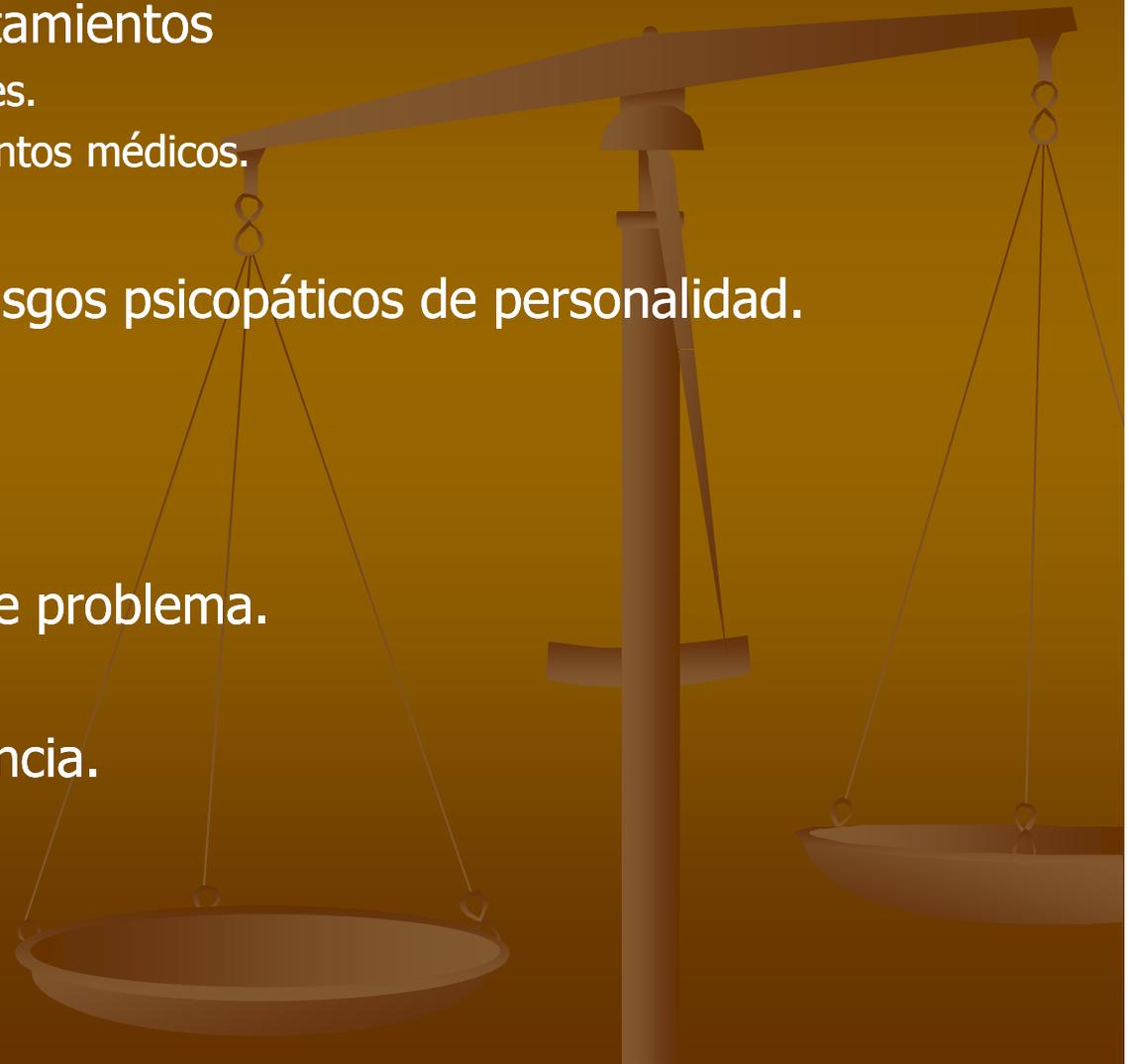
Agradecimientos

- Profesionales de los Programas del Área de Menores en Conflicto Social de la Agencia para la Reeducación y Reinserción del Menor Infractor, que han participado:
 - Psicólogas: Susana Bernal, Sara Díaz de Frutos, Lorena Visier, Trinidad Posada.
 - Técnicos: Isabel Novalbos, Lidia Contreras, Tamara del Barrio, Irene Gallego, Manuel Melgosa, Beatriz López y Laura Hernández.
 - Especialmente a Eva Morán y a Carmen Beteta.
- Luis González Cieza. Responsable del Área de Estudios, Programas y Formación. ARRM

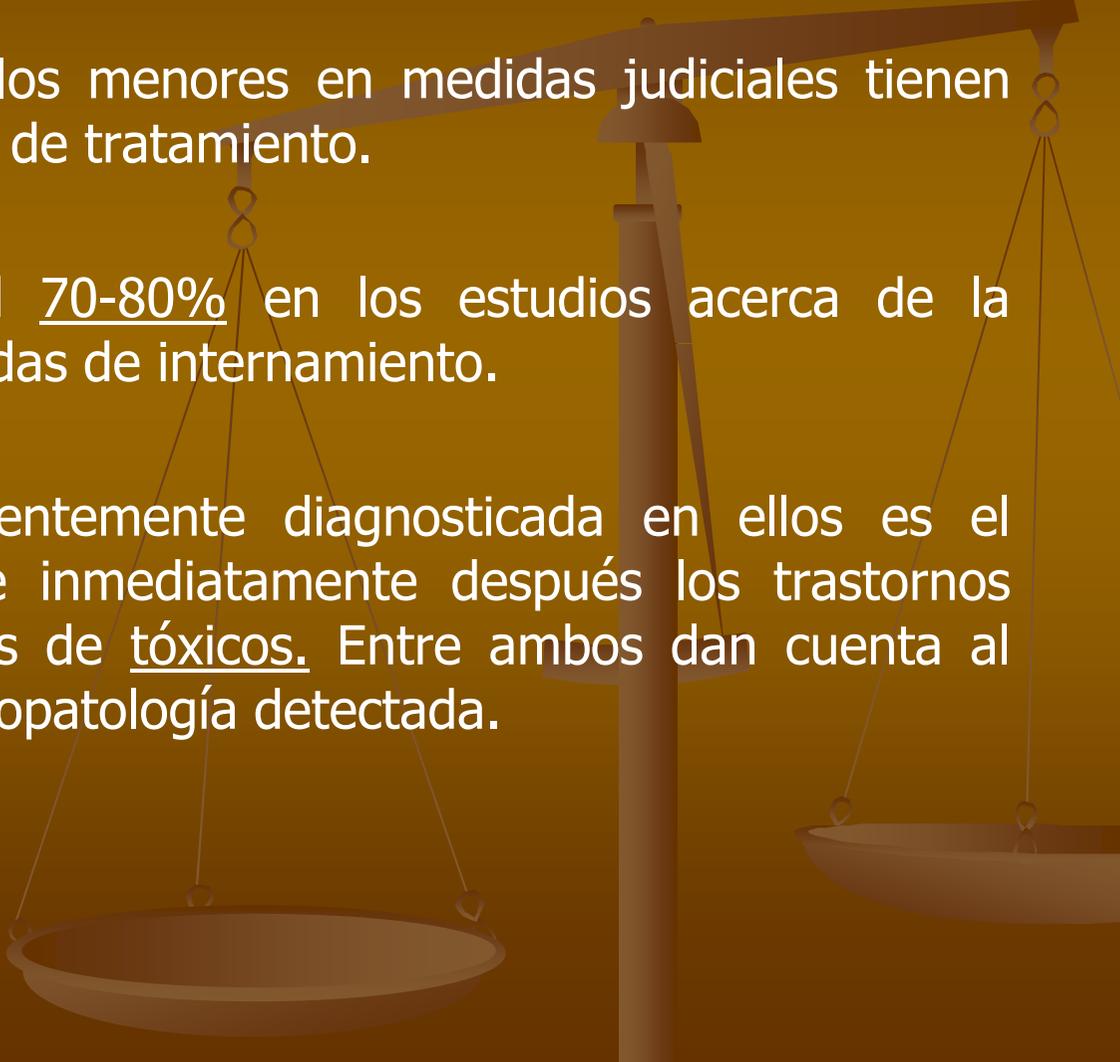


Experiencia previa

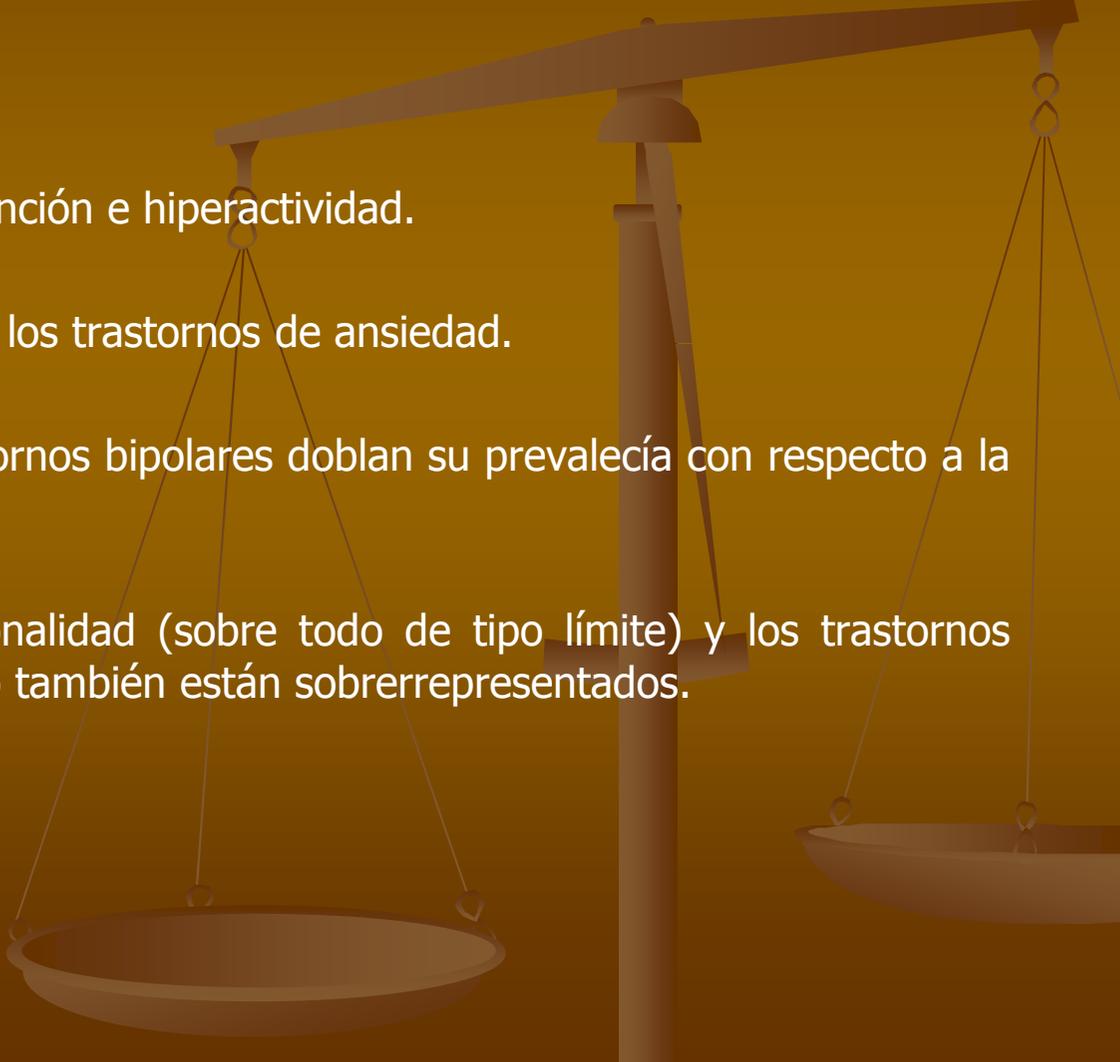
- Obligatoriedad de los tratamientos
 - Persecución de los pacientes.
 - Baja adherencia a tratamientos médicos.
- Trastornos disociales y rasgos psicopáticos de personalidad.
- Falta de motivación.
- Ausencia de conciencia de problema.
- Irregularidad en la asistencia.



Evidencia actual

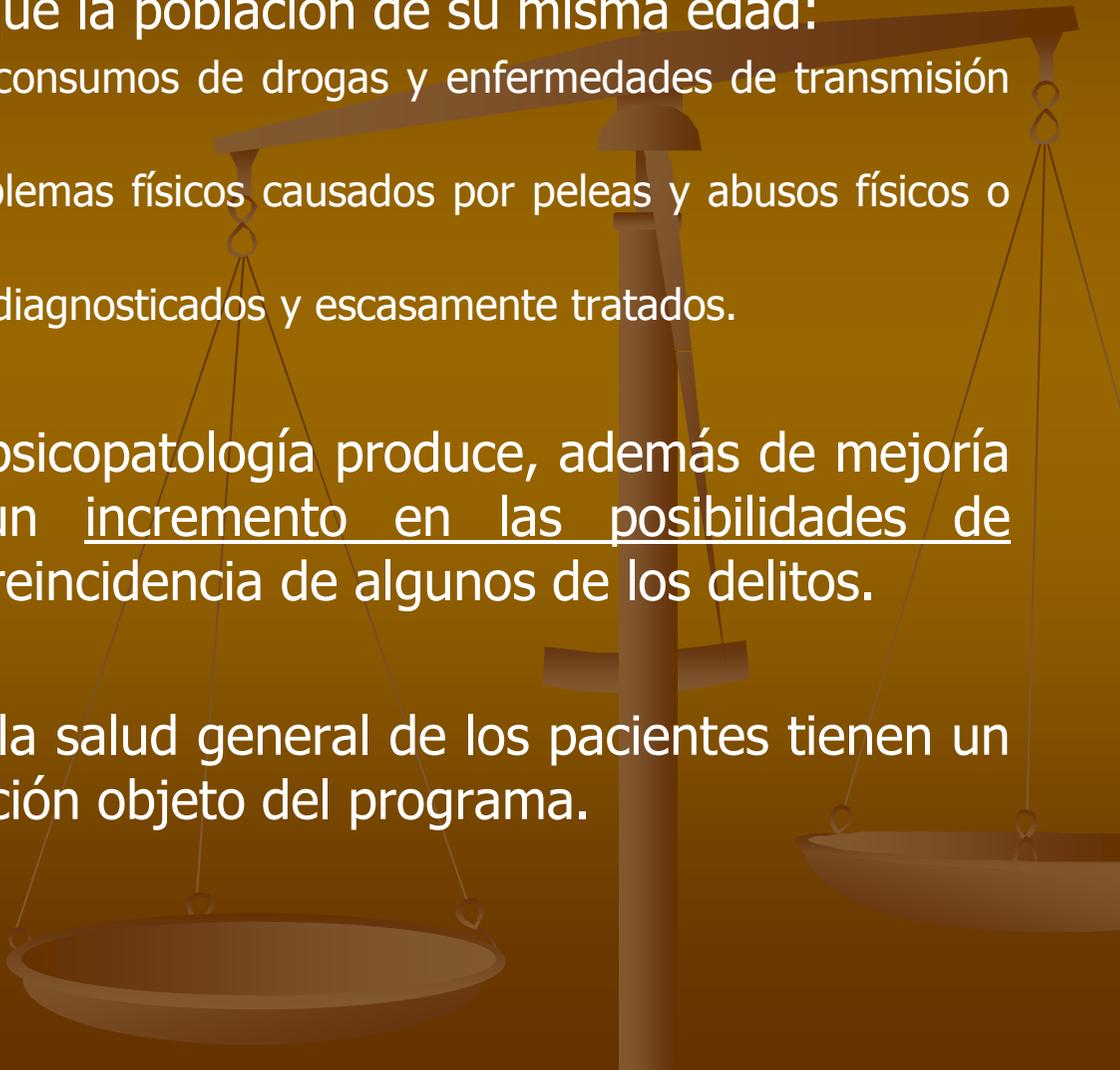


- Alrededor del 40 % de los menores en medidas judiciales tienen psicopatología subsidiaria de tratamiento.
- Este porcentaje llega al 70-80% en los estudios acerca de la población que tiene medidas de internamiento.
- La patología más frecuentemente diagnosticada en ellos es el trastorno de conducta e inmediatamente después los trastornos producidos por consumos de tóxicos. Entre ambos dan cuenta al menos la mitad de la psicopatología detectada.



- Son muy prevalentes:

- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
- Los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad.
- La esquizofrenia y los trastornos bipolares doblan su prevalencia con respecto a la población general.
- Los trastornos de la personalidad (sobre todo de tipo límite) y los trastornos generalizados del desarrollo también están sobrerrepresentados.

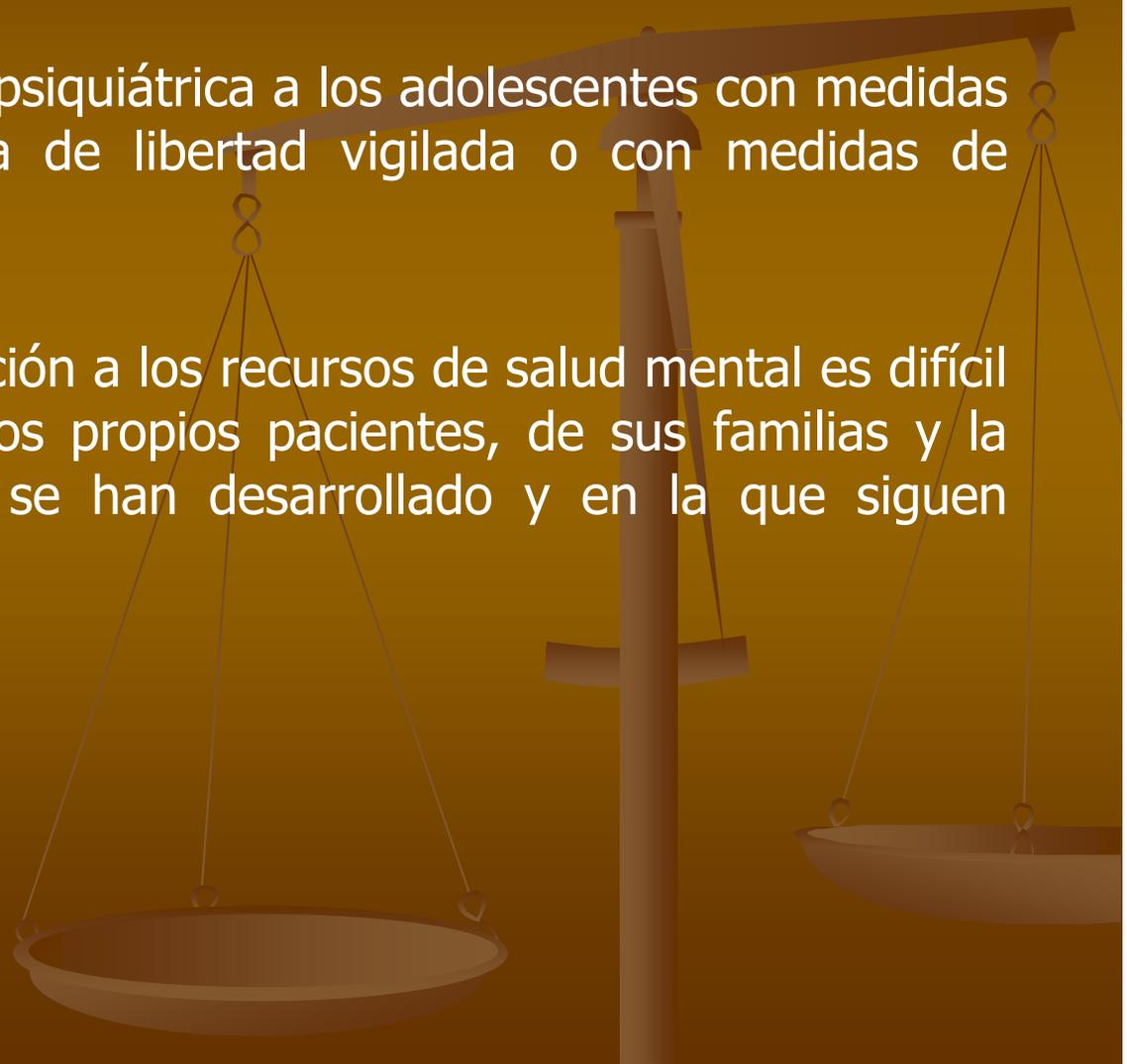
- 
- Más problemas médicos que la población de su misma edad:
 - Conductas de alto riesgo (consumos de drogas y enfermedades de transmisión sexual).
 - Más accidentes y más problemas físicos causados por peleas y abusos físicos o sexuales.
 - Como conjunto, están infradiagnosticados y escasamente tratados.
 - La intervención sobre la psicopatología produce, además de mejoría de la salud mental, un incremento en las posibilidades de reinserción y previene la reincidencia de algunos de los delitos.
 - Las intervenciones sobre la salud general de los pacientes tienen un efecto similar en la población objeto del programa.

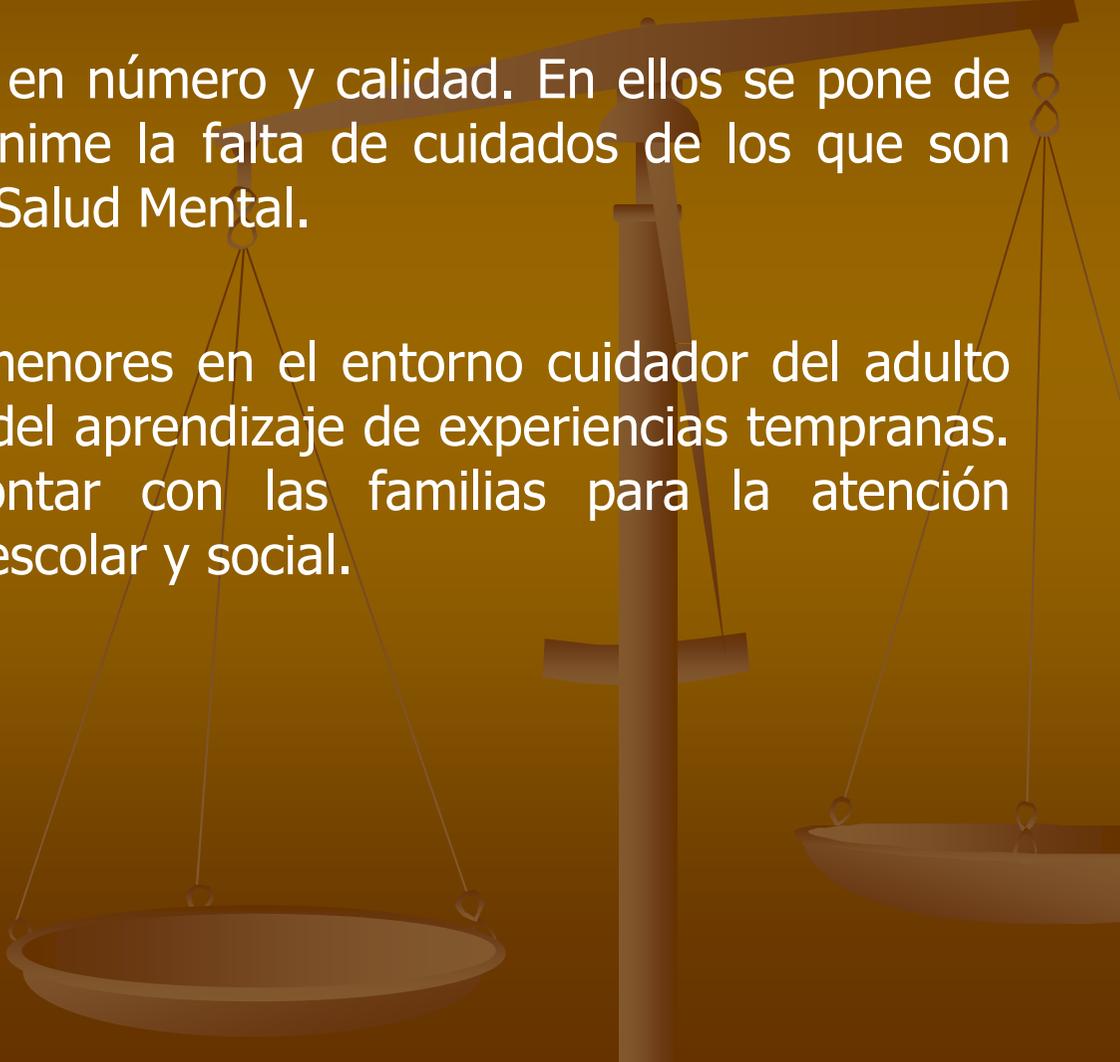
Descripción del programa

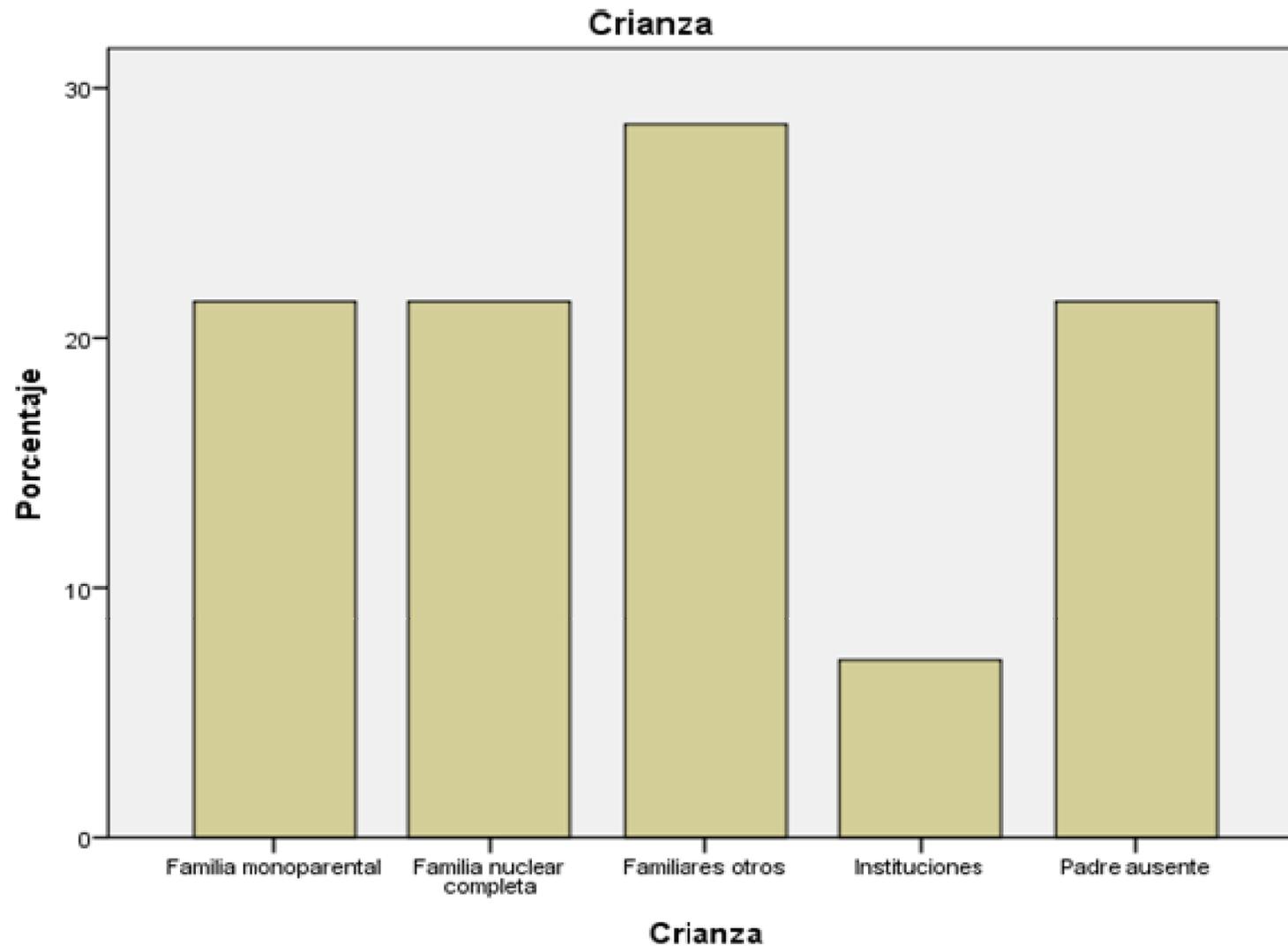


Objetivo

- Proporcionar la atención psiquiátrica a los adolescentes con medidas judiciales bien en forma de libertad vigilada o con medidas de internamiento.
- El acceso de dicha población a los recursos de salud mental es difícil por las condiciones de los propios pacientes, de sus familias y la situación social en que se han desarrollado y en la que siguen desenvolviéndose.



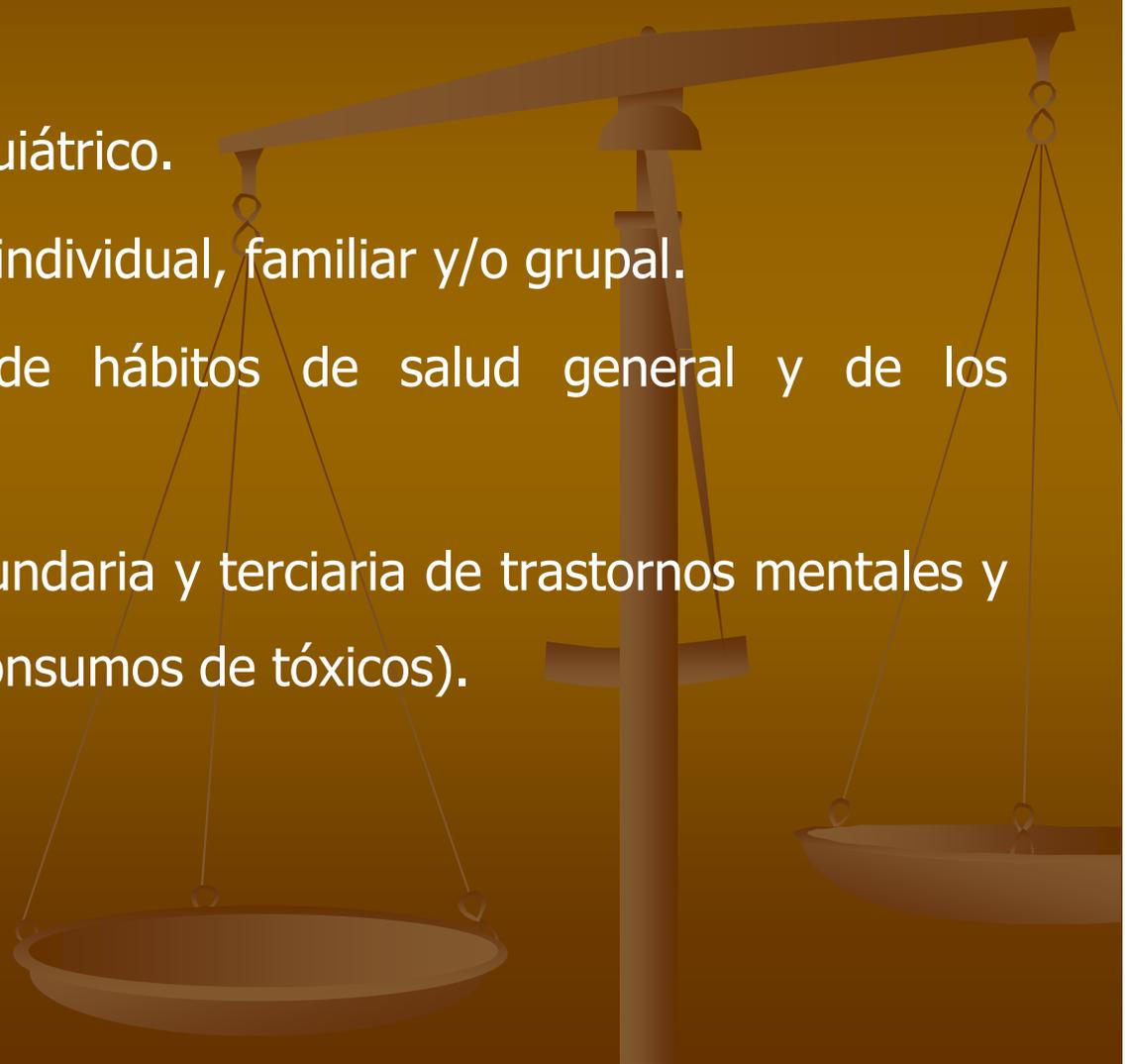
- 
- Los estudios han crecido en número y calidad. En ellos se pone de manifiesto de forma unánime la falta de cuidados de los que son objeto estos menores en Salud Mental.
 - La confianza de dichos menores en el entorno cuidador del adulto es mínima consecuencia del aprendizaje de experiencias tempranas. No siempre es fácil contar con las familias para la atención psiquiátrica, psicológica, escolar y social.



Solamente el 50 % acudió con familiares a la primera consulta.

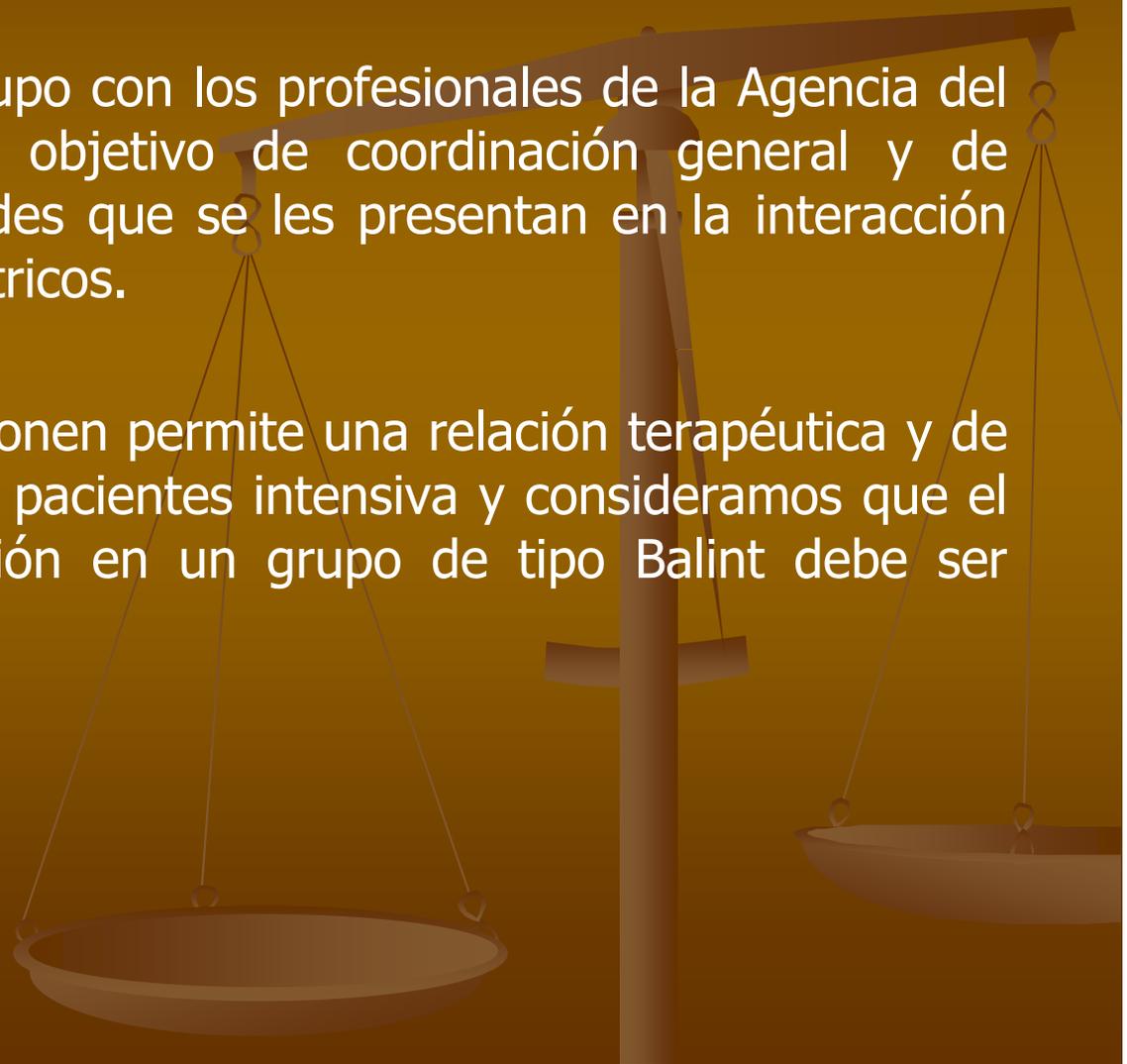
Acciones

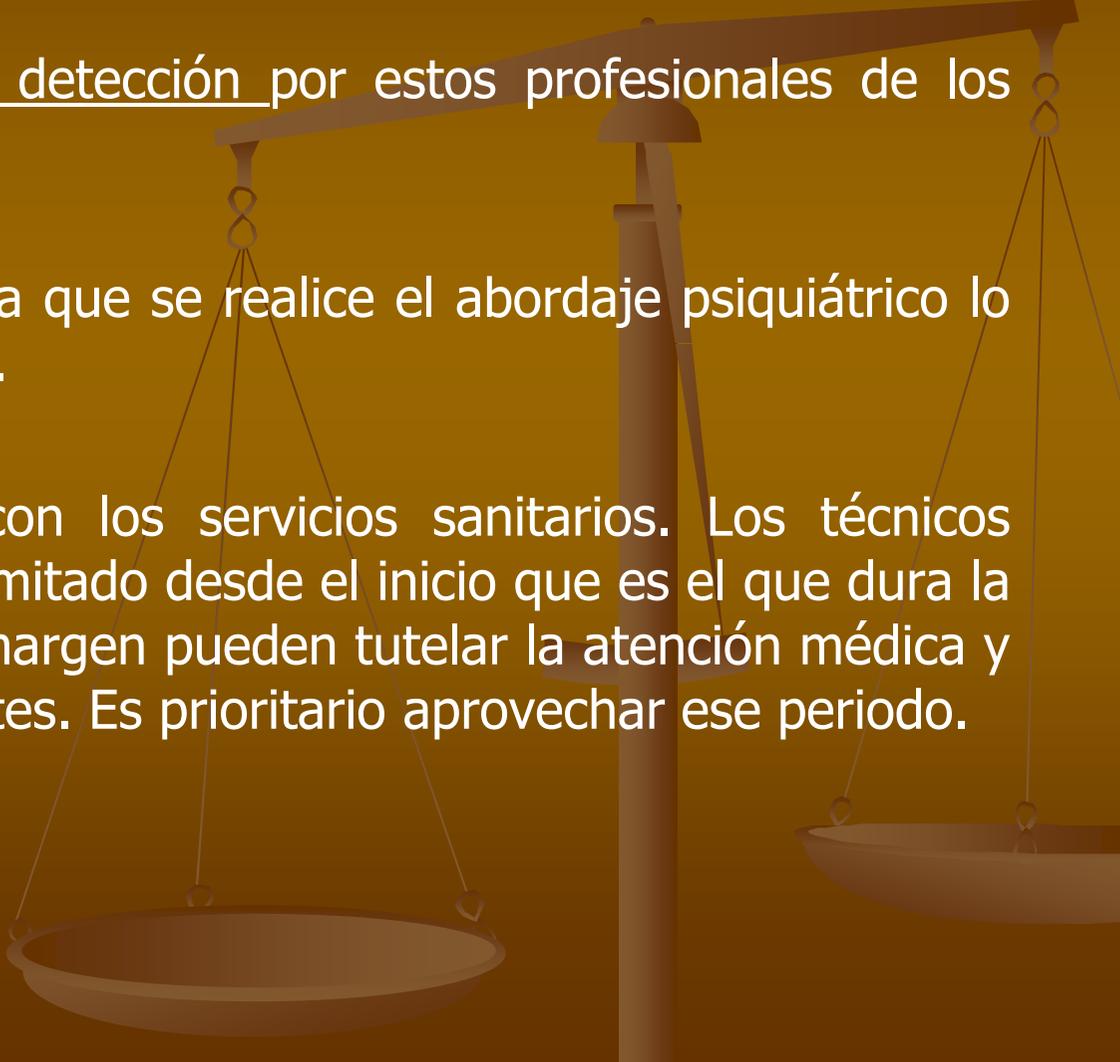
- Valoración y diagnóstico.
- Tratamiento médico-psiquiátrico.
- Tratamiento psicológico, individual, familiar y/o grupal.
- Psicoeducación acerca de hábitos de salud general y de los trastornos que padezcan.
- Prevención primaria, secundaria y terciaria de trastornos mentales y de salud general (ETS, consumos de tóxicos).



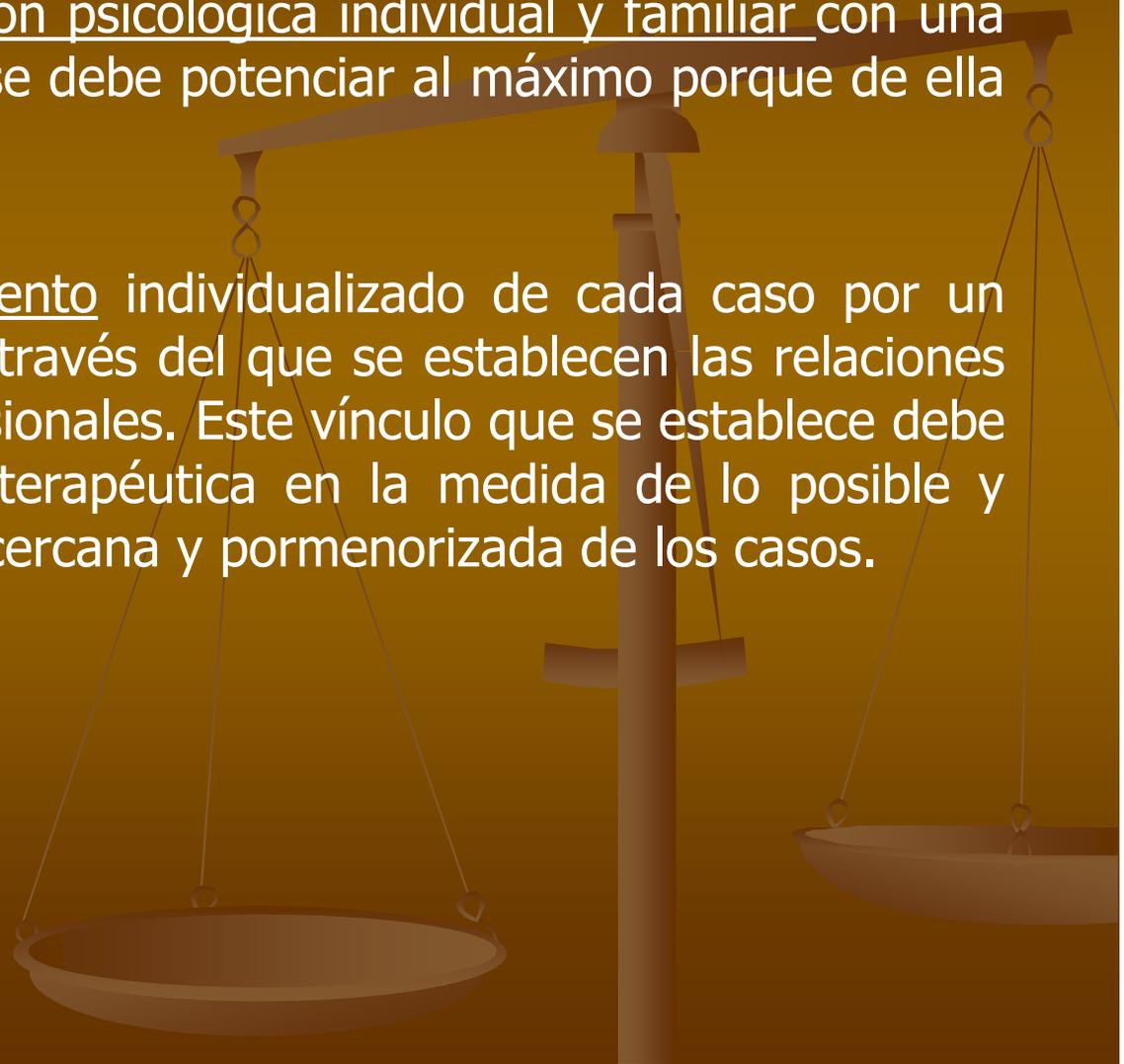
Coordinación y grupo Balint

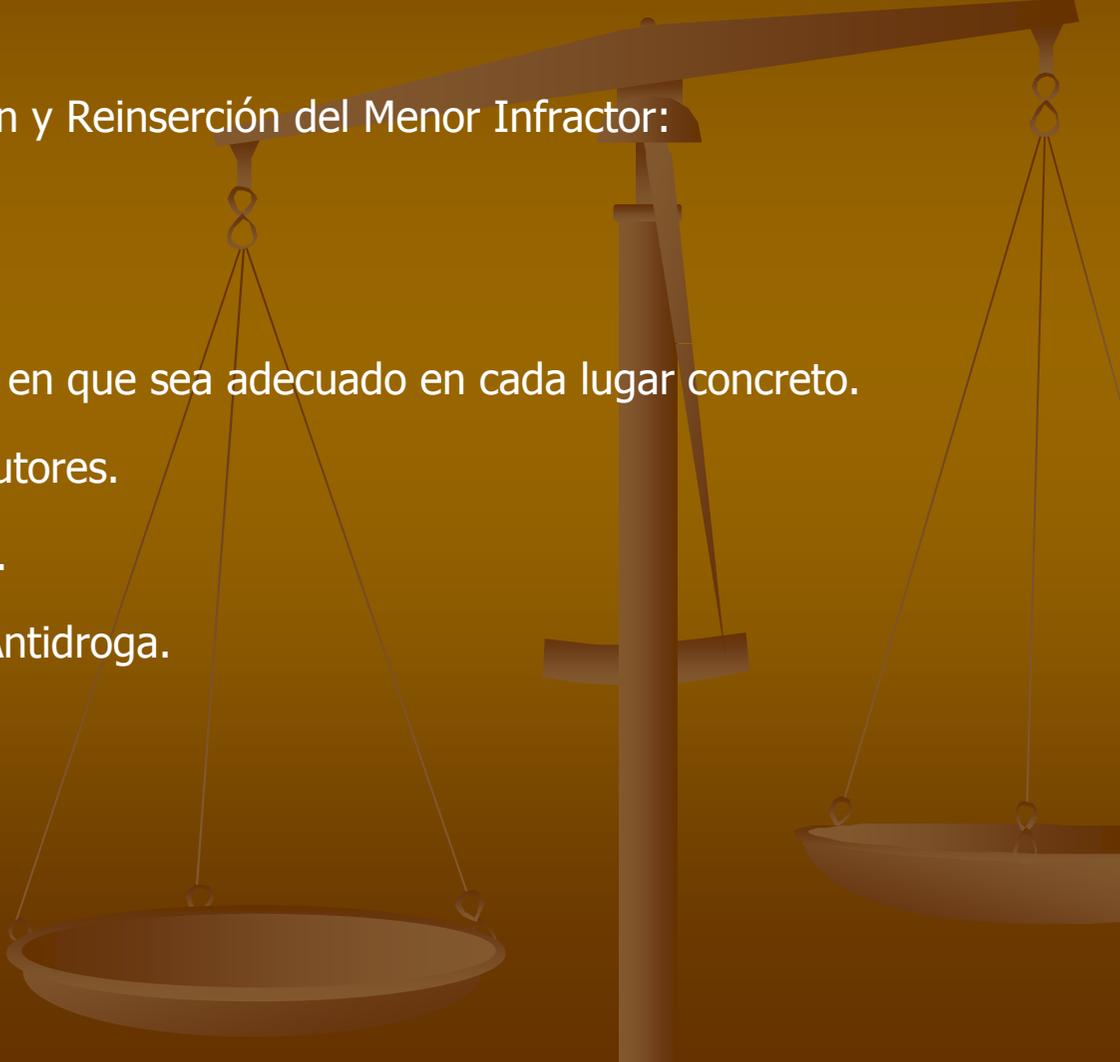
- Se está realizando un grupo con los profesionales de la Agencia del Menor Infractor con el objetivo de coordinación general y de abordaje de las dificultades que se les presentan en la interacción con los pacientes psiquiátricos.
- Los recursos de que disponen permite una relación terapéutica y de acompañamiento con los pacientes intensiva y consideramos que el impacto de la intervención en un grupo de tipo Balint debe ser aprovechado.



- 
- Mejorar la capacidad de detección por estos profesionales de los trastornos mentales.
 - Facilitar la derivación para que se realice el abordaje psiquiátrico lo más precozmente posible.
 - Facilitar la vinculación con los servicios sanitarios. Los técnicos trabajan con un tiempo limitado desde el inicio que es el que dura la medida judicial en cuyo margen pueden tutelar la atención médica y psiquiátrica de los pacientes. Es prioritario aprovechar ese periodo.

- Se dispone de intervención psicológica individual y familiar con una frecuencia semanal que se debe potenciar al máximo porque de ella depende la evolución.
- Además hay un seguimiento individualizado de cada caso por un Técnico especializado, a través del que se establecen las relaciones más estrechas con profesionales. Este vínculo que se establece debe aprovecharse de forma terapéutica en la medida de lo posible y aporta información muy cercana y pormenorizada de los casos.

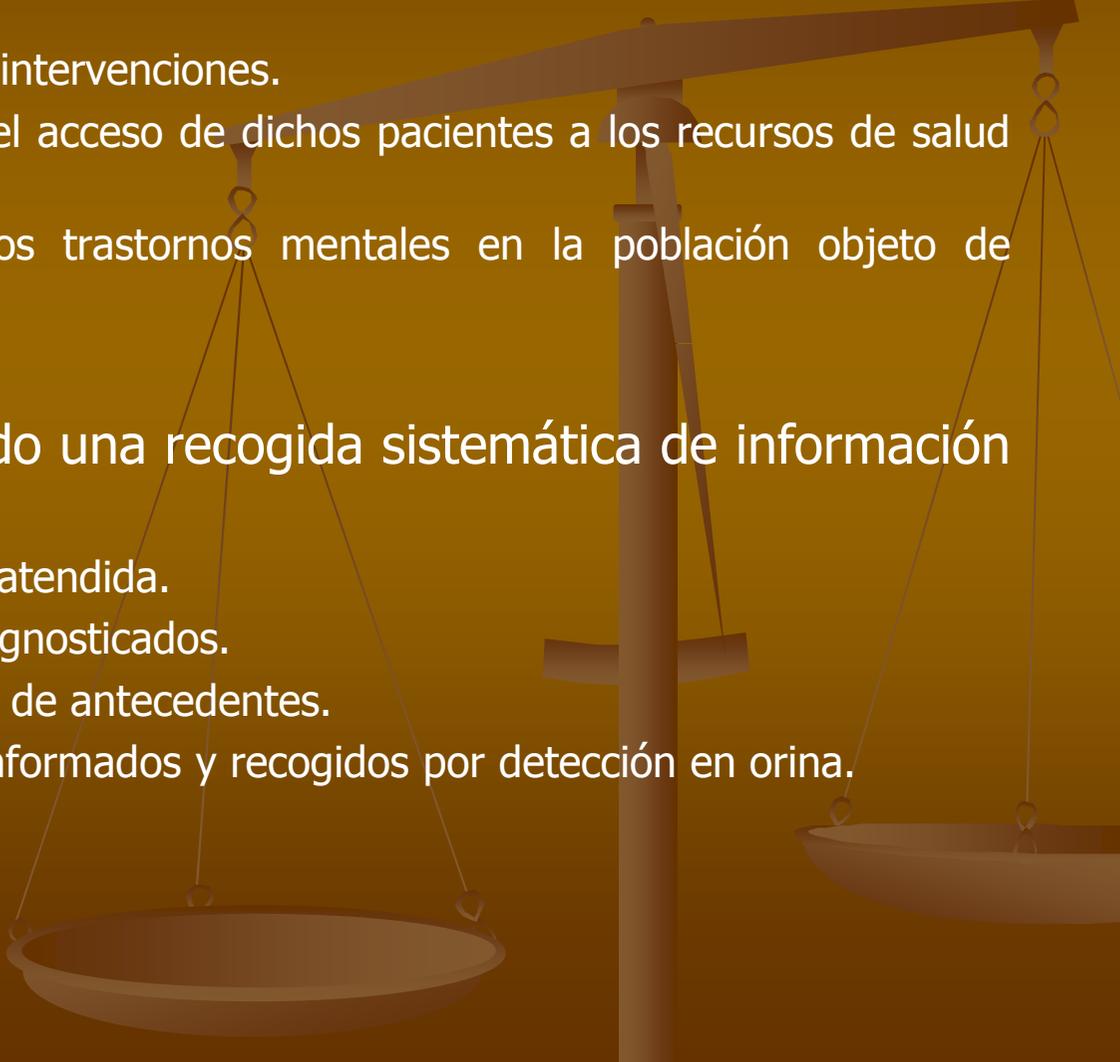




- Coordinaciones:

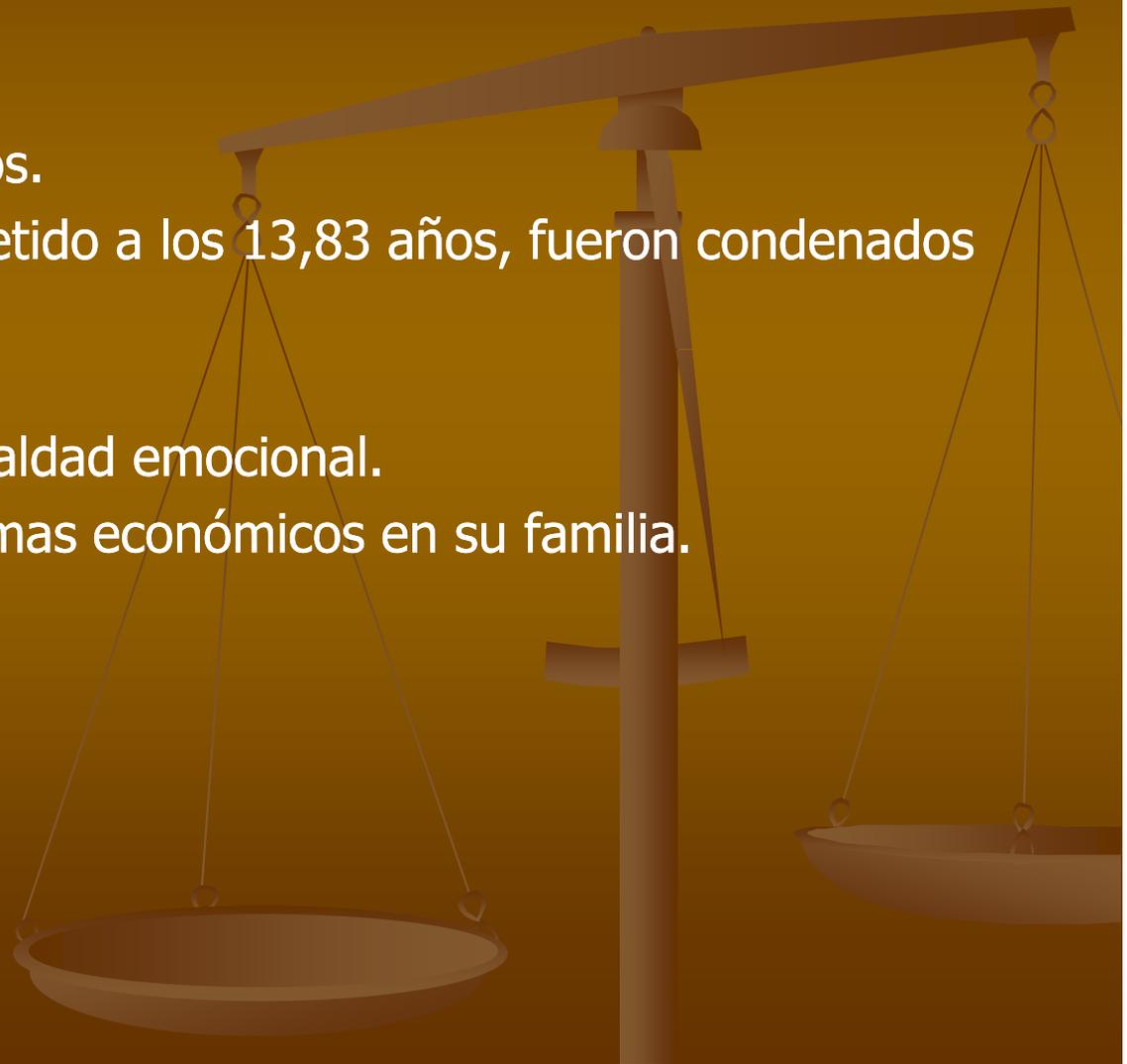
- Agencia para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor:
 - Email.
 - Teléfono.
 - Facilitar citas del modo en que sea adecuado en cada lugar concreto.
- Policía municipal, agentes tutores.
- Escuela, centros formativos.
- Dispositivos de la Agencia Antidroga.
- Servicios Sociales.

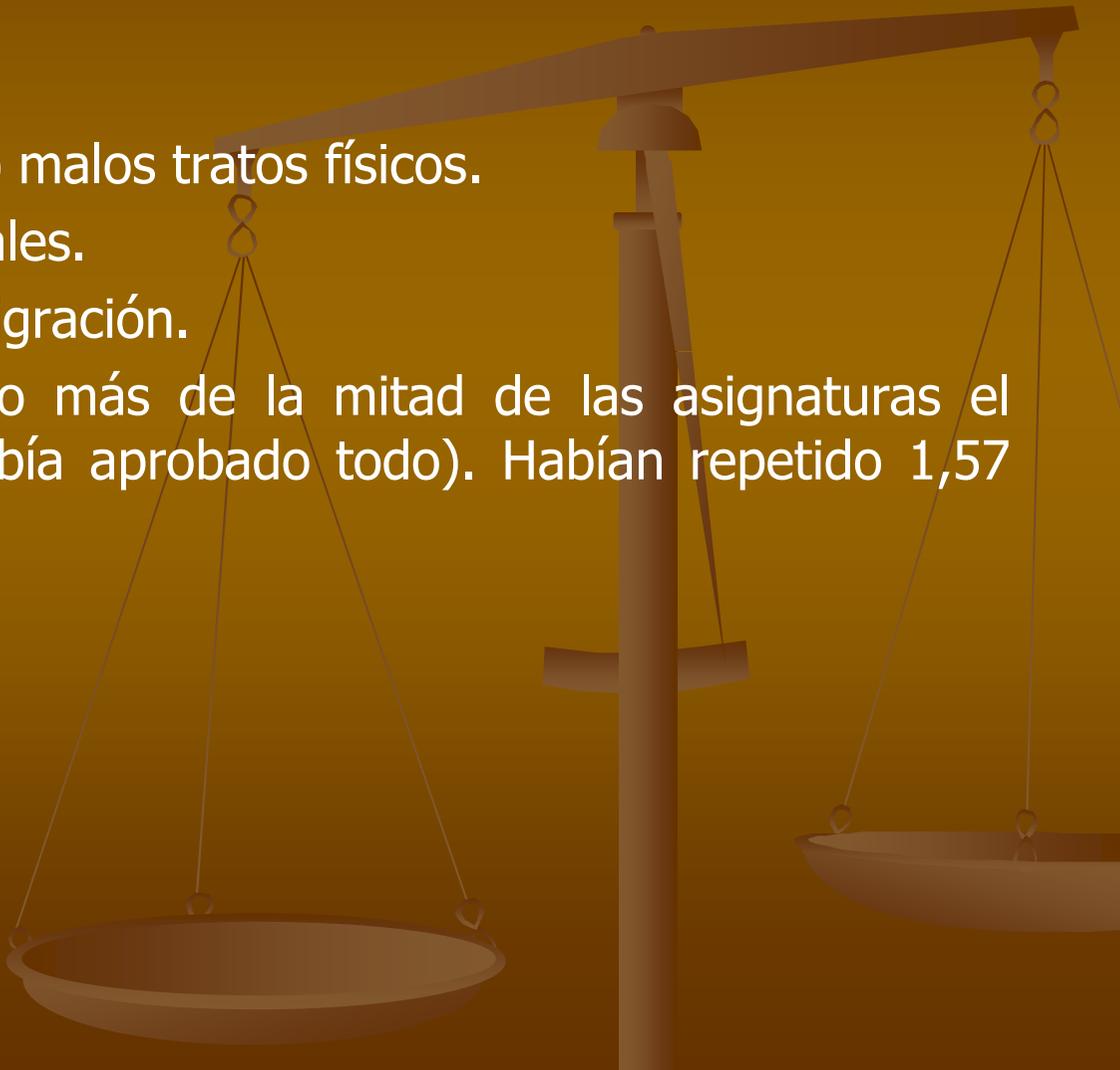
Investigación

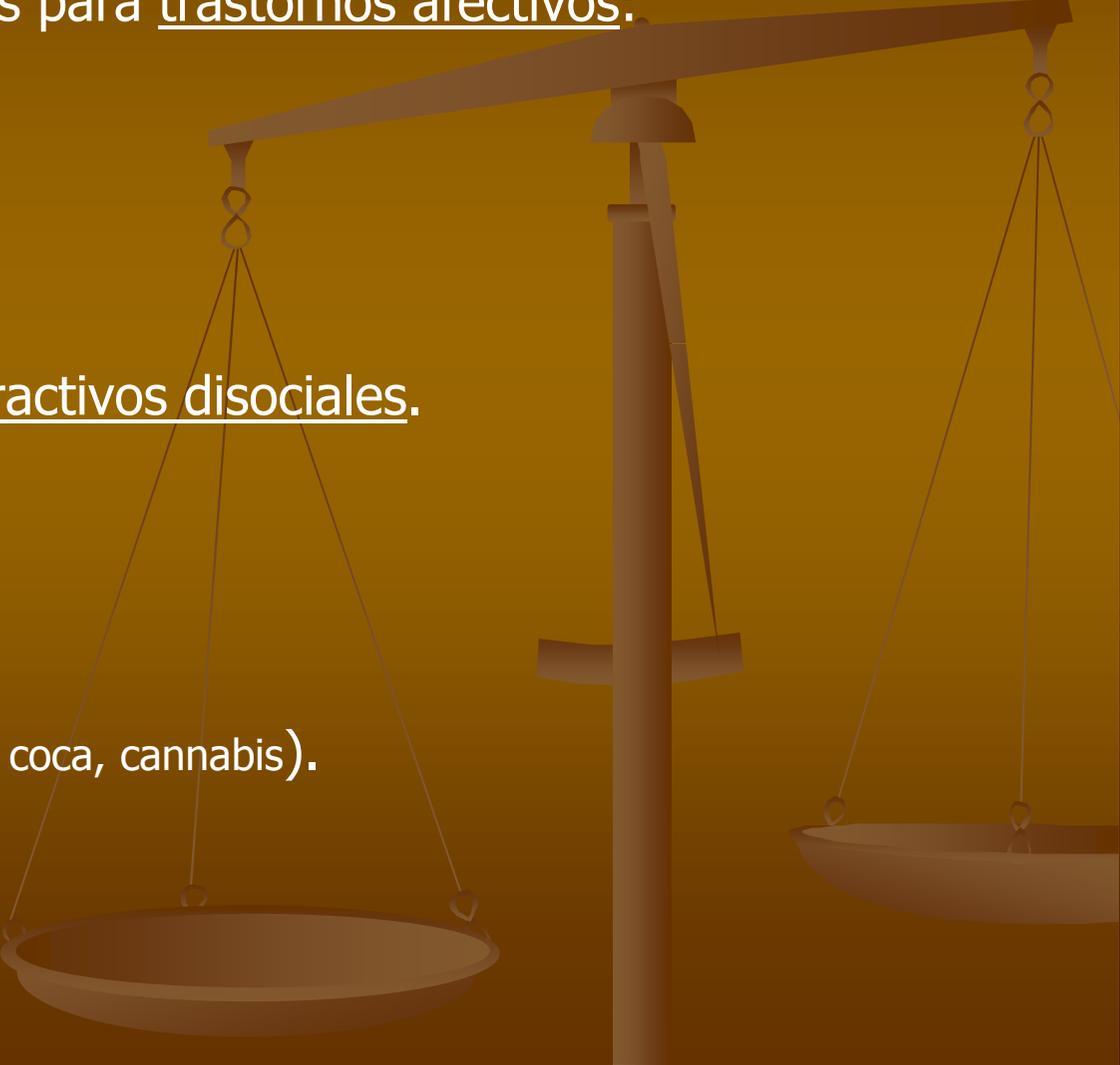
- Consideramos necesaria:
 - La mejora constante de las intervenciones.
 - La facilitación progresiva del acceso de dichos pacientes a los recursos de salud mental.
 - La detección precoz de los trastornos mentales en la población objeto de atención.
 - Para ello se está realizando una recogida sistemática de información que permita conocer:
 - El volumen de la población atendida.
 - Los trastornos mentales diagnosticados.
 - Datos socio-demográficos y de antecedentes.
 - Consumos de tóxicos autoinformados y recogidos por detección en orina.
 - Serologías de ETS.
- 

Resultados iniciales

- El 64 % eran varones.
- Edad media de 16,93 años.
- Su primer delito fue cometido a los 13,83 años, fueron condenados a los 15,69 años.
- 2,71 hermanos.
- El 85% no presentaba frialdad emocional.
- El 42,9% percibía problemas económicos en su familia.



- 
- 21% refiere haber sufrido malos tratos físicos.
 - 14% refiere abusos sexuales.
 - 57% tenía historia de emigración.
 - El 55% había suspendido más de la mitad de las asignaturas el curso previo (el 22% había aprobado todo). Habían repetido 1,57 cursos de media.
 - El 65% no hacía deporte.

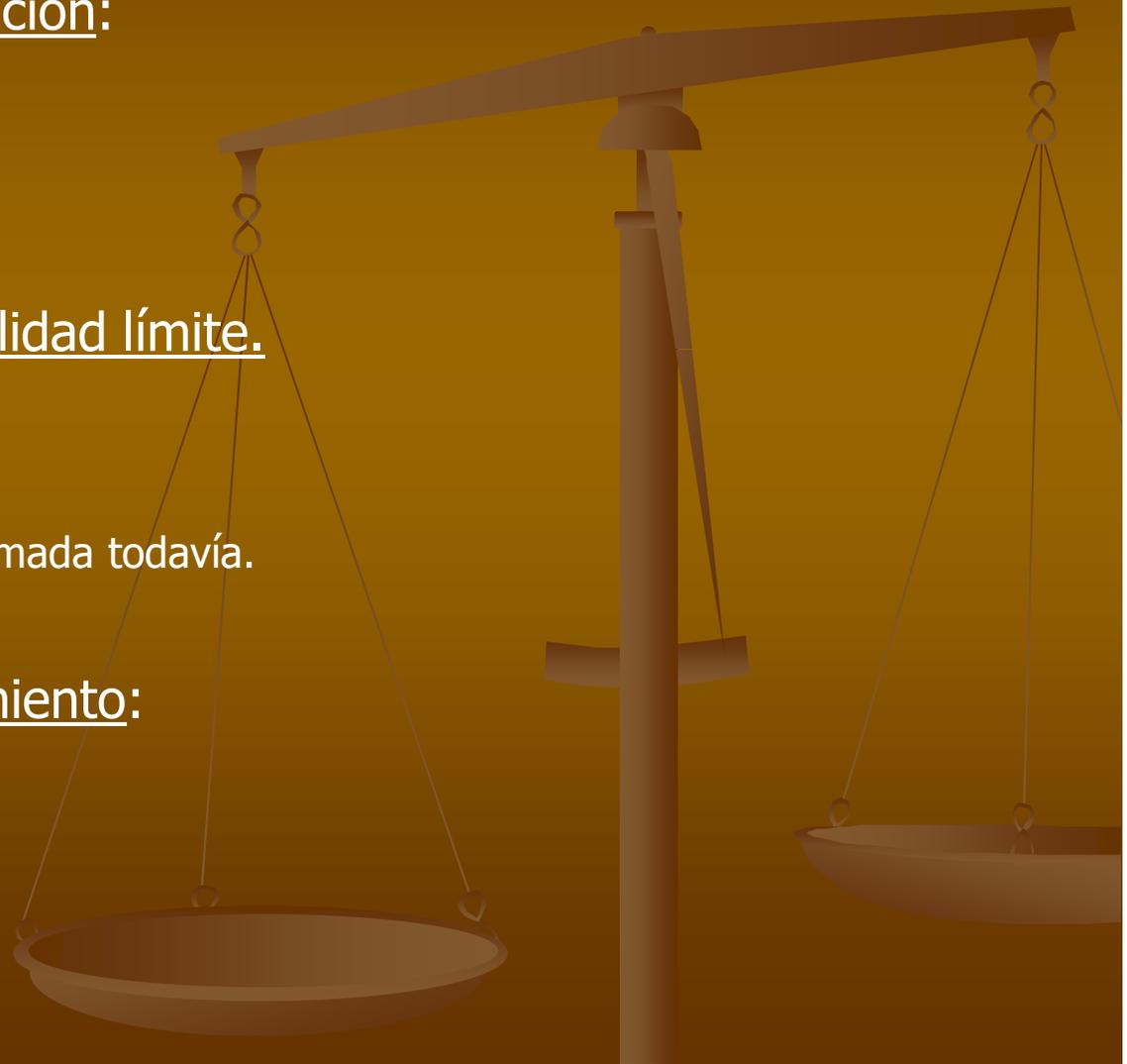
- 
- 10 /14 cumplieron criterios para trastornos afectivos:
 - 2 leves
 - 4 moderados
 - 1 distimia
 - 2 disocial depresivo
 - 6 pacientes TDAH, 4 hiperactivos disociales.
 - Tóxicos:
 - 3 dependencia de alcohol
 - 3 dependencia cannbis
 - 1 multiples tóxicos (alcohol, coca, cannabis).

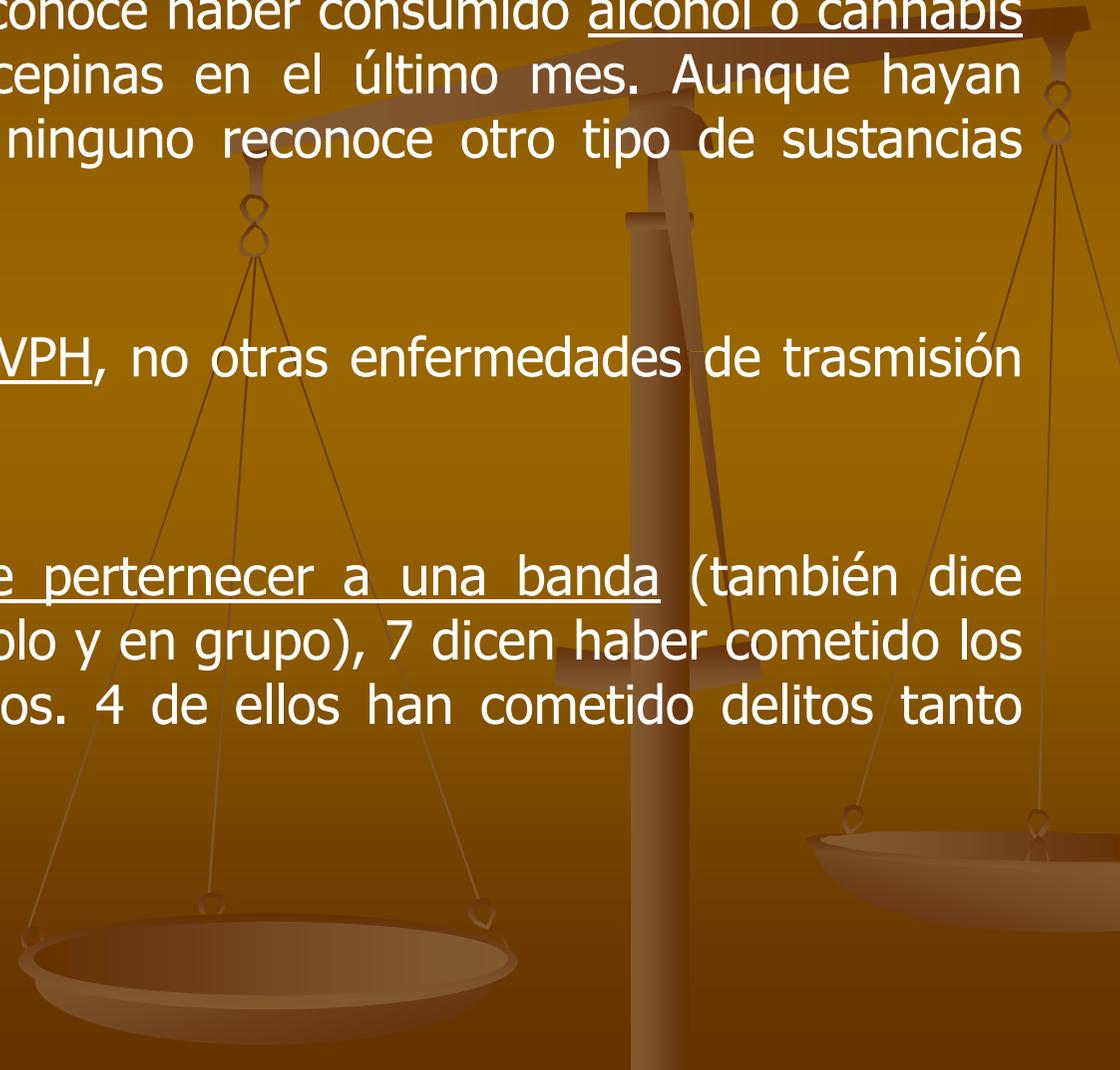
- Trastornos de la alimentación:
 - 1 anorexia nerviosa
 - 1 bulimia nerviosa
 - 1 TCA N/E

- 4 trastorno de la personalidad límite.

- 1 retraso mental leve.
 - Sospecha de otro no confirmada todavía.

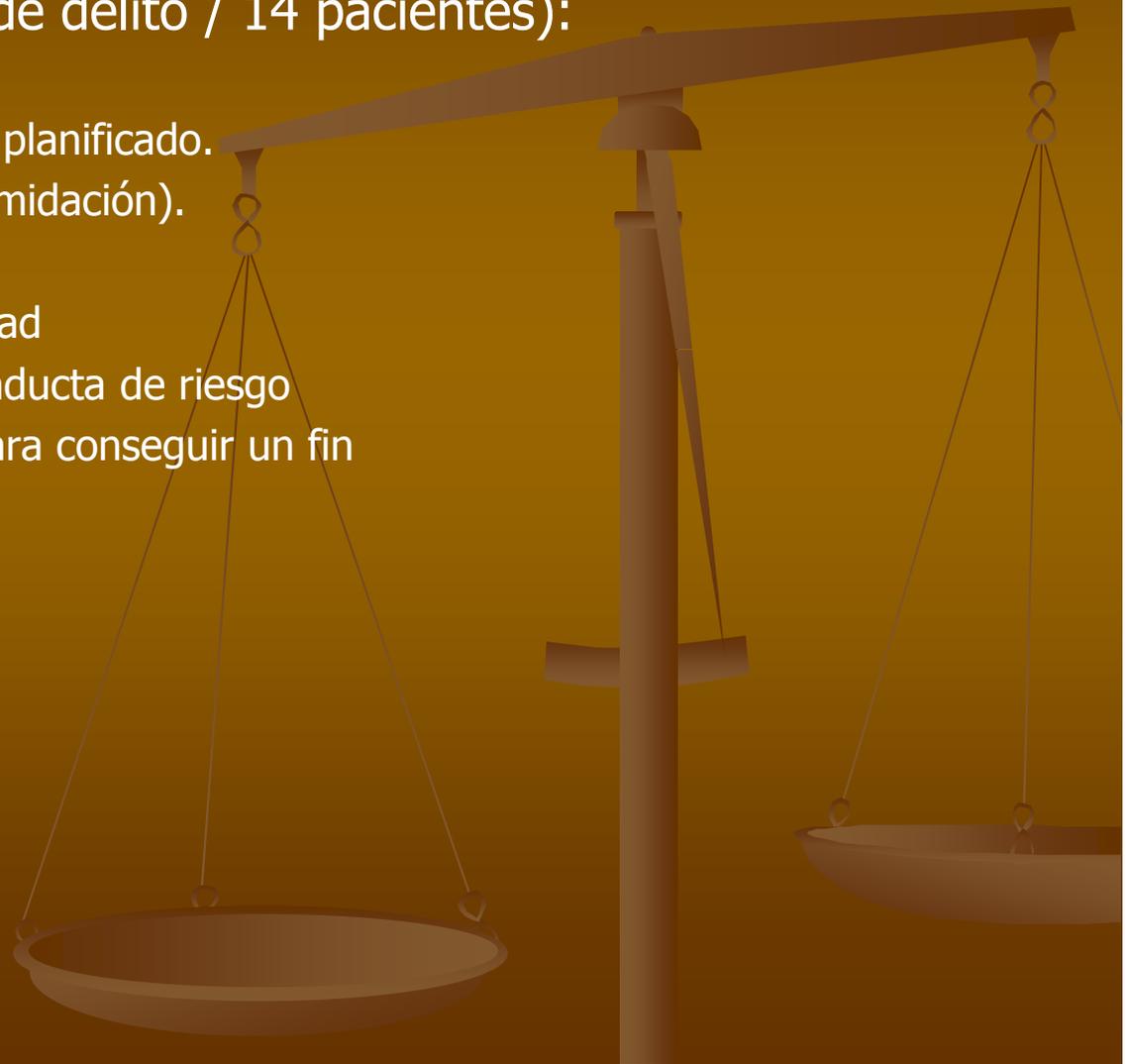
- Trastornos de comportamiento:
 - 2 negativistas desafiantes.
 - 4 hiperactivos disociales.
 - 2 disociales depresivos.



- 
- Alrededor de la mitad reconoce haber consumido alcohol o cannabis y en un caso benzodiazepinas en el último mes. Aunque hayan consumido previamente ninguno reconoce otro tipo de sustancias en este periodo.
 - Solo una paciente tenía VPH, no otras enfermedades de transmisión sexual.
 - Solamente uno reconoce pertenecer a una banda (también dice haber cometido delitos solo y en grupo), 7 dicen haber cometido los delitos en grupo, 11 solos. 4 de ellos han cometido delitos tanto solos como en grupo.

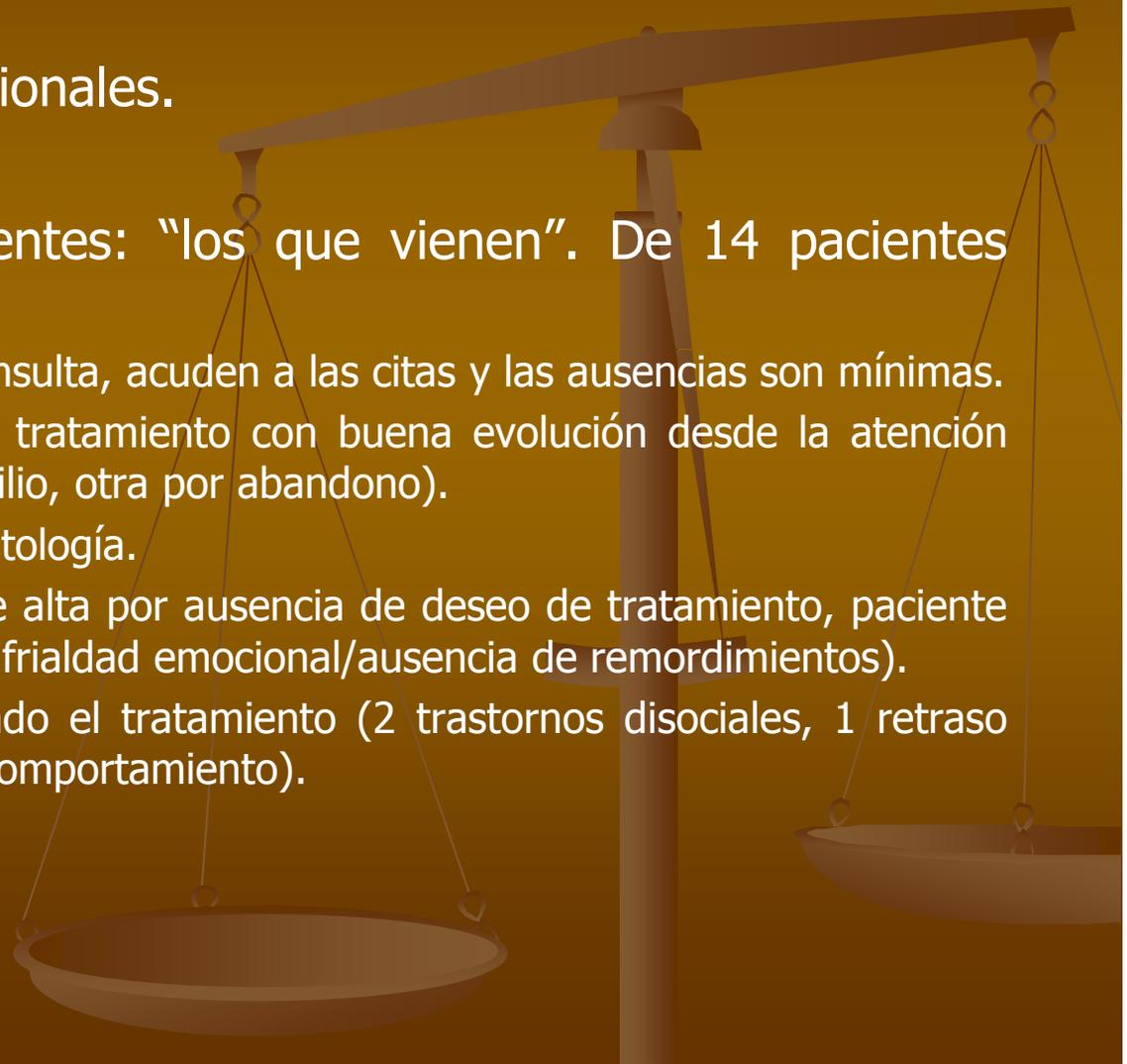
■ Tipos de delito (24 tipos de delito / 14 pacientes):

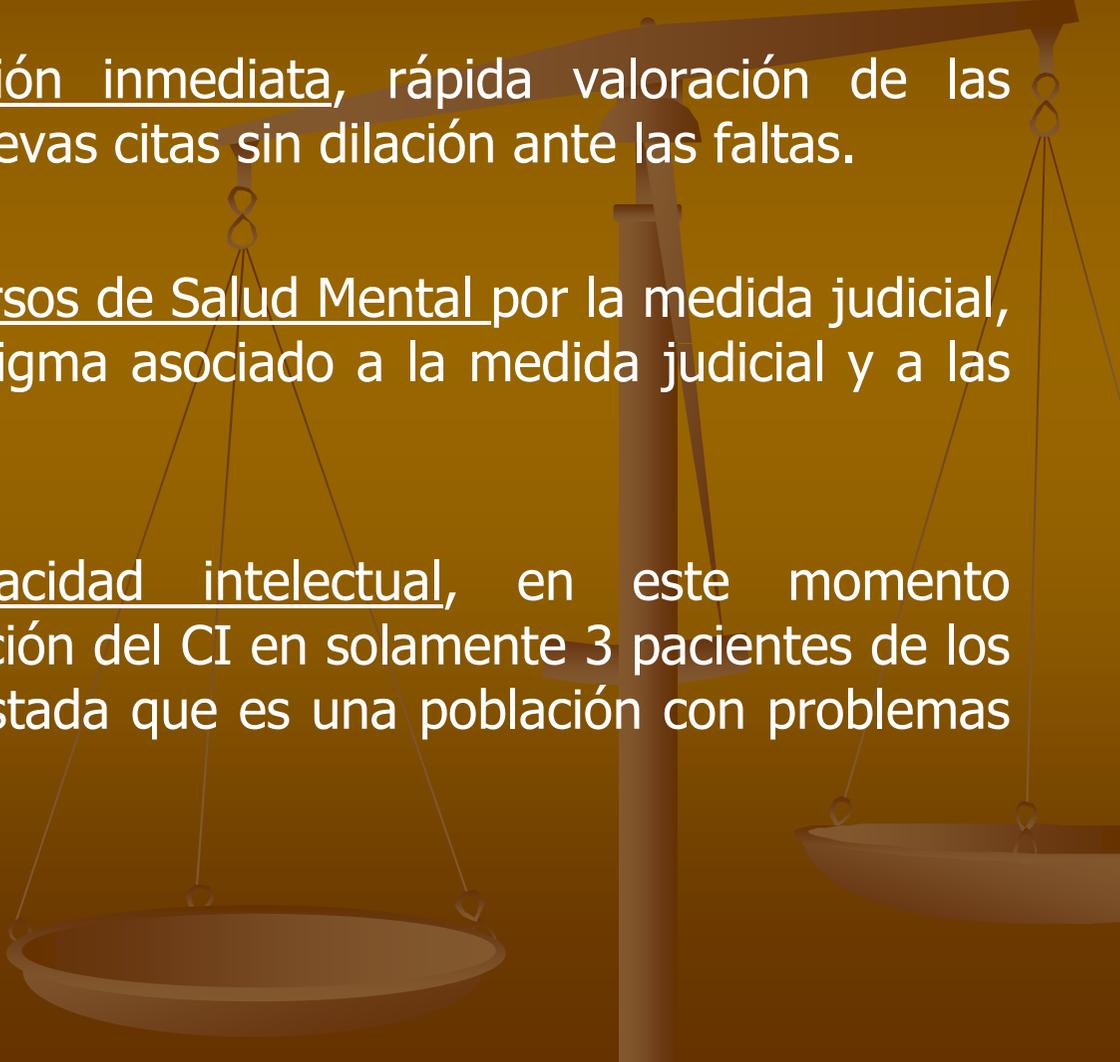
- 6 peleas o daño a otros no planificado.
- 10 robo (4 de ellos con intimidación).
- 5 violencia ascendente.
- 1 destrucción de la propiedad
- 1 Daño por accidente o conducta de riesgo
- 1 Daño a otras personas para conseguir un fin



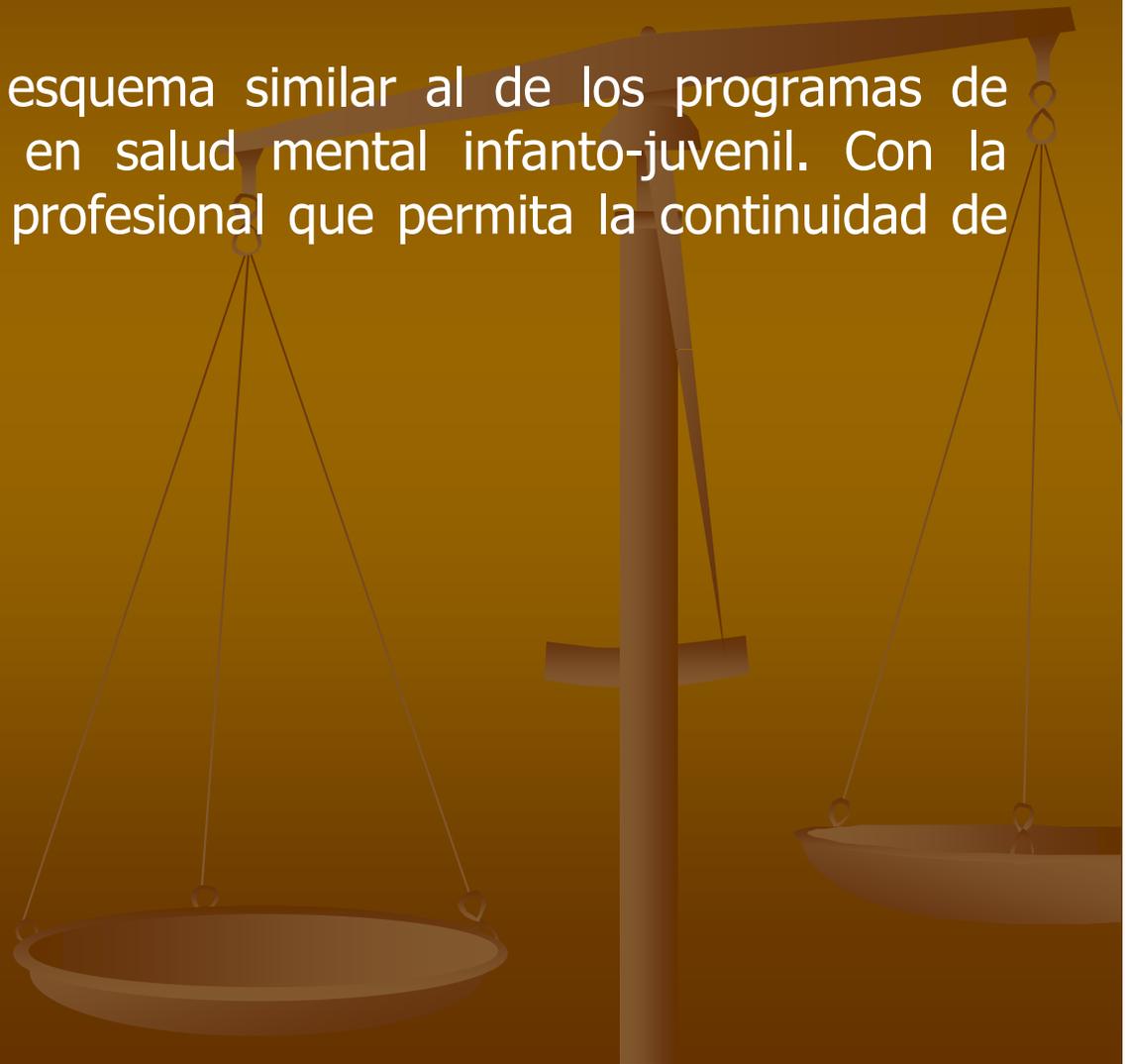
Conclusiones

- Satisfacción de los profesionales.
- Satisfacción de los pacientes: “los que vienen”. De 14 pacientes atendidos:
 - 8 siguen en activo en la consulta, acuden a las citas y las ausencias son mínimas.
 - 2 pacientes han concluido tratamiento con buena evolución desde la atención (uno por traslado de domicilio, otra por abandono).
 - 1 paciente no tenía psicopatología.
 - 1 paciente ha sido dado de alta por ausencia de deseo de tratamiento, paciente con rasgos psicopáticos de frialdad emocional/ausencia de remordimientos).
 - 3 pacientes han abandonado el tratamiento (2 trastornos disociales, 1 retraso mental con problemas de comportamiento).



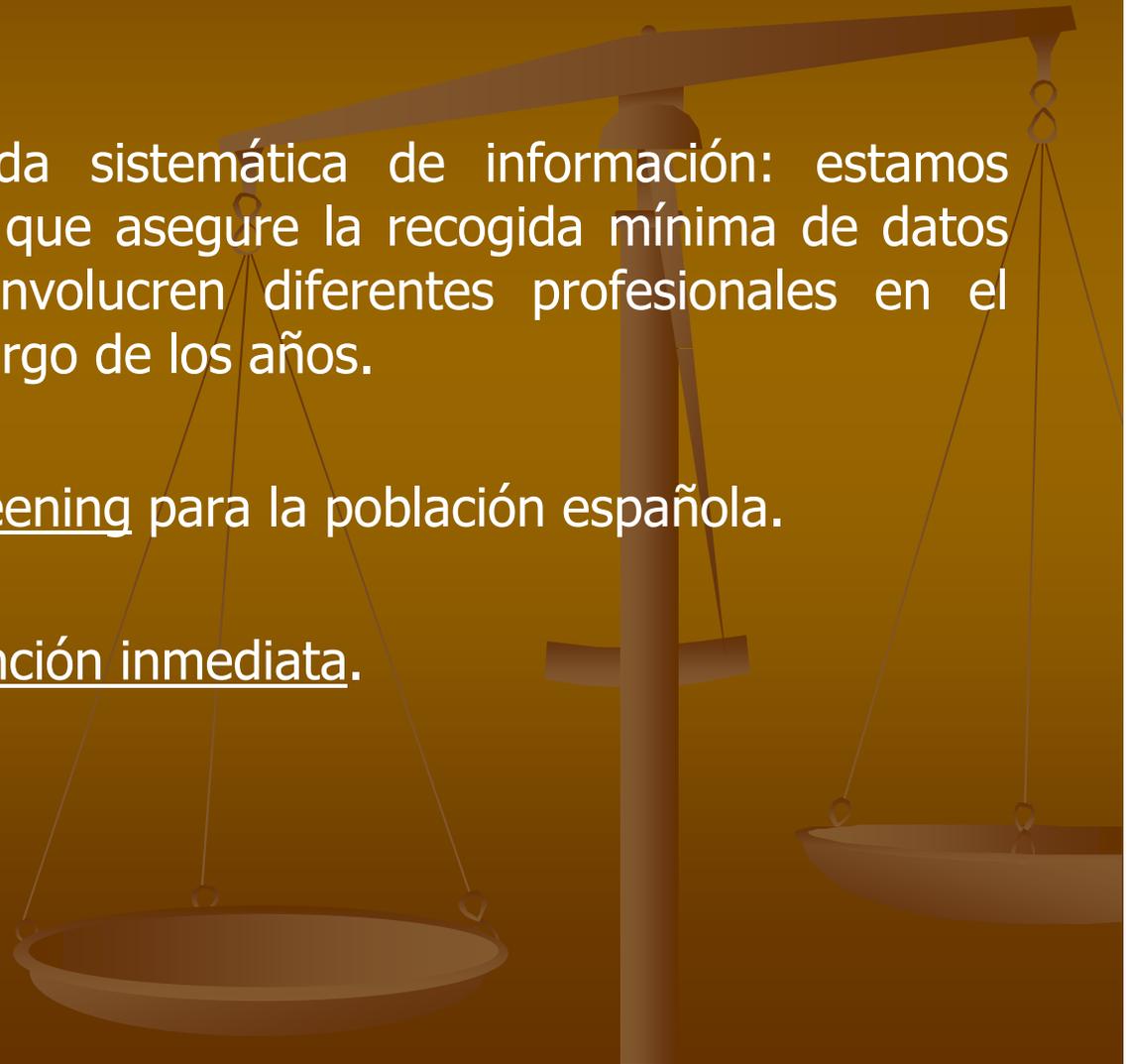
- 
- Es importante la atención inmediata, rápida valoración de las primeras entrevistas y nuevas citas sin dilación ante las faltas.
 - Dificultad en uso de recursos de Salud Mental por la medida judicial, pensamos que por el estigma asociado a la medida judicial y a las conductas delictivas.
 - Valoración de la capacidad intelectual, en este momento disponemos de la estimación del CI en solamente 3 pacientes de los 14 y es evidencia contrastada que es una población con problemas cognitivos frecuentes.

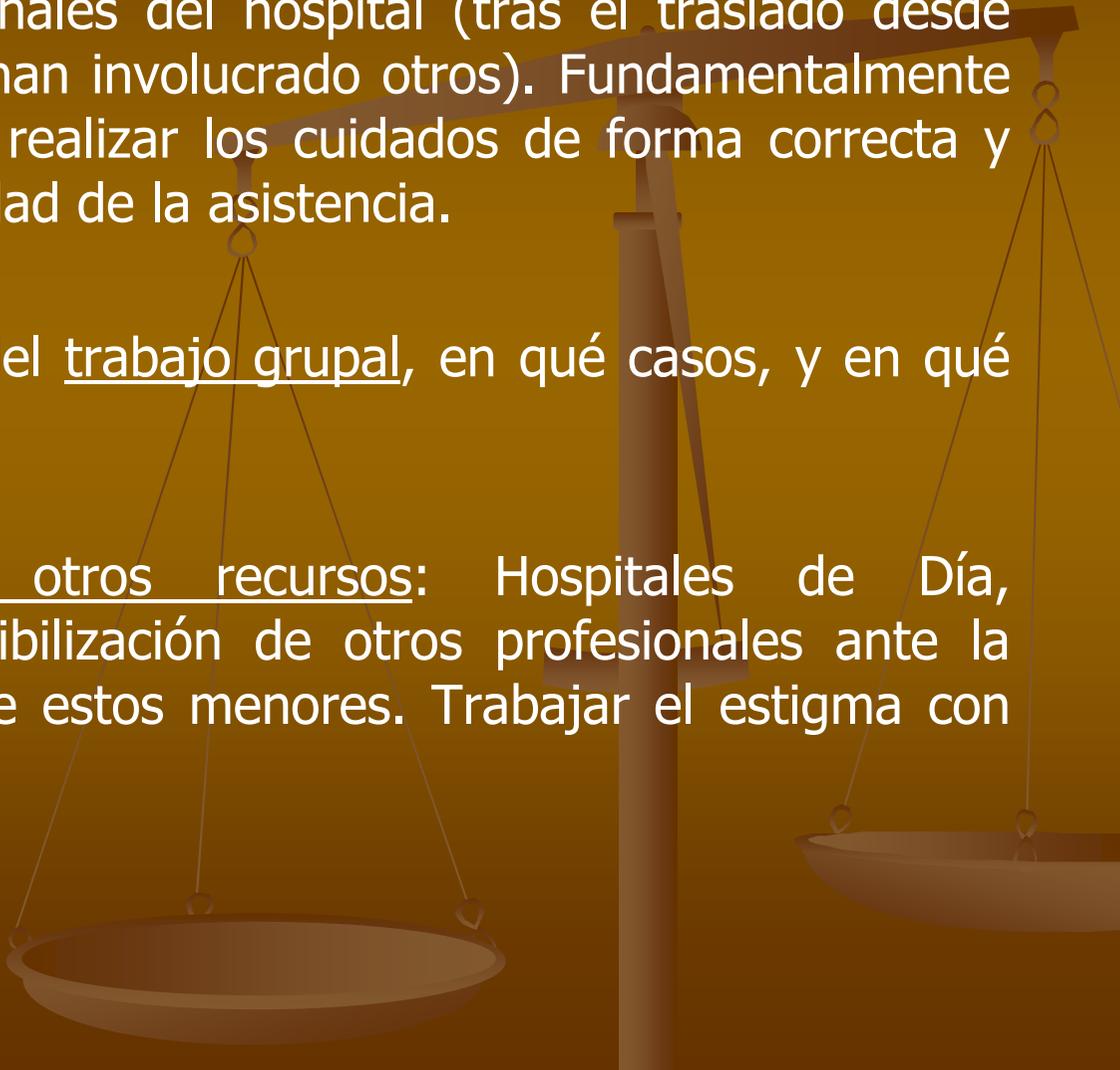
- Atención basada en un esquema similar al de los programas de Trastorno Mental Grave en salud mental infanto-juvenil. Con la gestión de casos por un profesional que permita la continuidad de tratamientos.



Intenciones futuras

- Para mejorar la recogida sistemática de información: estamos elaborando una plantilla que asegure la recogida mínima de datos necesarios aunque se involucren diferentes profesionales en el mismo momento o a lo largo de los años.
- Desarrollo de test de screening para la población española.
- Persistir y mejorar la atención inmediata.



- 
- Involucrar otros profesionales del hospital (tras el traslado desde CSM Carabanchel no se han involucrado otros). Fundamentalmente enfermería, que permita realizar los cuidados de forma correcta y que apoyo en la continuidad de la asistencia.
 - Valorar la conveniencia del trabajo grupal, en qué casos, y en qué circunstancias.
 - Mejorar derivación a otros recursos: Hospitales de Día, fundamentalmente. Sensibilización de otros profesionales ante la necesidad de atención de estos menores. Trabajar el estigma con ellos.

Pediatra
Médico AP

Unidades de internamiento breve:
HGUGM: desde los 12 años.
HNJ: hasta los 11 años y desde los 12 años.

Unidad de Media Estancia

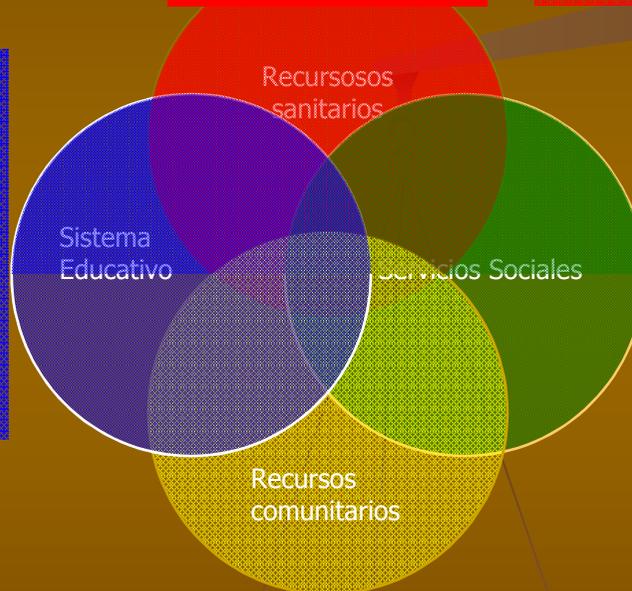
Centro de Salud Mental
Equipo Multidisciplinar:
-Psiquiatra
-Psicólogo Clínico
-Enfermería
-Trabajo Social

Hospital de Día:
Unidad Infantil 6-11
Unidad de Adolescentes 12-17
Hospital de Día del HNJ:
Hasta los 5 años, para TGD.
Trastornos de conducta alimentaria

Colegios Ordinarios
Colegios Ed. Especial

EOEP
At. Temprana

Audición y Lenguaje



Asociaciones
Fundaciones (Semilla, Tomillo...)
Ocio
Parroquias

Trabajador Social de Zona.
CAF (vocales permanentes por ley, de Ed., SS, MI, Salud...).

Comisión de Tutela: órgano que decide acerca de la protección de los menores.

Mesa del Menor: "ETMF" Equipo de Trabajo del Menor y la Familia".

CAI
Centro Apoyo Familia
Residencias
Residencias terapéuticas

Agencia para la Reeduación y Reinserción del Menor Infractor



jorge.vidal@salud.madrid.org



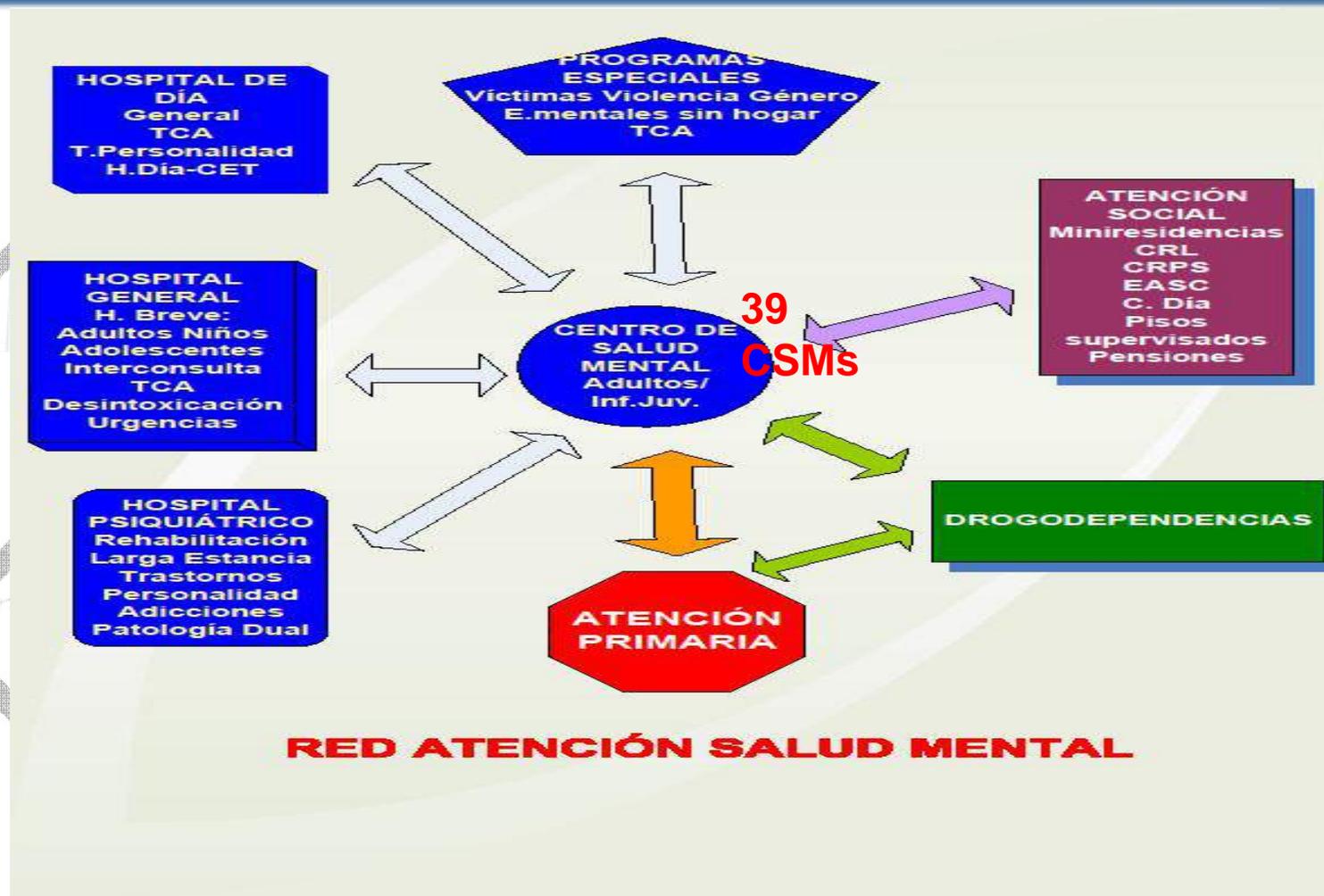
“La organización de la atención en Salud Mental en la Comunidad de Madrid”

Mercedes Navío Acosta
Coordinadora Asistencial.
Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.
Servicio Madrileño de Salud
Máster en Psiquiatría Legal y en Bioética
Prof.Asociada.CC Salud.UCM



Servicio Madrileño de Salud

 **Comunidad de Madrid**

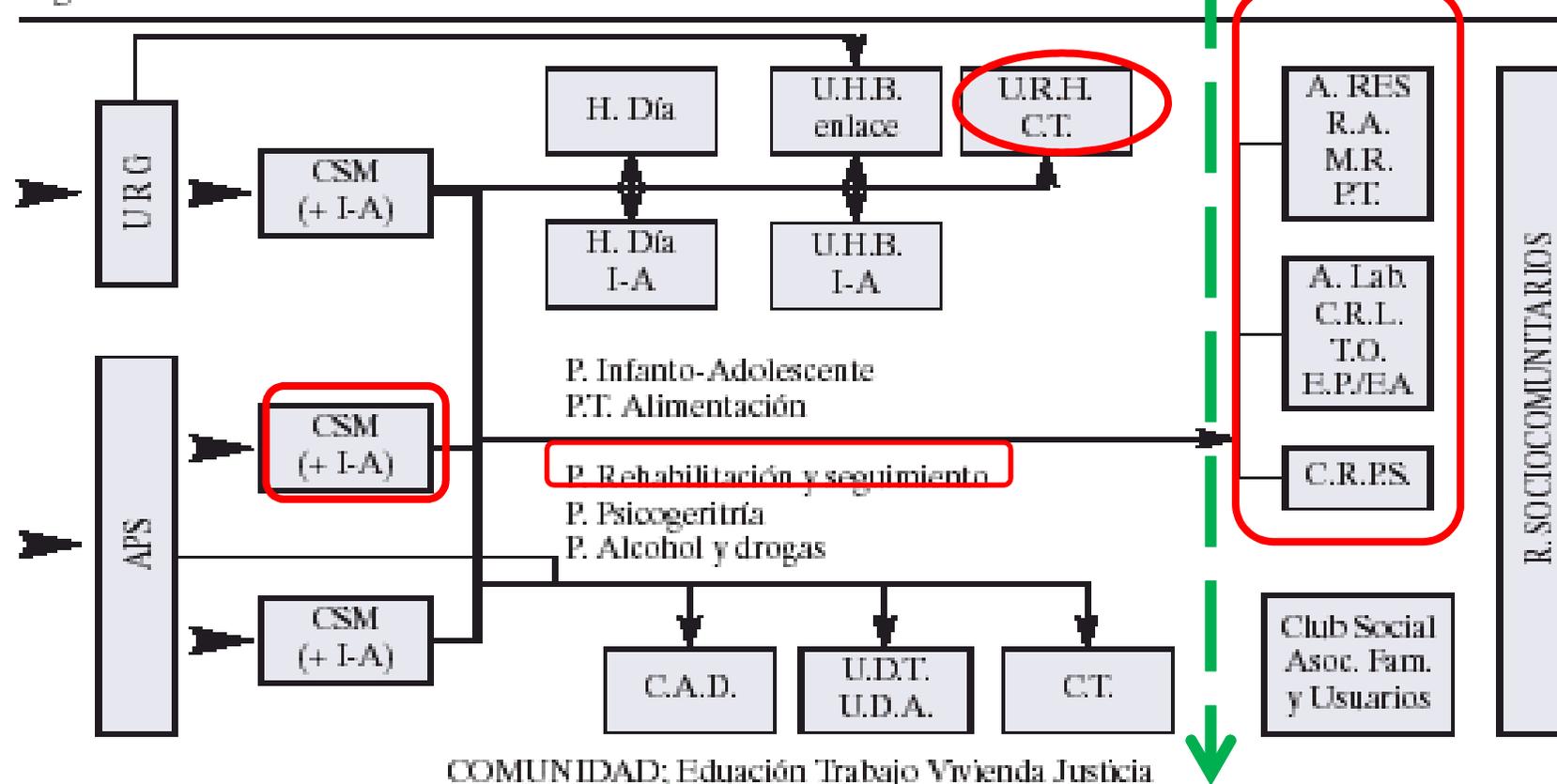


ATENCIÓN SANITARIA A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y DURADERA

El trabajo en equipo multidisciplinar en todos los dispositivos y recursos: psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeras especialistas en Salud Mental, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales.

En trabajo en Red

Figura 1. Red de Salud Mental de un Área Sanitaria



APS: Atención primaria de salud; CSM: Centro de Salud Mental; I-A: Infanto adolescente; UHB: Unidad Hospitalización Breve; URH: Unidad de Rehabilitación Hospitalaria; CT: Comunidad Terapéutica; CAD: Centro de Atención a Drogodependencias; ARes: Alternativas Residenciales; RA: Residencia Asistida; MR: Miniresidencia; PT: Pisos Tutelados; Alab.: Alternativas Laborales; CRL: Centro de Rehabilitación Laboral; TO: Talleres Ocupacionales; EP: Empleo Protegido; EA: Empleo con Apoyo; CRPS: Centro de Rehabilitación Psicosocial o Centro de Día

NIVELES

ESTRATÉGICO

**COMISIÓN TÉCNICO-DIRECTIVA DE SEGUIMIENTO
SANIDAD (OFICINA REGIONAL DE COORD DE SALUD
MENTAL) – D. G. de SERVICIOS SOCIALES (RED DE
ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENF MENTAL)**

- Planificación
- Cuestiones generales
- Dificultades de otros niveles

TÁCTICO

**COMISIONES DE REHABILITACIÓN
(nivel técnico-territorial)**
**Repres Rehab y Cont. Cuidados de los SSM de los Dtos
Y OTROS REC SM – Recursos RED AT. SOCIAL**

- Coordinación general territorial del conjunto de recursos de atención sociosanitaria

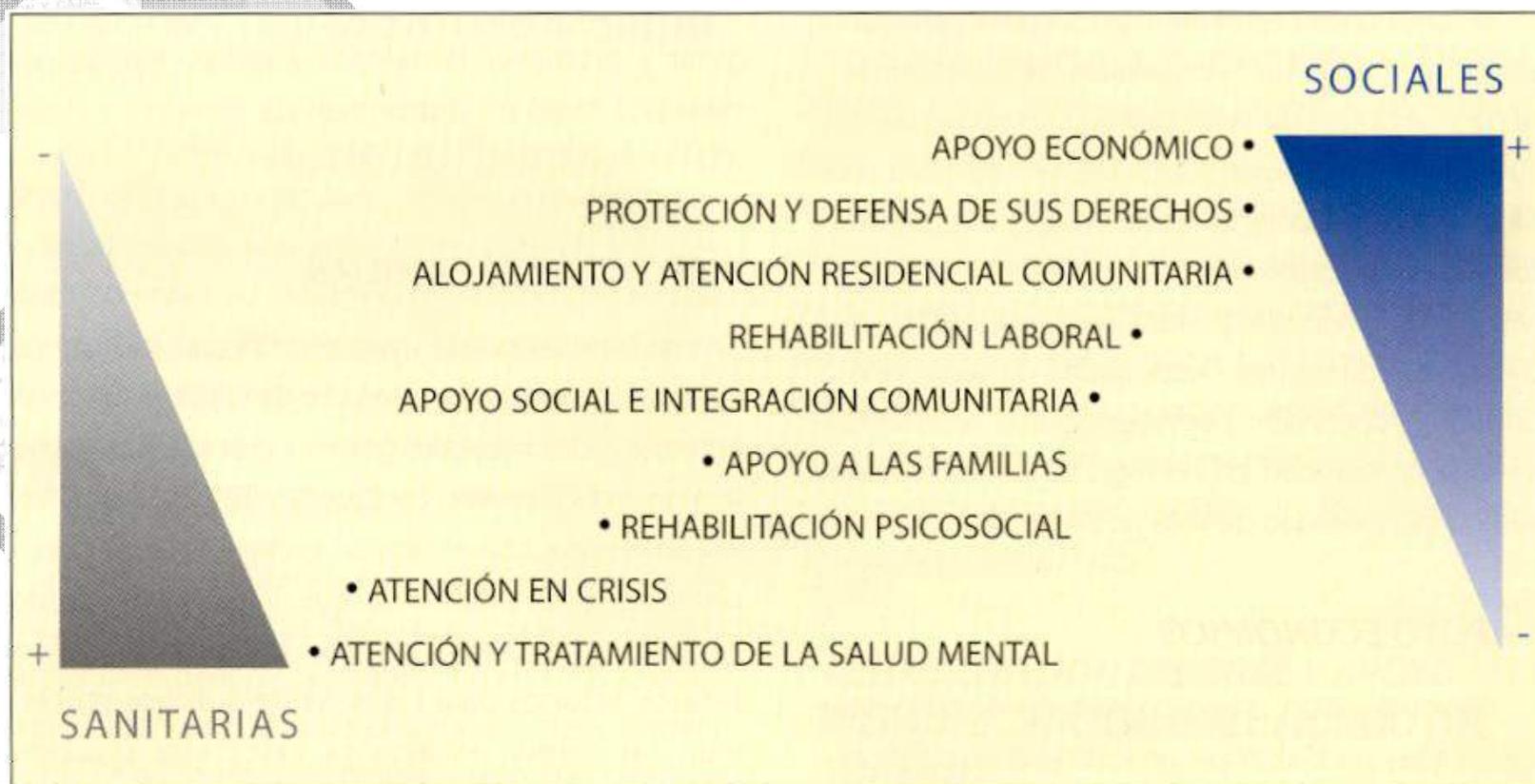
OPERATIVO

COMISIÓN DE DISTRITO
**SSM DE CADA DISTRITO –Prog Cont. cuidados –
Recursos RED AT SOCIAL Distrito**

DERIVACIÓN Y
SEGUIMIENTO
DE CASOS

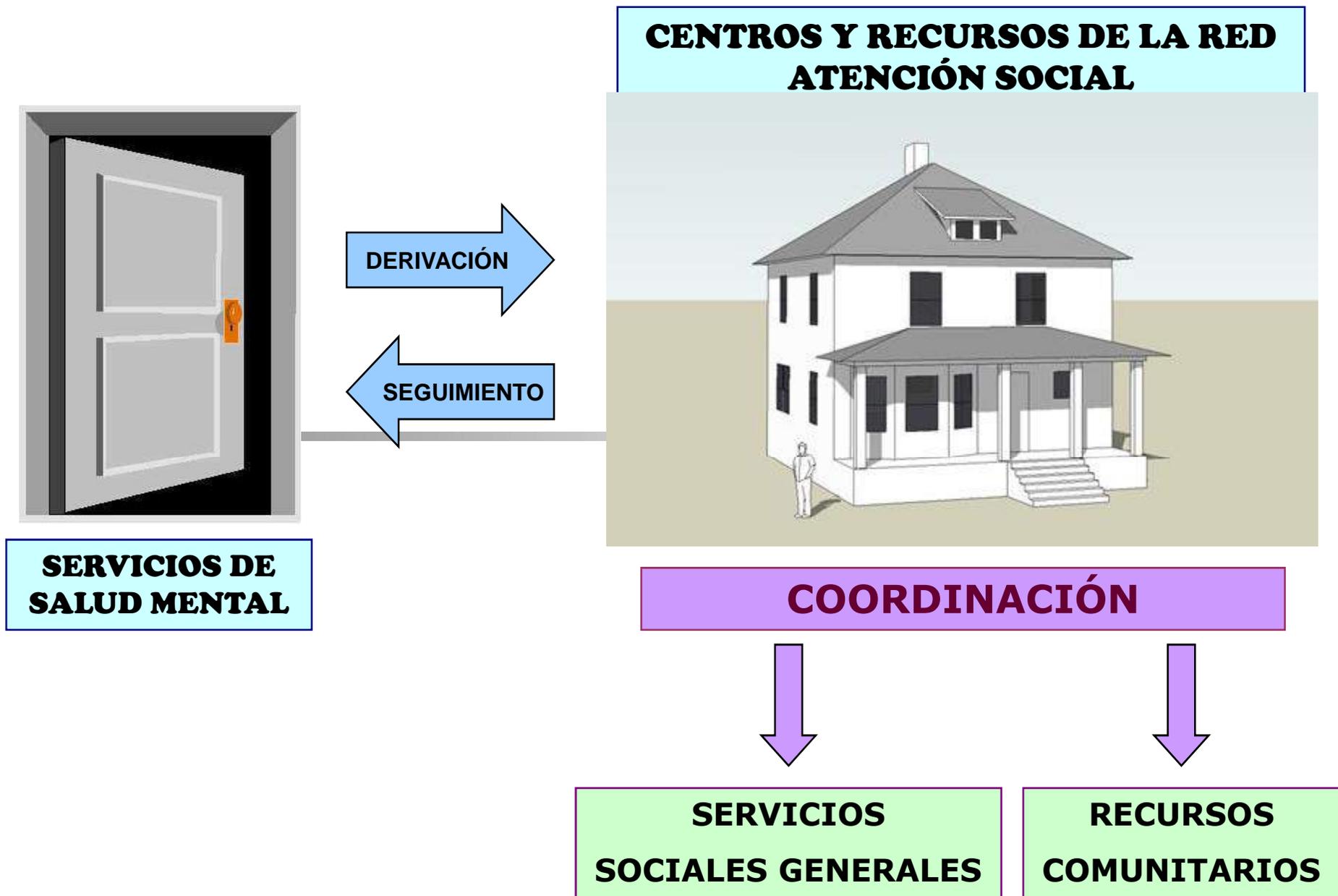
- Coordinaciones puntuales profesional – profesional
- Coordinación más estrecha en los EASC como complemento social a los programas de C. de C.

NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE y CRÓNICO

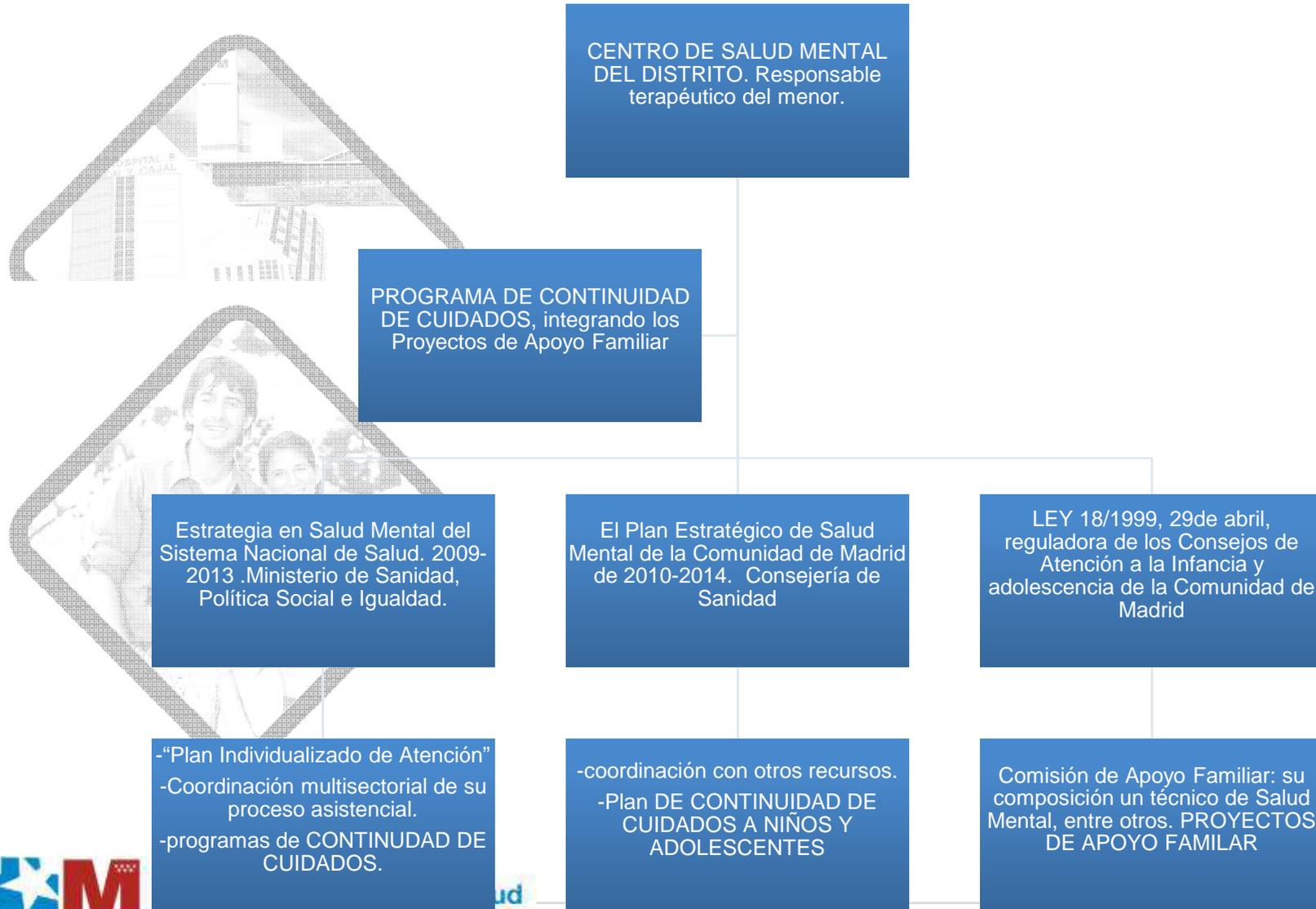


PROGRAMA DE REHABILITACIÓN Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL: COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO

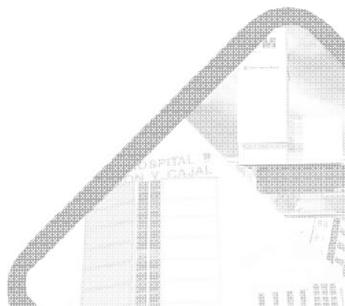




...ATENCIÓN INFANTO-JUVENIL



- Coordinación con otros dispositivos de la red de salud mental implicados en el proceso (Unidad de hospitalización, hospital de día, equipos de atención a adultos...)
- Coordinación con Atención Primaria, con Servicios Sociales, Educación, Justicia, Instituto Madrileño de la Familia y el Menor o cualesquiera que se precise.
- Participación en los Consejos Locales de los distritos cuyos acuerdos son vinculantes y en las comisiones que se precisen (Equipo de trabajo con menores y familia (ETMF), Absentismo, Comisión de Apoyo Familiar, otras...)



CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN EL PROGRAMA INFANTO-JUVENIL

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

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

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos			
Fecha de nacimiento	Lugar	Teléfono 1	Teléfono 2
Dirección		D.N.I./Tarjeta de Residencia	
Localidad		Nombre de los padres y/o tutor que ejerza la guarda y patria potestad :	

DATOS ASISTENCIALES

PSIQUIATRA		PSICÓLOGO	
Trabajador Social	Enfermero	Otros	
Servicios Sociales	Trabajador Social	Teléfono	
Centro de Salud	Pediatra o Médico A. P.	Teléfono	
Educador Social			
Otros profesionales relevantes:			

DATOS SOCIO FAMILIARES

Estado civil de los padres	Estudios de los padres	Profesión de los padres
----------------------------	------------------------	-------------------------

OTRAS PERSONAS RELEVANTES DE CONTACTO			

**8000
pacientes
incluidos
en PCC.**

- PEDIATRAS
- M.A.P
- ESPECIALISTAS

- SALUD MENTAL: C.S.M. ADULTOS
- HOSPITAL DE DÍA
- UNIDAD DE ADOLESCENTES H.U.G.M
- HOSPITAL NIÑO JESUS

- SISTEMA JUDICIAL
- JUZGADOS DE FAMILIA
- FISCALIA DEL MENOR
- ARRIMI

- ATENCIÓN TEMPRANA
- E.O.E.P
- ORIENTADORES
- COLEGIOS
- ABSENTISMO

PSIQUIATRA / PSICÓLOGO

- TRATAMIENTO INDIVIDUAL
- TERAPIA PADRES, HERMANOS
- INTERVENCIONES FAMILIARES

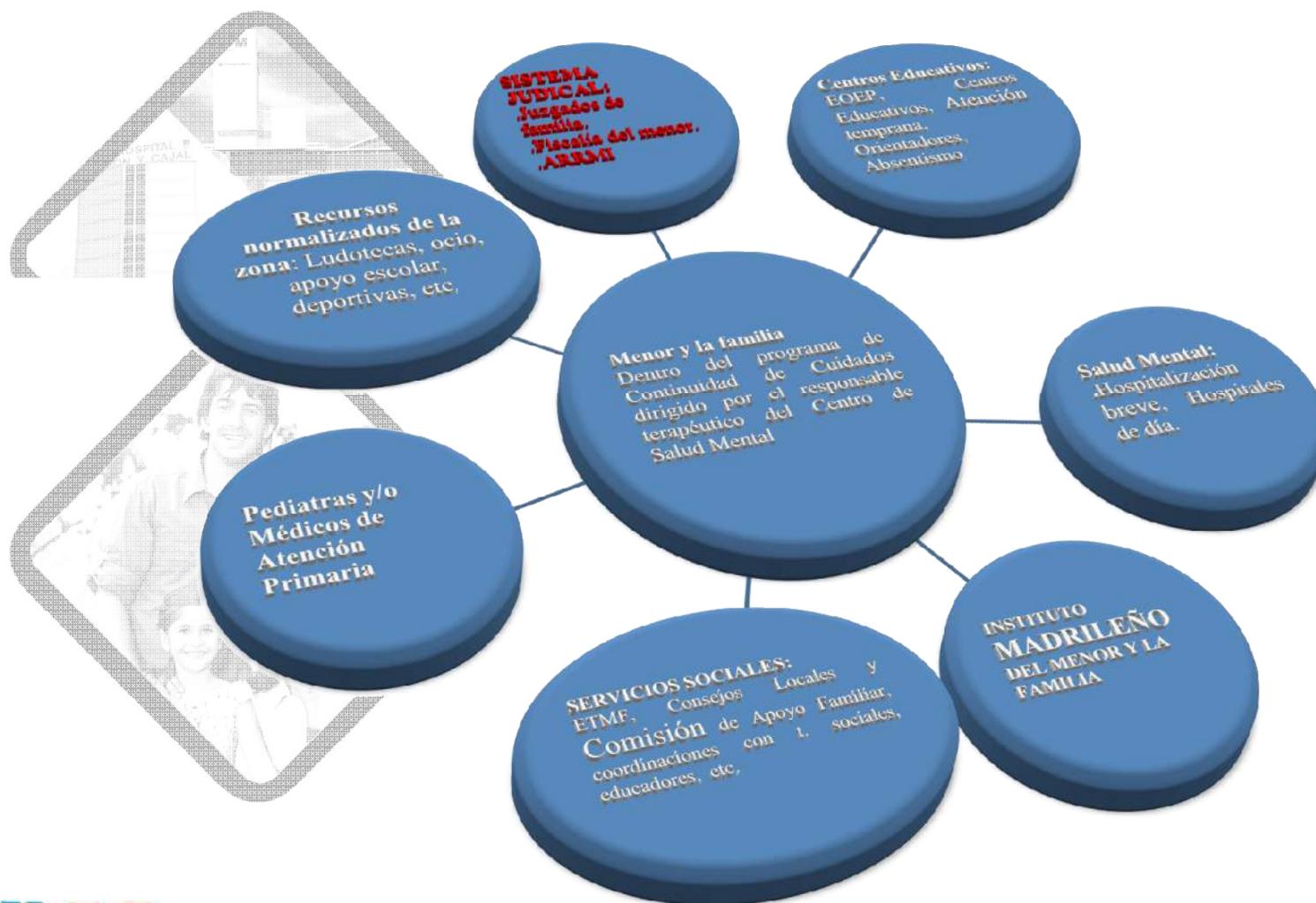
TRABAJADOR SOCIAL

- COORDINADOR
- ANÁLISIS DE NECESIDADES Y BÚSQUEDA DE RECURSOS
- VISITAS A DOMICIO Y A LOS RECURSOS

- SERVICIOS SOCIALES
- EDUCADORES
- E.T.M.F
- C.A.I
- C.A.F

INSTITUTO MADRILEÑO DEL
MENOR Y LA FAMILIA

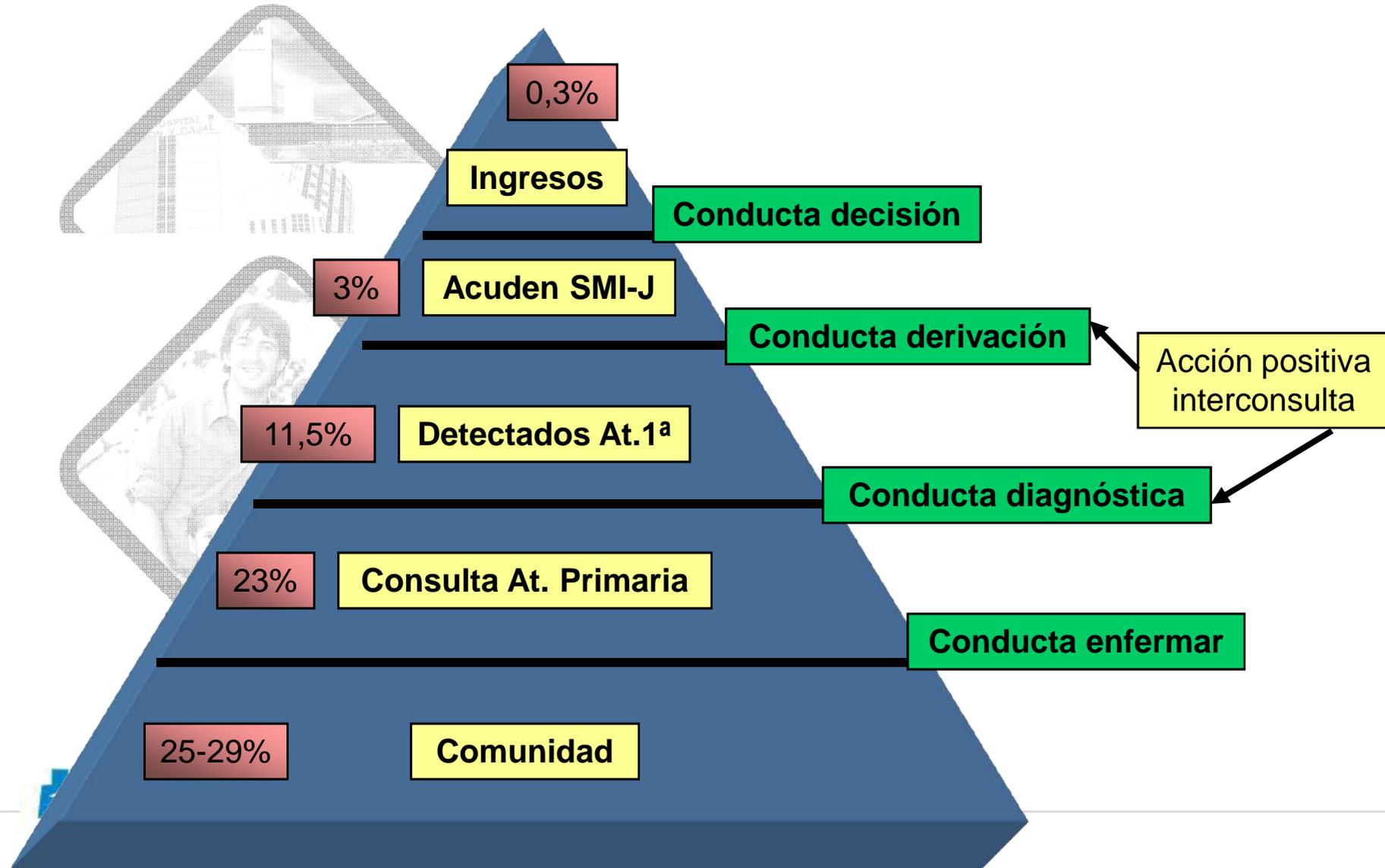
- RECURSOS NORMALIZADOS
- APOYO ESCOLAR
- LUDOTECA
- ESCUELA DE PADRES





Recomendaciones para el Programa de Continuidad de Cuidados de Niños y Adolescentes

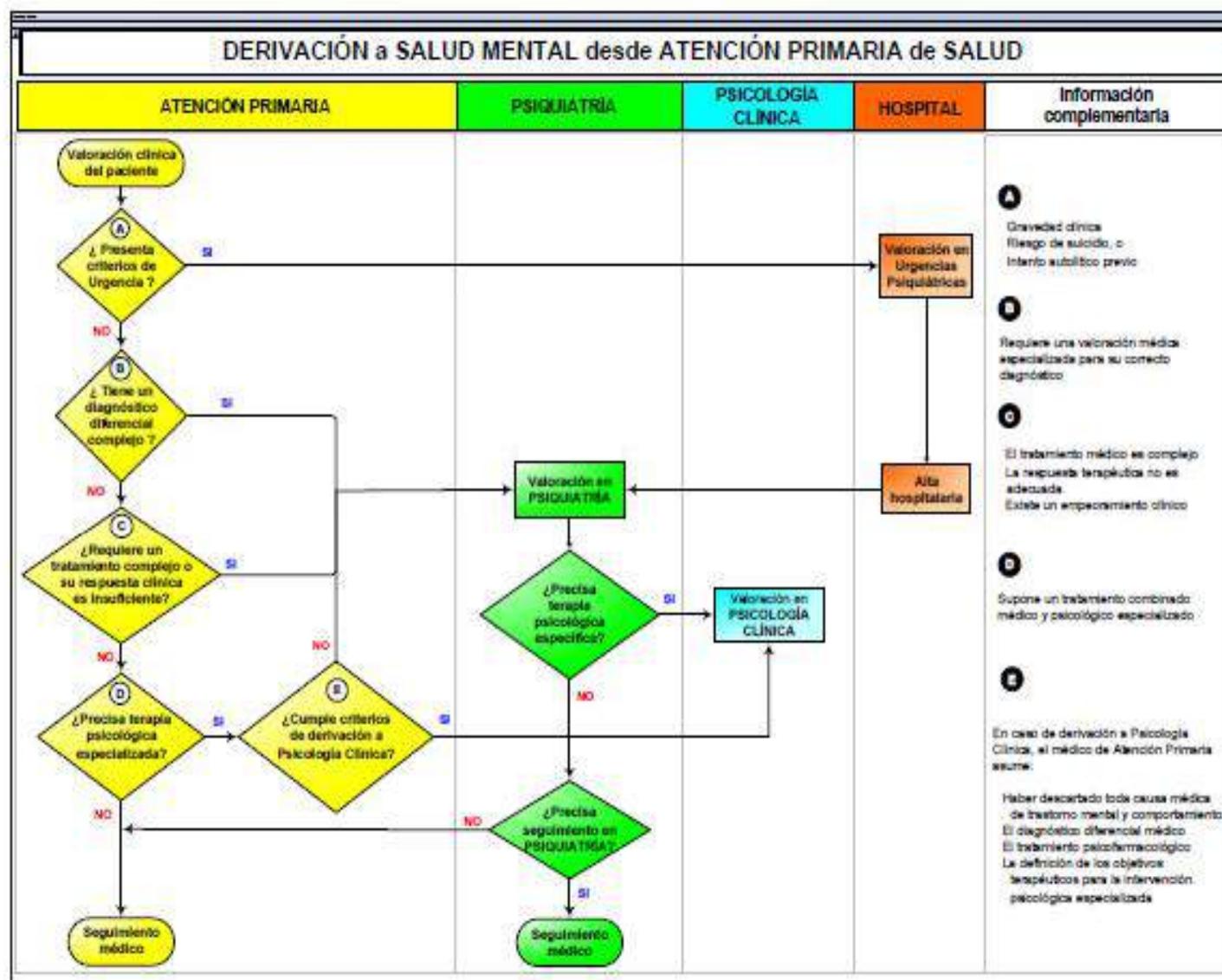
Una propuesta de trabajo en los equipos de Salud Mental Infanto- Juvenil



No son criterios de derivación a Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil los siguientes:



- **Trastornos del aprendizaje y bajo rendimiento escolar, descartada patología orgánica o trastorno psiquiátrico grave, SE DEBE DERIVAR A: Equipos Psicopedagógicos (EOEP, EAT si menor de 6 años)**
- **Disfunciones familiares leves. SE DEBE DERIVAR A: Servicios Sociales de apoyo a la familia (CAF, Ayuntamiento)**
- **Trastornos del lenguaje, descartada patología orgánica o trastorno psiquiátrico grave, SE DEBE DERIVAR A: Equipos Psicopedagógicos (EOEP, EAT si menor de 6 años)**
- **Valoración del nivel intelectual SE DEBE DERIVAR A: Equipos Psicopedagógicos (EOEP, EAT si menor de 6 años, Centros Base)**



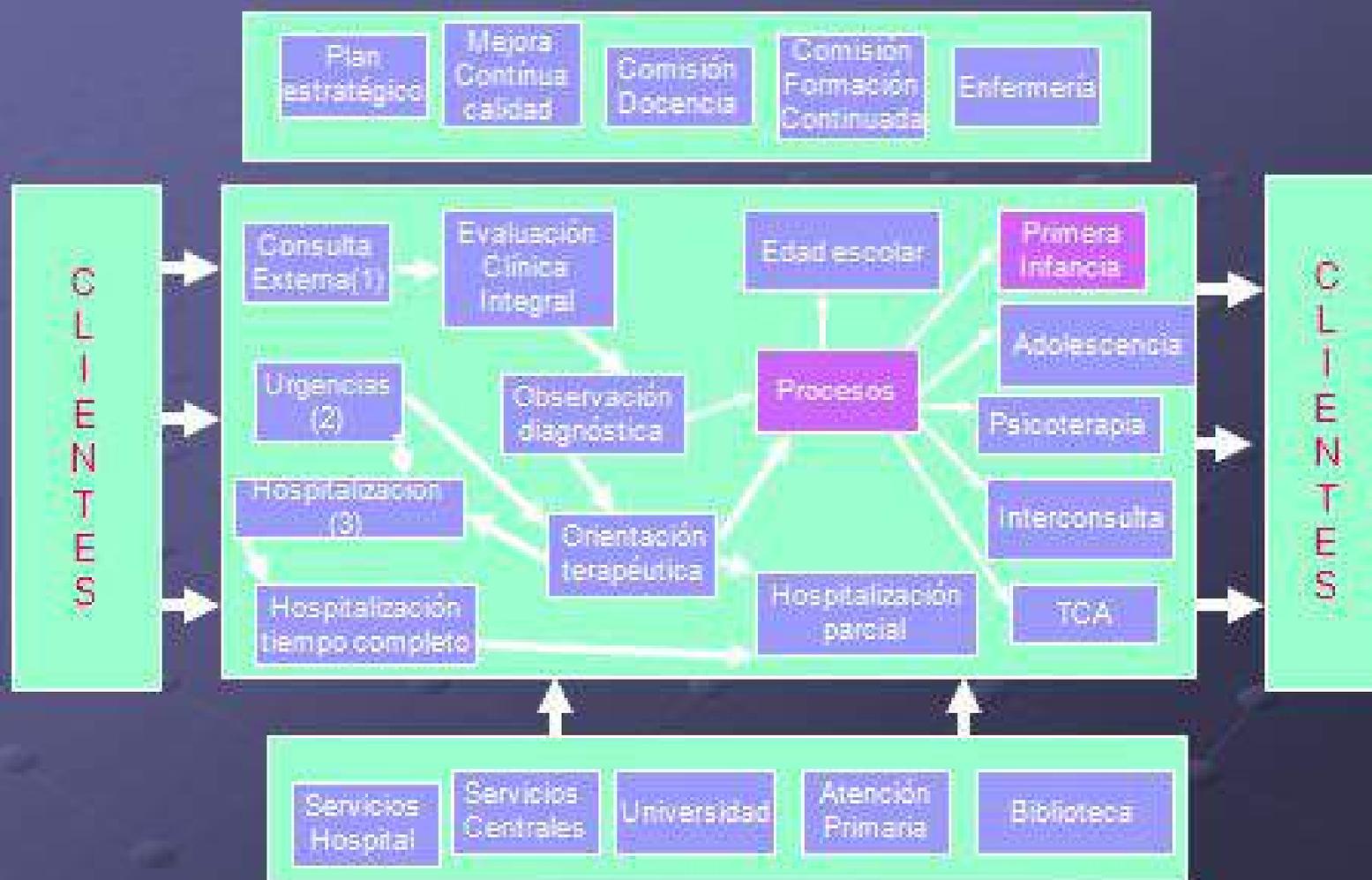
INCREMENTO ANUAL ACTIVIDAD AMBULATORIA

APROX 10%



CONSULTAS PRIMERAS			INDICE SUCESIVAS PRIMERAS	CONSULTAS TOTALES
Acumulado 2013	Cierre 2012	% 2013/2012		
111.096	99.736	11,4	4,54	615.868

Servicio Psiquiatría infancia y adolescencia



INGRESOS HOSPITALARIOS EN HINJ Y HGM



DESCRIPCIÓN	2009	2010	2011	2012	2013	% 2009-2013
H. Infantil U. Niño Jesús	347	313	308	324	386	10 %
HGU. Gregorio Marañón	328	348	381	317	451	27 %
Totales	675	661	689	641	837	19 %

HOSPITALES	Nº camas	Ingresos urgentes	Ingresos programados	TOTALES
HGU. Gregorio Marañón 12 -17 años	20	283 em 13,6	84 em 17.5	367
HIU. Niño Jesús 0 – 12 años / 12 – 18 años	19	242	144	386
	39	525	228	753



HOSPITALES DE DÍA-CET



		Casos derivados 2012	Casos derivados 2013
Hospital de Día Infanto juvenil / CET	nº Plazas		
Vallecas/H.INFANTA LEONOR	25	40	44
Alcalá/H.U.PRINCIPE ASTURIAS	20	36	30
Pradera S.Isidro Carabanchel/Concertado	20 niños y 20 adolescentes	76	77
San Agustín Leganés/Concertado	15 niños y 15 adolescentes	40	37
Hortaleza/Concertado	15 niños y 15 adolescentes	54	62
TOTAL	145	246	250



...DE NUEVA CREACIÓN



**“UNIDAD HOSPITALARIA DE
TRATAMIENTO Y
REHABILITACIÓN PARA
ADOLESCENTES CON
TRASTORNO MENTAL GRAVE”**



Servicio Madrileño de Salud

 Comunidad de Madrid

...PROYECTO PILOTO



**“UNIDAD DE ATENCIÓN
TEMPRANA” EN
COLABORACIÓN CON
FUNDACIÓN MANANTIAL**



Servicio Madrileño de Salud

 Comunidad de Madrid

Trabajo en grupo



...TENIENDO EN CUENTA LA IMPRESCINDIBLE
CORRESPONSABILIDAD INTER E INTRAINSTITUCIONAL



CONSTRUYENDO REDES...



...TENDIENDO PUENTES



JORNADAS SALUD MENTAL Y JUSTICIA DE MENORES: REFLEXIÓN SOBRE UN MODELO INTEGRADOR

EL CASO DE ANTONIO

9 de Octubre de 2014



Agencia
de la Comunidad de Madrid
para la Reeduación y Reinserción
del Menor Infractor



Agencia
de la Comunidad de Madrid
para la Reeducación y Reinserción
del Menor Infractor



GINSO
ASOCIACION PARA LA GESTION
DE LA INTEGRACION SOCIAL



TERESA DE CALCUTA
Centro de Reeducación y Reinserción
de Menores Brea de Tajo, Madrid



ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS

UNIDAD DE SALU MENTAL TERESA DE CALCUTA

*ENCARGADA DE LA EJECUCIÓN DE LAS MEDIDAS
DERIVADAS DESDE LA ARMI DE INTERNAMIENTO
TERAPÉUTICOS POR SALUD MENTAL*

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR COMPUESTO POR:

- COORDINADOR MÉDICO
- PSIQUIATRA
- PSICÓLOGOS
- TRABAJADORES SOCIALES
- EDUCADORES TUTORES
- EDUCADORES
- MONITORES OCUPACIONALES Y MAESTROS DE TALLER
- PERSONAL DE APOYO



ASPECTOS RELEVANTES DEL CASO:

- VALORACIÓN IMPUTABILIDAD
- CRITERIOS DERIVACIÓN
- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
- PROTOCOLOS INTERVENCIÓN
- SELECCIÓN Y DERIVACIÓN RECURSOS EXTERNOS

PRESENTACIÓN DEL CASO



- Menor de 16 años y 4 meses.
- Ingresa en las dependencias de los Juzgados de Menores de Madrid en el año 2012.
- Presunto delito de abuso sexual a su hermano pequeño de 5 años.
- Tiene incoado otro expediente de reforma por presunto maltrato habitual hacia la madre (en tramitación).

MARCO LEGAL



Agencia
de la Comunidad de Madrid
para la Reeducación y Reinserción
del Menor Infractor

MARCO LEGAL



- Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores.
- Real Decreto 1774/2004, de 30 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 5/2000.
- Ley Orgánica 8/2006, de 4 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores.
- Circular 3/2013 de la Fiscalía General del Estado sobre los Criterios de Aplicación de las Medidas de Internamiento Terapéutico en el Sistema de Justicia Juvenil.

MARCO LEGAL

- Medidas terapéuticas: Cuando se detecten “anomalías o alteraciones psíquicas, un estado de dependencia de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o sustancias psicotrópicas, o alteraciones en la percepción que determinen una alteración grave de la realidad” (art. 7,1,d LORPM).
 - Internamiento terapéutico (en régimen cerrado, semiabierto y abierto).
 - Tratamiento ambulatorio.
- Aplicación de las medidas terapéuticas: Circular 3/2013 de la Fiscalía General del Estado sobre los Criterios de Aplicación de las Medidas de Internamiento Terapéutico en el Sistema de Justicia Juvenil.
 - En casos de inimputabilidad (art. 20 1º, 2º y 3º CP) sólo se pueden aplicar estas medidas a modo de medidas de seguridad en función de la peligrosidad o del riesgo de reincidencia (similares al internamiento en centro psiquiátrico o internamiento en centro de deshabitación en adultos). (Art.5 LORPM).
 - El internamiento terapéutico también se puede aplicar a menores que las necesiten aunque sean semi-imputables (art 21, 1º y 2º CP), pudiéndose combinar una medida de seguridad con una medida privativa de libertad.
 - Igualmente se podrá aplicar a “los menores que las necesiten, aunque su enfermedad o adicción no haya determinado un déficit de imputabilidad en los hechos realizados”.

MARCO LEGAL

IMPUTABILIDAD:

Capacidad para comprender el carácter ilícito de la conducta y actuar conforme a esa comprensión.



PELIGROSIDAD (Riesgo):

Pronostico de comportamiento futuro que revele la probabilidad de comisión de nuevos delitos, deducido a partir del hecho y de las circunstancias personales del sujeto (art. 95.1.2º CP).

MEDIDAS CAUTELARES



- Pueden ser :
- Internamientos
- Libertades vigiladas
- Convivencia en grupo educativo
- Alejamientos
- Se adopta una medida cautelar de internamiento

AUDIENCIAS

- Recogida de información del expediente personal
- Consulta al Centro y los diversos recursos
- Dos Audiencias y dos sentencias por distintos expedientes

COMPARECENCIAS

- Cautelares (artículo 28)
 - Se adoptó una medida cautelar
- Ejecuciones (artículo 51)
 - Se sustituyó la medida
- Refundición de Medidas (art. 47)
 - Fruto de las dos sentencias

EVALUACIÓN



TERESA DE CALCUTA
Centro de Reeducación y Reinserción
de Menores Drea de Tajo, Madrid

FUENTES E INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA LA EVALUACIÓN

- Expediente judicial del menor.
- Informes previos emitidos por otras entidades (médicos, psiquiátricos, forenses, psicopedagógicos)
- Entrevistas con los Servicios Sociales de zona y con el Centro de Salud Mental al que estaba derivado.
- Entrevista por separado con la madre y con el padre del menor.
- Entrevistas con el menor.
- Observación de conducta y registros de observación diaria.
- Test de Inteligencia "Factor G" de Cattell (Escala 3 – forma A).
- Test de Atención "D2" de Brickencamp.
- Test Gestáltico Visomotor de Bender.
- Test de personalidad 16PF-APQ.
- Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI).
- Batería de Socialización – Autoevaluación (BAS-3).
- Láminas de Bobertag.
- Pruebas proyectivas gráficas (H.T.P. de Buck y Test de la Familia).
- Inventario de Gestión e Intervención para Jóvenes (IGI-J).
- Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños –IV (WISC-IV).
- Batería Neuropsicológica Luria-DNA.
- Escala de inteligencia de Wechsler para Adultos (WAIS-III) Massachusetts Youth Screening Instrument-Version 2 (MAYSI-2) de Grisso y Barnum.

ASPECTOS BIOGRÁFICOS Y PSICO-SOCIALES



TERESA DE CALCUTA
Centro de Educación y Inserción
de Menores Brea de Tajo, Madrid

BIOGRAFIA E HISTORIA PSICO-SOCIAL



- Familia formada por los progenitores y una fratría de dos hermanos. Antonio es el primogénito.
- El menor presenta un comportamiento disruptivo desde la infancia y dificultades para seguir las normas, tanto del domicilio como del colegio, desde la Educación Primaria.
- Convivencia en un ambiente posiblemente hostil, con supuestas agresiones tanto físicas como psicológicas hacia ella y en ocasiones hacia el menor.
- Estilos Educativos contradictorios e inconsistentes.
- Nacimiento del hermano cuando el menor tenía 11 años. Empeora el comportamiento del menor. Siente que la madre lo ha desplazado afectivamente.
- Divorcio de los padres cuando el menor tenía 12 años.

BIOGRAFIA E HISTORIA PSICO-SOCIAL

- Denuncia de la madre por malos tratos. El padre niega los episodios de malos tratos. Finalmente sale absuelto.
- La progenitora fue derivada al Servicio de Violencia de Género de su localidad, donde recibió tratamiento psicológico, además de intervenir con el menor por comportamientos muy agresivos en el domicilio familiar.
- A partir del divorcio:
 - Ambos hermanos residían junto a su madre, visitando a su progenitor fines de semana alternos.
 - Situación compleja de los hermanos al no existir comunicación entre los progenitores y presentar discrepancias en los Estilos Educativos. El padre no apoya a la madre en la educación de los hijos.
 - Relación ambivalente que el menor mantenía con su hermano y su madre. Relación posesiva del menor con su hermano; intentaba alejarlo de la madre.
 - Los problemas comportamentales (agresiones del menor a la madre) se agravaron, rechazando a su madre como referente o figura de autoridad.
 - Se pone de manifiesto la incapacidad de la madre para controlar el comportamiento del menor y para cubrir adecuadamente sus necesidades afectivas. Inversión de roles.
 - Situación económica familiar inestable.

BIOGRAFIA E HISTORIA PSICO-SOCIAL

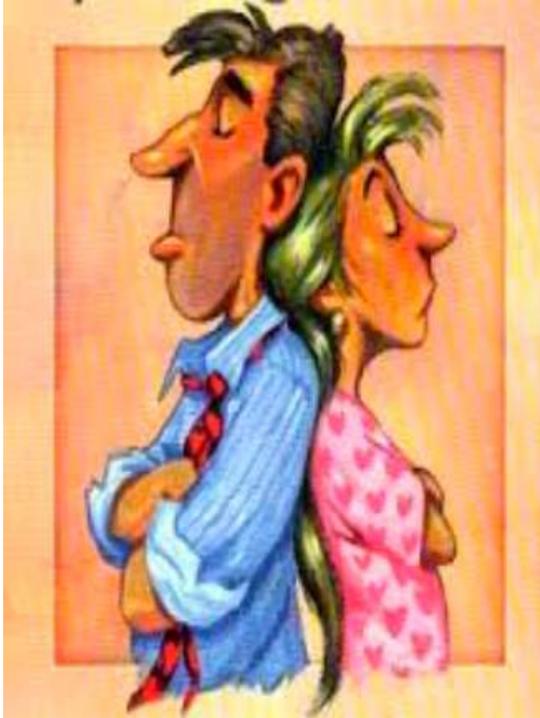


- El menor presenta una situación de aislamiento social desde los 9 – 10 años, con comportamientos, gustos e intereses muy infantiles.
- Cuando tenía 13 años, el menor inició tratamiento en el Centro de Salud Mental de su localidad, con una asistencia irregular hasta el momento del ingreso en el CEMJ “Teresa de Calcuta”.
- No realizaba actividades con iguales, pasando su tiempo libre en el domicilio familiar, (visionando la televisión, jugando a videojuegos de carácter violento y usando el ordenador). Reproducía los comportamientos agresivos que observaba en los videojuegos en situaciones de tensión.
- Coincidiendo con el divorcio de los padres, se produce otro desajuste comportamental en el menor, al pasar del colegio al instituto, sintiéndose rechazado y utilizado como foco de las bromas de algunos de sus compañeros

BIOGRAFIA E HISTORIA PSICO-SOCIAL

- Un año previo al internamiento, se produjo una fuerte agresión de Antonio a su progenitora, (intervención policial e ingreso en Urgencias de Psiquiatría); pocos días después agrede a su hermano, teniendo éste que acudir al hospital.
- El menor pasa por diferentes recursos terapéuticos, pero no tiene continuidad en los mismos dadas las dificultades de la figura materna para garantizar su asistencia, al minimizar y negar los problemas de comportamiento del menor.
- En las terapias con la psiquiatra de Salud Mental de zona, el menor verbalizó los comportamientos sexualmente inadecuados que realizaba con su hermano menor, por lo que estos hechos se pusieron en conocimiento de la Fiscalía de Menores, derivando todo ello a la adopción de la medida cautelar de Internamiento Terapéutico en Régimen Semiabierto.

VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR



- **Vivencia del internamiento:**
 - La figura materna vivenció el internamiento de su hijo con ambivalencia.
 - El progenitor en un primer momento negaba los hechos y culpaba a la madre. Posteriormente los aceptó pero seguía culpando a la madre.
 - El menor culpabilizaba de su situación a la madre, teniendo idealizado a su padre al cual consideraba como un apoyo.

VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR

Conclusiones:

- El menor mostraba sentimientos de inferioridad con respecto a su hermano, reafirmando en la idea de que éste era más querido por su madre. Relación posesiva.
- Inconsistencia de límites.
- Ausencia de capacidad por parte de la madre para controlar el comportamiento de Antonio.
- Ambivalencia afectiva de la madre y del menor.
- Dificultades para llegar a acuerdos entre los padres. No aceptaban el iniciar un proceso de diálogo.
- Dificultades de la madre para aceptar el abuso sexual. Actitud evitativa ante las pautas marcadas por los diferentes profesionales.
- Ausencia de familia extensa.
- En la visita a domicilio, se observa que el hermano pequeño también se muestra en exceso retraído e inquieto, demandando la atención de la madre en todo momento.

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA - ASPECTOS COGNITIVOS

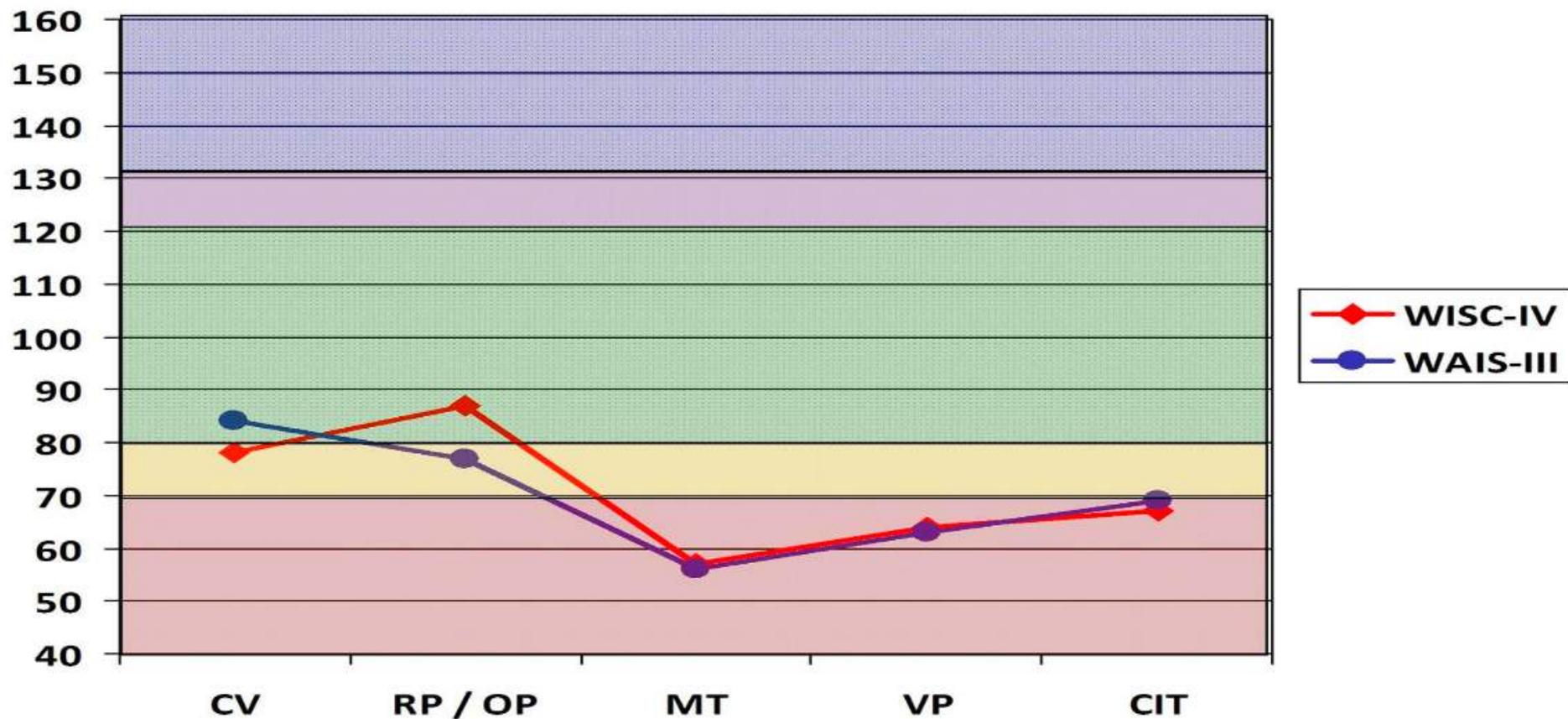


- Atención y concentración: Todos las escalas del "D2" por debajo del centil 5. Múltiples errores de comisión. Procesamiento de la información lento y superficial, graves dificultades para discriminar los estímulos relevantes y para inhibir las respuestas. Tendencia a obrar impulsivamente.
- Dificultades para operar con la memoria de trabajo en la retención y organización de la información que recoge del entorno: problemas para consolidar información novedosa y nuevos patrones de comportamiento.
- Pensamiento concreto, rígido y formalmente empobrecido.
- Repertorio de habilidades de solución de problemas ineficaz: Rumiativo e improductivo ante las dificultades. Dificultades para operativizar el problema, para generar soluciones alternativas y para valorar la eficacia de las mismas. Significativamente pero en contextos aplicados que en la resolución de supuestos teóricos.

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA - ASPECTOS COGNITIVOS

- Capacidad intelectual:
 - La impresión clínica (coincidente en diversos profesionales) es de retraso mental ligero.
 - Sin embargo, los resultados en las diferentes pruebas son inconsistentes (desde una capacidad intelectual normal-baja hasta una capacidad intelectual muy baja).
 - Por ejemplo, en el WAIS-III:
 - CIT=69
 - CIV=69 (CV= 84; MT=56)
 - CIM=71 (OP=77; VP= 63)
 - Peor rendimiento en tareas que implican operaciones cognitivas básicas; algo mejor en tareas de razonamiento.
 - Mejor puntuación en el test de "Información".

COMPARACIÓN ENTRE WISC-IV Y WAIS-III



ASPECTOS EMOCIONALES

Subyace un profundo sentimiento de abandono y una vinculación insegura con las figuras de referencia (especialmente con la madre).

Percepción muy negativa de la educación que recibe del padre y especialmente de la madre (TAMAI):

- Restricción, desatención, marginación afectiva, rechazo afectivo (Madre)
- Discrepancia educativa muy elevada.
- Insatisfacción familiar e insatisfacción con hermanos muy elevada.

Estilo de apego evitativo-temeroso y conducta ambivalente (oscilando entre extremos de acercamiento – rechazo).

Búsqueda constante y frustrada de afecto.

Hacia su hermano, sentimientos encontrados. Se siente inferior, actitud posesiva para apartarlo de la madre, puede hacerle daño como forma de dañar a la madre.

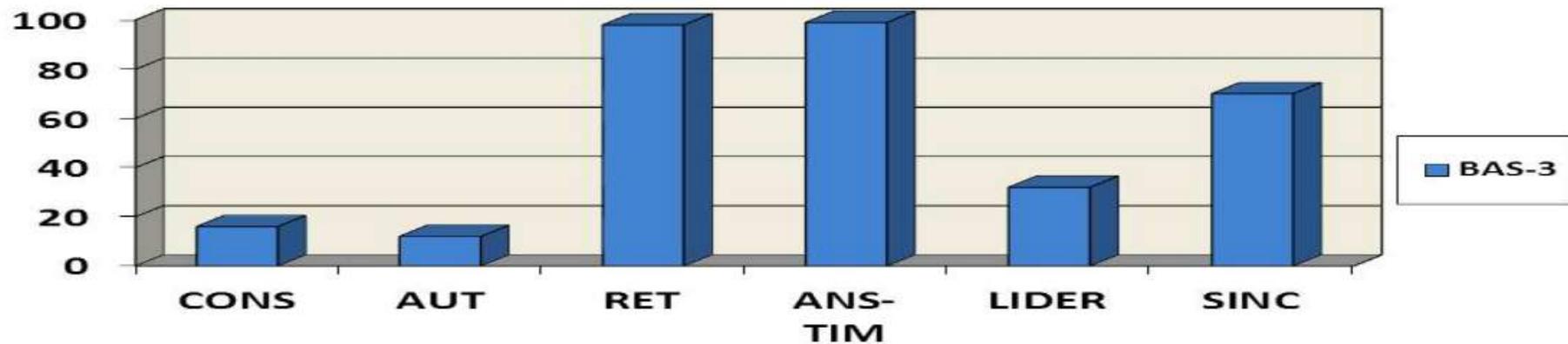
Utilizado también para la satisfacción egocéntrica de sus deseos y necesidades.

ASPECTOS EMOCIONALES

- Inmadurez afectiva, comportamiento infantilizado y regresivo. Parece no haberse desarrollado a nivel emocional, asemejándose su comportamiento e intereses a los que muestran niños de edad muy inferior a la suya.
- Inestabilidad emocional. Amplios y frecuentes cambios de humor, asociados a situaciones de frustración, llegando a protagonizar conductas heteroagresivas de carácter explosivo.
- Elevada ansiedad y dificultades para canalizarla. Autolesiones leves en brazos. Miedos infantiles (oscuridad, personajes fantásticos). Pensamiento circular e improductivo.
- Capacidad de introspección muy deficiente, se describe a través de la forma en la que le describen los demás, especialmente su madre.
- Autoconcepto negativo y baja autoestima. Consciente de sus déficits, especialmente en el área interpersonal, donde anticipa el rechazo de los demás. Nula sensación de control y una escasa confianza en las propias capacidades .
- Impulsividad, escasa capacidad de autocontrol para inhibir la expresión desadaptada del impulso. Orientado hacia la inmediatez.
- Acusado egocentrismo infantil. Tiene dificultades para entender las motivaciones e inferir las intenciones del comportamiento de los demás, así como para compartir de forma vicaria las experiencias emocionales de los otros.
- Intereses muy limitados: videojuegos y religión.

ASPECTOS EMOCIONALES

Su manera de iniciar las interacciones sociales y mantener conversaciones es desajustada: Dificultades para entender las reglas que subyacen a las interacciones sociales. No mantiene el contacto ocular, no respeta los turnos de palabra, no se interesa en el estado emocional de los demás, no muestra escucha activa. Se encuentra en una situación de aislamiento social.



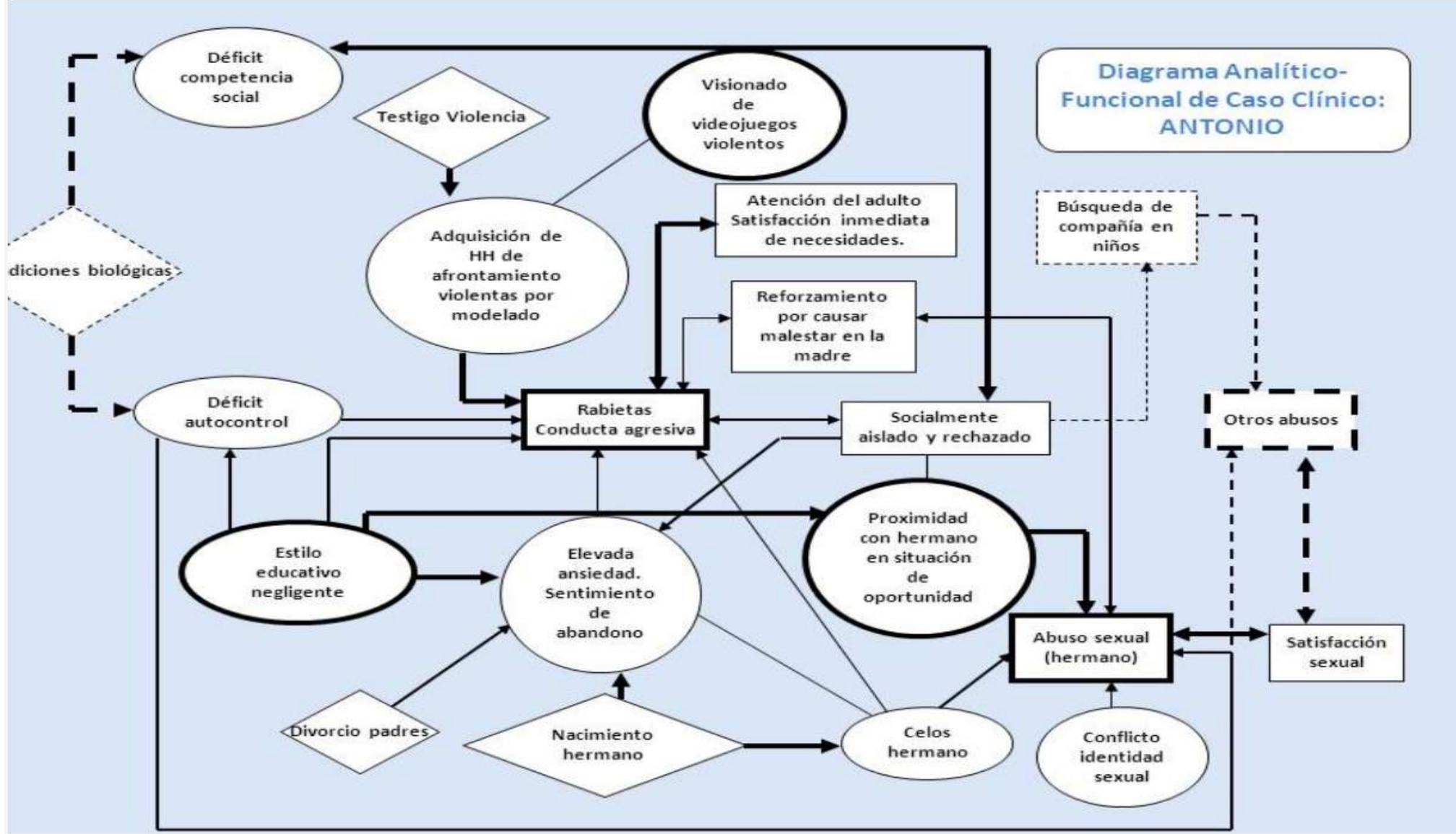
ASPECTOS PSICO-SEXUALES

- Desarrollo psico-sexual desajustado a la edad cronológica.
- No se detecta una sexualización traumática.
- Nulos conocimientos de educación sexual.
- Concepción de la sexualidad intuitiva e infantil.
- Dificultades para canalizar el impulso sexual.
- Frustración en las relaciones con iguales.
- Trastorno Identidad sexual. Conflicto en la orientación sexual no resuelto.
- La conducta de abuso tiene un carácter exploratorio y de satisfacción del impulso.
- Entiende que su conducta de abuso "está mal", pero no es consciente de su gravedad ni de las secuelas que tal conducta podría tener en su hermano.

CONCLUSIONES EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

- Capacidad intelectual baja, aunque heterogénea.
- Déficit atencional.
- Dificultades para el aprendizaje.
- Desarrollo emocional inmaduro.
- Incapacidad para establecer relaciones sociales apropiadas para su edad.
- Carencia de habilidades adaptativas de autonomía.
- Profundo déficit en el autocontrol.
- Conflicto en la orientación sexual.

Diagrama Analítico-Funcional de Caso Clínico: ANTONIO



ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS



TERESA DE CALCUTA
Centro de Reeducación y Reinserción
de Menores Brea de Tajo, Madrid

ANTECEDENTES

- Desarrollo psicomotor dentro de los parámetros de normalidad, pero retraso en la adquisición del lenguaje.
- Presunta víctima y testigo de violencia intrafamiliar.
- Desde la infancia, comportamiento disruptivo, dificultades para seguir normas, problemas de relación con sus iguales y tendencia al aislamiento por falta de habilidades sociales.
- Estas conductas se agravan a partir de los 9 – 10 años.
- A los 13 años primer contacto con SSM de zona, derivado por el centro escolar por oposicionismo, sintomatología ansiosa, reacciones interpersonales agresivas y carencia de habilidades sociales.

ANTECEDENTES

- Diversos recursos terapéuticos en 3 años:
 - Atención ambulatoria en Centro de Salud Mental.
 - Ingreso en Urgencias Psiquiátricas.
 - Hospital de Día.
- Falta de continuidad e implicación en estos recursos.
- Coinciden en destacar:
 - Inmadurez emocional. Infantil, regresivo.
 - Dificultad para interpretar las situaciones de relación interpersonal.
 - Déficit en habilidades sociales. Rechazo social.
 - Impresiona nivel cognitivo bajo.
 - Dificultad para controlar los impulsos agresivos.
 - Se descarta sintomatología psicótica.
 - No existe consumo de sustancias.

ANTECEDENTES

Diferentes diagnósticos:

- Trastorno de las emociones y la conducta no especificado
- Trastorno Esquizoide de la Personalidad
- Posible Discapacidad Intelectual Leve
- Trastorno de las Emociones en paciente con posible Trastorno Generalizado del Desarrollo

Tratamiento con Fluoxetina y Risperdal.

En Fiscalía de Menores (informe del médico forense):

- Estimación clínica de retraso mental leve y trastorno generalizado del desarrollo.
- El déficit intelectual no le impide comprender la ilicitud del presunto delito, pero la inteligencia límite, la pobre destreza en el manejo de conflictos y el débil control de impulsos agresivos, favorece la presencia de conductas desadaptadas.
- El trastorno que presenta supone una disminución leve de las bases psíquicas (cognición y volición) sobre las que se sustenta la imputabilidad.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA AL INGRESO

- Consciente, orientado, lúcido, coherente, abordable y colaborador.
- Discurso pobre y reiterativo. Impresiona CI bajo. Puerilidad e infantilismo.
- Tendencia a evitar la mirada. Ansiedad.
- No presenta sintomatología afectiva mayor.
- Sin alteraciones sensoperceptivas.
- Relata un episodio de hace un año de meses de duración en el que refiere estar convencido de formar parte de un videojuego al que jugaba su padre con él como espectador (identificado con la protagonista del juego).
- No relaciones sociales. Actividades solitarias (videoconsola).
- Identidad sexual confusa.
- Dificultad en controlar la impulsividad y agresividad con intolerancia a la frustración.
- MAYSI-II
 - Precaución: Irritabilidad (7/9) y Trastornos del pensamiento (1/5)
 - Peligrosidad: Ansiedad / depresión (7/9) e Ideación suicida (5/5)
 - Experiencias traumáticas (2/5)

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA AL INGRESO

- Se activa el Protocolo de Riesgo de Suicidio por indicación del Ministerio Fiscal.
- Diagnóstico inicial:
 - Trastorno de la personalidad en estudio (Esquizoide / esquizotípico)
- Tratamiento farmacológico:
 - Al inicio 16/08/12
 - Risperidona 1 mg (1-0-1), Fluoxetina 20 mgs (1-0-0)
 - El 12/03/14 se modifica:
 - Diazepam 5 mgs (1-0-1), Abilify 10 mgs (0-0-1), Sinogan gotas (X-V-X)

OBJETIVOS SEGUIMIENTO PSIQUIÁTRICO

Definir diagnóstico.

Valorar riesgo de suicidio.

Seguimiento psicopatológico: Observar su aparición de síntomas psicóticos, patología afectiva mayor o adaptativa.

Valorar necesidad de tratamiento con psicofármacos y seguimiento de la pauta.

Abordaje psicoterapéutico. Psicoterapia orientada a trabajar la negación o minimización, a comprender la ilicitud del delito y a desarrollar la preocupación por el daño a la víctima.

- Comportamiento: Relación con iguales y con la autoridad.
- Impulsividad / agresividad.
- Valoración de la sexualidad manifiesta y fantasías.
- Culpa / vergüenza.
- Familia: situación actual y mejora.
- Proyectos.

EVOLUCIÓN

No aparece sintomatología psicótica delirante alucinatoria.

No realiza gestos ni aparece ideación autolítica.

No rasgos psicopáticos, acepta autoridad y normas.

Remisión de comportamiento disruptivos que enmascarasen trastorno afectivo. Control progresivo y adecuado de la impulsividad y agresividad.

Remisión parcial de la ansiedad. Mejora de la tolerancia a la frustración.

Mejora gradual, progresiva y limitada en el área de habilidades sociales y relaciones interpersonales (en ocasiones, conflictivas, sugestionable, ingenuo)

Remisión de fantasías pedófilas. Identidad y orientación sexual egodistónica.

Miedo del menor a volver al entorno familiar. Aumenta el sentimiento de culpa y vergüenza.

Proyectos de futuro pueriles, imitativos, inadecuados.

Psicofármacos: se mantiene tratamiento para la ansiedad (BZD) y antipsicótico (uno activador a dosis bajas y otro sedante que minimiza el comportamiento perturbador).

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DEFINITIVO



- DISCAPACIDAD INTELECTUAL LEVE. DSM-V 317 (F70)
- RETRASO MENTAL LEVE. DSM-IV.-F70.9

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Trastornos de aprendizaje:

Alteración en área específica sin afectación generalizada del desarrollo intelectual ni de la capacidad adaptativa.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (hipercinético disocial)

Déficit de atención y el comportamiento perturbador englobado en el retraso mental.

No aparición de hiperactividad.

Trastorno negativista desafiante:

En el centro colaborador, sin actitud oposicionista – desafiante.

Los comportamientos perturbadores se explican dentro del retraso mental.

Trastorno psicótico esquizofreniforme versus disociativo:

No aparece sintomatología psicótica en su evolución

Trastorno de personalidad

Incompatible con retraso mental.

Patrón de rasgos anómalos persistentes, generalizados y patológicos

Inicio al final de la adolescencia inicio de edad adulta.

Trastorno sexual: parafilia (pedofilia, sadismo, fetichismo transvestista), T. de la identidad sexual

Fantasías egodísticas que remiten.

Identidad sexual egodistónica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- T. Generales del desarrollo: Existe una afectación cualitativa de la interacción social y de las habilidades verbales y no verbales.
 - Valoración en AMI-TEA (Atención Médica Integral de los pacientes con Trastorno del Espectro Autista). Mayo 2013.
 - Descarta T. Generalizado del Desarrollo en base a:
 - Contacto visual adecuado.
 - Prosodia de su discurso normal.
 - No clínica psicótica.
 - No se objetivan estereotipias motoras.
 - No obsesividad
 - No intereses restringidos ni estereotipados.
 - Niega conflictos con su identidad y orientación sexual
 - Orienta diagnóstico hacia: Trastorno hiperkinético disocial, Funcionamiento cognitivo en el límite bajo de la normalidad y crianza patológica.
 - Sugiere evolución probable a trastorno de la personalidad.

DISCAPACIDAD INTELECTUAL (CRITERIOS)

- Capacidad intelectual por debajo del promedio (CI menor o igual a 70)
- Edad de inicio anterior a los 18 años
- Déficit en la capacidad adaptativa en las habilidades de:
 - Comunicación Autocontrol
 - Autocuidado Académicas
 - Vida doméstica Trabajo
 - Sociales / interpersonales Ocio
 - Utilización de recursos Salud
 - Seguridad

CAPACIDAD INTELECTUAL

- Determinada por el Cociente Intelectual (CI)
- Obtenido por evaluación mediante test de inteligencia normalizados:
 - Wechsler Intelligence Scales for Children
 - Stanford-Binet
 - Kauffman Assessment Battery for Children)
- Retraso Mental:
 - Leve (CI 50-55 / 70)
 - Moderado (CI 35-40 / 50-55)
 - Grave (CI 20-25 / 35-40)
 - Profundo (CI inferior a 20-25)

CAPACIDAD ADAPTATIVA

- Hace referencia a cómo afrontan los sujetos efectivamente las exigencias de la vida cotidiana y la autonomía.
- Las ayudas terapéuticas pueden mejorar más los problemas de adaptación que el Cociente Intelectual.

DISCAPACIDAD INTELECTUAL LEVE: ASPECTOS GENERALES

- Pedagógicamente “educables”
- Insuficiencias sensoriomotoras mínimas
- Suelen desarrollar habilidades sociales y de comunicación durante los años preescolares. Difícilmente distinguibles de otros niños hasta edades posteriores.
- Gran amplitud: puede oscilar desde sujetos pasivos, plácidos, dependientes, hasta impulsivos y agresivos
- No existen características de comportamiento o de personalidad específicas. Pueden presentar:
 - Egocentrismo
 - Baja autoestima, dependencia
 - Inestabilidad emocional, baja tolerancia a la frustración
 - Hiperactividad
 - Conductas autolesivas y agresividad. Los comportamientos perturbadores y agresivos sustituyen al lenguaje comunicativo.
 - Conductas motoras repetitivas y estereotipia

DISCAPACIDAD INTELECTUAL LEVE: SÍNTOMAS

- **Dominio intelectual:**
 - No diferencias manifiestas en edades preescolares. En niños, dificultades de aprendizaje en lectura, escritura y aritmética. Pueden alcanzar un nivel de 6º curso de primaria.
 - En adultos, alteración en el pensamiento abstracto, función ejecutiva, memoria a corto plazo. Enfoque concreto a los problemas.
- **Dominio social:**
 - Inmaduro en las relaciones sociales. Concreto en la comunicación, conversación y lenguaje.
 - Dificultades para regular las emociones y el comportamiento.
 - Comprensión limitada del riesgo.
 - Juicio social inmaduro.
 - Vulnerables, ingenuos, sugestionables (riesgo de ser manipulado, abuso físico y sexual)
- **Dominio práctico:**
 - Pueden funcionar en el cuidado personal.
 - Pueden adquirir habilidades sociales y laborales para una autonomía mínima, pero pueden necesitar apoyo en situaciones de estrés.
 - Con apoyo pueden vivir en la comunidad, independientes o en establecimientos supervisados. Necesitan ayuda en tareas complejas de la vida cotidiana.



CENTRO DE ENSEÑANZAS INTEGRADAS (CREI)





- Antonio se incorpora al aula del CREI en septiembre de 2012.
- Con la incorporación de un nuevo alumno, se inicia en paralelo un doble proceso de estudio :
 1. La determinación del nivel real de competencia curricular, mediante la Valoración Inicial de Alumno (VIA) realizada por los docentes.
 2. El análisis de su trayectoria escolar y la situación actual de su expediente académico, realizado por el equipo directivo del CREI.

1.- V.I.A.

- Finalizado el proceso de Valoración Individual el 27/09/2012, se sitúa a Antonio en niveles de competencia curricular próximos a 5º de Educación Primaria en las materias instrumentales.
- El Informe Escolar Inicial, elaborado por su profesora tutora, refleja un desfase curricular muy significativo, (con 16 años debería encontrarse en los últimos niveles de la Educación Secundaria Obligatoria).
- Sin embargo, también refleja que el alumno muestra interés por aprender, mantiene una actitud correcta en clase, realiza las tareas que le gustan con interés (en las que encuentra mayor dificultad las ejecuta rápidamente y sin concentrarse)

- Respecto a las relaciones personales:
- La interacción con su profesora es educada y cercana.
- Con los compañeros de clase, sin embargo, evita relacionarse por miedo a ser ridiculizado tras haber comprobado que algunos comentarios suyos provocaban con facilidad la risa y la burla de sus iguales.
- La orientación académica plasmada en el Informe Escolar Inicial aconseja que el alumno continúe sus estudios en ESO o que inicie un Programa de Cualificación Profesional Inicial, acompañado de medidas de atención a la diversidad que contribuyan a paliar el desfase curricular que presenta.



Como resultado del proceso de VIA se elabora, entre otros, un documento con los criterios de evaluación propios del nivel curricular en el cual se sitúa al alumno, lo que servirá para:

- Guiar el proceso de enseñanza-aprendizaje
- Hacer el seguimiento exhaustivo del progreso del alumno.

NIVEL INICIAL II CRITERIOS MÍNIMOS / 3º CREI

MATEMÁTICAS 3º CREI	SÍ	NO
1.- LOS NÚMEROS NATURALES (ordenar, sumar y restar)		
Lee, escribe y ordena números naturales de 6 cifras, indicando el valor según su posición.	X	
Utiliza e interpreta el lenguaje, tanto verbal como escrito, de los signos.	X	
Utiliza distintos procedimientos de cálculo mental para hacer sumas y restas.	X	
Presenta de manera clara y ordenada los datos, las operaciones y los resultados.		X
Lee y escribe números de 7 cifras indicando el valor de sus cifras según su posición.	X	
Ordena y compara números de hasta 7 cifras.	X	
Lee y escribe números de hasta cuatro cifras con números romanos.		X
2.- LOS NÚMEROS NATURALES (multiplicar y dividir)		
Utiliza el vocabulario adecuado relativo a la multiplicación y a la división.	X	
Utiliza estrategias multiplicativas en problemas de sumas repetidas y las resuelve.		X
Realiza divisiones de 1 cifra en el divisor y sabe realizar la prueba.	X	
Resuelve problemas en los que intervienen multiplicaciones y divisiones.		X
Resuelve divisiones sencillas de dos cifras en el divisor.		X
3.- LOS NÚMEROS DECIMALES		
Realiza operaciones básicas con números decimales y con naturales y decimales combinados.	X	
Domina el uso de la calculadora para la estimación, aproximación y comprobación de resultados numéricos en operaciones con números naturales y decimales.		X



2.- EXPEDIENTE ACADÉMICO

La información inicial sobre su situación académica oficial nos llega a través de la Certificación para el traslado emitida por el instituto anterior, que refleja que la decisión del equipo evaluador de su centro educativo de procedencia, un IES de su localidad de residencia, adoptada tras la evaluación extraordinaria de septiembre, era la repetición de 3º de ESO.



Tomada la decisión de escolarizar a Antonio en la Comisión de Orientación reunida en el CEMJ Teresa de Calcuta a finales de septiembre de 2012 y recabada la autorización familiar, procedemos a:

1. la matriculación provisional en 3º de ESO, atendiendo a la Certificación emitida por el IES de procedencia.
- 2.
3. tramitar el correspondiente oficio de solicitud de traslado de su Expediente Académico de centro docente a centro docente.

- El profesorado que atiende a Antonio y el departamento de orientación del CREI elaboran los informes requeridos para proponer a la administración educativa que autorice la adopción de las medidas de atención individualizada que requiere el alumno.
- Se aprecia que los bajos resultados en la VIA pueden deberse más a falta de rendimiento que de capacidad por bloqueo, bajas expectativas...
- Sin embargo, cuando se recibe su expediente tenemos conocimiento de que en abril de 2012 se realiza una evaluación psicopedagógica a Antonio y se valoran "necesidades educativas especiales asociadas a trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y en adolescencia." Y se sugiere una posible derivación a un Centro Educativo Terapéutico – Hospital de Día.

EXPEDIENTE ACADÉMICO DE ANTONIO

- En el informe psicopedagógico fechado en abril de 2012 se recoge que:
- Antonio presenta una capacidad intelectual dentro de los límites normales.
- Dificultades asociadas a trastornos del comportamiento y de las emociones, según informe aportado por el servicio de salud mental de su zona.
- Graves carencias en las relaciones sociales con iguales.
- Episodios violentos hacia compañeros y profesores y otras veces episodios de sumisión absoluta.
- Síntomas como ausencias ocasionales en medio de una conversación, risas en situaciones que no corresponden, hablar solo ocasionalmente, incapacidad de concentración y de hilar una conversación con sentido.

HISTORIA ESCOLAR

- De su historia escolar se deduce que Antonio ha tenido una escolarización continua y estable, sin cambios de centro tanto en E. Primaria como en E. Secundaria, lo que en principio, habitualmente representaría un buen indicador de adaptación al medio escolar .

EDUCACIÓN PRIMARIA:

02/08 DE 1º a 6º de E. Primaria en CEIP de su localidad .

- 08/09: PERMANENCIA DE UN AÑO MÁS EN LA ETAPA (repetición de 6º) Tras la repetición, promociona a la Etapa de E. Secundaria con calificación final

EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA:

09/10: 1º ESO IES de su localidad. Se incluye a Antonio en un grupo de apoyo (COMPENSATORIA B). Tiene adaptación curricular en Lengua Española y Matemáticas. Promociona a 2º de ESO con todas las asignaturas aprobadas entre junio y septiembre.

10/11: 2º ESO. Se mantiene al alumno en un grupo de apoyo (Compensatoria B). Tiene adaptación curricular en cuatro materias. Promociona a 3º de ESO con Ciencias Naturales y Matemáticas pendientes.

11/12: 3º ESO. Se mantiene al alumno en un grupo de apoyo (Compensatoria B) con cuatro materias adaptadas. El equipo docente decide la repetición de 3º de ESO al haber suspendido 8 asignaturas en junio y no haberse presentado a las pruebas extraordinarias de septiembre.

3.- EVOLUCIÓN DE ANTONIO COMO ALUMNO DEL CREI

- Curso 12/13: Repetición de 3º ESO en el CREI.
- Se obtiene autorización de la administración educativa para intervenir con Antonio como alumno de Grupo Específico de Compensación Educativa (compensatoria C), lo que nos permite adaptar el currículo hasta en cinco materias.
- La evolución de Antonio, superados los primeros ajustes al entorno escolar y al CEMJ, es positiva; mejorando claramente a partir del segundo trimestre del curso.
- Al finalizar el curso, Antonio ha mejorado su nivel de competencia curricular hasta niveles que se sitúan entre 6º de Primaria y 1º de ESO. Aprueba casi todas las materias con adaptación curricular y la totalidad de las no adaptadas.
- Su actitud en clase es valorada como aceptable y ha acumulado un total de 31 faltas de asistencia durante el curso.

Calificaciones finales curso 2012/2013

ASIGNATURAS Y CALIFICACIONES 3º ESO		12/13
MATERIAS	Final	Extraordinaria
Ámbito Lingüístico-Social	SU-5*	
Lengua Castellana y Literatura*	SU-5*	
Ciencias Sociales. Geografía e Historia*	SU-5*	
Lengua Extranjera Inglés*	SU-5*	
Ámbito Científico -Matemático	SU-5*	
Matemáticas*	SU-5*	
Ciencias Naturales**	SU-5*	
E. Plástica Y Visual	SU-5	
Tecnologías	IN-1	SU-5
OP> Recuperación de Matemáticas *	SU-5*	
Música	SU-5	
E. Física	SU-5	
PENDIENTES DE 2º DE ESO		
Ciencias Naturales* 2º	IN-2	IN-1
Matemáticas* 2º	SU-5*	

- En junio de 2013 el equipo docente está moderadamente satisfecho con la evolución que ha experimentado el alumno, pero tiene serias dudas respecto a la orientación académico-profesional de final de curso para el supuesto de incorporación de Antonio a un centro ordinario externo en septiembre del siguiente curso.
- Ante la incertidumbre respecto a su situación judicial durante el próximo curso, se considera que la orientación mas ajustada, en caso de permanecer en el CEMJ "Teresa de Calcuta", sería la de tender hacia la normalización, y por tanto se propone que curse un Programa de Cualificación Profesional Inicial (PCPI) de la Modalidad General en el CREI.
- Sin embargo, en caso de tener que escolarizarse en un centro externo, se valora mejor la opción de cursar el PCPI de la Modalidad Especial.
- Finalmente, puesto que el alumno permanece en el CEMJ durante todo el curso 13/14, continúa escolarizado en el CREI incorporado a un PCPI con escolarización ordinaria.

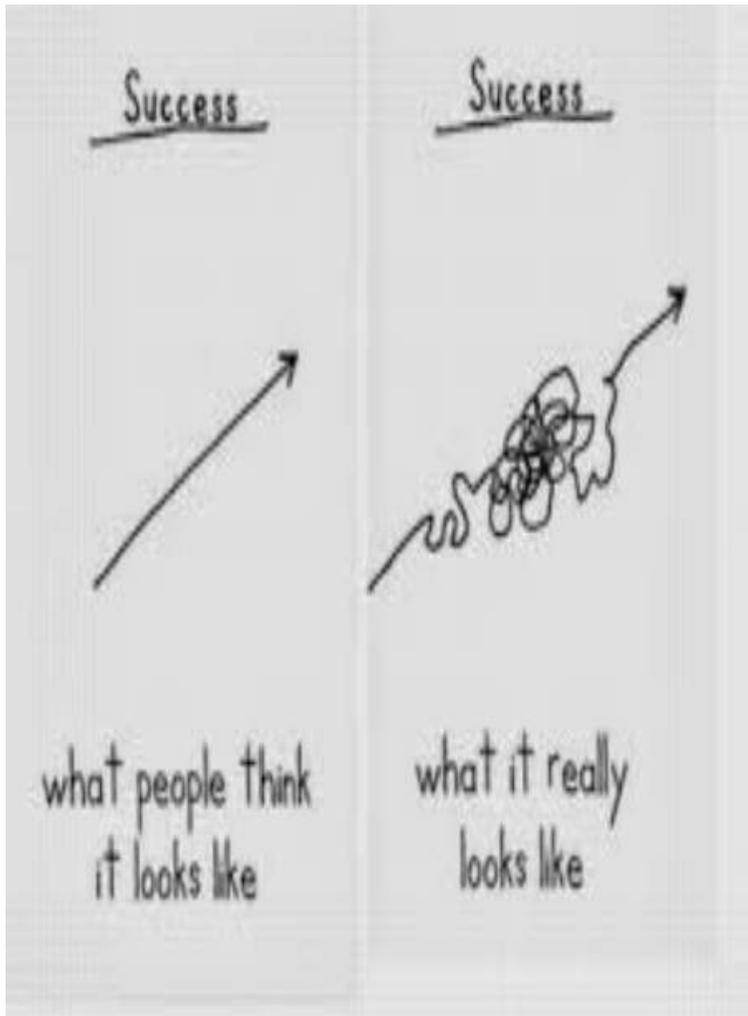


- Curso 13/14: Programa de Cualificación Profesional Inicial (PCPI), Modalidad General "SERVICIOS AUXILIARES DE PELUQUERÍA".
- En el segundo curso de estancia en el centro, Antonio se encuentra bastante más adaptado y evoluciona muy favorablemente. Su integración en el taller es notable, congenia con la profesora de FP, que se implica extraordinariamente y tiene la habilidad de exigir al alumno al tiempo que le demuestra proximidad emocional.
- La profesora acierta siendo una figura de autoridad estable y previsible para el alumno, que impone las normas de comportamiento, de relación y de orden en el contexto del aula, consiguiendo la contención emocional y conductual de Antonio, de forma que éste se ve reconocido en sus logros y va sintiéndose progresivamente válido, competente y con interés por seguir aprendiendo.
- En la formación básica también evoluciona y mejora, progresivamente, su competencia curricular hasta niveles propios de 1º- 2º de ESO.

- La interacción social con los compañeros no resulta conflictiva gracias al trabajo complementario y coordinado de profesores y educadores, que consigue que Antonio se encuentre más integrado en el grupo.
- Paralelamente, con la colaboración del CEMJ, se matricula a Antonio en un **curso Mentor** de Introducción a la Informática. Al principio le plantea dificultades seguir el curso, comprender las instrucciones escritas de un manual y realizar las tareas frente al ordenador, pero la satisfacción personal y la seguridad en sí mismo que le aporta aprobar el curso, propicia que muestre interés por realizar otros dos cursos más (Iniciación a Office y Power Point) que también finaliza con éxito.
- Todas las actuaciones inciden en una mejora en la autoestima de Antonio, le ayudan a madurar y comienza a hacerse consciente de su necesidad de orientar su futuro de forma autónoma. Se plantea pequeños retos y metas a corto-mediano plazo: obtener la certificación de los módulos obligatorios del PCPI, seguir formándose en ese perfil profesional a través de los ciclos de Formación Profesional de Grado Medio... Hace planes para su vida académica y profesional.

Calificaciones finales curso 2013/2014

ASIGNATURAS Y CALIFICACIONES		13/14
MATERIAS	Final	Extraordinaria
Ámbito Lingüístico- Social:		
Lengua Española y Literatura		
Ciencias Sociales (Geografía e Historia)	SU-5	
Ámbito Científico -Tecnológico		
Matemáticas		
Ciencias Naturales		
Prevención de Riesgos Laborales	SU-5	
Proyecto de Inserción Laboral	SU-5	
MP01: Higiene y asepsia aplicadas a la peluquería. (75 h. min.)	BI-6	
MP02: Montajes para cambio de forma del cabello e inicio del peinado. (200 h. min.)	SU-5	
MP03: Aplicación de cosméticos básicos para cambio de color del cabello. (130 h. min.)	SU-5	
Módulo FCT (120 h.)	APTO	



- Al finalizar el curso, Antonio ha mejorado su nivel de competencia curricular hasta niveles que se encuentran próximos a 2º de ESO.
- Su actitud en clase es valorada como buena y ha acumulado un total de 8 faltas de asistencia durante el curso.
- Aprueba el curso y supera los módulos obligatorios de PCPI de la Modalidad General, con lo que obtiene una certificación con valor académico y laboral (Nivel 1 de cualificación profesional).
- Desde el punto de vista académico esta certificación le abre las siguientes posibilidades:
 - Acceder a Formación Profesional de Grado Medio.
 - Acceder a Educación Secundaria de Personas Adultas.

4. ORIENTACIÓN ACADÉMICA Y PROFESIONAL DE SALIDA

- El equipo docente valora los logros alcanzados por Antonio, su evolución tremendamente positiva, que ha aumentado su competencia curricular, su autoestima académica y le ha permitido comenzar a proyectar un plan de futuro autónomo.
- El Consejo Orientador del CREI analiza las posibilidades que le ofrece el sistema educativo y le recomienda que comience los estudios de Formación Profesional de Grado Medio de Peluquería y Estética.
- El equipo docente es consciente de las dificultades que va a encontrar el alumno debido a sus características personales y las limitaciones de interrelación social que presenta. No obstante, se considera que la normalización de Antonio pasa por su integración en un contexto ordinario con apoyo. Su adaptación podría resultar más sencilla controlando algunos aspectos de los centros como los horarios, el perfil del alumnado, el tamaño del centro, etc.

EVALUACIÓN EDUCATIVA



TERESA DE CALCUTA
Centro de Reeducación y Reinserción
de Menores Brea de Tajo, Madrid

EVALUACIÓN EDUCATIVA

- **OBSERVACIÓN CONDUCTUAL EN EL PERIODO DE ADAPTACIÓN**
 - Deficiente capacidad atencional: Se distrae y desconecta en las conversaciones, le cuesta comprender lo que se le explica.
 - Importante carencia en sus habilidades adaptativas y de autonomía: Necesidad de supervisión para realizar las tareas y para interiorizar rutinas; comportamiento desorganizado. No realiza de manera autónoma tareas básicas de higiene personal o de limpieza de espacios personales.
 - Escaso control de impulsos y tolerancia a la frustración mínima: Habitualmente cordial, pero muestra reacciones desproporcionadas violentas, amenazas, gritos ante la imposición de límites y en situaciones de frustración en general.
 - Profundo déficit de habilidades sociales: Comportamiento infantilizado. Pobre contacto ocular. No sabe iniciar ni mantener interacciones adecuadas con otros menores de su edad. Acercamientos torpes e invasivos que suelen provocar rechazo.
 - Dependiente, necesita la atención del adulto, pero la reclama de manera disfuncional.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA

- **OBJETIVOS:**

1. **Primera fase:** Adquisición de hábitos.

- Conseguir una adaptación a la normativa y a las rutinas del Centro.
- Mejorar los hábitos básicos de higiene personal y limpieza de espacios propios y comunes.

2. **Segunda fase:** Eliminación de las conductas inadecuadas en la interacción social y adquisición de habilidades sociales básicas.

- Disminuir la comunicación agresiva en la solución de conflictos.
- Disminuir conductas socialmente desadaptadas para demandar atención hacia los adultos (conducta desafiante, mutismo, chillidos).
- Mantener el contacto ocular, iniciar y participar en conversaciones de manera voluntaria.

3. **Tercera fase:** Desarrollo y perfeccionamiento de otras conductas sociales complejas.

- Aumentar el autocontrol, aprender a demorar la recompensa y ser capaz de inhibir los impulsos desadaptados.
- Mejorar las habilidades sociales, aprendiendo a interactuar con adultos y con iguales de una manera más adecuada al contexto interpersonal (expresar opiniones, seguir el tema de conversación, mostrar una escucha activa, interesarse por las necesidades del otro).

INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Metodología:

- Dadas las limitaciones observadas en el menor (en cuanto a sus capacidades cognitivas, capacidad de introspección y habilidades de autorregulación), se utilizó una metodología basada fundamentalmente en técnicas conductuales:
 - Sistemas de control de contingencias: Programas específicos de economías de fichas, sistema de créditos de la USM, régimen disciplinario.
 - Reforzamiento de conductas a aumentar.
 - Reforzamiento diferencial de Otras Conductas y Costo de respuesta.
 - Extinción y uso del reforzamiento social.
 - Entrenamiento en Habilidades Sociales, ejercicios de role-playing (trabajo a nivel individual y grupal).
 - Realización de tutorías semanales: atención de demandas de una manera regulada y estructurada, devolución de información sobre su evolución y aspectos a mejorar

INTERVENCIÓN EDUCATIVA

- **Sistema de créditos de la Unidad de Salud Mental.**
 - Se utiliza un reforzador generalizado (crédito) que es posible cuantificarlo, para canjearlo por diferentes reforzadores para los menores. Esta cuantificación se realiza a través del cómputo de créditos (puntos) que se dan de forma diaria al menor, basados en un registro que consta de varios ítems: (formativa, taller, deporte, actitud e higiene).
 - Los reforzadores varían en función de la fase en la que se encuentre el menor.
 - Llamadas extraordinarias
 - Mayor número de objetos permitidos.
 - Ampliación de horarios.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA

EJEMPLOS SISTEMA CRÉDITOS:

Se le dará un punto al llevar a cabo los comportamiento descritos. Estas asignaciones también dependerán de períodos de tiempo, etc,...

- Ropa limpia: Estantería ordenada y cama hecha:
- Iniciar y mantener conversaciones:
- Seguir indicaciones:
- Conducta agresiva: Se le dará al menor un punto al final de cada periodo cuando el menor no haya mostrado ninguna de estas conductas:
 - Gritar, insultar, amenazar, agredir o expresar rechazo en la resolución de situaciones de interacción. Se considera una expresión de rechazo cuando el menor responde a los demás con expresiones como "déjame en paz", "vete" u otros calificativos negativos.
 - Emitir conductas agresivas tendrá un costo de respuesta. Cuando el menor lleve a cabo alguna de éstas conductas será penalizado con menos 2 puntos (indicando con un -2) en el recuadro del periodo en el que se produzca. El cómputo total de cada tramo del día (mañana y tarde) nunca podrá ser negativo, se quedaría en cero.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA

- Ejemplo economía de fichas (objetivos fases 1 y 2):

	Ropa limpia	Estantería ordenada y cama estirada	Iniciar y mantener conversaciones	Seguir indicaciones	Periodo sin emitir conductas agresiva
Levantada y desayuno	X	X	X		X
Aula / taller o actividades de fin de semana			X	X	X
Comida y ocio				X	X
Tarde 1er tramo		X		X	(-2)
Tarde 2º tramo			X		X

INTERVENCIÓN EDUCATIVA

- Ejemplo de reforzadores (individual/grupal):

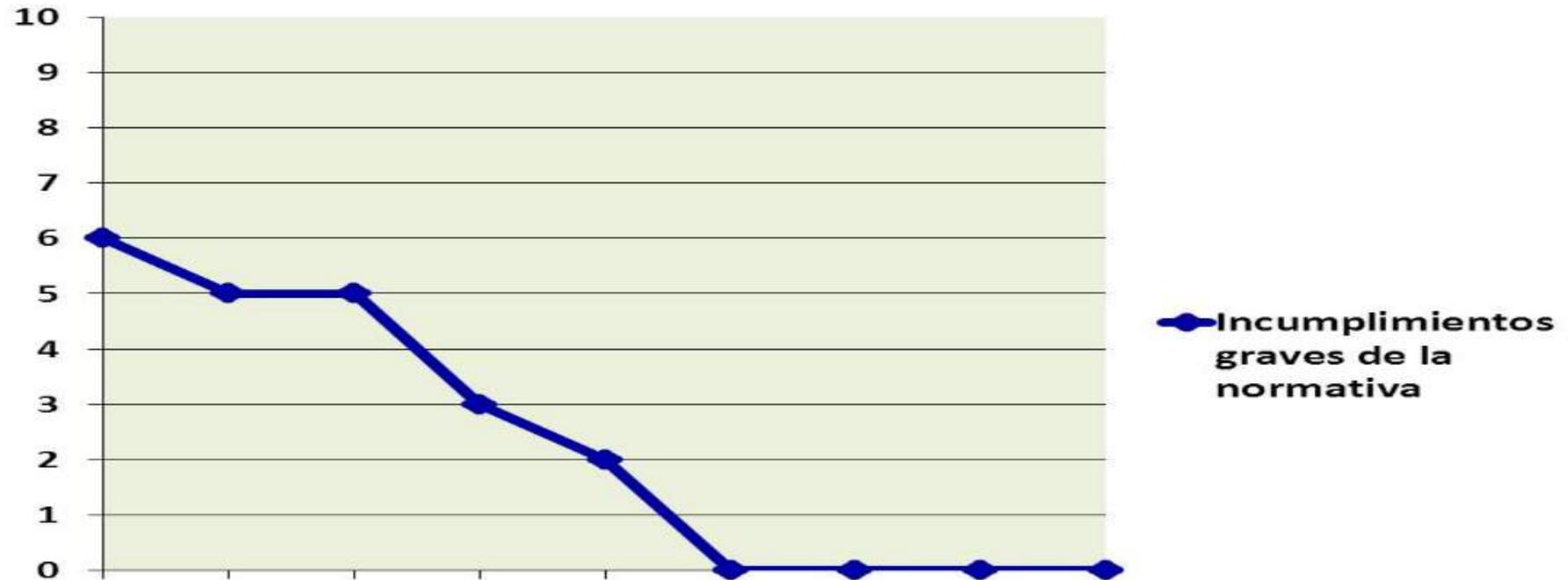
Reforzadores	Precio en puntos
Jugar al ping-pong durante 15 minutos después de comer o cenar.	5
Jugar al fútbolín durante 15 minutos después de comer o cenar.	5
Jugar a la play durante 15 minutos después de comer o cenar.	8
Ver televisión durante 15 minutos más después de cenar.	5
Postre especial para el día siguiente	15
Mp3 en el ocio individual de mediodía del día siguiente.	8
Mp3 por la noche del mismo día	12
Actividad deportiva extra. Salir con otro grupo por la tarde.	15
Chuches el fin de semana.	15
Disfrute de la piscina en sábado o el domingo.	20
Actividad especial grupal para el fin de semana.	15

INTERVENCIÓN EDUCATIVA

- Registro para el menor:

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
   						

INTERVENCIÓN EDUCATIVA



INTERVENCIÓN EDUCATIVA

- **Evolución y resultados:**

- Consecución de una mayor autonomía en las rutinas cotidianas.
- Mejora en los hábitos de higiene y aseo personal.
- Participación más activa en las actividades.
- Mejora en las habilidades sociales básicas: contacto ocular, respetar los turnos de palabra.
- Extinción de las conductas agresivas.
- Establecimiento de vínculos más estables con los adultos.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA

- Sin embargo, no fue posible mejorar sustancialmente los objetivos planteados para la tercera fase:
 - Mejoró el control de los impulsos en condiciones de control externo, pero no la capacidad para autorregularse
 - Se mantuvo la incapacidad social grave, no pudiendo integrarse de manera adecuada en grupos de iguales.

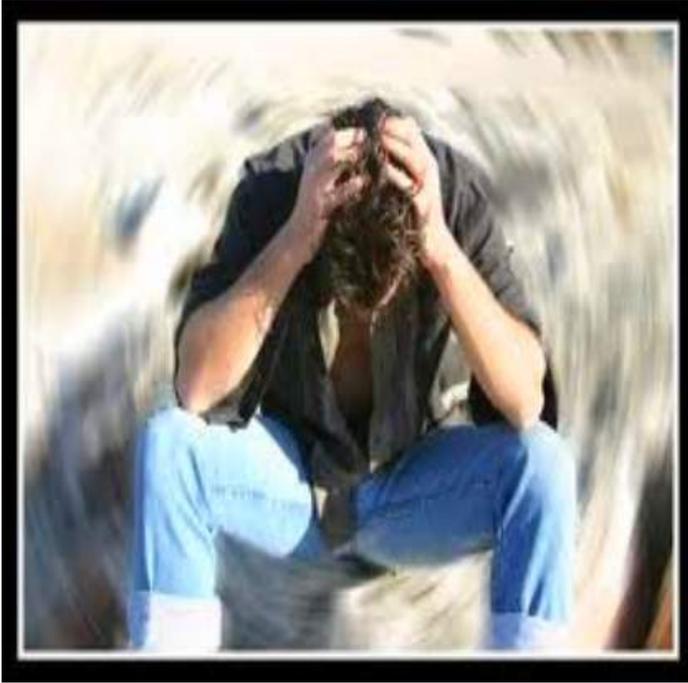
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA



TERESA DE CALCUTA
Centro de Reeducación y Reinserción
de Menores Brea de Tajo, Madrid



INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA



- Establecimiento de un vínculo seguro:
 - Proporcionar un entorno estable y predecible en el contexto individualizado de intervención.
 - Uso cuidadoso del reforzamiento social.
 - Validación como persona, cuestionamiento de la conducta.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

- **Educación emocional y competencia social:**
 - Aprender a identificar y a nombrar las emociones propias y ajenas.
 - Ser capaz de expresar las diferentes emociones.
 - Considerar los diferentes puntos de vista ante una situación.
 - Adquirir habilidades de afrontamiento de la ansiedad (distracción, desactivación fisiológica).
 - Discriminar las señales sociales e identificar las distorsiones cognitivas implicadas en las relaciones interpersonales (sesgo de atribución hostil).
 - Reconocer e identificar los logros personales.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

- **Estimulación cognitiva – autocontrol:**
 - Desarrollar el pensamiento reflexivo.
 - Entrenamiento en solución de problemas (sociales) y toma de decisiones.
 - Identificar y operativizar los problemas.
 - Valorar la gravedad de los mismos.
 - Generar alternativas de solución no violentas y valoración de su presunta eficacia.
 - Pensamiento consecuencial ¿qué pasará después?
 - Tomar la decisión.
 - Planificación de la decisión.
 - Valoración del grado de eficacia

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Desarrollar una mayor conciencia de problema:

- Entender los determinantes de sus comportamientos disfuncionales.
- Entender la gravedad de los mismos. Interiorizar por qué "están mal".
- Comprender las consecuencias de tales comportamientos para sí mismo y para los demás.
- Proyecto de vida realista y ajustado a sus capacidades.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA



INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

- **Dificultades en la intervención:**
 - Problemas de atención. No seguía el hilo de las conversaciones, no retenía las conclusiones.
 - Centrado en sus preocupaciones inmediatas. Inestabilidad emocional.
 - Desconectaba ante los temas incómodos.
 - Vergüenza a la hora de hablar de los aspectos sexuales.
 - Necesidad de trabajar con elementos muy simples y concretos.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

► Resultados:

- Evolución muy pobre en líneas generales. Mejora cuantitativa en algunos aspectos, pero no cualitativa:
 - Aumentó la comprensión de la gravedad del problema con respecto al abuso de su hermano.
 - Entendió y aceptó la necesidad de supervisión.
 - Resolución del conflicto en la orientación sexual.
 - Mejoró la capacidad de autocontrol, anticipaba mejor las consecuencias de sus actos.
 - Aprendió a relajarse mejor, disminuyó la agresividad. Desaparecieron las autolesiones.

INTERVENCIÓN SOCIO- FAMILIAR



OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN FAMILIAR

1. Objetivos familiares iniciales:



- Aceptar la situación (los hechos delictivos). Afrontamiento directo del problema.
 - Que la madre entienda la necesidad de ayuda y sea constante en los recursos terapéuticos.
 - Que el hermano del menor acuda a terapia específica.
 - No permitir el contacto entre hermanos hasta que el hermano menor fuese valorado.
- Cambiar la dinámica y el estilo educativo de los padres. Promover que haya un entendimiento entre ambos padres.
- Favorecer la relación padres-hijo. Establecer un vínculo o unas relaciones de apego seguras.
- Que los padres mantengan contacto telefónico y presencial con el menor.

2. Ante la imposibilidad de llevar a cabo los mismos se reconduce la

INTERVENCIÓN SOCIO-FAMILIAR

- **Dificultades detectadas:**
 - Escasa cooperación paterna, (intermitente en contactos con el menor y el centro), finalmente desaparece.
 - Pasividad de la progenitora, se mostró incapaz de afrontar el problema de forma directa, (actitud evitativa persistente).
 - La madre no acudía a las intervenciones familiares, salvo en contadas ocasiones, dificultando la labor de los diferentes Técnicos.
 - Se negó a tener visitas sin supervisión, (no quería quedarse a solas con él).
 - La figura materna no se implicó en el tratamiento del hermano, (lo llevó en un par de ocasiones a terapia específica).
- **Búsqueda de alternativas:**
 - Ante la ausencia de capacidad por parte de la madre para afrontar y controlar la situación familiar y la escasa o nula implicación con el centro, se mantuvo, desde el inicio de la medida judicial del menor, se mantuvo una estrecha coordinación con los SS.SS de la zona.
 - En un principio, se buscó la reincorporación del menor al domicilio familiar. Posteriormente, ante las imposibilidades, se inició una búsqueda activa de alternativas residenciales, (recurso de Protección -).

INTERVENCIÓN SOCIOCOMUNITARIA

Riesgos detectados que desaconsejan retomar la convivencia familiar.

1. Posibilidad de convivir con el padre: Desde el primer momento el padre dijo que esta opción no era viable.
 2. Retomar la convivencia en el domicilio materno, si se cumplían tres supuestos:
 1. Realizar una valoración del estado del hermano pequeño y llevar a cabo una intervención terapéutica especializada en caso de que se considerara necesario. Acercamiento de Antonio a su hermano supeditado al estado del hermano pequeño y valoración de dichos profesionales.
 2. Desarrollar la madre unos mecanismos de control eficaces del comportamiento del menor.
 3. Mejorar la relación afectiva entre madre y menor.
- **No se ha producido una evolución positiva en estos objetivos, especialmente en los dos primeros.**

INTERVENCIÓN SOCIOCOMUNITARIA

. Solicitar una medida de tutela por la Comunidad de Madrid. En un primer momento el menor terminaba la medida siendo todavía menor de edad. Después, al efundirse la otra medida, esta opción ya no fue viable.

?. Vida independiente: por las características del menor, se vio que no era posible.

}. Búsqueda de otro recurso residencial.

- **Salud mental:** En AMI-TEA descartan Trastorno Generalizado del Desarrollo. Se deriva a Salud Mental de Zona, pero no existe otra patología psiquiátrica que justifique un ingreso en la red de Salud Mental.
- **Dependencia.** Derivación a Centro Base (cuando se tuvieron todos los informes). Dilación en el proceso por las dificultades de la madre para colaborar en la aportación de la documentación necesaria y firmar la solicitud. Varios meses hasta que citaron al menor y emitieron dictamen (16 de julio de 2014)
- Unidad de Discapacidad Intelectual Ligera: Requisitos ser mayor de edad, tener reconocido el grado de minusvalía por discapacidad intelectual límite o

VALORACIÓN DEL RIESGO AL FINAL DE LA MEDIDA DE INTERNAMIENTO

- Mejora en la adquisición de unos hábitos y rutinas más adaptadas, así como un estado de ánimo y comportamiento más estable.
- Sin embargo, todas estas mejoras sólo podrán persistir en el tiempo en el caso de que se mantenga una supervisión adulta responsable y presencial.
- Importantes limitaciones en la evolución potencial de Antonio
- Situación de riesgo social muy elevada. Por una parte, su falta de habilidades de adaptación y su conducta infantilizada hace que en situaciones de escasa supervisión pueda tender a buscar un grupo de relación de edad muy inferior a la suya. Esto unido a su falta de control de impulsos haría probable la emisión de comportamientos sexualizados en situaciones de oportunidad.
- Se mantiene el riesgo de conducta agresiva en el ámbito familiar, sin embargo disminuye fuera del mismo.
- Sin embargo, también el joven se encuentra en una situación de riesgo como víctima potencial, en virtud de sus carencias sociales, su elevada vulnerabilidad a la influencia de los demás y la necesidad de aceptación que presenta.

EL FINAL DEL INTERNAMIENTO

Finalmente no se le concedió la plaza residencial en el curso que se había propuesto.

La familia se negaba a acoger al menor.

Persistía el riesgo en la convivencia con el hermano.

Falta de habilidades para desenvolverse de manera autónoma y llevar a cabo una vida independiente.

Acogimiento temporal en el grupo educativo de convivencia "Padre Amigó".

SERVICIOS SOCIALES



INTERVENCIONES PREVIAS



- PUNTO DE VIOLENCIA (2008)
- Demanda inicial:Facilitar tramites separación.
- Intervención al limite. Denuncia de malos tratos y orden de alejamiento. Daño psicológico severo
- Abordaje terapéutico con ella y con el hijo mayor a petición de esta .Primeras manifestaciones de violencia intrafamiliar.
- Derivación al Equipo de Familia 2009

EQUIPO DE FAMILIA

AISLAMIENTO SOCIAL SIGNIFICATIVO

DESVINCULACIÓN FAMILIAR DESARRAIGO FAMILIAR

INCAPACIDAD DE INSTROSPECCION

NEGACIÓN DE LA SITUACION PROBLEMA

FUERTE APEGO A LOS MENORES

ALTERACION DE LOS ROLES FAMILIARES

AUTOINCULPACIÓN

TRASTORNO DE CONDUCTA Y AGRESIVIDAD COMO

RESPUESTO A LA DINAMICA FAMILIAR

INTERVENCIONES

COORDINACIÓN COLEGIO

- COORDINACION IES
- Abordaje con las manifestaciones en entorno formativo

- Potenciación recursos personales de la madre

- Cobertura de Necesidades Básicas

- Coordinacion con SALUD MENTAL INFANTIL
- Perfil de CENTRO DE DIA
- ESPACIOS LÚDICOS PARA LOS MENORES

INTERNAMIENTO

- **ABORDAJE FAMILIAR 1**



- ATENCION INDIVIDUALIZADA CON LA MADRE
- IMPLICACION DEL PADRE
- IMPLICACION DEL RESTO DE LA UNIDAD FAMILIAR
- VALORACION DEL DAÑO DEL MENOR

ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA

- **ABORDAJE FAMILIAR 2**

- Mejorar capacidades de afrontamiento de la situación de ingreso (se trabaja la negación, victimismo, culpabilización).
- Afrontamiento del Aislamiento Social (Reflexionar que significa el aislamiento)
- Afrontamiento de la situación de DUELO
- Mejorar las competencias relacionales y vinculares con sus hijos (presente y ausente)
- Aceptación de la valoración del Daño. Aceptar acudir al CIASI

TRABAJO CON EL HERMANO

- **ABORDAJE FAMILIAR 3**



- TRABAJO EN RED CON EL CENTRO ESCOLAR.
- ATENCION A LAS CONDUCTAS DISRUPTIVAS EN EL AULA
- FAVORECER LA PARTICIPACION CC SUS IGUALES
- VALORACION DEL DAÑO

INSTITUCIONAL

- COORDINACION CON EL CENTRO TERAPÉUTICO
 - FIGURA DE MECIACION- FACILITADORES con la madre y centro
 - PREPARACION DE LA DESINSTITUCIONALIZACION
- COORDINACION CON SALUD MENTAL DE ZONA

PREPARACION DE LA DESINSTITUCIONALIZACION

DIAGNÓSTICO



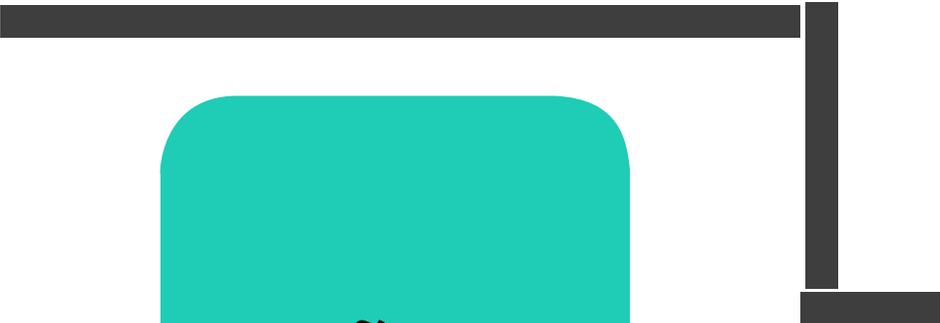
RECURSO

- TRAYECTORIA DE DIAGNÓSTICO
- CAMBIO DE PROFESIONALES DE SALUD MENTAL DE REFERENCIA
- DIFICULTAD DE DIAGNÓSTICO// RECURSO POR

DIAGNOSTICO EN SALUD MENTAL

- INCORPORACIÓN A DEMANDA DE RECURSO RESIDENCIAL ESTABLE

- TIPOLOGÍA DE RECURSOS
- PERFIL DE POBLACIÓN
- ENCUADRE Y NECESIDADES



• **18 AÑOS**

- DESCARTADO POR PRESENTAR DIAGNÓSTICO DE INTELIGENCIA LÍMITE

DIAGNÓSTICO DISCAPACIDAD



RECONOCIMIENTO DE MINUSVALÍA

- Diagnóstico inicial de ALTERACIÓN DE LA CONDUCTA 63%
- RECURSO ALZADA NUEVO DIAGNÓSTICOS
 - RETRASO MENTAL
 - TRASTORNO DE CONDUCTA



- PERFILES NECESIDADES RECURSO

- UNIDAD ESPECÍFICA UDIL

DISCAPACIDAD LIGERA CON TRASTORNOS DE CONDUCTA

RECONOCIMIENTO DE GRADO DE DEPENDENCIA

- RECONOCIMIENTO DE GRADO 2
 - ACCESO A PRESTACIONES RESIDENCIALES
 - DIRECTA
 - INDIRECTA: CHEQUE SERVICIO
- LISTA DE ESPERA PARA UDIL

INCAPACITACIÓN

- INFORMACION A FISCALIA DE PRESUNTO INCAPAZ,. ACTUACION DE OFICIO



- AUSENCIA DE APOYO FAMILIAR

- PROPONER A LA AMTA (AGENCIA MADRIELÑA PARA LA TUTELA DEL ADULTO) COMO TUTORA

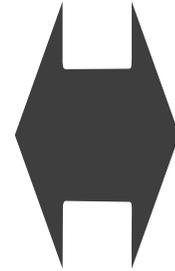
SITUACION REAL PARA DESINTERNAMIENTO

- LISTA DE ESPERA UNIDAD ESPECIFICA SIN PREVISION TEMPORAL DE OCUPACION
- AUSENCIA DE COMPROMISO FAMILIAR PARA ACOGERLO EN CASA NI DE LA MADRE NI FAMILIA EXTENSA
- BUSQUEDA DE RECURSOS ALTERNATIVOS PRIVADOS PARA JOVENES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA.
- INCAPACIDAD DE LA UNIDAD FAMILIAR PARA ASUMIR COSTES
- SITUACION DE CALLE INASUMIBLE POR EL RIESGO ACTIVO Y PASIVO

AUSENCIA DE RECURSO RESIDENCIAL

A
N
I
V
E
L

- INCAPACIDAD DE LA MADRE PARA ASUMIR LA SALIDA DE LA INSTITUCION



- DESVINCULACION FAMILIAR Y PARTICIPACION EN LA CORRESPONSABILIDAD

F
A
M
I
L
I
A
R

- REAGUDIZACION DE LOS SINTOMAS EN EL HERMANO MENOR

- ABANDONO DEL JOVEN

ALTERNATIVAS "POR LAS BRAVAS"

- SITUACIÓN DE CALLE.
Desprotección severa.
- MEDIDAS DE PROTECCIÓN: ORDEN DE ALEJAMIENTO como respuesta de la madre y al hermano menor
- RIESGO PASIVO y ACTIVO en espacios no protegidos y supervisados
- INGRESO POR MANDAMIENTO JUDICIAL en cualquier tipo de recurso como respuesta a la situación de riesgo

REFLEXIÓN PERSONAL



- RETRASO MENTAL



- SERVICIOS SOCIALES



- TRASTORNO MENTAL

LIBERTAD VIGILADA



LIBERTAD VIGILADA TRAS INTERNAMIENTO

- *Devolver al joven a su contexto familiar y social*
- *Consolidar y poner en práctica los avances conseguidos en el CEMJ*
- *Recursos Comunitarios*
- *Evitar la reincidencia delictiva*

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL CASO:

- 18 Años
- Grado de minusvalía de 66% por discapacidad intelectual
- Historial psiquiátrico
- Alta probabilidad de reincidencia sin supervisión
- Sin recurso residencial (pendiente de plaza en UDIL)

GRUPO DE CONVIVENCIA

- Medida excepcional	- Lugar de Residencia
- Tiempo limitado	- Necesidades básicas cubiertas
- Recurso no especializado	- Atención educativa integral 24 h / día
- No comparte proyecto educativo	- Máxima supervisión
- Estancia Voluntaria	

OBJETIVO 1: INCORPORACIÓN DEL JOVEN AL RECURSO RESIDENCIAL ESPECIALIZADO

- › Coordinación con Servicios Sociales de Zona.
- › Trabajar la asunción de su situación familiar y personal para facilitar su incorporación al recurso definitivo.
Información real y ajustada.
- › Trabajar la asunción de normas y adecuado cumplimiento en el recurso provisional.

OBJETIVO 2: SALUD MENTAL



- Supervisión de medicación y acompañamiento a citas.
Coordinación con Hospital de referencia.

OBJETIVO 3: RECUPERACIÓN DEL VÍNCULO AFECTIVO CON SU FAMILIA.

- › Coordinación con el Programa de Familia de Servicios Sociales de zona. Se trabaja en paralelo con madre y hermano.
- › Comunicación telefónica con la madre
- › Encuentros materno – filiales supervisados
- › Progresiva incorporación de la familia extensa: abuelos, tíos

OBJETIVO 4: DESARROLLO PERSONAL

Dar continuidad a logros obtenidos en el CEMJ

- Apoyo Psicológico. Manejo de necesidades personales y de emociones negativas.
- Taller de Desarrollo Personal y Competencia Social del Programa PRISMA.
- Actividades formativas: Nivel 1 Educación secundaria de adultos. Taller de Apoyo Escolar del Programa PRISMA, Aula Mentor de inglés
- Supervisión educativa integral: Rutinas, autocuidados, higiene, citas médicas, relación con adultos, relación con iguales, administración económica... promoviendo la progresiva autonomía.
- Ocio: Salidas culturales. Posible incorporación a programa específico de ocio para personas con discapacidad intelectual ligera.

OBJETIVO 5: PREVENCIÓN REINCIDENCIA DEL HECHO DELICTIVO

- Autor/ Víctima potencial
- Identificar los factores de riesgo vinculados al abuso.
- Fomentar conductas alternativas o antagónicas.
- Reflexionar acerca de las consecuencias del abuso en la otra persona.
- Fomentar la confianza en profesionales de referencia

**DISPOSITIVOS DE GRAVES TRASTORNOS
DE CONDUCTA Y PROBLEMAS
PSIQUIÁTRICOS ASOCIADOS PARA
PERSONAS CON DISCAPACIDAD
INTELECTUAL LIGERA-INTELIGENCIA
LÍMITE EN LA CAM**



ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS

OBJETIVOS

Aproximación al conocimiento del recurso UDIL

- Qué es UDIL
- Derivaciones a este recurso procedentes de dispositivos tales como:
 - Centros penitenciarios especializados en DI en la meseta: Segovia/Estremera
 - Centros de menores de reinserción social
 - Propias centros penitenciarios y/o módulos psiquiátricos (Sevilla v Foncalent)

CONTENIDOS

1. Recursos UDIL: Justificación de necesidad social y tipos de recursos
2. UDIL: Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos. Descripción del servicio y su intervención
3. Criterios de ingreso
4. Posibilidades al alta

. JUSTIFICACIÓN DE NECESIDAD SOCIAL Y TIPOS DE RECURSOS CONTEXTO SOCIAL EN EL INICIO DEL PROYECTO

- Últimos años  preocupación en las instituciones por las personas con discapacidad.
- Se han elaborado numerosos documentos orientadores de las políticas a seguir en el ámbito de la discapacidad en el ámbito de la Unión Europea.
- Normativa a nivel nacional y autonómico.
- I Plan nacional de atención a personas con discapacidad 1997-2002.

CONTEXTO: PLAN DE ACCIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2005-2008

Diagnóstico de necesidades percibidas entre las personas con discapacidad y sus representantes:

Sensibilizar y generar un cambio de actitudes en profesionales y en la población general.

Promoción de la vida independiente.

Tener en cuenta la perspectiva de género.

Potenciar los recursos de atención e impulsar los procesos de homogeneización y calidad de los mismos.

Necesidad de adaptarse a nuevas situaciones (discapacidad física, envejecimiento natural y prematuro, y **situaciones de alteración de la conducta o enfermedad mental**).

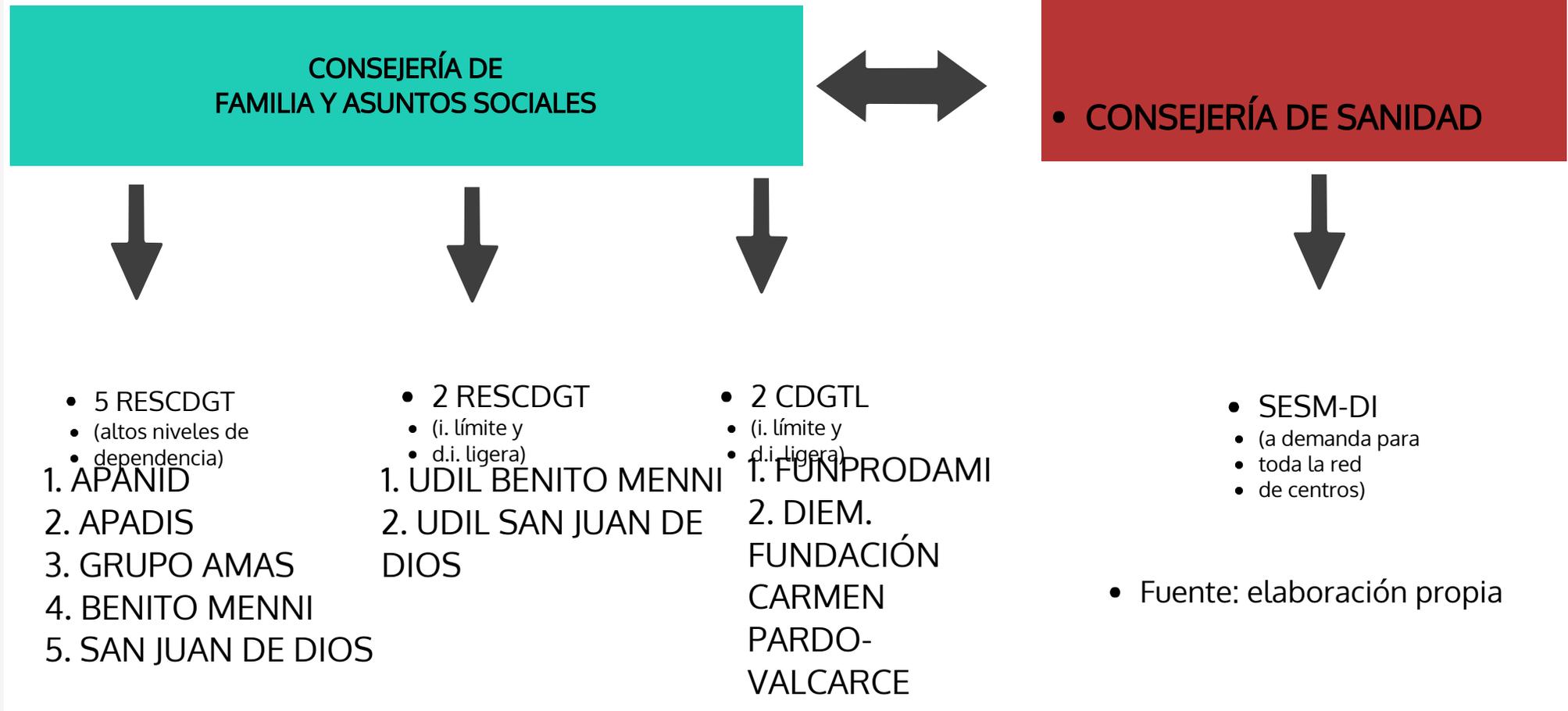
Atención especial que debía proporcionarse a otros colectivos (personas con discapacidad en situación de dependencia grave y sus familiares/cuidadores).

Importancia de la coordinación entre sanidad y servicios sociales (atención sociosanitaria para personas con discapacidad intelectual y trastornos mentales o de la conducta).

CREACIÓN DE LOS CENTROS DE DIAGNÓSTICO DUAL

- **Aumento de la demanda** de atención de personas afectadas de **discapacidad intelectual ligera y límite con graves trastornos de conducta**.
- La Consejería de Asuntos Sociales = **contratación de plazas en recursos específicos** (de estancia diurna y residencial).
- **Colaboración entre las Consejerías de Sanidad y de Asuntos Sociales** observando la necesidad de ofrecer una atención especializada a personas adultas con diagnóstico dual (discapacidad intelectual y trastorno mental o alteraciones de conducta). Creación del SESM-DI
- Entre **2005 y 2009 se abren los recursos que actualmente existen**:
 - Ciempozuelos: UDIL San Juan de Dios (20 plazas) y UDIL Benito Menni (25 plazas)
 - Montecarmelo. La Fundación Pardo Valcarce ,Centro Diem (20 plazas)
 - Vallecas. Centro de Día Funprodami (20 plazas + 3 privadas)
 - San Sebastián de los Reyes. RES-TC APADIS. (20 plazas + 16 privadas)
 - Leganés. Grupo AMAS (20 plazas)

RED ESPECÍFICA DE ATENCIÓN PARA PERSONAS CON D.I. Y GRAVES TRASTORNOS DE CONDUCTA EN LA CAM



2. DESCRIPCIÓN DE LA UDIL DEL CENTRO SAN JUAN DE DIOS (CIEMPOZUELOS)

Unidad Nuestra Sra. De la
Cruz (U05B)

20 plazas para personas
con DI ligera/inteligencia
límite
con graves trastornos de
conducta y/o enfermedad
mental asociada.



PROGRAMACIÓN

1. Programas psicoeducativos

(Desarrollo humano, enseñanza y educación, vida en el hogar, conductual, empleo, vida en la comunidad, salud y seguridad, etc.).

Objetivos:

2. Lograr ajuste conductual

3. Participación en la comunidad

4. Normalizar la relación familiar (*)

5. Mantener y mejorar sus habilidades académicas

6. Desarrollar unas rutinas de vida en el hogar y disfrute del tiempo de ocio

7. Promover hábitos saludables, etc.

8. Actividades ocupacionales/laborales:

- Jardinería
- Lavandería
- granja
- Mantenimiento y limpieza de exteriores
- Vivero
- Cerámica
- Taller ocupacional

(*)Aproximadamente el 95% de usuarios de la unidad mantiene alguna relación con su familia (fines de semana, visitas esporádicas, etc.).



ÁREA PARA PERSONAS CON D.I. DEL CENTRO SAN JUAN DE DIOS

- Además de la Unidad 05B, el Complejo Hospitalario San Juan de Dios cuenta con otras **siete unidades** (RESCDGT, Pisos tutelados/supervisados, residencias para mayores de 45 años gravemente afectados) dirigidas exclusivamente a personas con DI, ofreciendo aproximadamente **480 plazas residenciales en total**.

3. CRITERIOS DE INGRESO

- Edad 18-45 años
- Diagnóstico de DI Ligera o Inteligencia Límite
- Graves trastornos de conducta
- Posibilidad de trastornos psiquiátrico asociado

PROBLEMA

Limitación de plazas y elevada
lista de espera

4. POSIBILIDADES AL ALTA

- Derivación a otros servicios con menor intensidad de apoyos
- Pisos tutelados/supervisados
- Hogar familiar



¡¡MUCHAS
GRACIAS
A TODOS!!