



CUIDADOS

Un ejemplo de coordinación sociosanitaria en el ámbito de la salud mental y el maltrato infantil



Leticia García-Panal^{a,*}, Javier García-Panal^b y Eulalia Delgado-Mata^c

^a *Equipo de Tratamiento Familiar, Diputación Provincial de Granada, Granada, España*

^b *Distrito Sanitario Jerez Sierra Norte, Servicio Andaluz de Salud, Jerez de la Frontera, Cádiz, España*

^c *Equipo de Tratamiento Familiar, Diputación Provincial de Granada, Granada, España*

Recibido el 8 de septiembre de 2015; aceptado el 9 de septiembre de 2015

Disponible en Internet el 6 de noviembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Maltrato a los niños;
Salud mental;
Acción intersectorial;
Servicios sociales;
Salud

KEYWORDS

Child abuse;
Mental health;
Intersectorial action;

Resumen La intervención en familias con menores en situación de riesgo de sufrir maltrato infantil se convierte en un ejemplo claro de la necesidad de establecer mecanismos de coordinación intersectorial en el marco sociosanitario. Los servicios de salud: atención primaria, pediatría, salud mental; los servicios sociales comunitarios, equipos de tratamiento familiar y los centros educativos, interconectan sus objetivos de trabajo para garantizar el bienestar de los menores y la mejora de la situación familiar.

El presente artículo describe una actuación en base a estas directrices, pese a que no existe un protocolo aceptado y extendido en este sentido. Partimos de una familia monoparental con dos menores, en el que la madre sufre un trastorno de salud mental cuyo tratamiento no cumple. Tanto el padre de los menores como su familia utilizan este argumento para desacreditar la capacidad de cuidado de la madre, incidiendo este hecho en la autopercepción de esta y su ánimo para recuperarse.

Se realizaron reuniones para poner en común la información relevante, tanto de la situación familiar general como de los menores y la madre en particular. A partir de este conocimiento, se fueron fijando los objetivos en cada ámbito profesional para desarrollar el proyecto de intervención.

Este ejemplo de coordinación intersectorial pone en evidencia lo importante de su estandarización, para garantizar la atención integral de situaciones que afectan, en un principio, a personas individuales pero repercuten en todo el entorno familiar.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

A social-health care coordination reference in the fields of mental health and child abuse

Abstract The intervention in families with children at risk of abuse stays as a clear example of the need for intersectional coordination mechanisms within the socio-health care framework.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: leticia.gpanal@gmail.com (L. García-Panal).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.09.007>

1130-8621/© 2015 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Social services; Health

Different health services (such as primary care, paediatrics, mental health, community and social services, family support teams and schools) create a network in order to link their main goals in the interest of ensuring children's welfare and improving families' situation.

This essay aims at describing a performance based on the mentioned guidelines, even though there is no accepted and widespread protocol in this regard. We start our research with a one parent family with two children. The mother suffers from a mental health disorder and she fails to adhere to treatment. Both the father of the two children and his family took advantage of this situation to discredit the mother's capability of taking care of her children. This perception had a great impact in her self-esteem and therefore in her willingness and strength to recover.

Meetings were held to share relevant information about both the family's general situation, the children's quality of life and the mother's health. Based on this information, the main goals were set in each professional field in order to develop the intervention project.

This example of intersectional coordination shows the importance of its standardization for the sake of ensuring a comprehensive attention towards situations that involve initially individuals but that ends up affecting the whole family.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

En la actualidad, nos encontramos en un contexto socioeconómico que condiciona la proliferación de patologías de etiología multifactorial, siendo un factor determinante el entorno social y familiar.

Para su manejo, están tomando cada vez más importancia las actuaciones de equipos interdisciplinares, bajo una coordinación sociosanitaria estrecha entre los diferentes campos de trabajo, forma de actuar muy desarrollada en países anglosajones¹ y que cada vez cobra más importancia en nuestro entorno.

La experiencia que vamos a describir destaca todos estos elementos, pretendiendo su puesta en valor. Partimos de una familia desestructurada, con antecedentes de violencia de género y problemas de salud mental que están incidiendo en el cuidado y atención de los hijos.

Varias investigaciones determinan como factores contextuales de sufrir maltrato infantil los problemas de salud mental de los progenitores². La historia personal y las características del padre/madre han sido también muy estudiadas. En la revisión de Kaufman y Zigler³ se concluyó que la influencia de la transmisión intergeneracional del maltrato infantil en cuanto a la presencia de patologías mentales en los padres que maltratan se da en torno al 10% de los casos. Asimismo, Zuravin⁴ encontró que las madres con una depresión grave tenían casi el doble de posibilidades de mostrar comportamientos negligentes que las de un grupo control.

La enfermedad mental como representación social entraña una deshumanización que discrimina y estigmatiza⁵, la familia y el entorno sobredimensionan los efectos de su patología en las actividades de la vida diaria.

La sociedad actual tiende a pensar que los progenitores desarrollan conductas de cuidado y atención hacia los hijos, resultando difícil comprender que sea posible el maltrato⁶. Por otro lado, existen evidencias que apoyan la existencia de una asociación entre la acumulación de factores estresantes en la infancia y el incremento del riesgo de aparición de un trastorno mental en la vida adulta⁷.

Coordinación de intervenciones intersectoriales en un caso de maltrato infantil

La actuación coordinada que se presenta en este caso parte de la detección de una posible situación de maltrato infantil de unos menores, cuya madre, en proceso de separación sufría síntomas de un trastorno de salud mental, sin diagnóstico claro ni tratamiento efectivo.

La familia en intervención estaba siendo atendida desde diferentes servicios de salud (salud mental, atención primaria, pediatría) y desde servicios sociales comunitarios y los equipos de tratamiento familiar (ETF). Es a partir del programa de apoyo para hijo/as de personas en tratamiento en salud mental, cuando la enfermera de este servicio se pone en contacto con el ETF y se comienza a trabajar desde la filosofía de la coordinación sociosanitaria. De una manera informal, se partió de la valoración conjunta de las necesidades⁸ como instrumento compartido para la intervención con la familia. En el terreno de la salud mental la gestión de casos tiene una larga tradición de prestación de servicios, destacando las experiencias en pacientes con trastornos psicóticos y en depresión⁹. Aunque se entiende la figura del gestor de casos¹⁰ dentro de esta metodología de trabajo, no se definió una figura concreta para esta intervención.

Se encuadró la intervención intersectorial llevada a cabo con esta familia a partir de los objetivos que se plantean desde la valoración integral:

1. Mejorar la identificación de necesidades sociosanitarias. El escenario planteado se caracterizaba por:
 - Mujer en riesgo de exclusión social por enfermedad mental.
 - Mujer en situación de maltrato psicológico y emocional por parte del padre de los menores y la familia de este.
 - Niños con factores de riesgo para sufrir maltrato infantil.
 - Niños con factores de riesgo de sufrir enfermedad mental como consecuencia de un entorno inestable.

Tabla 1 Objetivos de intervención de cada uno de los servicios intersectoriales implicados en el caso

Servicios Sociales Comunitarios	Intervención inicial con la familia detectando la situación de riesgo con los siguientes indicadores principales (codificación según el protocolo de la hoja SIMIA): A.37. El padre o la madre han sido objeto de maltrato en su infancia B.40. Violencia doméstica física o verbal extrema y/o crónica, entre los padres o cuidadores, en presencia del menor B.41. Falta de interés por sus necesidades y despreocupación por sus problemas. No les dan ayuda cuando la necesitan C.31. Falta de atención a las necesidades físicas y educativas del menor C.32. Desconocimiento de las pautas de cuidado básicas según cada etapa evolutiva C.33. No asumen su rol parental C.34. Apatía o nulidad para el cuidado de los hijos C.42. Bajo nivel intelectual o enfermedad mental C.44. Desestructuración familiar
Equipo de Tratamiento Familiar Centro de Salud	Establecer mecanismos de protección para los menores ante una posible situación de maltrato, favoreciendo la estabilidad emocional de la madre para que pudiera ocuparse de los menores de forma oportuna Determinar los posibles factores de riesgo de maltrato infantil Valorar posibles problemas de salud secundarios a maltrato infantil Hacer un seguimiento integral de la salud de los niños Determinar posibles factores de riesgo de violencia de género Valorar posibles problemas de salud secundarios a maltrato hacia la mujer Hacer un seguimiento integral de la salud de la mujer
Salud Mental	Desarrollar un tratamiento específico y seguimiento de la enfermedad mental Implementar el programa de apoyo, prevención y seguimiento para hijos de personas con enfermedad mental

2. Establecer planes personalizados con objetivos específicos, asegurando la atención continuada e integral.

Entre los objetivos de intervención de cada uno de los servicios intersectoriales implicados en la intervención del caso, destacamos: el reconocimiento de la situación problema, la adherencia de la madre al tratamiento farmacológico y su incorporación al programa de entrenamiento de habilidades para mejorar la crianza de sus hijos (tabla 1).

3. Conocer la situación de partida para poder predecir su evolución.

El presente caso se trata de una mujer de 36 años, recientemente divorciada, madre de una hija de 3 años y un bebé de 8 meses. El caso fue derivado por los servicios sociales comunitarios del municipio al ETF por la posible situación de desprotección en la que se encontraban los menores. El padre y la familia paterna acusaban a la madre de no cuidar de sus hijos debido a su patología de salud mental, enfermedad que por otra parte la mujer no trataba como se le indicaba desde la Unidad de Salud Mental. La enfermedad mental se había convertido en un estigma social al que se culpaba del comportamiento materno desde todo el entorno familiar, siendo utilizado como argumento central del maltrato psicológico al que se le sometía.

4. Proponer los recursos de apoyo que den respuesta a las necesidades de la persona.

En este sentido se trabajaron reuniones con los siguientes equipos:

- El equipo de salud mental para la valoración de sus recursos.
- Atención primaria, tanto desde el servicio de medicina familiar como desde pediatría.

- Recursos sociales del entorno para favorecer y facilitar su participación en actividades comunitarias que ayudasen a mejorar su red de apoyo.

- Centro educativo al que asistía la menor para incorporarla en el proceso educativo y hacerla participe de sus necesidades socioeducativas.

5. Enfocar la atención y el proceso de recuperación al contexto que más se adapte a la situación personal.

Lo primero que se hizo desde el ETF fue aclarar con el servicio de salud mental el impacto que el trastorno de la madre podría tener en la crianza de los menores. Desde este servicio se determinó que este no era incapacitante con un tratamiento adecuado y una revisión periódica del mismo. Tras este punto de partida se diseñó un proyecto de intervención para mejorar la situación personal de la madre, poniendo en valor sus cualidades y dotándola de habilidades para la crianza de sus hijos, partiendo del conocimiento de las características del desarrollo evolutivo de los mismos. La enfermera de la unidad de salud mental se convirtió en el referente ya que la veía periódicamente para hacer un seguimiento de su evolución y de la correcta toma de la medicación. Para valorar el estado de los niños se contactó con su pediatra con el que se fijaron varias líneas de actuación. Se revisaron las historias clínicas de ambos para evaluar la asistencia a programas de salud: control de vacunas y seguimiento de salud infantil al niño sano. Se revisaron consultas concretas en sus historias relacionadas con pequeñas heridas, que desde el entorno paterno se catalogaron de agresiones por parte de la madre, y que se cursaron siguiendo el protocolo de maltrato infantil. Tras esto, se concertaron citas para un examen general de salud valorando el estado nutricional y los hábitos

Tabla 2 Resumen de intervenciones realizadas

Servicios Sociales Comunitarios/Equipo de Tratamiento Familiar	- Visitas a domicilio - Entrevistas a los diferentes miembros de la unidad familiar, incluida la menor - Reuniones de coordinación con los diferentes agentes implicados - Gestión de recursos educativos - Intermediación familiar entre madre-padre y abuelos paternos - Intervenciones individuales con la madre - Elaboración de informes y derivación al Servicio de Protección de Menores
Centro de Salud. Equipo de Salud: Pediatría/Médico de Familia/Enfermería de Familia	- Seguimiento médico - Programas de salud (vacunas, salud infantil- niño sano) - Puesta en marcha del protocolo SIMIA - Reuniones de coordinación con servicios sociales, salud mental y ETF
Servicio de Salud Mental: enfermera de Salud Mental	- Visitas a domicilio y al centro educativo en el marco del programa de seguimiento - Intervenciones y acompañamiento a la madre en su adherencia al tratamiento farmacológico - Reuniones de coordinación con el ETF - Elaboración de informes

higiénico-dietéticos, posibles enfermedades no detectadas, y el correcto desarrollo de las capacidades psicofísicas de cada niño en función de su edad. En la [tabla 2](#) resumimos el conjunto de acciones llevadas a cabo en la intervención.

6. Realizar el seguimiento de los cambios para la adaptación continua.

Esta coordinación permitió que se pudieran realizar los cambios oportunos para irse adaptando a las situaciones que fueron surgiendo, atendiendo a la opinión de los diferentes profesionales implicados.

Discusión

Desde un primer momento la conexión motivacional entre los diferentes profesionales implicados en la intervención familiar fue clave para el desarrollo de objetivos comunes y plan de trabajo que englobara a los diferentes integrantes de la unidad de convivencia. Las principales barreras encontradas se agrupan en dos categorías:

- Familiares: la falta de adherencia de la madre al tratamiento farmacológico y el nulo interés del padre y la familia paterna en facilitar la recuperación de la madre.
- Institucionales: la no existencia de protocolos y guías de trabajo intersectoriales reducen las acciones conjuntas al interés particular de los profesionales implicados. De esta

manera los informes emitidos por cada entidad resultaron parciales y sesgados, no dando una visión general de la situación de desprotección en la que se pudieron encontrar los menores.

Aún con claras áreas de mejora, este caso es un ejemplo de que la coordinación sociosanitaria es posible, y cómo de esta manera se previenen y evitan situaciones de riesgo para los diferentes miembros de la unidad familiar.

Conclusión

El trabajo multidisciplinar sin mecanismos de coordinación efectivos ponen en marcha multitud de recursos del sistema sociosanitario que pueden resultar insuficientes, redundantes e incluso inútiles; algo inaceptable en estos momentos en los que se pone en cuestión la viabilidad del sistema público.

La actividad de equipos interdisciplinares se debe convertir en el pilar básico de atención a la ciudadanía. Esta forma de actuar se hace más imperativa en los casos que atañen a menores de edad, más aún, cuando se encuentran en situación de riesgo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Álvarez A. Experiencias de atención integrada en el NHS Inglés. Comité técnico OMIS. Fundación NewHealth. 2014. [consultado 18 Ago 2015]. Disponible en: http://omis-nh.org/media/publication_files/Atención_Integrada_NHS_Inglés_vdef_.pdf.
2. Guacimara J, Camacho MJ, Martín JC, Márquez ML. Evaluación del riesgo psicosocial en familias usuarias de servicios sociales municipales. *Psicothema*. 2006;18:200-6.
3. Kaufman J, Zigler E. The intergenerational transmission of child abuse. En: Cicchetti D, Carlson V, editores. *Child maltreatment: theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. Cambridge: Cambridge University Press; 1989. p. 129-50.
4. Zuravin SJ. **Child abuse, child neglect and maternal depression; Is there a connection?** National Centre on Child Abuse and Neglect (Ed.), *Child neglect monograph: Proceedings from a symposium, Clearinghouse on Child Abuse and Neglect, Washington, DC. (1988)*, pp. 40-55.
5. Vega MT, Moro L. La representación social de los malos tratos infantiles en la familia: factores psicosociales que influyen en la percepción de las conductas de maltrato. *Interv Psicosoc*. 2013;22:7-14.
6. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Libro blanco de la coordinación socio-sanitaria en España. Madrid; 2011.
7. Artiegue J, Tizón J. Una revisión sobre los factores de riesgo en la infancia para la esquizofrenia y los trastornos mentales graves del adulto. *Aten Primaria*. 2014;46:336-56.
8. Morales JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbre. *Enferm Clin*. 2014;24:23-34.
9. Solano MI, Vázquez S. Familia, en la salud y en la enfermedad mental. *RCP*. 2014;43:194-202.
10. Perteguer-Huerta I. La gestión de casos: haciendo camino. *Enferm Clin*. 2014;24:159-61.