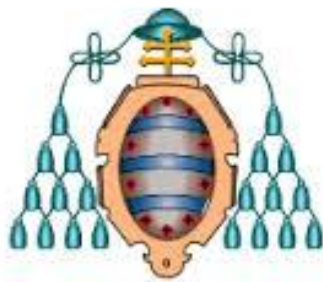




ASTURIAS
CAMPUS DE EXCELENCIA
INTERNACIONAL
|AD FUTURUM|



UNIVERSIDAD DE OVIEDO

MÁSTER EN POLÍTICAS SOCIALES Y BIENESTAR

CURSO ACADÉMICO 2014/2015

TRABAJO FIN DE MÁSTER

ATENCIÓN DE PROBLEMAS DE NIÑOS Y JÓVENES EN
ACOGIMIENTO RESIDENCIAL

VÍCTOR ALONSO FUERTES

OVIEDO, 1 DE JULIO DE 2015.

Resumen:

Investigaciones recientes han señalado la presencia de ciertos problemas y carencias en la coordinación entre los sistemas de Salud Mental y Acogimiento Residencial que pueden poner en riesgo el adecuado desarrollo de las terapias recibidas por los niños, niñas y jóvenes en este tipo de acogimiento. Se trata de un patrón común a nivel europeo, pero que puede considerarse especialmente preocupante en el caso de España dado el elevado uso que se hace de estos recursos de acogimiento, mientras que en otros países se encuentra más extendido el Acogimiento Familiar. Por esto, en base a determinadas propuestas planteadas a lo largo del reciente proyecto europeo RESME, el objetivo de este trabajo será realizar una exploración acerca de la situación que encontramos en este ámbito en España, y diseñar una política pública conforme a esto para el desarrollo de una hipotética plataforma de equipos interdisciplinares que hagan una labor de coordinación entre los servicios de Salud Mental y Acogimiento Residencial. De este modo buscaremos la forma de alcanzar un adecuado trabajo en red entre estos sistemas, en pro de la salud y bienestar de los niños y niñas bajo estas medidas de protección.

Palabras clave: acogimiento residencial, protección infantil, salud mental, coordinación sociosanitaria.

Abstract:

Recent research has shown the presence of certain problems and deficiencies in the coordination between Mental Health and Residential Care systems that may put at risk the proper development of therapies received by children and young people in this type of child care. This is a common pattern at European level, but it can be considered particularly worrying in the case of Spain due to the high use made of these resources for child protection, while in other countries Foster Care is much more extended. Therefore, based on proposals made over recent European project RESME, the objective of this work will be to perform a scan on the situation we find in this field in Spain, and design a public policy for the development of a hypothetical platform of interdisciplinary teams that would network between Mental Health and Residential Care services. This way, our purpose would be ensuring a good coordination between these systems, in benefit of the health and welfare of children under these protection measures.

Key words: residential care, child care, mental health, social-sanitary coordination.

Introducción

Al hablar del campo de la intervención social en familia e infancia en España, podemos situar el inicio de la "obra de protección de menores", a nivel jurídico e institucional, a comienzos del siglo XX, con la Ley General de Protección a la Infancia en 1904 (Santos, 2008). Dado que los principios rectores, teóricos y prácticos, en este ámbito han ido modificándose enormemente a lo largo del siglo pasado, para hacer el análisis de la problemática que nos ocupará a lo largo de este trabajo, tendremos que exponer inicialmente los cambios que se han producido a lo largo de las últimas décadas en el ámbito del acogimiento en España.

Se puede hablar de una primera gran transición en el modelo de protección de menores en los años ochenta, en la que se pasa del modelo institucional al modelo familiar, siendo el criterio de normalización uno de los pilares centrales para sostener este cambio. Su objetivo será que los menores acogidos en centros puedan vivir con unas rutinas y en un contexto lo más parecido a un hogar familiar, y tener experiencias de socialización similares a las del resto de los niños, empleando recursos y espacios comunitarios.

Con esta primera transición comienza a abandonarse el uso, casi abusivo por aquel entonces, de las macro-instituciones: centros cerrados de gran capacidad, con personal no profesional, basados en cubrir necesidades muy elementales de los menores, y autosuficientes (dotados de médico, escuela, cine, etc.); y se empieza a promover la construcción y desarrollo de recursos alternativos, como pisos familiares o residencias, con una distribución interna organizada en espacios diferenciados, con unidades de convivencia para unos ocho o diez niños o adolescentes. Estos hogares, a diferencia de las antiguas macro-instituciones, cuentan con personal cualificado y un menor número de jóvenes a los que atender, pudiendo cada uno tener sus propios tutores de referencia, y destacando especialmente que se trata de centros abiertos: los niños y adolescentes acuden a colegios, centros de salud, zonas de ocio, etc. fuera del hogar, como haría cualquier otro menor (conforme al citado principio de normalización).

En los años noventa podemos hablar de una segunda transición, al modelo especializado, vigente en la actualidad, y que si bien sigue una filosofía similar al modelo familiar, presenta algunos cambios importantes. Estos se deben especialmente

al surgimiento de los nuevos perfiles de menores que tienden a encontrarse durante los últimos años en protección, siendo mayoritariamente adolescentes sin previsión de retorno a su hogar familiar, adolescentes que ejercen violencia contra su familia, niños/as menores de 14 años infractores con medida de protección y menores extranjeros no acompañados (Del Valle, Bravo y López 2009). Dentro de este marco, es muy común encontrar menores con problemas graves de conducta, emocionales y de salud mental.

Esta tendencia no se da únicamente en nuestro país, pues a nivel europeo, a partir de los años noventa, también comienzan a percibirse cambios similares en los perfiles de los menores y un aumento en la edad media de la población atendida en estos servicios de protección (Colton y Hellinckx, 1993). Concuere con la evolución del sistema de protección actual, que trata de seguir el principio, nacido en los EEUU, del "permanency planning" (Maluccio, Fein y Olmstead, 1986). Este se adoptó posteriormente en Europa, y su objetivo será tratar de que los niños a los que se haya aplicado alguna medida de protección obtengan un ambiente donde vivir de manera estable, ya sea mediante reunificación con sus padres biológicos, adopción o acogimiento familiar permanente. De este modo se busca evitar constantes traslados de hogar o familia para los menores, algo que repercute negativamente en el desarrollo de estos niños y niñas, al dificultar, o incluso impedir, que puedan establecer vínculos afectivos estables, los cuales serían fundamentales en edades tempranas para un adecuado desarrollo.

Lo que sucede es que estas medidas propias del "permanency planning" se aplican de forma prioritaria con los niños y niñas más pequeños/as, lo que acaba ocasionando que la población atendida en acogimiento residencial sea cada vez de mayor edad, pasando a ser un entorno de intervención dirigido fundamentalmente a adolescentes y a los niños y niñas que presentan características que dificultan su acogida o convivencia en un entorno familiar (Dale, Baker, Anastasio y Purcell, 2007).

En este escenario, lo que el actual modelo especializado busca será desarrollar una red de acogimiento residencial más diversificada y especializada para poder atender las diferentes necesidades, con un enfoque más terapéutico, dada la gran cantidad de problemas de salud mental y conducta que se presentan en el ámbito del acogimiento residencial, pero siempre tratando de mantener el criterio de normalización instaurado

con el modelo familiar. Según indican Bravo y Del Valle (2009), en España podríamos distinguir entre las siguientes alternativas de centros de acogimiento:

Hogares de acogida para niños entre 0-3 años: dan cobertura específicamente a bebés y niños/as muy pequeños, con recursos especializados para atender sus necesidades. Uno de los objetivos actuales, tanto a nivel teórico/académico como legal, sería que todos los menores entre estas edades accediesen por normativa a ser acogidos en familias y no tener que recurrir a este tipo de centros; pero dada la falta de impulso en acogimiento familiar en nuestro país, se plantea como una meta algo compleja de conseguir a corto plazo.

Hogares de primera acogida y emergencia: dedicados a la recepción de casos urgentes, cuando se considera necesario separar inmediatamente a un niño o niña de su familia y derivarle temporalmente a un ambiente de protección, mientras se le asigna un plan de caso para aplicar medidas de protección a más largo plazo.

Hogares de convivencia familiar: hace referencia al repertorio de centros que proporcionan cuidados en un entorno donde conviven niños, niñas y jóvenes de diferentes edades, en un intento de crear un ambiente de protección familiar mientras los menores necesiten encontrarse en acogimiento residencial.

Hogares para la preparación para la independencia de adolescentes: habitualmente se trata de pisos integrados en la comunidad, en los que un pequeño grupo de adolescentes se preparan para la transición a la vida independiente. Está pensado particularmente para aquellos casos en los que no parece viable, o es imposible, el retorno del menor con su familia de origen, y dada la proximidad a la mayoría de edad se plantea apoyar a estos jóvenes para desarrollar las habilidades necesarias para vivir por su cuenta. Los adolescentes viven juntos en estos hogares, teniendo cada uno sus propias responsabilidades en la organización doméstica y la convivencia con sus compañeros, y con un contacto y apoyo básico por parte del personal de protección de menores.

Centros para adolescentes con problemas emocionales y conductuales: son hogares especializados instaurados para dar respuesta al incremento de casos de adolescentes que, además de haber sufrido situaciones de negligencia o abuso, presentan

problemas severos para convivir con otros compañeros, especialmente cuando pueden poner en juego su salud o la de los otros. Habitualmente son hogares situados en ambientes abiertos, o pequeñas casas independientes con granjas, talleres u otros recursos para realizar actividades. Suelen acoger a un pequeño número de adolescentes, y tienden a necesitar un mayor número de profesionales y apoyo psicoterapéutico que otros tipos de centros. Este tipo de centros se conocen con diferentes terminologías, como "hogares de socialización" o "de régimen especial". En algunas comunidades autónomas cuentan también con los llamados centros o unidades terapéuticas, donde se trabaja con jóvenes que presentan problemas graves de salud mental.

Hogares para menores extranjeros no acompañados: planteados para recibir a aquellos menores que llegan a España de otros países sin su familia (siendo la mayoría de casos del norte de África). El aumento de este tipo de casos llevó a tener que crear este tipo de recursos, con profesionales especialmente preparados que conocen su lenguaje, costumbres, etc.

Si bien este trabajo se va a dirigir hacia el acogimiento residencial, dada la estrecha relación que mantiene con el acogimiento familiar, cabría hacer un breve comentario sobre este último para representar algo mejor el contexto en el que nos movemos. El acogimiento familiar como tal fue introducido en España mediante la Ley de Acogimiento y Adopción de 1987, a partir de la cual se creaba un nuevo sistema de protección infantil, planteado como la gran alternativa al acogimiento residencial (Bravo y Del Valle, 2009).

Una de las cuestiones de mayor consenso legal, científico y profesional en los últimos años, es que la prioridad pasa a ser que los niños se desarrollen, siempre que sea posible, dentro de la unidad familiar. El problema es que dentro del campo de la protección de menores, a pesar de conocerse esto, en la práctica es muy difícil de llevar a cabo debido a la escasez de familias acogedoras que cumplan los requisitos y estén además dispuestas y/o preparadas para dedicarse al cuidado integral de un niño/a o adolescente que presente graves problemas emocionales o de conducta. Por esto, durante los últimos veinte años el acogimiento familiar en España no ha llegado a implantarse como una medida de prioridad que logre abarcar todos los casos que requieren protección, siendo por tanto necesario recurrir a otras medidas como el acogimiento residencial para poder dar cobertura a todos estos niños y niñas. La

evolución del número de altas de menores en ambos sistemas de protección desde el año 1990 hasta 2013 puede verse en el siguiente gráfico.

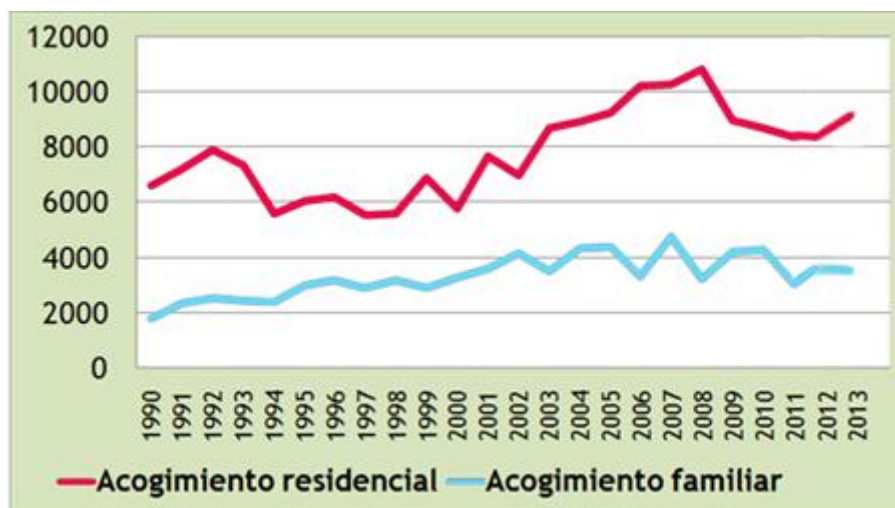


Gráfico 1. Evolución de altas en acogimiento desde 1990 hasta 2013.

Podemos observar con más detalle la distribución de los tipos de acogimiento en los últimos años, a partir de las cifras proporcionadas por el Observatorio de la Infancia en su último Boletín Estadístico (datos 2013).

	AÑO						
	2008	2009	2010 ⁽²⁾	2011 ⁽¹⁾	2012 ⁽²⁾	2013	
Acogimiento residencial	Abs.	10.815	9.015	8.708	8.405	8.311 ⁽³⁾	9.361 ⁽⁵⁾
	Tasa	135	114	106,4	102,3	120,3	112,4
Acogimiento familiar administrativo	Abs.	2.224	2.959	2.968	1.770	2.298 ⁽⁴⁾	1.978 ⁽³⁾
	Tasa	33,5	36,4	36,2	27,2	35,1	30,1
Acogimiento familiar judicial	Abs.	1.022	1.756	1.345	1.285	1.409 ⁽⁴⁾	1.627 ⁽⁴⁾
	Tasa	15,5	26,4	20,9	19,7	21,5	24,7

⁽¹⁾ Sin datos de Ibiza y Formentera. ⁽²⁾ Sin datos de Ibiza. ⁽³⁾ Sin datos de Cataluña y Melilla. ⁽⁴⁾ Sin datos de Cataluña y Galicia. ⁽⁵⁾ Sin datos de Melilla.

Tabla I. Número de altas en medidas de acogimiento entre 2008-2013.

Hay que tener en cuenta que la evolución del número de medidas de protección está en continuo cambio, realizándose altas y bajas a diario. Por esto, debemos tomar un punto de referencia anual (normalmente el último día del año) para poder medir la cantidad de expedientes abiertos bajo cada medida de protección. De este modo nos encontramos con que a día 31 de diciembre de 2013 tenemos 35.045 medidas de acogimiento, de las cuales 13.401 (38,2%) son en acogimiento residencial y 21.644 (61,8%) en acogimiento familiar. Esto puede parecer que se contradice con los datos sobre el número de altas en cada tipo de medida de protección, pero la explicación se debe a la propia naturaleza de cada una de las mismas, ya que en acogimiento residencial, aunque se reciban muchos casos nuevos cada año, parte de ellos pueden ser medidas provisionales, y también se producen gran cantidad de bajas por otros motivos. Estos pueden ser la reintegración del menor en su familia de origen, por cumplimiento de la mayoría de edad o por paso a acogimiento familiar (recordemos que, siempre que se cumplan las condiciones adecuadas, se tenderá a dar preferencia a que los niños/as puedan encontrarse acogidos en una familia, sea esta ajena o emparentada con el menor, antes que en acogimiento residencial).

Cuando pasamos a analizar las características propias de la población en acogimiento residencial, tal y como se ha ido señalando hasta ahora, uno de los principales problemas que se detectan es la elevada cantidad de casos con trastornos graves de conducta y de salud mental que presentan estos niños, niñas y adolescentes (Sainero, Bravo y Del Valle, 2014). Es importante tener en cuenta que esto no es algo que suceda únicamente en nuestro país, pues patrones comunes se pueden encontrar en el resto del territorio europeo. Estudios recientes indican que en Francia el 48% de los menores en acogimiento residencial presentan algún tipo de trastorno o problema conductual (Bronsard y cols., 2011). En Reino Unido, investigaciones similares concluyen que, proporcionalmente, por cada caso con problemáticas de salud mental en menores de población general, se dan aproximadamente cuatro en menores en acogimiento residencial (Ford, Vostanis, Meltzer y Goodman, 2007; Sempik, Ward y Darker, 2008).

Investigación Nacional

En el caso de España, el estudio concreto de esta problemática es algo que hasta muy recientemente apenas se había explorado dentro de la población en acogimiento residencial. El estudio pionero en esta línea fue llevado a cabo en Extremadura por Del Valle y Bravo (2011), con una muestra de 291 casos autóctonos en acogimiento residencial en esta región. Se buscaba detectar la prevalencia de trastornos de salud mental en esta población, además de analizar los servicios terapéuticos a los que pudieran estar acudiendo, y los criterios por los que se estuviese haciendo uso los mismos. De este modo se encontró que 64 casos (22% de la muestra) acudían a tratamiento de salud mental, considerando tanto tratamientos psicológicos como psiquiátricos.

Una cuestión fundamental que surge a raíz de esto es si dichos tratamientos están siendo eficaces para estos niños. Resulta especialmente importante dado que estamos ante un área inexplorada, y por tanto no se puede valorar con seguridad si desde los servicios terapéuticos se están enfocando adecuadamente los tratamientos de esta población (Defensor del Pueblo, 2009), ni conocemos el grado de satisfacción, tanto de los propios niños como de sus educadores, con las terapias. Este vacío de conocimiento resulta ciertamente preocupante al tener en cuenta la amplia literatura que defiende que aspectos tan elementales como una buena relación entre paciente y terapeuta es uno de los mejores predictores de éxito de una terapia (Norcross, 2010).

Otros autores afirman además que este aspecto es especialmente crítico en los tratamientos con menores de edad, dado que no solo existirá una relación paciente-terapeuta, sino que el terapeuta también deberá relacionarse con los cuidadores del menor (en nuestro caso los educadores de los hogares de acogimiento) los cuales ejercerán un rol vital en el desarrollo del niño/a y deberán ser quienes sigan y apoyen día a día en los centros las pautas de tratamiento de los menores (Shirk y Karver, 2003). A pesar de la importancia que tendría manejar adecuadamente esta información, la realidad es que en el campo de la satisfacción con las terapias, en población infantil y adolescente, hay una enorme carencia de conocimientos. Si nos referimos, además, particularmente a población en acogimiento residencial, los datos con los que contamos son prácticamente nulos, y es fundamental tener en cuenta que estamos hablando de un

grupo de menores que, como ya ha sido comentado, presentan unas características, historias de vida y problemáticas muy diversas que los hacen particularmente vulnerables, por lo tanto habrá que analizar si es necesario un enfoque terapéutico especializado para estos casos.

Ante este panorama, coordinado por el Grupo de Investigación en Familia e Infancia de la Universidad de Oviedo, se desarrolla el proyecto nacional HealthinCare (2013-2015). La idea del mismo es ir un paso más allá del antes citado estudio en Extremadura de 2011 y realizar un análisis a nivel nacional, evaluando las necesidades relacionadas con los problemas de salud mental del conjunto de niños, niñas y adolescentes en acogimiento residencial en España. Cuando analizamos los resultados que se han ido obteniendo a lo largo de estos años de investigación, encontramos que en los cuestionarios de evaluación que se pide cumplimentar tanto a los niños/as como a sus educadores de referencia en los centros de acogimiento acerca de las terapias de salud mental que están recibiendo los menores, la principal queja que nos encontramos es la percepción de escasa colaboración y pautas de trabajo establecidas entre los educadores de los niños y los terapeutas de Salud Mental, ya sea psicólogo o psiquiatra, si bien los segundos presentan al compararlos puntuaciones significativamente peores. La mala praxis dentro de este ámbito debería considerarse ciertamente preocupante, dado que estamos hablando del bienestar de un grupo ya especialmente vulnerable de por sí, y los problemas que se reportan implican un enorme obstáculo para la mejora de la salud de estos niños y niñas, con todas las repercusiones tanto sobre sí mismos como sobre las terceras personas con que interactúen (recordemos que estamos hablando de casos en los que es común encontrar menores con problemas emocionales y de conducta disruptiva graves).

En España, como resultado de estas investigaciones a través de entrevistas con profesionales de los dos servicios (salud mental y acogimiento), se han encontrado percepciones interesantes. Ambos sistemas están de acuerdo en la necesidad de trabajar el conocimiento mutuo, de forma que se pueda mejorar la actitud de colaboración y las expectativas sobre el otro ámbito. La perspectiva desde el ámbito de Salud Mental es que los casos que llegan de protección de menores presentan serias carencias de información sobre los antecedentes de estos niños y niñas (historia familiar, académica, salud, etc.), y que los frecuentes cambios en el personal que acompaña a los menores a

las sesiones dificulta mucho el adecuado desarrollo de la terapia. La imposibilidad de contar con un adulto de referencia vinculado al menor de manera estable en el tiempo supone un enorme obstáculo en el seguimiento y apoyo de las pautas del tratamiento. Además señalan que los educadores llegan a las sesiones demandando intervenciones muy específicas para los menores, como medicación y buscando mejoras inmediatas, particularmente en casos de comportamiento muy disruptivo de los jóvenes, y los terapeutas no siempre pueden ofrecer estas soluciones.

La percepción por parte de los profesionales de acogimiento residencial es de que los servicios de salud mental se comportan de forma muy pasiva, no mostrando preocupación por la complejidad de los casos de estos jóvenes en protección. Indican que, debido a que los terapeutas carecen de los conocimientos suficientes acerca del ámbito del acogimiento residencial, no reconocen el rol de los educadores sociales y la necesidad de compartir e involucrarles a ellos también en la intervención con los menores. Los educadores solicitan asesoramiento sobre cómo trabajar con los niños y niñas en el hogar, en lo que se refiere a las pautas establecidas para la intervención desde salud mental, sintiendo que los psiquiatras únicamente hacen comentarios muy generales y que no les son de ayuda. Otra queja es que las sesiones en salud mental están excesivamente limitadas en términos de frecuencia y duración de las mismas.

Como ejemplo de análisis cuantitativo en esta línea (siendo esta una elaboración personal propia dentro del proyecto HealthinCare), mediante una muestra de valoraciones de los tratamientos recibidos por los niños, cumplimentadas por sus educadores, se encontró que tan solo un 16,7% (43 casos de 257) se mostraban verdaderamente conformes con el proceso comunicativo y de colaboración con pautas establecidas por el terapeuta de salud mental para trabajar con el niño o niña en tratamiento, encontrando quejas o avisos sobre carencias de coordinación en el resto de los casos.

Investigación Internacional

Cuando estudiamos el alcance de estas problemáticas, nos encontramos con que no es una dificultad particular y exclusiva de nuestro territorio, sino que existen numerosos aspectos comunes a nivel internacional. Por ello existe un proyecto europeo llamado RESME (2013-2015), en el cual también participa la Universidad de Oviedo junto a otras universidades y entidades europeas, como la Universidad de Turku, Finlandia; la Universidad de Hamburgo, Alemania; la Universidad de Vilna, Lituania; la Universidad de Edimburgo, Escocia; y la Universidad de Copenhague, Dinamarca. El objetivo del mismo ha sido precisamente tratar de establecer espacios y jornadas a las que acudan profesionales tanto del campo de los servicios sociales como de salud mental para poder compartir experiencias, estrategias de actuación, dar formación y conocer las dificultades y limitaciones a las que se enfrentan en cada área para así intentar encontrar la forma de mejorar la coordinación entre ambos servicios.

A partir de este proyecto, Timonen-Kallio, Pivoriene, Smith y Del Valle publican el libro "On the Borders between Residential Child Care and Mental Health Treatment in Europe" (2015), que reúne aspectos sobre las investigaciones, experiencias y demás aportaciones recogidas de cada uno de los países participantes. Al tratarse de un documento actual, rico en contenido y que incluye diversos puntos de vista, dentro de un ámbito en el que prácticamente no encontramos publicaciones específicas sobre la problemática objetivo (coordinación entre servicios de acogimiento residencial y salud mental), nos servirá como guía principal de apoyo para el desarrollo de este trabajo.

Un elemento clave en el proyecto RESME es la promoción de un modelo de educación social con un enfoque de "acercamiento a la salud mental", en el cual los profesionales que trabajan día a día con los menores en acogimiento sean los principales motores de cambio para lograr mejoras emocionales y de comportamiento con estos niños y niñas, siendo para esto fundamental que tanto los profesionales de los hogares como los de salud mental cuenten con una formación especializada para atender a esta población, manejando adecuadamente conceptos como el apego o vínculo afectivo, la resiliencia y la mediación de conflictos, dentro de este contexto socioeducativo. El hecho de que se busque una mayor especialización para estos profesionales parece del todo razonable dada la particular vulnerabilidad y características de los jóvenes en

acogimiento. Y, en efecto, algo que se ha visto de forma común a lo largo del proyecto es que gran cantidad de los propios profesionales demandan formación en esta línea.

Dos aspectos ligados en gran medida y que también deberían trabajarse serían el estatus y el lenguaje. Los profesionales de acogimiento residencial comparten la percepción de que su labor está generalmente infravalorada, tanto a nivel salarial como socialmente; siendo muy diferente en el caso de los profesionales de salud mental, particularmente psiquiatras, los cuales tienden a disfrutar de un reconocimiento mucho más elevado. Los trabajadores de servicios sociales señalan esto como un importante hándicap para la cooperación entre ambos servicios, ejemplificándolo a través de aspectos como el que las citas y reuniones siempre sean en las instalaciones o despachos de salud mental, reflejando la creencia de que "el tiempo de los psiquiatras es más valioso que el de ellos". El otro obstáculo que indican es el del lenguaje, existiendo la percepción entre los educadores de que los psiquiatras utilizan un lenguaje académico/técnico propio de la medicina, funcionando como barrera comunicativa y dificultando la cooperación; llegando algunos a plantear que los profesionales de salud mental utilizan este lenguaje intencionadamente como herramienta de superioridad, marcando una jerarquía.

Por otra parte, los profesionales de salud mental también presentan una serie de quejas. La principal, compartida por los profesionales de todos los países participantes, es que los educadores de los niños/as acuden a la consulta "en busca de milagros con resultados inmediatos". Entienden que están expuestos a un gran nivel de estrés, pero en ocasiones demandan diagnósticos e intervenciones de acuerdo a unas expectativas propias, y cuando el profesional de salud mental no muestra acuerdo en trabajar en esa línea surgen discrepancias y discusiones. Otro problema que se pone de manifiesto desde salud mental, es que muchas veces los educadores que acompañan a los menores que van a terapia tienen serias carencias de información acerca de antecedentes familiares del niño/a, historial médico u otras circunstancias personales del menor que pueden dificultar en gran medida el abordaje de la terapia. Estas limitaciones, añaden, se ven enormemente agravadas por otro problema de base crítico en el ámbito del acogimiento residencial, que es los frecuentes cambios de profesionales, perdiendo el contacto con el anterior educador de referencia del niño/a, lo cual repercute negativamente tanto en el propio menor a nivel de establecimiento de vínculos, como en

la cooperación entre los dos servicios, ya que supone un gran esfuerzo e inversión de tiempo para ponerse al día entre ambos profesionales (y siempre con la idea presente de que "en X tiempo volverá a suceder lo mismo").

De cara a estas dificultades, encontramos algunos obstáculos y limitaciones que, existiendo un mínimo de voluntad por parte de los profesionales, se podrían tratar de trabajar y mejorar a través de cursos, grupos de discusión o cualquier otro formato que se considere adecuado, como por ejemplo las barreras de lenguaje profesional, las expectativas de cara a los tratamientos de salud mental, etc. Pero también encontramos problemas de raíz mucho más profunda, ligados al propio funcionamiento de estos servicios, como pueden ser los frecuentes cambios y rotaciones de profesionales vinculados a los menores (cuyas graves repercusiones hemos señalado) o la imposibilidad de una mayor frecuencia para sesiones de salud mental, por problemas puramente de escasez de personal y/o sobrecarga de trabajo, por lo que para abordar estos problemas probablemente sea necesario recurrir a medidas de tipo más estructural. En relación a esto sería interesante señalar que cuando se ha entrevistado a profesionales de salud mental adscritos a programas específicos para el cuidado de niños y niñas en acogimiento, la percepción, conocimientos y actitudes eran mucho más positivas y comprensivas, pero este tipo de programas, por muy buenos resultados que den, no son un recurso "universal" para todos los centros, siendo habitual tener que acudir a los servicios de sanidad pública o recurrir a psicólogos privados no ligados necesariamente al ámbito de acogimiento residencial.

Sería conveniente considerar una serie de cuestiones relacionadas con economía y ética que, al igual que en otros contextos, podrían explicar gran parte del origen del problema. La tendencia general en el ámbito que nos ocupa es a un aumento de "usuarios", en este caso niños y niñas en acogimiento residencial, de los cuales una parte importante necesita recurrir a tratamientos de salud mental, requiriendo por tanto una mayor inversión económica para poder dar cobertura a todos los casos. La gravedad de todo esto va más allá al tener en cuenta que aquellos niños y niñas con problemas más complejos y severos tienden a ser los que necesitan tratamientos más intensos y especializados, y por tanto más costosos. Precisamente de esto nos hablan desde el grupo investigador de Dinamarca en la publicación del RESME, a lo largo del capítulo "The conditions and circumstances of pedagogical work with children and adolescents

with developmental disturbances or mental disorder", poniendo de relieve cómo es frecuente encontrarnos con situaciones en las que consideraciones económicas se anteponen a aspectos legales y de ética profesional dentro de este campo de trabajo.

En el caso de España, todo esto choca además con los fuertes recortes tanto en Sanidad como Servicios Sociales. Por tanto, nuestro objetivo será proponer una serie de medidas a través de una hipotética política pública, buscando mejorar la calidad de las intervenciones desde Salud Mental y servicios de acogimiento residencial, y sin necesidad de recurrir a grandes reformas de elevado coste. Se ha elaborado un árbol del problema para poder observar gráficamente la situación planteada:

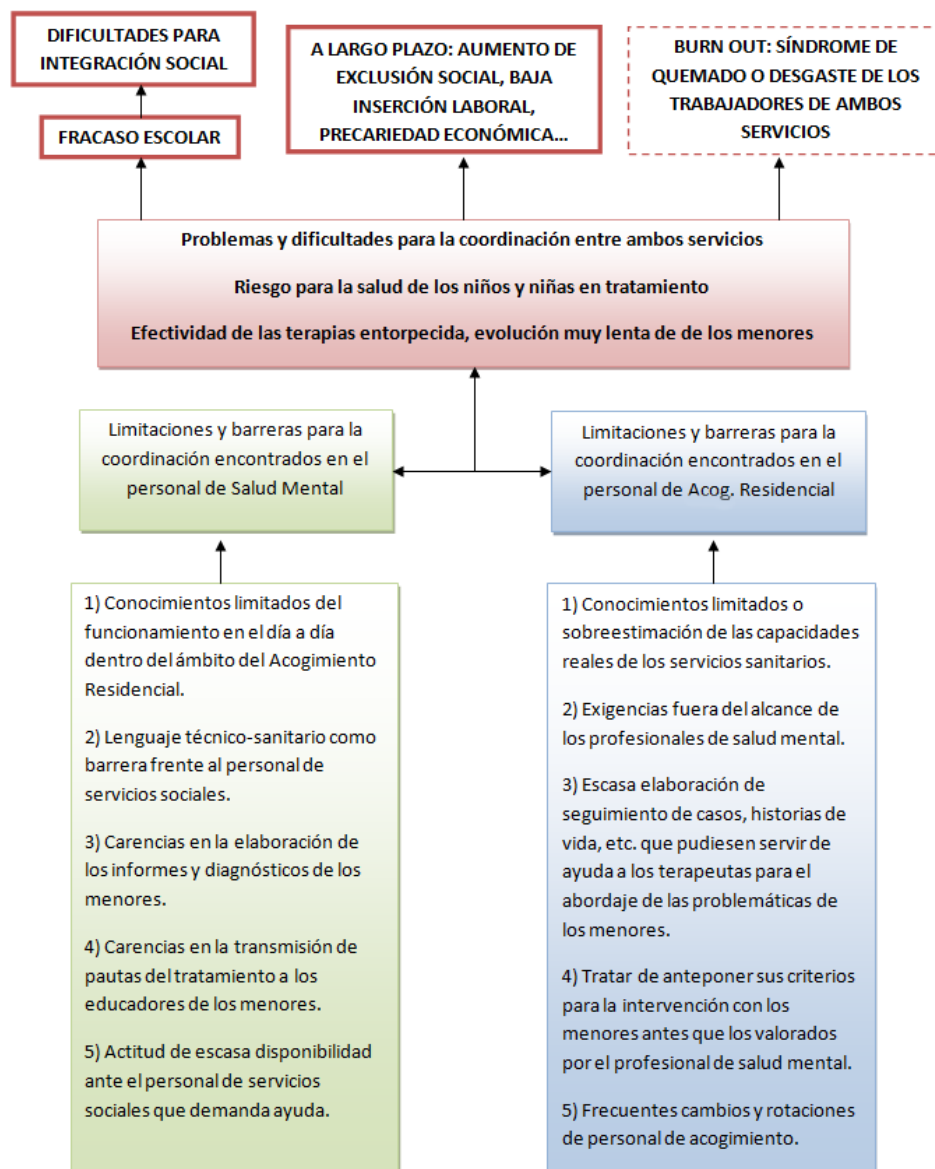


Gráfico 2. Árbol del problema a tratar mediante la política desarrollada (elaboración propia).

Justificación de la Política Pública

De acuerdo con Starling (1988), existen una serie de cuestiones y estrategias básicas a la hora de crear nuevas políticas públicas, las cuales iremos desarrollando a continuación. El primer paso siempre será identificar y definir el problema a tratar, entrando aquí en juego la percepción pública del mismo, encontrando aquí ya nuestra primera dificultad.

En la propia percepción del problema que nos ocupa ya se nos presentan una serie de obstáculos o dificultades, y es que estamos hablando de una problemática que, de no estar vinculado de algún modo con el ámbito del acogimiento residencial, será poco probable que preocupe a la población general, lo que dificulta crear una sensibilidad ante el problema que se traduzca en una presión política para dar lugar a intentos de mejorar la situación. Además, respecto a la presión política, cabe añadir que estamos hablando de un grupo en el que el voto electoral es casi inexistente, pues la gran mayoría de chicos y chicas bajo estas medidas de protección son menores de edad (salvo contadas excepciones que puedan continuar en pisos tutelados o centros con 18 o 19 años). Por tanto desde esta óptica podría no ser un grupo prioritario en la agenda política, lo que hará necesario poner de relieve la situación a través de publicaciones e investigación.

Aun con esto, el hecho de que la percepción de esta situación no sea todo lo accesible o conocida que debería, no significa que deje de tratarse de un problema público, dado que estamos hablando del bienestar y salud de miles de niños y niñas, principios básicos que se vulneran con mayor frecuencia de la debida por errores de mala praxis profesional y coordinación entre distintos servicios. Además, sería inocente pensar que el alcance del problema se limita a los propios menores en acogimiento, ya que aún siendo esto suficientemente grave de por sí, no podemos perder de vista algo tan elemental como que estamos hablando de niños y niñas que, como cualquier otro, van a estar en interacción con el conjunto de la sociedad a la que pertenecen. Por tanto, en aquellos casos en los que encontremos una serie de desequilibrios emocionales y comportamientos disruptivos, que no estén siendo tratados de forma adecuada, podrán fácilmente repercutir de manera negativa en muy diversos ámbitos de sus vidas: a nivel académico, laboral o en espacios de ocio, tanto para ellos mismos, como para aquellos

con los que se relacionen, ya sean sus compañeros de clase, compañeros del centro, educadores, etc.

Además no se debería perder de vista que estos menores, una vez alcanzan la mayoría de edad, normalmente tienen que abandonar los pisos o centros en el que han residido hasta entonces, encontrándose en muchas ocasiones ante un panorama desolador, agudizado actualmente por la situación de crisis socio-económica, siendo habitual que se les presenten grandes dificultades para continuar realizando estudios (especialmente universitarios) u obtener un empleo, de forma que puedan tener una vida independiente normalizada. Siendo la situación laboral complicada para cualquier chico o chica en población general, lo será aún más para un sector particularmente vulnerable como este, el cual debería estar especialmente bien atendido para poder brindarles el máximo de oportunidades.

Por todo lo anteriormente expuesto, consideramos que estamos ante un problema de dominio público, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- **Perímetro o audiencia del problema:** Hablamos de miles de niños/as en acogimiento residencial, con miles de nuevas llegadas cada año, entre los cuales encontramos frecuentemente problemas emocionales y de comportamiento disruptivo, acompañados en muchos casos de diagnósticos de trastornos de salud mental que, como hemos expuesto, no parecen estar siendo tratados con todo el rigor que se debería, detectando importantes carencias en la coordinación entre los servicios de acogimiento residencial y salud mental que dificultan poder dar una eficiente y adecuada cobertura a estos menores. Además, es conocida la elevada tasa de fracaso escolar a nivel internacional en esta población, encontrando muchas veces su motivo precisamente en estos trastornos de salud mental, y en la falta de motivación y apoyo por parte de los profesionales (Del Valle, Sainero y Bravo, 2011).
- **Intensidad:** Estamos ante problemas de salud mental, que como hemos dicho, comúnmente acaban desembocando en fracaso escolar, con sus consiguientes dificultades para la inserción sociolaboral y cohesión dentro del marco comunitario, lo cual a un "nivel macro" puede considerarse una amenaza a la productividad, desarrollo y estabilidad de la economía. Esto es especialmente relevante al tener en

cuenta que las teorías socioeconómicas actuales de los Estados del Bienestar, como el Paradigma de la Inversión Social de Esping-Andersen, ponen de relieve la importancia para un Estado de disponer de una fuerte base de jóvenes preparados, entendiendo que la inversión en capital económico y humano para una buena formación de todos los niños/as y jóvenes no supone un gasto, sino que a largo plazo se traduce en una mayor productividad y sostenibilidad a nivel socioeconómico. También en esta línea, uno de los principales planes estratégicos de la UE es la formación y permanencia de los jóvenes en el sistema educativo, al menos hasta completar las etapas obligatorias, como se recoge en el documento "Europa 2020. Una Estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador", lo cual choca con la elevada tasa de fracaso escolar en este particular sector que nos ocupa, y que por tanto se debería abordar de alguna manera.

- Urgencia: Los problemas de salud mental tienden a entenderse de forma bastante generalizada como de menos relevancia y prioridad que aspectos más "físicos o somáticos", como puede ser una enfermedad infecciosa o un accidente. Sin embargo, lo que tenemos delante son problemas que en ocasiones llegan a desestructurar totalmente la vida de muchas personas, pudiendo provocar un enorme sufrimiento y conflicto tanto a los propios afectados, como a sus allegados, sean familiares, cuidadores, amigos o compañeros. Por tanto, una adecuada especialización, establecimiento, seguimiento y evaluación de estos tratamientos de salud mental debería ser algo mucho más prioritario de lo que está siendo, particularmente en este ámbito tan vulnerable.

A la luz de los datos, que manifiestan, tanto desde la investigación nacional como europea, la necesidad de un mejor abordaje de los casos con estos niños y niñas, plantearemos la formación de una plataforma de equipos interdisciplinares que apoyen en las tareas de coordinación entre los sistemas de Salud Mental y Acogimiento Residencial, a través de esta política pública.

Desarrollo de la Política Pública

En este caso, queremos mejorar los resultados y la satisfacción con los tratamientos de salud mental de los niños y niñas en acogimiento residencial, tras haber visto reiteradamente mediante los estudios HealthinCare y RESME que una de las principales dificultades es la gran problemática de coordinación y entendimiento entre los servicios de Salud Mental y Acogimiento Residencial. La formulación de las hipótesis causal y de intervención constituye una de las partes más importantes del diseño de una política pública. En ellas se concreta la razón de ser de las medidas, así como los actores que participan en la problemática. De acuerdo con esto, la hipótesis causal de nuestra política será:

"Se han detectado numerosos obstáculos y limitaciones de diferentes orígenes y características que dificultan la adecuada labor y coordinación entre Servicios Sociales y Salud Mental, lo que repercute negativamente en el bienestar de los niños y niñas en acogimiento residencial. Esto, a su vez, tiende a derivar en otras problemáticas graves como fracaso escolar, dificultades socio-educativas, etc. pudiendo llegar a afectar de forma más o menos directa a todos aquellos en interacción con los propios menores, dada la naturaleza frecuentemente disruptiva de sus trastornos conductuales/emocionales".

La hipótesis de intervención, siendo coherente con lo antes expuesto, recogerá las medidas a aplicar que se hayan decidido desde la Administración, buscando mejorar la situación ante este problema para dicho colectivo. En este caso se presenta la siguiente propuesta como posible solución:

"Las entidades públicas competentes en materia de Sanidad y Bienestar, siendo en este caso las Consejerías de Sanidad en las Comunidades Autónomas, pondrán en marcha un proyecto para crear una plataforma de equipos interdisciplinares, encargados de actuar como vía de enlace, gestión, apoyo y supervisión entre los sistemas de Acogimiento Residencial y Salud Mental".

Para poder dar cobertura a las necesidades que se plantean, estos equipos dependientes de ambos sistemas, estarán integrados por psicólogos/as, psiquiatra y trabajadores/as sociales, con formación especializada para trabajar en el ámbito de

protección a la infancia y salud mental infanto-juvenil, ya que se ha evidenciado que es muy diferente intervenir con niños y niñas de población general, dentro de familias normalizadas, que con aquellos jóvenes que encontramos en acogimiento residencial.

Concretamente, el equipo se compondría de: un trabajador/a social de Salud Mental, un trabajador/a social de Acogimiento Residencial, un psicólogo/a de Salud Mental, un psicólogo/a ligado a Acogimiento Residencial y un psiquiatra. Serán, por tanto, trabajadores de estas áreas que asumirán realizar estas labores de coordinación dentro de su horario laboral. Su función sería la de realizar una rigurosa supervisión de los expedientes de menores en acogimiento residencial que acudan a terapia de salud mental, llevando control de las altas, bajas, derivaciones y seguimientos de estos casos. El equipo deberá reunirse mensualmente con el fin de tratar las dificultades que se hayan presentado en los casos y señalar necesidades detectadas en ambos sistemas.

En esta línea, se podrán encargar de organizar cursos de formación enfocados a profesionales de Acogimiento Residencial y Salud Mental, o preparar congresos y jornadas conjuntos de cara a acercar ambos servicios. Se considerará, tanto para las reuniones del equipo, como para los cursos y jornadas, desarrollarlas alternativamente en las instalaciones de cada ámbito. Esto se plantea así debido a que algo que habíamos visto en las sesiones del RESME era la frecuente queja por parte de los profesionales de acogimiento de que siempre que se establecían reuniones con personal de salud mental, tenían que acudir ellos a los centros sanitarios, reflejando un problema de jerarquía.

Podríamos considerar razonable la formación de equipos para esta gestión en municipios a partir de 50.000 habitantes, ya que estamos hablando de unas funciones dentro de una población muy específica, y por tanto pretender implantar este recurso para localidades más pequeñas podría no ser una medida del todo eficiente. Para dar cobertura a estas poblaciones, tal y como ya es criterio en la implementación de otros servicios, como pueden ser los EITAF (Equipos de Intervención Técnica de Apoyo a la Familia), los equipos interdisciplinarios también se compondrán a nivel de mancomunidades que alcancen aproximadamente los niveles mínimos de población establecidos.

Actores y recursos en la Política Pública

Para una adecuada implantación de estas medidas, y siendo algo básico en el desarrollo de cualquier política pública, tendremos como requisito previo establecer adecuadamente cuál será el triángulo de actores implicados en el problema a subsanar. Esto deberá ir acompañado de una buena evaluación de necesidades en el marco que nos ocupe, y también analizar rigurosamente el diseño de la propia política, para poder valorar el grado de coherencia del conjunto de cambios o medidas que se quieran aplicar con la misma. Hablaremos entonces de:

Actores públicos: autoridades políticas y administrativas que deberán ocuparse de solucionar las necesidades percibidas en la población.

Actores privados: pueden distribuirse en grupo objetivo (cuya actuación está repercutiendo, en este caso negativamente, sobre otro conjunto de la población, y que serán diana para la política pública), grupo beneficiario (el colectivo afectado negativamente por el grupo objetivo, es decir, los beneficiarios directos de la política a establecer) y terceros.

Grupo objetivo: nuestra política está enfocada al punto donde establecen contacto (coordinación) los servicios de acogimiento residencial y de salud mental, por tanto ambos se considerarían grupo objetivo de la misma.

Grupo beneficiario: niños, niñas y adolescentes en acogimiento residencial que estén recibiendo un tratamiento de salud mental.

Terceros: educadores de estos niños, compañeros del centro y/o de clase, profesores, etc.



Gráfico 3. *Triángulo de actores en nuestra política pública (elaboración propia)*

También debemos analizar los recursos de los que disponen nuestro conjunto de actores, distinguiendo entre:

Recursos Humanos: serán todas aquellas personas que estén implicadas en el proceso de implantación de la política pública. Desde la Administración Pública serán las personas pertenecientes a las Consejerías de Sanidad. También se considerarán a los profesionales de las áreas de servicios sociales y salud mental, los cuales deberán colaborar y adaptarse a la nueva plataforma que se pretende integrar, como los propios profesionales que formarán parte de estos nuevos equipos.

Recursos Económicos: la propia iniciativa de formación de estos equipos no supondría costes, dado que se trata de profesionales incluidos en una iniciativa para optimizar recursos existentes, dentro de su horario laboral. Si acaso, la partida dedicada a Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad debería contemplar el coste que pueda suponer la organización de cursos por iniciativa de estos equipos, jornadas y congresos entre ambos sistemas, etc.

Recursos Jurídicos: estamos ante una situación que podría considerarse hasta cierto punto de negligencia respecto a diversos derechos en materia de salud y bienestar. Por tanto a nivel jurídico encontramos numerosos escritos que pueden respaldar esta

propuesta. Particularmente en el caso de menores de edad, disponemos de documentos en los que apoyarnos para defender la toma de medidas que favorezcan la integridad física y emocional de este colectivo, pudiendo destacar:

- Constitución Española (1978): en su artículo 43 se reconoce el derecho a la protección de la salud, siendo competencia de los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.
- Declaración Universal de Derechos Humanos (1948): en su artículo 25 se expone que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, asegurando, entre otros aspectos, la asistencia médica y servicios sociales necesarios.
- Convención de los Derechos del Niño (1989): en su artículo 24 se reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de enfermedades y rehabilitación de la salud. En el Preámbulo se expone la necesidad de proporcionar una protección especial para este colectivo.
- Carta Europea de los Derechos del Niño (1992): de nuevo se insiste en que todo niño tiene derecho a un cuidado integral de su salud.
- Además, concretamente en el caso de España, en 1983 se desarrolla una reforma del sistema de salud mental, con un Documento de Recomendaciones publicado en 1985, de las cuales la mayoría fueron adoptadas a nivel legislativo durante el año siguiente. Un elemento clave de la reforma fue lograr los derechos civiles de las personas con problemas de salud mental para ser incluidos en el sistema general sanitario. Entre algunos de sus principios se encuentran la atención especial que se debe prestar tanto a ancianos como niños/as, por ser una población especialmente vulnerable; así como hacer hincapié en la necesidad de desarrollar una coordinación entre servicios sociales y salud mental para ofrecer unos servicios de rehabilitación y reinserción social adecuadamente integrados, prestando atención especial a la prevención primaria y problemas psicosociales normalmente relacionados con trastornos de salud mental. En años posteriores se han ido reforzando aspectos en esta línea, que al igual que estos apoyarían nuestra propuesta para mejorar la situación en este ámbito a nivel legal.

Recursos Cognitivos: haría referencia a las fuentes de información de las que se dispone en nuestro triángulo de actores. En este sentido, desde las Administraciones públicas se puede considerar la información obtenida a partir de proyectos de investigación, donde se pone de relieve la existencia del problema a tratar y las medidas que podrían llevarse a cabo para abordarlo (como puede ser la que se ha decidido aplicar mediante esta política).

Recursos Cronológicos: será el marco temporal necesario para desarrollar las medidas propuestas. En este caso, sería un proceso, en principio, a largo plazo, ya que estamos hablando de implantar una red interdisciplinar que se coordinará entre los dos servicios que nos ocupan. Además, el tratamiento de problemas de salud mental no es algo que tienda a dar resultados rápidamente, por lo que será necesario un tiempo para comprobar si se producen cambios positivos en el grupo beneficiario.

Como venimos diciendo, nos encontramos ante un problema que lleva muchos años existiendo, pero el estudio del mismo en nuestro territorio es muy reciente, siendo las investigaciones más relevantes enfocadas a este ámbito posteriores al año 2010. Mediante estos estudios sobre los tratamientos de salud mental en la población de niños y niñas en acogimiento residencial, se han encontrado numerosos casos de problemas o carencias en los diagnósticos, y tratamientos que se perpetúan en el tiempo sin una evolución notable; pudiendo agravarse en algunos casos por fallos de mala praxis o coordinación entre profesionales. La mayoría de las veces es difícil, o imposible, señalar a un "culpable", siendo posiblemente una problemática multicausal y difícil de definir, pero a través de las valoraciones y estudios realizados, puede sugerirse de forma bastante firme que las limitaciones en la coordinación interdisciplinar sea uno de los principales factores que desencadenan o mantienen el problema. La política deberá ser elaborada para incidir sobre las causas que provocan estos problemas, buscando minimizar los efectos negativos que afectan a nuestro grupo beneficiario.

Por tanto, nuestra política de "Formación de equipos interdisciplinares a nivel municipal que sirvan como vínculo comunicativo, de gestión y supervisión entre los servicios de Acogimiento Residencial y Salud Mental", tendrá como objetivos:

Objetivo General: lograr una mejora significativa en los problemas emocionales, conductuales y/o de cualquier otro aspecto de salud mental encontrados en la población

en acogimiento residencial. Es decir, el fin último debería ser una mejora en la salud de estos niños y niñas.

Objetivo Específico: conseguir desarrollar plataformas de trabajo en red entre servicios sociales y salud mental mediante equipos interdisciplinarios, que permitan coordinar adecuadamente la labor de estos servicios para una gestión de casos más controlada y apoyando para resolver aquellas dificultades que se presenten en las intervenciones con los menores, en pro de la integridad física, mental y adecuado desarrollo de los mismos. Por tanto, además de la mejora de salud de los menores, también se considerará importante que a través de esta política, se logre un acercamiento y mejor colaboración entre los servicios de Salud Mental y Servicios Sociales.

En cuanto a los resultados esperados, estos serían encontrar mejoras tanto en aspectos de salud de los menores, al conseguir optimizar el desarrollo de sus tratamientos, como en la satisfacción de los educadores de los centros y terapeutas de salud mental, por una parte por la propia mejora que se espera de los niños y niñas, pero también por la mejor gestión y fluidez que se pretende alcanzar en el manejo de los casos que les ocupan.

El paso final sería la evaluación de la política, considerando esta como una fase fundamental tras la implantación de la misma. En este caso, se trata de una política enfocada a un colectivo y contexto muy particular y determinado, disponiendo ya de posibles indicadores para la medición de resultados, como por ejemplo los cuestionarios de evaluación de los que se hizo uso previamente y través de los cuales se puso de relieve la existencia del problema. Estos consisten en un conjunto de escalas que preguntan por una serie de aspectos relacionados con la satisfacción con los tratamientos de salud mental recibidos por los niños y niñas en acogimiento, existiendo versiones para sus educadores de centro, y para los propios menores. Igual que en su momento sirvieron para detectar el problema, podrían volver a utilizarse posteriormente para hacer una comparación de las puntuaciones antes y después de la implantación de esta política. Además, como los grupos de investigación disponen de los documentos de seguimiento de los niños, también se podrá ver si se detectan evoluciones o mejoras en la salud de los mismos, su rendimiento escolar, etc. De este modo, se podrá medir si hay cambios, tanto en el grupo beneficiario (mejoras de salud y rendimiento escolar de los

niños y niñas), como en los grupos objetivos (grado de satisfacción de los educadores y terapeutas con la coordinación entre los servicios).

- Evaluar esta política hará posible ajustar o enfocar de otro modo aquellos aspectos o fases de la misma que sean susceptibles de mejorar.
- Para la evaluación deberían implicarse y participar todas aquellas personas afectadas por el proceso de implementación de la nueva política pública.

Con todo esto, no habría que perder de vista la importancia de otras actividades formativas complementarias para los profesionales de estas áreas. Por ejemplo, sería ideal poder organizar con relativa frecuencia charlas, cursos y/o grupos de discusión entre los dos servicios objetivo en esta política, de cara a mejorar el entendimiento entre ambos sectores, así como pulir las dificultades y limitaciones que se presenten para cada uno. En el propio proyecto RESME se realizaron actividades de este tipo, y al observar las valoraciones realizadas por los propios participantes y los tutores que dirigían estos cursos piloto, estas fueron muy positivas. Por tanto, se entenderá que el hecho de que esta política busque integrar una red de profesionales que medien entre ambos sectores, adoptando algunas de las obligaciones que tenían hasta ahora, no exime tanto al personal de los hogares de acogimiento como a los de salud mental de tener una buena formación para un adecuado entendimiento del marco global en el que desarrollan su profesión.

Conclusiones

En la actualidad, el ámbito del acogimiento residencial se encuentra en una situación complicada, por una parte presionado por la gran cantidad de usuarios a los que es necesario derivar a estos servicios, con una enorme carga de trabajo, y por otro lado por determinadas carencias detectadas en los cuidados, a nivel sanitario, de estos niños y niñas en todo el territorio europeo. Por esto, demandar mejoras en la coordinación entre los sistemas de protección y salud mental parece algo razonable y entendible, no solo para poder ofrecer unos servicios de mejor calidad, sino también de

cara a una mejor gestión de casos, buscando reducir la sobrecarga de trabajo a la que están sometidos.

El bienestar de estos menores en protección supone el cuidado tanto de los aspectos físicos como mentales y emocionales, por tanto se deberían analizar y conocer previamente las dificultades y particularidades de esta población. Para un cuidado integral de estos jóvenes se debería contar con personal especialmente cualificado, y dotar a estos sistemas de los recursos necesarios para un trabajo interdisciplinar armonizado, por el bien de los propios niños y niñas. Sin embargo, hemos encontrado que en ninguno de los países participantes en el proyecto RESME (siendo uno de los máximos exponentes en la investigación de esta problemática) existe un entrenamiento exhaustivo y continuo para la adecuada colaboración entre los dos servicios que nos ocupan.

Mediante este trabajo, se ha tratado de plantear un proyecto que se pudiese considerar razonable para tratar de solventar algunas de las necesidades que se han detectado en las recientes investigaciones en este ámbito. El planteamiento seguido para formular esta política sería coherente con los principios que se defienden desde el modelo de los Estados del Bienestar, siendo la salud y adecuado desarrollo de los niños y niñas un aspecto de máxima prioridad.

Aún así, el principal obstáculo que podría esperarse de cara a tratar de integrar estas medidas, sería la imposición de limitaciones de recursos/económicas para la organización de actividades complementarias como los cursos de formación conjunta para ambos sistemas. En este sentido podríamos exponer dos argumentos para defender estas iniciativas: por una parte, la hipocresía de plantear limitaciones para destinar recursos de cara a mejorar unos servicios que irían en pro de la salud y bienestar de un colectivo especialmente vulnerable; mientras se destinan enormes presupuestos a otras cuestiones de dudosa necesidad vital (por citar un único ejemplo bastante representativo, tan solo la instalación del alumbrado navideño en Madrid supuso en 2014 un coste de más de 1.400.000€). Y por otra parte, de acuerdo con el anteriormente citado Paradigma de la Inversión Social, consideraríamos totalmente erróneo (hablando en términos puramente económicos) plantear como un mero gasto la inversión de recursos para un mejor futuro para miles de niños, niñas y jóvenes, ya que procurando unos mejores cuidados a esta delicada población, podríamos potenciar aspectos como su

éxito educativo/académico e inserción socio-laboral, lo que a largo plazo supone una mejora en la productividad y sostenibilidad del Estado a nivel socioeconómico.

En cuanto al origen de la idea para el desarrollo de equipos de estas características, se encuentra en una propuesta presentada por un grupo de investigadores de Copenhague en el proyecto RESME. Desde aquí se planteaba el interés que tendría contar con equipos especializados interdisciplinarios, con profesionales de ambos sistemas, de modo que además de mejorar las tareas de coordinación, sirviese también como herramienta para estrechar lazos entre estos servicios y ayudar a un mejor entendimiento mutuo (en cierto modo, como estrategia pedagógica). Aún así, la propuesta tampoco se extendía más allá de estas pinceladas, por lo que se estimó interesante tratar de desarrollar estas ideas, adaptándolas a nuestro contexto. Además, dado que es materia central en este máster, se consideró coherente hacerlo en forma de diseño de una hipotética política pública.

Con todo esto, nuestro objetivo siempre ha sido el de buscar poder garantizar una mejor salud, bienestar y desarrollo de los niños y niñas en acogimiento residencial, tratando de brindarles las mismas oportunidades que a cualquier otro menor en población general. Partimos de la convicción de que una labor mejor estructurada desde los servicios de Acogimiento y Salud Mental sería un logro esencial para alcanzar esta meta, poniendo de relieve la necesidad de cambios fuertes en el entramado de estos servicios para alcanzar dicha meta. Por ello se ha planteando este proyecto/hipótesis que pudiese servir como vía de inicio de cara a construir un sistema más eficaz y eficiente.

Probablemente se necesite hacer mucho más ruido para llegar hasta aquellos con el poder para dar comienzo a cambios en esta línea, asumiendo que, a pesar de la urgencia requerida, aún se precisará mucho tiempo y trabajo para conseguir mejoras verdaderamente notables; pero el desarrollo de proyectos como el RESME pueden entenderse como una declaración de intenciones de luchar por ello, de que existe al menos conciencia del problema a nivel internacional; por tanto esperemos que dentro de unos años se haya logrado realmente una optimización de estos servicios y con ello una mejor salud y bienestar de la población que nos ha ocupado en este trabajo.

Bibliografía

Bravo, A. y Del Valle, J.F. (2009). Crisis y revisión del acogimiento residencial: su papel en la protección infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30 (1), 42-52.

Bronsard, G., Lançon, C., Loundou, A., Auquier, P., Rufo, M., y Siméoni, M. (2011). Prevalence rate of DSM mental disorders among adolescents living in residential group homes of the French Child Welfare System. *Children and Youth Services Review*, 33, 1886–1890.

Colton, M. J. y Hellinckx (1993), *Child Care in the EC: A country-specific guide to foster and residential care*, Aldershot, Arena.

Dale, N., Baker, A. J. L., Anastasio, E., y Purcell, J. (2007). Characteristics of children in residential treatment in New York state. *Child Welfare*, 86, 5-27.

Defensor del Pueblo. (2009). *Centros de protección menores con trastornos de conducta y en situación de dificultad social*. Madrid, España: Defensor del Pueblo.

Del Valle, J.F., Bravo, A. y López, M., (2009). El acogimiento familiar en España: implantación y retos actuales. *Papeles del Psicólogo*, 30 (1), 33-41.

Del Valle, J.F., Sainero, A. y Bravo, A. (2011). *Salud mental de menores en acogimiento residencial. Guía para la prevención e intervención en hogares y centros de la Comunidad Autónoma de Extremadura*. Badajoz: Servicio Extremeño de Salud.

Ford, T., Vostanis, P., Meltzer, H., y Goodman, R. (2007). Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: A comparison with children living in private households. *British Journal of Psychiatry*, 190, 319–325.

Maluccio, A. N., Fein, E., y Olmstead, K. A. (1986). *Permanency Planning*. Londres: Tavistock Publishers.

Norcross, J.C. (2010). The therapeutic relationship. In B.L. Duncan, S.D. Miller, B.E. Wampold, and M.A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change 2nd ed.: Delivering what works in therapy (pp.113-141)*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Observatorio de la Infancia. (2014). *Estadística básica de medidas de protección a la infancia (Vol. 16)*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad.

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

Santos, M. (2008). *Los inicios de la protección a la infancia en España (1873-1918)*. En IX Congreso Internacional de la Asociación Española de Historia Económica, Murcia, España. Extraído el 5 de mayo de 2015, de <http://www.um.es/ixcongresoaehe/pdfB3/Los%20inicios%20de%20la%20proteccion%20infancia.pdf>

Sempik, J., Ward, H., y Darker, I. (2008). Emotional and behavioural difficulties of children and young people at entry into care. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13, 221–233.

Shirk, S.R. y Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 452-464.

Starling, G. (1988). *Strategies for Policymaking*. Chicago, IL., The Dorsey Press.

Timonen-Kallio, E., Pivoriene, J., Smith, M. & Del Valle, J.F. (2015). *On the borders between Residential Child Care and Mental Health Treatment in Europe*. Turku, Finland: Turku University of Applied Sciences.

Anexo

Escalas de los cuestionarios de valoración de los tratamientos utilizados en el proyecto HealthinCare (versión para educadores de los niños/as en acogimiento residencial). Se señalan aquellos ítems en los que se presentaron peores resultados (puntuación máxima de 3,00).

Descriptivos valoración educadores (N=228).

	Media	DT
1. Terapeuta accesible y cercano.	2,22	,76
2. Interés por la información de los educadores.	2,38	,74
3. Conocimiento sobre hogares de acogida.	2,27	,74
4. Ayuda preocupaciones de educadores.	2,23	,73
5. Pautas de trabajo entre educador y terapeuta.	1,65	,87
6. Coordinación con educadores.	1,96	,77
7. Horario citas terapia.	1,95	,83
8. Comodidad instalaciones.	2,07	,69
9. Vínculo con el niño o joven.	2,01	,87
10. ¿Está siendo de ayuda el tratamiento?	1,87	,88
11. Suma educador.	20,66	5,79

Comparación de medias en la satisfacción con los tratamientos, diferenciando ahora entre tratamientos con psicólogo o psiquiatra (puntuación máxima de 3,00).

	Psicológico N=171	Psiquiátrico N=51
	Media (DT)	Media (DT)
1. Terapeuta accesible y cercano.	2,29 (.74)	2,03 (.77)
2. Interés por la información de los educadores.	2,40 (.74)	2,31 (.76)
3. Conocimiento sobre hogares de acogida.	2,38 (.73)	1,92 (.65)
4. Ayuda preocupaciones de educadores.	2,30 (.75)	2,03 (.63)
5. Pautas de trabajo.	1,71 (.92)	1,45 (.67)
6. Coordinación con educadores.	2,01 (.75)	1,80 (.77)
7. Horario citas terapia.	2,02 (.83)	1,76 (.73)
8. Comodidad instalaciones.	2,15 (.69)	1,82 (.62)
9. Vínculo con el niño o joven.	2,18 (.76)	1,47 (.96)
10. ¿Está siendo de ayuda el tratamiento?	1,98 (.85)	1,52 (.87)
11. Suma educador.	21,46 (5,75)	18,15 (4,94)