

N/Ref.: DGIA

INSTRUCCIONES

Número: 08/2019

Fecha: 18 de diciembre de 2019

Órgano emisor:

Dirección General de Infancia y Adolescencia

Asunto:

Instrucciones relativas a la derivación, seguimiento e intervención en la Residencia de acogida de niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de Salud Mental Grave.

Ámbito:

Dirección General de Infancia y Adolescencia, Direcciones Territoriales de Igualdad y Políticas Inclusivas, Residencias y Hogares de Acogimiento Residencial.

PREÁMBULO

Actualmente la situación de la atención destinada a la infancia y adolescencia con problemas de salud mental grave se encuentra en una urgente necesidad de revisión y dotación de recursos.

Ya en el año 2009, la institución del Defensor del Pueblo emitió un estudio con título “Centros de protección de menores con trastornos de conducta y en situación de dificultad social” donde recogía indicaciones muy relevantes, tales como:

“ la inexistencia de estudios de epidemiología descriptiva de los trastornos mentales de la infancia y adolescencia en población general y de ámbito nacional; la falta, en algunos territorios, de programas específicos bien desarrollados para grupos especialmente vulnerables, como son, entre otros, los niños y adolescentes; la necesidad de una adecuada coordinación entre la psiquiatría, la psicología clínica y la pediatría; la escasa presencia, y en algunos lugares inexistencia, de dispositivos intermedios específicos, tales como hospitales de día o unidades comunitarias de intervención en crisis; la derivación de las responsabilidades terapéuticas al ámbito escolar, a los profesionales del sector privado y, sobre todo, a las iniciativas de los familiares; y la práctica inexistencia de programas de formación en estrategias de intervención y técnicas terapéuticas de eficacia probada y específicas para niños y adolescentes.”

En el *IV Plan de Salud 2016-2020 Comunitat Valenciana* presentado por la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, se apunta que el 3,8 % de los niños, niñas o adolescentes entre 4 a 14 años de edad, de la Comunidad Valenciana, tiene riesgo de presentar mala salud mental.

Como factores de riesgo en estos casos, destacan en primer lugar los relacionados con el ámbito familiar (*disrupción familiar, crianza sobre-protectora y depresión materna*) y en segundo lugar, el bajo nivel socio-económico.

El *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 de la Organización Mundial de la Salud*, recoge que los problemas de salud mental vienen muy influidos por una variedad de determinantes sociales y económicos, entre los que se encuentran el nivel educativo, las condiciones materiales de vida, la cohesión familiar o la exposición a episodios vitales difíciles como la violencia sexual o el maltrato y abandonos infantiles.

La *Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020*, en su Línea estratégica 1. Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales, contempla como un objetivo general el de promover la salud mental de la población general y de

colectivos vulnerables, especificando la prevención de los trastornos mentales en poblaciones de riesgo, considerando entre ellas a la población infantil y adolescente en riesgo.

Además, en su línea estratégica destinada a la atención a las personas con problemas de salud mental, recoge como objetivos específicos la necesidad de detectar precozmente problemas de salud mental en la infancia y adolescencia, así como de mejorar la atención en salud mental a las personas menores de edad con medidas de protección y/o judiciales en hogares o residencias de acogida o específicas para problemas de conducta, garantizando la continuidad asistencial a la población infanto-adolescente.

Los trastornos mentales tienen enormes repercusiones en el desarrollo emocional e intelectual de las niñas y niños en el aprendizaje escolar, la adaptación social y el descubrimiento de la vida, además minan la imagen personal y la autoestima, la estabilidad y las interacciones familiares.

Los datos epidemiológicos disponibles señalan que el 50% de los trastornos mentales se inician antes de los 14 años y más del 70% lo hacen antes de los 18 años. Se estima una prevalencia del 20% de trastornos mentales de niñas, niños y adolescentes a nivel mundial. De este 20%, se reconoce que entre el 4% y 6% padecen un trastorno mental grave.

De esta forma, en el informe emitido por el Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana en el año 2018 bajo el epígrafe “Centros de protección específicos de menores con problemas de conducta”, podemos encontrar en su punto 2.1.5 referencias a los diferentes diagnósticos que motivan el ingreso de menores de edad en los centros destinados a adolescentes con problemas de conducta:

De los datos aportados por los centros se comprueba que menores en acogimiento residencial han sido diagnosticados/as de un amplio abanico de patologías, muchas de ellas acumuladas en una misma persona (comorbilidad). A modo de resumen, relacionamos los diagnósticos más frecuentes:

- *Alteraciones inespecíficas de conducta.*
- *Trastorno de la conducta desafiante/oposicionista.*
- *Síndrome reactivo depresivo.*
- *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.*
- *Consumo abusivo de múltiples tóxicos.*

- *Trastorno de estrés post traumático.*
- *Discapacidad intelectual leve/moderado/grave.*
- *Trastorno afectivo bipolar.*
- *Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez.*
- *Trastorno psicótico inespecífico.*
- *Trastorno destructivo del control de impulsos y de la conducta.*
- *Trastorno del espectro autista.*
- *Síndrome de Asperger.*
- *Trastorno obsesivo-compulsivo.*
- *Trastorno disocial.*
- *Rasgos de carácter desadaptativos.*
- *Riesgo de autolisis.*

Esta amplia muestra, que se recoge en el informe del Síndic de Greuges, es un signo de la variabilidad de situaciones que, en función de la gravedad e intensidad, requieren de una rápida y especializada intervención por parte de la entidad pública competente. Ante la complejidad de las situaciones descritas, y la amplia demanda de ayuda solicitada por las diferentes familias y personas menores de edad, es preciso establecer una clara definición y delimitación de aquellas situaciones que van a ser atendidas por la entidad pública con recursos especializados.

Es importante acotar y atribuir los conceptos, cuando hablamos de trastorno mental grave (TMG)¹ en población infantil el conjunto de diagnósticos que tienen en común una gravedad clínica y evolutiva directamente relacionada con la afectación del desarrollo, desde edades tempranas, de funciones psíquicas fundamentales (en particular, sus capacidades de relación, pensamiento y comunicación), trastornos que conllevan una importante repercusión en su calidad de vida, en su entorno familiar y en su desarrollo académico y social.

Entre los sectores más vulnerables y más desprotegidos dentro de la población infanto-adolescente que presenta problemas de salud mental se encuentran los niños, niñas y adolescentes con medidas de protección. A las dificultades relacionadas con el

¹ Lasa Zulueta A, Jorquera Cuevas C, Solana Azurmendi B, Del Arco Heras S. Evaluación de la calidad asistencial en el SNS de los trastornos mentales graves en la infancia. Estudio en Salud Mental Infanto-Juvenil. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2014. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA.

trastorno mental, se le unen factores de riesgo como son la vivencia de experiencias de maltrato en el entorno familiar en sus diversas formas (negligencia, abuso o abandono), el bajo nivel socioeconómico y generalmente, un escaso apoyo social.

La reciente *Ley 26/2018, de 21 de diciembre, de la Generalitat de derechos y garantías de la Infancia y la Adolescencia* dedica todo su Capítulo VI del Título II al desarrollo del *Derecho a la Salud*. Así, el artículo 36, recoge el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, donde se recoge su derecho a la atención sanitaria integral adaptada a sus necesidades, diferenciada de las personas adultas.

Además, en el artículo 39 dedicado a la salud mental, expresa que será la conselleria competente en materia de sanidad quien procurará la asistencia, rehabilitación e inclusión de quienes presenten problemas de salud mental, principalmente a partir de las USMIA en ratio y distribución suficiente.

Se refiere también a que se desarrollarán estrategias de coordinación y colaboración entre las consellerias con competencias en este ámbito para garantizar una adecuada atención, siguiendo los fundamentos de la estrategia valenciana de salud mental y el pacto autonómico para la atención de personas con trastorno mental grave, para garantizar un diagnóstico precoz y establecer una atención transversal centrada en la persona menor de edad, mediante un modelo comunitario e integrador que prime la atención psicosocial a los tratamientos farmacológicos. Asimismo, la Generalitat Valenciana promoverá en la sociedad valenciana un tratamiento de las niñas, niños y adolescentes con problemas de salud mental que les preserve de prejuicios y de discriminación; lo cual conlleva que deben ofrecerse los medios adecuados para su atención y tratamiento.

Finalmente, el anexo técnico II de la *Resolución de 28 de diciembre de 2018, de la Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas, por la que se convocan los acuerdos de acción concertada en materia de servicios sociales en el sector de infancia y adolescencia para los años 2019 y 2020*, establece entre los programas a desarrollar por el servicio de acogimiento residencial el denominado "*plazas de atención a niños, niñas y adolescentes con necesidades de salud mental*".

De esta forma, mientras desde el sistema sanitario público se busca y organiza una respuesta adecuada, el objetivo de esta unidad residencial es que las personas menores de edad con una medida de protección y que presentan un problema grave de salud mental, reciban la adecuada atención integral que permita su evolución positiva, una pronta y adecuada incorporación en su entorno de referencia con los apoyos necesarios y, en última instancia, su inclusión social, que es el fin último de las políticas inclusivas llevadas a cabo por la Generalitat Valenciana.

PRIMERO. DEFINICIÓN DEL RECURSO

1-La residencia para la atención de niñas, niños y adolescentes con trastornos mentales graves ofrece una atención integral, multiprofesional y especializada para dar respuesta socio-sanitaria a las niñas, niños y adolescentes con medidas de protección.

2- Esta unidad se concibe como un recurso en régimen residencial específico, especializado y temporal para personas menores de edad con medidas de protección con un trastorno mental grave que precisen un tratamiento intensivo y continuado, y para los que las medidas y los apoyos generales y específicos disponibles en otros recursos de atención a la salud mental no son suficientes, ni adecuados, mientras se busca una respuesta más apropiada en el ámbito sanitario.

De acuerdo con la acción concertada en materia de servicios sociales en el sector de infancia y adolescencia para los años 2019 y 2020, la Residencia de Salud Mental aperturada para este periodo de tiempo, contará con 12 plazas de atención a niños, niñas y adolescentes (NNA) con problemas graves de salud mental, para las 3 provincias de la Comunidad Valenciana.

SEGUNDO. OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN DE LA INSTRUCCIÓN

1. Establecer los criterios homogéneos de derivación al recurso residencial para personas menores de edad con una medida de protección con trastornos graves de salud mental que necesitan, de forma temporal, tratamientos intensivos en un medio estructurado.

2. El ingreso en esta residencia se realizará solo en aquellos casos en los que la intervención psicoterapéutica y psicofarmacológica en los dispositivos de salud mental del ámbito sanitario (*USMIA, Unidades de Hospitalización de Agudos, unidades educativas terapéuticas / hospitales de día infantil y adolescente: UET/HDIA*) se muestren insuficientes como respuesta a la sintomatología que presentan estos niños, niñas y adolescentes.

3. El ingreso tendrá una duración temporal, y se realizará única y exclusivamente mientras la Conselleria competente en materia de salud mental no disponga de recursos adecuados para la atención y tratamiento intensivo y continuado de las personas menores de edad que presentan esta patología y requieran un recurso de estas características.

4. El ingreso en esta residencia requerirá autorización judicial, recabada del Tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.

En los casos en que se disponga ya de autorización judicial por encontrarse esta persona en alguna Unidad de Hospitalización Aguda o en alguna de las residencias específicas para personas menores de edad con problemas de conducta, se informará al Juzgado de Primera Instancia que autorizó dicho internamiento.

5. El ámbito de aplicación se dirige a toda la población menor de edad susceptible de este recurso, con medidas de protección vigentes, y que resida en la Comunidad Valenciana.

TERCERO. PERSONAS DESTINATARIAS

Serán personas destinatarias de este recurso, las personas menores de edad con medidas de protección, (*declarada en situación de desamparo y bajo la tutela de la entidad pública y, excepcionalmente, con una medida de guarda voluntaria*), que presenten un problema de salud mental grave y que por la intensidad de su sintomatología y por las características del entorno en el que conviven y, de forma motivada, aconsejen este recurso específico con carácter temporal.

Criterios de inclusión

Los niños, niñas y adolescentes (*NNA*) susceptibles de recibir apoyo en esta residencia serán aquellos que reúnan los siguientes requisitos:

- *NNA* que estén en el sistema de protección de infancia y adolescencia con una **medida de protección**, declarado en desamparo y bajo la tutela de la entidad pública, y con carácter excepcional, con una medida de guarda provisional.
- Que presenten un **diagnóstico de trastorno mental grave** emitido por las unidades de salud mental infantil y adolescente (**USMIA**) o en su defecto por las Unidad de Salud Mental y que informen justificadamente la necesidad de este recurso. O bien emitido desde los recursos específicos Unidad de Hospitalización de niños y adolescentes / HDIA.
- *NNA* con edades comprendidas entre los **12 y 17 años**. Excepcionalmente, se aceptará los *NNA* entre 10 y 12 años que por la gravedad de su patología y por el entorno en el que conviven se aconseje este recurso residencial de forma temporal.
- Que estén recibiendo una atención y seguimiento por la USMIA correspondiente, y que por la **gravedad e intensidad de la sintomatología clínica** y por su **carácter de emergencia** requieran de una atención específica y especializada más allá de la dispensada por los dispositivos especializados de Salud Mental a nivel ambulatorio, por un lado; y mantenida en el tiempo de

manera estable, más allá de la ofrecida en las Unidades de Hospitalización Aguda.

- NNA para los que las **medidas y los apoyos generales y específicos** más inclusivos y disponibles en la red educativa y/o de atención a la salud mental comunitaria **no sean suficientes y/o adecuados** por ser necesaria la separación de su entorno habitual por perjuicio directo sobre su sintomatología clínica.
- Que exista autorización judicial previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida.

Aquellos casos que no reúnan estos requisitos, aún con orden judicial de internamiento, serán derivados al recurso correspondiente más adecuado por parte de la USMIA, con copia de esta derivación a la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Criterios de exclusión

- NNA con patología mental grave que no estén en el sistema de protección. En estos casos, dado que existe una patología mental grave, corresponderá al sistema sanitario ofrecer la atención que precise.
- Retraso mental grave o deterioro cognitivo grave que impida trabajar de forma activa en su plan de tratamiento para el que ya existen otros recursos más adecuados.
- Abuso de sustancias como diagnóstico principal.
- Problemas conductuales en ausencia de trastorno mental grave o que no sean consecuencia de este.
- Aquellos trastornos, que en ausencia de otra psicopatología, la red sanitaria ofrezca otros dispositivos de atención propios y específicos.

CUARTO. DERIVACIÓN E INGRESO

Este proceso se iniciará con el traslado a la Dirección Territorial competente por razón de domicilio de la persona menor de edad, de la ficha propuesta elaborada por el equipo profesional de atención primaria básico o por el recurso de protección en el que

se encuentre (hogar o residencia, entidad de seguimiento del acogimiento familiar), (anexo I).

Esta ficha irá acompañado de forma preceptiva por el informe del equipo de Salud Mental responsable donde esté siendo atendido, en el que se especificará el diagnóstico, objetivos trabajados e intervenciones realizadas, así como recomendaciones temporales de la intervención a realizar en la Residencia de Salud Mental. Asimismo se debe adjuntar un informe psicosocial elaborado por el recurso de derivante del niño, niña o adolescente (acogimiento residencial o familiar). Siempre que sea posible, además, se adjuntará también el Plan de Atención Individualizado (PAI).

La Dirección Territorial competente por razón de domicilio de la persona menor de edad analizará la documentación recibida y, en aquellos casos en que lo considere necesario, la complementará con una valoración necesaria de la persona menor de edad de la que emitirá informe.

Posteriormente, cada *Comisión de Protección de la Infancia y la Adolescencia* decidirá sobre las propuestas recibidas, elevando las favorables a la *Comisión Coordinadora de casos de Salud Mental*, debidamente documentadas y con propuesta de temporalidad concreta, hasta como máximo 10 días antes de que se celebre la reunión de dicha comisión.

Una vez reunida, la Comisión coordinadora evaluará dichas propuestas estimándolas o no, lo que comunicará a la Dirección Territorial correspondiente por razón de domicilio de la persona menor de edad con el siguiente contenido:

- ✓ Desestimación, solicitando nuevos informes que la completen.
- ✓ Desestimación, de forma adecuadamente motivada.
- ✓ Estimación, instando a emitir Resolución de ingreso y a iniciar el protocolo para hacerlo efectivo, especificando la temporalidad del recurso que no podrá superar de forma inicial los 18 meses.

Excepcionalmente, podría sobrepasarse este tiempo hasta la finalización del curso escolar que corresponda a la entrada en la residencia, o con aprobación de la Comisión coordinadora que se ordena en el punto octavo del presente documento.

- ✓ Estimación, incluyéndola en la lista de espera.

Cuando el ingreso tenga que hacerse efectivo, las direcciones territoriales emitirán la correspondiente resolución administrativa, solicitarán la correspondiente autorización

judicial², conforme a las reglas procesales establecidas, y liderarán la coordinación entre el recurso derivante y la residencia de salud mental.

En esta derivación se facilitará como documentación;

- ✓ Ficha propuesta del recurso de origen en el que se encuentre la niña, niño o adolescente.
- ✓ Informe del equipo de Salud Mental.
- ✓ PAI, siempre que se disponga de él.
- ✓ Informe complementarios realizados por la Dirección Territorial, en caso de haberse emitido, para acompañar la propuesta del recurso de origen donde se encuentra la persona menor de edad.

² Artículo 763. Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico.

1. El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento. La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal. En los casos de internamientos urgentes, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro donde se haya producido el internamiento. Dicho tribunal deberá actuar, en su caso, conforme a lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 757 de la presente Ley.

2. El internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.

3. Antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal oír a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida. Además, y sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso, el tribunal deberá examinar por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado. En todas las actuaciones, la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa en los términos señalados en el artículo 758 de la presente Ley. En todo caso, la decisión que el tribunal adopte en relación con el internamiento será susceptible de recurso de apelación.

4. En la misma resolución que acuerde el internamiento se expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida, sin perjuicio de los demás informes que el tribunal pueda requerir cuando lo crea pertinente. Los informes periódicos serán emitidos cada seis meses, a no ser que el tribunal, atendida la naturaleza del trastorno que motivó el internamiento, señale un plazo inferior. Recibidos los referidos informes, el tribunal, previa la práctica, en su caso, de las actuaciones que estime imprescindibles, acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento. Sin perjuicio de lo dispuesto en los párrafos anteriores, cuando los facultativos que atiendan a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, darán el alta al enfermo, y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente.

- ✓ Plan de protección.
- ✓ Autorización judicial del Juzgado de Primera Instancia y Familia.
- ✓ Cualquier otra que sea considerada fundamental.

QUINTO. MODELO DE INTERVENCIÓN

Los objetivos principales de la residencia son los siguientes:

- a) Implementar un plan terapéutico adaptado a las necesidades de cada persona menor de edad.
- b) Favorecer que adquiera las competencias y las habilidades necesarias que le faciliten la adecuada inserción en su contexto sociocomunitario.
- c) Minimizar el impacto de las posibles secuelas del proceso patológico sobre el nivel de competencia personal, educativo y social.
- d) Asegurar la continuidad de las intervenciones terapéuticas mientras sea necesario, dentro y fuera de la unidad.
- e) Promover la colaboración y el apoyo de las familias en el proceso socioterapéutico, y facilitarles las orientaciones y el acompañamiento necesario.
- f) Garantizar la transición y la adaptación a su residencia y/o familia y a la USMIA de referencia, al finalizar su estancia temporal en esta unidad.
- g) Dar apoyo, asesoramiento y acompañamiento al profesorado de los centros de referencia del alumnado escolarizado en estas unidades.
- h) Evaluar y detectar buenas prácticas clínicas, educativas y organizativas que repercutan en la mejora del éxito terapéutico, el éxito escolar y la inclusión social de las personas menores de edad con medidas de protección para su generalización a otros ámbitos y entornos de intervención.

El acogimiento residencial en la Residencia de Salud mental seguirá las prácticas de calidad recogidas en el documento *EQUAR "Estándares de calidad en acogimiento residencial"* (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad).

Las fases del modelo de intervención son las siguientes:

1. Fase de derivación
2. Fase de valoración y evaluación inicial.
3. Fase de elaboración del Plan terapéutico.
4. Adaptación y seguimiento del Plan Terapéutico
5. Fase de salida.

A continuación describiremos con más detalle cada una de las fases numeradas anteriormente.

1. Fase de derivación

A fin que el ingreso se realice con la mayor información, en todos los casos, la Dirección Territorial convocará una reunión de traslado y estudio del caso en la que podrá participar:

- ✓ Profesional de la sección competente en materia de protección de infancia y adolescencia que elevó propuesta.
- ✓ Profesional de la sección competente en materia de protección de infancia y adolescencia responsable del seguimiento del caso desde el ingreso en la Residencia de Salud Mental.
- ✓ Profesional de Salud Mental que conozca a la persona menor de edad y tenga información relevante que aportar.
- ✓ La Dirección de la Residencia de Salud Mental.
- ✓ Profesional (*de la psicología, del trabajo social, de la psiquiatría, de la educación social*) de la Residencia de Salud Mental.
- ✓ Dirección del hogar o residencia en el que hasta la fecha estaba ingresada la persona menor de edad o representante de la entidad colaboradora en el seguimiento del acogimiento familiar o del equipo profesional de atención primaria básico.
- ✓ Otros y otras profesionales que se consideren necesarios (*EEIIA, USMIA, orientador escolar, ...*)

En esta reunión o posteriormente, se dará traslado de la documentación numerada anteriormente.

De igual forma, deberá destacarse si en el momento del ingreso de la niña, niño o adolescente en la Residencia de Salud Mental existe un plan de trabajo en marcha, con indicación de los equipos que están interviniendo en las distintas ámbitos (individual, familiar, social ...).

No obstante, todo ingreso de una niña, niño o adolescente en un recurso de carácter residencial requiere que, en el momento del mismo, se traslade a la residencia la información suficiente que permita un abordaje de la situación.

Atendiendo a las transiciones de entorno de convivencia recogidas en la actual *Ley 26/2018, de 21 de diciembre, de la Generalitat, de derechos y garantías de la infancia y la adolescencia* (artículo 120), se trazará el plan individualizado de transición de entorno, adaptado a su edad y circunstancias, salvo que el interés de la niña, niño o adolescente requiera de una actuación urgente. En esta planificación se escuchará y preparará a la persona protegida, y a las familias o instituciones implicadas.

En esta acogida se procurará, cuando las circunstancias lo permitan, que sea acompañado de su familia (*acogedora o de origen*), sobre todo en los casos que el Plan de Protección prevea la reunificación familiar o el retorno con la familia educadora. En el resto de casos, se acompañará por una persona que pueda transmitirle tranquilidad y confianza, siempre que sea posible.

La acogida de la persona menor de edad, se llevará a cabo por la dirección de la residencia y por educador o educadora de referencia, junto al equipo sanitario. En ese momento, se explicará al niño, niña o adolescente y a su familia los motivos y objetivos para los que ingresa en la residencia, las líneas generales de funcionamiento del mismo, y las condiciones y normas básicas de estancia. Esta información se ofrecerá en un lenguaje y forma accesible. De igual forma, se facilitará información escrita (de forma resumida)³.

A fin de preservar el sentido de continuidad biográfica y favorecer el desarrollo de su identidad, la niña, niño o adolescente podrá llevar consigo fotografías, recuerdos, pertenencias y objetos personales. En el momento de la admisión, se procederá a relacionar y guardar aquellas que no pueda tener consigo durante su estancia en la

³ Art. 9 de la L.O. 1/96 de protección jurídica del menor.

residencia, firmando la persona menor de edad el documento que acredite su custodia y posterior devolución por el equipo educativo de la residencia.

2. Fase de valoración y evaluación inicial

Para el desarrollo de la intervención durante el periodo que transcurre desde el ingreso hasta la salida de la Residencia de Salud Mental, se atenderá a los *Manuales de intervención individual con menores residentes* publicados por la Generalitat Valenciana, teniendo presente las características diferenciales de las personas menores de edad atendidas con respecto al resto de recursos de carácter residencial.

Así, en la valoración inicial de las características de desarrollo personal el profesional del área de psiquiatría perteneciente a la residencia realizará la correspondiente evaluación que incluirá, entre otras cosas, una anamnesis extensa y exploración clínica detallada, que permita establecer una hipótesis diagnóstica desde la complejidad o la confirmación del diagnóstico.

En cuanto a la valoración de la adaptación a diferentes contextos significativos, el contexto escolar/laboral será llevada a cabo por el profesorado de la residencia (dependientes de la Conselleria con competencias en materia de educación) o de la institución educativa donde acuda o por quien implemente la terapia ocupacional, siempre y cuando el niño, niña o adolescente no realice estas actividades fuera del contexto residencial. Por otra parte, se trabajará especialmente la aceptación por parte de la persona menor de edad de la medida de internamiento en la Residencia de Salud Mental.

Por las características de estos NNA, el número de residentes en los grupos educativos atendidos por el personal educador, ha de ser inferior al asignado para las residencias de acogida de carácter general. Los grupos educativos se conformarán en la residencia de salud mental, en número apropiado para atender de forma adecuada las necesidades específicas y especiales de cada NNA, a cargo del cual habrá, como mínimo, siempre en los turnos de atención diaria (mañana, tarde) un Educador Especializado responsable del grupo.

3. Fase de elaboración del plan terapéutico

El objetivo de la atención de esta residencia es promover la recuperación de cada niño, niña o adolescente que acoge y facilitar que vuelva lo antes posible a su entorno social y de vida, para disminuir la estigmatización y la exclusión social. El tratamiento ofrecido

será personalizado y comunitario, integrando aspectos clínicos, familiares, sociales y educativos.

Esta atención integral e interdisciplinaria se realizará de forma coordinada con los servicios sanitarios (USMIA'S, unidades de hospitalización, ...), educativos (centros escolares, servicios psicopedagógicos, ...) y sociales (servicios de Atención primaria básica y específica, servicios de Atención secundaria, ...), así como tratamientos intensivos y personalizados, considerando los factores biológicos, cognitivos y psicosociales del niño, niña y el adolescente.

Así el plan terapéutico se caracterizará;

- Por la intensidad de los tratamientos individuales, grupales y familiares
- Por la intervención de cuidado de la salud psicoeducativa.
- Por tener como meta la intervención y tratamiento en la comunidad y en el entorno vital del niño, niña o adolescente.
- Por la intervención en grupos educativos y convivenciales.

El equipo multidisciplinar está formado por profesionales de diferentes colectivos de salud mental, del entorno educativo y social, con formaciones específicas diferentes y complementarias.

La formación académica se podrá desarrollar en la propia residencia que dispondrá de aulas escolares específicas. Para ello deberá contar con profesorado de la Conselleria competente en materia de educación.

La enseñanza impartida en esta residencia deberá incluir formación prelaboral de carácter ocupacional (talleres de iniciación en distintos oficios) y estar adaptada a las características de los niños, niñas y adolescentes (procurando combinar adecuadamente actividades teóricas y manipulativas).

La planificación interna de las actividades formativas no debe ser impedimento para que las niñas, niños o adolescentes que, por sus circunstancias puedan desarrollar las mismas desde ámbitos más normalizados y previa valoración del equipo educativo, puedan hacerlo, atendiendo, en todo momento, al criterio de normalización. Se procurará, igualmente, su inclusión en actividades comunitarias, en el momento en que sea posible atendiendo a su evolución psicoeducativa.

En la elaboración del Plan terapéutico, el contexto médico y, en función de la necesidad que tenga el niño, niña o adolescente, los contextos relacionados con su problemática (salud mental, ...) cobrarán una relevancia especial para las personas protegidas en este tipo de residencia. La atención a posibles problemas de salud que presente el niño, niña o adolescente, se procurará sean atendidas desde las Áreas o Unidades de Salud que corresponda por zona.

4. Fase de adaptación y seguimiento al Plan Terapéutico

El Plan Terapéutico se revisará periódicamente (al menos, mensualmente) y se actualizará o modificará mediante decisiones del equipo interdisciplinar. En la medida de sus posibilidades, las personas menores de edad participarán de esta evaluación y reformulación, en su caso, para lo que se les dará audiencia.

El seguimiento y evaluación de cada caso se realizará incluyendo medidas específicas, fiables y válidas, preferentemente estandarizadas, que permitan objetivar los logros de los tratamientos, (estableciéndose indicadores cuantitativos, cualitativos).

De esta evaluación y seguimiento, la residencia dará cuenta mediante un informe con carácter trimestral, en el que se valorará los objetivos propuestos en el Plan terapéutico, así como las intervenciones y terapias implementadas para tal fin. De igual forma, este documento incluirá las incidencias producidas durante ese periodo.

Este **Informe Trimestral** deberá remitirse a la *Comisión Gestora*, así como al órgano judicial que autorizó el ingreso, al Ministerio Fiscal y a la Dirección Territorial competente por razón de domicilio de la persona menor de edad, con esa periodicidad.

Sobre la base de este informe motivado, la *Comisión Gestora* revisará esta medida de protección, al menos trimestralmente.

5. Fase de salida

El criterio de alta se basará en la evaluación interdisciplinar de los resultados del tratamiento.

Cuando la residencia considere que los objetivos trazados se han cumplido, o bien que puedan ser alcanzados en otro recurso más normalizado o que es inconveniente prolongar la estancia de la niña, niño o adolescente en la residencia, el educador o educadora social, en coordinación con el resto del equipo profesional de la residencia, realizará un **Informe Final** en el que se proponga las medidas que, en su caso, se consideren oportunas para continuar la intervención. Estas medidas podrán consistir en

la reintegración familiar, la permanencia en un hogar o residencia (no necesariamente en el/la de procedencia) o el acogimiento familiar en cualquiera de sus modalidades.

Este **Informe Final** será remitido a la Dirección Territorial competente (por razón del domicilio de la persona menor de edad), para su estudio y valoración por la *Comisión de Protección de la Infancia y la Adolescencia* quien, en su caso, realizará una propuesta concreta a la *Comisión Gestora* de la Residencia de Salud Mental.

Una vez estudiada esta propuesta, la *Comisión Gestora*, a su vez, instará a la Dirección Territorial competente (por razón del domicilio de la persona protegida), a dictar resolución de prórroga o cese de la medida de acogimiento en la Residencia de Salud Mental u otra medida de cambio de hogar o residencia o de forma de guarda. En tanto no se dicte esa resolución, la persona protegida seguirá residiendo en la misma.

La resolución de cese del acogimiento residencial en Residencia de Salud Mental, se comunicará de forma inmediata al Juzgado que autorizó el ingreso y al Ministerio Fiscal, acompañando a la comunicación de cese el informe en el que se sustenta la decisión.

El **Informe Final** recogerá la evolución del niño, niña o adolescente durante su estancia en la residencia, objetivos trazados en su plan terapéutico y las medidas educativas y terapéuticas llevadas a cabo, programas y actividades implementados, así como el nivel de objetivos alcanzados. De igual forma, el informe final contendrá la propuesta motivada de medida tras la estancia en la residencia de Salud Mental, así como, recomendaciones en todos las áreas de actuación y evaluación.

Muy importante, en este sentido, será reflejar lo trabajado en el ámbito de la **prevención de recaídas**, así como los mecanismos articulados para **garantizar la continuidad** del tratamiento en el próximo entorno vital de la persona protegida (coordinación correspondiente con los recursos sanitarios, educativos y sociales implicados). Se contemplará también la transición de entorno de convivencia, trazando el plan individualizado de transición de entorno, ya referido anteriormente.

La residencia aportará el estudio social, psicológico y educativo realizado por el grupo de profesionales del mismo y adjuntará los informes que existan de los recursos en los que la persona menor de edad haya sido atendida.

A fin de que el proceso de salida se realice con la mayor información, en todos los casos, la Dirección Territorial convocará una reunión de traslado y estudio del caso en la que podrá participar:

- ✓ Profesional de la sección competente en materia de protección de infancia y adolescencia que elevó propuesta.

- ✓ Profesional de la sección competente en materia de protección de infancia y adolescencia responsable del seguimiento del caso desde el ingreso en la Residencia de Salud Mental.
- ✓ Profesional de Salud Mental que conozca a la persona menor de edad y tenga información relevante que aportar.
- ✓ La dirección de la Residencia de Salud Mental.
- ✓ Profesional (*de la psicología, del trabajo social, de la psiquiatría, de la educación social*) de la Residencia de Salud Mental.
- ✓ Dirección del hogar o residencia en el que va a ser derivada la persona menor de edad o representante de la entidad colaboradora en el seguimiento del acogimiento familiar o del equipo profesional de atención primaria básico que vaya a llevar el seguimiento de la intervención.
- ✓ Otros/as técnicos/as que se consideren necesarios (*EEIIA, USMIA, orientador escolar, ...*).

SEXTO. PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN

Un primer objetivo esencial de la intervención constituye crear y mantener un ambiente seguro y protector para estas personas menores de edad, para ello se seguirán los estándares establecidos en el documento *EQUAR "Estándares de calidad en acogimiento residencial"* (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad), al respecto.

Así mismo, se contemplarán los preceptos establecidos en los artículos 27, 28 29 y 30 de la ley 1/1996, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil

En cualquier caso, la residencia debe contar con las medidas de seguridad necesarias y razonables que eviten riesgos en la convivencia de grupos de personas menores de edad que pueden presentar tendencia a reacciones agresivas, destructivas o autolesivas. Así mismo, debe estar claramente definido el protocolo de actuación en el caso de que se den estas conductas, y debe ser conocido por los profesionales que atienden a estas personas menores de edad, evitando en lo posible medidas coercitivas.

La contención física también deberá estar recogida en el Proyecto de Residencia y detallado en cuanto a procedimientos en el Reglamento de Funcionamiento. Todo el personal habrá recibido formación acerca de cómo y cuándo practicarla.

En todo caso el centro deberá contar con los siguientes protocolos de actuación:

1. Protocolos de medidas de control:
 1. Protocolo de registro de pertenencias.
 2. Protocolo de correspondencia y comunicaciones.
 3. Protocolo de régimen de visitas y salidas.
2. Protocolos de medidas de contención y seguridad:
 1. Protocolo de contención verbal y emocional.
 2. Protocolo de contención física y mecánica.
 3. Protocolo de aislamiento del niño, niña o adolescente.
3. Protocolos de intervención terapéutica:
 1. Protocolo de administración de medicamentos.
 2. Protocolo de normas de actuación ante un niño, niña o adolescente potencialmente suicida.
 3. Protocolo de actuación ante el insomnio.

Dichos protocolos serán elaborados por parte del equipo del recurso residencial, y remitidos en el plazo de un mes desde la aprobación de la presente instrucción a la Dirección General de Infancia y Adolescencia para su estudio y aprobación. En todo caso, deben contar con la autorización expresa de la Dirección General de Infancia y Adolescencia.

SÉPTIMO. COMISIÓN GESTORA DE LOS CASOS DE SALUD MENTAL

A los efectos de realizar un seguimiento conjunto de este tipo de residencias y llevar un control de las medidas y actuaciones implementadas, con independencia de las funciones propias de los Servicios territoriales de la Conselleria con competencias en materia de protección de infancia, se constituirá una *Comisión Gestora* de la Residencia de Salud Mental, que coordinará las medidas y actuaciones en la residencia de acogida de niños, niñas y adolescentes de salud mental.

Las funciones de la comisión gestora serán las siguientes:

- a) Valoración de admisión o no admisión de los expedientes de las niñas, niños o adolescentes derivados para su evaluación.
- b) Control y seguimiento conjunto de esta residencia/Seguimiento de los casos y control de esta residencia, evaluando los informes periódicos y trimestrales, que remitan la dirección de la Residencia de Salud Mental y los servicios territoriales de la conselleria con competencias en materia de protección de personas menores de edad.
- c) Estudio de las bajas o prórrogas del periodo de estancia máximo.
- d) Aquellas funciones que le sean encomendadas por la persona titular de la dirección general de la conselleria con competencias en materia de protección de personas menores de edad.

Esta comisión estará compuesta por:

- Presidente/a: La persona titular de la dirección general con competencias en materia de protección de la infancia y adolescencia o la persona en quien delegue.
- Secretario/a: La persona titular de la jefatura de servicio con competencias en acogimiento residencial o la persona en quien delegue.
- Vocales: Las personas titulares de las direcciones territoriales con competencias en materia de protección de la infancia y adolescencia o las personas en quienes deleguen.
- Un/a psicólogo/a y un/a psiquiatra designados/as por la conselleria de sanidad.

La comisión se reunirá con carácter trimestral cuando la existencia de casos así lo justifique, sin perjuicio de convocatoria extraordinaria a propuesta de la persona titular de la dirección general de la Conselleria con competencias en materia de protección a la infancia y adolescencia.

OCTAVA. MEMORIA y RECOGIDA DE DATOS.

Con carácter trimestral se remitirá a esta Dirección general de Infancia y Adolescencia, los datos que se solicitarán según documento que se enviará con posterioridad a esta Instrucción.

Así mismo, se realizará y remitirá a esta Dirección General, Memoria Anual según modelo que se remitirá con posterioridad a esta instrucción.