

MESA 1. INDICADORES EN LOS CSM (Javier Sanz Fuentenebro)

Tras las breves presentaciones de propuestas para adultos e infantil, basadas inicialmente en el documento colgado en la web por parte de los ponentes, se abrió un **tiempo de discusión en el que recogimos:**

- La enorme importancia de disponer en todas las agendas de todas las posibles prestaciones para poder diferenciar cualitativamente la actividad recogida.
- Deberemos asegurar en todas las Áreas la disponibilidad de las prestaciones que se reflejarán en los indicadores que decidamos.
- Se abunda en la insuficiencia de los indicadores de actividad habitualmente compartidos con otras especialidades o dispositivos. El índice nuevos/sucesivos sería un ejemplo clásico, así, todos coincidimos en que dependerá de la patología que este índice se proponga al alza o a la baja, y se convierta en un indicador de “no calidad”.
- Se recuerda que las fuentes de datos de los indicadores pueden ser varias: bases de actividad de las gerencias, Farmaweb, historias electrónicas...
- La necesidad de recoger toda la actividad de todos los colectivos; así, también TSociales y DUEs han de disponer de las prestaciones adecuadas en sus agendas que reflejen correctamente su trabajo (ej coordinaciones...) cuando se estudien mediante indicadores al efecto.
- Se plantea desde el TSocial la necesidad de definir indicadores de resultados “comunitarios” y “de contexto”; se anima a que la demanda se concrete en una propuesta colgada en la web.

Y a lo largo del estimulante debate, inevitablemente sale a relucir la enorme heterogeneidad de los territorios en su acceso a datos, en la fuentes de los mismos, en el interés por tenerlos, en el temor a disponer de ellos o que dispongan otros, en el buen y mal uso, en su perversión... Finalmente se acuerda como primer paso colgar estas conclusiones; **tras navidad crear un pequeño grupo de trabajo operativo para dar forma al paquete básico que plantearemos en la web y trabajaremos con la Oficina de SM.**

MESA 2. BUENAS PRÁCTICAS EN LOS CSM

COMPROMISO DE INFORMACION ENTRE PROGENITORES

D/D^a _____, mayor de edad, con D.N.I. _____, en su condición de padre/madre del menor D/D^a _____, por medio de la presente, se compromete a informar a D/D^a _____, en su condición de padre/madre del citado menor, sobre la intervención psicológica que se realizará a dicho menor por parte del Psicólogo/a, D/D^a _____. El incumplimiento de dicho compromiso podrá dar lugar a la correspondiente reclamación, por vulneración del derecho al ejercicio de la patria potestad del progenitor no informado de la intervención.

Y para que así conste a los efectos oportunos, y en prueba del compromiso asumido ante el Psicólogo/a interviniente, firma el presente documento en _____, a ___ de _____ de _____.

Fdo.:

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES

D./D^{ña} _____
mayor de edad, con domicilio en _____ C/ _____
DP _____ con NIF _____, padre del/la menor _____
Y D^{ña} _____
mayor de edad, con domicilio en _____ C/ _____
DP _____ con NIF _____, madre del/la citado/a menor

MANIFIESTAN

Que consienten en la participación en el tratamiento psicológico de su hijo/hija _____ de ___ años de edad¹, llevado a cabo por D./ D^{ña} _____ psicólogo/psicóloga del CSM -----

Que hemos sido informados de que la información aportada al psicólogo/psicóloga durante el proceso terapéutico está sujeta a secreto profesional y que, por lo tanto, no puede ser divulgada a terceras personas sin nuestro consentimiento expreso.

Que hemos sido informados que el/la psicólogo/psicóloga está obligado/a a revelar ante las instancias oportunas información confidencial en aquellas situaciones que pudieran representar un riesgo muy grave para nuestro hijo/hija, terceras personas o bien porque así le fuera ordenado judicialmente.

En el supuesto de que la autoridad judicial exija la revelación de alguna información, el/la psicólogo/psicóloga estará obligado/a a proporcionar sólo aquella que sea relevante para el asunto en cuestión manteniendo la confidencialidad de cualquier otra información.

Que aceptamos que como padres seremos informados de los aspectos relacionados con el proceso terapéutico y con su evolución, manteniendo como confidenciales los datos que así hayamos acordado previamente entre nosotros, nuestro hijo/a y el/la terapeuta.

-----.

1 A partir de los doce años habrá que considerar la opinión del menor que será tanto más determinante cuanto mayor sea su edad y su capacidad de discernimiento.

2 Los aspectos de los que se informará a los padres y aquellos que de los cuales se mantendrá la confidencialidad y que, por tanto, quedarán restringidos a la relación entre el menor y el terapeuta, serán acordados previamente tras una negociación en la que participarán todas las partes interesadas (padres, menor y terapeuta)

En _____, a _____ de _____ de 200__

Firma del padre

Firma de la madre

Firma del menor

AUTORIZACIÓN FAMILIAR PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN ENTRE PROFESIONALES

Doña/Don....., con DNI / NIE/ Nº de Pasaporte:

..... Doña/Don....., con DNI / NIE/ Nº

de Pasaporte: como madre/ padre/ tutor/tutora o

representante legal (táchese lo que no proceda) de la persona menor declara que han sido

informados por..... (especificar profesional y servicio): y

autorizan a la administración educativa, social y sanitaria de la comunidad autónoma de Madrid a coordinarse y llevar a cabo las actuaciones recogidas en el Protocolo de actuación sobre identidad de género, en relación a mi hija/o.

Autorizamos / damos nuestro consentimiento para el intercambio de información para la coordinación de actuaciones de los profesionales implicados.

DECLARO (Rellenar en caso de ser firmado por uno de los progenitores): Que la autorización para el intercambio de información entre los servicios educativos, sociales y sanitarios al que se adjunta esta declaración está firmada por uno sólo de los progenitores debido a:

o Familia monoparental o monomarental

o Fallecimiento del otro/a progenitor/a

o Privación al otro/a progenitor/a de la patria potestad de los hijos/as por resolución judicial

o Orden o sentencia de alejamiento u otras medidas cautelares

o Imposibilidad material de contactar con el otro progenitor para actuar en el ejercicio ordinario de la patria potestad (artículo 156 del Código Civil)

o Otras circunstancias (especificar):

En.....a.....de..... de 20..... Firma: La madre/ El padre/ La/el representante legal

Legislación y normativa más relevante de ámbito internacional

La principal normativa relacionada con los niños y los adolescentes de ámbito internacional es la siguiente:

- La Convención sobre los Derechos de los niños, 1989. “los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud”.
- La Carta Europea de Derechos del Niño (DOCE nº C 241, de 21 de Septiembre de 1992). En su punto 21, esta Carta reconoce que “todo niño tiene derecho a la salud”.
- OMS. promoverá una amplia variedad de intervenciones eficaces para atender a los niños y adolescentes con necesidades de salud mental, que se realizarán por intermedio de las comunidades y los sistemas de salud.
- Resolución del Parlamento Europeo, Punto 27. Subraya la necesidad de diseñar sistemas sanitarios que respondan a la necesidad de prestar servicios especializados de salud mental para niños y adolescentes, teniendo en cuenta el paso de la atención institucional de larga duración a la vida en comunidad con ayuda. o Punto 28. Subraya la necesidad de un diagnóstico precoz y del tratamiento de los problemas de salud mental en grupos vulnerables, teniendo especialmente en cuenta a los menores.

Normativa relacionada con los niños y los adolescentes de ámbito estatal:

- Código Civil:. En el Título X de este documento se regula la tutela, la curatela y la guarda de menores o incapacitados. En el artículo 271 se indica que “el tutor [del menor] necesita autorización judicial para internar al tutelado en un establecimiento de salud mental o de educación o formación especial”.
- Constitución Española de 1978. En esta Constitución se ratifican los acuerdos adoptados a nivel internacional. En este sentido, en el artículo 39 se especifica que “los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos”.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. En esta Ley se recoge en su artículo 20, punto 1, que “se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría”.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Esta Ley fomenta a lo largo de todo su texto en diferentes artículos la protección de los menores, en aspectos relativos a explotación sexual, mendicidad, trata de personas, participación en conflictos armados, etc.
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Esta Ley recoge los Derechos del Menor en España, las actuaciones a realizar en situaciones de desprotección social del menor y las instituciones de protección de menores.
- Ley Orgánica 14/1999, de 9 de junio, de modificación del Código Penal de 1995, en materia de protección a las víctimas de malos tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. En esta Ley se

modifica el artículo 153 del Código Penal, y en él se recoge el agravante por ejercer violencia física o psíquica sobre sus propios hijos, los de su cónyuge o conviviente, o pupilos.

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Contenido en su artículo 9, punto 3.c, se hace referencia al otorgamiento del consentimiento por representación en el supuesto “que el paciente sea menor de edad y no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente”.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. En el artículo 5 se recoge que “las Administraciones competentes deberán prever la escolarización inmediata de los hijos que se vean afectados por un cambio de residencia derivada de actos de violencia de género”. Adicionalmente, en el artículo 19.5 se recoge que “los servicios sociales deberán contar con personal específicamente formado para atender a los menores, con el fin de prevenir y evitar de forma eficaz las situaciones que puedan comportar daños psíquicos y físicos a los menores que viven en entornos familiares donde existe violencia de género”

3.6.1. Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la Víctima del Delito.

El objetivo de esta Ley es recoger los derechos de las personas dañadas, de manera directa o indirecta, por cualquier tipo de delito que cause un daño físico, moral o material. Establece un nivel de protección superior para las víctimas especialmente vulnerables, realizando una mención específica a las y los menores de edad, y apelando a su interés superior “como guía para cualquier medida y decisión que se tome” (Preámbulo, párrafo III).

En relación al tema que nos ocupa, destaca que “...se busca visibilizar como víctimas a los menores que se encuentran en un entorno de violencia de género o violencia doméstica, para garantizarles el acceso a los servicios de asistencia y apoyo, así como la adopción de medidas de protección, con el objetivo de facilitar su recuperación integral” (Preámbulo, párrafo V).

La Ley ofrece a las víctimas, entre otros, los siguientes derechos, aplicables también a las personas menores de edad: derecho a entender y ser entendida (Art. 4); a la información (Art. 5 y 7); a la reflexión (Art. 8 ; acceso gratuito y confidencial a los servicios de asistencia y apoyo, remarcando especialmente este derecho para los “hijos de las mujeres víctimas de violencia de género o de personas víctimas de violencia doméstica”, (Art. 10); derecho a la protección (Art. 19, 21, 25); específicamente para los y las menores y personas con discapacidad (Art. 26); derecho a evitar el contacto con el agresor durante el procedimiento penal (Art. 20); derecho a la protección de la intimidad (Art. 22); a la evaluación individual de las víctimas a fin de determinar sus necesidades especiales de protección (Art. 23).

Dada la relevancia de este último artículo, nos vamos a detener en su análisis. Antes de aplicar las medidas de protección mencionadas, se recomienda la realización de una valoración que tenga en cuenta las circunstancias personales de la víctima (incluyendo a los y las menores expuestos a violencia de género), considerando la concurrencia de factores de vulnerabilidad (edad, situación de discapacidad o dependencia con respecto al agresor). Se valoran también las circunstancias del

delito, su naturaleza, gravedad, grado de violencia o riesgo de reincidencia, considerando especialmente necesaria la adopción de medidas de protección para víctimas de, entre otros delitos, aquellos “cometidos sobre el cónyuge (o análoga relación) o sobre los descendientes, ascendientes o hermanos (...) propios o del cónyuge o conviviente” (Art. 23.2, punto b, 3º).

Determina también el Artículo 23 que, en el caso de víctimas menores de edad, se tendrán en cuenta factores como sus necesidades inmediatas, nivel de madurez, edad, género y discapacidad; y atribuye estas funciones de valoración a los jueces y juezas que entiendan de la causa en cada momento procesal. El Artículo 24 insta a tomar en cuenta la voluntad y opinión de la víctima (expresamente si se trata de un niño, niña o adolescente) en la adopción de medidas de seguridad.

De nuevo el Artículo 26 plantea consideraciones especiales para la protección de las personas menores de edad (y con discapacidad o especialmente necesitadas de protección), que incluyen el compromiso de minimizar el efecto que las investigaciones y procedimientos judiciales puedan tener sobre ella, como por ejemplo la emisión del testimonio o la declaración de manera indirecta por medios tecnológicos o a través de profesionales.

La Ley del Estatuto de la Víctima introduce, en las Disposiciones Finales, varias modificaciones en la Ley de Enjuiciamiento Criminal que establecen la obligatoriedad de adoptar medidas civiles dentro de la Orden de Protección cuando existan menores implicados/as (como el régimen de guarda y custodia, la regulación de las visitas, el uso de la vivienda o la pensión de alimentos). Lo que antes se dejaba al arbitrio del juez o la jueza, se convierte en preceptivo apelando al interés superior del menor.

3.6.2. Modificación del Sistema de Protección a la Infancia y la Adolescencia

También en 2015 se aprueban dos leyes con decisivos cambios para los y las menores en situación de riesgo, y también para quienes están expuestos a la violencia machista en el hogar: la ley orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, desarrollada en la ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.

Ambas son reformas y modificaciones de otras leyes. La LO 8/2015, argumenta en el Preámbulo la necesidad de modificar la Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor, con el objetivo de reforzar el derecho a que su interés superior sea prioritario, recogiendo en este sentido jurisprudencia y las Observaciones Generales del Comité para los Derechos del Niño (y de la Niña). Explicita que este “concepto jurídico indeterminado” debe ser aplicado teniendo siempre en cuenta los derechos de los y las menores a la hora de tomar medidas que les conciernan, priorizándolos sobre otros intereses legítimos con los que puedan entrar en conflicto, ponderándolos adecuadamente en caso de que haya otros intereses en juego, e interpretando las disposiciones jurídicas en la forma que les sea más beneficiosa, siempre con el objetivo de “asegurar el respeto completo y efectivo de todos los derechos del menor, así como su desarrollo integral” (Preámbulo, párrafo II). Enumera como criterios a tener en cuenta para valorar el interés superior del y la menor, los siguientes:

- El derecho a la vida, el desarrollo y la satisfacción de sus necesidades básicas.
- La participación del menor y la consideración de sus deseos y opiniones.
- Su derecho a vivir en un entorno familiar adecuado y libre de violencia.
- El respeto a su identidad, cultura, idioma, religión u otra característica personal.

Esta ley introduce modificaciones de envergadura para la protección de los y las menores víctimas de violencia de género. En el Preámbulo dice lo siguiente, que reproducimos textualmente por su relevancia:

“Cualquier forma de violencia ejercida sobre un menor es injustificable. Entre ellas, es singularmente atroz la violencia que sufren quienes viven y crecen en un entorno familiar donde está presente la violencia de género. Esta forma de violencia afecta a los menores de muchas formas. En primer lugar, condicionando su bienestar y su desarrollo. En segundo lugar, causándoles serios problemas de salud. En tercer lugar, convirtiéndolos en instrumento para ejercer dominio y violencia sobre la mujer. Y, finalmente, favoreciendo la transmisión intergeneracional de estas conductas violentas sobre la mujer por parte de sus parejas o ex parejas. La exposición de los menores a esta forma de violencia en el hogar, lugar en el que precisamente deberían estar más protegidos, los convierte también en víctimas de la misma”.

La Disposición final tercera recoge los cambios introducidos en la LOIVG DE 2004, y comienza de manera contundente al introducir un cambio conceptual en la definición de víctima de violencia de género. En el Artículo 1.2 de la LOIVG, donde establece que el objeto de la Ley es plantear medidas de protección, prevención, sanción y erradicación y prestar asistencia a las víctimas, sustituye el genérico “víctimas” de la redacción anterior por “... a las mujeres, a sus hijos menores y a los menores sujetos a su tutela, o guarda y custodia, víctimas de esta violencia”, dejando claro ya desde el inicio la conceptualización de las personas menores de edad expuestas a situaciones de violencia de género como víctimas, sin matiz alguno.

A continuación establece unos cambios con respecto a las decisiones que deben adoptar los jueces en los procedimientos relacionados con la violencia de género. Reitera la obligatoriedad, ya establecida en la Ley del Estatuto de la Víctima del Delito, de que jueces y juezas valoren y establezcan medidas cautelares de protección y aseguramiento, especialmente las referidas a la medida de alejamiento del inculpado (es decir, desde el inicio del procedimiento penal) con respecto a las víctimas, la suspensión de la patria potestad o del régimen de visitas. Y en caso contrario, la jueza o juez está obligado a determinar en qué forma se ejercerá esta relación, a adoptar medidas de seguridad y recuperación para la mujer y los menores, así como un compromiso de seguimiento de la evolución de la situación.

Por su parte, la Ley 26/2015, introduce (modificando el Artículo 12 de la Ley Orgánica de Protección del Menor) una mención específica a los menores dependientes de una víctima de violencia de género, instando a los poderes públicos a garantizar el apoyo necesario para que permanezcan con su madre, así como “su protección, atención especializada y recuperación”. También aporta modificaciones al Código Civil, la más interesante de las cuales (para el tema que nos ocupa) se refiere al Artículo 158, que introduce la posibilidad de que el juez o jueza adopte, cuando sea necesario para “apartar al menor de un peligro o evitarle perjuicios”, medidas de alejamiento y contacto hacia el niño con respecto a padres, tutores, parientes o terceras personas, insistiendo de nuevo en la recomendación de escuchar al menor y tener en cuenta sus intereses. También introduce un interesante cambio en el Artículo 160, que aunque no se refiere específicamente a los casos de violencia de género, resulta de muy relevante aplicación. Sustituye el texto anterior, que decía: “Los progenitores, aunque no ejerzan la patria potestad, tienen el derecho de relacionarse con sus hijos menores...”, por una nueva redacción que declara: “Los hijos menores tienen derecho a relacionarse con sus progenitores aunque éstos no ejerzan la patria potestad...” en lo que parece una apuesta por la primacía de los derechos de los y las menores frente a otros intereses en conflicto.

Dolores González
CSM Vallecas Villa

Marco ético y legal en la intervención asistencial con niños y adolescentes en el Centro de Salud Mental

El propósito de la exposición es explicitar la dificultad de articular la práctica clínica con la normativa ético-legal y justificar la necesidad de formación en este tema.

Hay una extensa normativa legislativa tanto en el ámbito internacional que se inicia con La Convención sobre los Derechos de los niños, 1989, como en el ámbito nacional y autonómico, relacionada con los niños y adolescentes.

Planteo una serie de preguntas para reflexionar y debatir en relación a dos cuestiones:

1.- La Patria Potestad.

Artículo 156 del Código Civil, Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y código deontológico del COP, el Consentimiento informado por representación. ¿Debemos ser los profesionales los que localicemos a los padres ausentes para que acudan al CSM ?

En principio creo que todos estaríamos de acuerdo en que no solo es conveniente contar con el consentimiento de ambos padres para iniciar un tratamiento sino conseguir su implicación en el tratamiento.

Hay algunos profesionales que piden el consentimiento de ambos padres como requisito imprescindible para iniciar un tratamiento.

- ¿Qué hacemos en los casos que nos dice la madre que no sabe nada del paradero del padre?

- Que hacemos en los casos en los que acude solo/a el/la menor a consulta?

- Que hacemos en casos que son los abuelos quienes traen al paciente y no tiene la guarda?

- Como puede entender una madre que ha vivido situaciones de violencia de género, que tiene que pedir la conformidad al padre para recibir ayuda y orientación en el manejo con su hijo?

Personalmente propongo aclarar y ajustar la demanda como forma de evitar falsas expectativas y problemas derivados.

2.- la Confidencialidad

Trabajamos en marcos multiprofesionales y multiinstitucionales.

Que ocurre cuando se nos requieren informes por parte de otras instituciones no asistenciales: contextos jurídicos, comisiones deontológicas etc.

¿Debemos aportar la Historia Clínica por “imperativo legal”?, desaparece en estos casos la obligación de guardar el secreto profesional?

¿Deberíamos pedir por escrito autorización a los padres para poder hacer coordinación con otras instituciones al inicio de la intervención?

¿Cómo compaginar la intervención clínica con el deber de protección al que nos obliga la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor?

La complejidad de nuestro trabajo lo hace estimulante y motivador pero también corremos el

riesgo de entrar en confusión y salirnos del marco que nos define como clínicos, lo que nos puede tentar a buscar la seguridad en protocolos estandarizados que den respuesta a todas las situaciones , pero eso es imposible, cada caso es único.

Considero que necesitamos mucha más formación para afrontar estas situaciones en la que en ocasiones nos enfrentamos sin la debida preparación y con total desprotección.

Sería bueno poder conseguir consensuar algunas recomendaciones desde la reflexión ética y desde nuestra experiencia que nos sirvan de orientación en nuestra práctica diaria.

Lola González Palacin

Psicóloga Clínica CSM Villa de Vallecas

RESUMEN DE “LAS INTERVENCIONES GRUPALES EN LOS CSMs” (II CONFERENCIAS DE CENTROS DE SALUD MENTAL 2017)

Discutidores:

- Ángel Ramos Muñoz
- Jesús Fernández Rozas
- Manuel Broco Barredo
- Pilar Caminero Luna
- Concha Baro Santamarta
- Mercedes Sánchez Mudarra

Coordinadora: Carolina Cabrera Ortega

La consigna previa:

El objetivo de la mesa no es hablar sobre técnicas grupales sino sobre el sentido de los grupos en el CSM ¿Cómo están implantados? ¿Quién los lleva a cabo (psiquiatras, psicólogos, enfermería, trabajo social, terapeutas ocupacionales), en atención a adultos y en atención a infancia-adolescencia? ¿Qué formato tienen? ¿A quién van dirigidos? ¿Con qué objetivos? ¿Cuál es su eficacia y cómo la medimos? ¿Cuál es la relación coste-beneficio (económica y no económica)?

Partimos con el recordatorio de las conclusiones de las **I Conferencias de Centros de Salud Mental**, en el apartado correspondiente a intervenciones psicoterapéuticas en los CSM referidas a las psicoterapias de grupo que deberían de incluirse, como mínimo, en los CSM:

- Intervenciones grupales dirigidas al aprendizaje de técnicas de manejo del estrés y la ansiedad, que se han demostrado altamente eficaces en la reducción de la sintomatología y de la medicación
- Psicoterapias de grupo, también breves, para lo casos de mejor pronóstico: sintomatología de reciente aparición, conflictos relacionales o de tipo laboral.
- Psicoterapia de grupo de duración prolongada para trastornos más graves: trastornos de personalidad, TCA o trastornos psicóticos.
- Intervenciones psicoeducativas, o de apoyo a familiares de pacientes con patologías más graves

Así mismo se mencionaban también algunas actividades en formato grupal (terapeutas ocupacionales) a tener en cuenta como son: rehabilitación cognitiva básica, actividades de la vida diaria y habilidades sociales, ocio y tiempo libre, inserción vocacional-laboral etc.

Previamente se señalaba que la psicoterapia de grupo, en sus diferentes modalidades, es una herramienta excepcionalmente potente en sus efectos terapéuticos y se adapta perfectamente a las posibilidades de intervención desde un CSM. Lo ideal sería poder trabajar en co-terapia, con la presencia de observadores, pero no siempre es posible.

En las **II Conferencias** los discutidores de la mesa constituyeron una amplia representación de profesionales (psicólogos, psiquiatras, terapeuta ocupacional, enfermera, trabajadora social, atención infanto- juvenil y adultos) con aportaciones de experiencias grupales diversas. La discusión después de sus presentaciones fue rica e interesante.

Algunas de las ideas que se discutieron fueron:

- Existe acuerdo en que las intervenciones grupales en los CSM pueden aspirar a ser consideradas tratamientos de elección en los procesos asistenciales del CSM, pero con las matizaciones necesarias que permitan una adecuada eficiencia.
- A veces las intervenciones grupales son la casi única forma de crear condiciones mínimamente aceptables para hacer posible la intervención terapéutica con los escasos recursos disponibles. En este punto es imprescindible considerar la atención que se les da a los pacientes en su conjunto en el CSM y esto debería exigir una revisión continua y en conjunto por parte del equipo (priorizar patologías, priorizar intervenciones etc.).
- La idea de “enfermedad” que se tenga por parte de los profesionales y de los equipos va a influir también en el formato terapéutico, e.g: un enfoque biopsicosocial y por tanto un abordaje comunitario; los equipos de infantil en el que se suele considerar que se parte del grupo familiar y se entiende al niño como el foco del síntoma. El niño es un elemento del grupo. Este enfoque puede ser valido también para el caso de los adultos y la concepción de los grupos multifamiliares.
- En algunos CSMs los grupos se insertan en el modo de trabajo del propio equipo, de tal forma que si éste está constituido por un equipo que funciona como grupo, se insertará de modo distinto a si no es así. Es decir no es lo mismo un modelo de trabajo en el CSM en que cada uno gestiona su agenda y sus pacientes que un modelo de trabajo en que los pacientes son del dispositivo y son atendidos en procesos asistenciales.
- Conviene, por tanto, ajustarse a la oferta y la demanda, (a la necesidad, al perfil y a la factibilidad), o al menos no perder de vista este ajuste en la perspectiva de conjunto del trabajo en el CSM.
- Importante la consideración de que los grupos o las intervenciones grupales abarcarían un continuum que iría entre las “las actividades en formato grupal” y la “psicoterapia de grupo”, en función del tipo de intervenciones técnicas destinadas al cambio psíquico. Por tanto los distintos profesionales (psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, psiquiatras y enfermería) podrían realizar esta amplia tarea dependiendo de su capacitación, formación y experiencia.
- En relación con lo anterior los grupos se pueden entender como el tratamiento principal en un paciente o como complemento del plan terapéutico individualizado.
- En el caso de que las intervenciones grupales constituyan un complemento, éstas puede ser útiles para:
 - Facilitar la continuidad con otro recurso
 - Tratamiento previo a la entrada a un dispositivo determinado
 - Discernir recursos necesarios para un paciente determinado
 - Abordaje de determinados aspectos del tratamiento como pueden ser rehabilitación cognitiva básica, actividades de la vida diaria y habilidades sociales
 - Algunos grupos dirigidos al abordaje de síntomas (grupos psicoeducativos, técnicas de manejo de ansiedad etc)
- Tener en cuenta objetivos del grupo, metodología y enfoque, técnica. Importante la limitación en el tiempo. Medir los resultados y valorar así su eficacia y eficiencia.
- Las condiciones que hagan factibles las intervenciones grupales: ajustes de agenda, supervisiones, coterapia, revisión constante por parte del equipo etc.
- La necesaria formación, previa y específica, para trabajar con grupos, con independencia del contenido que luego se implemente. Especialmente la capacitación en trabajo grupal, y más en intervenciones psicoterapéuticas, es una formación muy especializada y por tanto responsabilidad específica de aquellos profesionales capacitados.