

TRABAJO DE FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL

**“LA COMPRENSIÓN PARENTAL EN LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL
CON MENORES EN SALUD MENTAL: PERSPECTIVA PROFESIONAL”**

Autora:

Lucía Martínez Santamaría

Tutor:

Alfonso Marquina Márquez

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO 2024-25

Fecha de entrega: 07 de julio de 2025

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría comenzar expresando lo enormemente agradecida que me siento con las personas que han hecho que este Trabajo sea posible; a todas aquellas que se ofrecieron para ayudarme en todo lo posible, y a aquellas que sacrificaron parte de su tiempo para atenderme.

A mi familia, por estar ahí siempre y creer en mí, pero, sobre todo, a darme fuerzas para alcanzar mis objetivos, fuerzas que ni yo misma tenía.

A las personas que estos 4 años me han permitido conocer, personas que han pasado a formar parte de mi vida y me han ofrecido un apoyo imprescindible. Ojalá todo el mundo tuviera la suerte de conocerlas. Además, agradecer a alguien muy importante que me ha acompañado este último año de carrera, quien de sorpresa se ha convertido en esencial.

Gracias la Universidad, y especialmente a mi tutor, Alfonso, por permitirme llevar a cabo este trabajo y haber sido gran apoyo estando ahí siempre que dudaba del camino que debía tomar.

Por último, dedico especialmente este trabajo y estos años a quien me vio comenzar esta experiencia, pero, por circunstancias de la vida, no ha podido verme acabar. Su presencia – aunque no siendo física – ha sido clave como persona para haber llegado hasta aquí y poder estar presentando este Trabajo de Fin de Grado. Sé que está orgulloso.

INDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
1. INTRODUCCIÓN	3
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2. Justificación	4
2. OBJETIVOS	5
2.1. Objetivo General.....	5
2.2. Objetivos Específicos	5
3. REVISIÓN DE LA LITERATURA	6
3.1. SALUD MENTAL INFANTIL	6
3.1.1. Situación actual: datos y cifras	6
3.1.2. Tipos de trastornos.....	7
3.1.3. Factores psicosociales en la salud mental infantil.....	9
3.1.4. Marco normativo	10
3.2. COMPRENSIÓN PARENTAL EN LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL	12
3.2.1 Conceptualización de la comprensión parental en la salud mental infanto-juvenil	12
3.2.2. Alfabetización en salud mental	13
3.2.3. Estigma.....	16
3.2.4. Relaciones paternofiliales	17
3.2.5. Determinantes de las relaciones paternofiliales en el desarrollo infanto-juvenil	18
3.3. INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL	18
3.3.1. Tipos de modelos de intervención	19
3.3.2. Líneas estratégicas de intervención en salud mental	20
3.4. RECURSOS ASISTENCIALES.....	26
3.4.1. Atención primaria a la salud mental infantil.....	27
3.4.2. Recursos de atención a la salud mental a nivel autonómico (Castilla y León)	28
3.5. TRABAJO SOCIAL Y SALUD MENTAL	32
3.5.1. Psicoterapia.....	34
3.5.2. Rol del trabajador social en salud mental.....	34
3.5.3. La interdisciplinariedad en la salud mental infanto-juvenil.....	36
4. METODOLOGÍA	38
4.1. Enfoque metodológico y diseño de la investigación.....	38

4.2. Ámbito de estudio.....	38
4.3. Participantes	38
4.4. Recogida de datos	39
4.5. Análisis de los datos	40
4.6. Consideraciones éticas	41
5. RESULTADOS.....	42
5.1. Comprensión parental en la salud mental infanto–juvenil	42
5.1.1. Importancia de la comprensión parental.....	43
5.1.2. Experiencias profesionales.....	43
5.1.3 Influencia en las intervenciones.....	44
5.2. Facilitadores y barreras en la comprensión parental	44
5.2.1. Facilitadores observados en la experiencia profesional	44
5.2.2. Barreras observadas en la experiencia profesional	45
5.3. Estrategias de intervención con las familias	46
5.3.1. Intervenciones realizadas	46
5.3.2. Conocimientos acerca de salud mental infanto-juvenil	46
5.4. Rol del Trabajo Social en la salud mental infanto-juvenil	47
5.4.1. Importancia del Trabajo Social.....	47
5.4.2. Equipos multidisciplinares	47
5.5. Áreas de mejora en la intervención psicosocial con los menores y la comprensión parental.....	48
5.5.1. Propuestas de mejora	48
6. DISCUSIÓN	49
7. CONCLUSIONES	52
8. BIBLIOGRAFÍA.....	54
9. ANEXOS	60

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICO

Gráfico 1.....	7
Tabla 1.....	14
Tabla 2.....	29
Tabla 3.....	39
Tabla 4.....	42

RESUMEN

Antecedentes: Las figuras parentales juegan un papel fundamental en la salud mental de los menores. La comprensión parental acerca de la salud mental de sus hijos influye de manera directa en los procesos de intervención psicosocial con los menores. El objetivo de este estudio es conocer cómo influye la comprensión parental en la intervención psicosocial con menores en el ámbito de la salud mental desde una perspectiva profesional.

Metodología: Se ha realizado a través de un enfoque cualitativo con un enfoque exploratorio, llevando a cabo entrevistas semiestructuradas a diferentes profesionales del ámbito de la salud mental infanto-juvenil.

Resultados: Los resultados obtenidos dejan en claro que la comprensión parental supone un impacto significativo en la realización de las intervenciones adecuadas con los menores y su evolución. El apoyo familiar, la alfabetización de estas y la calidez de las relaciones intrafamiliares suponen un factor protector y, el estigma, el desconocimiento o falta de información son, por el contrario, factores de riesgo. El Trabajo Social juega un papel importante en este ámbito pudiendo influir en la correcta resolución de la intervención.

Conclusiones: La comprensión parental se presenta como un factor determinante en la salud mental de los menores e influye significativamente en las intervenciones y, por tanto, en los resultados y efectividad de estas. El abordaje de esta desde el Trabajo Social supone que las familias se entiendan como un factor protector y ayuden al menor. Por último, integrar este aspecto en todos los modelos de intervención e incidir en una información más veraz y completa puede suponer una calidez y aumento de resultados efectivos.

Palabras clave: comprensión parental, trabajo social, salud mental, menores, infancia y adolescencia, factores psicosociales.

ABSTRACT

Background: This Bachelor's Thesis analyzes the role of parental understanding in the minors' mental health and how it can influence psychosocial interventions with them. The mental health of young children is becoming increasingly important, making clear that it's a topic that has not been properly addressed, due to the stigma surrounding it. Properly attending the protective and risk factors that influence minors is essential to prevent or intervene in the best possible way. The focus of this study centers on father-child relationships and how they can be both protective and at the same time a risk factor.

Methodology: It has been carried out through a qualitative approach with an exploratory focus, conducting semi-structured interviews with different professionals in the field of child and adolescent mental health.

Results: The results obtained highlight that parental understanding has a significant impact on the implementation of appropriate interventions with minors and their development. Family support, the literacy of family members, and the warmth of family relationships are protective factors, while stigma, ignorance, or lack of information are, conversely, risk factors. Social Work plays an important role in this field, as it can influence the appropriate resolution of interventions.

Conclusions: Parental understanding comes out as a determining factor in the mental health of minors and significantly influences interventions, and therefore, the outcomes and effectiveness of these. The approach to this from a Social Work perspective implies that families are understood as a protective factor and support the minor. Finally, integrating this aspect into all intervention models and focusing on more truthful and comprehensive information can lead to warmth and an increase in effective results.

Key words: parental understanding, social work, mental health, minors, childhood and adolescence, psychosocial factors.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema

La salud mental se presenta como uno de los componentes esenciales del bienestar general e integral de todas las personas y que influye en el desarrollo de las personas en todos sus niveles.

En el contexto de la infancia y adolescencia, la importancia del papel de la salud mental aumenta debido a la repercusión que esta tiene a largo plazo en los menores de edad. Así, las relaciones familiares, en concreto las figuras parentales, juegan un papel fundamental en este sentido. La comprensión de estos acerca de la salud mental en la infancia – esto es, la manera en la que pueden comprender los problemas de salud mental de sus hijos y apoyarles – ya sea de manera positiva o negativa, influye de manera directa en los procesos de intervención psicosocial con los menores. Además, desde el Trabajo Social se reconoce a la familia como un factor importante en el desarrollo cognitivo y social del menor, por lo que se procura que estas tomen un papel más activo en la intervención con los más pequeños.

Además, desde el COVID-19 se ha observado un aumento en los diagnósticos de problemas de salud mental en los menores, por lo que – teniendo en cuenta que el papel de los padres se presenta como esencial en estas situaciones – incidir en esa comprensión parental resulta crucial para aplicar la intervención adecuada en cada menor. Conviene señalar diversas investigaciones cuyo objeto de estudio ha sido la relación entre la comprensión de los padres y una participación más activa en el tratamiento de su hijo.

A pesar de ello, no existen intervenciones cuyo foco de atención sea la comprensión parental, por lo que no hay planes de acción para superar esta barrera – en caso de suponerla negativa – desde la perspectiva del Trabajo Social, lo cual puede suponer ciertas limitaciones.

Con este Trabajo de Fin de Grado se pretende analizar el grado de importancia de la comprensión parental en relación con las intervenciones psicosociales que los/as profesionales del trabajo social realizan con la población de la infancia y adolescencia e incidir en esa contradicción y vacío teórico.

1.2. Justificación

Este trabajo nace de la necesidad de investigar de manera específica la comprensión parental como factor protector y de riesgo a la vez en la salud mental de los menores. A pesar de que la literatura reconoce la importancia del papel de los padres y el contexto familiar en el desarrollo del menor y su bienestar, son escasas las intervenciones que con ellos se lleva a cabo cuyo objetivo sea dicha comprensión parental.

Durante mi experiencia en el Prácticum, fueron varias las experiencias que me llevo conmigo en las que, por una causa u otra, el papel de los padres me resultó realmente llamativo, ya sea por su forma de gestionar la situación o por la actitud que mostraban ante ella. Es por ello por lo que investigar acerca de esta comprensión me parecía necesario ya que, por un lado, vi esa necesidad y por el otro, observé que prácticamente no se abordaba cuando se observaba que suponía una gran influencia sobre el menor y su desarrollo.

Con lo cual, pretende ser un trabajo que suponga unas bases para futuras investigaciones y/o propuestas intervención en este ámbito, procurando contribuir a la práctica profesional de todas aquellas que abordan la salud mental infanto-juvenil de manera directa o indirecta. Asimismo, se entiende al Trabajo Social como la profesión más adecuada para formar a familias y profesionales contribuyendo a alcanzar este objetivo.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

El objetivo general y el fin de esta investigación se enuncia de la siguiente manera:

Analizar el papel de la comprensión parental en la salud mental de los menores y su influencia en la intervención, desde la perspectiva de los/as profesionales del trabajo social.

2.2. Objetivos Específicos

A partir de este objetivo surgen los siguientes específicos que se alinean con el objeto de estudio:

- Identificar los factores psicosociales que pueden influir en el grado de comprensión, así como los que influyen en la implicación en la intervención psicosocial.
- Conocer los modelos de intervención que utilizan los/as profesionales de trabajo social con los padres de menores con problemas de salud mental.
- Explorar áreas de mejora en la intervención psicosociales con padres desde el trabajo social.

3. REVISIÓN DE LA LITERATURA

3.1. SALUD MENTAL INFANTIL

Según la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (en adelante SACYL), la salud mental infanto-juvenil, es decir, la salud mental de los niños y adolescentes se refiere al bienestar emocional, psicológico y social de los menores, la cual les proporciona la capacidad de afrontamiento de los desafíos y situaciones límite de la vida, el desarrollo de relaciones saludables consigo mismos y con los demás y al aprendizaje efectivo.

El psicólogo clínico Serra i Pla (2024) define la salud mental en la etapa de la infancia como un componente esencial en el desarrollo integral de este grupo poblacional y menciona las bases para el bienestar de los menores que se establecen durante dicha etapa, las cuales, perdurarán a lo largo de su vida. Es por ello por lo que abordar de manera total la salud mental en los menores contribuirá a mejorar su calidad de vida a la vez que prevenir la aparición de problemas psicológicos a largo plazo (Serra i Pla, 2024).

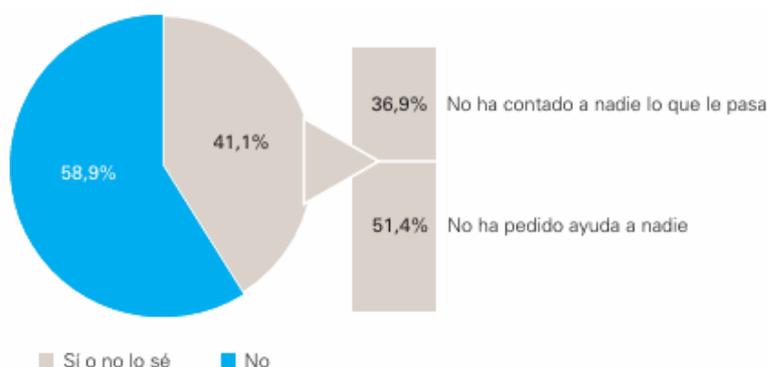
3.1.1. Situación actual: datos y cifras

UNICEF, en el Barómetro de Opinión de la Infancia y la Adolescencia 2023 – 2024, menciona que la Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que aproximadamente entre el 10 y el 20% de los niños y adolescentes han sufrido y/o sufren un problema de salud mental en todo el mundo y que en torno a la mitad de las enfermedades mentales tienen su inicio antes de los 14 años (UNICEF, 2024).

En ese mismo barómetro, se establece que 4 de cada 10 adolescentes, es decir, el 41,1% de este grupo poblacional menciona la creencia y/o afirmación de haber padecido algún problema de salud mental en los últimos 12 meses, que comprenden el periodo de 2023 a octubre 2024 (Gráfico 1).

En relación con lo mencionado anteriormente, un informe de la Universidad de Jaén y la Red PROEMO publicado en 2024, establece también los 14 años como la edad en la que suelen aparecer el 50% de los problemas mentales. Además, señala la duplicación de las cifras de ansiedad y depresión tras la pandemia del Covid-19, que antes de suceder eran del 11,8% y 3,4%, respectivamente.

Gráfico 1. Salud mental infancia 2023-2024



Fuente: *extraído del Barómetro de Opinión de la Infancia y Adolescencia 2023 – 2024. (UNICEF, 2024)*

3.1.2. Tipos de trastornos

El portal de salud de Castilla y León establece los siguientes trastornos como los más comunes en la infancia y la adolescencia.

- Trastornos del Espectro Autista (TEA)

Es una condición del neurodesarrollo que afecta a las áreas de la comunicación, la interacción social y el comportamiento de la persona. Se puede manifestar de forma distinta en cada persona por lo que la intervención debe ser individualizada.

- Trastorno por Ansiedad

Se entiende como una respuesta emocional que se da ante ciertas situaciones que para la persona supongan estrés. En los menores, la respuesta puede volverse excesiva e interferir negativamente en su vida diaria. Cuando la respuesta se vuelve constante y en situaciones fuera de lugar, se puede desarrollar un trastorno que puede afectar al bienestar emocional y físico.

- Trastorno por Depresión

Trastorno emocional grave que afecta tanto al estado de ánimo de la persona, como la forma de pensar y de actuar. Suele ser más común entre las edades adultas, pero también puede expresarse en los más jóvenes interfiriendo en su forma de relacionarse.

– Pensamientos y conductas suicidas

Los pensamientos suelen ser de querer hacerse daño y acabar con la vida de la persona que los padece y pueden diferir desde ideas hasta la elaboración de planes. Las conductas se refieren a aquellos intentos de suicidio que ponen en peligro la vida de quien las padece.

– Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

Son conductas que afectan el comportamiento y relación con la comida. Los más comunes son la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. Estas conductas derivan en consecuencias físicas, emocionales y psicológicas que llegan a ser significativas si no se abordan a tiempo.

– Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

Es un trastorno de neuropsiquiatría muy común entre los más jóvenes caracterizado por ciertas dificultades para mantener la atención, impulsividad y en ciertos casos, hiperactividad. Este trastorno puede interferir en el rendimiento escolar, las relaciones sociales y el bienestar de los más pequeños.

Serra i Pla (2024), establece, además, un grupo de trastornos comunes también en la infancia.

– Trastornos del comportamiento

Dentro de estos trastornos se incluyen el trastorno negativista desafiante (TND) y el trastorno de conducta (TC), ambos caracterizados por comportamientos disruptivos, desafiantes y, en el caso del TC, agresivos.

3.1.3. Factores psicosociales en la salud mental infantil

Es fundamental comprender al ser humano como un ser social que interacciona con el entorno y los demás para desarrollarse y sentirse integrado en la sociedad que lo rodea. Los factores psicosociales abarcan la estructura social, las instituciones, a la persona por sí misma y a la persona en cuanto a relaciones interpersonales. (Palomino et al., 2014).

La Constitución de la OMS refleja en el Plan de Acción Integral de Salud Mental 2013-2030, que la Salud Mental viene determinada por una serie de factores socioeconómicos que deben abordarse desde distintas perspectivas integrales tanto de promoción, como de prevención, tratamiento y recuperación. Dichos determinantes incluyen diversas características, siendo estas individuales como la capacidad de gestión de emociones, comportamientos y conductas con el resto de la población, y características sociales, culturales, económicas, laborales, políticas y ambientales.

Según Vargas (2015) “los determinantes sociales de la salud mental son todas aquellas condiciones de la sociedad en la cual las personas se desenvuelven y que impactan sobre su salud mental”. Por su lado, Allué (2000) menciona que la salud mental infantil incluye componentes de tipo biológicos, psicológicos y sociales. En relación con este punto, establece una relación entre el entorno social rodea al niño y las respuestas y emociones que este tiene a dicho entorno y es por eso mismo que resulta complicado comprender al niño fuera de su entorno.

La manera de criar a los más pequeños, la vivencia de ciertas circunstancias negativas para su edad, ya sean sociales, económicas, geopolíticas o ambientales, siendo estas, por ejemplo, la pobreza, la violencia y la desigualdad pueden resultar en graves problemas de salud mental infantil y a largo plazo, adulta. A pesar de poder surgir a lo largo de la vida de una persona, la presencia de estos riesgos durante la etapa de la infancia puede resultar realmente perjudicial (Almada, 2023).

Además, las circunstancias negativas que vivan de manera directa y personal, como la crianza severa, los castigos físicos, negligencias, abandonos, desamparos, etc.

necesitan ser abordadas de manera temprana y correcta a través de la creación de programas de protección y campañas de prevención de violencia.

Por otro lado, los factores de protección pueden contribuir al aumento del bienestar del menor y, a su vez, proteger los factores de riesgo, así lo establece Cooper (2025) en su artículo “Los factores de protección ayudan al bienestar emocional de su hijo” publicado en la revista *The Kids Mental Health Foundation*. Ciertos factores de protección que más interfieren en la salud de un niño son el entorno y las relaciones familiares debido a que, ofreciendo una cierta estructura familiar y estabilidad, puede suponer un entorno seguro en el que desarrollarse. En este sentido, haciendo que dichas relaciones se creen de manera honesta y abierta, supondrá para el menor un entorno al que acudir en caso de necesitar consejo o desahogo (Cooper, 2025).

Reflejado en el informe de la *World Federation for Mental Health* (2018), cabe señalar que uno de los factores clave en esta etapa de la vida, embarcando en este caso también a los primeros años de la edad adulta, es la continua sucesión de cambios que se dan, siendo estos el traslado de una vivienda o centro escolar, el comienzo de la universidad o la entrada al mercado laboral, los diversos cambios que pueden sufrir en cuanto a relaciones sociales y familiares... Todo esto puede influir en la salud mental de los más vulnerables de la población juvenil.

Además, y haciendo caso al informe de 2018 de la Organización Mundial de la Salud, la mayoría de los problemas de salud mental que surgen a estas edades no se suelen tratar, lo que conlleva consecuencias a largo plazo, sufriendolos en la etapa adulta. (OMS, 2018). Por ello, la OMS establece a la salud mental como uno de los problemas sanitarios más importantes en la niñez y adolescencia.

3.1.4. Marco normativo

Este proyecto se enmarca en las políticas del menor y adolescente, así como las referidas a salud mental y pública, reguladas dentro de un marco normativo que incluye leyes a nivel nacional y autonómico.

Nivel nacional

De manera principal, establecemos la Ley General de Salud Pública 33/2011, la cual pretende establecer un abanico normativo que proteja y promueva la salud de toda la población de manera equitativa y que sea sostenible a largo plazo.

En cuanto a los menores de edad, la Ley 2/2024 de 15 de febrero de infancia y adolescencia recoge las diferentes acciones preventivas que se pueden dar ante situaciones de desprotección, vulnerabilidad o violencia, proponiendo estrategias y protocolos. De esta manera, su objetivo principal es el garantizar los derechos y el bienestar de los menores, estableciendo el interés superior del menor como prevalente ante las decisiones que les conciernen, regulando aspectos como igualdad, no discriminación, participación y acceso a ser vicios como educación, salud y cultura.

La Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia que tiene como objetivo la prevención, detección y actuación ante cualquier forma de violencia que pueda afectar a los menores.

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, que pretende asegurar una protección integral a todos los menores en España.

Plan estratégico de servicios sociales 2022-2025 por el cual se pretenden mejorar los servicios sociales de España.

La ley 6/2023, de 22 de marzo, de las personas con problemas de salud mental y sus familias, a través de la cual se establece un marco de protección de los derechos de las personas con problemas de salud mental y el apoyo a sus familias.

La Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud, cuyo objetivo es la promoción del cumplimiento tanto de los deberes como de los derechos que les conciernen a las personas en relación con su salud.

Nivel autonómico

La Ley 14/2002, de 25 de julio, de Promoción, Atención y Protección a la Infancia en Castilla y León, cuya finalidad es proteger las situaciones de desprotección garantizando el pleno desarrollo del menor, promoviendo su autonomía.

Surge en la misma línea, la Ley 2/2024, de 15 de febrero, de Infancia y Adolescencia por la cual se establecen las medidas que garantizan el bienestar, el desarrollo y la participación de los menores.

Acuerdo 58/2003, de 24 abril, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueba la Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León.

En relación con el Acuerdo anterior, surge el Decreto 83/1989, de 18 de mayo, a través del cual se regula la coordinación y funcionamiento entre los Servicios de Salud Mental y la Asistencia Psiquiátrica en la Comunidad de Castilla y León.

Así, se establece también la Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León.

La Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León en relación con la Ley 8/2010, de 30 de agosto, a través de la cual se regula la Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León.

Además, el 5 de abril de 2013, el Consejo de ministros aprobó el II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013 – 2016 a través del cual se protegen los principios y derechos de los menores.

3.2. COMPRENSIÓN PARENTAL EN LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

3.2.1 Conceptualización de la comprensión parental en la salud mental infanto-juvenil

Maddox et al. (2025) en su estudio acerca de la Comprensión Parental en la salud mental de los niños pequeños menciona a Kessler et al. (2005) en cuanto a las primeras dificultades en torno a la salud mental en menores y cómo surgen alrededor de los 14 años, así como que el desarrollo de dichas dificultades que derivan en problemas de salud mental es una preocupación de salud pública internacional (Weist et al. 2023, citado por Maddox et al., 2025)). En este mismo estudio, y citado por Maddox et al. (20205), Callaghan et al. (2017) relaciona el acceso apropiado al apoyo en salud mental con la mejora de los resultados a largo plazo ya que implica una intervención temprana.

Teniendo en cuenta la dificultad de los niños para expresar sus emociones, especialmente las negativas, el papel de los padres resulta crucial pues proporcionan a sus hijos la ayuda necesaria. Esto lleva a determinar que la comprensión parental es un punto fundamental para la mejora de los servicios de ayuda y apoyo, así como el éxito de las intervenciones con menores.

La “comprensión parental” no está abordada como tal en España. Para comprender el concepto en un ámbito nacional, se debe hacer relación con la “parentalidad positiva”. Según Rodrigo (2010) y Quintana y Rodrigo (2013) citados por Antolín et al. (2016), los padres, desde esta perspectiva, no sólo deben adquirir conciencia sobre los derechos de sus hijos sino, responsabilizarse de ejercerlos correctamente. Por ello, este enfoque relacionado con la comprensión familiar conlleva una evolución en el concepto de la familia, por lo que la considera un pilar fundamental para la satisfacción de las necesidades de quienes la conforman (Rodrigo y Palacios, 1988 citados por Antolín et al. 2016). Por tanto, el objetivo principal de este nuevo enfoque es el de convertir a las familias en un recurso protector que favorezcan el desarrollo de los menores (Rodrigo et al. 2010, citado por Antolín et al., 2016).

Ya que el concepto de “comprensión parental” no está abordado en un contexto nacional, debemos atender el concepto desde su origen inicial. La “comprensión parental” tiene su origen teórico en Reino Unido y Estados Unidos, sin embargo, no hay una definición que explique el concepto de la comprensión parental específicamente, sino que habla de las problemáticas en las que influye.

3.2.2. Alfabetización en salud mental

Para la mejor comprensión del concepto de la comprensión parental, es necesario ahondar en el término de la “alfabetización” de los padres, es decir, los conocimientos, actitudes y creencias de los padres acerca de los problemas y afecciones mentales que pueden surgir en los menores ya que toma parte importante en cuanto a reconocer las señales y actuar ante ellas así lo establece Maddox et al. (2025) en su estudio sobre la Comprensión Parental en la salud mental de los niños pequeños. Ese mismo estudio, establece que dicho término viene de las siglas en inglés PCMHL y en español ASM (Jorm et al. 1997). Asimismo, también viene a incluir la falta de conocimiento en cuanto

a la búsqueda de estrategias de ayuda y la adquisición de las habilidades necesarias para el apoyo (Jorm et al. 2012). Además, este mismo autor estableció diferentes componentes que condicionan la Comprensión Parental en materia de salud mental y sus definiciones reflejadas en la siguiente tabla.

Tabla 1. Definiciones de componentes de PCMHL.

Construir	Definición operacionalizada
PCMHL / ASM	El conocimiento, las actitudes y las creencias de los adultos sobre la salud mental de los niños, la búsqueda de ayuda y las opciones de tratamiento disponibles, que ayudan a reconocer, prevenir y manejar los problemas de salud mental de los niños.
Reconocimiento	Capacidad para identificar correctamente los síntomas o la angustia de las dificultades de salud mental del niño como una característica de un problema de salud mental o indicativo de la necesidad de apoyo
Conocimiento	Conocimiento de la naturaleza, las causas y la presentación de las dificultades de salud mental infantil, y los factores que pueden aumentar el riesgo de desarrollar enfermedades mentales o promover el bienestar y la salud mental positiva en los niños
Actitudes hacia la salud mental infantil y la búsqueda de ayuda	Actitudes hacia las dificultades de salud mental infantil que promueven el reconocimiento y la búsqueda de ayuda, incluidos los temores de estigma dirigido hacia el niño y las consecuencias sociales y educativas. Actitudes hacia las opciones de búsqueda de ayuda para la salud mental infantil que influyen en la disposición a

	participar en el comportamiento de búsqueda de ayuda, incluidas las barreras percibidas
Creencias sobre el rol de los padres	Creencias en torno a que los padres son los culpables o juzgados por las dificultades de salud mental del niño
Conocimiento de las estrategias de búsqueda de ayuda	Conocimiento de los padres sobre las estrategias informales y formales de búsqueda de ayuda para las dificultades de salud mental de los niños
Eficacia de los padres en la búsqueda de ayuda	Confianza de los padres en su capacidad para acceder a fuentes de apoyo para las dificultades de salud mental de los niños

Fuente: *elaboración a partir del estudio de Maddox et al. (2025).*

Kutcher et al. (2016), refiere que el desconocimiento en cuanto a los problemas de salud mental es un factor de riesgo puesto que conduce a los prejuicios y a ciertos comportamientos que excluyen a quienes lo padecen. Por ello, Allen et al. (2014), menciona la necesidad de actuar en consecuencia a lo largo de todas las etapas de la vida, mejorando la salud mental a través de oportunidades que permitan reducir los riesgos que puedan resultar en determinadas desigualdades sociales relacionadas con la salud mental.

Los estudios que se mencionan a continuación reflejan una falta de conocimiento por parte de los padres en cuanto a los problemas de salud mental de sus hijos: En una encuesta realizada por Pescosolido et al. (2008) se estudió la capacidad de los adultos de reconocer los problemas de salud mental en niños. Los resultados reflejaron que el 58,5% reconocía la depresión y el 41,9% reconocía el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Teagle (2002) destacaba otro estudio en el que se estableció que tan solo el 39% de los padres cuyos hijos presentaban un diagnóstico en salud mental lo percibían. Es por esto por lo que, según Jorm y Wright (2007), resulta crucial que los padres aprendan a identificar y percibir los problemas que puedan desarrollar sus hijos. Además, los adolescentes y adultos jóvenes afirman identificar a sus padres como un apoyo fundamental. (Mendenhall y Frauenholtz, 2013).

Fomentar el aumento de los niveles actuales de alfabetización en salud mental puede incidir directamente en los resultados de aquellos niños con algún tipo de trastorno en ese ámbito, por lo que la comprensión de los padres de esos niños en esta materia puede influir en cuanto a la búsqueda de recursos y servicios que puedan ayudar (Yeh et al. 2005; Kerkorian et al. 2006, citados por Mendenhall y Fraenholtz, 2013). Por el contrario, dicho aumento también puede ser positivo para aquellos padres que, aun reconociendo la problemática de su hijo, no sepan buscar la ayuda necesaria. Así lo establecía un estudio realizado por Mendenhall et al. (2009) y citado por ese mismo autor en 2013, en el que determinaba que el aumento de los niveles iba en concordancia con la calidad de los servicios usados. De igual manera diferenciaba entre el conocimiento de los padres sobre los problemas de salud mental y el conocimiento acerca del tratamiento para esos problemas y cómo influye en cuanto a calidad y cantidad, no yendo siempre de la mano (Mendenhall 2011; Jorm et al. 2006).

3.2.3. Estigma

Para comprender en su totalidad el concepto de “alfabetización” es necesario hacer referencia al “estigma”. Este término asociado a los problemas de salud mental viene a referirse a las cualidades negativas y despectivas que se les asignan a ciertas personas que conforman un colectivo en el que comparten algún tipo de trastorno mental y son tratadas en base a unos prejuicios (Corrigan et al. 2002).

Casañas y Lalucat (2018) en la revista de Estudios de Juventud, mencionan los estudios de Chisholm et al. (2016), Corrigan et al. (2012) y Wei et al. (2013) que muestran que la aplicación de intervenciones de alfabetización en salud mental en menores aumenta los conocimientos en salud mental y, por tanto, reduce el estigma y produce una mejora en el bienestar emocional y la resiliencia de este grupo poblacional.

Por tanto, un buen conocimiento acerca de la salud mental en este grupo poblacional genera que el desarrollo del trastorno mental que estén padeciendo se presente en mejores condiciones, ya sea por el propio autoconocimiento, el de los demás o la intervención del profesional que trabaje con ellos (Jorm y Wright, 2007).

3.2.4. Relaciones paternofiliales

Tal y como establece Cooper (2025), los factores de protección que más interfieren en la salud mental de un niño son el entorno y las relaciones familiares debido a que ofreciendo una cierta estructura familiar y estabilidad puede suponer un entorno seguro en el que desarrollarse. En este sentido, haciendo que dichas relaciones se formen de manera honesta y abierta, supondrá para el menor un entorno al que acudir en caso de necesitar consejo o desahogo.

Cava (2003) referencia a Noack et al. (1999) en cuanto a cómo relacionan el aumento de los estudios sobre el contexto familiar y su impacto en el desarrollo del niño con un interés cada vez mayor en cuanto a los numerosos cambios biológicos, cognitivos y sociales que los niños y adolescentes tienen que pasar a la vez que afrontan los retos y desafíos que surgen en sus familias, relacionados también con lo que estos cambios suponen en esta etapa. Asimismo, Noack et al. (1998) establecen que la comunicación dentro de las relaciones paternofiliales supone “el motor de la transformación de la relación entre padres e hijos” (p.67).

El adolescente siente la necesidad de adquirir una identidad propia separada de su núcleo familiar, alcanzando así, una mayor autonomía, sin embargo, esto no significa que vaya a existir una pérdida total de vinculación con los padres y demás familia (Cava, 2003). En concordancia con esto último, Cava (2003), citando a Musitu et al. (2001) quienes mencionan que, durante la etapa de la adolescencia, la familia del menor debe sincronizar “dos movimientos antagónicos”, siendo estos la tendencia hacia la unidad, es decir, mantener y fortalecer los lazos afectivos, así como el sentimiento de pertenencia y promover la diferenciación dentro de la familia y la autonomía de cada miembro (Vílchez et al., 2024, citados por Cava, 2003)

Por tanto, Cava (2003) concluyó en dicho estudio que existe una relación positiva entre una comunicación familiar adecuada y una percepción positiva del bienestar psicosocial del menor. Establece que “una mayor apertura en la comunicación con los padres se relaciona con una mayor autoestima y con un menor ánimo depresivo”.

Barbeta (2017) hace referencia a la necesidad de ampliar los estudios cuyo objeto sea la relación paternofamiliar y hacerlos desde una perspectiva de los menores. Allred et al.

(2005), citados por Barbeta (2017), destacan dicha necesidad y como así se podría atender a ciertas especificidades socioculturales que se puedan haber obviado al no haberles tenido en cuenta.

3.2.5. Determinantes de las relaciones paternofiliales en el desarrollo infanto-juvenil

Las creencias y comportamientos de los padres influyen en gran medida en el desarrollo de los hijos (Isaza y Henao, 2011, citados por Ruvalcaba, 2016)). Así, Ruvalcaba et al. (2016) en su estudio menciona que ha observado como ciertas prácticas de control psicológico e imposición de ciertas ideologías por parte de los padres suelen estar asociadas con trastornos de depresión y ansiedad en los menores (Andrade et al, 2012; Betancourt y Andrade, 2011; Ramírez, 2007, Florenzano et al, 2009; Oliva et al, 2007). De igual manera, Gracia et al. (2005) determinaron que los niños que mencionaban sentirse rechazados por sus padres tenían mayores puntuaciones en trastornos por depresión, ansiedad, agresividad, somatización y delincuencia.

En ese mismo estudio, el control conductual y supervisión parental se presenta como un factor protector en cuanto a las conductas antisociales o desafiantes, así lo mencionan Florenzano et al. (2009) y Betancourt y Andrade (2011). Por el contrario, un estilo autoritario supone uno de los predictores más consistentes en el desarrollo de ciertas competencias en los menores (Darling, 1999), mayoritariamente en las de regulación emocional (Sheffield et al. 2007). Por otro lado, los padres que gozan de un buen manejo emocional y presentan una cierta disponibilidad y ejercicio de una estricta disciplina influyen de manera positiva en el desarrollo de una mejor y mayor inteligencia emocional de los menores (Alegre et al. 2010). En este sentido, los menores que perciben una buena relación con sus padres en la que predomina el apoyo y una buena comunicación, presentan menos problemas relacionados con la depresión y una mayor autoestima, tal y como establece Esteve (2004), (Ruvalcaba et al. 2016).

3.3. INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL

Alvis (2009) establece que la intervención en salud mental se basa en una perspectiva psicosocial y se puede definir como un proceso que busca promocionar la capacidad del ser humano de desarrollarse en sociedad y consigo mismo (García, 2020)

Esta intervención, tal y como menciona la *Guía de Buenas Prácticas en Intervención por personas con enfermedad mental* (2016) “debe incluir soporte social, seguimiento, acompañamiento y rehabilitación social”, siendo su principal objetivo promover la autonomía de la persona que padece algún trastorno de salud mental.

Así, dicha intervención debe ser una atención individualizada y personalizada hacia los usuarios teniendo en cuenta sus necesidades y el apoyo de su entorno (García, 2020).

3.3.1. Tipos de modelos de intervención

Existen distintos modelos de intervención en los que se engloban todos los aspectos que conforman una intervención adecuada. Aldana (2014) establece diversas fases en las que se divide la intervención en la infancia, siendo estas la recepción de la problemática, la búsqueda de información, la elaboración de un diagnóstico y el plan de intervención y clasifica a los modelos teniendo en cuenta la teoría, metodología y los enfoques funcionales y filosóficos.

1. Modelo sistémico: tiene como objeto de intervención a la dinámica familiar más que a los individuos que la conforman analizando las relaciones y la comunicación entre el menor y su entorno. En este modelo se debe generar un clima favorable entre el profesional y la familia (Canet, 2015).

2. Modelo clínico: a través de una relación directa entre el profesional y la persona demandante, en este caso el menor, se pretende conocer y tratar la necesidad que el propio menor demanda. Se realizan intervenciones individuales en el que se le dispongan todos los recursos que necesite para recuperar el desarrollo y aprendizaje deteriorado (Maíquez y Capote, 2001)

3. Modelo educativo: a través de la información e instrucción se pretende que el menor adquiera los conocimientos necesarios así como que los padres adquieran correctamente las habilidades que les competen (Maíquez y Capote, 2001).

4. Modelo comunitario: busca trabajar en coordinación con la familia enfocándose en potenciar las capacidades de los miembros, considerándolos su

primer recurso. Este modelo incide en la importancia de actuar sobre las redes de apoyo y el contexto antes que sobre los procesos individuales (Maíquez y Capote, 2001).

5. Modelo centrado en la familia: busca invertir la intervención actual procurando que sean las instituciones responsables las que se adapten a los diferentes modelos familiares. Propone que se trabaje de manera individual, grupal y comunitaria a la vez que se genera una relación profesional – familia más cercana para poder potenciar en un nivel más alto las habilidades y capacidades de las familias (Roldán et al. 2017).

6. Modelo de participación infantil: en base a la Convención sobre los Derechos Fundamentales del Niño (UNICEF, 2015), promueve que los menores puedan expresarse de manera que participen en las decisiones que les competen. Para ello se trabaja buscando la adquisición de las habilidades y competencias necesarias durante todo su desarrollo.

3.3.2. Líneas estratégicas de intervención en salud mental

3.3.2.1. Líneas estratégicas a nivel nacional

Las líneas estratégicas establecidas por el Ministerio de Sanidad en la Estrategia Nacional de Salud Mental 2022 – 2026 han sido actualizadas a través de las recomendaciones que actualmente hay acerca de la salud mental en España. De igual manera, la realización de esta Estrategia Nacional integra las aportaciones de las personas y familias con problemas de salud mental en coordinación con los/as profesionales que trabajan en este ámbito. Asimismo, constituye un texto de apoyo para todas las comunidades autónomas en cuanto a la creación y mejora de los programas de promoción, prevención e intervención en salud mental (Darias, 2021). Por tanto, según el Ministerio de Sanidad (2022), las líneas estrategias se conforman de la siguiente forma:

1. Autonomía y derechos. Atención centrada en la persona.

Establece el derecho de las personas a vivir con dignidad y sin discriminación basado en el estigma que acompaña al sufrimiento de algún problema de salud mental. En concreto, las mujeres son quienes más desafíos enfrentan debido a la discriminación de género. Esta línea estratégica establece 3 objetivos principales que son garantizar la autonomía e independencia de las personas con problemas de salud mental; erradicar la discriminación incorporando la perspectiva de género; y reducir las intervenciones involuntarias garantizando así la dignidad de la persona.

2. Promoción de la salud mental de la población y prevención de los problemas de salud mental

La salud mental es un componente integral de la salud y contribuye al buen funcionamiento de las personas como individuales y como sociedad. Establece a ciertos grupos vulnerables como los más propensos de padecer algún tipo de problema de salud mental (OMS, 2013), por lo que promover un entorno adecuado donde se respeten los derechos de las personas supone proteger su salud mental (OMS, 2004). En esta línea la Unión Europea se enfoca en primer lugar en las primeras etapas de la vida por ser estas en las que se desarrolla principalmente la persona. La estrategia establece 2 objetivos principales, la promoción de la salud mental de la población y especificando en ciertos grupos; y la prevención del desarrollo de problemas de salud mental así como adicciones.

3. Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida

A pesar de no ser la conducta suicida una expresión directa de salud mental es necesario indicar que las personas que sufren problemas de salud mental fallecen en mayor proporción que la población en general debido a esta causa, por lo que resulta en uno de los problemas más importantes de la salud pública en Europa. En este sentido, Pedreira (2019) establece que la etapa de la adolescencia es la que más riesgo presenta por lo que es donde se deben centrar las intervenciones comunitarias y de prevención. Establece, por tanto, 2 objetivos generales, siendo la detección precoz de las conductas suicidas; y la mejora de la atención a estas personas.

4. Atención a las personas con problemas de salud mental basada en el modelo de recuperación en el ámbito comunitario

La atención a las personas debe ser integral teniendo en cuenta los diferentes contextos personales y necesidades que existen y debe estar basada en ciertos principios básicos. Se debe promover la coordinación entre salud mental, atención primaria y servicios sociales. Los objetivos que establece esta estrategia son 3, siendo contribuir a la recuperación y mantenimiento a medida que se mejora la autonomía y calidad de las personas; la disposición de servicios y recursos alineados con los principios básicos; y promover líneas de intervención novedosas que estén relacionadas con factores de riesgo de salud mental.

5. Salud mental en la infancia y en la adolescencia

Explicado en profundidad en el siguiente punto.

6. Atención e intervención familiar

Es esencial la intervención con las familias debido a que son actores clave en la recuperación de la persona que sufre algún problema de salud mental, por lo que es necesario que tengan un acceso adecuado a la información, asesoramiento y formación, así como contar con las estrategias y recursos necesarios. Los objetivos que se establecen en esta estrategia son la atención y relación con las familias; y el fortalecimiento de la red de recursos públicos.

7. Coordinación

Es el nivel de articulación en el que los cuidados en el campo de la salud mental deben estar integrados. Los objetivos establecidos son el desarrollo de dicha coordinación a nivel de institución y de sector; el desarrollo de esta en el sistema de salud mental y sus redes asociativas; y el desarrollo de la cooperación dentro del equipo multidisciplinar.

8. Participación en la ciudadanía

Es uno de los sustentos de la vida en todo aquello que afecta a la persona y comunidad, que, en colaboración desarrolla un respeto hacia los derechos básicos de todo ser humano. Los objetivos que se establecen son la promoción de la participación colectiva a través de grupos; la incorporación de las personas con experiencia en el ámbito de la salud mental como actores de la salud; y el fomento de las buenas prácticas.

9. Formación

Es fundamental ampliar el conocimiento de los/as profesionales de la salud mental y atención primaria, del mismo modo que resulta crucial aumentar las propuestas y el desarrollo de las actividades psicoterapéuticas para poder incidir de manera integral en las necesidades de la población. Los objetivos que surgen son la promoción de la formación en salud mental desde la administración pública; la implantación de vías de participación en el diseño de las políticas públicas; y el establecimiento de planes formativos relacionados con la atención a las personas con riesgo de suicidio.

10. Investigación, innovación y conocimiento

Supone imprescindible la realización de una continua investigación y evaluación que implique una reflexión que motive la innovación necesaria en las políticas que respaldan las actuaciones de salud mental. Los objetivos que surgen para ello son impulsar la investigación en todos los ámbitos de salud mental; establecer líneas de investigación interdisciplinarias; incorporar la perspectiva de género; el desarrollo de investigaciones de los factores sociofamiliares; y potenciar el uso de tecnologías de la información en el ámbito asistencial de atención a la salud mental en relación con la futura Estrategia de salud digital del Sistema Nacional de Salud.

3.3.2.2. Línea estratégica 5. Salud Mental en la infancia y adolescencia

Las experiencias que se dan en los primeros años de vida son cruciales en cuanto al desarrollo de la persona, influyendo a gran escala en su calidad de vida, por lo que la atención en esta etapa supone una prioridad para todos los agentes sociales implicados.

Para ello se debe desarrollar un enfoque que vaya más allá de la identificación temprana de los factores de riesgo, es decir, que suponga el fortalecimiento de los factores protectores y se contemple toda la dimensión que abarca la salud mental en estas etapas.

Se ha contemplado la importancia del contexto familiar en cuanto a la influencia que tienen los padres en el desarrollo de sus hijos. Importante también, aunque en menor medida, el contexto educativo supone el lugar de pertenencia de los menores donde

desarrollar sus habilidades sociales y su personalidad, además de valores como el respeto, la responsabilidad y la autoestima.

Por ello, es importante abordar de manera precoz los problemas de salud mental desde la primera etapa de vida, protegiendo así su calidad de vida a largo plazo.

En esta línea, se establecen 3 objetivos principales:

- Promoción de la salud mental en la infancia y adolescencia. Prevención y detección precoz de los problemas de salud mental a estas edades.
- Atención a los niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental.
- Luchar contra la discriminación y la estigmatización social de los niños y adolescentes con problemas de salud mental.

3.3.2.3. Líneas estratégicas a nivel autonómico de Castilla y León

La Estrategia de Salud Mental de Castilla y León 2024 – 2030 está basada en los mismos principios definidos en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022 – 2026, sin embargo, se centra en la realidad que existe en Castilla y León y en la necesidad de generar un marco de atención y prevención de los problemas de salud mental a nivel autonómico.

Esta Estrategia establece 7 líneas estratégicas según la problemática que se quiere atender y ordenado según un orden de prioridad establecido a través de encuestas son las siguientes.

- Conductas suicidas
- Trastorno mental común y atención primaria
- Salud mental en la infancia y adolescencia
- Trastorno mental grave
- Trastorno mental y adicciones
- Salud mental en grupos de mayor vulnerabilidad (discapacidad intelectual, exclusión social, diversidad de identidad de género y problemas de salud mental y violencia de género)

- Salud mental de las personas mayores

Asimismo, se establecieron 5 líneas transversales comunes a las líneas estratégicas mencionadas, determinándose de la siguiente manera.

1. Humanización

Basada en el principio ético de respeto a la dignidad de la persona, a la participación en su proceso terapéutico y a la autonomía en la toma de decisiones. Todo esto se basa en una atención integral y multidisciplinar centrada en la persona, logrando su integración en la comunidad. De esta manera, contribuye a la reducción del estigma que sufren estas personas. En este sentido, la colaboración con los medios de comunicación en cuanto a la correcta información de estos problemas, fomentaría la normalización de la vida de estas personas.

2. Promoción de la salud mental y prevención de enfermedad

Establecer estrategias de prevención que se adapten a las especificidades de cada persona y cada trastorno, abordando la salud mental con un enfoque biopsicosocial e integral ayudaría en la mejora de identificación de los síntomas, así como intervenir de manera adecuada.

3. Continuidad asistencial y coordinación

La atención a las personas con problemas de salud mental requiere de una continua evaluación y coordinación entre los servicios y niveles de manera que se pueda centrar a la persona en el centro de la intervención según el contexto en el que se encuentre. La coordinación supone atender desde distintas perspectivas, así como identificar los cambios que supongan un riesgo en todos los niveles.

4. Digitalización y sistemas de información

La mejora de los sistemas supondrá una mejora en el anterior punto de modo que la coordinación será más rápida y directa, propiciando una mejora en la atención. De igual manera, supone aumentar la calidad asistencial debido a que *“permite una gestión más eficiente, la planificación en las actuaciones y actividades y un avance para obtener y*

analizar datos actualizados, patrones y tendencias y su impacto en la salud pública y seguridad ciudadana” (p. 56).

5. Formación y gestión del conocimiento

La formación de los distintos profesionales que atienden los problemas de salud mental en todos los niveles supone para la ciudadanía una mejor calidad asistencial. En paralelo a esto, capacitar a la población de conocimiento acerca de salud mental supondría prevenir los problemas de salud mental y/o la identificación temprana de los mismos.

3.4. RECURSOS ASISTENCIALES

Faya y Graell (2020) afirman que es necesaria una red asistencial compleja que se enmarque en un modelo asistencial comunitario que garantice una continuidad a fin de consolidarse como respuesta a las necesidades de la infancia y adolescencia. Dentro de esa red asistencia se establecen **3 niveles de atención**, estando en primer nivel la atención primaria junto al ámbito educativo y social; en segundo nivel se encuentran los centros de salud mental infantojuveniles (CSMIJ) y en tercer y último nivel haciendo referencia a los dispositivos como hospitales de día, unidades de media estancia y hospitalización. En este último nivel se dan desigualdades notables entre las comunidades autónomas (Faya y Graell, 2020).

Partiendo de la premisa de que las todas las intervenciones dentro de la salud mental deberían de procurar atender todo el abanico de necesidades de las personas que padecen problemas de salud mental y no sólo proteger y promover, la OMS (2022) establece una red de servicios interrelacionados que comprenden:

1. Servicios de Salud Mental dentro de los servicios de Salud en general, ubicados principalmente en hospitales y en coordinación con personal de atención primaria no especializado.
2. Servicios comunitarios de Salud Mental que integren a centros y equipos comunitarios, rehabilitación psicosocial, servicios de apoyo y asistencia...
3. Servicios que atiendan la salud mental en entornos no sanitarios como los centros escolares o las prisiones.

3.4.1. Atención primaria a la salud mental infantil

También denominada “asistencia centrada en el paciente”, la atención primaria se basa principalmente en la incidencia y prevalencia de los problemas de salud mental que, en términos de la población menor de edad, se sitúa entre el 15 – 20% (Tizón, 2000). Por tanto, la Atención Primaria en Salud Mental integra, además de las intervenciones fundamentales de la Atención Primaria general, una asistencia y atención a los componentes psicológicos que acompañan a la salud.

Se define, por tanto, como la manera de atender integralmente los problemas de salud de la población, centrándose en lo específico de la salud mental en colaboración con lo propio de la Atención Primaria general. Para ello, se establecen dos objetivos, el de la mejora de las capacidades que suponga una adecuada atención a estos problemas de salud mental y la formación e integración de los conocimientos y habilidades de ambos campos entre los equipos de salud mental y salud general (Tizón, 2000). El mismo autor establecía la importancia de promocionar la salud mental en la infancia y las ventajas que ello podría acarrear a largo plazo. Relaciona dicha promoción con una correcta prevención, es decir, la realización del diagnóstico correcto para poder atender de manera adecuada. Para ello establece dos enfoques generales:

1. Un enfoque “clásicamente preventivo” en el que se da uso a programas de promoción delimitados que pueden realizarse a nivel comunitario, a través de los dispositivos de asistencia de la comunidad o de las Universidades (Tizón, 2002).
2. Un enfoque que integre las actividades preventivas en la atención primaria de salud (APS) ya que según Tizón (2002), es un “momento de contacto” idóneo para el abordaje de los trastornos de salud mental especialmente en la etapa infantil.

De acuerdo con este último punto, las actividades que nos encontramos dentro de la Atención Primaria de Salud se dividen, según Tizón (2002):

- *Programas preventivos realizados en la APS organizados en otro nivel social como la Universidad, la Administración Pública, etc.*
- *Programas preventivos realizados en la APS y organizados por los equipos de APS.*
- *Coordinación entre los equipos dentro del modelo de Atención Primaria de Salud Mental de la Infancia.*

3.4.2. Recursos de atención a la salud mental a nivel autonómico (Castilla y León)

La Estrategia Asistencial de Salud Mental de Castilla y León clasifica a los diferentes recursos de atención en 5 grupos principales, atendiendo al régimen al que pertenezcan. La distribución de estos dispositivos por áreas se puede observar en la siguiente tabla.

Tabla 2. Recursos y dispositivos de salud mental por área (2024)

		Áv	Bu	Le	Bi	Pa	Sa	Sg	So	Va Este	Va Oeste	Za
Recursos Ambulatorios	Equipos de Atención Primaria (EAP)	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área
	Equipos de Salud Mental Adultos (ESM)	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área
	Equipos de Salud Mental Infanto Juveniles (ESM IJ)	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área
Recursos en régimen ambulatorio intermedio	Hospitales de Día Psiq. de Adultos (HDP) y Programas de Hosp. Parcial (PHP)	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área
	Hospitales de Día Psiq. Infanto Juveniles (HDP IJ)	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Recurso compartido	Recurso compartido	Recurso compartido
	Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Recurso compartido	Recurso compartido	Recurso compartido
Recursos en régimen de Hospitalización	U. de Hosp. Psiq. (UHP)	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área
	U. de Hosp.Psiq. Infanto Juvenil (UHP IJ).	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	De Referencia Regional	De Referencia Regional	De Referencia Regional
	U. de Trastornos de la Conducta Alimentaria (URTA)	Presente en cada Área	De Referencia Regional	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área				
	U. de Desintoxicación Hospitalaria	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	De Referencia Regional	De Referencia Regional	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área
	U. de Patología Dual de adultos: Drogodependencia y Enfermedad Mental	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área
	U. de Patología Dual de adultos: Discapacidad Intelectual y Enfermedad Mental	Presente en cada Área	Presente en cada Área	De Referencia Regional	De Referencia Regional	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área
	U. de Convalecencia Psiq. (UCP)	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Recurso compartido	Recurso compartido	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Recurso compartido	Recurso compartido	Recurso compartido
	U. de Rehabilitación Psiq. (URP)	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Recurso compartido	Recurso compartido	De Referencia Regional	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área
U. Residencial de Cuidados Continuados	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	De Referencia Regional	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	
Rec. Comunitarios:												
Sanitarios	Pisos terapéuticos	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Presente en cada Área	Recurso compartido	Recurso compartido
	Centros de Día (CD)	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.
Sociales	Serv. de Asistencia Personal	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.
	Serv. de Promoción de la Autonomía Personal	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.
	Itinerarios de Empleo	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.
	Viviendas supervisadas	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.
	Mini Residencias	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.
Otros recursos dispositivos	Programa de "Viviendas y apoyos para la vida independiente"	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.
	Red de Asistencia a Drogodependencias (RAD)	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.
	Red de atención a personas en situación de exclusión social	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.
	Asociaciones de pacientes y familias	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.	Recurso de SS.SS.

Presente en cada Área
 De Referencia Regional
 Recurso compartido
 Recurso de SS.SS.

Áv, Ávila; Bi, Bierzo; Bu, Burgos; Le, León; Biezo, Pa, Palencia; Sa, Salamanca; Sg, Segovia; So, Soria; Va E, Valladolid Este; Va O, Valladolid Oeste; Za, Zamora.

Fuente: Extraído de la Estrategia de Asistencia en Salud Mental de Castilla y León 2024–2030.

1. Recursos en Régimen Ambulatorio

Por un lado, los Equipos de Atención Primaria (EAP) que se entienden como una primera toma de contacto en donde se realiza la valoración pertinente de las personas con problemas de salud mental. En ocasiones, los problemas se presentan con una

complejidad mayor a la que pueden abarcar estos equipos y/o la rehabilitación se prevé a muy largo plazo por lo que son derivados al equipo de salud mental que corresponda.

Por otro lado, los Equipos de Salud Mental (ESM), articulados como equipos multidisciplinares que realizan una prestación asistencial en cada Área de Salud. Dicha prestación conforma un diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los problemas de salud mental. A estos Equipos se accede a través del médico de atención primaria y dependiendo de la edad se distinguen entre ESM de adultos y ESM infanto-juvenil.

2. Recursos en Régimen Ambulatorio Intermedio

En este tipo de régimen nos encontramos con los Hospitales de Día Psiquiátricos (HDP), presentándose como un tratamiento alternativo a la hospitalización convencional con el objetivo de evitar la separación de la persona de su entorno familiar y social en la duración de su tratamiento. Además, ofrecen terapias con mayor complejidad que las habitualmente ofrecidas en los ESM, mencionados antes, proporcionando apoyo en la transición del hospital al domicilio. A este recurso se accede a través de dichos ESM y del mismo modo que estos, también existe una división por edades.

Los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) se establecen como recursos de media y larga estancia para aquellas personas con problemas de salud mental grave que en el ámbito de integración social se encuentren limitados.

3. Recursos en Régimen de Hospitalización

Estos recursos se dividen en diferentes unidades, según a los colectivos a los que atiendan y edades que comprendan las personas:

La Unidad de Hospitalización Breve psiquiátricas (UHB) dirigidas a mayores de edad diagnosticadas con algún problema de salud mental que se encuentren en una situación de crisis. La duración de la estancia es entre 10 y 20 días.

La Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil (UHPIJ) enfocadas en la atención a menores de edad, estando bien en la etapa de la infancia o bien en la de la adolescencia. La duración también oscila entre los 10 y 20 días. A esta Unidad se accede

a través de una derivación de los ESMIJ de cada área, de urgencias o del Servicio de Psiquiatría. En este caso se requiere de una autorización judicial.

La Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (URTA) se trata de una atención hacia un trastorno en específico. Actualmente no hay una Unidad específica para la atención a los menores de edad que presenten esta problemática, pero existe una Unidad de Referencia Regional pendiente de adaptación.

La Unidad de Desintoxicación Hospitalaria dirigida al tratamiento en una problemática específica en régimen de hospitalización breve, es decir, oscila entre 15 y 25 días. En este caso, la Unidad es de referencia.

Las Unidades de Patología Dual, por un lado, Drogodependencia y Enfermedad Mental y por otro Discapacidad Intelectual y Enfermedad Mental en los que su finalidad es la reincorporación de la persona a su centro de referencia o domicilio.

Las Unidades de Convalecencia Psiquiátrica (UCA) son servicios hospitalarios de media estancia, lo cual oscila de 1 a 3 meses en los casos que, habiendo resuelto su cuadro clínico se observa que ha sido de manera negligente o incompleta y la persona necesita de una estancia y apoyo más prolongados.

Las Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica (URP) están dirigidas a aquellas personas que debido a su problemática presentan dificultades para una adecuada relación intrapersonal, social o laboral y precisa de ayuda para su rehabilitación en este aspecto.

Las Unidades Residencial de Cuidados Continuados centrados en pacientes crónicos con años de evolución, discapacidades graves y elevada dependencia que tras diversos intentos de rehabilitación no lo han conseguido o no han adquirido las habilidades suficientes para su reintegración en la comunidad.

4. Recursos Comunitarios

Estos recursos se dividen en Sanitarios y Sociales.

Dentro de los recursos Sanitarios, se conforman los Pisos Terapéuticos, entendidos como viviendas para las personas que, dadas de alta, requieren de cierta supervisión para vivir con autonomía dentro de la comunidad.

Los recursos Sociales complementan principalmente a los Sanitarios. Precisan que la persona esté empadronada, resida en algún municipio de la comunidad de Castilla y León y tengan reconocida o al menos solicitada la valoración de dependencia. Estos recursos son los siguientes:

- Centros de Día
- Servicio de Asistencia Personal
- Servicio de Promoción de la Autonomía Personal
- Itinerarios de Empleo
- Mini Residencias
- Viviendas supervisadas

5. Otros recursos y dispositivos

No están gestionados desde la Seguridad Social pero las personas con problemas de salud mental pueden verse beneficiados por estos.

- Los programas de Viviendas y apoyos para la vida dependiente.
- Red de Asistencia a Drogodependencias (RAD)
- Red de Atención a personas en situación de exclusión social
- Asociaciones de pacientes y familias

3.5. TRABAJO SOCIAL Y SALUD MENTAL

Garcés (2010) establece que fue en el año 2006 cuando la asistencia en este ámbito se incluyó dentro de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, a través del Decreto 1030/2006 del 15 de septiembre. Actualmente, la atención sanitaria en este ámbito se realiza a través de centros especializados, distribuidos en determinados territorios, siendo estos los Centros de Salud Mental, Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil, hospitales de día...

El término de Salud Mental ha ido ganando mayor relevancia, sustituyendo a su vez al de psiquiatría, en relación con lo propuesto por la OMS. Este cambio de terminología resulta en un cambio de visión que pretende recalcar que el trabajo en esta área no es solo competencia de psiquiatras, sino de un trabajo entre distintas profesiones y que implica a distintos sectores de la sociedad (Guimon, 2008).

El Trabajo Social en salud mental se le denomina Trabajo Social Clínico, cuya definición, extraída de la publicación del Apéndice 3 de la Enciclopedia de Trabajo Social y adoptada por la Asociación Americana de Trabajadores Sociales (NASW, 1984) establece que la práctica del trabajo social clínico se encarga principalmente de la aplicación de teorías y métodos de la profesión con el fin de prevenir y tratar problemas de salud mental, en donde plasma su perspectiva en la persona. Los servicios que ofrece esta disciplina son variados y se engloban dentro de la valoración, diagnóstico, tratamiento y evaluación. La práctica está en concordancia con los objetivos y principios establecidos en el Código Ético de la NASW (NASW, 1987).

De igual manera, el Centro Europeo de Trabajo Social Clínico (ECCSW), lo define como una forma de terapia psicosocial que se basa en el conocimiento de la salud, trastorno, enfermedad, discapacidad y problemas sociales, centrándose en el diagnóstico e intervención de estos conceptos, ofreciendo apoyo y atención en el aspecto personal y social de las personas que padecen algún tipo de problema en estos ámbitos.

La Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (IASSW-AIETS) (2023), señala que el trabajo social clínico se practica en distintos niveles, siendo estos individual, parejas, familias y grupos terapéuticos. El trabajo realizado por los y las profesionales del trabajo social en este ámbito es el de realizar los diagnósticos y valoraciones pertinentes para la prestación de los servicios y recursos que precisen a la vez que realizan intervenciones de tipo socio-pedagógicas. Los problemas que aborda la práctica están relacionados con la salud mental, emocional y del comportamiento así como el consumo y adicción al alcohol y los estupefacientes (AIETS, 2023).

3.5.1. Psicoterapia

Para entender de mejor forma la actividad profesional del trabajador y trabajadora social que se lleva a cabo en el ámbito de salud mental, hemos de ahondar en el término de la “psicoterapia”.

La Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP) en el artículo 6 de sus Estatutos, define a la psicoterapia como aquel tratamiento de naturaleza psicológica que tiene como objetivo final el bienestar biopsicosocial de las personas, incluyendo su adaptación al entorno, su salud integral y modificaciones en el comportamiento. El término “psicoterapia” se especifica a través de diversas teorías, prácticas y aplicaciones. Por su parte, el Diccionario de Trabajo Social (Barker, 1991) define al psicoterapeuta de la siguiente manera:

Un profesional de la salud mental que practica la psicoterapia. Las principales disciplinas cuyos miembros practican la psicoterapia incluyen trabajo social, psiquiatría, y psicología clínica. Algunos miembros de otras profesiones son también psicoterapeutas, incluyendo enfermeros, médicos, especialistas en terapia familiar, clero, consejeros, y educadores. Las calificaciones legales para usar este título varían según los estados (Consejo General del Trabajo Social, 2022, p.10).

En cuanto a los trabajadores/as sociales en España, diferentes entidades (por ejemplo, European Centre for Clinical Social Work, la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar o la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas), reconocen su capacidad de ejercer la psicoterapia y cualquier intervención de tipo terapéutica, siempre que cumplan un mínimo de formación y experiencia específica en este ámbito (Ituarte et al., 2024).

3.5.2. Rol del trabajador social en salud mental

Es clave diferenciar entre el rol profesional que ha de desempeñar el trabajador y trabajadora social y las funciones que debe llevar a cabo. En el caso de los roles, hace referencia a aquellos comportamientos y actitudes que suceden en la dinámica de un grupo respecto de cada miembro y las funciones que ha de desempeñar, Garcés (2007)

menciona que nunca fueron específicas, sino que la propia profesión ha sido la que las ha definido. Sin embargo, dependen de la institución de la cada profesional dependa. Por tanto, se enumeran cuatro funciones básicas de todo trabajador y trabajadora social que ejerza en el ámbito de la salud mental.

- Función de atención directa, definida como la dirigida a individuos, familias y grupos objeto de intervención, que se encuentren en situación de riesgo dentro de este ámbito.
- Función de prevención, promoción e inserción social, dirigida a reestablecer al individuo en su entorno social y familiar a través de la proporción de los recursos que precise.
- Función de formación, docencia e investigación dirigida a la parte profesional.
- Función de coordinación ya que, dentro del equipo de intervención, el trabajador social es quien pone en cuenta el factor social dentro de cualquier trastorno mental.

En este último punto, Guimón (2002) menciona la especialidad del papel del trabajador y trabajadora social en cuanto a la intervención con el individuo que padece algún trastorno mental en el desempeño de sus relaciones sociales.

En el proceso de evaluación de Salud Mental, el trabajador y trabajadora social estudia las habilidades, aptitudes, cualidades, rol del individuo en su entorno social y familiar y la capacidad de este para desarrollar su autonomía y cubrir sus necesidades básicas o de las personas que de él puedan depender (Garcés, 2007). Por ello, el/la profesional del Trabajo Social debe identificar y valorar los riesgos que puedan surgir a corto y largo plazo y las capacidades del individuo de hacerlos frente para poder incluirlo en el plan de tratamiento.

A través de un estudio realizado en 1995 acerca del ejercicio del trabajador social en diferentes Centros de Salud Mental, se configuró el denominado “modelo psicosocial” en el que el concepto de trabajador/a social se entendía de la siguiente manera (Garcés, 2007):

- Terapeuta referente de ciertas personas y sus familias.
- Especialista de lo social en demanda de otro miembro del equipo.
- Partícipe en cuanto a coordinación con otros profesionales.

Las distintas intervenciones tanto individuales como grupales dirigidas por trabajadores/as sociales abarcan diferentes aspectos de socialización, rehabilitación, soporte y orientación familiar, apoyo a la inserción sociolaboral y generación de recursos, etc. (Garcés, 2007).

La especificidad del Trabajo Social en salud mental va a depender de lo que seamos capaces de emprender para adecuarnos a los nuevos tiempos, de la adecuación de los roles profesionales a las nuevas necesidades de los usuarios de salud mental, en definitiva, de nuestro compromiso profesional (Garcés, 2007, p. 330).

3.5.3. La interdisciplinariedad en la salud mental infanto-juvenil

En sus inicios, la atención a menores se centraba en el tratamiento directo con el problema sin tener en cuenta los aspectos que engloban a la problemática. Actualmente, se contempla desde una perspectiva biopsicosocial y es aquí donde entra en juego y papel del Trabajador/a Social (Navarro y Gómez, 2007). Esta perspectiva se aplica en los centros destinados a la atención temprana a los menores que sufren algún trastorno o peligran de padecerlo a corto plazo. Para la correcta intervención, surgen los equipos multidisciplinares y el concepto de “interdisciplinariedad” de los que el trabajador y trabajadora social toma parte.

En el ámbito de Salud Mental se coordinan diferentes profesionales, implementando distintas intervenciones a través de diversos modelos teóricos teniendo en cuenta todos los puntos de vista e ideologías (Garcés, 2007). Por tanto, este ámbito está caracterizado por la intervención en equipo y tal y como defiende García (2004) citado por Guimón (2010), esta “interdisciplinariedad” viene a referirse a la manera en la que se aplican los conocimientos desde los distintos métodos. Así, Moran et al. (2002) definen el concepto de interdisciplinariedad como “*cualquier forma de diálogo o interacción entre dos o más disciplinas*” (p. 14)

Luszki (1958) citado por Repko (2007), ya referenciaba a la interdisciplinariedad en salud mental como la necesidad de un equipo que integre numerosas disciplinas en las que se requiera diferentes campos perceptuales o la interrelación de observaciones de distintas personas sobre un mismo objeto. En este punto, esta autora mencionaba a dichas disciplinas como la antropología, pediatría, psiquiatría, neurofisiología, fisiología, medicina interna, psicología, trabajo social y sociología.

Este concepto surge desde la necesidad de superación de ciertos límites impuestos en las bases de todas las disciplinas que integran la intervención en salud mental, es decir desde un enfoque teórico prefijado (Fotia y de Lellis, 2019). Por eso mismo surge esta perspectiva, con el fin de avanzar en un nuevo modo de incidir en el objeto desde un intercambio de conocimientos, reconociendo de esta manera, la importancia de vincular y coordinarse con otras disciplinas (García, 2006, citado por Fotia y de Lellis, 2019).

Así, en relación con el pensamiento de Piaget, De Lellis y Fotia (2019) citan a Follari (1988), quien señalaba que *“la interdisciplina hace posible un nuevo conocimiento teórico, que a menudo rebasa las fronteras disciplinarias y permite constituir un campo emergente cualitativamente superador, reservando para ello el término transdisciplina”* (p. 181).

En el contexto de la salud mental, múltiples estudios han mencionado la interdisciplinariedad como la manera de responder correctamente a las demandas que surgen en este campo (Carballeda, 2001, citado por De Lellis y Fotia, 2019). En esta línea, estos autores citan a Elichiry (1987), quien mencionaba que este enfoque *“promueve intercambios que producen recíproco enriquecimiento y transformación, y supone la cooperación entre los miembros del equipo, que proceden de disciplinas heterogéneas y se concretan en prácticas convergentes”* (p. 182).

4. METODOLOGÍA

4.1. Enfoque metodológico y diseño de la investigación

Para este estudio se ha optado por utilizar un enfoque cualitativo con un diseño exploratorio, ya que, el fin de esta investigación es conocer las perspectivas y experiencias que los/as profesionales del Trabajo Social tienen acerca de la comprensión parental en la intervención psicosocial en salud mental con los menores.

Esta manera de abordar el estudio nos permite conocer los diferentes matices que engloban esta problemática, así como propuestas de mejora desde dentro de la profesión que puedan incidir positivamente en las intervenciones.

4.2. Ámbito de estudio

El ámbito de estudio de esta investigación abarca a diferentes puestos de trabajo en los que los profesionales han desarrollado o desarrollan su trabajo con los menores y familias. Por tanto, los centros en los que las entrevistas se han realizado se enumeran de la siguiente manera.

1. Unidad de salud mental en Madrid.
2. Unidad de salud mental en Valladolid
3. Centro de Acción Social en Aranda de Duero
4. Proyectos de protección al menor en Aranda de Duero

4.3. Participantes

La muestra de la investigación abarca a 5 diferentes profesionales del ámbito de salud mental que hayan ejercido o estén ejerciendo en infanto-juvenil, siendo estos un Integrador Social, dos psicólogas y dos trabajadoras sociales.

Estos profesionales, acorde al Consentimiento Informado (Anexo 2), dan constancia de haber comprendido la magnitud de la investigación, así como de la manera en la que se va a llevar a cabo y expresan su voluntad de participación.

Para una mayor sencillez en la recogida de los datos, así como transparencia en el análisis y resultados, los/as profesionales van a aparecer clasificados de la siguiente forma:

Tabla 3. Perfiles de las personas entrevistadas.

Profesión	Ámbito	Años de experiencia	Lugar	Edad	Sexo	Codificación
<i>Integración social</i>	Privado	2	Madrid	25	Hombre	IS-H-1
<i>Trabajo social</i>	Público	5	Valladolid	36	Mujer	TS-M-2
<i>Psicología</i>	Público	20	Aranda de Duero	41	Mujer	PS-M-3
<i>Psicología</i>	Público	21	Aranda de Duero	53	Mujer	PS-M-4
<i>Trabajo Social</i>	Público	26	Aranda de Duero	47	Mujer	TS-M-5

Fuente: elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas.

Como se puede observar a partir del análisis de la tabla, la edad media de los perfiles entrevistados es de aproximadamente 40 años, además de contar con visiones de diferentes puestos de trabajo y de distintas localidades.

4.4. Recogida de datos

Para la recogida de experiencias y percepciones se usó un modelo de entrevista semiestructurada (Anexo 1). Esta modalidad de entrevista permitió que las respuestas fueran amplias y abiertas, acogidas a la libertad de expresión de los participantes; así, se pudieron acatar todos los temas de interés de la investigación de manera integral.

Este guion, consta de cinco bloques estructurados en relación con el índice de este trabajo, además de contar con ciertas preguntas de carácter sociodemográfico para asegurar diferentes perfiles profesionales y puntos de vista distintos. Todo esto está recogido en la Tabla 3.

El primer bloque es la *Comprensión Parental en la Salud Mental*, en el cual se pretende analizar el grado de conocimiento que los/as profesionales tienen acerca de este concepto y el grado de importancia le otorgan. Además, se investiga si han experimentado

alguna situación en la que la intervención se haya visto influida por la comprensión parental.

En el segundo bloque de *Barreras y Facilitadores de la Comprensión Parental* se busca conocer si los entrevistados pudieran determinar ciertas barreras o facilitadores en cuanto a la comprensión de los padres y como creen que se experimenta el tema de la salud mental en la actualidad.

En el tercer bloque de *Estrategias de Intervención en la Salud Mental Infanto-Juvenil* se analiza los distintos tipos de intervención que los/las profesionales utilizan con los menores en salud mental. Por otro lado, se busca conocer si existe algún tipo de intervención que usen a la hora de paliar o reforzar los efectos de la comprensión parental en las intervenciones psicosociales. Además de conocer su opinión en cuanto a ampliar la información acerca de la salud mental.

En el cuarto bloque del *Rol del Trabajador/a Social en la Comprensión Parental* se estudia la percepción que tienen los profesionales sobre su propia profesión en este ámbito y si, bajo los puntos de vista de los entrevistados, se cree que es algo importante de abordar. En este sentido, se cuenta con una variable en caso de que los/as profesionales negaran la importancia del abordaje de la comprensión parental.

En el quinto y último bloque de *Áreas de mejora* se pretende conocer las distintas perspectivas que los/as profesionales tienen y si consideran que existe alguna área que debería gestionarse de otra manera en cuanto a la comprensión parental en salud mental infanto-juvenil.

4.5. Análisis de los datos

Las entrevistas fueron transcritas tras haber sido grabadas y posteriormente fue destruida dicha grabación, todo ello cuenta con el consentimiento previamente firmado (Anexo 2). El análisis del contenido cualitativo de las entrevistas se hizo a través de la división por temas de interés. Además, para poder relacionar el contenido con el perfil profesional, se creó una codificación para poder identificar a las personas, asegurando siempre su derecho a la confidencialidad, siendo las siglas de TS para referirnos a que son Trabajadores/as Sociales, IS para referirnos al Integrador Social y en cuanto a la letra

(M o H) para referirnos a Mujer u Hombre. El número que aparece al lado hace referencia al orden en que ocurrieron las entrevistas.

4.6. Consideraciones éticas

Este trabajo de investigación se asienta en las consideraciones y principio éticos correspondientes al proceso de investigación social, destacando aquellos relacionados con el respeto, confidencialidad, voluntariedad y consentimiento informado de los participantes (Anexo 2).

Para cumplir con la normativa vigente que hace referencia a la protección de datos, que es la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, se ha llevado a cabo una codificación (Tabla 3) de los perfiles entrevistados, usando dichas entrevistas con un fin exclusivamente académico.

5. RESULTADOS

A través del análisis de las respuestas de los profesionales en las entrevistas, podemos discernir las diferentes opiniones que tienen acerca de la comprensión parental y su influencia en las intervenciones con menores en el ámbito de la salud mental.

Para ello, a través de la transcripción de las entrevistas realizadas, emergieron 4 temas principales de los cuales resultan 11 subtemas, habiéndose manifestado estos a partir de las conversaciones con los profesionales. Para una mejor representación, se han organizado de la siguiente manera.

Tabla 4. Representación gráfica de temas y subtemas.

La comprensión parental en la salud mental infanto-juvenil

Importancia de la comprensión parental

Experiencias profesionales

Influencia en las intervenciones

Facilitadores y barreras en la comprensión parental

Facilitadores

Barreras

Estrategias de intervención con las familias

Tipos de intervención con los padres

Conocimientos acerca de la salud mental

Rol del Trabajo Social en la salud mental infanto-juvenil

Importancia del Trabajo Social

Equipos multidisciplinares

Áreas de mejora

Propuestas de mejora

Fuente: elaboración propia a partir de la transcripción de las entrevistas

5.1. Comprensión parental en la salud mental infanto-juvenil

Existe un consenso acerca de lo que la comprensión parental puede significar y es que todos coinciden en que se trata de una capacidad.

Capacidad de aceptación por parte de las figuras parentales, cuando los hijos padecen algún tipo de trastorno de salud mental (PS-M-E4).

Capacidad que tienen los padres de entender, comprender el comportamiento y cómo influye esa esa problemática en el comportamiento de sus hijos (TS-M-E5).

5.1.1. Importancia de la comprensión parental

Los profesionales entrevistados concuerdan en que existe un grado de importancia a la hora de favorecer esa comprensión parental en los padres ya que supone un elemento clave en el bienestar del menor.

... favorecer un bienestar mental favorable para el menor porque en caso de ser tener un posible trastorno mental, el tener un buen manejo de la situación por parte del menor y familia ayuda a actuar de manera más adecuada (TS-M-E2).

... marcará la diferencia en toda la dinámica familiar (TS-M-E5)

Por otro lado, también determinan la importancia de la comparativa y la influencia en el desarrollo de los menores.

... es muy importante porque las figuras parentales forman parte del desarrollo de los menores, pueden estar entre las causas también y, desde luego son parte ineludible en cualquier tratamiento de salud mental (PS-M-E4).

... hay un factor, creo que muy importante en la educación y es la comparativa. Por otro lado, las expectativas que se ponen en la mayoría del caso no son reales (IS-H-E1).

A la hora de involucrarse en el desarrollo biopsicosocial del menor, siendo la familia un punto de partida para desarrollar una personalidad sana y convertirse en un adulto funcional (PS-M-E3).

5.1.2. Experiencias profesionales

Todos los participantes admitieron haberse encontrado en su práctica profesional con situaciones en las que, según su percepción, los progenitores comprendían la situación y problemática que su hijo estaba sufriendo y, por el contrario, progenitores que no comprendían o no querían hacerlo.

... desde padres que tienden más a patologizar cuando ni siquiera hay un diagnóstico o que tienden a identificar determinadas conductas como un trastorno y son más “alarmistas” y padres que, al revés, que piensan que todo es mala intención del niño (PS-M-E4).

... padres que supieron manejar correctamente la situación del menor; adhiriendo buenas capacidades y control de la enfermedad del menor; pero también me encontré con algunos que no fueron capaces de controlar la situación o la enfermedad y sin habilidades para ello (TS-M-E2).

Hay gente que se niega a entender muchas veces el diagnóstico de sus hijos o minimizarlo...es una pelea el luchar contra algo que tú no puedes controlar, no lo quieres admitir. Por otra parte, yo he tenido padres que cuando han entendido ese diagnóstico y se les ha explicado, han entendido porque su hijo tenía ese comportamiento. (TS-M-E5).

A terapia acuden todo tipo de familias, con sus modelos de educación y sus experiencias vitales individuales, con lo que, existen a los que estos temas no les suenan de nada, otros que de tanto que han leído podrían ser un compañero más de trabajo y luego, los que ni están emocionalmente disponibles para sus hijos/as ni lo van a estar, porque su realidad vital se lo impide (PS-M-E3)

Por otro lado, consideran que la realidad no es tan simple como comprender o no hacerlo, sino que es algo más complicado y que deriva más de una falta de información.

El ámbito de la salud mental es un ámbito desconocido que al final poca gente habla o trata sobre ello, entonces tampoco nadie enseña ni a un propio menor, ni menos aún a sus padres lo que es un problema de salud mental o un diagnóstico, lo que implica el duelo o que hay que pasar un poco de las expectativas que se tiene sobre el menor (IS-H-E1)

...la lógica nos dice que a mayor comprensión de lo que acontece, mejor evolución de los hijos/as, pero la realidad no es tan simplista (PS-M-E3)

5.1.3 Influencia en las intervenciones

Determinan cierto grado de influencia a la hora de intervenir con las familias que depende de esa comprensión, como, por ejemplo, la ayuda que puede suponer que desde casa sigan las pautas que desde el centro se les ofrece.

La intervención realizada se ve reflejada también en que los progenitores sigan las instrucciones que se les dan. Si hay buena colaboración, la intervención se desarrolla mejor (TS-M-E2)

...desde el punto en el que desde casa y desde la propia “empresa” se rema a favor de la misma dirección, es decir, sigan las instrucciones, pues aflora en los menores de una forma muy positiva, ver cómo se van adaptando, cómo van entendiéndose, cómo se va desarrollando un autoconocimiento positivo, una autoestima, un sentimiento de realización, validación y en general en un nivel enorme de bienestar (IS-H-E1)

5.2. Facilitadores y barreras en la comprensión parental

5.2.1. Facilitadores observados en la experiencia profesional

Los profesionales concuerdan en que existen ciertos facilitadores a la hora de la existencia de un nivel de comprensión mayor, siendo, sobre todo, la experiencia previa con algún tipo de trastorno mental.

...las experiencias previas a situaciones similares y una buena orientación por parte de los profesionales ayuda una escucha más o menos activa que ya tengan (TS-M-E2).

...la experiencia de una persona o un miembro de una familia que ha tenido contacto con algún problema de salud mental (IS -H-E1).

Alguno de ellos determina la edad como un factor facilitador en cuanto a que, a menor edad de los progenitores, mayor suele ser la comprensión, estadísticamente hablando.

...la mayor juventud en cuanto a los progenitores, sí se puede notar un mayor conocimiento de la importancia de la Salud mental (IS-H-E1)

Otro establece el tipo de trastorno como elemento clave ya que considera que hay ciertos que han sido más socialmente aceptados y por tanto no “asustan” tanto como pueden hacer otros.

Me da la sensación de que hay trastornos que son más comunes o que son más oídos, que están más familiarizados con ellos y entonces no crean tanto estigma, pero hay otros tipos de problemas de salud mental que suceden más en el en el ámbito privado, que son menos visibles (PS-M-E4).

Por último, destacan el asociacionismo con familias que estén viviendo lo mismo o similar y el contar con redes de apoyo internas o externas como elemento facilitador.

el unirse con otros papás y en otras asociaciones para pelear por los mismos derechos, el sobre todo el comprenderlo y el entenderles, yo creo que rebaja un poco el nivel de exigencia de todos (TS-M-E5)

tener apoyo familiar; a veces el si hay una pareja, si hay una cohesión, si hay un profesional detrás con los que se ha consultado, eso sí que facilita (PS-M-E4).

5.2.2. Barreras observadas en la experiencia profesional

La mayoría de los profesionales entrevistados concuerdan en que ciertas habilidades como la negación o la falta de aceptación son los elementos más comunes en las familias que no gozan de una buena comprensión.

Ciertas habilidades como la aceptación de la situación ... complica bastante la evolución del menor (TS-M-E2).

... la negación y la falta de aceptación, porque no quieres eso, no lo quieres para nadie ni menos para tu hijo (TS-M-E5)

... la negación, el no voy a asumir que mi hijo esté poseyendo un diagnóstico, porque el propio estigma del cual hablamos ya posiciona entonces a este en un nivel inferior al resto de la sociedad y, por lo tanto, me deja mi egoístamente como padre, como progenitor en un mal lugar (IS-H-E1).

Por otro lado, destacan el nivel cultural de las familias y los entornos donde se hayan criado como una cuestión importante.

... la falta de aceptación muchas veces también va en función de su nivel cultural (TS-M-E5).

... en un sector en el que el nivel cultural es medio bajo, me da la sensación de que todavía hay mucho estigma, mucho desconocimiento (PS-M-E4)

Relacionado con las barreras en la comprensión parental, los profesionales mencionaban el concepto del estigma como concepto interrelacionado directamente con ello y lo conciben como un problema a nivel social en el que hay que seguir incidiendo y

que, a pesar de ser más común entre los grupos de personas de mayor edad, también existe entre los propios menores.

Creo que se ha avanzado mucho. Pero que creo que todavía hay mucho estigma ... por lo menos ahora lo que más se ha avanzado es que se hace más la consulta. Yo creo que cuesta luego más aceptar el diagnóstico (PS-M-E4).

Existe estigma en mayores o menores, en todos, sí, sobre todo porque tendemos a protegerlos y no queremos que nadie le trate diferente (TS-M-E5).

Existe en grupos de edad avanzados como pueden ser los padres y madres de mediana edad en adelante, pero es bastante menor en jóvenes (PS-M-E3).

Sí, no solo a nivel progenitores, te diría que a nivel infanto-juvenil también, ya que están las etiquetas ... a la hora de hacer bullying afectan mucho (IS-H-E1)

5.3. Estrategias de intervención con las familias

5.3.1. Intervenciones realizadas

Determinan ciertas estrategias tanto con padres como con los menores en los que prima la sensibilización y conciencia.

...se trabaja tanto la conciencia por parte de los padres como la derivación a los recursos que hacen falta ... hay mucho desconocimiento sobre dónde acudir, dónde preguntar, etc. Con los padres se trabaja mucho el tema de límites ... porque los padres a veces están un poco perdidos en cómo deben actuar (TS-M-E5).

... grupos de padres, acompañamiento y contacto telefónico con ellos diariamente, así como sesiones acerca de cómo trabajar la resiliencia, etc., ayuda sobre todo a que ciertos padres terminen aceptando lo que ocurre porque sería negar lo inevitable (IS-H-E1).

Asimismo, la intervención que más llevan a cabo con los menores que sufren algún tipo de problema de salud mental es la atención centrada en la persona. Sin embargo, concuerdan en que es algo que debería estar más trabajado y acercado a la realidad.

La atención centrada en la persona creo que es algo que teóricamente está muy bien pero luego hay falta de recursos y formación suficiente para llevarlo a cabo (TS-M-E5).

... por ejemplo la atención centrada en la persona, que sobre papel es muy sencillo, pero llevarlo a la práctica es algo que hay que trabajar un poco más (TS-M-E2).

5.3.2. Conocimientos acerca de salud mental infanto-juvenil

Los participantes concuerdan en que ampliar el abanico de información es algo necesario y que, derivado del estigma que caracteriza a este ámbito, es necesario ofrecer

cuanta información se pueda acerca del tema. De igual manera, relacionan esta falta de conocimientos o la adquisición de ellos con el estigma que actualmente existe en torno a este tema.

... cada vez más vivimos en un mundo más estresado y el acudir a un especialista como un psicólogo o un psiquiatra se sigue viendo como algo malo (TS-M-E5).

Se ha hecho mucho y obviamente se puede seguir haciendo más. poner sobre la mesa qué ocurre, que ocurre más de lo que de lo que pensamos, que nadie está libre de que le pase (PS-M-E4).

5.4. Rol del Trabajo Social en la salud mental infanto-juvenil

5.4.1. Importancia del Trabajo Social

La mayoría han determinado la importancia de su rol incidiendo en la parte social de todo tratamiento y en su importancia puesto que como seres sociales, así como en la capacidad empática de los y las profesionales y la importancia que tiene ser el primer profesional al que acuden.

Es uno de los primeros profesionales a los que se acude antes de que el psicólogo o al psiquiatra. Entonces el sentar unas bases con los padres que puedan sentirse comprendidos, que sepan que hay alguien que les puede orientar en los recursos o tal, pues a mí me parece fundamental (PS-M-E4).

La parte social de la persona a veces se queda un poco apartada y en realidad somos seres sociales y el tener una red que te pueda sostener, aficiones compartidas, etc. puede ayudar mucho y eso pertenece al ámbito del Trabajo Social (IS-H-E1).

Por otro lado, mencionan los aspectos en los que la importancia de su rol se hace notar y como podemos hacerlos, a través de nuestra propia formación.

... formarnos el trato con los padres, el escuchar, el coordinarnos con otros profesionales, el hacer este tipo de campañas y normalizarlo, claro, el normalizarlo dentro de bueno, esto es una patología y tiene sus características (TS-M-E5).

El recurso va a acabar y es la idea, pero para que este cese tú necesitas tener una estructura social y una red que te sostenga y que te acompañe, porque evidentemente, no todos estamos bien en todo momento (IS-H-E1).

5.4.2. Equipos multidisciplinares

La mayoría de los discursos de las personas entrevistadas determinan que la atención a la salud mental de los menores sería mucho más adecuada si se hiciera desde un punto de vista multidisciplinar.

Siempre confío en el trabajo en equipo y que es algo interdisciplinar porque lo que tú no ves, lo ve otro y te puede abrir los ojos y te puede ayudar (TS-M-E5).

... al final es necesario un equipo multidisciplinar; recoja todo, o sea, desde proceso psicológica, Terapia Ocupacional, psiquiatría, trabajo social, educación social, integración social (IS-H-E1).

Sin embargo, hay quienes opinan que debe haber una mejora en su funcionamiento.

... me parece que se deben de recoger información de todas las áreas, Pero ocurre una cosa, y es que muchas veces la interdisciplinariedad acaba siendo un solapamiento de intervenciones y las familias no saben a quién hacer caso. Entonces tiene que ser una cosa que esté muy bien estructurada, con un referente de caso que vaya a llevar (PS-M-E4).

5.5. Áreas de mejora en la intervención psicosocial con los menores y la comprensión parental

5.5.1. Propuestas de mejora

Determinan una falta de recursos y de formación en cuanto a los profesionales y a la forma de atender a las familias.

Toda la importancia que tiene la salud mental. Yo creo que eso hay que ir más allá. Hay que seguir en ello porque hay mucha casuística y muchísima variedad. Y esos niños en un futuro van a ser gente adulta y todo ese recorrido, pues hay que ir acompañándolos a ellos y a los padres (TS-M-E5).

... el acercar a las poblaciones el tratamiento psiquiátrico, porque normalmente solo están en las capitales de provincia. Eso hace que las consultas sean muy dilatadas y que los profesionales tuvieran pautas de actuación ya que muchas veces por falta de tiempo o no coincidencia de horarios, pues se acaban haciendo como muchos trabajos individuales desde distintas disciplinas, pero sin una figura que consensue todo para que vaya en la misma dirección (PS-M-E4).

... involucrar a los profesionales que trabajemos con menores, fortalecer esas relaciones entre los profesionales, mejorar la coordinación, establecer reuniones más periódicas, incorporar herramientas de evaluación, diseñar programas que promuevan la resiliencia familiar positiva. Todo suma (TS-M-E2).

Creo que se destinan pocos recursos a la prevención y al posterior tratamiento o intervención como son los personales, es decir, los profesionales que lleven el caso (PS-M-E3).

... dar más información a los padres acerca de la salud mental y lo que implica que sus hijos tengan algún trastorno mental. Además, hacerles saber que no están solos ... muchas veces no es que los padres no quieran implicarse, sino que no saben por dónde empezar (IS-H-E1).

6. DISCUSIÓN

La finalidad de este trabajo es conocer cómo influye la comprensión parental en la intervención psicosocial con menores en el ámbito de la salud mental desde una perspectiva de los profesionales que trabajan con ellos, identificando las barreras y facilitadoras que se hayan podido encontrar, la importancia e influencia que consideran que tiene y las áreas de mejora que puedan concluir para este ámbito.

A partir de los resultados obtenidos a través de las entrevistas semiestructuradas realizadas, determinamos la importancia que la comprensión parental tiene en la intervención con los menores en salud mental. Los profesionales concuerdan en que una mayor comprensión por parte de los padres favorece la adherencia al tratamiento, así como el logro de un resultado favorable, esto entra en concordancia con lo expuesto por Jorm et al. (2012) quienes relacionaban la comprensión de los padres con la búsqueda de recursos y servicios para el tratamiento de sus hijos.

Asimismo, los resultados establecen que dicha comprensión puede venir influenciada por dos vías totalmente distintas, la primera tiene en cuenta la falta de información acerca de la salud mental y como ello puede afectar a la percepción acerca del tema, esto viene relacionado con el concepto de alfabetización, ya mencionado por Maddox et al. (2025) y como va ligado a la búsqueda de estrategias y adquisición de habilidades (Jorm et al. 2012). La segunda vía establece como las causas de la comprensión, una negación y falta de aceptación por parte de los padres, lo cual está íntimamente ligado con el concepto del estigma (Corrigan et al.2002).

Sin embargo, los profesionales hacen referencia a la existencia del estigma por parte de los menores y su influencia entre este grupo poblacional, en el que suelen surgir las “etiquetas”. Casañas y Lalucat (2018) mencionan la importancia de alfabetizar a los menores y así trabajar por el propio autoconocimiento desarrollando una mejor intervención (Jorm y Wright, 2007).

En cuanto a las barreras que se mencionan en las entrevistas, prevalece la diferencia o nivel cultural en cuanto al diferente entendimiento de lo que supone un problema de salud mental, es decir, la manera en la que los menores se han criado, las diferentes circunstancias que han vivido, las diferencias sociales y geopolíticas, etc. Así

lo establece la Constitución de la OMS cuando menciona que los determinantes pueden ser individuales y sociales, culturales... Además, relacionado con los determinantes individuales, los profesionales establecieron la negación o falta de aceptación como barrera.

Por su lado, los factores protectores o facilitadores que los profesionales mencionaron fue la vivencia de experiencias similares anteriores, el tipo de trastorno que padezcan y el asociacionismo con otras familias que estén viviendo lo mismo, relacionado con contar con una red de apoyo estable, de la misma manera que Cooper (2025) establece las relaciones familiares y el entorno estable como un factor de protección.

Las estrategias para incidir en la comprensión parental que los profesionales mencionan están relacionadas con la sensibilización e información tanto de los padres como de la sociedad en general. Esto está relacionado con las líneas estratégicas a nivel nacional en cuanto a su línea 6. Atención e intervención familiar, así como la línea estratégica 5. Salud mental en infancia y adolescencia en donde la literatura y profesionales concuerdan en que hay que fortalecer los factores de protección, siendo el más importante la comprensión parental ya que el contexto familiar es de los factores más clave.

Por otro lado, en cuanto a estrategias, establecen una necesidad de formación a profesionales, ya sea como parte de un equipo disciplinar o como profesional individual, en este caso Trabajo Social, tal y como la línea estratégica nacional 9 de formación a profesionales y la línea estratégica autonómica 5 de formación y gestión del conocimiento lo afirman.

Todos los participantes, independientemente de su perfil profesional, concuerdan en la importancia del Trabajo Social en este ámbito, en cuanto a que a veces se tiene a “apartar” el lado social de las personas y las causas derivadas de las relaciones sociales, habilidades, capacidades de la persona... así como menciona Garcés (2007) acerca del rol del trabajador y trabajadora social, quien es el encargado de incidir en las características personales y sociales de la persona y su capacidad de autonomía y de cubrir sus necesidades.

Acerca de los equipos multidisciplinares, los participantes afirman creer en su función y que es la forma más óptima de intervenir en los casos de salud mental ya que se atienden así todos los aspectos de la persona y su entorno que pueden afectar a su bienestar y a la no mejora de su diagnóstico. Consideran que para una buena intervención es necesario atender desde todos los puntos de vista. En concordancia con esto, Garcés (2007) ya mencionaba la coordinación entre distintos profesionales en este ámbito y como se implementan distintas intervenciones teniendo en cuenta diferentes puntos de vista. Por otro lado, se debe mencionar la necesidad de superar ciertos límites impuestos en las bases de todas las disciplinas por lo que estos equipos surgen para dar respuesta a esa necesidad (Fotia y Lellis, 2019).

A modo de áreas de mejora surgen también las conclusiones de este apartado y es que existe una necesidad implorante de atender todos los vacíos de información que existen a fin de superar el estigma y prejuicios que existen acerca de la salud mental, de los menores, de los diferentes tipos de problemas y lo que implican o de pedir ayuda a profesionales como puede ser un psiquiatra, entre otros.

7. CONCLUSIONES

La finalidad principal de este trabajo va directamente unida con el cumplimiento del objetivo principal previamente mencionado, siendo este el análisis del papel de la comprensión parental en la salud mental de los menores y cómo influye en la intervención psicosocial con ellos. a través de las entrevistas semiestructuradas realizadas se han podido recoger diferentes percepciones acerca del tema principal. La elección de los profesionales nace de la necesidad de conocer el trabajo y opinión desde puntos de vista distintos de profesionales que comparten un mismo punto, la intervención con menores en salud mental, lo cual ha permitido confirmar que, independientemente de su profesión, el problema es el mismo: existe una necesidad de intervención más integral que entienda al menor como parte de un contexto familiar.

Si bien es evidente que el contexto familiar es parte esencial e imprescindible en el bienestar del menor, la intervención con ellos a veces no contempla íntegramente todos los factores que les rodean. Es decir, se centra de manera exclusiva en el menor – lo cual es importante para individualizar el caso – sin tener en cuenta la posibilidad de intervenir de manera paralela con sus progenitores o familiares cercanos.

A lo largo de este trabajo se ha observado que la literatura confirma como el contexto familiar es determinante en el correcto desarrollo de las intervenciones. Además, los resultados de la investigación corroboran que existe una necesidad de intervención surgida de las experiencias profesionales. Por otro lado, mencionan que, en general, la escasa implicación o que esta sea negativa, deriva de una insuficiente o negligente información acerca de la salud mental en general, pero, sobre todo, de los menores. Es por ello por lo que tanto la literatura como los profesionales concuerdan en que se deben ampliar los conocimientos e incidir en las intervenciones en cuanto a información y sensibilización a la sociedad y a los padres por un lado y por el otro lado, una formación a profesionales, Todo ello con el objetivo de alcanzar una atención más completa que cuente con todos los aspectos de la vida del menor.

En este sentido, el Trabajo Social aparece como primera toma de contacto y como un profesional imprescindible para que las familias confíen en el proceso, es decir, son parte esencial en cuanto a información y acompañamiento. Es por esto por lo que se

conforma como el profesional más adecuado para llevar a cabo esa intervención paralela con los familiares. Sin embargo, tanto la literatura como los profesionales están de acuerdo en que la mejor intervención conlleva un trabajo interdisciplinar en el que todas las áreas se vean atendidas de manera correcta.

Cierto es que este ámbito está condicionado por el estigma y que como sociedad se ha avanzado mucho en cuanto a la comprensión de la salud mental como cuestión importante y necesaria que puede afectarnos a cualquiera por lo que su “normalización” es altamente necesaria. A pesar de ello, no podemos conformarnos y debemos seguir incidiendo en su importancia para que las intervenciones en este ámbito se desarrollen cada vez más correctamente. En la población más joven, es decir, la infancia y adolescencia, esto supone un mayor estigma lo que paralelamente los pone en riesgo. La infancia supone la primera etapa de la vida por lo que intervenir desde el principio supone incidir positivamente en su desarrollo a largo plazo.

Por tanto, este trabajo se presenta como una oportunidad de investigación en un área que necesita más atención. La información que aquí se expone puede usarse como base para futuras investigaciones y ofrecer respuesta ante una demanda cada vez mayor como es la necesidad de información acerca de la salud mental ya que cada vez está más presente en nuestra sociedad.

Para concluir, la infancia y la adolescencia son el futuro, intervenir desde estas etapas tan tempranas supone una prevención de problemas mayores a largo plazo. La sociedad debe seguir por el camino actual, integrando en temas controversiales y visibilizándolos, para conseguir que la población se involucre cada vez más en las problemáticas que nos conciernen a todos.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Aldana, E. (2014). *Estudio comparativo de los modelos y métodos de intervención de los Equipos de Atención a la Infancia y Familia, en los Ayuntamientos de la isla de Tenerife*. [Trabajo de Fin de Grado. Universidad de la Laguna]. Riull Repositorio Institucional. <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/603>
- Allen, J., Balfour, R., Bell, R. y Marmot, M. (2014). Social determinants of mental health. *PubMed*, 26 (4), 392 – 407. <https://doi.org/10.3109/09540261.2014.928270>
- Allué, X. (2007). Factores psicosociales en la salud infantil. *Trabajo Social y Salud* (56), 161-173. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=1957>
- Almada, S. (2023). Qué factores pueden dañar a la salud mental infantil y cómo protegerla. *Infobae* <https://www.infobae.com/salud/2023/05/03/que-factores-pueden-danar-a-la-salud-mental-infantil-y-como-protegerla/>
- Antolín, L., Rodríguez, A., García, O., Oliva, A., Jiménez, L., Trigo, E., ... (2016). Promoción de una parentalidad positiva en familias con adolescentes que padecen problemas de salud mental. *Apuntes de Psicología*. 34(2-3), 129–137. <https://doi.org/10.55414/ap.v34i2-3.604>
- Barbeta M. (2019). ¿Una paternidad no tan nueva? Los discursos de jóvenes y padres sobre la implicación paterna: Una comparación. *Revista Española de Sociología*. 28(1), 9-26. <https://doi.org/10.22325/fes/res.2018.15>
- Becerra, J., Pallares, D., & Bustamante, S. (2005). Interdisciplinariedad y formación en Trabajo Social. *Revista tendencias y retos*. (10), 115-127. <https://revistas.lasalle.edu.co/index.php/te/article/view/4940>
- Canet, E. (2015). La intervención con adolescentes y familias desde el enfoque sistémico. En Tirant Humanidades (Ed.), *El marco global de atención al menor*. (297 – 340). Editorial TIRANT.
- Casañas, R., & Lalucat, L. (2018). Promoción de la salud mental, prevención de los problemas de salud mental y lucha contra el estigma. Estrategias y recursos para

- la alfabetización emocional de los adolescentes. *Revista de estudios de juventud*. 121, 117-133. <https://www.injuve.es/observatorio/salud-y-sexualidad/revista-de-estudios-de-juventud-121-promocion-de-la-salud-y-bienestar-emocional-en-los-adolescentes>
- Cava, M.J. (2003). Comunicación familiar y bienestar psicosocial en adolescentes. En L. Gómez Jacinto (coord.), *Encuentros en Psicología Social*. 1, (23 – 27). Editorial Aljibe.
- Consejo General del Trabajo Social (2024). El trabajo social clínico y la psicoterapia. En Consejo General del Trabajo Social (ed.), (actualización del original de 2022). https://www.cgtrabajosocial.es/files/67a09da97edcf/TRABAJO_SOCIAL_CLINICO_29.4.2024.pdf
- Cooper, L. (2025). Protective Factors Help Your Child’s Mental Health. *The Kids Mental Health Foundation*. <https://www.kidsmentalhealthfoundation.org/mental-health-resources/grief-and-trauma/protective-factors-help-your-childs-emotional-well-being>
- De Lellis, M., & Fotia, G. (2019). Interdisciplina y Salud Mental. *Anuario de investigaciones*. 26, 179-187. <https://www.redalyc.org/journal/3691/369163433018/>
- Del Barrio, V. (2010). Salud Mental infanto-juvenil: requisitos para su evaluación, diagnóstico precoz y prevención. Consejo General de la Psicología de España (INFOCOP), Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). <https://www.infocop.es/salud-mental-infanto-juvenil-requisitos-para-su-evaluacion-diagnostico-precoz-y-prevencion/>
- Equilibrio emocional. (s.f.). *Estrategias utilizadas en la intervención en salud mental*. <https://equilibrioemocional.org/estrategias-utilizadas-en-la-intervencion-en-salud-mental/>

- Faya, M., & Graell, M. (2021). La atención a la salud mental de la infancia y adolescencia en España. Un camino recorrido y un largo camino aún por recorrer. *Anales de Pediatría*, 94 (1), 1 – 3. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.11.015>
- Garcés, E.M. (2007). La especificidad del trabajador social en salud mental ¿un rol desconocido? *Trabajo Social y Salud* (56), 309-333. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2299162>
- Garcés, E.M. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 333-352. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3406899>
- García, E. (2020). Intervención psicosocial en salud mental. *La Mente es Maravillosa*. <https://lamenteesmaravillosa.com/intervencion-psicosocial-en-salud-mental/>
- Gracia, E., Lila, M., & Musitu, G. (2005). Rechazo parental y ajuste psicológico y social de los hijos. *Salud Mental*. 28(2), 73-81. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58222807>
- Grupo psicoactiva (2024). *Los factores psicosociales en la salud mental*. <https://www.grupopsvargasicoactiva.com/2024/12/10/los-factores-psicosociales-en-la-salud-mental/>
- Hernández, S. (2021). *Atención y protección a la infancia: papel del Trabajo Social*. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Valladolid] Repositorio Uva. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/49435>
- Jiménez, A.M. (2005). Coordinación entre dispositivos de educación y salud mental infanto-juvenil. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 25 (96), 129 – 139. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352005000400008>
- Kutcher, S., Wei, Y., y Coniglio C. (2016). Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. *PubMed*, 61 (3). <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>
- Maddox, R., Berry, K., & Wai Wan, M. (2025). Parental understanding of mental health in young children: The development and initial validation of the parental child

- mental health literacy questionnaire. *Mental Health & Prevention*. 37. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2025.200393>
- Maíquez, M.L., & Capote, M.C. (2001). Modelos y enfoques en intervención familiar. *Intervención Psicosocial*, 10 (2), 185-198. <https://journals.copmadrid.org/pi/art/aebf7782a3d445f43cf30ee2c0d84dee>
- Roldán, E., Molina, X., Mollón, L., Cortés, P., Marín, M. J., Fernández, C., ... Villegas, S. (2017). Por un modelo de atención centrado en la familia en Servicios Sociales. *Trabajo Social: Intervención en el proceso final de la vida*, (114), 69–85. <https://www.serviciosocialesypoliticassociales.com/por-un-modelo-de-atencion-centrado-en-la-familia-en-servicios-sociales>
- Mendenhall, A., y Frauenholtz, S. (2013). Predictors of mental health literacy among parents of youth diagnosed with mood disorders. *Child & Family Social Work*. 20 (3), 300 – 309. <https://sci-hub.st/https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/cfs.12078?msocid=3f71ecd06d97647a1797e26e6c20659b>
- Ministerio de Sanidad (2022). *Estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud 2022 – 2026*. Gobierno de España. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2022). *Plan de acción de salud mental 2022–2024*. Gobierno de España. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/PLAN_ACCION_SALUD_MENTAL_2022-2024.pdf
- Moran, J. (2010). *Interdisciplinarity* (2ªed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203866184>
- Navarro, L., & Gómez, V. (2007). El trabajador social en un centro de desarrollo infantil y atención temprana. *Trabajo Social y Salud* (56), 275-309 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2299159>

- Organización Mundial de la Salud (2022). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013 – 2020*.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/357847/9789240050181-spa.pdf?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud (2022). *Salud Mental: fortalecer nuestra respuesta*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud (s.f.). *Salud del adolescente*.
https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- Platell, M., Cook, A., & Martin, K. (2023). How parents can help or hinder access to mental health services for young people. *Children and Youth Services Review*. 145. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2022.106760>
- Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. (s.f.). *Salud mental en la infancia y adolescencia*.
<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/enfermedades/salud-mental/salud-mental-infancia-adolescencia>
- UNICEF España (2024). *La salud mental es cosa de niños, niñas y adolescentes. Barómetro de Opinión de la Infancia y la Adolescencia 2023-2024*.
<https://www.unicef.es/publicacion/barometro-infancia-adolescencia/salud-mental-cosa-de-ninos-ninas-y-adolescentes>
- Repko, A. (2007). Integrando interdisciplinariedad: Cómo las teorías de terreno común y la interdisciplinariedad cognitiva están informando el debate sobre Integración Interdisciplinaria. *Issues in integrative studies*. (25), 1-31.
<https://interdisciplinarystudies.org/volume-25-2007/>
- Ruvalcaba, N.A., Gallegos, J., Caballo, V.E., & Villegas, D. (2016). Prácticas parentales e indicadores de salud mental en adolescentes. *Psicología desde el Caribe*. 33(3). 223-236. <https://doi.org/10.14482/psdc.33.3.9485>

- Servicio Andaluz de Salud (2010). *Programa de atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia*. Junta de Andalucía. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/programa-de-atencion-la-salud-mental-de-la-infancia-y-la-adolescencia>
- Sanidad de Castilla y León (2024). *Estrategia de asistencia en salud mental de Castilla y León 2024 – 2030*. Junta de Castilla y León. <https://gobiernoabierto.jcyl.es/web/jcyl/GobiernoAbierto/es/Plantilla100DetalleFeed/1284216489702/Programa/1285482339185/Comunicacion>
- Serra i Pla, J.F. (2024). La importancia de la salud mental en la infancia. *Blog Sana – Mente*. <https://www.quironsalud.com/blogs/es/blogs-quironsalud/sana-mente/importancia-salud-mental-infancia>
- Tizón, J.L. (2002). Prevención e intervención en la salud mental de la primera infancia desde los dispositivos de Atención Primaria. *Revista pediátrica de Atención Primaria*. 4 (13), 81 – 106. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2895517>
- Tizón, J.L. (2000). La atención primaria a la salud mental: una concreción de la atención sanitaria centrada en el consultante. *Atención primaria*. 26 (2) 111 – 119. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-atencion-primaria-salud-mental-S0212656700786215>
- Vargas, I. (2015). *Aspectos socioculturales de la salud mental*. *Psiquiatría y Salud Mental* <https://psiquiatria.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/06/2022-ASPECTOS-SOCIOCULTURALES-DE-LA-SALUD-MENTAL.pdf>
- Zabaleta, R., Lezcano, F., & Perea, M.V. (2023). *Alfabetización en Salud Mental: Revisión Sistemática de la Literatura*. *Psykhe*. 32(1). <http://dx.doi.org/10.7764/psykhe.2020.21787>

9. ANEXOS

Anexo 1. Guion de entrevista semiestructurada

Datos sociodemográficos.

- ¿Qué edad tiene?
- ¿Cuántos años lleva trabajando o ha trabajado en el ámbito de salud mental infanto-juvenil?

Bloque 1. Comprensión parental en la salud mental.

- ¿Podría definir el concepto de “comprensión parental en la salud mental infanto-juvenil” desde su punto de vista personal y profesional?
- ¿Qué importancia cree que puede tener dicha comprensión en la intervención con los menores?
- Durante su experiencia, ¿se ha encontrado con padres que comprendieran realmente la situación que están viviendo sus hijos? Y, ¿al contrario, es decir, que no comprendieran?
- En relación con la anterior pregunta, ¿en algunas de esas situaciones se ha visto su intervención con los menores influenciada por esa comprensión?

Bloque 2. Barreras y facilitadores de la comprensión parental.

- ¿Podría decirme ciertas dificultades que haya observado en los padres en cuanto a comprender la situación de su hijo?
- Por el contrario, ¿ha identificado ciertos facilitadores asociados con una mejor comprensión?
- ¿Cree que existe un cierto estigma a la hora de hablar de salud mental que pueda afectar en estos procesos de intervención?

Bloque 3. Estrategias de intervención en la salud mental infanto-juvenil.

- ¿Cuál es el modelo de intervención que utiliza en la intervención con menores y sus familias en salud mental?
- ¿Existe algún modelo/estrategia de intervención que involucre la sensibilización y/o formación de los padres? En caso afirmativo, ¿alguna vez se ha visto en la necesidad de aplicarlo?
- ¿Cree que sería necesario ampliar los conocimientos en salud mental? ¿Por qué?

Bloque 4. Rol del trabajador social en la comprensión parental.

- ¿Qué cree que podría aportar como profesional de Trabajo Social en estas situaciones?
- ¿Cree que debería ser algo específico de Trabajo Social o de un grupo interdisciplinar?

Bloque 5. Áreas de mejora.

- Desde su perspectiva personal, ¿considera que existen áreas de mejora respecto a las intervenciones en salud mental infanto-juvenil?
- ¿Qué recursos cree que serían necesarios en estos casos?
- ¿Cómo cree que se podría incidir en un aumento de la comprensión parental?

Anexo 2. Declaración de consentimiento informado

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN UNA ENTREVISTA

El presente Trabajo de Fin de Grado tiene como finalidad principal analizar la comprensión parental en la intervención psicosocial con menores en salud mental desde una perspectiva de los/as trabajadores/as sociales.

A través de esta declaración se informa del proceso de participación que consiste en la realización de una entrevista de aproximadamente 30 minutos con un fin exclusivamente académico. Para la recopilación de la información será necesaria el uso de grabación que posteriormente será destruida.

El proceso de entrevista será de exclusiva recopilación de información y percepciones de las personas entrevistadas, omitiendo, acorde a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, cualquier dato identificativo de quienes participan, así como referencias personales o instituciones en las que trabajan.

A través de la firma de este documento, la persona declara haber sido informada y estar de acuerdo con lo que en este documento se expone.

Nombre y apellidos de la persona entrevistada: _____

Firma de la persona entrevistada: _____

Firma de la estudiante investigadora: _____

En _____, a ____ de _____ de 2025.