

**GRADO EN TRABAJO SOCIAL**

---

**Factores sociales qué modulan la evolución  
tórpidas/positiva en el tratamiento con menores por los y  
las profesionales de la Unidad de Salud Mental Infanto  
Juvenil (USMIJ) del Hospital Universitario de Canarias  
(HUC).**

---

**TRABAJO DE FIN DE GRADO**

Alumna: Dña. Sheila María Amaro Fuentes

Tutor académico: D. Juan Manuel Herrera Hernández

Profesional del HUC colaborador: D. José Lorenzo Sosa Álvarez. Trabajador Social.

Junio de 2022

## **RESUMEN**

El tema de este proyecto de investigación es “los factores sociales que modulan la evolución tórpida/positiva en el tratamiento con menores por los y las profesionales de la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil (USMIJ) del Hospital Universitario de Canarias”.

El objetivo principal: conocer la percepción de los profesionales de salud mental acerca de los factores que influyen de manera positiva y negativa en la evolución de los casos que asisten. A tal efecto, se lleva a cabo una investigación aplicada con una tipología de diseño no experimental de tipo descriptivo en la que la herramienta principal para recabar los datos de interés es la entrevista. Para esas entrevistas se emplearon dos guiones de elaboración propia con alguna pregunta adaptada en función de la profesión. El primer guion está dirigido a el perfil profesional del trabajador social y el segundo con contenidos generales para el resto de profesionales de la salud mental.

Los resultados muestran a rasgos generales aspectos como: las funciones del trabajador social dentro de la unidad, la metodología que empleaba, que trastornos o patologías más demandaban su intervención, como trabaja en equipo, con que recursos se coordina. También se recogen el papel de la psiquiatra, el enfermero y la psicóloga, además de los factores de riesgo y protectores que bajo la perspectiva del equipo en conjunto, creen modulan la evolución de los pacientes, siendo los factores familiares los que más tienen peso en la buena o mala evolución y así como el perfil específico de las familias en la que sus hijos padecían problemáticas de salud mental, pero sí características familiares comunes que se dan en evoluciones tanto negativas como positivas.

**Palabras claves** *factores protectores, factores de riesgo, trabajo social, familia, patologías, trastornos, evolución, tratamiento*

## **ABSTRACT**

The theme of this research project is “the social factors that modulate the torpid/positive evolution in the treatment of minors by the professionals of the Infant and Juvenile Mental Health Unit (USMIJ) of the University Hospital of the Canary Islands.”

The main objective: to know the perception of mental health professionals about the factors that influence positively and negatively on the evolution of the cases they attend. To this end, applied research is carried out with a typology of non-experimental design of descriptive type in which the main tool for collecting the data of interest is the interview. Two self-developed scripts were used for these interviews, with some questions adapted according to the profession. The first script is aimed at the professional profile of the social worker and the second with general contents for the rest of the mental health professionals.

The results show general features such as: the functions of the social worker within the unit, the methodology he used, which disorders or pathologies most demanded his intervention, how he works as a team, and with which resources he coordinates. The role of the psychiatrist, the nurse and the psychologist is also included, as well as the risk and protective factors that, from the perspective of the team as a whole, they believed modulate the evolution of the patients, being family factors that have the greatest influence on the good or bad evolution, as well as the specific profile of families in which their children suffered from mental health problems, but common family characteristics both negative and positive developments.

**Keywords:** protective factors, risk factors, social work, family, pathologies, disorders, evolution, treatment.

## INDICE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN .....	6
1. MARCO TEÓRICO .....	6
1.1 Conceptos claves .....	6
A. Salud .....	6
B. Salud Mental.....	6
C. Alteraciones en la salud y enfermedades mentales .....	7
1.2 Factores que intervienen en el proceso de salud - enfermedad.....	7
1.3 Salud mental y familia.....	8
1.4. Plan de Salud Mental de Canarias.....	9
A. Datos de salud mental de la población en general .....	9
B. Red de recursos con los que se trabaja .....	10
C. El registro de casos psiquiátricos de canarias .....	10
1.5 Programa de Atención a la Salud Mental Infanto Juvenil .....	11
A. Recomendaciones de los organismos internacionales sobre salud mental infanto juvenil .....	11
B. Características de la atención a la salud mental infanto juvenil.....	12
C. La Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil ha de tener una especificidad propia	12
D. La Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil ha de tener un carácter preventivo	12
E. Composición del equipo de salud mental infanto juvenil y sus funciones del equipo	13
F. El papel del equipo de atención primaria en la atención infanto juvenil.....	14
1.6 Los inicios del trabajo social en psiquiatría y el rol profesional .....	14
1.7 Modelos explicativos de los problemas de salud mental o enfermedad .....	17
A. Modelo biopsicosocial.....	18
3. OBJETIVOS.....	20
4. MÉTODO .....	21
3.1 Participantes.....	21
3.2 Técnica e instrumentos.....	21
3.3 Procedimiento .....	21
5. RESULTADOS.....	23
4.1. Resultados del Trabajador Social .....	23

4.2. Resultados de la Psicóloga.....	28
4.3 Resultados de la Psiquiatra .....	29
4.4. Resultados de Enfermería .....	29
4.5. Resultados del Equipo.....	30
6. DISCUSIÓN.....	34
7. CONCLUSIONES .....	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	39
ANEXOS.....	42

## **INTRODUCCIÓN**

La siguiente investigación, que recibe el título de: los factores sociales que modulan la evolución tórpida/positiva en el tratamiento con menores por los y las profesionales de la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil (USMIJ) del Hospital Universitario de Canarias, nace de la realización de prácticas externas de la alumna en el campo, durante los dos periodos del tercer y cuarto curso, donde se observó la necesidad de conocer la perspectiva social de los/las profesionales sobre los trastornos o patologías de los/las menores y el papel que juegan los factores sociales en el proceso de salud.

Los apartados en los que se estructura esta justificación o introducción teórica son: 1.1 conceptos clave, 1.2 Los inicios del trabajo social en psiquiatría, 1.3 Rol profesional en salud mental, 2.4 Plan de Salud Mental de Canarias, 2.5 Factores que intervienen en el proceso de salud - enfermedad, 2.7 Salud mental y familia, 2.8 Modelos de intervención.

### **1. MARCO TEÓRICO**

#### **1.1 Conceptos claves**

##### **A. Salud**

Hay variedad de conceptos para definir la salud. Pero, según la OMS (1946), la salud se define como “el estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”. Puesto que influyen factores biológicos, económicos, sociales, políticos y ambientales que hacen que la salud sea cambiante y depende de las personas y sus particularidades igual que de los contextos de las mismas, así como de sus capacidades (Organización Mundial de la Salud, 1946).

##### **B. Salud Mental**

Desde el enfoque de la psiquiatría, cuando se habla de salud mental, se considera un estado que está estrechamente ligado con la vida diaria de todos y que se refiere a la forma en la que cada una de esas personas se relaciona, participa e interactúa en la comunidad (Carrazana, 2003).

Según el enfoque social, se hablaría de salud mental como un estado que implica el desarrollo tanto de aspectos psicosociales como conductuales, la salud auto percibida y calidad de vida por parte de la población, y la forma de vida con la que las personas cubren sus necesidades básicas diarias (Carrazana, 2003).

Además, la salud mental incluye nuestro bienestar en todos los sentidos y a la manera en la que nos enfrentamos a la vida. Por eso, es importante en todas las etapas, desde la infancia y adolescencia, hasta la adultez y vejez (Carrazana, 2003).

### **C. Alteraciones en la salud y enfermedades mentales**

Las alteraciones influyen en el pensamiento, las emociones y/o en la conducta. Cuando las alteraciones interfieren de manera negativa en su día a día, se consideran enfermedades o trastornos mentales. Y además pueden ser temporales o duraderas en el tiempo, dependiendo de la gravedad, la intensidad y hasta qué punto influyen en la capacidad funcional de la vida de la persona (Medlineplus, 2021).

#### **1.2 Factores que intervienen en el proceso de salud - enfermedad**

Garantizar que los/as niños/as y jóvenes gocen de una buena salud mental debería ser fundamental para la sociedad en su conjunto. La pandemia ya ha supuesto un importante aspecto en todos los sentidos, pero más en la salud mental de los/as más pequeños/as. Los datos que se tenían antes del COVID ya eran preocupantes, pero para definir cuál magnitud, es imprescindible que se determinen los factores que intervienen en la salud mental de la infancia.

Desde un enfoque biopsicosocial, se contempla la forma en la que el conjunto de circunstancias personales, familiares, ambientales y contextuales entorpecen la evolución de la enfermedad. Puesto que estos factores, podrían dar lugar a la aparición de brotes o crisis (Hernández, 2014).

Cuando se habla de factores que afectan de manera negativa en la evolución de las personas que padecen la enfermedad, nos referimos a cuando la persona se encuentra inmersa en ambientes donde está presente una gran carga emocional, la inactividad, el consumo de drogas y alcohol... Ya que cada trastorno se caracteriza por una sintomatología, pero el entorno puede dificultar la vida de la persona que lo padece (Hernández, 2014).

En cambio, si hablamos de factores que favorecen la evolución, es justo lo contrario; el ambiente, los factores familiares, el contexto... no es el mismo. A diferencia de los factores de riesgo, los ambientes son ambientes con normas de comportamiento claras y estables, en que disponen de mayores habilidades emocionales y que te acompañan en el proceso proporcionando la autonomía a la persona (Hernández, 2014).

Además, los factores de protección disminuyen la probabilidad de padecer alguna enfermedad.

Un factor en concreto podría suponer un grave problema en diferentes escalas. Ejemplos:

1. Cuando los progenitores sufren depresión hay mayor probabilidad de que el/la hijo/a también lo padezca (Figueroa, 2020).
2. Menospreciar su persona, aislarle, minimizar su mal comportamiento o por el contrario, castigarle ejerciendo la violencia física o verbal (Figueroa, 2020).

Pero, esto no quiere decir que algún factor de riesgo o un conjunto de ellos, asegure que los/as niños/as vayan a sufrir un trastorno psiquiátrico si o si. Los factores de riesgo no determinan, solo aumenta el riesgo de que lo sufra (Figueroa, 2020).

Al igual que, los mismos factores no afectan de la misma manera a un/a niño/a que a otro/a.

Aquí nuevamente, entra el papel del trabajador social, que basándose en las teorías del comportamiento humano y los sistemas sociales, emplea técnicas, protege y defiende sus derechos y gestiona servicios o recursos que están dentro de la comunidad, con el objetivo de ayudar a superar las barreras y conflictos que afectan la relación entre la persona y el medio (Hernández, 2014).

De esta manera, se podría conseguir que los/as niños/as se adaptasen a cualquier circunstancia y aprendiesen a manejarlas, logrando la resiliencia y evitando desarrollar un trastorno psiquiátrico (Figueroa, 2020).

### **1.3 Salud mental y familia**

Como se ha mencionado anteriormente, tener un progenitor deprimido condiciona la salud mental de los niños/as. Y aunque existe esta asociación, se desconoce los mecanismos por lo



que se da, sin embargo, existen diferentes teorías basadas en el apego que explican las consecuencias de tener un/a progenitor/a en cada etapa de la vida. Por ejemplo, tener una madre que padece depresión, produce un estilo de apego inseguro (Bella et. al, 2010).

Existen estudios, que corroboran que el 41% de niños/as y adolescentes que están en tratamiento por patologías de salud mental, tienen también al menos un familiar en tratamiento. Y varios de los pacientes que no tenían tratamiento, padecen algún trastorno que no ha sido diagnosticado (Bella, et. al, 2010).

Alguno de los efectos observables de la depresión por parte de los progenitores, más aún de la progenitora, se manifiesta en ausencia de afectividad y buenas relaciones, escasa interacción... que se transforman en trastornos del humor y afectivos, y se muestran en niños en trastornos de conducta de tipo externalizantes, mientras que las niñas lo padecen internamente, con sintomatología más relacionada con la ansiedad y depresión... (Sanz, et. al, 2014).

Por lo que, según Caraveo, et. al (2013) podríamos concluir que “las experiencias de los niños en el seno familiar son decisivas en el desarrollo de la personalidad, y cuando son adversas juegan un papel de importancia variable, pero nunca trivial, en la iniciación, curso y evolución de trastornos psiquiátricos”.

## **1.4. Plan de Salud Mental de Canarias**

### **A. Datos de salud mental de la población en general**

Durante el año 2015 se llevó a cabo una recogida de datos sobre los trastornos mentales actuales en Canarias mediante un cuestionario. Donde su principal objetivo fue detectar indicadores de depresión, ansiedad y desajuste social y conocer, así como se encuentra la salud mental en Canarias en el momento en el que se realizó. En él se pregunta sobre síntomas o comportamientos en los últimos 30 días (Plan de salud mental de canarias, 2019).

Para la población infanto juvenil concretamente se escogieron franjas de entre 4-9 y de 10-15 años, donde se miden conductas problemáticas, problemas de conducta, relaciones con sus iguales en la escuela, hiperactividad... (PSMC, 2019).

Los resultados mostraron medias normales, con puntuaciones similares en niños y niñas, con puntuación un poco superior en la franja entre 4 y 9 años y las más altas en las islas de Tenerife y Gran Canaria, obteniendo una asociación entre la clase social y la puntuación (PSMC, 2019).

### **B. Red de recursos con los que se trabaja**

Los recursos son ambulatorios u hospitalarios, dentro de los recursos ambulatorios encontramos: 1. Unidades de Salud Mental Comunitarias (USMC). 2. Unidades de Salud Mental Comunitarias Infanto-Juveniles (USMC-IJ). 3. Hospitales de Día Infanto-Juveniles. Y en los recursos hospitalarios están: 1. Unidades de Internamiento Breve (UIB). 2. Unidades Funcionales Hospitalarias de Interconsulta y Enlace (UFIE). 3. Unidades de Media Estancia (UME). 4. Unidades Clínicas y de Rehabilitación de Salud Mental (UCYR).

Los recursos infanto juveniles se distribuyen de la siguiente manera según el Plan de Salud Mental de Canarias (2019):

1. Unidad de salud mental infanto juvenil: La edad de atención en estas unidades se comprende entre los 0 a los 17 años y existen 6 en toda Canarias. 3 en Tenerife (HUC, Hospital del Sur y CAE de La Orotava), 1 en Lanzarote, 1 en Fuerteventura y 1 en La Palma.
2. Hospitales de Día Infanto - Juveniles: El hospital de día de Tenerife que cuenta con 45 plazas distribuidas en 3 grupos (0-3 años) de atención temprana, (4-12 años) y (13-17 años). Y el hospital de día de Gran Canaria con las mismas características.

### **C. El registro de casos psiquiátricos de canarias**

En los años 90, los profesionales de salud mental comenzaron a registrar información básica sobre la actividad que llevaban a cabo, como por ejemplo el tipo de intervenciones que realizaban, características de los pacientes... El registro además, es de carácter regional y es una especie de fichero donde se registran pacientes afectados por trastornos mentales, con el fin de evitar la doble contabilidad de los mismos en otros censos o extracción de tasas para luego compararlos (PSMC, 2019).

Su utilidad es explotar datos para llevar a cabo posteriormente políticas de gestión correctas, evaluar el rendimiento, tomar decisiones, investigar... (PSMC, 2019).

## 1.5 Programa de Atención a la Salud Mental Infanto Juvenil

### A. Recomendaciones de los organismos internacionales sobre salud mental infanto juvenil

El 10 de octubre de 2003, la Organización Mundial de la Salud, celebró el día mundial de la salud mental en referencia a los/las niños/as y adolescentes. Con el fin de establecer programas de prevención y formas de tratamiento a los problemas de tipo emocional y de conducta, que padecen o pueden padecer el 20% de personas entre 0 y 17 años (Gobierno de Canarias, 2006).

Además, la OMS posee datos destacables como:

- Que el suicidio es la tercera causa de muerte entre los adolescentes.
- Que el trastorno depresivo suele comenzar en la adolescencia y guarda relación con el desajuste social, que causa muchas muertes por suicidio.
- Que los trastornos conductuales que comienzan en la etapa infantil suelen persistir en el tiempo y además se transforman en abuso de drogas, delincuencia juvenil, desempleo, mala salud física... en la etapa adulta (Gobierno de Canarias, 2006).

Por ello, los organismos sanitarios internacionales destacan como objetivos de intervención con prioridad según el Gobierno de Canarias (2006), son:

- En la primera infancia:
  - Dificultades de aprendizaje.
  - Trastornos por déficit de atención, con y sin hiperactividad.
- En los años medios de la infancia:
  - Síndrome Gilles de la Tourette.
- En la adolescencia:
  - Depresión y riesgo de suicidio.
  - Psicosis.

Además, es importante promover la importancia de la salud mental, así como prestar apoyo a los niños y familias facilitando una parentalidad positiva y un buen desarrollo entre padres e hijos. Así como supervisar concretamente a niños con las siguientes características (Gobierno de Canarias, 2006):

- Niños con dificultades psicosociales (con discapacidad, problemas de comportamiento, enfermos crónicos...).

- Niños con ambientes vulnerables (hogares monomarentales, con padres adolescentes, víctimas de abusos).
- Niños con dificultades socioculturales (refugiados, inmigrantes, mala situación económica, desempleo crónico).

### **B. Características de la atención a la salud mental infanto juvenil**

La Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil ha de hacerse desde un modelo comunitario. Para brindar una adecuada atención a la salud mental infanto juvenil, es necesario tratar al niño como una unidad bio psico- social, teniendo en cuenta que si no ha existido una buena salud mental en la infancia es imposible tenerla cuando se es adulto. Y atendiendo los problemas que presenta en todos los ámbitos que rodean su vida. Para ello, deben coordinarse todas las instituciones y recursos que se encuentran presente en la vida de esos/as niños/as, como sanidad, educación y otras instituciones en las que se encuentre vinculado/a (Gobierno de Canarias, 2006).

### **C. La Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil ha de tener una especificidad propia**

A la hora de atender a niños y niñas, es necesario tener en cuenta que las características son muy diferentes a las de los adultos, incluso las relacionadas con la salud mental, por lo que es necesario llevar a cabo intervenciones y emplear estrategias diferenciadas en cada etapa. Para ello, deberá haber especialistas que tengan conocimientos y habilidades en materia de atención a la población infantil (Gobierno de Canarias, 2006).

### **D. La Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil ha de tener un carácter preventivo**

- Prevención primaria: poner en marcha acciones centradas en la prevención de la enfermedad, con organización de por medio como, por ejemplo: profesores, pediatras, equipos de orientación, cabildos a través de unidades de infancia y familia, consejería de trabajo desde la dirección general del menor y la familia... (Gobierno de Canarias 2006).
- Prevención secundaria: las intervenciones en materia de salud mental las harán los dispositivos específicos de salud, por ejemplo, pacientes que llegan a la unidad a través

de interconsultas o a través de ingreso hospitalario por psiquiatría (Gobierno de Canarias 2006)..

- Prevención terciaria: se llevará a cabo a través de los dispositivos específicos de referencia de salud mental, como los hospitales de día infanto juveniles. En estos, atienden a pacientes con patologías mentales graves, con edades comprendidas entre los 0 y 17 años (Gobierno de Canarias 2006)..

### **E. Composición del equipo de salud mental infanto juvenil y sus funciones del equipo**

El equipo de salud mental se compone por un conjunto de profesionales que son: psicólogo/a, psiquiatra, enfermero/a, trabajador/a social, auxiliar administrativo/a y auxiliar de enfermería (Gobierno de Canarias 2006).

A nivel general, sus funciones consisten en brindar atención integral a los pacientes con patologías mentales y llevar a cabo acciones de prevención, promoción de autonomía y tratamiento, investigación, docencia, coordinación, así como, aquellas que surjan en el quehacer diario (Gobierno de Canarias, 2006).

Como psiquiatra, se desempeñan una serie de funciones asistenciales como atención especializada según la patología o trastorno si hubiese, incluyendo recetar fármacos. Dentro de esa atención especializada, nos encontramos con visitas domiciliarias, atención en urgencias, intervención en rehabilitación... (Gobierno de Canarias, 2006)

Dentro de las funciones asistenciales como psicólogo/a especialista en psicología clínica, se realizan las mismas que el/ la anterior profesional a diferencia de la prescripción de fármacos y guardias hospitalarias (Gobierno de Canarias, 2006).

Por otro lado, el/la trabajador/a social acompaña a los pacientes y sus familias en el proceso de la enfermedad mental, así como realizar visitas domiciliarias, gestionar derivaciones a otros dispositivos o servicios que el/la paciente necesite, realizar seguimientos, evaluar el malestar psicosocial de los pacientes, etc. (Gobierno de Canarias, 2006).

Con respecto a el/la enfermero/a, sus funciones se centran en prestar cuidados dentro del dispositivo o en el domicilio, así como informar y asesorar a las familias, administrar y ajustar

el tratamiento farmacológico, supervisar los posibles efectos secundarios... (Gobierno de Canarias, 2006)

El/la auxiliar de enfermería, por otro lado, informa y acoge a los pacientes y canaliza su demanda a el resto del equipo, además de participar en programas del dispositivo (Gobierno de Canarias, 2006).

Por último, el/la auxiliar administrativo/a lleva el control de las historias clínicas, lleva al día las agendas del resto de profesionales y los correos, maneja cualquier función relacionada con la entrada y salida de documentos, etc. (Gobierno de Canarias, 2006).

#### **F. El papel del equipo de atención primaria en la atención infanto juvenil**

El papel de atención primaria tiene una gran relevancia dentro de la atención e intervención con el sector infanto juvenil, puesto que la demanda de los pacientes y sus familias llega a la unidad solicitada por el médico de familia o pediatra en función de la edad que tenga el/la paciente (Gobierno de Canarias, 2006).

Estos asumen la primera detección de factores de riesgo cuando los hay, valoran y realizan un seguimiento hasta que la interconsulta lleva a la USM y son vistos por primera vez por el facultativo que corresponda. Favoreciendo así las necesidades que contemplan los/as usuarios/as, niños/as y jóvenes (Gobierno de Canarias, 2006).

#### **1.6 Los inicios del trabajo social en psiquiatría y el rol profesional**

Hace un tiempo, la psiquiatría tenía una visión únicamente clínica y terapéutica, donde solo concebían que las enfermedades mentales provenían de algún problema o trastorno relacionado con el sistema nervioso (Idareta, 2018).

Hoy en día, la psiquiatría constata como una especialidad médica que se dedica al tratamiento de enfermedades mentales y que asume que el contexto, las relaciones sociales, las dinámicas familiares, el entorno y las cuestiones morales, influyen según su intensidad y tienen consecuencias a nivel patológico en las personas, que además, pueden desembocar en un trastorno o enfermedad mental. Por ello, el trabajo social es la profesión de referencia para la

parte social en esta nueva concepción de salud, que aborda la salud mental de los pacientes e integra en la intervención a sus redes familiares y sociales (Idareta, 2018).

Si nos situamos en el tiempo, en el siglo XIX aparece normativa que regula la asistencia psiquiátrica y los modelos asistenciales. Ya que, en ese momento, entra en vigor la Ley de la Beneficencia en España, que reconoce y regula el derecho a las personas con enfermedad mental a la asistencia psiquiátrica y un establecimiento para los pacientes, donde se diferencian los centros privados de los públicos (Idareta, 2018).

Los fundamentos principales del tratamiento en ese entonces, era el aislamiento, aislar a los pacientes del lugar donde se produjo o inició el trastorno, y emplear técnicas específicas, tales como estar en contacto con la naturaleza, disfrutar de buenas compañías, realizar ejercicio, etc. Al mismo tiempo que se empleaban técnicas de persuasión con el fin de convencerles de que sus ideas eran un error y si no accedían se le administraban fármacos vomitivos, sedantes y de tipo purgante, para concentrar la atención de los pacientes en su propio cuerpo (Idareta, 2018).

Dado a este tipo de enfoque, que reconoce al paciente como sujeto dentro de un contexto y no como una abstracción de este, es necesaria la intervención y la inclusión de la profesión de trabajo social, dentro de este campo. Y es en 1921, cuando se incorpora definitivamente la figura de los asistentes sociales psiquiátricos, que comienzan sus primeras prácticas profesionales en clínicas infantiles con equipos de salud mental (psiquiatras y psicólogos) y asistentes sociales especializados, interviniendo con los pacientes y teniendo en cuenta los factores ambientales, familiares y sociales (Idareta, 2018).

Al principio, sus funciones se limitaban a comprobar y completar la anamnesis de los pacientes, pero a medida que fue transcurriendo el tiempo, sus funciones fueron ampliándose hasta formar parte en la intervención de los pacientes y cada vez, sus funciones fueron volviéndose más complejas, lo que hizo necesario una especialización del trabajo social en el ámbito psiquiátrico, por lo que extiende su influencia en el ámbito terapéutico y preventivo en sectores que antes parecían inalcanzables. Y sus funciones pasan a ser meramente buscar el enlace entre los pacientes y sus familiares, realizar estudios socioeconómicos, gestionar ayudas económicas y realizar tareas administrativas (Idareta, 2018).

En 1970, se produce un progreso dentro de la especialidad y la profesión, donde las funciones adoptan aspectos más científicos y pasan a realizar historias sociales de estudios socio - psiquiátricos, participar en las sesiones clínicas, elaborar programas, realizar labores de investigación, dar pautas, informar y orientar de manera individual y familiar, entre otros (Idareta, 2018).

Los equipos de salud mental trabajan para lograr la rehabilitación y reinserción social teniendo en cuenta la promoción de la autonomía y prevención de otros trastornos.

En la práctica, interviene el trabajador social de salud mental, que trabaja de manera conjunta integrando las diferentes disciplinas con los profesionales; psicólogos, psiquiatras, enfermeros, logopedas, etc. (Idareta, 2018).

Cuando hablamos del rol profesional, aludimos a las expectativas que tenemos acerca de las funciones, tareas y actitudes que componen un grupo de trabajo. Si bien, para hablar de funciones básicas del trabajador social en el ámbito de salud y más concretamente en el de salud mental, es importante aclarar que las actividades que se desempeñan en un lugar u otro; por ejemplo, en una unidad de un hospital o en un centro donde prestan servicios, pues la finalidad del servicio y los objetivos del equipo pueden variar (Grupo de trabajo de salud mental, 2016).

Según el grupo de trabajo de salud mental (2016), las funciones pueden dividirse de la siguiente manera:



**Tabla 1.**

*Funciones atención directa y funciones de atención indirecta*

<b>Atención directa</b>	<b>Atención indirecta</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>● Valoración social inicial</li><li>● Detección de situaciones de riesgo</li><li>● Diagnóstico social sanitario</li><li>● Plan de intervención</li><li>● Informar sobre los derechos a recursos</li><li>● Acompañar y brindar apoyo emocional en el proceso de salud</li><li>● Visitas a domicilio</li><li>● Dar pautas de contención</li><li>● Dotar de habilidades para potenciar la autonomía en el proceso de cambio</li><li>● Coordinación: llamadas telefónicas, redactar informes sociales</li><li>● Apoyo en situación de crisis</li><li>● Seguimiento</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Coordinación interna: reuniones de equipo, derivación a otros recursos como función preventiva (recursos específicos)</li><li>● Gestión de recursos o ayudas necesarias para solucionar los problemas del usuario</li><li>● Programas específicos de colaboración con otros servicios de la zona</li><li>● Elaborar informes, historias sociales y otros documentos</li><li>● Realización de estudios epidemiológicos</li><li>● Actividades formativas</li><li>● Cursos formativos</li><li>● Congresos</li></ul>

*Fuente: Grupo de trabajo social en salud mental. 2016.*

De igual manera, el espacio profesional no se compone únicamente por un listado de funciones consensuadas, sino que en el quehacer diario surgen nuevos planteamientos y tareas. Ya que es necesario y nuestro deber responder a las nuevas necesidades de los usuarios y de los servicios (GTSM, 2016).

### **1.7 Modelos explicativos de los problemas de salud mental o enfermedad**

Partimos de siete enfoques (Pérez, M. et. al 2021):

- 1. Modelo de infección.** A través de este modelo, la enfermedad es explicada a través del contagio o estrés. De contagio nos encontramos con trastornos de conducta alimentaria, conductas autolesivas... En cambio, de estrés está presente la teoría de vulnerabilidad-estrés, ya que el estrés actúa como agente externo y disparador de una predisposición genética.

- 2. Modelo traumático.** Este modelo recoge que todas las lesiones o golpes tienen su inclinación psicológica o psiquiátrica que va explicada a través de la teoría del trauma. Puesto que una experiencia traumática puede manifestarse en graves consecuencias psíquicas perdurables en el tiempo.
- 3. Modelo orgánico.** En este la enfermedad siempre se ve afectada por un órgano, aunque sea de tipo infeccioso o genético. El órgano correspondiente a las enfermedades mentales es el cerebro. Por lo que cuando hablamos de trastornos que están relacionados con el neurodesarrollo, se refiere desde el TDAH hasta el TEA.
- 4. Modelo sistémico.** Según este modelo, una alteración del sistema inmunitario produce otras como enfermedades autoinmunes, como por ejemplo, el trastorno bipolar y la esquizofrenia.
- 5. Modelo psicofarmacológico.** Desde este se entiende que el trastorno y su gravedad se define según el tratamiento que le ayude a aliviar los síntomas.
- 6. Modelo biopsicosocial.** Este modelo integra todos los aspectos que no quedan recogidos en los distintos modelos de enfermedad.

### **A. Modelo biopsicosocial**

Este modelo, es uno de los más usados en salud mental por el/la trabajador/a social, ya que tienen en cuenta los aspectos psicológicos, biológicos y sociales, aunque en la puesta en práctica, sigue existiendo la tendencia a creer que la causa es biológica. Dicho modelo contempla que en el análisis de la problemática y para lograr una posterior adecuada intervención, debe tenerse en cuenta la historia del paciente y comprender que el proceso de una enfermedad no es de origen único, sino que es multicausal y que influye y afecta en la salud mental del sujeto, así como en sus relaciones (Idareta, 2018)

Según Abello (2017), la aplicación profesional de este modelo consta de 3 fases.

1. Fase 1. En esta se desarrolla un estudio psicosocial de la persona y se elabora un diagnóstico.
2. Fase 2. Una vez elaborado el diagnóstico, se realiza la intervención con el paciente y su familia. En la intervención se puede dar tanto el trabajo directo como indirecto.
3. Fase 3. Finalmente, se da por finalizada la intervención y se realiza una evaluación del caso.

En conclusión, a través de estas fases se habrá podido analizar la problemática y emplear las herramientas, técnicas de apoyo y recursos con los que cuenta el modelo, de manera adecuada y en relación con la situación del sujeto, propiciando así el cambio (Abello, 2017).

## **2. OBJETIVOS**

- Conocer los factores sociales percibidos por los/as profesionales de la unidad de salud mental infanto juvenil del HUC (Hospital Universitario de Canarias), que modulan la evolución positiva o tórpida en el tratamiento con menores y sus familias.
- Identificar las variables, indicadores, problemas, dificultades, riesgo, protección, aspectos del tratamiento y su evolución desde la unidad y contexto social de los/as usuarios/as, desde las aportaciones de los/as profesionales participantes.

### 3. MÉTODO

#### 3.1 Participantes

Tabla 2. Perfil de participantes

Sexo	Perfil profesional	Número de participantes
Masculino	Trabajo social	1
Femenino	Psicología	1
Femenino	Psiquiatría	1
Masculino	Enfermería	1
Total de participantes		4

#### 3.2 Técnica e instrumentos

La técnica empleada en este estudio ha sido una entrevista semiestructurada, de elaboración propia en la que se recaban variables como la valoración percibida por los profesionales sobre los factores que modulan la evolución del tratamiento en menores con patologías o enfermedades de tipo mental, las características de las familias, así como, el abordaje profesional que llevan a cabo en sus intervenciones.

El instrumento utilizado son 3 guiones de entrevistas semiestructuradas (ad-hoc) que están compuestos de la siguiente manera: la del trabajador social por 12 preguntas y la de la psicóloga, enfermero y psiquiatra 5 preguntas (véase anexo 1, 2 y 3).

#### 3.3 Procedimiento

La idea de realizar este proyecto de investigación surge tras la experiencia en las prácticas externas profesionales en el Hospital Universitario, justo en la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil, en la sección de Trabajo Social Sanitario.

El objeto principal de estudio fue analizar la valoración percibida por los profesionales de la unidad sobre los factores sociales, ambientales, familiares, etc. que habían identificado y creían que modulaba tanto positivamente como de forma negativa la evolución del tratamiento en menores, farmacológico o no.

Para ello, se solicitó el consentimiento de los participantes y una vez firmado se procedió a diseñar un guion de entrevista distribuido en preguntas comunes y específicas, según la profesión del participante.

Ya elaborado el guion, se realizaron las entrevistas presencialmente, garantizando la confidencialidad de los participantes y a su vez tratando de dar la mayor fidelidad posible a las respuestas dadas. Después de llevar a cabo las entrevistas, se procedió al vaciado de los datos para luego realizar el análisis.

El análisis es de tipo cualitativo, pues los datos se analizaron en función del contenido de las respuestas dadas durante las entrevistas, observando y teniendo en cuenta las similitudes y diferencias entre las respuestas de los profesionales.

### **Diseño**

La tipología de diseño de este estudio es no experimental, de tipo descriptivo, exploratorio, observacional.

## 4. RESULTADOS

En este apartado, se recogen los datos más relevantes de los resultados obtenidos en las entrevistas a los/las profesionales. Las preguntas se han estructurado en cinco bloques: a) Resultados Trabajador Social. b) Resultados de la Psicóloga. c) Resultados de la Psiquiatra. d) Resultados de Enfermería. e) Resultados del Equipo.

### 4.1. Resultados del Trabajador Social

Se recogen las funciones generales y específicas, de atención directa e indirecta del Trabajador Social dentro de la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil, en las siguientes tablas:

Tabla 3: *Funciones del Trabajador Social en salud mental*

Variables recogidas	
Atención directa	Atención indirecta
Valoración social a través de la entrevista	Elaborar informes sociales
Acompañar en el proceso	Coordinaciones telefónicas
Prestar apoyo emocional	Derivación a otros recursos
Orientar al paciente en la gestión de prestaciones y derechos sociales	Gestión de recursos
Otras acciones que puedan surgir en el día a día	Otras acciones que puedan surgir en el día a día

Tabla 4: *Perfil de los pacientes que demandan la intervención del Trabajador Social*

Perfil según patologías y/o trastornos
Variables
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad
Trastorno del espectro autista
Trastorno de conducta grave
Consumo de tóxicos durante la adolescencia
Problemática familiar
Conductas autolíticas
Dependencia a dispositivos electrónicos
Agresión/abuso sexual

En esta tabla, aparecen organizadas las patologías que más demandan la intervención del trabajador social dentro de la unidad, aunque en la entrevista, destaca que inclusive dentro de esta categorización, las que más, son de orígenes de problemáticas familiares y de trastorno de conducta grave (véase anexo 1).

Respecto al perfil de las familias que demandan la intervención del Trabajador social, destacar que el profesional indica que no hay un perfil específico de familias, así como diferencias entre las familias que proceden de un barrio u otro, sin embargo poseen una serie de características comunes, que son:



Tabla 5: *Perfil general de las familias que demandan la intervención del Trabajador Social*

Pregunta: <i>¿Existe un perfil específico de familias?</i>
No
Variables
Características comunes entre las familias
Situación de desempleo crónico
Dinámicas familiares disfuncionales
Situación socioeconómica muy desfavorable
Aislamiento social
Pregunta: <i>¿Existen diferencias en cuanto a geolocalización?</i>
No

En lo que se refiere a las patologías correlacionadas con una evolución negativa en el tratamiento de menores, se destacan:

Tabla 6: *Percepción del trabajador social sobre las patologías que más asocia a una evolución tórpida*

Variables
Patologías o trastornos
Trastorno de conducta grave
TDAH opositorista desafiante

Realiza esta asociación ya que son las patologías con conductas más externalizantes en todos los contextos, es decir donde más sintomatología hay y más lo manifiestan en el entorno, lo que conlleva a que padezcan grandes dificultades en todos los ámbitos.

Los factores, sobre todo de tipo familiares, identificados por el trabajador social en los casos donde se ha dado el maltrato farmacológico son:

Tabla 7: *Factores identificados con el maltrato farmacológico por el Trabajador Social*

Variables
Factores
Falsas creencias sobre los medicamentos
Estereotipos de salud mental
Falta de educación formal
Negativa a la aceptación del diagnóstico
Creencias religiosas

Además, destacar, que ha identificado casos de supra medicación, infra medicación y otros usos inapropiados de fármacos.

Se le preguntó sobre los servicios con los que más se coordina o hace derivaciones. Los resultados fueron los siguientes:

Tabla 8: *Servicios con los que más se coordina el Trabajador Social*

Servicios
Servicios sociales municipales
Dirección General de protección a la infancia y la familia
Centro de atención a la familia
Servicio de atención integral a la mujer

Por otro lado, los criterios que tiene en cuenta antes de coordinarse o derivar son:

Tabla 9: *Criterios del trabajador social para la coordinación o derivación a otros recursos*

Variables
Evolución tórpida del caso
Dinámicas familiares muy disfuncionales
Consumo de tóxicos por parte del menor y/o familia
Tentativas autolíticas
Indicadores de maltrato
Indicadores de abuso

Tabla 10: *Metodología llevada a cabo en las intervenciones del Trabajador Social*

Método
<p>“Siempre empleo el modelo bio psicosocial en mis intervenciones, pero últimamente estoy llevando a cabo el modelo centrado en la tarea, que consiste en una intervención más corta y orientada a la solución de problemas. La intervención se dirige a ayudar a los pacientes y a sus familias principalmente a resolver sus propios problemas y a la misma vez llevar a cabo acciones o tareas en el hogar, el contexto y/o el entorno. Consiste en capacitarlos, dotarlos de autonomía a través de la realización de tareas, que vayan resolviendo los obstáculos en los que están inmersos...”</p>

Tabla 11: *Pregunta: ¿Qué se hace cuando la familia recae o abandona?*

<i>Pregunta: ¿Qué se hace cuando la familia recae o abandona?</i>
<p>“Cuando una familia recae o abandona se notifica la situación de riesgo a las instituciones pertinentes. Porque considero que es motivo suficiente para que se cumpla con los criterios más básicos de situación de riesgo... primero notifico a los servicios sociales municipales, en concreto al equipo de menores en riesgo y luego este los deriva a la dirección general de protección infancia y familia. Y lo hago tantas veces como sea necesario...”</p>

#### 4.2. Resultados de la Psicóloga

Tabla 12: *Perfil de los pacientes que más demandan la intervención de la Psicóloga*

Perfil según patologías y/o trastornos		
Variables		
Antes de la pandemia	Durante la pandemia	Post- pandemia
Trastorno de las emociones de comienzo habitual en la infancia	Trastorno por ansiedad	Trastorno de las emociones de comienzo habitual en la infancia
Trastorno por ansiedad	Trastorno mixto ansioso – depresivo	Trastorno por ansiedad
Inestabilidad emocional	Inestabilidad emocional	Trastorno mixto ansioso – depresivo
Conductas autolesivas	Conductas autolesivas	Conductas autolesivas
		Etapas de duelo por muerte de COVID

En cuanto a los resultados representados en la tabla, destacar que las patologías y/o trastornos siempre han sido los mismos, pero con mayor sintomatología tras la pandemia, es decir, ha aumentado la intensidad con la que padecen los síntomas tras esta.

### 4.3 Resultados de la Psiquiatra

Tabla 13.

*Perfil de los pacientes que más demandan la intervención de la Psiquiatra*

Perfil según patologías y/o trastornos		
Variables		
Antes de la pandemia	Durante la pandemia	Post- pandemia
Trastornos del aprendizaje Problemas escolares TDAH	Trastorno por ansiedad	Trastornos de conducta alimentaria

### 4.4. Resultados de Enfermería

Tabla 14.

*Perfil de los pacientes que más demandan la intervención del Enfermero*

Perfil según patologías y/o trastornos		
Variables		
Antes de la pandemia	Durante la pandemia	Post- pandemia
TEA	TEA	TEA
TDAH	TDAH	TDAH
Trastorno mixto ansioso - depresivo	Trastorno mixto ansioso - depresivo	Trastorno mixto ansioso - depresivo

En esta tabla, podemos observar que los trastornos y patologías siguen siendo las mismas antes, durante y post- pandemia. Lo más relevante a destacar de la demanda, es que el trastorno mixto ansioso - depresivo, ha aumentado un 50% más que antes.

Cuando se les pregunta sobre los factores que más suelen modular la evolución tórpida de los pacientes, se registraron varias respuestas. Estas se agrupan en sociales, familiares y contextuales, que detalladamente fueron:

#### 4.5. Resultados del Equipo

Tabla 15.

*Percepción de los profesionales sobre los factores que influyen en la evolución tórpida del tratamiento en menores*

Variables	
Factores	
Sociales	Aislamiento social Falta de actividad lúdica Estatus bajo Intervención de muchos servicios al mismo tiempo
Familiares	Figuras de referencia con enfermedades crónicas Consumo de tóxicos en el hogar Estrés parental Abandono de autocuidados Situación de riesgo prenatal Escasa supervisión parental Escasa conciliación familiar Nivel sociocultural bajo Nivel económico bajo

Contextuales	Barrios conflictivos Consumo de tóxicos en el entorno Situaciones de bullying o acoso Nivel sociocultural del colegio/instituto
--------------	--

Como se ha mencionado anteriormente, los profesionales expresan que no hay perfiles específicos de las familias, pero observando a las mismas, el equipo refiere que poseen características en común cuando la evolución del tratamiento es positivo o finalmente es negativo, estas son:

Tabla 16.

*Características de las familias que modulan una evolución tórpida y una evolución positiva del tratamiento en menores*

Pregunta: <i>¿Existe un perfil específico de familias?</i>
No
Variables
Características de riesgo comunes entre las familias
Situación de desempleo crónico
Dinámicas familiares disfuncionales
Situación socioeconómica muy desfavorable
Situación de violencia de género
Historias de maltrato generacional
Maltrato prolongado en el tiempo
Patologías de salud mental en los padres
Ejercen límites inadecuados

Características protectoras comunes entre las familias
Ejercen límites adecuados
Juegos de intercambio con sus hijos
Capacidad para empatizar
Habilidades comunicativas
Ingresos económicos favorables

Tabla 17.

<i>Metodología del Trabajo en Equipo</i>
<p>“Cuando llega una interconsulta a la unidad, la metodología es la siguiente... Nosotros tenemos reuniones de equipo todos los jueves a primera hora, ahí valoramos la prioridad de las citas y se reparten por cada profesional según patologías. Tras una cita con los profesionales, me pasan el caso si es necesario (casi siempre lo hacen) y desde TSS se lleva a cabo una entrevista donde se recogen datos sociodemográficos, de dinámicas familiares, acerca de las normas y límites en el hogar, la presencia de afectividad, se realiza el diagnóstico, se le dan pautas de manejo y educativas y se elabora el plan de intervención orientando a las familias... si es necesario porque se han detectado factores de riesgo, emito un informe a el equipo de riesgo de los servicios sociales municipales, si no es así, gestiono y oriento en la tramitación de recursos, me coordino con más servicios y/o derivo a otros dispositivos... luego llevo a cabo un seguimiento del caso y me coordino de manera continua con otros servicios que también estén llevando el caso, además de mantenerme en contacto por teléfono con las familias...”</p>

En torno a las necesidades de este tipo de casos, los profesionales han valorado diferentes maneras de cubrirlas. A tal efecto, concluyen que los servicios más necesarios para que el pronóstico del tratamiento en menores, de la patología que sea, resulte positivo son:



Tabla 18.

*Necesidades específicas que cubrir por el contexto social que ayudarían en su evolución según la valoración de los profesionales*

Propuesta de recursos, servicios y/o programas
Aumento de recursos en atención temprana
Recursos dirigidos a los primeros años de vida
Grupos de apoyo
Programas de parentalidad positiva
Mejores condiciones laborales que permitan una adecuada conciliación familiar
Más prestaciones económicas
Equipo de atención comunitaria propio (atención a domicilio)

## 5. DISCUSIÓN

Tras la realización de los resultados y la construcción lógica de la teoría abordada en el marco, en este apartado, se analizarán las similitudes y diferencias entre ambos.

Primero, destacar que según Idareta (2018), la profesión de trabajo social es fundamental y referente en la parte social en lo que se refiere al concepto de salud, ya que esta aborda la salud mental integrando dentro de la intervención a las familias y las relaciones sociales.

Aludiendo a las funciones del trabajo social en salud mental, descritas por el grupo de salud mental (2016), encontramos similitudes en relación a las que nos cuenta el trabajador social durante la entrevista y además, ambos destacan que aunque existan unas funciones en concreto, siempre variará en base a las necesidades que surjan en el día a día.

A pesar de tener unas funciones definidas dentro de este ámbito, los/as trabajadores/as sociales se encuentran con muchas limitaciones en su ejercicio profesional dentro del campo sanitario, debido a la visión restrictiva de sanidad sobre lo que es o no sanitario. Así como el propio reconocimiento del Trabajo Social como profesión sanitaria, que sigue sin efectuarse.

Esto podría contribuir a que, al no estar dentro de las estructuras de salud, se produzca una subvaloración de esta labor. Puesto que en la propia jerarquía de las relaciones entre el resto de los/as profesionales del equipo podrían no ser horizontales y originarse ponderaciones distintas en lo que se refiere al ejercicio de la autoridad.

Además, en los resultados detallados, se puede comprobar la tendencia de los profesionales a hablar principalmente de aspectos clínicos sobre las patologías a pesar de estar preguntando por aspectos que corresponden a una perspectiva social. Por lo tanto, también existe una manera distinta de contemplar la salud. Ya que a pesar de la importancia que tiene contemplar a él/la paciente desde una visión biopsicosocial sigue existiendo la inclinación de tener en cuenta la salud y a el/la paciente desde aspectos únicamente biológicos.

Por otro lado, según Idareta (2018) y también, los resultados obtenidos en las entrevistas de la valoración de los profesionales, se podría decir que se ha comprobado que a pesar de no existir

un perfil específico de familias, las relaciones sociales, dinámicas familiares y entorno influyen indudablemente en el inicio de patologías de salud mental.

Puesto que como expresa Hernández (2014) y los y las entrevistados/as, existen características familiares que podrían actuar como factores de riesgo y transmisores socioculturales de problemáticas mentales. Por ejemplo, cuando se da una evolución negativa, la persona suele encontrarse en entornos donde hay presencia de consumo de tóxicos, existen estilos de apego inadecuados, progenitores con antecedentes de salud mental, ambientes con grandes cargas emocionales y escasas habilidades para gestionar las mismas.

Lo mismo pasa con los factores protectores, a pesar de no existir un perfil específico de familias, las características más comunes según Figueroa (2020) y la perspectiva de los y las profesionales de la unidad de salud mental del Hospital Universitario de Canarias, son familias que establecen normas y límites claras y estables, que disponen de mayores habilidades emocionales, lo que les permite comprender mejor el diagnóstico sea el que sea y también sus síntomas.

Por lo que se ha podido evidenciar que la familia tiene un papel importante en los procesos de salud - enfermedad, ya que como mencionan Sanz et. al (2014) lo que se vive dentro del contexto familiar, influye en el desarrollo de nuestra propia identidad, por lo que si se dan situaciones estresantes, podrían iniciar problemáticas patológicas importantes.

Por otro lado, las patologías con peor pronóstico expresadas por el trabajador social son los trastornos de conducta y las ligadas a orígenes en problemáticas familiares, de hecho, estos trastornos, expresan los/las profesiones y Sanz et. al (2014) que los niños y las niñas lo manifiestan de manera diferente. Los niños suelen adoptar una conducta donde externalizan más la problemática, mientras que las niñas presentan una sintomatología de carácter interno, donde están presentes principalmente la ansiedad y la depresión. Además, estos síntomas suelen trasladarse al resto de ámbitos, como la escuela y también en las relaciones sociales.

Destacar que han sido más las semejanzas encontradas en la relación teoría - resultados que incongruencias.

También, remarcar que el modelo biopsicosocial, es el aplicado en teoría respecto al resto por integrar según Idareta (2018), aspectos psicológicos, biológicos y sociales, ya que permite mejor comprensión psicosocial de los trastornos, problemas y/o patologías.

## 6. CONCLUSIONES

Tras el análisis de los resultados obtenidos, podríamos concluir que los factores que modulan la evolución del tratamiento en menores, así como, la eficacia, efectividad y eficiencia de las intervenciones, pueden ser; sociales, contextuales, ambientales y/o familiares, pero principalmente estos últimos.

Por ello, se podría decir que la familia incide como actor principal en la evolución tanto si es positiva como negativa. Debido a que toda situación que conlleva estrés y trauma dentro del hogar desencadena un papel importante en la posibilidad de sufrir trastornos o empeorarlos. Así como, pertenecer a familias donde el ambiente familiar, las dinámicas y los estilos educativos sean sanos y seguros, favorece la evolución generando que los/as niños/as se sientan comprendidos y apoyados en el proceso de enfermedad. Además se ha comprobado que, las creencias, costumbres y falta de educación son determinantes a la hora de cumplir el tratamiento farmacológico.

Tras el covid, consta que los problemas de salud mental se han agudizado, sobre todo los problemas de tipología familiar.

A pesar de que el enfoque biopsicosocial sea el que prevalece en la intervención desde la unidad, se ha observado que el tratamiento psicológico y psiquiátrico, permanece centrado en la medicación y alivio de los síntomas, evolución o remisión de los mismos, pero existen ciertas carencias enfocadas a prestar apoyo psicoterapéutico a las familias y los/as pacientes, funciones que si ejerce con más frecuencia el Trabajador social, que además tiene una mayor coordinación con recursos sociales relacionados con la problemática familiar asociada.

En consecuencia, los/as profesionales observan la necesidad de fomentar roles parentales sanos y estables en el tiempo, ya que el acompañamiento familiar y del resto de redes de apoyo del entorno, si las hubiese, es clave en la recuperación. Para ello, y en relación con la teoría revisada y la valoración profesional de los/las participantes se plantea que la mejor manera de trabajar estos aspectos y favorecer el pronóstico de todos los casos de menores que se hallen inmersos en procesos de enfermedades mentales, sean cuales sean, conllevaría un aumento de recursos en atención temprana con la finalidad de prevenir la aparición de sintomatología más severa y actuar en los primeros años de vida. Así como, la creación de grupos de apoyo donde los progenitores puedan exponer sus inquietudes con otras familias en la misma situación a la

misma vez que se sientan comprendidos y ayudados. También, se aborda la necesidad de exigir mejores condiciones laborales que permitan estar a los progenitores dentro del hogar e implicarse de la manera que la situación siempre requiere. Además de mejores prestaciones económicas que litiguen las necesidades que presentan muchas familias de los pacientes del Hospital Universitario de Canarias y que suponen un estrés parental importante dentro del seno familiar.

Por último, dentro de esta serie de propuestas, lo más destacable es la coincidencia entre algunos de los/as profesionales en crear un equipo de atención comunitaria propio, de atención a domicilio, ya que como en muchas ocasiones el trastorno está determinado por el contexto, se considera necesario trasladarse al hogar ya que se plantea como fundamental la interacción entre ambos ejes, en el que circula el/la paciente y su familia, en función de las necesidades que presenten en cada periodo evolutivo, para una adecuada cobertura asistencial donde prime de verdad la calidad de la atención.

Este equipo sería de carácter multiprofesional e interdisciplinar, para poder dar respuesta a la complejidad biopsicosocial que hemos mencionado con anterioridad que se encuentra inmerso los/as pacientes.

Finalmente, se concluye que la información recogida para la elaboración de este trabajo ha permitido identificar claramente como el curso que siga cada proceso y los factores que modulan el mismo condicionan la gravedad y la evolución hacia la cronicidad, que también dependerá de la atención que se haya recibido, así como la coherencia entre el procedimiento terapéutico y la continuidad de este.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abello, M. (2017). *Lo psicosocial en relación al Trabajo Social*. Universidad de Antioquía. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas.

<https://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/f702ad51-ab66-4878-bbae-6dfa2e1d8a97/Ponencia+Maryory.pdf?MOD=AJPERES>

Álvarez, A. S.; Pagani, M. y Meucci, P. (2012). The clinical application of the biopsychosocial model in mental health: A research critique. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(13, sup. 1), S173-S180. doi: 10.1097/PHM.0b013e31823d54be.

Anduaga, C. J. J. (1994). *La depresión en el adulto como factor de riesgo en la salud mental de los niños*. Dialnet.<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5766352>

Bella, E. M., Fernández, A. Ruth y Willington, M. J (2010). *Identificación de factores de riesgo en intentos de suicidio en niños y adolescentes*. Artículos originales.

Carrazana, V. (2003). *El concepto de salud mental en psicología humanista - existencial*. Universidad Católica Boliviana.

Figuroa, A. y Díez, A. (5 de junio de 2020). *Tema 2. Factores de riesgo de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes*. I Curso de psiquiatría del niño y del adolescente para pediatras. <https://www.cursopsiquiatriasema.com/tema-2-factores-de-riesgo-de-trastornos-psiquiatricos-en-ninos-y-adolescentes>

Garcés Trullenque, E. M. (2010). *El Trabajo Social en salud mental*. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.

Gobierno de Canarias (18 de junio de 2019). *Plan de salud mental de Canarias 2019-2023*. Sanidad.

- Gobierno de Canarias. (2009). *Programa de Atención a la salud mental Infanto Juvenil*. Sanidad.
- Grupo de Salud Mental. (2016). *Funciones del trabajador social en el campo de la salud mental*. Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Social de Catalunya.
- Hernández Martín, B. (2014). *El trabajo social en la intervención psicosocial con personas con trastorno mental severo: una reflexión sobre el papel de las familias*. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4703400>
- Idareta Goldaracena, F (2018). *Trabajo social psiquiátrico*. Reivindicación ética de la dimensión social en la salud mental. Valencia. Nau LLibres, pa,50-51.
- Jaén, H. S. (2016). *Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud*. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2016000200006](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006)
- Organización Mundial de la Salud. (1946). *Concepto de salud*.
- Pérez Álvarez, M; Fonseca Pedreo, E (2021), capítulo 25. *Para repensar los problemas psicológicos de la infancia y la adolescencia: hacia un enfoque contextual*. En Fonseca
- Pedreo, E (2021) (Coord). *Manual de tratamientos psicológicos: infancia y adolescencia*. Madrid. Pirámide. Paginas. 830-832
- Planas, N. (4 de septiembre de 2020). *Características familiares y factores de riesgo en niños y adolescentes con trastornos de salud mental*. Fundación Orienta. <https://www.fundacioorienta.com/es/caracteristicas-familiares-y-factores-de-riesgo-en-ninos-y-adolescentes-con-trastornos-de-salud-mental/>
- S.f. (2008). *Antecedentes históricos del trabajo social psiquiátrico*.



Salud mental. (s.f). *¿Qué es la salud mental?*. Medlineplus. España.

<https://medlineplus.gov/spanish/mentalhealth.html>

Sanz, J. L., Burguillo, F., Escudero, C., De la Vega Fernández, S., Jiménez, M. (2014).

*Características familiares y factores de riesgo en niños y adolescentes con trastorno de salud mental.*

## **ANEXOS**

A continuación, se encuentran los modelos de entrevista sin categorizar por bloques o temática y diferenciadas de cada profesión:

### **FACTORES SOCIALES QUE MODULAN LA EVOLUCIÓN TÓRPIDA/POSITIVA EN EL TRATAMIENTO CON MENORES POR LOS/AS PROFESIONALES DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS.**

#### **Anexo 1: ENTREVISTA CON EL TRABAJADOR SOCIAL:**

La presente entrevista forma parte de un trabajo de investigación aplicada de la asignatura de Trabajo de Fin de Grado del Grado en Trabajo Social de La Universidad de La Laguna.

El objetivo de este estudio es conocer cuál es la valoración percibida por parte de los profesionales que pertenecen a la Unidad de Salud Mental Infanto - Juvenil del Hospital Universitario sobre los factores que intervienen, cuando se produce una evolución tórpida en el proceso de salud - enfermedad de un menor.

Su participación es voluntaria y puede interrumpirla en cualquier momento.

Participar implica que: Otorga su consentimiento voluntariamente y sabe que puede dejar el estudio en cualquier momento.

- 1. ¿Cuáles son sus funciones generales en el ámbito de salud mental como Trabajador Social? ¿Y las específicas?**
- 2. ¿Qué tipo de perfil demanda tu intervención? ¿Podrías darme algún dato aproximado sobre las patologías que más demandan tu atención?**
- 3. A su vez, ¿existe un perfil específico de las familias según tu visión? Si es así, ¿Cuáles?**
- 4. ¿Has observado diferencias entre el perfil de las familias según geolocalización? ¿Tienes datos de que localidades y barrios provienen las familias con las que intervienes? ¿Observas diferencias de cara al apoyo en el tratamiento de sus hijos/as?**

5. **¿Existen diferencias entre el HUC y el CAE de La Orotava? ¿Cuál es el perfil de las familias allí? ¿De que barrios provienen las familias del Área Norte? ¿Qué patologías son más predominantes en tu intervención en CAE de La Orotava (datos)?**
6. **¿Qué tipo de problemática en los menores, suele estar relacionado con una futura evolución tórpida de estos? ¿Qué factores crees que influyen? (Sociales, culturales, contextuales, familiares... es decir, los factores con los que se encuentre en interacción constante con el entorno en el cuál está inmerso)**
7. **¿Existe o has identificado algún factor relacionado con el maltrato farmacológico? (Uso inapropiado de fármacos, supra o infra medicación...)**
8. **¿Has podido identificar algún factor protector? ¿Qué características presentan las familias que tienen factores de protección que facilitan la evolución del/la menor?**
9. **¿De qué manera trabajas en estos casos con el resto de equipo de trabajo de la Unidad de Salud Mental? (Técnicas de intervención directas o indirectas, instrumentos, escalas, fichas, apoyo emocional, consejo, orientación, contención, refuerzo de pautas educativas, prevención de riesgos....., coordinación con recursos externos debido a los casos...)**
10. **¿Qué metodologías llevas a cabo en ese tipo de intervenciones?**
11. **¿Con que tipo de servicios te coordinas con más frecuencia y por qué? ¿Y qué criterios tienes en cuenta antes de coordinarse o hacer derivaciones?**
12. **¿Qué se hace cuando una familia recae (es decir, hay una mala evolución del caso o la evolución es tórpida) o abandona?**

Anexo 2: **ENTREVISTA CON LA PSICÓLOGA:**

1. **Problemas (patologías/trastornos), más comunes en su consulta. Antes, durante y actualmente (de la pandemia covid 19), desde la Unidad.**
2. **Factores sociales, ambientales, recursos, apoyos (externos) que modulan la evolución tórpida /positiva en el proceso de intervención con las familias atendidas y sus hijos/as desde la Unidad y que afectan en los/as menores y familias en su desarrollo educativo, personal, relacional, integración, etc.**
3. **Características de las familias y menores que modulan positivamente la evolución y resultados del tratamiento.**

4. Necesidades específicas que cubrir por el contexto social que ayudarían en su evolución. ¿Qué recursos, ayudas, apoyos, servicios, programas, etc, creen serían necesarios?

Anexo 3: **ENTREVISTA CON EL ENFERMERO:**

1. Problemas (patologías/trastornos), más comunes en su consulta. Antes, durante y actualmente (de la pandemia covid 19), desde la Unidad
2. Factores sociales, ambientales, recursos, apoyos (externos) que afectan en los/as menores y familias en su desarrollo educativo, personal, relacional, integración, etc.
3. Factores del tratamiento psiquiátrico que modulan la evolución tórpida /positiva en el proceso de intervención con las familias atendidas y sus hijos/as, desde la Unidad.
4. Necesidades específicas a cubrir por el contexto social que ayudarían en su evolución. ¿Qué recursos, ayudas, apoyos, servicios, programas, etc, creen que serían necesarios?
5. Características de las familias y menores que modulan positivamente la evolución y resultados del tratamiento.

**ENTREVISTA CON LA PSIQUIATRA:**

1. Problemas (patologías/trastornos), más comunes en su consulta. Antes, durante y actualmente (de la pandemia covid 19), desde la Unidad.
2. Factores del tratamiento psiquiátrico que modulan la evolución tórpida /positiva en el proceso de intervención con las familias atendidas y sus hijos/as, desde la Unidad.
3. Factores sociales, ambientales, recursos, apoyos (externos) que afectan en los/as menores y familias en su desarrollo educativo, personal, relacional, integración, etc.
4. Necesidades específicas a cubrir por el contexto social que ayudarían en su evolución. ¿Qué recursos, ayudas, apoyos, servicios, programas, etc, creen que serían necesarios?

**5. Características de las familias y menores que modulan positivamente la evolución y resultados del tratamiento.**