



Funded by
the European Union



unicef
for every child

Informe de evaluación: la situación actual en la atención a la salud mental de niños, niñas y adolescentes en el sistema de protección de la Junta de Andalucía



©inspiring.team/Shutterstock

Abril-Octubre 2025

Autoras: expertas del proyecto TSI de UNICEF
Joanna Rogers, Lucía Moreno Solís y Elayn Sammon

Instrumento
de apoyo técnico:
Prioridad al Bienestar y
Salud Mental de los Niños,
Niñas y Adolescentes del
sistema de protección a la
infancia y adolescencia
de Andalucía

Agradecimientos

Este proyecto está financiado por la Unión Europea a través del Instrumento de Apoyo Técnico. Su ejecución corre a cargo de la Oficina Regional de UNICEF para Europa y Asia Central, en colaboración con la Dirección General de Apoyo a las Reformas Estructurales (DG REFORM) de la Comisión Europea, la Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias (Anteriormente conocida como Consejería de Salud y Consumo) de la Junta de Andalucía y la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad de la Junta de Andalucía. Esta evaluación se ha realizado con el apoyo económico de la Unión Europea. Las opiniones expresadas en este documento no deben considerarse como la opinión oficial de la Unión Europea, de UNICEF ni de las autoridades regionales de Andalucía.

La evaluación no habría sido posible sin la participación activa de la Consejería de Salud y Consumo y la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad de la Junta de Andalucía. Se agradece en particular su ayuda a la hora de poner en contacto a los investigadores con informantes clave y con los participantes de los grupos de discusión.

Los equipos del Comité Español de UNICEF en Madrid y Sevilla también han ofrecido un apoyo y unos conocimientos inestimables, por los que los autores les están muy agradecidos.

Los investigadores que llevaron a cabo el trabajo de campo cualitativo y colaboraron en la recopilación de datos cuantitativos estuvieron coordinados por Lucía Moreno Solís, Paulina Chaves y Lola Valvellano. Muchas gracias también a los investigadores cualitativos por su diligente esfuerzo, así como por la calidad de los datos recopilados: Miguel Arriazu, María J. Jaén, Esperanza Leal, Alicia Pardo, Amalia Pérez y Silvia Navarro.

Este informe ha sido elaborado por Joanna Rogers, Lucia Moreno Solís y Elayn Sammon, expertas del proyecto TSI de UNICEF, con la colaboración de Stela Grigoras y Leah James, de UNICEF ECARO. Las autoras agradecen las importantes contribuciones al borrador final de Antonio Garrido Porras, María del Pilar Hidalgo Figueroa, Juan Carlos Maestro, Olalla García Pineda, Clara Tirado Pérez, Ramón Rodríguez Gómez, Antonio Molina Facio, Ángeles García Janeiro y otros/as compañeros/as de la Junta de Andalucía.

Muchas gracias también a Stela Grigoras, Ina Verzivolli, Martin Punaks y Leah James por revisar la metodología, los instrumentos de investigación y los primeros borradores del informe.

Descargo de responsabilidad: Las declaraciones contenidas en esta publicación son opiniones de las autoras y no reflejan necesariamente las políticas ni las opiniones de UNICEF, la Comisión Europea o la Junta de Andalucía.

Índice

Siglas 1

1	Resumen ejecutivo	2
2	Introducción y resumen de la evaluación	9
2.1	Antecedentes	9
2.2	Impacto, resultados y productos esperados	10
	Tabla 1: Impacto, resultados y productos del proyecto	11
2.3	Metodología de la evaluación	12
2.3.1	Métodos y fases	12
	Tabla 2: Métodos mixtos aplicados a la evaluación	13
2.3.2	Preguntas clave de la evaluación	13
	Tabla 3: Preguntas clave de la evaluación	14
2.4	Fuentes y restricciones de los datos	15
2.5	Aprobación ética	15
2.6	Estructura del informe	15
3	Marco jurídico, político e institucional	16
3.1	Disposiciones legales y de políticas	16
3.2	Instituciones y partes interesadas	17
	Tabla 4: Instituciones autonómicas y provinciales y partes interesadas	18
4	Evaluación de la demanda de servicios de salud mental	19
4.1	Niños, niñas y adolescentes en el sistema de protección	20
	Figura 6: Tasas por cada 100 mil niños/as y adolescentes de hasta 17 años en acogimiento familiar y residencial en las provincias y en Andalucía en 2023.	24
4.2	Patrones de uso de los servicios de salud mental	25
4.2.1	Número y porcentaje de derivaciones a USMC y USMIJ desde acogimiento residencial y programas de tratamiento familiar	26
	Tabla 5: Motivos de derivación a USMC, USMIJ o ambas	26
4.2.2	Niños, niñas y adolescentes con discapacidad	27
4.2.3	Niños, niñas y adolescentes migrantes no acompañados/as	28
4.2.4	Motivos de derivación y seguimiento	28
4.2.5	Patrones de uso de otros programas de intervención para niños, niñas y adolescentes con necesidades de apoyo en salud mental	29

5	Mapeo de la oferta de servicios de salud mental y apoyo psicosocial relevantes para niños, niñas y adolescentes del sistema de protección a la infancia	31
5.1	Servicios de apoyo psicosocial a niños, niñas y adolescentes del Sistema de protección	32
5.2	Estructura y capacidad de los servicios de salud mental	34
5.3	Oferta y demanda: resumen y análisis de los hallazgos	35
6	Perspectivas profesionales sobre el apoyo a la salud mental	37
6.1	Perspectivas de la demanda	37
6.1.1	Procesos de derivación	37
6.1.2	Acceso a los servicios y seguimiento	38
6.1.3	Limitaciones del sistema en materia de salud mental y protección	38
6.1.4	Necesidades de apoyo	39
Tabla 7.	Resumen de los aspectos clave de los procedimientos o protocolos intersectoriales de salud mental para niños y niñas en el sistema de protección en Andalucía	40
6.2	Perspectivas de la oferta	40
6.2.1	Estructura de los servicios y derivaciones	40
6.2.2	Desafíos en los criterios de derivación	41
6.2.3	Limitaciones de personal y recursos	41
6.2.4	Mejoras recomendadas	41
6.3	Prácticas prometedoras	42
6.3.1	Unidad de Pediatría Social (Almería)	42
6.3.2	Enfoques de divulgación	42
6.3.3	Coordinación interdisciplinar	42
7	Perspectivas de los niños y niñas, y de los jóvenes que salieron del sistema de acogida	43
7.1	Bienestar general y salud mental	43
Tabla 1.	¿Con qué frecuencia has sentido felicidad o entusiasmo por algo en los últimos meses?	44
Tabla 2.	¿Con qué frecuencia has sentido tristeza, malestar, enfado o ansiedad por algo en los últimos meses?	45
Tabla 3.	¿Cómo has dormido en los últimos meses?	45
7.2	Factores que afectan a la salud mental y al bienestar	46
Tabla 4.	¿Qué te ha hecho sentir felicidad y seguridad en los últimos meses?	47

7.3	Acceso al apoyo a la salud mental	47
7.3.1	Tener a alguien con quien hablar	47
Tabla 5.	¿Tienes a alguien con quien hablar cuando sientes tristeza, molestia, enfado o ansiedad? (Todos los niños/as, en condición de niños/as no acompañados y sin ella)	47
7.3.2	Fuentes de apoyo	48
Tabla 6.	¿Con quién hablas cuando sientes tristeza, molestia, enfado o ansiedad?	48
Tabla 7.	Respuestas a «¿Con quién hablas?» categorizadas por condición de chicos y chicas no acompañados/as (76 niños, niñas y adolescentes no acompañados/as y 81 acompañados/as), con recuentos y porcentajes para cada respuesta	49
7.4	Deseo de apoyo a la salud mental	50
7.5	Recepción de servicios de apoyo en materia de salud mental	50
Tabla 8a.	Servicios de apoyo a la salud mental recibidos, categorizados por género y condición de niños/as no acompañados, con recuentos para cada respuesta	50
Tabla 8b.	Porcentaje de niños/as que respondieron «sí», «no» o «no sé» sobre la recepción de servicios de apoyo a la salud mental, desglosado por población total y por género (niños, niñas) y condición de no acompañados	51
7.6	Tipos de apoyo recibido	51
Tabla 9.	Número de respuestas para cada tipo de apoyo seleccionado por 86 niños/as y adolescentes (que podían elegir más de un tipo)	52
7.7	Barreras para acceder al apoyo	52
Tabla 10.	Motivos para no acceder al apoyo a la salud mental, según lo declarado por 106 niños/as y adolescentes que podían seleccionar múltiples opciones, con recuento para cada motivo	53
7.8	Reflexiones de los/as jóvenes que salieron del sistema de acogida	53
Tabla 11.	Frecuencia con la que sienten felicidad y seguridad en el sistema de atención, categorizada por género y condición de niños/as no acompañados	53
7.9	Recomendaciones de niños, niñas y adolescentes	54
Tabla 12.	Sugerencias de los niños, niñas y adolescentes para mejorar el apoyo a la salud mental y apoyo psicosocial en el sistema de acogida y protección	55
7.10	Análisis resumido de las perspectivas de los niños y niñas y de los jóvenes que salieron del sistema de acogida	55
8	Análisis y recomendaciones	57
8.1	Análisis final	57
8.2	Recomendaciones	58

Acronyms

Sigla	Significado
CAP	Comité Asesor del Proyecto
CDN	Convención sobre los Derechos del Niño
CDPD	Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
ETIC	Equipo de Tratamiento Intensivo Comunitario
IAT	Instrumento de Apoyo Técnico
M-CHAT	Lista de verificación para el autismo en niños pequeños modificada
PPVI	Programas de preparación para la vida independiente
PTF	Programa de tratamiento familiar
PVS	Programa de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento a menores víctimas de violencia sexual
SAAF	Servicios de Apoyo al Acogimiento Familiar
SAS	Servicio Andaluz de Salud
SIMIA	Procedimiento de actuación ante situaciones de riesgo y desamparo de la infancia y adolescencia
SIP	Servicio de intervención psicoterapéutica
SPA	Servicio post adopción
TDHA	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
TEA	Trastorno del espectro autista
UE	Unión Europea
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USMC	Unidades de Salud Mental Comunitaria
USMIJ	Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil

1 Resumen ejecutivo

Informe de evaluación: la situación actual de la atención a la salud mental de los niños, niñas y adolescentes en el sistema de protección de la Junta de Andalucía

Descripción general de la evaluación

El proyecto del Instrumento de Apoyo Técnico (TSI) «*Abordaje de las necesidades de salud mental y bienestar emocional de niños, niñas y adolescentes en el sistema de atención y protección en Andalucía (España)*» forma parte de un proyecto multinacional de apoyo técnico cuyo objetivo es mejorar la prestación de servicios de salud mental y bienestar emocional de niños, niñas y adolescentes que se lleva a cabo en España (concretamente en Andalucía), Chipre, Italia y Eslovenia.

El proyecto se ajusta al enfoque integral sobre la salud mental de la Comisión Europea, a través de su iniciativa emblemática directa TSI 2023 Proyecto Emblemático de Apoyo Técnico «Youth First».¹

El objetivo principal de la evaluación es describir *la situación actual de la atención a la salud mental de niños, niñas y adolescentes en el sistema de atención y protección de la Junta de Andalucía. De este modo, se proporcionarán a la Consejería de Salud y Consumo y a la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad recomendaciones para mejorar el bienestar y la salud mental de niños, niñas y adolescentes en el sistema de atención y protección.*

La evaluación utilizó métodos mixtos para realizar un análisis de la oferta y la demanda. Los métodos

incluyeron:

- una revisión documental de los informes de investigación, las políticas y la legislación pertinentes;
- datos cualitativos recopilados a través de entrevistas con informantes clave y grupos de discusión con la participación de 218 profesionales de la protección y la salud infantil en cuatro provincias: Sevilla, Huelva, Málaga y Almería;
- encuestas cuantitativas a los proveedores de servicios del sistema de protección: 27 servicios² presentaron datos sobre 497 niños, niñas y adolescentes;
- encuestas en línea: 208 adolescentes en el sistema de atención y protección de entre 14 y 17 años y 87 jóvenes que salieron del sistema de acogida completaron un cuestionario que permitía realizar un análisis cuantitativo;
- un mapeo de la estructura institucional y de los servicios, incluidos los mecanismos y herramientas de coordinación, colaboración y comunicación existentes.

1 IAT 2023 Proyecto Emblemático de Apoyo Técnico «Youth First» <https://reform-support.ec.europa.eu/system/files/2022-05/2023%20Flagships%20Technical%20Support%20projects%20-%20youth.pdf>

2 Principalmente centros residenciales y equipos de programas de tratamiento a familias

Niños y niñas en el sistema de protección en Andalucía

- El número de niños y niñas con medidas de protección aumentó ligeramente, hasta los 5091, en 2023. Si se incluyen los Equipos de Tratamiento Familiar (ETF), el 10 000 niños y niñas, o el 1 % de todos los niños/as de Andalucía, están en el sistema de protección.³
- Desde 2018, se ha producido una disminución sostenida del número de niños/as y adolescentes en régimen de acogimiento familiar o residencial. Sin embargo, debido a la disminución de la población infantil en Andalucía, la tasa de niños/as en acogimiento residencial o familiar ha aumentado ligeramente.
- Alrededor del 0,32 % de los niños/as se encontraban en régimen de acogimiento familiar o residencial en Andalucía en 2023, lo que está por debajo de la media nacional de España del 0,5 % (en 2018).
- Los niños y las niñas están presentes en números prácticamente iguales en el acogimiento familiar y en los ETF. Sin embargo, hay casi el doble de niños que de niñas en acogimiento residencial. Esto se debe al número de niños no acompañados con condición de migrantes que entran en el sistema.

Principales hallazgos

El marco jurídico, político e institucional es sólido, pero es necesario reforzar la atención a la intersección entre la protección de la infancia y la salud mental

En particular, políticas relevantes como el Plan Integral de Salud Mental en Andalucía 2016-2020, actualmente en revisión pero aún vigente, y protocolos y herramientas como el Protocolo de Atención a Personas con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)⁴ y el procedimiento de actuación ante situaciones de riesgo y desamparo de la infancia y adolescencia (el «procedimiento SIMIA») no abordan explícitamente las necesidades de apoyo a la salud mental de los niños/as en el sistema de protección. El protocolo para la prevención del suicidio subraya las vulnerabilidades adicionales de los niños/as de esta población.

La demanda de servicios de salud mental es mayor entre los niños/as en el sistema de protección (21 a 31 %) que en la población infantil general (6,3 %) y las derivaciones están mejor fundamentadas (el 72 % están confirmadas)

En general, los datos de los servicios de atención primaria, los servicios de salud mental y los niños/as en el sistema de acogida y protección hacen que sea difícil determinar los niveles reales de demanda y la oferta de servicios necesaria. Sin embargo, la encuesta a los proveedores de servicios y el análisis de los datos administrativos del Servicio Andaluz de Salud (SAS) proporcionaron datos razonablemente sólidos que ofrecen una base válida para extraer conclusiones.

La demanda registrada de servicios de salud mental es significativamente mayor entre los menores en el sistema de acogida y protección en comparación con la población infantil en general. Se ha informado de que entre el 22 y el 23 % de los niños/as en acogimiento residencial y ETF son derivados a Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) y a Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ). Alrededor del 22 % de los niños/as que completaron la encuesta en línea informaron, asimismo, de que habían recibido el apoyo de un/a profesional de la salud mental, aunque pueden estar refiriéndose a los/as psicólogos/as de centros residenciales o

3 Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía. 2024. Maltrato y Protección. Informe OIA-A2024. Estado de la Infancia y Adolescencia en Andalucía. Cuaderno No.3. Granada.

4 Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a condition that affects people's behaviour. People with ADHD can seem restless, may have trouble concentrating and may act on impulse.

servicios de intervención psicoterapéutica. La tasa es aún mayor entre los niños/as en ETF: un 31 %. Esto representa de tres a cuatro veces más que el uso de los servicios de salud mental por parte de la población infantil en general (6,3 %). Si estas estimaciones se aplican a los 90 000 usuarios individuales de servicios de salud mental infantil y juvenil de Andalucía, se estima que el 4 % son niños/as en el sistema de acogida y protección.

La demanda de servicios de USMC ha aumentado considerablemente entre los niños/as de hasta 17 años en Andalucía. En 2023, los servicios de USMC atendían a 64 603 menores (el 4,19 % de la población infantil), lo que supone 20 mil menores de 18 años más que en 2018, cuando atendían a 45 mil niños/as (un aumento del 43,6 %). El uso de los servicios de salud mental entre la población infantil en su conjunto es mayor en Cádiz, Huelva y Sevilla y menor en Jaén, Almería y Granada. Tales variaciones reflejan posiblemente diferencias en la capacidad de los servicios y no tanto en los niveles de demanda. Dos tercios de los usuarios de los servicios son niños y un tercio son niñas.

Los problemas de salud mental más frecuentes entre los menores de 18 años en Andalucía son los trastornos de ansiedad, los trastornos del espectro autista, los trastornos de la adolescencia temprana (trastornos de conducta) y otros trastornos del desarrollo (principalmente el TDAH). Todos ellos aumentaron su prevalencia entre 2019 y 2023, excepto los trastornos de ansiedad, que disminuyeron en 2023. El resto de los diagnósticos, como los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos del estado de ánimo, la dependencia del alcohol, el tabaco u otras sustancias y otros trastornos funcionales, tienen una prevalencia menor y han tendido a mantenerse en los mismos niveles o a disminuir ligeramente en el periodo de 2019 a 2023.

Los problemas de conducta son, además, el principal motivo de las derivaciones a los servicios de salud mental desde el sistema protección. Alrededor del 57 % de todas las derivaciones fueron notificadas por los proveedores de servicios como relacionadas con la evaluación y el tratamiento de problemas de conducta, TDAH o trastorno del espectro autista (TEA).

La mayoría de las derivaciones de las que se informó

(alrededor del 72 %) dieron lugar a algún tipo de tratamiento, lo que sugiere que las derivaciones desde el sistema de protección están generalmente bien fundadas y adecuadas.⁵

Algunos niños y niñas en el sistema de protección parecen acceder a los servicios de salud mental en tasas más altas que el resto de sus compañeros/as

Entre los datos de 497 niños, niñas y adolescentes, se constató que el 59 % de los niños/as con discapacidad habían sido derivados a servicios de salud mental (en comparación con el 22 % de todos los niños/as de la muestra).

Las niñas que participaron en la encuesta en línea declararon tasas más altas de uso de servicios de salud mental (76 %) en comparación con los niños (31 %).

Sin embargo, se ha notificado de que los niños/as migrantes no acompañados acceden a los servicios con una tasa similar a la de la población infantil en general (aproximadamente el 6 %), una cifra significativamente más baja que la de otros niños/as en el sistema de protección, lo que puede indicar barreras de acceso.

Algunos niños y niñas pueden estar recibiendo apoyo para la salud mental y bienestar emocional de varios/as profesionales en paralelo

Además de las derivaciones a USMC y USMIJ, se informa de que el 3,6 % de los niños, niñas y adolescentes utilizan otros servicios especializados de apoyo en salud mental o servicios de intervención psicosocial incluyendo el servicio de detección e intervención temprana en la psicosis o los servicios de intervención psicoterapéutica (SIP) y el servicio de respuesta a la violencia sexual (PVS), de la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad.

Algunos niños/as pueden estar recibiendo apoyo para la salud mental y psicosocial de varios/as profesionales diferentes dentro de los sistemas de salud, educación y protección de la infancia al mismo tiempo, con poca coordinación estandarizada entre ellos. Esto puede crear una experiencia abrumadora para niños, niñas y adolescentes a la vez que generar ineficiencias en la provisión de servicios.

5 Los expertos informan de que la tasa de derivaciones confirmadas entre la población infantil en general es del 52 % (taller del proyecto, mayo de 2025).

La oferta de servicios de salud mental específicos para niños, niñas y adolescentes se enfrenta a una grave escasez de personal ante la creciente demanda

Los servicios de salud mental de Andalucía están organizados por hospitales en cada provincia que supervisa los servicios para niños, niñas y adolescentes prestados tanto en las USMC como en las USMIJs. La capacidad de los servicios varía de una provincia a otra y, según una encuesta de 2023 del Servicio Andaluz de Salud,⁶ resulta difícil definir claramente el personal de salud mental dedicado exclusivamente a niños, niñas y adolescentes, ya que muchos/as profesionales trabajan con todos los grupos de edad y no todos los servicios cumplen los estándares mínimos de personal, instalaciones y capacidad. Se estiman 19 psicólogos/as clínicos/as y cinco enfermeros/as especializados/as dedicados/as exclusivamente a niños, niñas y adolescentes trabajan en las USMC de Andalucía. El resto del personal, incluidos/as ocho psiquiatras, trabaja con niños, niñas y adolescentes, pero también puede atender a otros pacientes. La capacidad de los hospitales de día en las USMIJ es de 170 plazas. La disponibilidad de estancias hospitalarias cortas dedicadas exclusivamente a niños, niñas y adolescentes es limitada – Dos provincias con unidades de hospitalización psiquiátrica para niños y niñas de 0 a 17 años y tres con unidades de hospitalización de corta estancia para adolescentes de 14 a 18 años⁷

La oferta de servicios de intervención psicoterapéutica (SIP) específicos para niños, niñas y adolescentes en el sistema de protección tiene una capacidad limitada y solo atiende al 10,8 % de los niños/as con una medida de protección

El SIP está organizado por el sistema de protección y se dirige a niños, niñas y adolescentes que se encuentran en acogimiento residencial, acogimiento familiar en familia ajena y en familia extensa, y en programas de preparación para la vida independiente, o que han pasado por ellos. En 2023, el SIP atendió a 530 niños/as, es decir, al 10,8 % de los niños/as en acogimiento residencial y al 7,2 % en acogida familiar de toda Andalucía. Los patrones de uso varían considerablemente de una provincia a otra, sobre todo en el caso de los niños y niñas en acogimiento residencial. En Córdoba, más de una cuarta parte de todos los niños/as en acogimiento residencial utilizaron el servicio en 2023, más del doble de la tasa general de Andalucía. Estos hallazgos confirman las investigaciones que sugieren que los niños/as en acogimiento residencial tienen mayores necesidades de apoyo en materia de salud mental y bienestar psicosocial que los que están en acogida familiar. También podría indicar que los niños/as en acogida familiar acceden a servicios privados de salud mental con más frecuencia.

Diecisiete profesionales de psicología trabajan en los servicios psicoterapéuticos para niños/as del sistema de protección: tres en cada una de las provincias más pobladas (Cádiz, Málaga y Sevilla) y 1,5 o 2 en las provincias más pequeñas.

Conclusiones y recomendaciones

Falta coordinación entre salud mental, atención primaria y el sistema de protección, lo que limita la eficacia de los servicios y el acceso al apoyo y el seguimiento necesarios

El sistema actual adolece de múltiples problemas interconectados que comprometen la prestación eficaz de los servicios. Tanto los servicios de salud mental como los de acogida y protección para la

infancia se ven desbordados por el aumento de la demanda, lo que genera periodos de espera y vacíos entre las citas, algo que frustra a los/as profesionales de ambos sectores en cuanto a la accesibilidad de los servicios y las barreras de coordinación.

El proceso de derivación es complejo, ya que los/as profesionales de la atención primaria y de la protección carecen de criterios estandarizados y de

6 Servicio Andaluz de Salud, SAS (2023) Informe Global / 24.4.23: Cuestionarios sobre salud mental infantil y adolescente UGC/USMIJ/USMC 2022-3. No publicado.

7 Esta era la situación en el momento de redactar el presente documento, en octubre de 2025

herramientas de evaluación para las derivaciones a servicios de salud mental. Se basan en la intuición o la observación clínica más que en protocolos de evaluación y detección sistemáticos. Algunos niños, niñas y adolescentes se enfrentan a barreras adicionales: los niños/as y adolescentes más mayores no acompañados/as suelen ser objeto de intervenciones cuando ya se han producido crisis, en lugar de recibir atención preventiva, mientras que los niños/as con discapacidad están representados en mayor medida entre los mencionados como derivados a servicios de salud mental.

La fragmentación de los servicios implica que los niños, niñas y adolescentes suelen recibir tratamiento de varios/as profesionales de la salud mental en diferentes sistemas con una coordinación mínima entre ellos, lo que genera importantes ineficiencias en la prestación de servicios.

Los recursos del sistema de protección podrían utilizarse de forma más eficaz para prestar apoyo a la salud mental y el bienestar de los niños y niñas, las familias y los/as cuidadores/as

A pesar de la presencia de psicólogos/as en el sistema de protección de la infancia, su eficacia se ve gravemente limitada por la ausencia de una definición clara de sus funciones y los retos para asegurar la presencia consistente a causa de los sistemas de turnos. Además, el personal residencial sufre agotamiento y una alta rotación debido a las difíciles condiciones de trabajo, lo que puede contribuir a la mala calidad de los entornos de acogida y agravar las dificultades de salud mental y

bienestar emocional de los niños, niñas y adolescentes

La calidad de la atención se ve aún más comprometida por los enfoques no estandarizados relatados en cuanto a la forma de inculcar disciplina a los niños/as y adolescentes y la comunicación entre el personal y los residentes en los centros. La excesiva dependencia del sistema de acogida residencial puede resultar inadecuada para las necesidades específicas de muchos niños/as y adolescentes, especialmente las de los/as más pequeños/as.

Algunos os/as cuidadores/as de acogida, un recurso crucial en el sistema de protección de la infancia, expresan que reciben un apoyo inadecuado, lo que representa riesgos sustanciales para la capacidad del sistema de proporcionar una atención estable basada en la familia.

Los niños, niñas y adolescentes que han estado en el sistema de protección que completaron la encuesta en línea informan de la necesidad de mejorar los estándares de acogida, al tiempo que destacan la importancia para su salud mental y su bienestar de las relaciones con los/as cuidadores/as, los/as amigos/as y la familia, así como del apoyo familiar y la prevención

Los niños/as recomiendan centrarse en ocho áreas para mejorar la salud mental y el bienestar de los niños/as en situación de acogida y protección, incluida la prevención de la entrada en el sistema de acogida, la mejora de las disposiciones de acogida y la mejora de los servicios de salud mental, como se resume en la tabla siguiente.

Apoyo práctico y actividades	Mejora de las disposiciones de acogida	Mayor calidad del personal en la acogida residencial	Mejores servicios de salud mental	Más recursos	Mayor apoyo familiar	Apoyo psicológico	Intervenciones escolares
Más deportes y actividades comunitarias	Más espacio personal	Personal más empático y comprensivo	Reducción de los tiempos de espera	Más fondos para actividades	Evitar la situación de acogida siempre que sea posible	Acceso a psicólogos/as externos/as	Sesiones de concienciación sobre la salud mental
Apoyo para el aprendizaje de idiomas	Más libertad y autonomía	Mejores capacidades para escuchar y comunicarse	Sesiones más frecuentes y continuas	Personal de salud mental adicional	Mantener la relación con los cuidadores de acogida	Tiempo dedicado a escuchar	Iniciativas anti-acoso
Preparación para el trabajo	Mayor contacto con la familia	Una selección de personal más conciencizada para que sean empáticos	Más sesiones externas fuera de los centros residenciales	Más personal en los centros residenciales	Apoyar el contacto con los hermanos	Opciones de terapia de grupo	Formación de los profesores
Oportunidades de desarrollar habilidades sociales	Un enfoque más equilibrado respecto a los estudios						

Las recomendaciones que surgen del análisis de los datos cualitativos y cuantitativos indican la necesidad de un enfoque más colaborativo e integrado que mantenga a los niños/as en familias con un apoyo de salud mental y psicosocial adecuado, siempre que sea necesario

Este enfoque debería garantizar la detección oportuna y la derivación a ETFs bien coordinados, la creación de entornos de acogida agradables que minimicen los factores de estrés y una continuidad en el apoyo durante las transiciones para salir del sistema de protección. Si no se abordan estas cuestiones sistémicas, las necesidades de salud mental de los niños/as y adolescentes en el sistema de protección seguirán sin satisfacerse adecuadamente.

El desarrollo de un marco integrado es esencial para optimizar el uso de los recursos de apoyo a la salud mental y bienestar psicosocial en el sistema de protección. Este marco debe garantizar criterios de evaluación, procedimientos de derivación y normas de acogida claros que aborden adecuadamente las necesidades de salud mental, garantizando la cohesión entre las diferentes partes del sistema.

La inversión en prevención mediante el refuerzo

de los programas preventivos y recursos de apoyo a nivel local ayudaría a ampliar la capacidad de los ETF para ofrecer una gama más amplia de intervenciones y mantener vínculos con los servicios comunitarios de salud mental, lo que en última instancia evitaría la toma de medidas de protección.

La coordinación del sistema requiere **protocolos armonizados y una formación conjunta** entre los profesionales de todos los sectores que garanticen que las consideraciones de apoyo en salud mental se incluyan en los procedimientos de protección de la infancia y que los niños/as en el sistema de protección se tengan en cuenta explícitamente en los protocolos de salud mental en vigor. Además, facilitaría el intercambio de información natural entre los profesionales de todos los sectores, rompiendo la tradicional segmentación.

Para abordar las deficiencias inmediatas: se propone mejorar los **mecanismos de detección de las necesidades de apoyo en materia de salud mental** de niños, niñas y adolescentes del sistema de protección, optimizar los servicios de intervención psicoterapéutica evitando la sobre patologización, promover sistemas de derivación ágiles y eficientes que prioricen a niños, niñas y adolescentes del sistema de protección, y designación de especialistas

clínicos específicos para la protección de la infancia en los servicios de atención primaria y de salud mental, utilizando enfoques que tengan en cuenta el trauma y el apego.

Se deben introducir herramientas de evaluación, junto con la formación de todos/as los/as profesionales en la identificación de las necesidades de intervención especializada en salud mental, centrándose en la detección precoz y la prevención.

El entorno de protección afecta significativamente a los resultados de salud mental y bienestar emocional de niños, niñas y adolescentes, por lo que es necesario mejorar los estándares mediante enfoques basados en las fortalezas y en el conocimiento del trauma. **Para mejorar la acogida** es necesario proporcionar apoyo al bienestar del personal y de los/as cuidadores/as, desarrollar una formación especializada para los distintos entornos de acogimiento, estandarizar los métodos de comunicación y disciplina, reducir el número de cambios de ubicación y establecer en el acogimiento residencial sistemas de trabajadores/as clave que fomenten las relaciones de confianza entre los adultos y los niños y niñas en situación de acogida.

Las mejoras en las infraestructuras son igualmente importantes, incluido el desarrollo de **sistemas de información interoperables** con capacidades unificadas de evaluación, derivación, diagnóstico y seguimiento en todos los sectores, con indicadores sólidos de seguimiento de los resultados.

Estas infraestructuras técnicas **deben mejorarse mediante el desarrollo profesional continuo, lo que implica** enfoques sistemáticos e integrados de la formación obligatoria previa a la incorporación y durante el trabajo en materia de salud mental y protección de la infancia para todos los profesionales pertinentes.

El sistema de acogida y protección también debe **reevaluar la prestación de servicios de acogimiento residencial a largo plazo.** A menudo, este tipo de servicio de acogida puede exacerbar el estrés y el trauma de los niños, niñas y adolescentes. Dar prioridad a las alternativas basadas en la familia o centradas en la comunidad puede proporcionar un entorno más estable y propicio para su bienestar y desarrollo mental.

Al mismo tiempo, **el desarrollo de mecanismos sólidos de apoyo entre compañeros/as** (incluidos programas estructurados de mentoría, grupos orientados de compañeros/as y redes de antiguos/as alumnos/as de jóvenes con experiencia en la acogida) puede proporcionar a los niños y niñas un valioso apoyo emocional, reducir el aislamiento y crear oportunidades para compartir experiencias con quienes han vivido algo similar. Por último, **promover la concienciación sobre la salud mental** entre los niños/as del sistema de protección y garantizar su participación significativa en las decisiones que afectan a sus vidas consolidará un enfoque basado en los derechos en todo el sistema.

2 Introducción y resumen de la evaluación

El proyecto del Instrumento de Apoyo Técnico (IAT) «Abordar las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial de niños, niñas y adolescentes en el sistema de atención y protección en Andalucía (España)» forma parte de un proyecto multinacional de apoyo técnico cuyo objetivo es mejorar la prestación de servicios de salud mental y bienestar emocional de niños, niñas y adolescentes que se llevará a cabo en España (concretamente en Andalucía), Chipre, Italia y Eslovenia.

El proyecto se ajusta al enfoque integral sobre la salud mental de la Comisión Europea, a través de su iniciativa emblemática directa IAT 2023 Proyecto Emblemático de Apoyo Técnico «Youth First».⁸

El proyecto en Andalucía parte de la estrecha colaboración entre la Consejería de Sanidad y Consumo de Andalucía y la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad de Andalucía para proporcionar un conjunto completo y bien estructurado de servicios destinados a mejorar la salud mental de los niños, niñas y adolescentes en el sistema de atención y protección que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad psicosocial o riesgo, o con medidas de protección como resultado de negligencia, abuso y violencia.

El objetivo principal de la evaluación es describir la

situación actual de la atención a la salud mental de niños, niñas y adolescentes en el sistema de atención y protección de la Junta de Andalucía. De este modo, se proporcionarán a la Consejería de Salud y Consumo y a la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad recomendaciones para mejorar el bienestar y la salud mental de niños, niñas y adolescentes en el sistema de atención y protección.

2.1 Antecedentes

Andalucía, la comunidad autónoma más meridional de España, tiene una superficie de 87 268 km² en un total de ocho provincias, desde el Mediterráneo hasta el Atlántico. Con 8,5 millones de habitantes, representa el 18 % de la población española, lo que la convierte en la región más poblada del país.⁹ El variado territorio de la región incluye las montañas de Sierra Nevada, el fértil valle del río Guadalquivir y 910 km de costa.

La población es relativamente joven en comparación con otras regiones españolas, con un 17,8 % de personas menores de 18 años; sin embargo, las tendencias de envejecimiento son cada vez más evidentes.¹⁰ El 80 % de residentes vive en centros urbanos, siendo Sevilla (689 000), Málaga (578 000) y Granada (233 000) las ciudades más grandes. En los

8 IAT 2023 Proyecto Emblemático de Apoyo Técnico «Youth First» <https://reform-support.ec.europa.eu/system/files/2022-05/2023%20Flagships%20Technical%20Support%20projects%20-%20youth.pdf>

9 Bases de datos del Instituto Nacional de Estadística https://www.ine.es/dyngs/INEbase/en/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254734710984

10 Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía. (2024). Estado de la Infancia y Adolescencia en Andalucía. Población Municipal 2023. Granada: Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, Junta de Andalucía. https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=8820

últimos años, ha aumentado la migración y el número de niños y niñas migrantes no acompañados/as que entran en el sistema de protección de la infancia.¹¹

La bibliografía confirma de manera sistemática que los/as niños, niñas y adolescentes que viven en acogimiento residencial en Andalucía tienen mayores necesidades de apoyo en materia de salud mental que los que están al cuidado de familiares o en hogares de acogida, quienes, a su vez, tienen más necesidades que los niños, niñas y adolescentes que viven con sus familias biológicas.¹² Por ejemplo, los niños y niñas en hogares de acogida se sienten menos seguros y muestran más signos de evitación que aquellos que viven con sus familias. Además, los niños, niñas y adolescentes en acogida que han sufrido malos tratos más graves antes de entrar en el sistema de protección muestran los niveles más bajos de seguridad y los más altos de desorganización.¹³ El apoyo puede implicar que los/as cuidadores/as proporcionen cuidados más afectuosos¹⁴ y que las

familias colaboradoras ofrezcan unos recursos estables y periódicos a los niños y niñas que se encuentran en acogimiento residencial. Los niños, niñas y adolescentes en acogimiento residencial con el apoyo sostenido de familias colaboradoras muestran una mayor competencia social y presentan menos conductas de riesgo que los que no cuentan con dicho apoyo.¹⁵

2.2 Impacto, resultados y productos esperados

El proyecto tiene como objetivo conseguir resultados en tres niveles del impacto global para los niños y niñas, los resultados sistémicos y los resultados específicos. (Tabla 1). Este informe de evaluación representa el primer producto inmediato: un análisis de la situación actual de la atención a la salud mental de niños, niñas y adolescentes en el sistema de protección, junto con recomendaciones de mejora.

11 Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía. (2023). Maltrato y Protección. Infografía. Granada: Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, Junta de Andalucía. https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=8444

12 Molano, N., Espinosa, E., y León, E. (2024). El ajuste psicológico de los niños, niñas y adolescentes en acogimiento residencial con Familias Colaboradoras: Una evaluación multi-informante. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 40(1), 139–149. <https://doi.org/10.6018/analesps.542161>

13 Carrera, P., Román, M., y Jiménez-Morago, J. M. (2021). Foster children's attachment representations: the role of type of maltreatment and the relationship with birth family. *Attachment & Human Development*, 23(6), 969–986. <https://doi.org/10.1080/14616734.2020.1841253>

14 Molano, N., León, E., Roman M., Jiménez-Morago, J. M., Moreno, C. (2021). Building up secure relationships: Analysis of adult-child interactions in foster and adoptive families. *Children and Youth Services Review Volumen 126*, <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2021.106026>

15 *Ibíd.*

Tabla 1: Impacto, resultados y productos del proyecto

Impacto	Que los niños, niñas y adolescentes del sistema de protección de Andalucía tengan más oportunidades de que sus necesidades de salud mental y bienestar emocional sean atendidas de forma oportuna y eficaz por profesionales de diferentes sectores, sobre la base de un marco integrado de colaboración interdisciplinar y multiinstitucional.
Resultado 1	Que las autoridades de Andalucía cuenten con un marco de colaboración integrado para abordar las necesidades de salud mental y bienestar emocional de los niños, niñas y adolescentes en el sistema de protección.
Resultado 2	Que las autoridades, los proveedores de servicios y los profesionales de Andalucía cuenten con las capacidades y las herramientas necesarias para poner en práctica el marco de colaboración propuesto.
Producto 1 Informe de evaluación	Análisis de la situación del apoyo a la salud mental de niños, niñas y adolescentes en el sistema de protección de la infancia y recomendaciones para mejorar el bienestar y la salud mental de niños, niñas y adolescentes
Producto 2 Marco integrado	Propuesta de un marco integrado de colaboración interdisciplinar y multiinstitucional para abordar de forma integral las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial de los niños, niñas y adolescentes en el sistema de protección en Andalucía.
Producto 3 Desarrollo de capacidades	Desarrollo de capacidades para poner en práctica el marco de colaboración propuesto.
Producto 4 Comunicaciones	Actividades de comunicación, consulta y difusión

2.3 Metodología de la evaluación

La evaluación se llevó a cabo dentro de un marco de investigación basado en los derechos y centrado en la infancia. Se situó en un modelo ecológico de desarrollo infantil que reconoce que los niños y niñas y su bienestar se ven directamente influenciados por su entorno de atención inmediata (ya sea en la familia biológica, bajo el cuidado de familia extensa, bajo el acogimiento de personas no familiares o en centros residenciales) y por los servicios y el apoyo disponibles en sus comunidades, provincias y a través de las políticas y programas de la Junta de Andalucía.¹⁶ Este enfoque se basa en los conocimientos existentes y en experiencias reales para proporcionar recomendaciones prácticas y realistas con vistas a crear un marco intersectorial de colaboración que repercuta positivamente en el bienestar y la salud mental de los niños, niñas y adolescentes. La metodología completa se puede proporcionar previa solicitud.

La evaluación utiliza un análisis de oferta y demanda, lo que garantiza una determinación más precisa del número y la edad de los chicos y chicas que se encuentran en diversas formas de atención alternativa o que viven con sus familias dentro del sistema de protección, y tiene en cuenta a los niños, niñas y adolescentes que (1) reciben servicios de salud mental; (2) reciben servicios de salud mental de forma intermitente; y (3) necesitan servicios de salud mental, pero están a la espera de recibirlos.

Esta tipología de análisis ayuda a identificar las áreas en las que es prioritario mejorar la oferta o en las que la modificación de las funciones de derivación podría

abordar mejor los desafíos de salud mental y bienestar en una fase más temprana, ya sea dentro del sistema de atención primaria o del sistema de atención y protección, lo que reduciría la demanda de los saturados servicios especializados de salud mental.

2.3.1 Métodos y fases

La evaluación se llevó a cabo en tres etapas clave:

- Revisión documental preliminar y desarrollo del diseño de métodos mixtos (Tabla 2) en consulta con el Comité Asesor del Proyecto (PAC), de marzo a junio de 2024.
- Análisis de datos secundarios, aprobación ética y recopilación de datos primarios, de junio a octubre de 2024.
- Análisis y borrador del informe presentado al PAC para consultas en noviembre de 2024; las observaciones del Comité Directivo del Proyecto y del PAC se incorporaron entre febrero y mayo de 2025, y esta versión final editada se publicó en septiembre de 2025.

Se recopilaban datos cualitativos en cuatro (de las ocho) provincias andaluzas: Sevilla, Huelva, Málaga y Almería, seleccionadas en función de la cobertura de la población infantil con servicios de Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) y Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ), y de la tasa de niños, niñas y adolescentes en acogimiento residencial como indicador indirecto de una mayor necesidad de servicios de apoyo a la salud mental.

¹⁶ Bronfenbrenner, U. 1979. *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press.

¹⁷ Disponible previa solicitud a UNICEF

Tabla 2. Métodos mixtos aplicados a la evaluación¹⁸

Elemento	Descripción
Encuesta cuantitativa	Una encuesta cuantitativa a los proveedores de servicios de protección para identificar las necesidades de salud mental de los niños y niñas de diferentes edades en diferentes tipos de atención y protección. ¹⁹ Veintisiete (27) proveedores presentaron datos de 497 niños, niñas y adolescentes.
Datos administrativos	Análisis de los datos administrativos existentes sobre el número de profesionales de la salud especializados en la infancia en relación con la población infantil y la población de menores de edad en el sistema de protección de cada provincia.
Mapeo	Mapeo de la estructura institucional y de los servicios, incluidos los mecanismos y herramientas de coordinación, colaboración y comunicación existentes entre los diferentes sectores y profesionales.
Entrevistas cualitativas y grupos de discusión	Recopilación de datos cualitativos entre profesionales de los servicios de atención primaria, de los servicios de salud mental y del sistema de protección, con la participación de 218 profesionales de cuatro provincias.
Encuesta en línea	Encuesta en línea a 208 adolescentes en el sistema de protección de entre 14 y 17 años (m = 50, h = 155, prefieren no decirlo = 3) y 87 jóvenes mayores de 18 años que salieron del sistema de acogida (m = 30, h = 56, sin información = 1).

2.3.2 Preguntas clave de la evaluación

Las preguntas clave de la evaluación (Tabla 3) se derivaron de la revisión documental preliminar, un proceso de consulta con una serie de partes interesadas, incluidos los miembros del Comité Asesor del Proyecto,²⁰ y el análisis de datos secundarios realizado entre enero y marzo de 2024.

El grupo objetivo de la investigación sobre la oferta incluía a profesionales que prestan servicios en el sistema de salud mental, como psiquiatras, psicólogos/as clínicos/as, psicólogos/as y enfermeros/as especializados/as.

La investigación examinó las funciones y competencias de los/as profesionales del sistema de protección, incluidos los/as trabajadores/as sociales, los/as educadores/as sociales y los/as psicólogos/as. También se centró en los/as cuidadores/as, los/as trabajadores/as sociales y los/as gestores/as de los servicios residenciales, de acogida familiar y de acogida temporal, así como en los/as profesionales del sistema de atención primaria, como los/as pediatras y los/as enfermeros/as

18 Los métodos inicialmente previstos para revisar los expedientes de los casos. Sin embargo, un análisis exhaustivo de las encuestas, las entrevistas y los debates arrojó datos valiosos que incluían referencias a casos específicos, lo que eliminó la necesidad de una revisión adicional.

19 Las cuestiones de protección de datos impiden realizar una encuesta a los proveedores de servicios de salud mental para identificar la prevalencia de menores del sistema de atención y protección que reciben servicios tanto en la infancia como en la edad adulta temprana. Estos datos podrían ayudar a realizar un seguimiento de los resultados a largo plazo y a planificar el refuerzo de los servicios.

20 El Comité Asesor del Proyecto representa a una amplia gama de partes interesadas de los sistemas de salud e inclusión (protección y atención a la infancia) y actúa como foro informativo y consultivo.

Tabla 3: Preguntas clave de la evaluación

Oferta	Demanda
¿Hasta qué punto se pueden abordar los problemas de bienestar y salud mental de los niños, niñas y adolescentes en el sistema de protección a la infancia o en el sistema de atención primaria antes de derivarlos a servicios especializados secundarios y terciarios?	¿Cuántos menores de edad y con qué características (género, edad, situación migratoria, con discapacidad o problemas de salud, tipo de atención o protección) necesitan servicios?
¿Cómo identifican los profesionales de la salud mental a los menores de edad del sistema de atención y protección que necesitan servicios de salud mental?	¿Qué piensan los chicos y chicas del sistema de protección sobre el acceso actual y futuro al apoyo a la salud mental?
¿Qué tratamientos hay disponibles para los chicos y chicas que se encuentran en el sistema de atención y protección que necesitan servicios de salud mental?	¿Qué necesitan los profesionales para facilitar intervenciones preventivas más tempranas y eficaces y menos derivaciones a servicios especializados de salud mental? Por ejemplo, un mayor conocimiento sobre prácticas y mecanismos de prevención que tienen en cuenta el trauma, sistemas de derivación optimizados, etc.
¿Cómo se realiza el seguimiento de los chicos y chicas derivados a servicios de salud mental?	¿Cómo podría una formación sistemática a los padres y madres ayudar a facilitar unos cuidados más afectuosos y que propicien el apego, así como a reducir la inseguridad y otros factores de riesgo para la salud mental de los chicos y chicas, tal y como sugieren los estudios? ²¹
¿Cuáles son las prácticas más eficaces para proporcionar apoyo a la salud mental a los chicos y chicas en el sistema de protección?	¿Pueden unos criterios y protocolos de derivación claros, unos sistemas de gestión de casos y un sistema de trabajadores clave ayudar a garantizar que los chicos y chicas puedan recibir el apoyo que necesitan de forma más temprana y eficaz?
¿Cuáles son las deficiencias prioritarias en el apoyo a la salud mental de los chicos y chicas en el sistema de protección?	¿Cómo se pueden satisfacer de la manera más eficaz posible las necesidades de salud mental de los chicos y chicas migrantes antes de que experimenten crisis y angustia extrema?
¿Cuáles son los principales desafíos en el apoyo a la salud mental de los chicos y chicas en el sistema de protección?	
¿Cómo pueden los chicos y chicas del sistema de protección tener un mejor acceso a un apoyo oportuno y adecuado en materia de salud mental?	

21 Molano, N., Leon, E., Jimenez-Morago, J.M., y Camacho, C. (2023). Quality of interactions, children's psychological adjustment and parental stress in foster families: the mediating role of parental sense of competence. *Journal of Child and Family Studies*, 32(11), 3601-3611. <https://doi.org/10.1007/s10826-023-02578-0>.

2.4 Fuentes y restricciones de los datos

Las encuestas recopilaron datos valiosos principalmente sobre niños, niñas y adolescentes en acogimiento residencial y programas de tratamiento familiar (ETF), lo que proporcionó una perspectiva sólida de estas áreas de servicios, en particular para los participantes varones y los adultos jóvenes, que están fuertemente representados. La muestra de los ETF fue representativa en la medida de lo posible por edad y género. Aunque la representación de la atención alternativa basada en la familia fue más limitada, la información exhaustiva de nueve equipos de tratamiento familiar proporciona una base sólida para el análisis. La encuesta en línea fue particularmente eficaz para recabar las experiencias de los chicos y chicas en entornos residenciales, lo que pone de manifiesto el éxito de la participación digital con esta población. A pesar de los desafíos inherentes a la recopilación de datos y sus limitaciones, como la accesibilidad lingüística y los problemas de distribución, la encuesta a los proveedores de servicios ofrece información significativa sobre la salud mental de los niños, niñas y adolescentes en el sistema de protección de Andalucía. Estos hallazgos sientan una base prometedora para comprender los patrones de utilización de los servicios de salud mental y orientar futuras iniciativas de investigación más exhaustivas.²²

2.5 Aprobación ética

Ocho investigadores/as cualificados/as llevaron a cabo la evaluación bajo la supervisión de UNICEF, siguiendo un protocolo ético aprobado.²³ El análisis de los datos incluyó únicamente la información de los participantes que dieron su consentimiento informado y que podían participar legalmente (mayores de 14 años). No surgieron problemas de protección de la infancia durante la recopilación de datos de julio a octubre de 2024.

2.6 Estructura del informe

El resto de este informe de evaluación se estructura de la siguiente manera:

- **Capítulo dos:** Marco jurídico, político e institucional
- **Capítulo tres:** Evaluación de la demanda de servicios de salud mental
- **Capítulo cuatro:** Mapeo de la oferta de servicios de salud mental
- **Capítulo cinco:** Perspectivas profesionales sobre el apoyo a la salud mental, incluidas las perspectivas de la demanda y la oferta, así como prácticas prometedoras
- **Capítulo seis:** Perspectivas de los niños/as y de los jóvenes que salieron del sistema de acogida
- **Capítulo siete:** Conclusiones y recomendaciones

²² Los socios del proyecto pueden facilitar, previa solicitud, una descripción completa de los datos y sus limitaciones.

²³ Disponible previa solicitud a UNICEF.

3 Marco jurídico, político e institucional

3.1 Disposiciones legales y de políticas

El derecho de los niños, niñas y adolescentes a acceder a la atención y el apoyo se basa en varios tratados internacionales de derechos humanos, incluidas la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (CDN)²⁴ y la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD),²⁵ que España ratificó en 1990 y 2007, respectivamente.

La evaluación se guio además por la Estrategia de la UE sobre los Derechos del Niño (2021-2024),²⁶ que subraya el derecho de todos los niños y niñas a crecer en un entorno que promueva su salud mental y física y su desarrollo social. La evaluación también está en consonancia con el Enfoque Integral de la Salud Mental de la UE.²⁷

El marco legislativo nacional y regional integral pertinente para el sistema de protección y atención a la infancia y el sistema de atención y apoyo a la salud mental de niños, niñas y adolescentes incluye leyes nacionales como el Código Civil, la Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor y la Ley Orgánica 8/2021 de protección integral a la infancia y

la adolescencia frente a la violencia.

La legislación autonómica andaluza incluye la Ley 4/2021 del 27 de julio de Infancia y Adolescencia de Andalucía y varios decretos que regulan la acogida familiar, la adopción y la atención residencial, el procedimiento de actuación en situaciones de riesgo y negligencia de niños, niñas y adolescentes (el «procedimiento SIMIA») y el Programa de Tratamiento a Familias con niños/as y adolescentes en situación de riesgo o desprotección.

Otros protocolos y herramientas relevantes incluyen el Protocolo de actuación y derivación al Programa de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento de Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de Violencia Sexual (PVS), el Protocolo de Atención a Personas con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH),²⁸ el Protocolo de Prevención del Suicidio en las Escuelas y el Protocolo a Seguir para la Intervención Psicoterapéutica, que describe cómo los niños/as objeto de atención y protección pueden acceder al servicio de intervención psicoterapéutica (SIP).²⁹

24 <https://www.unicef.org.uk/what-we-do/un-convention-child-rights/>

25 <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>

26 https://commission.europa.eu/system/files/2021-09/ds0821040enn_002.pdf

27 https://health.ec.europa.eu/document/download/cef45b6d-a871-44d5-9d62-3cecc47eda89_en?filename=com_2023_298_1_act_en.pdf

28 El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es una afección que afecta a la conducta de las personas. Las personas con TDAH pueden parecer inquietas, tener problemas para concentrarse y actuar de forma impulsiva.

29 Instrucción n.º 1/2024 de la Dirección General de Infancia, Adolescencia y Juventud de la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad sobre el Protocolo a Seguir para la Intervención Psicoterapéutica

El Plan Integral de Salud Mental en Andalucía 2016-2020, actualmente en revisión, pero aún vigente, se centra en la atención integral, la prevención y la coordinación intersectorial, sin abordar específicamente las necesidades de salud mental de los niños/as en situación de acogida y protección.

En el ámbito de las políticas, la actuación se rige por:

- el Plan de Acción Estatal para la implementación de la Garantía Infantil Europea 2022-2030³⁰;
- el III Plan de Infancia y Adolescencia de Andalucía 2024-2027³¹;
- el Plan Estratégico de salud de la infancia y la adolescencia 2023-2027³².

3.2 Instituciones y partes interesadas

Entre los departamentos de las administraciones autonómicas y provinciales que tienen una relación directa con la prestación de servicios de salud mental y bienestar a niños, niñas y adolescentes en el sistema de protección en Andalucía se encuentran la Consejería de Salud y Consumo, la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad y la Consejería de Educación (Tabla 4).

30 https://www.juventudeinfancia.gob.es/sites/default/files/Plan_Accion_ingles_Accesible.pdf

31 <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/inclusionysocialjuventudfamiliaseigualdad/consejeria/transparencia/planificacion-evaluacion-estadistica/planes/detalle/545863.html#toc-documentos-del-plan>

32 <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/transparencia/planificacion-evaluacion-estadistica/planes/detalle/424063.html>

Tabla 4: Instituciones autonómicas y provinciales y partes interesadas

Institución	Departamentos y funciones
Autonómico	Consejería de Salud y Consumo - Secretaría General de Salud Pública e I+D+i en Salud - Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica - Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo - Dirección General de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones - Servicio Andaluz de Salud (SAS): prestación de servicios sanitarios, incluidos los servicios de salud mental para niños, niñas y adolescentes
	Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad - Secretaría General de Familias, Igualdad, Violencia de Género y Diversidad - Dirección General de Infancia, Adolescencia y Juventud: supervisión de la red de servicios de protección a la infancia y la adolescencia, incluidos el PTF, el SIP y el PVS
	Consejería de Educación Bienestar en las escuelas, incluidos los niños/as en el sistema de protección de la infancia
Provincial	Comisión Provincial de Medidas de Protección Entidad pública responsable de la protección, el control y la toma de decisiones sobre la protección de la infancia y la acogida en regímenes de atención alternativa
	Servicio de Intervención Psicoterapéutica (SIP) y Programa de Violencia Sexual (PVS) - El SIP para niños/as en el sistema de protección y para jóvenes adultos que salen del sistema de protección ofrece un servicio especializado de especialistas en psicología de la salud dentro de un enfoque ecológico y sistémico para abordar problemas psicológicos, emocionales y de conducta, con especial referencia a los traumas complejos. - El PVS es un programa para la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento de los niños/as víctimas de violencia sexual, que incluye la coordinación con los servicios de salud mental del sistema de salud (da prioridad a los niños/as del sistema de atención y protección).
	Departamentos provinciales y hospitales del Servicio Andaluz de Salud (SAS) que gestionan: - Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC): servicios comunitarios especializados en salud mental que atienden a adultos y niños/as con una atención multidisciplinar. - Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ): servicios de apoyo a la salud mental especializados en la atención a niños, niñas y adolescentes con base en hospitales al nivel de la provincia que cuentan con servicios de hospitalización (diurna y nocturna si es necesario, aunque no existe un servicio de hospitalización específico para niños, niñas y adolescentes), además de ofrecer servicios psiquiátricos y terapéuticos ambulatorios.
	Atención primaria Incluye pediatras (para niños y niñas de hasta 14 años) y médicos de familia (para adolescentes de entre 14 y 17 años y adultos)
	Organizaciones no gubernamentales Una red de servicios de acogida familiar y residencial subcontratada por las autoridades regionales y locales y que comprende un total de 244 centros residenciales³³
	Servicios sociales y estructuras de protección de la infancia a nivel local Los equipos del Programa de Tratamiento a Familias (ETF) operan a nivel de las entidades locales de Andalucía y están compuestos por un/a trabajador/a social, un/a educador/a social y un/a psicólogo/a que colaboran con los servicios de protección de la infancia para evitar la separación de los niños, niñas y adolescentes de sus familias y apoyar la reintegración. Pueden proporcionar algunos tipos de apoyo a la salud mental, como la intervención familiar.

4 Evaluación de la demanda de servicios de salud mental

Titulares

- Los chicos y chicas en el sistema de protección usan los servicios de salud mental entre 3 y 4 veces más (22-31 %) que la población infantil general (6,3 %).
- Los problemas de conducta causan el 57 % de las derivaciones al sistema de protección por motivos de salud mental, y la mayoría de ellos acaban en tratamiento.
- Los niños, niñas y adolescentes con discapacidad en acogida acceden a los servicios de salud mental en tasas significativamente más altas (59 %) que aquellos sin discapacidades (22 %).
- Los niños, niñas y jóvenes adultos migrantes no acompañados/as en el sistema de protección hacen un uso insuficiente de los servicios de salud mental (6,1 %) a pesar de sus grandes necesidades.
- Los/as profesionales informan de deficiencias críticas en los servicios y de una creciente demanda de apoyo a la salud mental en el sistema de atención y protección.

Muchos/as profesionales del ámbito de la protección de la infancia asumen, y la bibliografía lo confirma, que los chicos y chicas en el sistema de protección tienen una mayor demanda de servicios y apoyo de salud mental que sus coetáneos, ya que han vivido acontecimientos adversos significativos durante la infancia, como violencia, abuso y negligencia:

"...son niños con historias de vida muy duras, van a precisar de salud mental prácticamente toda la vida" (Málaga, residencial)

Sin embargo, estos profesionales expresan su preocupación por el hecho de que los niños/as a su cargo que necesitan servicios y apoyo de salud mental no estén recibiendo este tipo de atención, y que la situación sea crítica y esté empeorando:

...El Centro [residencial] está lleno de niños mal diagnosticados... ...Es necesario que se atienda rápido en el sistema sanitario (psiquiatría y psicología) porque los niños del Centro a veces tienen traumas complejos que son difíciles de abordar. Es necesario acelerar los procesos y mejorar el número

34 Molano, N., Espinosa, E., y León, E. (2024). El ajuste psicológico de los niños, niñas y adolescentes en acogimiento residencial con Familias Colaboradoras: Una evaluación multi-informante. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 40(1), 139–149. <https://doi.org/10.6018/analesps.542161>

de profesionales para ofrecer más citas médicas. «La profesionalidad es maravillosa pero no hay recursos suficientes» (Dirección de un Centro de protección de niños/as con conflictos psicosocial, reunión inicial enero 2024)

Ha habido un aumento significativo de los problemas de salud mental y los casos agudos reducen nuestra capacidad para abordar otras cuestiones... El 30% de los casos necesitan algún tipo de aportación de la USMC y... En los centros de salud mental comunitarios hay un médico general y un especialista en niños/jóvenes. Nos comunicamos con el médico general en menor medida y con el niño/joven en mayor medida... No hay personal suficiente, así que ven a un niño quizá una vez cada 2-3 meses durante 15 meses...' (Miembros del equipo del Programa de Tratamiento Familiar, entrevistas enero 2024)

Al mismo tiempo, existe la percepción entre los proveedores de servicios de salud mental y algunos/as profesionales de la protección de la infancia de que las dificultades de conducta de los niños y niñas en el sistema de protección se están medicalizando innecesariamente. Estos/as profesionales informan de que se deriva a demasiados niños, niñas y adolescentes a servicios de salud mental cuando los

servicios de atención primaria o de educación, junto con los recursos profesionales disponibles dentro del sistema de protección a la infancia, podrían proporcionar un apoyo mejor:

'Suele haber un problema de adaptación al entorno, y este niño también estará constantemente poniendo a prueba mediante conductas disruptivas que sigue siendo querido y cuidado. Estas situaciones se van a producir, y hay que tratarlas, no desde el punto de vista de la psicopatología, sino definiendo el contexto, las relaciones...' (entrevista con psicólogo del USMC, marzo de 2024)

En este capítulo se profundiza en estas hipótesis mediante el análisis de los datos sobre el uso de los servicios de salud mental entre los niños, niñas y adolescentes en Andalucía en su conjunto y entre los niños, niñas y adolescentes en el sistema de protección. Determina el número de aquellos/as que reciben servicios de salud mental o que necesitan servicios de salud mental y sus características en términos de género, edad, discapacidad, tipo de atención y problemas de salud mental. También se analizan las percepciones de los/as profesionales y cuidadores/as en los sistemas de protección y atención a la infancia, atención primaria y servicios de salud mental.

4.1 Niños, niñas y adolescentes en el sistema de protección

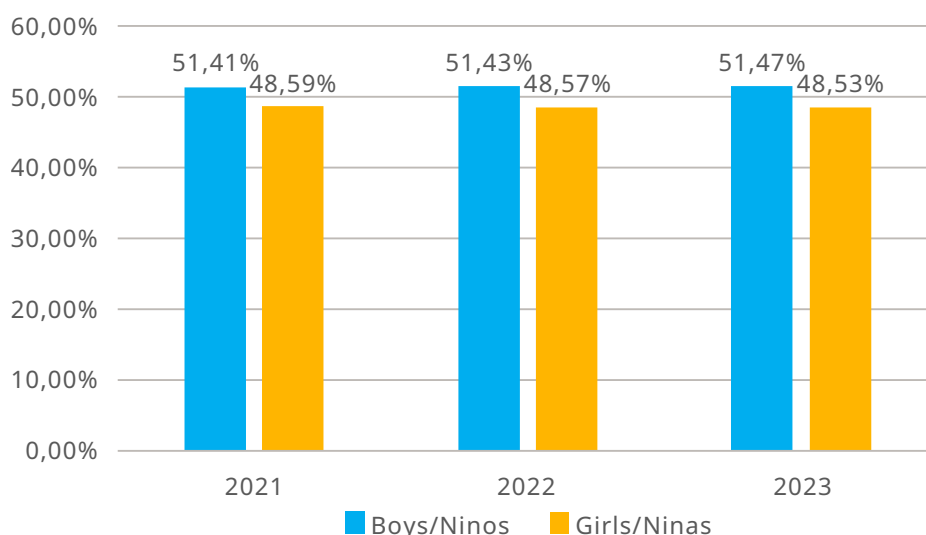
Subtitulares

- La población infantil de hasta 17 años ha disminuido un 1,45 % en toda Andalucía entre 2021 y 2023, excepto en Málaga y Almería. La proporción de niños, niñas y adolescentes se ajusta al patrón natural esperado.
- El número de niños y niñas con medidas de protección aumentó ligeramente, hasta los 5091, en 2023. Si se incluyen los Programas de Tratamiento a Familias (ETF), el 1 % de todos los niños y niñas de Andalucía están en el sistema de atención y protección.
- Desde 2018, se ha producido una disminución sostenida del número de niños y niñas en régimen de acogimiento. Sin embargo, debido a la disminución de la población infantil, la tasa de niños y niñas en acogimiento ha aumentado ligeramente.
- Alrededor del 0,32 % de los niños y niñas se encontraban en régimen de acogimiento familiar o residencial en Andalucía en 2023, lo que está por debajo de la media nacional de España del 0,5 % (en 2018).
- Los niños y las niñas están presentes en números prácticamente iguales en el acogimiento familiar y en los ETF. Sin embargo, hay casi el doble de niños que de niñas en acogimiento residencial. Esto puede deberse al número de niños no acompañados con condición de migrantes que entran en el sistema.

La población infantil de hasta 17 años ha disminuido un 1,45 % en toda Andalucía entre 2021 y 2023, excepto en Málaga y Almería, donde ha aumentado un 0,67 % y un 1,55 %, respectivamente. A finales de 2023, los niños representaban el 51,47 % de la

población infantil y las niñas el 48,53 %.^{35,36} La disminución de la población infantil es ligeramente mayor entre las niñas que entre los niños (véase la Figura 1).

Figura 1. Porcentaje de niñas y niños en la población infantil de Andalucía 2021-2023



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía. 2024.³⁷ Población Municipal 2023. Estado de la Infancia y Adolescencia en Andalucía. Granada.

El número de niños, niñas y adolescentes en el sistema de atención y protección ha aumentado ligeramente, pasando de 5070 niños, niñas y adolescentes con medidas de protección (tutelas), de los cuales 4747 estaban en acogimiento familiar o residencial a finales de 2021, a 5091 niños y niñas con medidas de

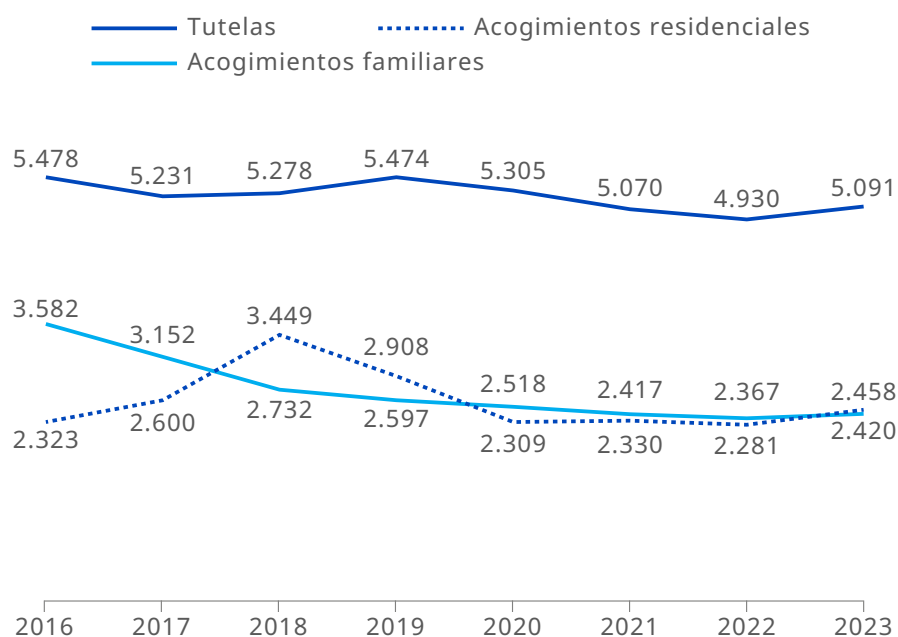
protección en 2023, de los cuales 4878 estaban en acogimiento familiar o residencial. Sin embargo, esta cifra ha disminuido desde 2018, sobre todo entre los niños, niñas y adolescentes en acogimiento residencial y familiar (Figura 2).

35 Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía. 2024. Población Municipal 2023. Estado de la Infancia y Adolescencia en Andalucía. Granada.

36 Los demógrafos suelen considerar esto como algo normal, en lugar de indicar una disparidad significativa que requiera intervención o atención especial.

37 Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía. 2024. Maltrato y Protección. Informe OIA-A2024. Estado de la Infancia y Adolescencia en Andalucía. Cuaderno n.º 3. Granada.

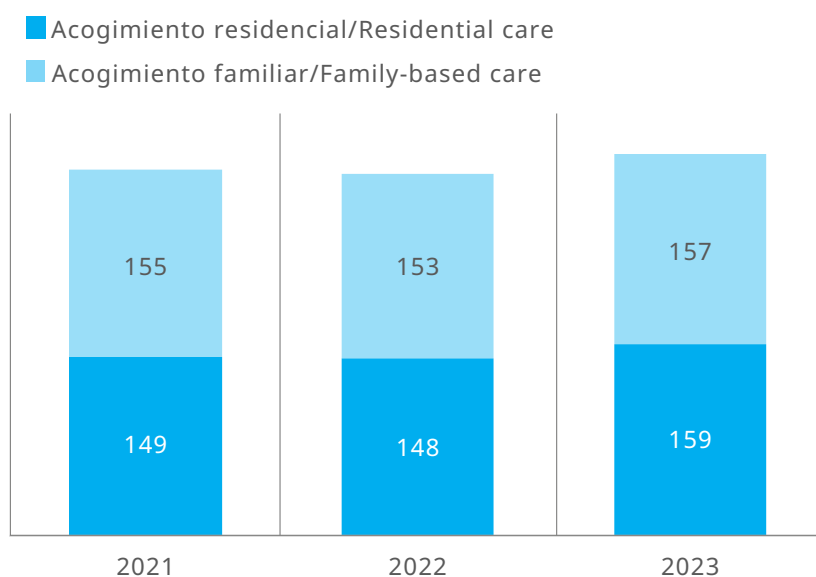
Figura 2. Número de niños, niñas y adolescentes con medidas de protección (tutelas), acogimiento residencial y familiar en Andalucía 2016-2023



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de datos de la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad. Datos del Sistema Integrado de Servicios Sociales (SIS5), 2017 - 2024.

Si se tiene en cuenta la disminución de la población infantil, la tasa de niños/as y adolescentes en acogimiento familiar y residencial también ha aumentado de 2021 a 2023 (Figura 3).

Figura 3. Tasa de niños y niñas de hasta 17 años por cada 100 mil niños/as de hasta 17 años en acogimiento residencial y familiar, 2021-2023



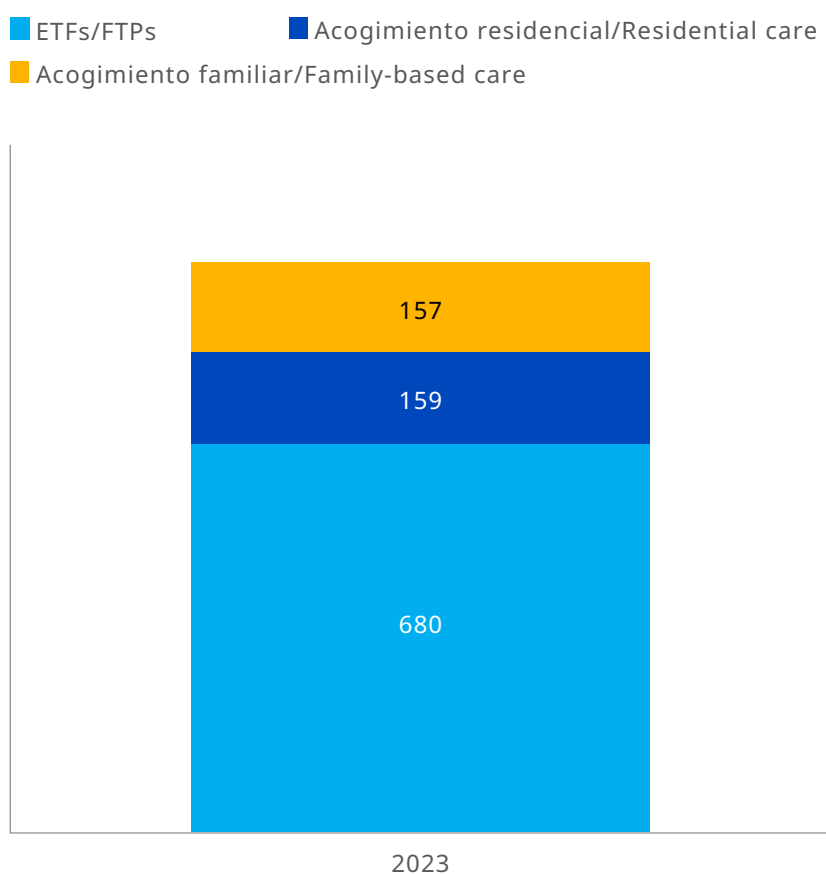
Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía. 2024. Maltrato y Protección. Informe OIA-A2024. Estado de la Infancia y Adolescencia en Andalucía. Cuaderno n.º 3. Granada; cálculos de los autores.

A finales de 2023, incluso si se incluyen los niños, niñas y adolescentes en riesgo o en proceso de reintegración que se encuentran en ETF, el porcentaje de la población infantil en el sistema de atención y protección es, no obstante, bajo, del 1 % (996 por cada 100 mil niños/as), de los cuales el 0,32 % son niños, niñas y adolescentes en acogimiento familiar o

residencial (Figura 4).

La tasa de niños y niñas en acogimiento familiar o residencial en el conjunto de España en 2018 fue superior, con un 0,5 %, aunque inferior a la de Bélgica en 2019, con un 0,86 %, o a la del Reino Unido en 2020, con un 0,66 %.³⁸

Figura 4. Tasa de niños y niñas de hasta 17 años por cada 100 mil niños/as de hasta 17 años en ETF, acogimiento familiar y residencial en Andalucía en 2023



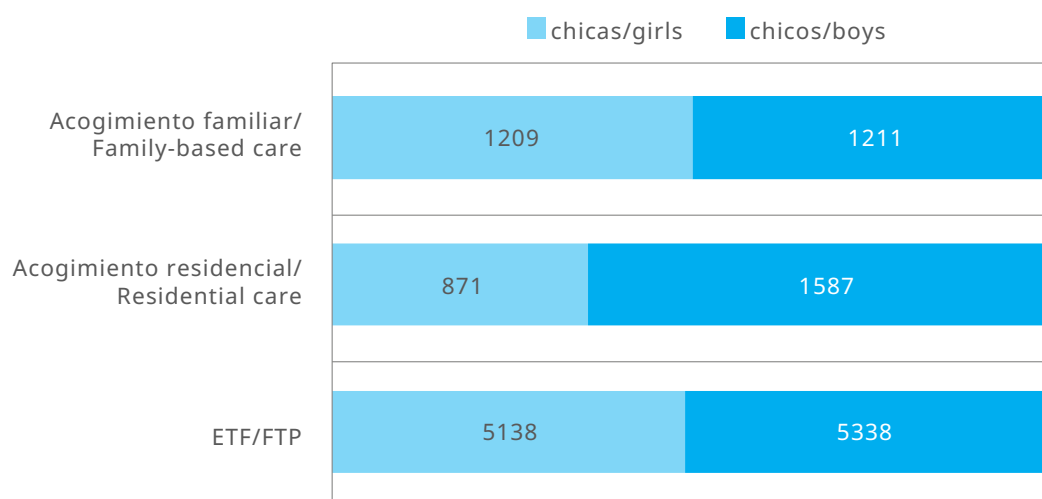
Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía; datos de PTF de la DG de Infancia, Adolescencia y Juventud de Andalucía; cálculos de los autores.

Hay prácticamente el mismo número de niños y niñas en régimen de acogimiento familiar y en los ETF. Sin embargo, el número de niños en acogimiento residencial es casi el doble que el de niñas (Figura 5), lo que probablemente se deba al número de niños de más edad con condición de migrantes que entran en el sistema de protección de Andalucía cada año.

Según el Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía, alrededor del 70 % de las admisiones durante 2024 fueron de niños y niñas no acompañados/as con condición de migrantes, de los cuales el 90 % eran niños y el 65 % mayores de 16 años.³⁹

38 UNICEF. 2023. [Pathways to Better Protection. Serie analítica TransMonEE](#). Ginebra.

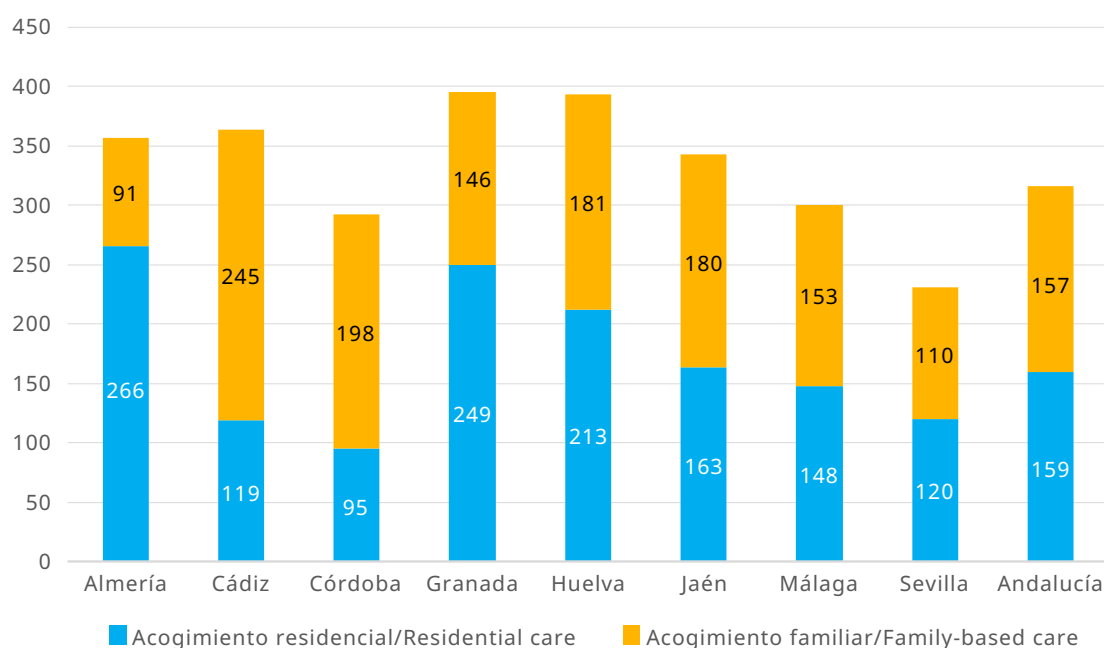
39 Información facilitada al estudio por el Observatorio de la Infancia y Adolescencia, marzo de 2025.

Figura 5. Número de niños y niñas de hasta 17 años en ETF, acogimiento familiar y residencial en Andalucía en 2023

Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía. 2024. Maltrato y Protección. Informe OIA-A2024. Estado de la Infancia y Adolescencia en Andalucía. Cuaderno n.º 3. Granada; datos de PTF de la DG de Infancia, Adolescencia y Juventud de Andalucía.

Existen variaciones en el número y las tasas de niños, niñas y adolescentes en acogimiento familiar o residencial en las provincias de Andalucía, con los números más elevados en las provincias más pobladas: Sevilla, Málaga y Cádiz. La tasa por cada 100 mil niños y niñas en Cádiz también es

relativamente alta, especialmente de niños y niñas en acogimiento familiar; pero, por lo demás, las tasas más altas se dan en Huelva, Jaén y Granada. Las tasas más altas de acogimiento residencial se encuentran en Almería, Granada, Huelva y Jaén y las más bajas en Córdoba, Cádiz, Sevilla y Málaga (véase la Figura 6).

Figura 6. Tasas por cada 100 mil niños/as y adolescentes de hasta 17 años en acogimiento familiar y residencial en las provincias y en Andalucía en 2023.

Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía; cálculos de los autores.

4.2 Patrones de uso de los servicios de salud mental

Subtitulares

- De los más de 90 mil usuarios únicos de servicios de salud mental infantil en Andalucía, se estima que el 4 % son niños, niñas y adolescentes en el sistema de protección.
- La demanda registrada de servicios de salud mental es significativamente mayor entre los niños/as en el sistema de atención y protección en comparación con la población infantil en general. Por ejemplo, se constata que entre el 22 y el 23 % de los niños/as en acogimiento residencial y ETF son derivados a servicios de salud mental. La tasa es aún mayor entre los niños/as en ETF, con un 31 %. Esto representa de tres a cuatro veces más que el uso de los servicios de salud mental por parte de la población infantil en general (6,3 %).
- La mayoría de las derivaciones registradas (alrededor del 72 %) dieron lugar a algún tipo de tratamiento, lo que sugiere que las derivaciones desde el sistema de protección están generalmente bien fundadas.
- Los problemas de conducta son el principal motivo de las derivaciones a los servicios de salud mental desde el sistema de atención y protección. Por ejemplo, alrededor del 57 % de todas las derivaciones estaban relacionadas con problemas de conducta, evaluación y tratamiento del TDAH o trastorno del espectro autista (TEA). La mayoría de estas derivaciones se confirmaron y los niños/as recibieron atención y tratamiento.
- Los niños, niñas y adolescentes con discapacidad y las niñas en el sistema de acogida parecen acceder a los servicios de salud mental en tasas más altas que el resto de los niños y niñas. Por ejemplo, se constató que el 59 % de los niños y niñas con discapacidad de la muestra habían sido derivados a servicios de salud mental y las niñas declararon tasas más altas de uso de estos servicios (76 %) en comparación con los niños (31 %).
- Sin embargo, los niños/as y adolescentes migrantes no acompañados/as acceden a los servicios con una tasa similar a la de la población infantil en general (aproximadamente el 6 %), significativamente más bajas que las de otros niños/as y adolescentes en situación de acogida, lo que puede indicar barreras de acceso.

Las propuestas de derivación a las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) y a las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) sirven como indicadores indirectos de los niveles de demanda, al menos según la percepción de las organizaciones de

derivación en materia de atención primaria y protección de la infancia. El cálculo de las propuestas de derivación⁴⁰ ayuda a comprender la proporción de niños y niñas en el sistema de atención y protección que reciben evaluaciones de salud mental.

40 Una «propuesta de derivación» es una derivación que se ha presentado, pero que puede que la organización receptora aún no haya aceptado.

4.2.1 Número y porcentaje de derivaciones a USMC y USMIJ desde acogimiento residencial y programas de tratamiento familiar

De la muestra completa de 497 niños, niñas y adolescentes, los proveedores de servicios informaron de 111 derivaciones a USMC y USMIJ, incluidos 13 niños y niñas derivados a ambos servicios (Tabla 5). Esto representa el 22,3 % de todos los niños, niñas y adolescentes del conjunto de datos.

De estas derivaciones, el 27,9 % eran niñas y el 71,2 % niños. Sin embargo, estas cifras deben interpretarse con cautela, ya que algunos proveedores de servicios solo facilitaron datos sobre niños/as que habían sido derivados a servicios de salud mental, lo que podría distorsionar las tasas generales de prevalencia.

Tabla 5. Motivos de derivación a USMC, USMIJ o ambas

Motivo de la derivación a USMC/USMIJ o ambas	USMC/USMIJ o ambas	% de todas las derivaciones
TDAH	21	18.9%
Evaluación de problemas de conducta (incluidos TDAH o TEA)	12	10.8%
Conducta	30	27.0%
Suicidio o ideación suicida	7	6.3%
Ansiedad	5	4.5%
Depresión	4	3.6%
Retrasos en el desarrollo o discapacidad intelectual	4	3.6%
Trastorno de la conducta alimentaria	4	3.6%
Autolesiones	3	2.7%
Trauma/riesgo en la familia	3	2.7%
Síndrome alcohólico fetal	1	0.9%
Trastorno emocional/problemas emocionales	3	2.7%
Trastorno de adaptación	2	1.8%
Trastorno del espectro autista (TEA)	2	1.8%
Trastorno por estrés postraumático	1	0.9%
Intervención temprana en psicosis	1	0.9%
Otros (apatía, episodios psicóticos)	5	4.5%
No especificado	3	2.7%
Todos	111	

Fuente: encuesta a los proveedores de servicios de protección y atención a la infancia (la lista de motivos se extrajo de los proporcionados por los servicios que completaron la encuesta).

Los datos más fiables provienen de los proveedores de servicios que incluyeron registros completos de todos los niños, niñas y adolescentes bajo su cuidado: doce proveedores de atención residencial y siete Programas de Tratamiento Familiar (ETF). De este subconjunto de 384 niños, niñas y adolescentes, se

declararon 88 derivaciones (incluidas cuatro derivaciones a ambos servicios), lo que representa el 22,9 % de esta población. Por lo general, los niños y niñas son derivados a la USMIJ desde la USMC, por lo que cuando los servicios informan de que han sido derivados a la USMIJ sin indicar la USMC, esto

probablemente significa que ya estaban acudiendo a la USMIJ cuando fueron admitidos en el servicio o que fueron derivados primero a la USMC y luego a la USMIJ. Entre estas derivaciones, el 69,3 % eran niños (61 derivaciones) y el 29,5 % eran niñas (26 derivaciones), y en un caso no se disponía de información sobre el género.

Los datos revelan tasas de derivación variables en los diferentes entornos de atención. De la muestra de 156 niños/as y adolescentes en ETF, 48 (30,8 %) fueron derivados a servicios de salud mental. De ellos, el 64,6 % eran niños y el 33,3 % niñas.

En el caso de los niños, niñas y adolescentes de menos de 18 años en acogimiento residencial (109 individuos), la tasa de derivación notificada es del 22 % (24 derivaciones), de los cuales el 70,8 % eran niños.

Cabe señalar que la muestra analizada no representa de manera global al conjunto de la población general del sistema de protección. Los niños, niñas y adolescentes en acogimiento residencial están sobrerrepresentados (un 50,5 % de la muestra, comparado con el 16 % de los niños/as y adolescentes de todo el sistema). En comparación, los niños/as y adolescentes en ETF están infrarrepresentados (un 44,5 % en la muestra, comparado con el 68,2 % en todo el sistema de protección). Los datos sobre los niños/as y adolescentes en acogimiento familiar son particularmente limitados, con solo 15 niños/as (un 5 % de la muestra) en comparación con el 15,8 % del sistema general. La muestra también contiene un número notablemente menor de niñas en acogimiento residencial (16,4 %) que la población real de acogimiento residencial (35,4 %).

En general, el número y el porcentaje de derivaciones a servicios de salud mental desde el sistema de protección parece ser de alrededor del 23 %, con tasas más altas en los ETF (aproximadamente el 31 %) y tasas más bajas en el acogimiento residencial (alrededor del 22 %). Los niños constituyen aproximadamente dos tercios de las derivaciones de los ETF y una proporción aún mayor del acogimiento

residencial, aunque esto puede reflejar en parte la infrarrepresentación de las niñas en la muestra.

4.2.2 Niños, niñas y adolescentes con discapacidad

La tasa de prevalencia de la discapacidad en Andalucía es del 10,45 % para las personas mayores de 6 años (8,89 % entre los hombres y 11,96 % entre las mujeres).⁴¹ De la muestra completa de 497 niños, niñas y adolescentes, 51 (10,26 %) tienen discapacidades confirmadas o están siendo evaluados, lo que está en consonancia con la prevalencia entre la población general.

Sin embargo, los niños/as con discapacidad están representados en mayor medida entre las derivaciones a servicios de salud mental comparado con su presencia en la población infantil general. De las 111 derivaciones comunicadas, 30 (un 27 %) correspondían a niños/as con discapacidad o en proceso de evaluación de esta, a pesar de que este grupo constituía solo el 10,3 % de la muestra. Si se examina en términos de porcentaje de niños/as y adolescentes con discapacidad derivados a servicios de salud mental, un 59 % de todos los niños/as con discapacidad de la muestra fueron derivados a servicios de salud mental, en comparación con el 22 % de los niños/as en general. Entre los niños, niñas y adolescentes en acogimiento residencial, la tasa es del 52 %.

Este porcentaje de niños/as y adolescentes con discapacidad entre aquellos reportados como derivados a servicios de salud mental puede deberse a que algunas afecciones, como el TDAH, se clasifican como afecciones de salud mental y discapacidades, que a menudo requieren medicación o intervenciones de los servicios de salud mental. Además, los niños/as y adolescentes con diversas dificultades funcionales son más propensos a tener una peor salud mental que los niños/as y adolescentes sin discapacidad y pueden experimentar más dificultades para comunicar sus necesidades de apoyo.⁴² Igualmente, las afecciones de salud mental que impiden la funcionalidad, incluidas la ansiedad y la depresión, pueden

41 Datos del Instituto Nacional de Estadística consultados aquí: https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=51521#_tabs-grafico

42 Véase, por ejemplo: Royal College of Speech and Language Therapists. 2020 Supporting children and young people's mental health services. Reino Unido <https://www.rcslt.org/wp-content/uploads/media/docs/RCSLTCPMHSA4Digital.pdf>

considerarse como discapacidades, lo que crea solapamientos que complican la interpretación de los datos.

También es notable que las niñas en el sistema de protección que respondieron a la encuesta en línea parecen acceder a los servicios de salud mental en tasas más altas que los niños, ya que las niñas informan del uso de los servicios de salud mental en un 76 % en comparación con el 31 % de los niños. Esta disparidad de género requiere una mayor investigación, sobre todo dada la infrarrepresentación de las niñas en la muestra.

4.2.3 Niños, niñas y adolescentes migrantes no acompañados/as

De toda la muestra, 201 niños, niñas y adolescentes (un 40,4 %) tienen o han tenido la condición de niños/as y adolescentes migrantes no acompañados. En 2022, hubo 1150 nuevas admisiones de niños/as no acompañados en el sistema de protección de la infancia de Andalucía (el 91,6 % eran niños y más del 65 % mayores de 16 años),⁴³ lo que representa aproximadamente la mitad de todo el acogimiento residencial de ese año. Esto sugiere que la alta proporción de niños/as y jóvenes adultos migrantes no acompañados en la muestra representa de manera razonable a la población en acogimiento residencial. Casi todos estos niños, niñas y adolescentes (198 de 201) se encontraban en acogimiento residencial. Si se utiliza el recuento completo más fiable de 228 niños, niñas y adolescentes de menos de 18 años en acogimiento residencial, había 163 niños, niñas y adolescentes con condición de migrante (71 %), incluidos 162 niños y una niña. De ellos, solo 10 (6,1 %) fueron derivados a servicios de salud mental, todos ellos niños. A pesar de estar significativamente sobrerrepresentados en el acogimiento residencial, los niños/as migrantes son derivados a servicios de salud mental en una tasa similar a la de la población infantil general de Andalucía (un 6,3 % en 2023). Esta tasa es significativamente más baja que la de otros niños/as y

adolescentes en situación de acogida, lo que puede indicar barreras de acceso para esta población vulnerable.

4.2.4 Motivos de derivación y seguimiento

De las 111 derivaciones registradas, 45 se derivaron a USMC, 53 a USMIJ y 13 niños/as y adolescentes se derivaron a ambas.⁴⁴ Los problemas de conducta son el principal motivo de las derivaciones a los servicios de salud mental desde el sistema de protección. Las razones más comunes indicadas por los proveedores de servicios para la derivación fueron el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), las evaluaciones para el TDAH o el trastorno del espectro autista (TEA) y diversos problemas de conducta, que comprenden aproximadamente el 57 % de todas las derivaciones registradas (Tabla 5). La conducta suicida (6,3 %) y la ansiedad (4,5 %) fueron las siguientes razones más comunes.

La mayoría de las derivaciones registradas, alrededor del 72 % (80 derivaciones), recibieron algún tipo de tratamiento. Los casos restantes carecían de información de seguimiento, se derivaron a otros servicios, correspondían a casos en los que el menor no acudió o, en casos aislados, dieron lugar a evaluaciones negativas y no se designó ningún seguimiento específico de salud mental.

La mayoría de los casos derivados para evaluaciones de TDAH o problemas de conducta parecen confirmar el diagnóstico y los niños/as reciben tratamiento regular. De los 22 casos derivados a la USMC para evaluaciones de conducta, TDAH o TEA, 12 recibieron algún tipo de tratamiento. Del mismo modo, de los 36 casos derivados a la USMIJ por razones similares, 28 recibieron terapia o medicación de forma regular. Esto sugiere que las derivaciones desde los ETF y los servicios residenciales suelen estar bien fundadas y adecuadas.⁴⁵

Unos datos de seguimiento más sólidos ayudarían a determinar con mayor precisión los niveles reales de derivaciones no confirmadas relacionadas con la

43 Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía, marzo de 2025, información facilitada al estudio.

44 Un menor puede ser atendido inicialmente por una USMC y luego derivado a una USMIJ. Los menores derivados a una USMIJ pueden haber sido derivados a una USMC y luego a una USMIJ antes de llegar al proveedor de servicios que respondió a la encuesta.

45 Los expertos informan que la tasa de derivaciones confirmadas entre la población infantil total es del 52 % (taller del proyecto, mayo de 2025).

conducta. Además, como se señaló durante la validación de los resultados, los diferentes tipos de centros residenciales pueden mostrar distintos patrones de derivación, ya que los centros de protección inmediatas pueden tener tasas de derivación diferentes a las de los servicios de acogida residencial básica. Uno de estos centros proporcionó datos que mostraban tasas de derivación que fluctuaban entre el 0 y el 13 % a lo largo de cinco años, con una media del 5,8 % en general, pero no se percibía ningún patrón claro.

4.2.5 Patrones de uso de otros programas de intervención para niños, niñas y adolescentes con necesidades de apoyo en salud mental

Intervenciones organizadas por las autoridades de protección de la infancia de Andalucía para apoyar la salud mental y el bienestar de niños, niñas y adolescentes en el sistema de protección

La Dirección General de Infancia, Adolescencia y Juventud organizó inicialmente un programa en todas las provincias para la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento de los niños/as víctimas de violencia sexual, dando prioridad a los niños y niñas del sistema de protección a la infancia. Conocidos como «Programas de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento a niños y niñas víctimas de violencia sexual» (PVS), estos servicios son concertados por los Servicios de Prevención de las Delegaciones Territoriales correspondientes y son gestionados y dirigidos por la Fundación Márgenes y Vínculos en Granada y las provincias de Andalucía Oriental, y la Asociación ADIMA en Sevilla y las provincias de Andalucía Occidental.⁴⁶

A partir de 2021, se estableció un «Programa psicoterapéutico para niños, niñas y adolescentes en el sistema de protección» para brindarles apoyo, abordando las dificultades emocionales, psicológicas y conductuales derivadas de experiencias vitales adversas, que ponen en peligro la estabilidad emocional y la integración sociofamiliar, lo que, en

última instancia, afecta al desarrollo y bienestar de niños, niñas y adolescentes del sistema de protección. Este servicio está diseñado para apoyar a los niños/as y adolescentes que se enfrentan a desafíos debido al tiempo que pasan en el sistema de atención, independientemente de la causa específica de sus dificultades.

Otros servicios especializados de intervención psicosocial y salud mental públicos y privados relevantes para niños, niñas y adolescentes del sistema de protección

Una serie de servicios o programas especializados en salud mental para niños y niñas, adolescentes y jóvenes adultos con adicciones, o con trastornos del espectro autista son gestionados por organizaciones no gubernamentales u otras entidades del sistema público de salud de Andalucía, y también están disponibles para los niños, niñas y adolescentes en el sistema de protección. Entre los servicios a los que los proveedores de servicios informan que se deriva a los niños/as y adolescentes de protección, además del Servicio de Intervención Psicoterapéutica (SIP), se encuentran:

- Asociación Granadina de Asperger-TEA⁴⁷: una de las varias asociaciones no gubernamentales que prestan servicios a niños/as con trastornos del espectro autista y a sus familias.
- Programa ITP (Intervención Temprana de Psicosis): un servicio de salud especializado dentro del sistema de servicios de salud mental de Andalucía que se centra en la intervención temprana para prevenir la psicosis.
- Comunidad Terapéutica para Tratamiento de Adicciones (Los Palacios, Sevilla): para adultos, este servicio es uno de los muchos servicios gubernamentales y no gubernamentales de Andalucía que tratan a niños/as y adultos con adicciones.

De la muestra completa de la encuesta de 497 niños, niñas y adolescentes, 18 personas (o el 3,6 %) están registradas como usuarios o han sido derivadas a

46 <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/inclusion-social-juventud-familia-e-igualdad/areas/infancia-familias/tratamiento/paginas/tratamiento-familias-menores.html>

47 Trastorno del espectro autista (TEA)

servicios especializados de salud mental, que podrían ser cualquiera de las intervenciones especializadas mencionadas anteriormente. De ellos, 10 son niñas/adolescentes y 8 son niños/adolescentes. Trece de estos niños, niñas y adolescentes también reciben o han recibido servicios de USMIJ o USMC, de los cuales cuatro reciben o han recibido servicios de los tres (USMIJ, USMC y un programa o intervención especializados). Tres de los niños, niñas y adolescentes proceden de servicios de ETF y 15 de servicios residenciales.

Las citas en los servicios psicoterapéuticos u otras intervenciones especializadas son más frecuentes que en las USMC y las USMIJ. La mayoría son semanales, quincenales y mensuales, o menos frecuentes, en función de las necesidades del menor y de cómo haya progresado el tratamiento. Algunos son provistos en centros residenciales en los que el niño, niña o adolescente vive mientras recibe tratamiento.

5 Mapeo de la oferta de servicios de salud mental y apoyo psicosocial relevantes para niños, niñas y adolescentes del sistema de protección a la infancia

Titulares

Estructura y capacidad de los servicios de salud mental

- Existe una grave escasez de personal para los servicios de salud mental específicos para niños/as.
- Psicólogos/as, psiquiatras y enfermeros/as de salud mental de 78 USMC trabajan con niños/as y adultos en toda Andalucía. De estos, solo 19 psicólogos/as clínicos/as atienden exclusivamente a niños/as y adolescentes.
- La capacidad de los hospitales de día que cumplen los estándares mínimos es de 170 plazas en 6 USMIJ en toda la región.
- El 6,3 % de la población infantil de Andalucía utiliza los servicios de salud mental prestados por las USMC y las USMIJ.
- 20 mil niños, niñas y adolescentes más utilizaron los servicios de salud mental prestados por las USMC en 2023, en comparación con 2018.
- El uso de los servicios es mayor en Cádiz, Huelva y Sevilla, y menor en Jaén, Almería y Granada.
- Dos tercios de los usuarios de los servicios son niños y un tercio son niñas.
- Los diagnósticos más comunes son los trastornos de ansiedad, los trastornos del espectro autista y el TDAH.

Servicio de Intervención Psicoterapéutica (SIP)

- En 2023 se atendió a 530 niños y niñas en toda Andalucía.
- La cobertura solo llega al 10,8 % de los niños y niñas en acogimiento residencial y al 7,2 % en acogimiento familiar.
- Las variaciones provinciales son muy notables: un 25 % de cobertura en Córdoba frente a una media autonómica del 10,3 %.
- Sin embargo, esto se refleja en la proporción de personal por paciente, que oscila entre 1:16 en Málaga y 1:29 en Córdoba.
- Solo 17 profesionales de la salud mental cubren todo el sistema SIP en toda la región.
- El diseño de servicios está basado en un modelo terapéutico de cuatro componentes centrado en la recuperación del trauma.

5.1 Servicios de apoyo psicosocial a niños, niñas y adolescentes del Sistema de protección

Programa de tratamiento a familias con menores en situación de riesgo o desprotección

El Programa de tratamiento a familias con menores en situación de riesgo o desprotección que se regula en el Decreto 100/2022, de 7 de junio, tiene como finalidad evitar la separación de los niños, niñas y adolescentes de su familia ó posibilitar su reintegración familiar en aquellos casos en los que, tras la adopción de una medida de protección, se contemple como la alternativa más adecuada al interés superior del menor, todo ello desde una perspectiva de derechos de la infancia.

En el conjunto de Andalucía la implementación del Programa implica el trabajo de 156 equipos multidisciplinares (psicólogos/as, educadores/as sociales y trabajadores/as sociales) compuestos por 496 profesionales.

Programa de evaluación, diagnóstico y tratamiento a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual en Andalucía.

Es un servicio altamente especializado que tiene por objeto la evaluación y diagnóstico de niños, niñas y adolescentes posibles víctimas de violencia sexual, con el fin de verificar o descartar la existencia de la misma, a través de la evaluación psicológica, social y familiar pertinente así como proporcionarles un tratamiento psicosocial que les permita superar las secuelas y los trastornos psicológicos y lograr su equilibrio personal y familiar, así como la orientación legal y social que, tanto los y las menores como sus familias, necesiten sobre las pautas y recursos a utilizar para superar la situación sufrida.

Servicio de Gestión para la Adopción y el Acogimiento Familiar (SGAAF)

El Servicio de Gestión para la Adopción y el Acogimiento Familiar (SGAAF), que antes se conocían como Servicio para la Adopción y el Acogimiento Familiar (SAAF) y Servicio Posadopción (SPA), brindan apoyo general para el cuidado y la adopción en familia, incluidos elementos de apoyo psicológico con objetivos como:

- 1 evaluar la integración de los niños y niñas en las familias;
- 2 identificar necesidades (económicas, sanitarias, educativas, terapéuticas);
- 3 proporcionar apoyo psicosocial y educativo a las familias;
- 4 ofrecer apoyo socioeducativo complementario a los niños y niñas para apoyar la reintegración familiar o la preparación para dejar el sistema de acogida;
- 5 facilitar relaciones normalizadas entre los niños/as y sus familias biológicas.

El SGAAF proporciona apoyo psicosocial a niños y niñas en hogares de acogida y tras la adopción. Cuentan con psicólogos/as entre su personal que proporcionan algunos tipos de intervenciones terapéuticas y apoyo a la salud mental y el bienestar de los niños, niñas y adolescentes del sistema de protección, pero no servicios de salud mental, que solo puede proporcionar el sistema de salud.

Servicio de Atención Psicoterapéutica

El Artículo 128 de la Ley 4/2021, del 27 de julio, sobre Infancia y Adolescencia de Andalucía estableció la atención psicoterapéutica para garantizar el diagnóstico y tratamiento de los niños y niñas en el sistema de protección cuando manifiesten problemas psicológicos, emocionales o de conducta derivados de la violencia o de trastornos del apego.

En virtud de esta disposición, la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad pone a cargo del SIP que atienda a los niños y niñas cuyas experiencias negativas pasadas pongan en riesgo su estabilidad emocional y su integración sociofamiliar, afectando así a su desarrollo y bienestar.

Además, el Servicio de Gestión para la Adopción y el Acogimiento Familiar (SGAAF), que antes se conocían como Servicio para la Adopción y el Acogimiento Familiar (SAAF) y Servicio Posadopción (SPA), brindan apoyo general para el cuidado y la adopción en familia, incluidos elementos de apoyo psicológico con objetivos como:

- evaluar la integración de los niños y niñas en las familias;
- identificar necesidades (económicas, sanitarias, educativas, terapéuticas);
- proporcionar apoyo psicosocial y educativo a las familias;
- ofrecer apoyo socioeducativo complementario a los niños y niñas para apoyar la reintegración familiar o la preparación para dejar el sistema de acogida;
- facilitar relaciones normalizadas entre los niños/as y sus familias biológicas.

El SGAAF proporciona apoyo psicosocial a niños y niñas en hogares de acogida y tras la adopción. Cuentan con psicólogos/as entre su personal que proporcionan algunos tipos de intervenciones terapéuticas y apoyo a la salud mental y el bienestar de los niños, niñas y adolescentes del sistema de protección, pero no servicios de salud mental, que solo puede proporcionar el sistema de salud. El SIP ofrece importantes recursos adicionales de apoyo a la salud mental y bienestar psicosocial, específicamente para los niños, niñas y adolescentes en el sistema de protección o para los que van a salir del sistema. El modelo del SIP se centra en las intervenciones integrales con diagnósticos e intervenciones específicos para reparar el daño emocional causado por problemas de protección intrafamiliar. El modelo de intervención terapéutica tiene cuatro componentes clave:

1. Evaluación integral de la persona que busca tratamiento
2. Establecimiento de una relación terapéutica cercana, fiable y segura
3. Metodología coherente usando programas de terapia basados en evidencias
4. Apoyo y fomento de la resiliencia

La coordinación con los servicios de protección de la infancia y otros servicios relacionados en los ámbitos de los servicios sociales, la salud y la educación es fundamental para este modelo. El SIP se dirige a niños, niñas y adolescentes que se encuentran en acogimiento residencial, acogimiento familiar, cuidado por parte de familiares y en programas de

preparación para la vida independiente (PPVI) cuando todos los demás proveedores de servicios del sistema de protección no han podido atender sus necesidades de apoyo en materia de salud mental. Los servicios de protección de la infancia también pueden derivar a adolescentes o jóvenes que hayan salido del sistema de atención hasta los 25 años, incluso si actualmente no se encuentran bajo tutela fuera del hogar. Los niños y niñas en adopción que hayan recibido previamente servicios del SIP pueden seguir recibéndolos.

En 2023, el SIP atendió a 530 niños/as en toda Andalucía, con los números más altos en las provincias más pobladas: 94 en Sevilla, 84 en Cádiz y 79 en Málaga. En toda Andalucía, el 10,8 % de los niños, niñas y adolescentes en acogimiento residencial y el 7,2 % en acogimiento familiar utilizaron los servicios del SIP. Sin embargo, los patrones de uso varían considerablemente de una provincia a otra, sobre todo en el caso de los niños, niñas y adolescentes en acogimiento residencial. En Córdoba, más de una cuarta parte de todos los niños/as y adolescentes de edad en acogimiento residencial utilizaron el servicio en 2023, más del doble de la tasa general de Andalucía.

En general, un mayor porcentaje de niños y niñas en acogimiento residencial utilizaron estos servicios en relación con aquellos en acogimiento familiar, excepto en el caso de Málaga. En Almería y Cádiz, el porcentaje de niños, niñas y adolescentes en acogimiento residencial que utilizan el servicio es el doble que el de los niños, niñas y adolescentes en acogimiento familiar. Es más, de tres veces mayor en Huelva, donde el 17,4 % de los niños/as y adolescentes en acogimiento residencial utilizan los servicios, en comparación con solo el 4,7 % en acogimiento familiar. Estos hallazgos confirman las investigaciones que sugieren que los niños/as y adolescentes en acogimiento residencial tienen mayores necesidades de apoyo en materia de salud mental que los que están en acogimiento familiar. También podría indicar que los niños/as y adolescentes en acogimiento familiar acceden a servicios privados de salud mental con más frecuencia.

Diecisiete profesionales trabajan en los servicios de intervención psicoterapéutica para niños/as y

adolescentes en el sistema de protección: tres en cada una de las provincias más pobladas (Cádiz, Málaga y Sevilla) y 1,5 o 2 en las provincias más pequeñas. La proporción de personal es, en promedio, de un/a profesional por cada 22 usuarios activos del servicio en todas las provincias, con la proporción más baja en Málaga (1:16) y la más alta en Córdoba (1:29).

Aunque los/as pediatras que participaron en el estudio demostraron una gran familiaridad con los procedimientos de notificación para la protección de la infancia (por ejemplo, SIMIA), mostraron un conocimiento limitado de los protocolos de apoyo a la salud mental interinstitucionales al hablar de las necesidades de salud mental de los niños, niñas y adolescentes en el sistema de protección.

5.2 Estructura y capacidad de los servicios de salud mental

Los servicios de salud mental de Andalucía están organizados en 27 Unidades de Gestión de Salud Mental en hospitales. Cada provincia cuenta con al menos un hospital que supervisa los servicios para niños, niñas y adolescentes prestados tanto en las USMC como en los hospitales. Algunas provincias tienen varios hospitales. La capacidad de los servicios varía de una provincia a otra y, según una encuesta de 2023 del Servicio Andaluz de Salud, resulta difícil definir claramente el personal de salud mental dedicado exclusivamente a niños, niñas y adolescentes, ya que muchos/as profesionales trabajan con todos los grupos de edad.⁴⁸

La encuesta de 2023 reveló que no todos los servicios cumplen con los estándares mínimos de dotación de personal, instalaciones y capacidad. Las USMC de Andalucía, por ejemplo, cuentan con psicólogos/as clínicos/as, psiquiatras y personal de enfermería especializado que trabajan con adultos y niños/as. Se estima que hay 19 psicólogos/as clínicos/as y cinco enfermeros/as especializados/as dedicados exclusivamente a niños, niñas y adolescentes. El resto del personal, incluidos ocho psiquiatras, trabaja con niños, niñas y adolescentes, pero también puede atender a otros pacientes. La capacidad de los hospitales de día que cumplen los estándares mínimos en las USMIJ (Unidades especializadas en salud mental infantil y juvenil) es de 170 plazas.

A pesar de las limitaciones de capacidad, según el análisis de los datos de los servicios de salud mental del SAS facilitados para la evaluación, el número de

usuarios únicos de hasta 17 años que acceden a los servicios de salud mental está creciendo de forma constante, especialmente en las USMC. Tras una ligera disminución en 2018 y 2019 y una caída significativa en 2020 debido a la COVID-19, el uso de los servicios ha aumentado sustancialmente desde 2021. En 2023, los servicios de USMC atendían a 64 603 niños/as de 18 años, lo que supone 20 mil niños/as de 18 años más que en 2018, cuando atendían a 45 mil niños, niñas y adolescentes (un aumento del 43,6 %).

El porcentaje de la población infantil que utiliza los servicios de salud mental varía según la provincia, pero aumentó en un 0,61 % en toda Andalucía entre 2021 y 2023, momento en el que suponía el 6,31 % de la población infantil.⁴⁹ Los niveles de uso son más altos en Cádiz, Huelva y Sevilla, y más bajos en Jaén, Almería y Granada. Estas variaciones probablemente reflejan diferencias en la capacidad de los servicios más que en los niveles de demanda.

En 2023, el 4,19 % de la población infantil andaluza de hasta 17 años recibió servicios de salud mental de las USMC. Existen variaciones regionales, con porcentajes más altos en Sevilla y Córdoba, mientras que Málaga muestra un uso muy bajo de USMIJ en comparación con el uso de USMC. Estas diferencias se derivan de las variaciones en la capacidad más que de los diferentes modelos de prestación de servicios.

Aproximadamente dos tercios de los usuarios de servicios de salud mental infantil y juvenil en Andalucía son niños. En 2023, 58 457 niños utilizaron los servicios de USMC y USMIJ, frente a 39 548 niñas.

48 Servicio Andaluz de Salud, SAS (2023) Informe Global / 24.4.23: Cuestionarios sobre salud mental infantil y adolescente UGC/USMIJ/USMC 2022-3. No publicado.

49 Cálculos de los autores basados en datos del Servicio Andaluz de Salud y del Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía. 2024. Población Municipal 2023. Estado de la Infancia y Adolescencia en Andalucía. Granada

Aunque la población infantil en general está disminuyendo, el porcentaje de niños que utilizan estos servicios es proporcionalmente mayor que el de las niñas, a pesar de que el número de niñas que acceden a los servicios está aumentando.

Las afecciones de salud mental más frecuentes entre los niños/as de 18 años en Andalucía son los trastornos de ansiedad, los trastornos del espectro autista, los trastornos de la adolescencia temprana (trastornos de conducta) y otros trastornos del desarrollo (principalmente el TDAH). Todos ellos aumentaron su prevalencia entre 2019 y 2023, excepto los trastornos de ansiedad, que disminuyeron en 2023.

El resto de los diagnósticos, como los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos del estado de ánimo, la dependencia del alcohol, el tabaco u otras sustancias y otros trastornos funcionales, tienen una prevalencia menor y han tendido a mantenerse en los mismos niveles o a disminuir ligeramente en el periodo de 2019 a 2023.

Los patrones de derivación para evaluaciones de TDAH o TEA y trastornos de la conducta identificados en los datos de la encuesta sobre niños, niñas y adolescentes en el sistema de protección presentados en la Tabla 5 están en consonancia con este patrón general de diagnósticos entre los niños, niñas y adolescentes en Andalucía.

5.3 Oferta y demanda: resumen y análisis de los hallazgos

Subtitulares

- Las cifras actuales de los servicios de salud mental en Andalucía ascienden a 97 191 usuarios únicos de servicios infantiles, con una estimación de 4306 niños/as (4,25 %) procedentes del sistema de protección.
- Además, 530 usuarios de servicios del sistema de protección utilizan el SIP (aproximadamente el 10,3 % de los niños/as en situación de acogida).
- Los servicios especializados ofrecen una mayor frecuencia de tratamiento que los servicios generales
- Las USMC y las USMIJ atienden a un número significativamente mayor de niños, niñas y adolescentes cada año, pero los/as profesionales y gestores/as del sistema de protección siguen mostrando preocupación por la falta de atención adecuada a las necesidades urgentes de salud mental de los niños/as y adolescentes en el sistema de protección.

Es difícil determinar los niveles reales de demanda y la oferta de servicios necesaria. Sin embargo, la encuesta a los proveedores de servicios y otros datos indican lo siguiente:

- La demanda de servicios de las USMIJ y las USMC es probablemente de 3 a 4 veces mayor entre los niños/as en el sistema de protección (18-22 %) que entre la población infantil general de Andalucía (6,3 %).
- Es probable que los niños/as y adolescentes en acogimiento familiar tengan necesidades de servicios de salud mental similares a las de los niños/as en acogimiento residencial o en ETF,

aunque unos mejores entornos de acogida en familias pueden mitigar algunas de esas necesidades.

- En el caso de los niños/as y adolescentes en ETF, la demanda (propuestas de derivación) es cinco veces mayor (31 %) que el uso de los servicios de salud mental en la población infantil en general (6,3 %), con patrones de derivación por género similares a los de la población general (dos tercios de niños y un tercio de las niñas).
- La mayoría de las derivaciones a USMC y USMIJ (alrededor del 72 %) recibieron algún tratamiento, con información limitada sobre otros casos.

- Más de la mitad de las derivaciones a servicios de salud mental (56,7 %) están relacionadas con problemas de conducta y con la evaluación y el tratamiento del TDAH y TEA, y la mayoría de ellas acaban en la prestación de servicios.
- Los niños/as y adolescentes con discapacidad están representados en mayor medida entre los niños/as en situación de acogimiento que utilizan servicios de salud mental, lo que puede reflejar un elevado número de diagnósticos de TDAH clasificados como discapacidades.
- Los niños y los adolescentes migrantes no acompañados utilizan los servicios de salud mental en niveles similares a los de la población infantil en general, posiblemente debido a diferentes experiencias adversas en la infancia, a una mayor resiliencia o a barreras de acceso, como el idioma, la cultura y el estigma.
- La capacidad general es baja en los servicios de salud mental, especialmente en las USMC, donde los usuarios de los servicios aumentaron en un 45 % entre 2018 y 2023.
- El SIP proporciona una cobertura limitada (alrededor del 10,3 %) a los niños/as y adolescentes en acogimiento residencial y familiar, con un posible acceso a servicios privados para los que están en acogimiento familiar.
- La frecuencia del tratamiento varía, ya que las USMC y las USMIJ suelen ofrecer sesiones terapéuticas quincenales o mensuales y consultas psiquiátricas semestrales o anuales, mientras que el SIP ofrece citas más intensivas semanales o quincenales.

6 Perspectivas profesionales sobre el apoyo a la salud mental

Titulares

- Los procesos de derivación estandarizados pueden ayudar a superar barreras para el apoyo a la salud mental de los niños/as en el sistema de atención y protección.
- Los tiempos de espera para las primeras citas (43 días en USMC en 2024) y los periodos notables entre citas (3-6 meses) comprometen la continuidad del tratamiento de la salud mental.
- La alta rotación de personal que se reporta en los centros de acogimiento residencial puede agravar el trauma y limitar la estabilidad en las relaciones de los niños/as y adolescentes.
- Los profesionales de la salud mental afirman que reciben derivaciones de niños, niñas y adolescentes que, tras ser evaluados, no requieren tratamiento desde los servicios de salud mental. Esto puede ocurrir como resultado de criterios y guías poco claros y a la necesidad de crear capacidad entre aquellos/as profesionales que hacen las derivaciones.
- Entre las prácticas prometedoras que impactan a niños, niñas y adolescentes del sistema de protección se incluyen las unidades de pediatría social y los enfoques de divulgación y la coordinación interdisciplinar, y programas preventivos como los ETF

6.1 Perspectivas de la demanda

6.1.1 Procesos de derivación

La evaluación examinó las funciones y competencias de los/as profesionales en todo el sistema de protección, el sistema de atención primaria y los servicios de salud mental. Una de las principales conclusiones es que no existen criterios estandarizados, herramientas de evaluación, procedimientos que se utilicen de forma consistente en el sistema, al igual que no existe formación estandarizada para que el personal de atención

primaria, acogimiento residencial y los cuidadores de acogida apoyen las derivaciones a los niños/as y adolescentes para que reciban apoyo en materia de salud mental.

La principal vía de derivación a los servicios de salud mental es a través de los servicios de atención primaria y comunitaria, donde los/as pediatras realizan evaluaciones preliminares antes de derivar a los niños, niñas y adolescentes las USMC. Los/as pediatras se basan principalmente en la observación

clínica más que en instrumentos estandarizados, con algunas excepciones como la herramienta de detección M-CHAT para los trastornos del espectro autista en niños y niñas pequeños/as.⁵⁰

Aunque la mayoría de los centros residenciales derivan a los niños/as y adolescentes a través de los servicios de atención primaria, algunos tienen vías de derivación directas a las unidades de salud mental, sobre todo para los niños/as que han tenido contacto previo con los servicios de salud mental y cuando es necesario reactivar citas. En tales casos, no se realiza un seguimiento del contacto inicial con los servicios de atención primaria de salud para estos niños/as. Los criterios profesionales para determinar las necesidades de apoyo en materia de salud mental suelen incluir la observación de desregulación emocional, problemas de conducta o ansiedad por separación persistente.

Los/as cuidadores/as de acogida reportan haber solicitado derivaciones para niños/as a su cargo a través del canal habitual de atención primaria o consulta con profesionales de educación. Reportan que utilizan la intuición, la experiencia y la observación de cambios de comportamiento para saber cuándo necesitan buscar apoyo para el niño/a o adolescente a su cargo. Los/as profesionales de educación reportan que aplican protocolos estandarizados dentro del sistema de educación y derivan a las familias a servicios de salud mental. Esto depende de la cooperación con la familia y el conocimiento de los recursos disponibles.

6.1.2 Acceso a los servicios y seguimiento

Casi todos/as los/as participantes informaron haberse encontrado con retrasos para primeras citas y lapsos de entre 3 y 6 meses entre las citas de salud mental, lo que refleja la escasez de capacidad en los servicios de salud mental. Los datos de los servicios de salud mental muestran que la espera para las primeras citas en USMCs ha aumentado de 28 días en 2018 a 43 días en 2024. La presión en el sistema también implica que los niños/as que faltan a las citas a menudo dejan de recibir tratamiento y deben reiniciar el proceso de derivación,

independientemente de los motivos por los que faltaron a la cita.

Los/as cuidadores/as directos/as (personal residencial, cuidadores/as de acogida, padres y madres) suelen tener un mejor acceso a la información sobre la atención y el apoyo que los niños, niñas y adolescentes reciben de los servicios de salud mental que los/as profesionales que también trabajan con estos niños/as. Muchos profesionales, como los/as trabajadores/as sociales, los/as docentes y los/as pediatras afirman que dependen de los/as cuidadores/as o de los propios niños/as para obtener información sobre el seguimiento de la atención que están recibiendo los niños y niñas de los servicios de salud mental.

Los/as profesionales de la atención primaria señalan que la información que reciben de los servicios de salud mental es limitada. Solo los informes solicitados por padres y madres son visibles para otros/as profesionales, lo que crea lagunas en la coordinación de la atención.

Algunas familias de acogida recurren a servicios privados de salud mental cuando no pueden acceder a un apoyo oportuno a través de los servicios públicos.

6.1.3 Limitaciones del sistema en materia de salud mental y protección

Algunas profesionales consideran que la sobrecarga de los servicios de salud mental y la falta de especialistas clínicos/as provocan retrasos, dificultades de comunicación y lagunas en el tratamiento que prolongan la angustia y agravan los efectos del trauma. El drástico aumento de niños/as y adolescentes que requieren tratamiento de salud mental en Andalucía ha impactado la experiencia de los niños/as y adolescentes del sistema de protección, sus cuidadores/as y los/as profesionales que trabajan con ellos.

En septiembre de 2025 había cinco unidades de hospitalización psiquiátrica para niños, niñas y adolescentes: una unidad de hospitalización psiquiátrica de corta estancia para niños/as de 0 a 17

50 Para obtener más información sobre la prueba de detección del autismo M-CHAT, véase <https://www.mchatscreen.com/>

años en dos provincias y unidades de hospitalización para jóvenes de 14 a 18 años en tres provincias. En su defecto, los menores de 14 años que requieren hospitalización de corta duración por motivos de salud mental suelen ingresar en camas pediátricas. Los adolescentes de entre 14 y 18 años que requieren una hospitalización de corta duración por motivos de salud mental pueden ser ingresados en unidades para adultos debido a la escasez de instalaciones especializadas para jóvenes, con diferentes adaptaciones para la separación de los pacientes adultos. Algunas provincias no han establecido aún unidades específicas para jóvenes; todavía están planificando o identificando espacios para dichos servicios especializados.

Las limitaciones de recursos en el sistema de protección pueden estar contribuyendo a una alta rotación de personal (especialmente en los centros residenciales) que provocan limitaciones en la estabilidad de niños, niñas y adolescentes del sistema de protección. Esto puede agravar los efectos del trauma y aumentar la necesidad de apoyo en materia de salud mental y bienestar. La necesidad de menores condiciones de trabajo representa un factor que muchos encuestados reportan como contribuyente a la alta rotación del personal, como señaló un miembro del personal residencial: “Si hubiese unas condiciones buenas, la gente no cambiaría de trabajo”

Algunos miembros del personal y responsables de centros residenciales informan de que el acogimiento residencial puede limitar la capacidad de los niños/as para establecer relaciones seguras: “Cuando nos vamos, para nosotros es un cambio en las circunstancias de vida, pero los niños se quedan con sensación de abandono y otra herida más”.

Varios profesionales del lado de la demanda expresaron su preocupación por la sobre medicalización o patologización de los niños/as a su cargo, y un informante clave declaró lo siguiente: “psiquiatrizar los problemas de los entornos abusivos

me parece una laguna... es verdad que es importante entender los síntomas, pero es una manera de verlo. No todos los niños están trastornados... este niño está respondiendo lo más sanamente que puede a una situación adversa”

Los/as participantes, tanto desde el punto de vista de la prestación de servicios como desde el de los usuarios, subrayaron de manera sistemática la necesidad de enfoques especializados para abordar los desafíos particulares a los que se enfrentan los niños y niñas migrantes.

6.1.4 Necesidades de apoyo

Casi todos/as los/as profesionales y responsables del lado de la demanda citan la formación como el requisito principal. Entre los ámbitos de formación demandados se incluyen la identificación precoz de afecciones de salud mental, la respuesta al trauma y el apoyo en el duelo. Los/as profesionales, los/as cuidadores/as y los/as cuidadores/as de acogida también manifestaron necesidades concretas de apoyo en relación con su salud mental y su bienestar personal, incluidos servicios de asesoramiento, supervisión y reuniones de grupo.

Muchos/as profesionales dedicados a la protección de la infancia consideran que los protocolos, las directrices y las listas de verificación son buenas formas de identificar mejor las necesidades de salud mental de los niños, niñas y adolescentes y de responder a ellas (Tabla 7). Quieren criterios de derivación claros, procesos simplificados, un mejor acceso a los/as profesionales de la salud y un mejor intercambio de información entre profesionales y servicios de salud mental.

Los/as cuidadores/as de acogida sugieren que la salud mental y el apoyo psicosocial debería

estar disponible para niños, niñas y adolescentes del sistema de forma estandarizada. Los/as profesionales de la atención primaria recomiendan recursos específicos de salud mental para los niños/as en el sistema de protección.

Tabla 7. Resumen de los aspectos clave de los protocolos intersectoriales de salud mental para niños y niñas en el sistema de protección en Andalucía

Los/as profesionales identificaron dos protocolos intersectoriales clave que afectan a la salud mental de los niños y niñas en situación de acogimiento en Andalucía:

1. Protocolo para TDAH
2. Protocolo de prevención del suicidio

Similitudes:

- Asignan funciones que se superponen a los/as mismos/as profesionales en los ámbitos de la educación, la salud y los servicios sociales
- Exigen colaboración intersectorial
- Enfatizan el apoyo a la salud mental y el bienestar
- Comparten una estructura similar (instrucciones/acciones y procedimientos de control)

Diferencias:

- El protocolo para el TDAH es integral para niños, niñas y adolescentes de hasta 18 años, con especial atención a la educación y la salud
- El protocolo de suicidio prioriza la prevención, reconociendo a los niños y niñas del sistema de acogida como de alto riesgo

El procedimiento SIMIA para la actuación en situaciones de riesgo y desamparo de niños, niñas y adolescente tiene por objeto la detección, notificación, valoración y registro de casos en los que se tenga constancia o se sospeche la existencia de situaciones de riesgo o desamparo por parte de sus padres, madres, personas tutoras o guardadoras. Involucra y es de obligado cumplimiento para los distintos ámbitos y profesionales relacionados con la atención a la infancia y adolescencia, especialmente el educativo, sanitario y social.

Durante la evaluación el procedimiento SIMIA fue mencionado por muchos de los consultados como la

puerta de entrada de niños, niñas y adolescentes en el sistema de protección.

No se trata de un protocolo intersectorial de salud mental y apoyo psicosocial, sino de un procedimiento unificado e intersectorial que posibilita la detección y comunicación de situaciones que habrán de ser valoradas para su posterior intervención, con el fin de dar respuesta a las necesidades de apoyo psicosocial y de bienestar de los niños, niñas y familias facilitando los recursos del sistema de protección y de salud mental que se requieran.

6.2 Perspectivas de la oferta

6.2.1 Estructura de los servicios y derivaciones

Los servicios de salud mental están organizados de manera similar en cada provincia en los hospitales, con una estructura de tres niveles:

- Primer nivel: detección y actuación a través de los servicios educativos o de atención primaria incluyendo pediatría.

- Segundo nivel: Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC), donde se derivan la mayoría de los casos.
- Tercer nivel: Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) para casos más graves que requieren un seguimiento continuo.

Las excepciones incluyen derivaciones directas de pediatría a la USMIJ para menores de 6 años con

sospechas de TEA, hospitalizaciones (siempre derivadas provincia la USMIJ más cercana) y casos graves derivados por la Fiscalía.

Los/as profesionales de la salud mental afirman que los niños/as y adolescentes del sistema de atención y protección no reciben un trato diferente al de otros niños/as y adolescentes en el momento de la derivación. A menudo, no saben si un niño/a procede del sistema de protección cuando se lo deriva: “Incluso hay momentos en los que recibimos niños de protección y nos enteramos a la segunda o tercera cita”.

En una provincia, las carpetas de derivación para niños/as de atención y protección están marcadas con una «banda amarilla» que indica la necesidad de una protección adicional de la confidencialidad. Sin embargo, existe la preocupación de que esta práctica no se esté aplicando de manera sistemática.

6.2.2 Desafíos en los criterios de derivación

Los/as profesionales de la salud mental afirman que reciben derivaciones «de las que no todas tienen una base clínica evidente», lo que se atribuye a criterios poco claros, a la rotación del personal y a la falta de formación en salud mental entre los/as profesionales de la protección de la infancia. Algunos sugieren que los/as profesionales de la protección de la infancia tienden a patologizar a los niños/As que muestran «trastornos de adaptación menos graves».

El desafío se extiende a los servicios de atención primaria, y el equipo de una USMIJ apunta lo siguiente: “...muchos profesionales de atención primaria no tienen claros los criterios de derivación a niveles superiores. Esto provoca que los casos se deriven de forma incorrecta desde el principio”

Los/as profesionales de la salud mental reconocen las dificultades que supone aceptar derivaciones de niños y niñas que no hablan español, ya que no siempre se dispone de servicios de interpretación y mediación cultural. Esto confirma las barreras de acceso para dichos niños/as, que a menudo solo pueden recurrir a los servicios de emergencia cuando sufren una crisis. Existe consenso entre los/as profesionales de la oferta y la demanda sobre la necesidad de una respuesta diferenciada en relación con los retos de los niños y niñas migrantes en el sistema de atención y protección.

Los niños y niñas del sistema de protección tienen las mismas afecciones de salud mental que otros niños/

as, aunque los trastornos de conducta son los más comunes entre los casos derivados. Algunos/as encuestados/as señalaron una mayor prevalencia de trastornos de apego, trastornos afectivos, trastornos de conducta y trastornos emocionales entre los niños y niñas del sistema de acogida.

6.2.3 Limitaciones de personal y recursos

La rotación y el cambio de personal en los centros de protección crean importantes desafíos: “...la rotación y precariedad de los/as profesionales que impide que los niños/as tengan figuras de referencia estables en las que poder apoyarse y con las que poder vincularse cuando es precisamente lo que necesitan dadas sus experiencias vitales”. Los turnos, las rotaciones y los cambios de personal también dificultan la coordinación y el seguimiento del tratamiento: “La comunicación entre los/as profesionales en los centros y los especialistas en consultas debe ser más directa”. Las limitaciones de recursos restringen la prestación de servicios de salud mental «in situ» en los entornos de acogida.

Algunos/as profesionales de la salud mental consideran que la cultura asistencial dentro de los centros residenciales es problemática si se desalienta al personal para que no cree vínculos afectivos con los niños y niñas. Los diferentes enfoques disciplinarios entre los centros crean entornos de acogida incoherentes, lo que complica el tratamiento de la salud mental.

El creciente número de casos da lugar a largos intervalos entre las citas: “Vemos dos consultas nuevas cada día, lo que provoca un aumento constante de pacientes sin altas, creando un embudo que afecta a las revisiones, que cada vez son más espaciadas”

6.2.4 Mejoras recomendadas

Los/as profesionales de la salud mental se hacen eco del deseo de contar con una plantilla más estable y mejor formada, especialmente en los centros residenciales: “Sería necesario estabilizar los equipos profesionales del sistema de protección para hacer posible un acompañamiento adecuado al menor, que pudieran tener un referente estable, una figura familiar.”

Una mayor inversión en servicios de salud mental podría reducir el número de casos y contribuir a mejorar la calidad de los servicios, lo que incluye más psicólogos/as en atención primaria y más enfermeros/as en los servicios de salud mental. La

inversión también debe facilitar entornos físicos adecuados para la prestación de servicios.

Entre las propuestas de mejora específicas, se incluyen las siguientes:

- Reuniones bimensuales de coordinación con el sistema de protección
- Mejor acceso a informes anteriores y a historiales vitales de los niños/as y adolescentes

- Criterios de derivación más claros con una aplicación más estricta
- Planes de intervención conjunta formalizados con psicólogos en centros de protección
- Una dotación de personal adecuada durante las ausencias para evitar retrasos
- Instalaciones y equipos adecuados

6.3 Prácticas prometedoras

6.3.1 Unidad de Pediatría Social (Almería)

La Unidad de Pediatría Social del Hospital Universitario Torrecárdenas (Almería), compuesta por un pediatra y un trabajador sociales, se destaca como una buena práctica para cerrar la brecha entre los modelos biopsicosociales y los enfoques más centrados en la medicina. Esta unidad realiza evaluaciones clínicas iniciales y se coordina con servicios especializados cuando es necesario.

Los/as profesionales informan de que la unidad ha mejorado sustancialmente el apoyo a la salud mental de los niños/as y adolescentes en el sistema de protección: "Ha habido un antes y un después de la unidad de pediatría social. Un cambio espectacular con la atención de la pediatría social". Colabora con el sistema de protección y mantiene una estrecha coordinación con los/as técnicos/as y psicólogos/as que prestan apoyo a las familias de acogida.

6.3.2 Enfoques de divulgación

Llevar a los/as profesionales de la salud mental directamente a los entornos de los niños/as se considera una práctica positiva entre profesionales que han experimentado tal enfoque. En un centro de trastornos de conducta, un psiquiatra de la USMIJ ofreció temporalmente consultas «in situ»: "Este psiquiatra se desplazaba al centro a pasar consulta, ya que consideraba que los niños hay que verlos en su contexto".

Este enfoque hacía hincapié en la prevención y reducía el trauma relacionado con las visitas al hospital: "Esta manera de funcionar la hemos visto muy acertada, no solo por economizar tiempo, sino a modo preventivo". Otro ejemplo citado es el programa de salud del Equipo de Tratamiento Intensivo en Comunidad (ETIC) para adultos con problemas de salud mental persistentes: "trabajan para que no haya ese ingreso, y

están haciendo un trabajo fabuloso, son gente joven, trabajan especializado en familias en común y la coordinación es maravillosa. Se introducen en el núcleo familiar, van a la casa, trabajan con la familia, fuera del centro de salud".

6.3.3 Coordinación interdisciplinar

Una comunicación interdisciplinar y una coordinación intersectorial eficaces permiten obtener mejores resultados. La «interdisciplinariedad» y la «coordinación previa mejoran la eficiencia de los recursos», lo que ayuda a los equipos a abordar los desafíos que causan angustia, en lugar de patologizar las afecciones de los niños/as y adolescentes.

El Programa de la Red de Salud Mental Infantil y Juvenil de Málaga (en funcionamiento desde 2010) ofrece una plataforma para la coordinación eficaz y el trabajo conjunto de casos. Este programa valora a los niños/as dentro de sus contextos familiares, escolares y socio comunitarios, lo que requiere una amplia red de contactos con referentes formales, incluidos la familia, la atención primaria, la salud mental, los servicios sociales, la educación y los equipos de orientación educativa.

El programa estableció una comisión de coordinación local que se reúne periódicamente para desarrollar protocolos de promoción, prevención, coordinación e intervención y para diseñar planes de tratamiento individuales para casos complejos. Aunque no se centra explícitamente en los niños, niñas y adolescentes en el sistema de protección, esta red interdisciplinar y esta plataforma sistemática se citan como esenciales para coordinar los servicios de salud mental y ofrecen un modelo de práctica integrada. El protocolo TDAH promueve tales equipos de coordinación intersectorial (comisiones) y hay 79 comisiones locales a lo largo de Andalucía.

7 Perspectivas de los niños y niñas, y de los jóvenes que salieron del sistema de acogida

Titulares

- Los niños y los niños/as y adolescentes no acompañados más mayores afirman tener una mejor salud mental y un mayor bienestar que las niñas.
- Las relaciones con amigos/as, familiares y cuidadores/as tienen un impacto significativo en la salud mental.
- El 22 % afirma que accede a servicios de salud mental, siendo los niños, niñas y adolescentes no acompañados más mayores quienes se enfrentan a las mayores deficiencias.
- Se necesitan mejoras inmediatas en los centros residenciales: personal más empático, mejor comunicación y mayor autonomía.
- La continuidad del apoyo durante las transiciones entre los distintos lugares de acogida o al salir del sistema de acogida es fundamental.

En este capítulo se presentan los resultados de las encuestas realizadas a 208 adolescentes de entre 14 y 17 años en situación de acogimiento y protección y a 87 jóvenes que salieron del sistema de acogida. De los que completaron la encuesta, 195 eran niñas y niños que viven en centros residenciales. Cinco viven en familias de acogida y cinco con sus propias

familias, mientras que uno vive con sus abuelos u otros familiares. Dos indicaron «otros» tipos de alojamiento. Los datos proporcionan información valiosa sobre sus experiencias de apoyo a la salud mental y el bienestar dentro del sistema de protección.

7.1 Bienestar general y salud mental

Las respuestas de la encuesta indican que la mayoría de los niños/as y adolescentes en situación de acogimiento se sienten optimistas sobre su estado de ánimo general y el 54 % afirma que se siente feliz o entusiasmado al menos la mitad del tiempo. Sin embargo, más de un tercio (75 niños/as) afirmaron sentirse así solo algunos días. Surgieron diferencias

de género, ya que las niñas declararon niveles más bajos de felicidad: el 54 % de las niñas afirmaron que se sienten felices solo algunos días. Por el contrario, los niños/as y adolescentes no acompañados/as más mayores (predominantemente niños) parecían más positivos y casi la mitad afirmaba sentirse feliz la mayoría de los días o todos los días.

Tabla 1. ¿Con qué frecuencia has sentido felicidad o entusiasmo por algo en los últimos meses?

	Todos		Chicas		Chicos		Estatus de menor migrante no acompañado	
1. Todos de los días / all days	24	12%	1	2%	22	14%	17	15%
2. La mayoría de los días / Most days	59	28%	6	12%	52	34%	39	34%
3 La mitad de los días / Half of the days	30	14%	8	16%	22	14%	15	13%
4 Algunos días / some days	75	36%	27	54%	47	30%	30	26%
5 Nunca / none	2	1%	0	0%	2	1%	2	2%
6 No se / don't know	18	9%	8	16%	10	6%	11	10%
Total	102		50		155		114	

Fuente: cuestionarios de la encuesta, 2024.

Cuando se les preguntó sobre las emociones negativas, la mayoría (56 %) declaró que «nunca» había sentido tristeza, malestar, enfado o ansiedad, o solo «algunos días». Sin embargo, más de un tercio

(37 %) afirmaron experimentar estos sentimientos la mitad del tiempo o con mayor frecuencia, y una quinta parte (19 %) se sentía así «la mayoría de los días» o «todos los días» (Tabla 2).

Tabla 2. ¿Con qué frecuencia has sentido tristeza, malestar, enfado o ansiedad por algo en los últimos meses?

	Todos		Chicas		Chicos		Estatus de menor migrante no acompañado	
1. Todos de los días / all days	6	3%	3	6%	3	2%	2	2%
2. La mayoría de los días / Most days	34	16%	15	30%	19	12%	8	7%
3 La mitad de los días / Half of the days	36	17%	14	28%	22	14%	19	17%
4 Algunos días / some days	100	48%	17	34%	81	52%	62	54%
5 Nunca / none	17	8%	0	0%	17	11%	12	11%
6 No se / don't know	15	7%	1	2%	13	8%	11	10%

Fuente: cuestionarios de la encuesta, 2024.

Las niñas eran más propensas que los niños a afirmar que experimentaban emociones negativas la mitad de los días o la mayoría de ellos, mientras que los niños y los adolescentes no acompañados eran más propensos a afirmar que las experimentaban solo algunos días o nunca.

Se observaron patrones similares en relación con la calidad del sueño, que está estrechamente relacionada con la salud mental. Más de la mitad de los niños/as afirmaron dormir bien, mientras que solo el 10 %

afirmaron que dormían mal. Sin embargo, las niñas volvieron a presentar peores resultados, ya que el 56 % dijeron que duermen «regular», en comparación con aproximadamente dos tercios de los niños, que afirmaron dormir bien (Tabla 3).

En general, las percepciones del bienestar mental eran más positivas entre los niños y los adolescentes no acompañados y más negativas entre las niñas. Las razones subyacentes de estas diferencias de género requerirían un estudio más profundo.

Tabla 3. ¿Cómo has dormido en los últimos meses?

	Todos/All		Chicas/Girls		Chicos/Boys		Estatus de menor migrante no acompañado / with status of unaccompanied minor	
1 Bien / well	115	55%	16	32%	97	63%	70	61%
2 Regular / neither well nor badly	69	33%	28	56%	40	26%	31	27%
3 Mal / Badly	20	10%	5	10%	15	10%	9	8%
4 No se / don't know	3	1%	0	0%	3	2%	3	3%
5 No answer	1	0%	1	2%	0	0%	1	1%

Fuente: cuestionarios de la encuesta, 2024.

7.2 Factores que afectan a la salud mental y al bienestar

Los niños/as y adolescentes hicieron especial hincapié en las relaciones cuando se les preguntó qué les hacía sentirse seguros y felices. De los 252 factores mencionados por 201 adolescentes, el 42 % estaban relacionados con las relaciones con los padres y madres, los familiares, las parejas, los/as

amigos/as, los/as compañeros/as de clase y los/as hermanos/as. Este porcentaje se eleva al 56 % en el caso de las niñas y al 63 % en el de los niños/as y adolescentes en entornos no residenciales del sistema de protección (Tabla 4).

Tabla 4. ¿Qué te ha hecho sentir felicidad y seguridad en los últimos meses?

	Todos n=201	Niños/as no acompañados n=109	Niñas n=50	Niños n=148	Centros residenciales n=189	Otros entornos de acogida n=12
Relaciones	107	43	39	65	97	10
De las cuales						
Familia, hermanos	59	20	19	38	55	4
Amigos	38	18	15	22	33	5
Pareja	10	5	5	5	9	1
El centro, profesores, educadores	37	25	10	27	36	1
Seguridad, sentirse bien; Necesidades cubiertas (comer bien, dormir bien); cambio personal	25	15	6	20	25	1
Escuela, internado	22	12	5	17	20	2
Deportes, gimnasio	17	11	2	15	16	1
Trabajo	11	11	0	11	11	0
Encargarse de documentación/ problemas/ regularizar su situación / dejar el centro	5	5	0	5	5	0
No sé	13	8	3	10	12	1
Nada	7	6	2	5	7	0
Otros	7	1	3	4	7	0

Fuente: encuesta en línea, 2024.

* Las respuestas de 3 niños/as que no declararon su género o se declararon no binarios fueron: 2 dijeron «amigos» y 1 dijo «familia».

Los niños, niñas y adolescentes mencionaron con frecuencia la importancia de ver o hablar con los miembros de su familia, pasar tiempo con los/as amigos/as y mantener el contacto con sus hermanos/as. Las relaciones con los/as educadores/as y otro personal de los centros residenciales también se destacaron como fuentes importantes de apoyo:

“...Y también tener a gente que me quiere a mi lado y aparte me hace muy feliz estar donde estoy porque

tengo a gente que me ayuda en las tareas del instituto y también me ayudan en otras cosas” (Chica, 17 años)

Más allá de las relaciones, los adolescentes mencionaron el valor de tener cubiertas las necesidades básicas, sentirse seguros y participar en actividades escolares y deportivas. En el caso de los chicos y chicas no acompañados, trabajar y resolver su situación legal también contribuía a sentir seguridad y felicidad.

Es preocupante que siete niños, niñas y adolescentes en centros residenciales, seis de ellos chicos/as no acompañados, declararan que nada les había hecho sentir felicidad y seguridad.

Cuando se les preguntó sobre los factores que les causaban angustia, las relaciones o la ausencia de ellas volvieron a ocupar un lugar destacado. De los 219 factores mencionados por 197 niños, niñas y adolescentes, el 26 % estaban preocupados/as por echar de menos a familiares. En el caso de los chicos y chicas no acompañados/as, la separación familiar era particularmente significativa:

“Estar lejos de mi familia” (niña, 17 años, menor de edad no acompañada).

Muchos niños, niñas y adolescentes también mencionaron aspectos de la atención residencial como fuentes de angustia, como las normas restrictivas, la sensación de no ser comprendidos o los conflictos con otros residentes. También se mencionaron otros problemas típicos de los adolescentes, como problemas de pareja, falta de dinero para gastos personales y dificultades escolares.

El impacto combinado de estos factores de estrés (el trauma por abusos o negligencia, la separación de la familia, la pérdida de amigos y la autonomía limitada) crea importantes desafíos para la salud mental y el bienestar de los chicos y chicas.

7.3 Acceso al apoyo a la salud mental

7.3.1 Tener a alguien con quien hablar

La mayoría de los adolescentes (76 %) dijeron que tenían a alguien con quien hablar cuando se sentían angustiados/as. Sin embargo, los chicos y chicas no

acompañados/as eran menos propensos/as a afirmar que tenían a alguien en quien confiar: un 66 % en comparación con el 87 % de otros chicos y chicas en situación de acogida.

Tabla 5. ¿Tienes a alguien con quien hablar cuando sientes tristeza, molestia, enfado o ansiedad? (Todos los niños/as, en condición de niños/as no acompañados y sin ella)

Respuesta	En condición de niños/as no acompañados	Sin condición de niños/as no acompañados
Sí	76	81
No o «sí/nadie»	29	7
No sabe	9	5
Total	114	93

Fuente: encuesta en línea, 2024.

7.3.2 Fuentes de apoyo

Los/as amigos/as eran la fuente más común de apoyo emocional (un 57 % de los encuestados), lo que pone de relieve la importancia de las relaciones entre compañeros/as. Los/as cuidadores/as del centro, los padres y madres y los/as hermanos/as también se mencionaron con frecuencia como personas de confianza importantes.

Aproximadamente un 22 % de los chicos y chicas declararon haber hablado con un/a psicólogo/a clínico/a o un/a psiquiatra, lo que coincide en gran medida con la tasa de derivación a servicios de salud mental del 18-22 % identificada en los datos cuantitativos sobre los servicios. Ninguno de los chicos/as mencionó haber hablado con médicos o enfermeros/as, y relativamente pocos mencionaron a los/as profesores/as (Tabla 6).

Tabla 6. ¿Con quién hablas cuando sientes tristeza, molestia, enfado o ansiedad?

Friend / amigo/a	94
Centre caregivers / tutor/a o cuidador/a del centro	75
Mother or father / padre o madre	60
Brother or sister / hermano/a	46
psicólogo/a clínico/a o psiquiatra	46
Foster carer / cuidador/a de acogida	28
Social worker / trabajador/a social	24
Other relative / otro pariente	20
Relatives / abuela/o	14
School teacher or advisor / profesor/a u orientador/a de la escuela	14
Other / otro	18
Collaborating family / familia colaboradora	9
Doctor or nurse / Un/a doctor/a o enfermero/a	0

Source: Online survey, 2024

Los niños, niñas y adolescentes no acompañados/as declararon haber hablado con profesionales (trabajadores/as sociales, personal de protección de la infancia, profesionales de la salud mental y profesores/as) sustancialmente menos que otros chicos/as y adolescentes más mayores en situación de acogida. Solo el 3 % de los chicos/as no

acompañados/as afirmaron haber hablado con los/as profesores/as, en comparación con el 15 % de los demás chicos/as, y solo el 16 % afirmaron haber hablado con profesionales de la salud mental, en comparación con casi la mitad de los demás niños/as y adolescentes (Tabla 7).

Tabla 7. Respuestas a «¿Con quién hablas?» categorizadas por condición de chicos y chicas no acompañados/as (76 niños, niñas y adolescentes no acompañados/as y 81 acompañados/as), con recuentos y porcentajes para cada respuesta

	Responses from all children	Responses from children with status of unaccompanied minor	Responses from children without status of unaccompanied minor	% of 76 children with status of unaccompanied minor who gave this answer	% of 81 children without status of unaccompanied minor who gave this answer
Friend / amigo/a	94	40	54	53%	67%
Centre caregivers / tutor/a o cuidador/a del centro	75	32	43	42%	53%
Mother or father / padre o madre	60	33	27	43%	33%
Brother or sister / hermano/a	46	23	23	30%	28%
Clinical psychologist or psychiatrist- psicólogo/a clínico/a o psiquiatra	46	12	34	16%	42%
Foster carer / cuidador/a de acogida	28	9	19	12%	23%
Social worker / trabajador/a social	24	5	19	7%	23%
Other relative / otro pariente	20	5	15	7%	19%
Grandparents / abuela/o	14	6	8	8%	10%
School teacher or advisor Profesor/a u orientador/a de la escuela	14	2	12	3%	15%
Other / otro	18	8	10	11%	12%
Collaborating family / familia colaboradora	9	4	5	5%	6%
Doctor or nurse / Un/a doctor/a o enfermero/a	0	0	0	0%	0%

Fuente: encuesta en línea, 2024.

7.4 Deseo de apoyo a la salud mental

Casi dos tercios de los niños, niñas y adolescentes indicaron que les gustaría hablar con un adulto sobre su salud mental y su bienestar. Muchos señalaron específicamente el valor de los/as psicólogos/as y educadores/as en sus centros residenciales: «Sí, para sentirme más aliviado» (niño, 17 años, menor no acompañado). «La verdad es que me gustaría tener a alguien con quien hablar porque me siento sola... Me

gustaría tener a alguien con quien hablar de mis problemas» (niña, 17 años).

Sin embargo, un tercio de los/as encuestados/as no quería tal apoyo, lo que pone de relieve la importancia de que los servicios de apoyo en materia de salud mental estén disponibles, pero no sean obligatorios.

7.5 Recepción de servicios de apoyo en materia de salud mental

Cuando se les preguntó si habían recibido servicios de apoyo en materia de salud mental, el 41 % de los niños/as y adolescentes declararon haberlos recibido, aunque existían disparidades significativas entre los grupos. Solo el 24 % de los niños, niñas y adolescentes no acompañados/as afirmaron haber recibido servicios, en comparación con el 41 % de los demás niños, niñas y adolescentes. Las diferencias de género también fueron sorprendentes: el 76 % de todas las niñas informaron haber recibido servicios

en comparación con el 31 % de los niños. Entre los niños/as no acompañados, el 69 % de las niñas informaron haber recibido servicios, en comparación con solo el 18 % de los niños (Tablas 8a y 8b). Este patrón difiere de los datos sobre los servicios analizados en otras partes del informe, que mostraban tasas de acceso más altas para los niños que para las niñas. Las razones de esta discrepancia requieren una mayor investigación.

Tabla 8a. Servicios de apoyo a la salud mental recibidos, categorizados por género y condición de niños/as no acompañados, con recuentos para cada respuesta

	Número de respuestas (208 niños/as)			De los cuales: 114 niños/as no acompañados		
	Todos*	Niños	Niñas	Todos	Niños	Niñas
Sí	86	48	37	27	18	9
No	109	98	9	81	78	3
No sabe/no contesta	13	10	3	5	4	1
Total	208	156	49	113	100	13

Fuente: encuesta en línea, 2024.

* 2 niños/as que no especificaron el género respondieron «No» y 1 respondió «Sí».

Esto no significa necesariamente que los/as encuestados/as reportaran que hubiesen recibido servicios de salud mental pertenecientes al sistema andaluz de salud (USMC y USMIJ). Los/as encuestados/as pueden haber entendido “apoyo en materia de salud mental” en cuanto a intervenciones

de apoyo emocional con psicólogos/as en sus centros residenciales o tratamiento psicoterapéutico. Esto es todo parte del total del apoyo en salud mental y bienestar psicosocial y las intervenciones que pueden impactar el bienestar y la salud mental de los niños de protección.

Tabla 8b. Porcentaje de niños/as que respondieron «sí», «no» o «no sé» sobre la recepción de servicios de apoyo a la salud mental, desglosado por población total y por género (niños, niñas) y condición de no acompañados

	% de respuestas por género			% por condición de niños/as no acompañados		
	% de respuestas de 208 niños/as	% de 156 niños	Niñas	% de respuestas de 114 niños/as	% de 100 niños	% de 13 niñas
Sí	41 %	31 %	76 %	24 %	18 %	69 %
No	52 %	63 %	18 %	72 %	78 %	23 %
No sabe/no contesta	6 %	6 %	6 %	4 %	4 %	8 %

Fuente: encuesta en línea, 2024.

7.6 Tipos de apoyo recibido

La psicoterapia individual fue la forma más común de apoyo (un 35 % de todos los encuestados), a menudo proporcionada por psicólogos/as en los centros residenciales en lugar de mediante servicios externos o de salud. Muchos niños/as y adolescentes también mencionaron haber recibido apoyo de familiares y amigos, y un tercio declaró haber recibido varios tipos de apoyo (Tabla 9).

Los niños/as y adolescentes destacaron que el apoyo de las personas más cercanas a ellos (familiares,

amigos/as y personal del centro) era el más útil: “Mi familia y amigos y educadores o equipo técnico del centro de niños/as porque dedican bastante tiempo para aconsejarme incluso fuera de su horario de trabajo” (Prefiere no decir su género, 15 años)

La terapia individual también se destacó como particularmente beneficiosa, especialmente cuando se combinaba con el apoyo del personal del centro o de los miembros de la familia.

Tabla 9. Número de respuestas para cada tipo de apoyo seleccionado por 86 niños/as y adolescentes (que podían elegir más de un tipo)

Psicoterapia individual	72
Hablar con mi familia	32
Hablar con mis amigos	31
Escuela	23
Arte/deporte, terapia creativa	23
Medicación	20
Terapia de familia	12
Terapia de grupo	8
Ayuda entre compañeros	6
Apoyo religioso/espiritual	4
Apoyo en línea	1
Otro	5
Apoyo desde una aplicación	0
Teléfono de ayuda	0

Source: Online survey, 2024

7.7 Barreras para acceder al apoyo

Entre los niños, niñas y adolescentes que no mencionaron no haber recibido apoyo a la salud mental o psicosocial, el 75 % declaró que «no necesitaba ni quería apoyo». La siguiente razón más común (16 %) fue no saber dónde o cómo acceder a ello. Solo el 7 % citó el estigma como barrera y únicamente un 5 % mencionó listas de espera o barreras lingüísticas.

Estas respuestas sugieren que las barreras que preocupan a los/as profesionales (distancia del servicio, listas de espera, falta de confianza y estigma) parecen menos importantes para los niños/as de lo que creen los/as profesionales. La principal percepción entre los niños, niñas y adolescentes es que no necesitan esos servicios o que carecen de información sobre cómo acceder a ellos.

Tabla 10. Motivos para no acceder al apoyo a la salud mental, según lo declarado por 106 niños/as y adolescentes que podían seleccionar múltiples opciones, con recuento para cada motivo

No necesito ayuda	80
No sé dónde o cómo obtener ayuda	17
Sentía vergüenza, timidez o miedo a que me juzgaran	7
Las listas de espera eran demasiado largas	5
No había servicios en mi idioma	5

Fuente: encuesta en línea, 2024.

7.8 Reflexiones de los/as jóvenes que salieron del sistema de acogida

Los recuerdos de los/as jóvenes que salieron del sistema coinciden en gran medida con las experiencias actuales de los niños y niñas que se encuentran en el sistema de acogida y protección.

Aproximadamente el 57 % recordaba sentirse seguro/a y feliz al menos la mitad del tiempo mientras estaba en acogimiento, y las niñas declararon niveles de felicidad más bajos que los niños.

Tabla 11. Frecuencia con la que sienten felicidad y seguridad en el sistema de atención, categorizada por género y condición de niños/as no acompañados

	Sin condición de niños/as no acompañados			En condición de niños/as no acompañados			Todos los encuestados
	Niños	Niñas	Total*	Niños	Niñas	Total	
Todos los días	3	0	3	8	0	8	11
La mayoría de los días	7	5	12	11	4	15	27
La mitad de los días	3	1	5	4	3	7	12
Algunos días	4	7	11	10	3	13	24
Nunca	0	1	1	2	2	4	5
No sabe/no contesta	3	4	7	1	0	1	8
Total	20	18	39	36	12	48	87

Fuente: encuesta en línea, 2024.

* Uno de los encuestados no declaró su género.

Las relaciones ocupaban un lugar destacado en los recuerdos de los/as jóvenes que salieron del sistema de acogida en cuanto a influencias positivas. Para aquellos/as que no tenían la condición de niños/as no acompañados, los/as educadores/as, los/as trabajadores/as sociales, los/as compañeros/as, los padres y madres y los/as hermanos/as eran especialmente importantes. La seguridad (tener cubiertas las necesidades básicas) y las oportunidades educativas también fueron importantes para los antiguos niños/as no acompañados.

Los/as jóvenes que salieron del sistema de acogida parecían recordar su estancia de manera menos negativa que los/as residentes actuales, ya que más del 65 % declararon que sentían tristeza o ansiedad solo «algunos días» o «nunca», en comparación con el 56 % de los residentes actuales. Sin embargo, las niñas sin la condición de niños/as no acompañados eran más propensas a recordar que se sentían angustiadas «la mayoría de los días» o «todos los días».

Los/as jóvenes que salieron del sistema y que tenían a alguien con quien hablar durante ese periodo muestran mejores resultados en materia de salud mental. Entre los que sentían tristeza o ansiedad la mayoría de los días, alrededor del 42 % no tenían a nadie con quien hablar, en comparación con poco más del 3 % de los que rara vez se sentían angustiados/as.

En cuanto a las mejoras en el apoyo a la salud mental y apoyo psicosocial e intervenciones, los/as jóvenes que salieron del sistema y que eran niños/as o adolescentes no acompañados destacaron la importancia de los orientadores/as y psicólogos/as (54 %), los/as amigos/as (42 %), los/as mentores/as (31 %), el apoyo de los/as compañeros/as (31 %) y las actividades de grupo (31 %). Los/as jóvenes que salieron del sistema y que no eran niños/as o adolescentes no acompañados valoraron de manera similar a los/as orientadores/as y psicólogos/as y a los/as amigos/as (44 % ambos), así como a las actividades de grupo (41 %) y al contacto con sus hermanos/as (31 %).

Algunos/as jóvenes que salieron del sistema de acogida destacaron problemas sistémicos que requieren atención, incluida la importancia de:

- actividades apropiadas para la edad;
- mantener a los/as hermanos/as juntos;
- un mejor seguimiento de las situaciones familiares antes de la reunificación;
- apoyo continuo después de salir del sistema de acogida;
- citas de salud mental más frecuentes;
- mejor acceso a psicólogos/as.

7.9 Recomendaciones de niños, niñas y adolescentes

Los niños y niñas y los/as jóvenes que salieron del sistema de acogida ofrecieron numerosas sugerencias para mejorar el apoyo a la salud mental y apoyo psicosocial (Tabla 12).

Una niña destacó, en concreto, la necesidad de evitar la entrada en el sistema de protección: “Los niños y

las niñas deberíamos tener más apoyo y ayuda tanto de los centros educativos como de los psicólogos y trabajadores sociales de los barrios donde vivimos, así los problemas se solucionarían en casa sin tener que ir a un centro.” (niña, 17 años).

Tabla 12. Sugerencias de los niños, niñas y adolescentes para mejorar el apoyo a la salud mental y apoyo psicosocial en el sistema de acogida y protección

Apoyo práctico y actividades	Mejora de las disposiciones de acogida	Mayor calidad del personal en la acogida residencial	Mejores servicios de salud mental	Más recursos	Mayor apoyo familiar	Apoyo psicológico	Intervenciones escolares
Más deportes y actividades comunitarias	Más espacio personal	Personal más empático y comprensivo	Reducción de los tiempos de espera	Más fondos para actividades	Evitar la situación de acogida siempre que sea posible	Acceso a psicólogos/as externos/as	Sesiones de concienciación sobre la salud mental
Apoyo para el aprendizaje de idiomas	Más libertad y autonomía	Mejores capacidades para escuchar y comunicarse	Sesiones más frecuentes y continuas	Personal de salud mental adicional	Mantener la relación con los cuidadores de acogida	Tiempo dedicado a escuchar	Iniciativas anti-acoso
Preparación para el trabajo	Mayor contacto con la familia	Una selección de personal más concienzada para que sean empáticos	Más sesiones externas fuera de los centros residenciales	Más personal en los centros residenciales	Apoyar el contacto con los hermanos	Opciones de terapia de grupo	Formación de los profesores
Oportunidades de desarrollar habilidades sociales	Un enfoque más equilibrado respecto a los estudios						

Fuente: encuestas en línea, 2024.

7.10 Análisis resumido de las perspectivas de los niños y niñas y de los jóvenes que salieron del sistema de acogida

Las perspectivas compartidas por los niños y niñas y los jóvenes que salieron del sistema de acogida ofrecen información muy valiosa para ser considerada en un marco integral e integrado que refuerce el apoyo a la salud mental en todo el sistema de protección.

Los resultados de la encuesta revelan un panorama complejo de experiencias relacionadas con el apoyo psicosocial y a la salud mental y las intervenciones dentro del sistema de protección. Los niños y los niños/as y adolescentes no acompañados suelen afirmar tener un bienestar mental más positivo que las niñas. Las relaciones, ya sean con amigos/as, familiares o cuidadores/as, se erigen como influencias fundamentales en la salud psicológica y el bienestar de los chicos/as.

Aunque aproximadamente el 22 % de los niños/as y adolescentes acceden a servicios de salud mental y servicios de apoyo psicosocial, siguen existiendo importantes deficiencias, especialmente entre los niños/as y adolescentes no acompañados, que se enfrentan a barreras lingüísticas y culturales adicionales. Los/as psicólogos/as de los centros residenciales son un recurso esencial, aunque el apoyo externo también resulta valioso.

La investigación pone de relieve la importancia de un enfoque individualizado del apoyo a la salud mental y al bienestar psicosocial, reconociendo que no todos los niños/as necesitan o desean intervención profesional.

Entre las mejoras prácticas que podrían favorecer el bienestar de forma inmediata se encuentran un

personal más empático, una mejor comunicación, una mayor autonomía y más espacio personal.

Los resultados también sugieren que una mayor implementación del apoyo familiar preventivo podría reducir la necesidad de acogimiento. Por el contrario,

una mejor continuidad de los servicios de salud mental y de apoyo al bienestar psicosocial e intervenciones durante las transiciones entre los distintos lugares de acogida o al salir del sistema de acogida abordaría otra laguna crítica.

8 Análisis y recomendaciones

8.1 Análisis final

Los servicios de apoyo en materia de salud mental para niños/as y adolescentes en el sistema de protección se enfrentan a importantes desafíos. Aunque estos niños/as solo representan el 4 % de los niños, niñas y adolescentes que utilizan los servicios de salud mental en Andalucía, están sobrerrepresentados en comparación con su proporción en la población general (menos del 1 %), lo que refleja unas necesidades especiales derivadas de experiencias adversas en la infancia.

El sistema actual adolece de múltiples problemas interconectados que comprometen la prestación eficaz de los servicios. Tanto los servicios de salud mental como los de protección a la infancia se ven desbordados por el aumento de la demanda, lo que genera largos periodos de espera y vacíos entre las citas, algo que frustra a los/as profesionales de ambos sectores en cuanto a la accesibilidad de los servicios y las barreras de coordinación. A pesar de la presencia de psicólogos/as en el sistema de protección de la infancia, su eficacia se ve limitada por la falta de claridad en sus funciones y las dificultades para asegurar presencia consistente entre sistemas de rotación. Además, el personal residencial sufre agotamiento y una alta rotación debido a las difíciles condiciones de trabajo, lo que puede contribuir a la mala calidad de los entornos de acogida y agravar las dificultades de salud mental y bienestar emocional de los niños, niñas y adolescentes.

La calidad de la atención se ve aún más

comprometida por los enfoques no estandarizados reportados en cuanto a la forma de inculcar disciplina a los niños/as y adolescentes y la comunicación entre personal y residentes en los centros residenciales, lo que puede aumentar los niveles de estrés de los niños/as y adolescentes. La excesiva dependencia del sistema de acogida residencial puede resultar inadecuada para las necesidades específicas de muchos niños/as y adolescentes, especialmente de los más pequeños. La fragmentación de los servicios supone otro desafío crítico, ya que los niños, niñas y adolescentes pueden estar recibiendo apoyo o tratamiento de varios profesionales de los sistemas de salud, educación y protección con una coordinación estandarizada mínima entre ellos. Esto puede suponer una experiencia abrumadora para los niños/as y adolescentes, además de generar ineficiencias en la provisión de servicios.

El proceso de derivación constituye un desafío, ya que los/as profesionales carecen de criterios estandarizados y de herramientas de evaluación para las derivaciones a servicios de salud mental se basan en la intuición o la observación clínica más que en protocolos de detección o evaluación sistemática. Algunos niños, niñas y adolescentes se enfrentan a barreras adicionales: los niños/as y adolescentes no acompañados suelen ser objeto de intervenciones cuando ya se han producido crisis, en lugar de recibir atención preventiva, mientras que los niños y niñas con discapacidad están representados en mayor medida entre los derivados a servicios de salud

mental (según los proveedores de servicios que respondieron a la encuesta). Algunos/as cuidadores/as de acogida, un recurso crucial en el sistema de protección de la infancia, reportan que reciben un apoyo inadecuado, lo que representa riesgos sustanciales para la capacidad del sistema de proporcionar una atención estable basada en la familia.

La evaluación indica claramente la necesidad de un enfoque más integrado que mantenga a los niños/as en familias con un apoyo psicosocial y de salud mental adecuado siempre que sea necesario. Este

enfoque debería garantizar la identificación oportuna y la derivación a ETFs, apoyo psicosocial y servicios de salud mental bien coordinados, la creación de entornos de acogida agradables que minimicen los factores de estrés y una continuidad en el apoyo durante las transiciones para salir del sistema de protección. Si no se abordan estos desafíos sistémicos, las necesidades de salud mental y bienestar de los niños, niñas y adolescentes en el sistema de protección seguirán sin satisfacerse adecuadamente.

8.2 Recomendaciones

Los resultados de esta evaluación apuntan a varias recomendaciones interconectadas que, conjuntamente, forman un enfoque integral para abordar las necesidades de salud mental de los niños, niñas y adolescentes en el sistema de acogida y protección. En conjunto, estas recomendaciones proporcionan una hoja de ruta hacia un enfoque colaborativo e integrado que aborde los aspectos estructurales, procedimentales y culturales del apoyo a la salud mental de los niños, niñas y adolescentes en el sistema de protección.

El desarrollo de un marco integrado es esencial para optimizar el uso de los recursos de apoyo a la salud mental y al bienestar psicosocial en todos los servicios de acogida y protección. Este marco debe establecer criterios de evaluación, procedimientos de derivación y normas de acogida claros que aborden adecuadamente las necesidades de salud mental, garantizando la cohesión entre las diferentes partes del sistema.

Junto con este enfoque integrado y colaborativo para afrontar las necesidades de apoyo en materia de salud mental, la **inversión en prevención** mediante el refuerzo de los programas preventivos y recursos de apoyo a nivel local ampliaría su capacidad para ofrecer una gama más amplia de intervenciones y mantener vínculos con los servicios comunitarios de salud mental, lo que en última instancia evitaría acogimientos innecesarios.

La coordinación del sistema requiere **protocolos armonizados** que garanticen que las consideraciones de salud mental se incluyan en los

procedimientos de protección de la infancia y que los niños/as en situación de acogimiento se tengan en cuenta explícitamente en los protocolos de salud mental existentes, como los relativos al TDAH y a la prevención del suicidio. La formación conjunta facilitaría el intercambio de información crucial entre los profesionales de todos los sectores, rompiendo la segmentación tradicional.

Dar prioridad a niños, niñas y adolescentes del sistema de protección al acceso a los servicios de salud mental es fundamental para abordar las deficiencias inmediatas de los servicios. Esto implica introducir pruebas de detección de salud mental al entrar en el sistema de periódicamente a partir de entonces, ampliar los servicios de intervención psicoterapéutica, crear sistemas de derivación con salvaguardias contra la patologización excesiva y designar a especialistas clínicos/as específicos para la protección de la infancia en los servicios de atención primaria y de salud mental utilizando enfoques que tengan en cuenta el trauma y el apego.

Para apoyar este esfuerzo, se deben acordar y estandarizar **herramientas de evaluación estandarizadas** junto con la formación de todos/as los/as profesionales en la identificación de las necesidades de intervención especializada en salud mental, centrándose en la identificación precoz y la prevención.

El entorno de cuidados afecta significativamente a los resultados de salud mental en niños, niñas y adolescentes, por lo que es necesario mejorar los estándares mediante enfoques basados en las

fortalezas y en el conocimiento del trauma. **Para mejorar los entornos de acogida** es necesario proporcionar apoyo al bienestar del personal y de los/as cuidadores/as, desarrollar una formación especializada para los distintos entornos de acogida, estandarizar los métodos de comunicación y disciplina, organización, reducir el número de cambios de ubicación y establecer sistemas de trabajadores/as clave que fomenten las relaciones de confianza entre los adultos y los niños/as en situación de acogimiento.

Las mejoras en las infraestructuras son igualmente importantes, incluido el desarrollo de **sistemas de información interoperables** con capacidades unificadas de evaluación, derivación, diagnóstico y seguimiento en todos los sectores, con indicadores sólidos de seguimiento de los resultados.

Esta infraestructura técnica debe **mejorarse mediante el desarrollo profesional continuo, lo que implica** enfoques sistemáticos e integrados de la formación obligatoria previa a la incorporación y durante el desempeño del puesto en materia de salud mental y protección de la infancia para todos/as los/as profesionales pertinentes.

El sistema de protección debe **reevaluar el uso de servicios de acogida residencial a largo plazo.**

Este tipo de servicio de acogida puede exacerbar a menudo el estrés y el trauma de los niños, niñas y adolescentes. Dar prioridad a las alternativas basadas en la familia o centradas en la comunidad puede proporcionar un entorno más estable y propicio para su bienestar y desarrollo mental.

Al mismo tiempo, el desarrollo de **mecanismos sólidos de apoyo entre iguales** (incluidos programas estructurados de mentoría, grupos de compañeros dirigidos y redes de antiguos alumnos/as de jóvenes con experiencia en la acogida) puede proporcionar a los niños, niñas y adolescentes un valioso apoyo emocional, reducir el aislamiento y crear oportunidades para compartir experiencias con quienes han vivido algo similar. Estas conexiones entre iguales suelen resultar muy valiosas durante las transiciones entre los distintos lugares de acogida y al salir del sistema.

Por último, **promover la concienciación sobre la salud mental** y el bienestar entre los niños, niñas y adolescentes

en situación de acogimiento y garantizar su participación significativa en las decisiones que afectan a sus vidas consolidará un enfoque basado en los derechos en todo el sistema.



**Funded by
the European Union**



Junta de Andalucía
Consejería de Sanidad,
Presidencia y Emergencias



Junta de Andalucía
Consejería de Inclusión Social,
Juventud, Familias e Igualdad

unicef 
for every child