



CRECER SALUDABLE (MENTE)



Save the Children

ANEXO
ANDALUCÍA

Un análisis sobre la salud mental y el suicidio
en la infancia y la adolescencia en Andalucía

Directora de Incidencia Social y Políticas de Infancia:

Catalina Perazzo Aragonese

Responsable de Incidencia Política:

Carmela del Moral Blasco

Coordinador:

Alexander Elu Terán

Autores:

**Ariane Aumaitre, Elena Costas, María Sánchez, Pere Taberner y Judit Vall
(KSNET, Knowledge Sharing Network S.L)**

Foto portada:

Eva Filgueira /Save the Children

Fotos:

**Eva Filgueira /Save the Children (p. 4, 19, 31, 39 y 40)
Pablo Blázquez /Save the Children (p. 12 y 32)
Mingo Venero /Save the Children (p. 14)**

Gráficos:

Elena del Real Moreno

Ilustraciones:

Germán Gullón (VALBHY Design)

Arte y maquetación:

Elena del Real Moreno



Edita:

**Save the Children España
Diciembre_2021**

CONTENIDO

- 1** LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA EN ANDALUCÍA: ANTES Y DESPUÉS DE LA PANDEMIA
- 2** EL SUICIDIO EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE ANDALUCÍA
- 3** EL ACCESO A LA SALUD MENTAL EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA: UNA CARRERA DE OBSTÁCULOS
- 4** RECOMENDACIONES Y BUENAS PRÁCTICAS
- 5** CONCLUSIÓN

ANEXO
ANDALUCÍA





«Los adolescentes no somos seres felices y llenos de energía. Los adolescentes también estamos mal».

— Chica, 17 años, Madrid.

1. LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA EN ANDALUCÍA: ANTES Y DESPUÉS DE LA PANDEMIA

1.1. La salud mental infantil en Andalucía antes de la pandemia

Antes de saber qué ha supuesto la COVID-19 para la salud mental de los niños, niñas y adolescentes en Andalucía, analizamos cómo se encontraba antes de la pandemia, comparando estos datos con los encontrados para el conjunto de España.

Para ello, recurrimos a la Encuesta Nacional de Salud (ENS), cuya última edición es del año 2017. Entonces, en España, un 1% de los niños, niñas y adolescentes de entre 4 y 14 años padecían trastornos mentales (ej. depresión y ansiedad), y un 3% tenían trastornos de conducta (ej. hiperactividad).¹ En cambio, **en Andalucía estos valores eran superiores, con un 1,7% y un 3,2% respectivamente.** Por lo tanto, ambos indicadores, tanto la incidencia de trastornos mentales como la de trastornos de conducta en niños, niñas y adolescentes estaban **por encima de la media nacional.**

Del mismo modo que ocurre con los adultos, cómo se distribuyen los trastornos mentales y/o de conducta entre niños, niñas y adolescentes no es homogéneo y varía entre los distintos grupos.

En el caso de los **trastornos mentales:**

- **Aumentan con la edad y se vuelven un problema especialmente visible en la de la adolescencia.** En 2017 no existen observaciones en la ENS de niños y niñas andaluces de entre 4 y 6 años, pero para aquellos entre 7 y 10 años, el porcentaje de niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales es del 0,5%, un poco por encima del 0,4% nacional. Para el grupo de 11 a 14 años, un 4% de los niños, niñas y adolescentes de Andalucía tienen un trastorno mental, un valor que dobla al 2,2% de la media nacional.
- **Varían en función del sexo** siendo mayores entre niñas (un 0,9%) que entre niños (un 0,4%) en el caso español, pero bastante igualitarios en el caso de Andalucía (un 1,7% y un 1,8% respectivamente).

¹ A lo largo de todo este informe se utilizan los datos de trastornos reportados por los padres y madres, ya sean diagnosticados por un médico o no. Los resultados (vinculación con sexo, edad, renta, etc.) son muy similares si usamos diagnosticados, pero la muestra se reduce mucho, por lo que limita la robustez de los resultados. En cualquier caso, cerca del 80% de los trastornos a los que se refieren ambas encuestas han sido diagnosticados por un médico. La Encuesta Nacional de Salud pregunta a los progenitores sobre la salud física y mental de sus hijos e hijas de 0 a 14 años. Entre el listado de enfermedades se incluyen los trastornos mentales (como la depresión o la ansiedad) o los trastornos de conducta (por ejemplo, la hiperactividad). Queda por tanto a criterio de los progenitores determinar si la situación de sus hijos e hijas se incluye en estas categorías.

En el caso de los **trastornos de conducta**:

- En términos de edad, **aparecen antes que los trastornos mentales**. Mientras que entre niños, niñas y adolescentes de 4 a 6 años de Andalucía el porcentaje de trastornos de conducta es del 0,6% (la media nacional es solo del 1%), a partir de los 7 años la cifra de niños, niñas y adolescentes de Andalucía en esta situación sube a un 4%. Al igual que en el caso de los trastornos mentales, esta cifra está por encima de la nacional (constante alrededor 3,1% para niños, niñas y adolescentes de 7 a 14 años).
- Por sexo, este tipo de trastornos **son mucho más comunes en los niños (4,8%) que en las niñas (1,3%)**, o al menos se diagnostican con mayor frecuencia. Además, esta brecha es superior en Andalucía que en el conjunto del Estado español (3,9% en el caso de los niños y 1,1% en el de las niñas).
- Con respecto a posibles desigualdades por situación laboral, los trastornos de conducta son superiores en hogares andaluces cuya persona de referencia trabaja (3,6%) que en aquellos donde esta persona está en desempleo (1,6%). Esto contrasta de nuevo con la media nacional, donde estos trastornos son notablemente superiores en hogares cuya persona de referencia está desempleada (3,6%) frente a aquellos en los que esta persona trabaja (2,3%).

- Finalmente, en términos de origen, sí **encontramos una desigualdad según los niños, niñas y adolescentes sean o no de origen migrante**: son mucho más comunes entre niños, niñas y adolescentes de origen extranjero (11%, doblando la media nacional del 5%) que entre aquellos de origen español (un 2,9%, ligeramente superior a la media nacional de 2,5%).

En 2017, el porcentaje de niños, niñas y adolescentes en Andalucía que tenían problemas de salud mental era **superior a la media española**.

¿Qué son los trastornos relacionados con la salud mental?

Según la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** los **trastornos emocionales** incluyen, además de la depresión o la ansiedad, reacciones excesivas de irritabilidad, frustración o enojo.

Los **trastornos del comportamiento** se refieren al trastorno por déficit de atención e hiperactividad y los trastornos de la conducta (que presentan síntomas como los comportamientos destructivos o desafiantes).

1.2. La pandemia de la COVID-19 y su impacto en la salud mental de los niños, niñas y adolescentes de Andalucía

La pandemia ha podido ser crucial para el estado de salud mental de niños, niñas y adolescentes de Andalucía. **No existen todavía datos oficiales para medirlo, pero desde Save the Children hemos realizado una nueva encuesta** para entender el alcance de su impacto. Utilizando las mismas preguntas que se hacen en la Encuesta Nacional de Salud (ENS), podemos comparar los cambios que se han producido entre 2017 y septiembre de 2021, un año y medio después del inicio de la crisis de la COVID-19.²

Los datos sugieren que, del mismo modo que ocurre en España, la pandemia ha tenido un efecto importante en la salud mental de los niños, niñas y adolescentes andaluces, **incrementándose de forma sustancial el porcentaje de este colectivo con trastornos mentales y de conducta**, a pesar de que solamente el 5% de los padres y madres en-

trevistados declaran que la salud de sus hijos fue regular, mala o muy mala en los últimos 12 meses (inferior al 8% de la media nacional).

Sin embargo, según datos de la misma encuesta, **tanto los trastornos mentales como los trastornos de conducta han aumentado**. En el caso de los trastornos mentales, el porcentaje de niños, niñas y adolescentes pasaría de un 1,7% en 2017 a un 3,7% en 2021. Los trastornos de conducta, por su parte, se elevan también de un 3,2% hasta un 6,3%, cifras que indican un elevado aumento, parecido a la media nacional, de niños, niñas y adolescentes con problemas mentales en Andalucía.

La pandemia, además, ha tenido un impacto en las conductas y emociones de los niños, niñas y adolescentes de Andalucía, **aumentando el porcentaje de aquellos que están nerviosos, preocupados, infelices o solitarios**.

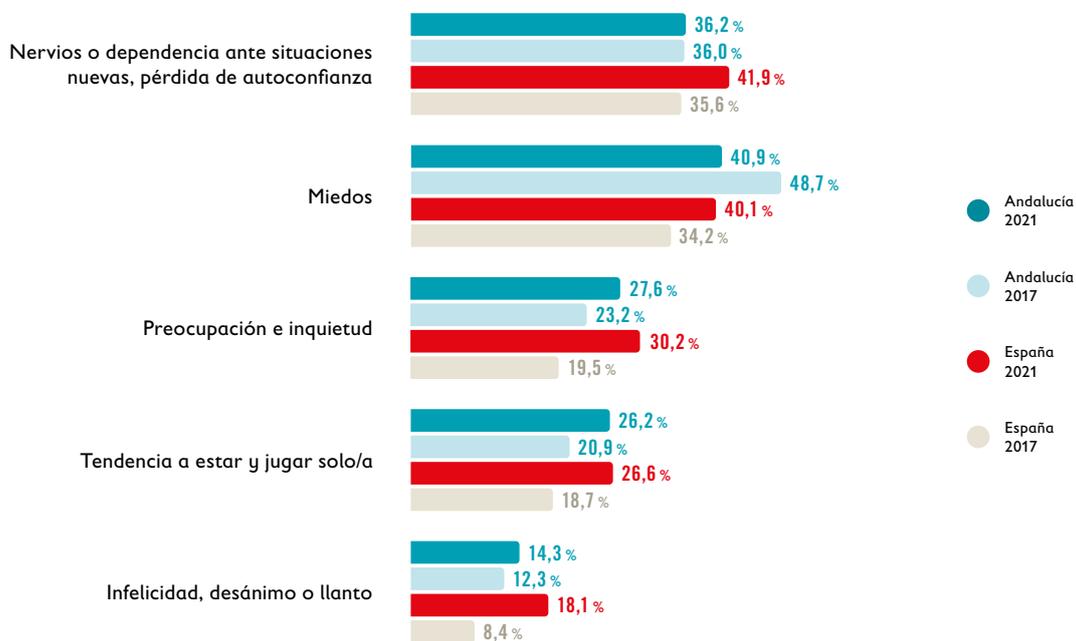
Gráfico 1. Evolución de los trastornos mentales y de conducta, 2017-2021



Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Salud 2017 y a una encuesta propia para 2021. Datos para Andalucía.

² Se trata de una encuesta a 2.000 padres y madres sobre la salud de sus hijos. Además de varias preguntas idénticas a la Encuesta Nacional de Salud (ENS) (2017) se han añadido preguntas específicas sobre pensamientos suicidas. Para todas las comparativas hay que tener en cuenta que la ENS incluye niños hasta los 14 años. Nuestra encuesta incluye niños, niñas y adolescentes (NNA) de 4 a 16 años. Las comparaciones se hacen para NNA entre 4 y 14 años. La muestra de la encuesta propia es mucho más pequeña que la de la ENS aunque representativa a nivel de comunidades autónomas.

Gráfico 2. El impacto de la pandemia en la conducta de los niños y niñas (4-14 años)



Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Salud 2017 y a una encuesta propia para 2021. Datos para Andalucía.

1.3. Factores de riesgo para la salud mental en 2021: edad, sexo, origen y renta

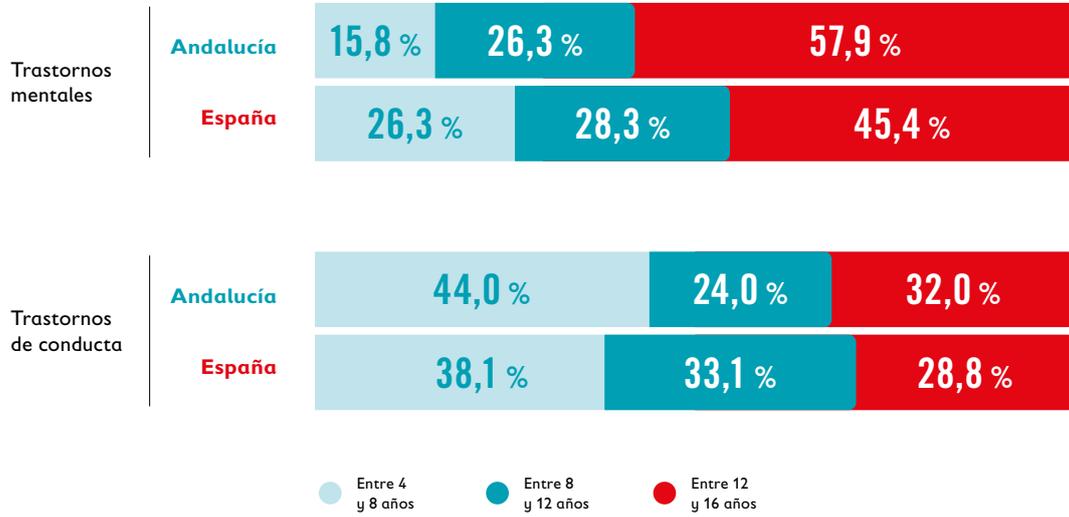
En este apartado se analizan las diferentes características sociodemográficas de los niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales y/o de conducta de Andalucía para identificar los **principales factores de riesgo** para la salud mental.

Los trastornos mentales y/o de conducta tienen patrones de edad diferenciados en Andalucía igual que en el resto de España. De hecho, son los niños, niñas y adolescentes de más de 12 años los que sufren más trastornos mentales (un 58% de los casos

en Andalucía, porcentaje más elevado que la media española del 45%), mientras que los de conducta aparecen en edades más tempranas (un 44% entre los 4 y los 8 años frente al 38% en el caso español).

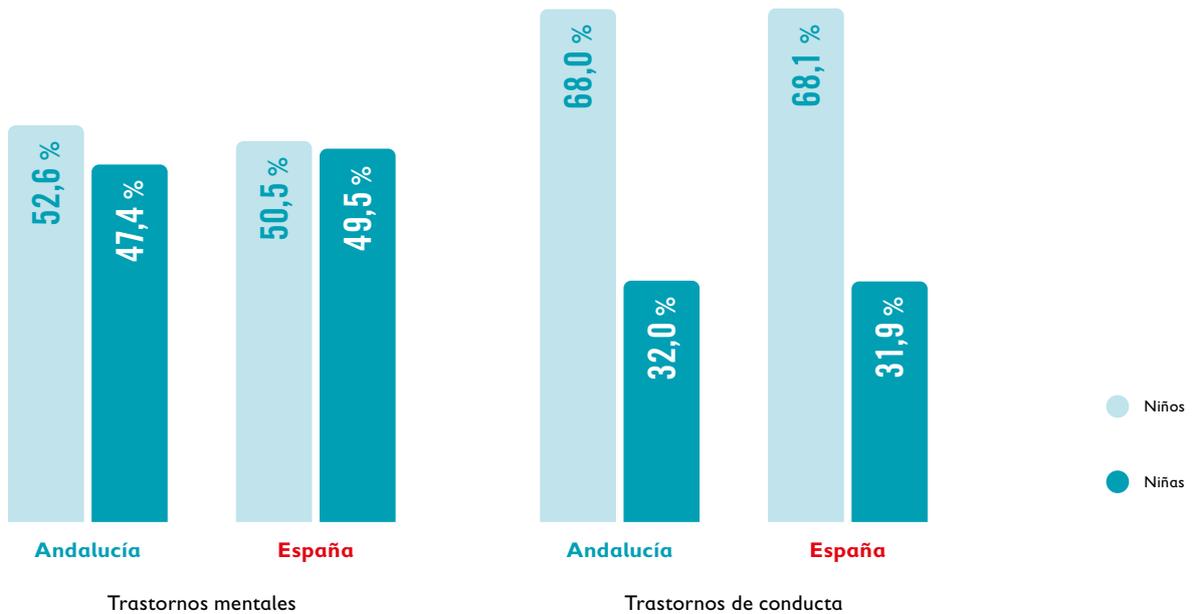
En segundo lugar, sí encontramos diferencias por sexo. Como ocurre en el resto del país, **los niños presentan mayores problemas** en ambos casos pero **estas diferencias son mayores en los trastornos de conducta** que en los trastornos mentales.

Gráfico 3. Trastornos mentales y de conducta por edad



Fuente: Elaboración propia (2021).
Datos para Andalucía.

Gráfico 4. Trastornos mentales y de conducta por sexo

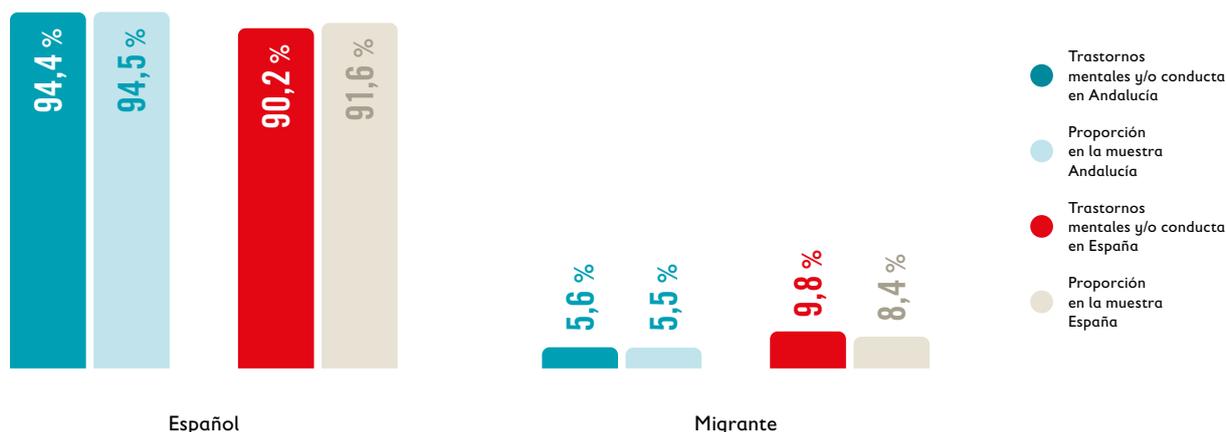


Fuente: Elaboración propia (2021).
Datos para Andalucía.

En tercer lugar, **también hay diferencias por nacionalidad**. Si bien la proporción de niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales y/o de conducta es mayor entre españoles de Andalucía, cabe destacar que también son muchos más los niños, niñas y adolescentes españoles en la encuesta. Por ello, del mismo modo que hacemos para el total de España, lo relevante es comparar si los niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales y/o de conducta representan un

porcentaje superior al porcentaje que representan en la muestra. En este sentido, vemos que los niños, niñas y adolescentes extranjeros sufren, en proporción, un número equivalente de trastornos mentales y/o de conducta de lo que les correspondería según su proporción en la encuesta, siendo esto distinto **en España donde los niños, niñas y adolescentes de origen extranjero sufren más trastornos** de lo que les correspondería.

Gráfico 5. Proporción muestral y de trastornos mentales y/o de conducta por origen

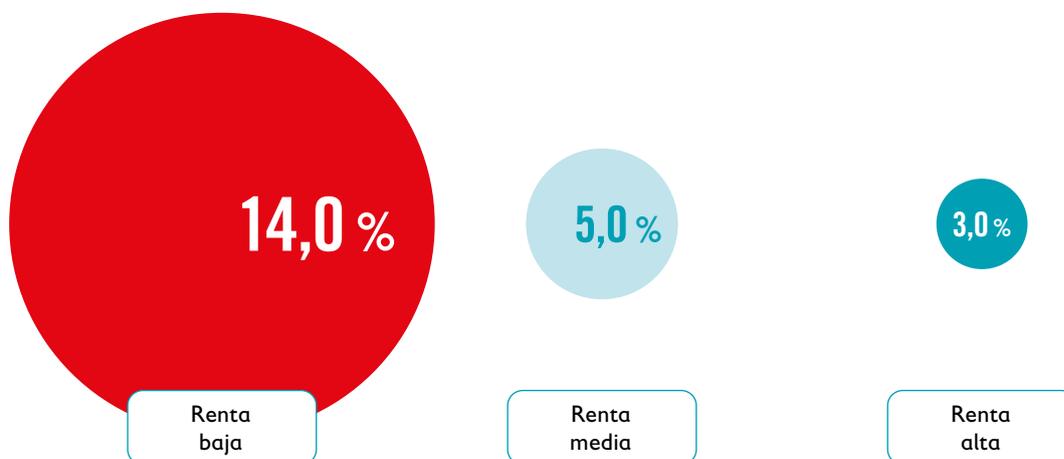


Fuente: Elaboración propia (2021).
Datos para Andalucía.

En cuarto lugar, nos queda **añadir a los factores de riesgo para la salud mental el nivel de renta**. Los hogares andaluces con rentas más bajas son aquellos donde hay más niños, niñas y adolescentes que tienen trastornos mentales y/o de conducta (un 14%, respecto a un 13% de la media nacional). En cambio, es mucho menos probable que los niños, niñas y adolescentes que viven en hogares más acomodados presenten este tipo de problemáticas (un 3%, igual que la media nacional). Es decir, los niños, niñas y adolescentes que viven en ho-

gares pobres tienen **una probabilidad casi 5 veces mayor** de sufrir trastornos mentales y/o de conducta que aquellos que viven en hogares de renta alta. **Se trata de un nivel de desigualdad por renta similar al de la media española**. Hemos visto que esta relación entre salud mental y renta se daba ya antes de la pandemia, pero debemos tener en cuenta que en un contexto en el que las desigualdades siguen acrecentándose por la crisis, y los trastornos mentales aumentan, se hace si cabe más importante aún.

Gráfico 6. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales y/o de conducta por nivel de renta



Fuente: Elaboración propia (2021).
Datos para Andalucía.

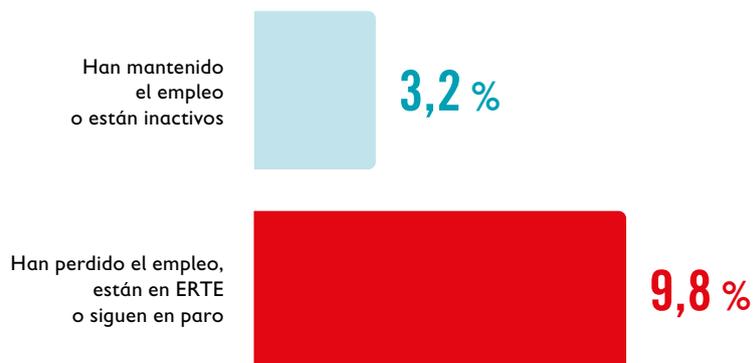
Ser vulnerable económicamente significa de manera habitual tener una situación laboral precaria. **La crisis de la COVID-19 ha supuesto para muchas familias la pérdida de su principal fuente de ingresos.** A pesar de los esfuerzos del Gobierno en mantener los empleos asegurados vía la ampliación de los ERTE, la pandemia ha afectado a las familias de manera muy desigual, dejando a muchas de ellas en paro, a otras con algún miembro en ERTE (con la consecuente reducción de ingresos) y a muchas otras en una situación extremadamente difícil para conseguir un empleo si se encontraban en paro antes de declararse el Estado de Alarma.

Esta situación tiene **un fuerte impacto sobre aquellos niños, niñas y adolescentes que viven en hogares que han enfrentado en los últimos meses una gran incertidumbre sobre su futuro laboral.** Este estrés y ansiedad pueden ser los causantes de la aparición de conductas extrañas y/o trastornos. La propia pérdida del empleo es ya de por sí un golpe duro para los progenitores y muchos de ellos han sufrido también un fuerte deterioro en su salud mental, lo que representa un doble impacto emocional para sus hijos e hijas.

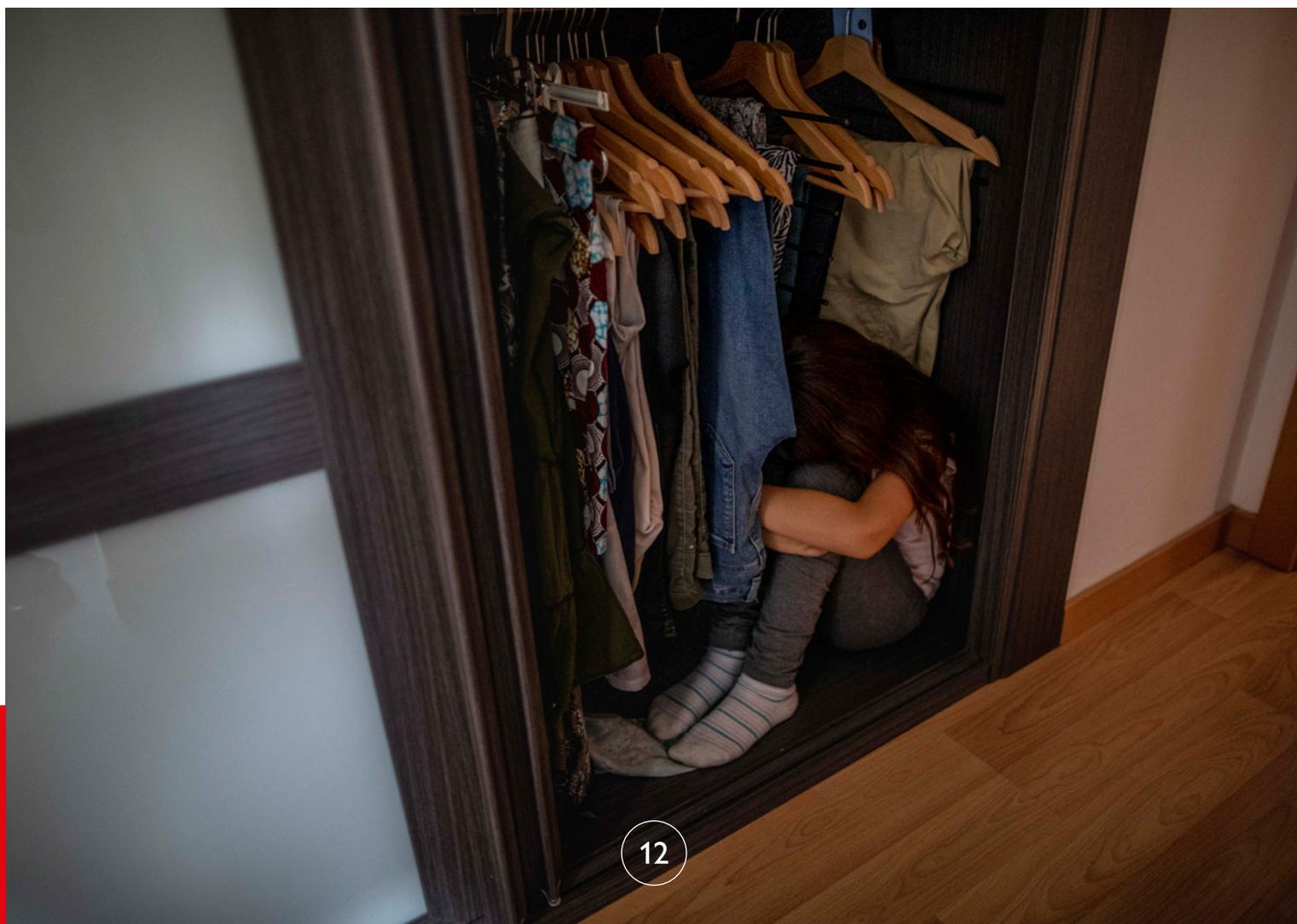
Nuestra encuesta nos confirma este efecto de la inestabilidad y vulnerabilidad laboral en la salud mental de los niños, niñas y adolescentes. Así, vemos como los niños y niñas con trastornos mentales y/o de conducta apenas representan el 3% en aquellos hogares andaluces donde los adultos de referencia se han mantenido empleados (o inactivos si estaban estudiando, incapacitados o jubilados), mientras que este porcentaje aumenta hasta el 10% cuando han perdido su empleo, están en ERTE o siguen en paro. Se trata de las mismas cifras que las del total de la población española. **La incidencia de problemas de salud mental entre los niños, niñas y adolescentes de Andalucía en familias sin empleo es por tanto tres veces mayor** que entre los niños, niñas y adolescentes en familias con empleo.

Existen también otros factores de riesgo, y conductas relacionadas a la aparición de trastornos mentales y/o de comportamiento en niños, niñas y adolescentes, como podría ser **el acoso escolar, la violencia o malos tratos, los trastornos alimentarios o el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas** (ver cuadros correspondientes).

Gráfico 7. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales y/o de conducta según si sus padres o madres han cambiado de ocupación durante la pandemia o no



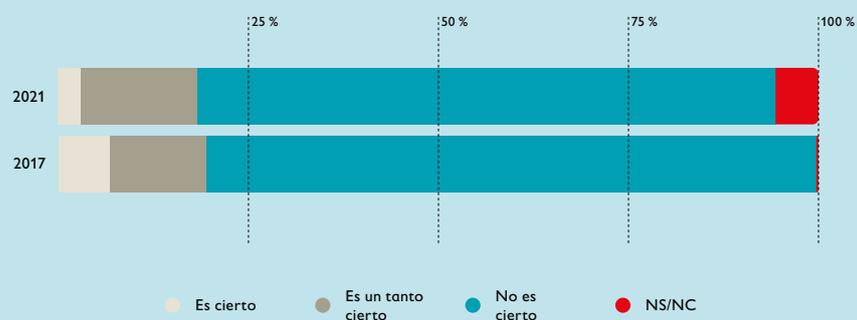
Fuente: Elaboración propia (2021).
Datos para Andalucía.



¿QUÉ SABEMOS DEL ACOSO ESCOLAR?

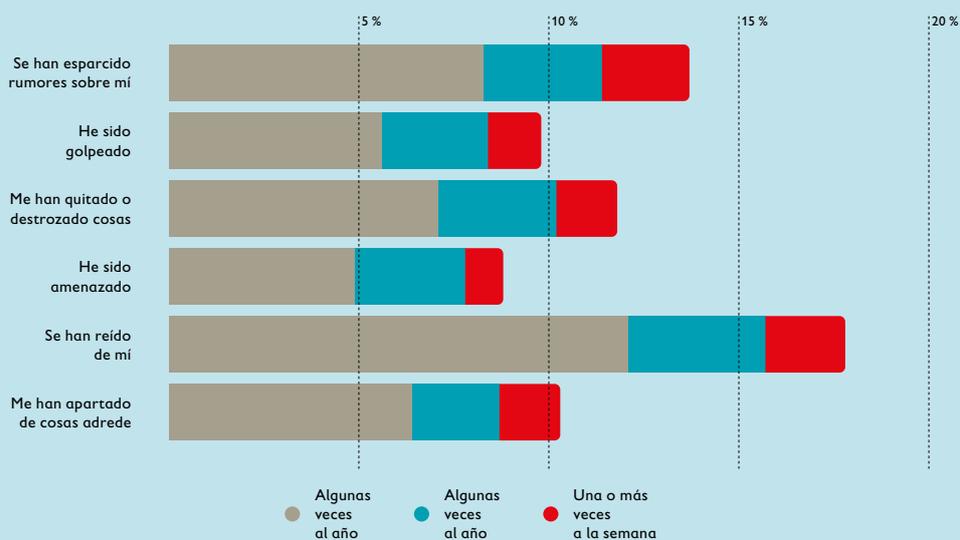
Según la Encuesta Nacional de Salud (ENS), en el año 2017 un 20% de los menores de entre 4 y 14 años recibían algún tipo de acoso, es decir, los otros niños y niñas se metían o burlaban de él o ella. Esta proporción disminuye en el 2021, a partir de la encuesta realizada, hasta el 18%. Aun así, se encuentra por encima de la media española, que ha aumentado del 14% en el año 2017 hasta el 16% en el año 2021.

Los otros niños y niñas se meten con él o ella, o se burlan



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENS (2017) y la encuesta propia (2021).

PISA 2018, dirigida a alumnos y alumnas de 15 años, contiene algunas preguntas sobre acoso escolar que reflejan resultados alarmantes.



Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos de PISA 2018.

Nota: en todas las afirmaciones hay un 42-43% que no contestan.



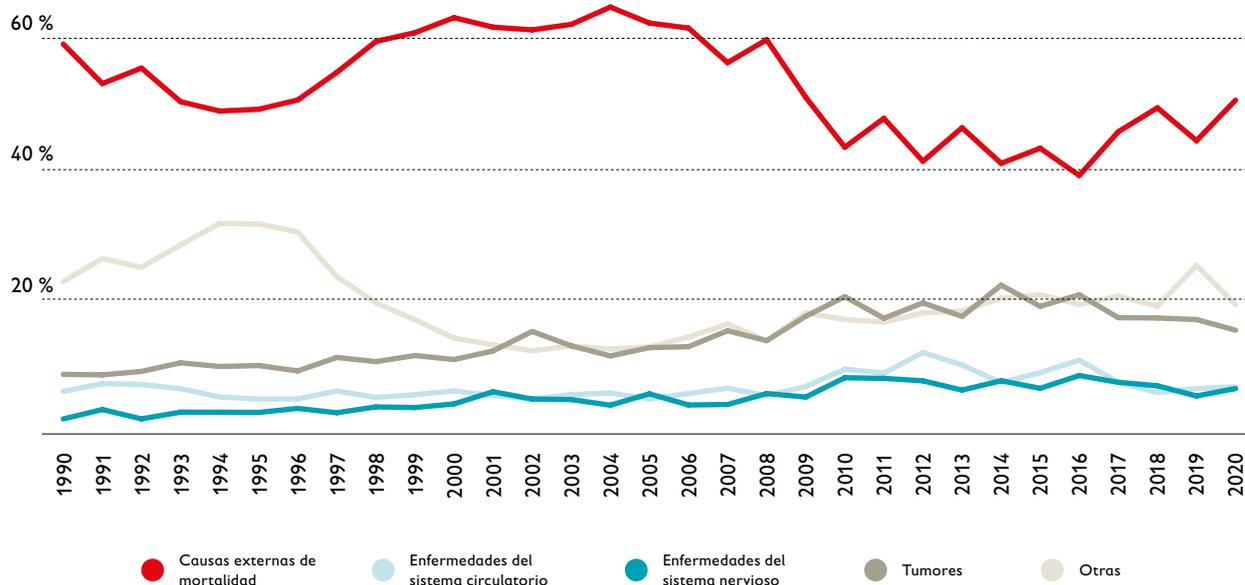
2. EL SUICIDIO EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE ANDALUCÍA

2.1. El suicidio y otras causas de muerte

Los niños, niñas y adolescentes en España mueren principalmente por causas externas,³ una de las cuales es el suicidio. **En Andalucía hubo 194 muertes** de niños, niñas y adolescentes de entre 15 y 29 años por causas externas en 2020, un 22% sobre el total español,

siendo un 78% de ellas de niños y el resto de niñas. De las causas externas de muerte, **el suicidio es, junto a los accidentes de tráfico, la primera causa de muerte**, con un 35% de los casos.

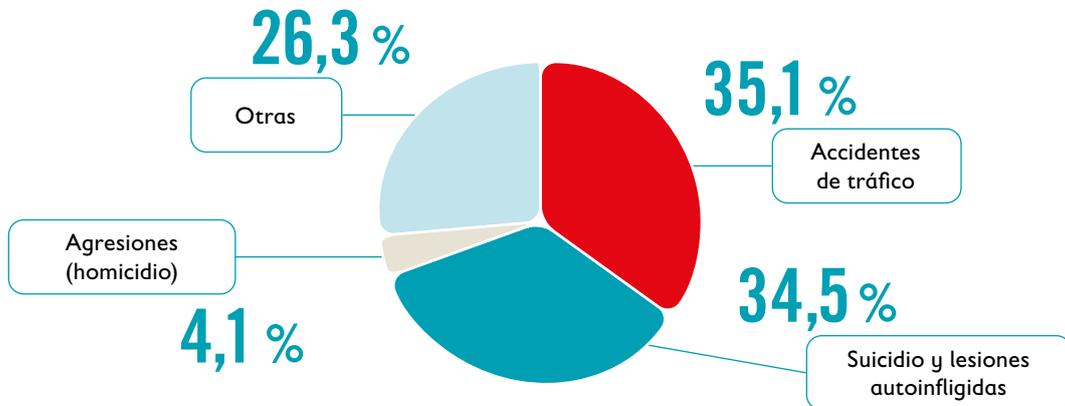
Gráfico 8. Principales causas de muerte en adolescentes y jóvenes de 15 a 29 años



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte (INE).
Datos para Andalucía.

3 Las causas externas de muerte se clasifican en los siguientes grupos: accidentes de tráfico, otros accidentes de transporte, caídas accidentales, ahogamiento, sumersión y sofocación accidentales, accidentes por fuego, humo y sustancias calientes, envenenamiento accidental por psicofármacos y drogas de abuso, otros envenenamientos accidentales, otros accidentes, suicidio y lesiones autoinfligidas, agresiones (homicidio), eventos de intención no determinada, complicaciones de la atención médica y quirúrgica, otras causas externas y sus efectos tardíos.

Gráfico 9. Causas de muertes por motivos externos entre los 15 y los 29 años (2019)

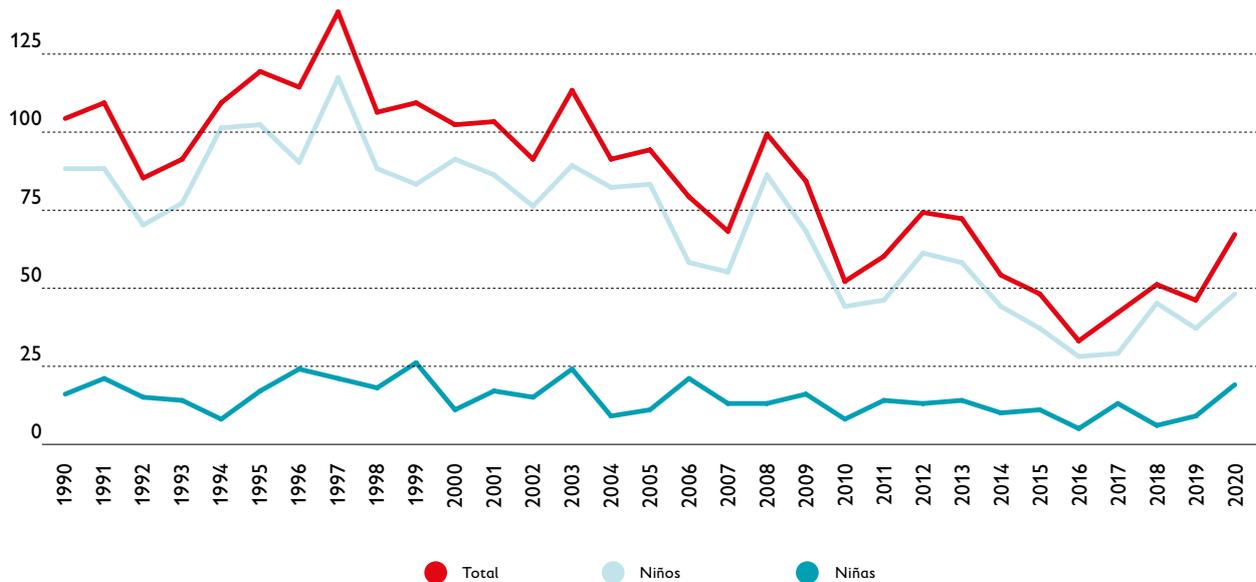


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte (INE).
Datos para Andalucía.

En concreto, **las muertes por suicidio o autolesiones en Andalucía han ido retrocediendo desde su pico más alto a finales de los años 90**. En 2020 se registraron en la

comunidad autónoma 67 suicidios de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, un 22% del total de suicidios en España, de los cuales 48 eran niños y 19, niñas.

Gráfico 10. Defunciones por suicidio y lesiones autoinfligidas entre los 15 y los 29 años



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte (INE).
Datos para Andalucía.

2.2. El suicidio y la pandemia: edad, sexo y renta del hogar

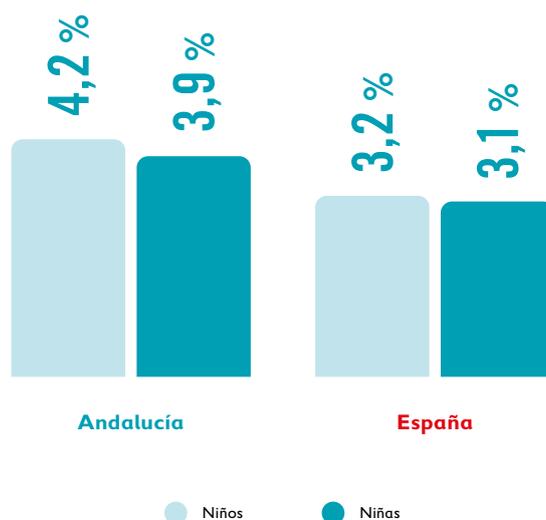
Según el personal especialista en niños, niñas y adolescentes del Teléfono de la Esperanza, línea de atención al suicidio, **la pandemia ha disparado la demanda de atención en adolescentes y jóvenes, especialmente en los últimos meses.** Los profesionales han observado también un **aumento significativo de las autolesiones** como forma de gestionar el dolor emocional fruto de las experiencias vividas y la falta de recursos internos maduros para procesarlas.

Los resultados de nuestra encuesta muestran que, de acuerdo con la percepción de los padres o madres de Andalucía, **el porcentaje de niños que podrían tener intenciones suicidas según sus padres y madres es de un 4%**, algo por encima de la media nacional de la encuesta, de un 3%.

En Andalucía, las intenciones de suicidio estarían más presentes en niños que en niñas –un 4,2% frente a un 3,9%–. Esta brecha es ligeramente más amplia que la que podemos encontrar a nivel nacional (de 3,2% vs 3,1%). Esta cifra iría en línea con los datos finales de muertes por suicidio, que son efectivamente superiores entre niños con respecto a las niñas de forma sistemática.

No podemos olvidar que la evidencia cualitativa recogida señala que el pensamiento suicida **no es fácil de contar, ni de escuchar.** Por lo tanto, es probable que muchas familias no conozcan lo que está sucediendo hasta que se produce una lesión seria. De hecho, la mayor parte de niños, niñas y adolescentes que llaman al Teléfono de la Esperanza manifiestan que su entorno ignora lo que les está sucediendo.

Gráfico 11. **Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que podrían haber expresado intenciones de suicidio por sexo**

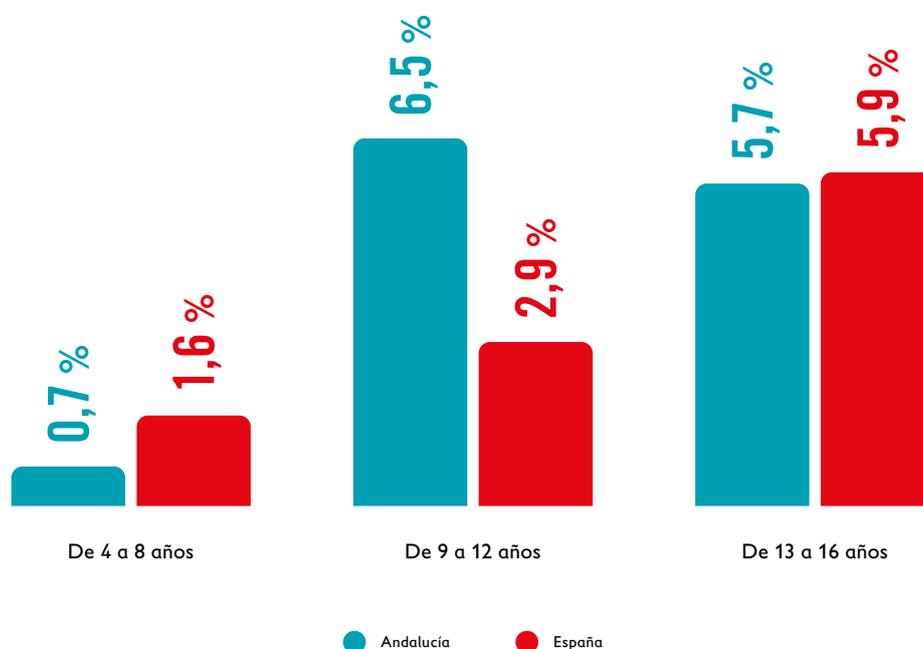


Fuente: Elaboración en base a una encuesta propia para 2021. Datos para Andalucía.

En contraste con el resto de España, aunque este problema varía en gran medida con la edad, en Andalucía su incidencia no es más alta entre adolescentes mayores de 13 años. Así, mientras que apenas un 1% de niños y niñas entre 4 y 8 años podrían haber mostrado este tipo de intenciones (en comparación a un

1,6% en el conjunto de España), **el porcentaje aumenta hasta un 6,5% en el grupo entre 9 y 12 años de edad** (muy superior al 3% de la media nacional) y desciende levemente a un 5,7% en el caso de niños, niñas y adolescentes mayores de 13 años (media nacional: 6%).

Gráfico 12. **Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que podrían haber expresado intenciones de suicidio por edad**



Fuente: Elaboración en base a una encuesta propia para 2021. Datos para Andalucía.

Las intenciones de suicidio de niños, niñas y adolescentes, según sus padres, varían en función de la renta familiar. Para el total de España, si desglosamos por nivel de renta, vemos que, en aquellos hogares con rentas más altas, el porcentaje de padres y madres que consideran que sus hijos tienen intenciones de suicidarse es del 1,25%. Sin embargo, este

porcentaje se triplica hasta llegar al 4% para las familias con rentas bajas. La muestra de nuestra encuesta para Andalucía no nos permite desglosar por renta los datos, pero los resultados nacionales son especialmente preocupantes si tenemos en cuenta que estos hogares tienen, además, menos recursos para tratar de ayudar a los niños, niñas y adolescentes.



«Todos sufrimos problemas psicológicos y nos da vergüenza decirlo a los demás y por eso se necesita saber más de ellos».

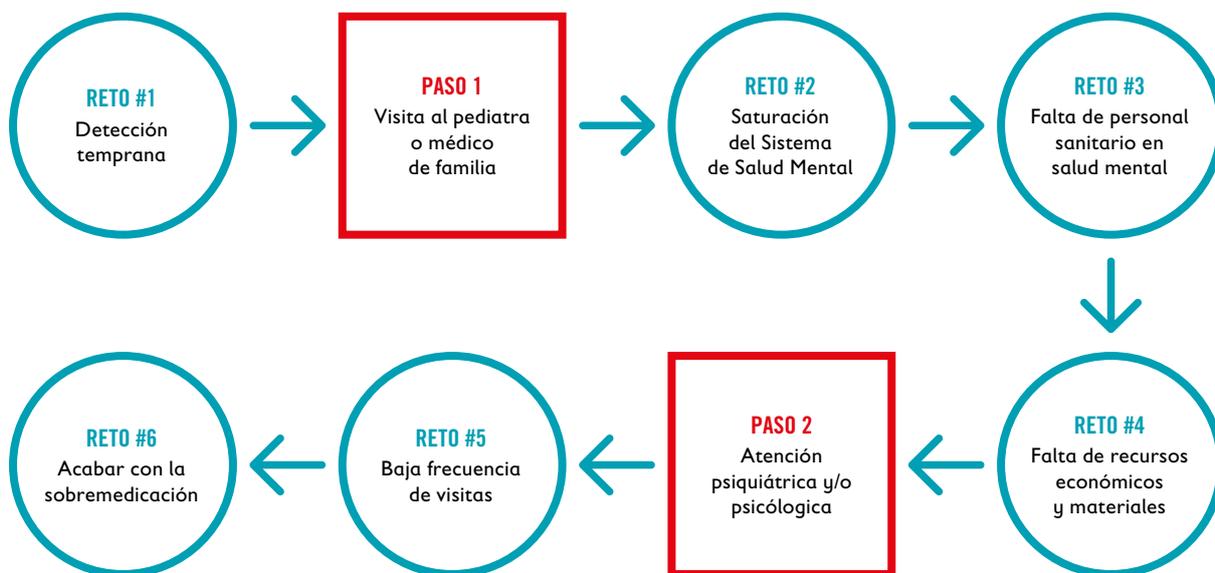
— Grupo Bermejales Sevilla.

3. EL ACCESO A LA SALUD MENTAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA: UNA CARRERA DE OBSTÁCULOS

Garantizar que todos los niños, niñas y adolescentes de Andalucía accedan a una asistencia de salud mental de calidad debe ser una prioridad en la agenda política. **La salud mental tiene en los suicidios su imagen más dramática, pero quedarnos solo con esos datos deja detrás muchas ideas y tentativas no registradas**, así como trastornos mentales y de conducta no diagnosticados que provocan un gran sufrimiento emocional a los niños, niñas y adolescentes y sus familias. Hay

una amplia evidencia de que, por ejemplo, los problemas de salud mental en la infancia tienen un impacto negativo en los resultados académicos durante la adolescencia.⁴ La pandemia ha intensificado los retos a los que se enfrenta nuestro sistema sanitario, a la vez que han aumentado los problemas mentales de niños, niñas y adolescentes derivados del aislamiento, el cierre de los colegios, el miedo al virus y la incertidumbre económica.

La carrera de obstáculos a la asistencia en salud mental de niños, niñas y adolescentes



4 Deighton J, Humphrey N, Belsky J, Boehnke J, Vostanis P, Patalay P (2018) Longitudinal pathways between mental health difficulties and academic performance during middle childhood and early adolescence. Br J Dev Psychol 36(1):110–126.

3.1. Reto #1: La detección y prevención

Para que un menor de edad reciba la atención psicológica y psiquiátrica correspondiente a sus necesidades **es de vital importancia que estas se detecten tempranamente** para actuar a tiempo.

Los casos diagnosticados son solo la punta del iceberg de los problemas de salud mental en niños, niñas y adolescentes. Demasiadas veces, **la detección se produce cuando el problema ya está muy avanzado o es incluso demasiado tarde**. Por esa razón, el primer obstáculo que nos encontramos para acceder a la salud mental es la detección de necesidades de los niños, niñas y adolescentes.

Ahora mismo queda a voluntad de los centros sanitarios, educativos o del Gobierno de Andalucía diseñar e implementar protocolos de prevención en salud mental.

En este sentido, **los centros educativos juegan un importante papel**, al ser el lugar donde los niños, niñas y adolescentes pasan gran parte de su tiempo. Por esa razón, es importante dotar a los centros y a los equipos docentes con los recursos necesarios y la formación adecuada.

Como destacan aquellas personas profesionales de la línea de atención al suicidio, **la intervención en contextos educativos es fundamental y la prevención en edades tempranas, así como la intervención en adolescencia, es una prioridad**. Por ello es imprescindible desarrollar programas que tengan en cuenta la salud emocional del alumnado. En ese aspecto, el Servicio Andaluz de Salud ofrece recomendaciones sobre la detección, prevención e intervención de la Conducta Suicida.

EL ENFOQUE SAFE SCHOOLS

El enfoque *Safe Schools* busca crear un entorno seguro para los niños y niñas en los centros educativos. Mediante la coordinación e implicación de toda la comunidad educativa y agentes interesados (menores, familias, docentes, equipos directivos, asociaciones, entidades y administraciones públicas), se pretende que los centros educativos sean entornos de bienestar libres de violencia para que los menores puedan desarrollarse y aprender. Este enfoque pretende dar los recursos y formaciones adecuadas a los centros educativos en materia de salud socioemocional, promoción de la libertad de orientación sexual y prevención de cualquier violencia y del acoso escolar.

Algunos ejemplos son el caso del estado de Victoria, Australia, que desarrolla el programa *Safe Schools* para crear un ambiente seguro e inclusivo para los estudiantes LGTBIQ o el caso del estado de Pensilvania (EE. UU.), para que los centros sean entornos libres de violencia mediante la prevención y promoción de la salud socioemocional.

Los centros educativos deberían tener programas propios de cuidado de salud emocional y de prevención del acoso escolar y el suicidio fomentando también el desarrollo de la inteligencia emocional. En todas las edades es importante: desde la primera infancia a la adolescencia. El objetivo último es evitar el sufrimiento emocional de los niños, niñas y adolescentes que, por ejemplo, por culpa del acoso escolar, pueden enfrentar malestar psicológico, tristeza, baja autoestima, ansiedad, miedo, marginación social, síntomas depresivos –incluso ideación suicida– y también somatizar ese malestar a través de síntomas físicos. La implicación de los equipos directivos de los centros educativos, con la colaboración de la comunidad educativa (familias, profesorado y alumnado), permite no solo identificar, sino también prevenir, riesgos como el acoso escolar o el suicidio.

Desde el Teléfono de la Esperanza lo ven claro. **Dentro de los planes de prevención de suicidio debería estar incluido todo el sistema educativo**, para prevenir, formando, acompañando y sabiendo detectar a niños, niñas y adolescentes en riesgo.

No obstante, todo el peso de la detección de problemas mentales y emocionales, sobre todo de aquellos no vinculados al entorno escolar, no puede recaer en los centros educativos. El espacio de crecimiento de referencia para niños, niñas y adolescentes es en gran medida su

hogar o el sistema familiar al que pertenecen, y éstos han de estar capacitados, con la colaboración del sistema sanitario y los centros escolares, para para cuidar del crecimiento y de la salud mental de sus hijos e hijas.

Plan de Infancia y Adolescencia en Andalucía

El II Plan de Infancia y Adolescencia 2016-2020 tiene un área de salud y bienestar emocional que incluye 4 líneas estratégicas. Estas líneas contemplan actuaciones en materia de salud mental. Recientemente se aprobó el III Plan Andaluz de Infancia y Adolescencia que prestará especial atención a menores vulnerables y víctimas de acoso, con una perspectiva de salud mental.

III Plan Integral de Salud Mental 2016-2020. La segunda línea estratégica del Plan hace referencia a la detección precoz y una atención de calidad adaptada a cada franja de edad. Según explícita el texto, la salud mental de la infancia y de la adolescencia es una de las prioridades del propio Plan.

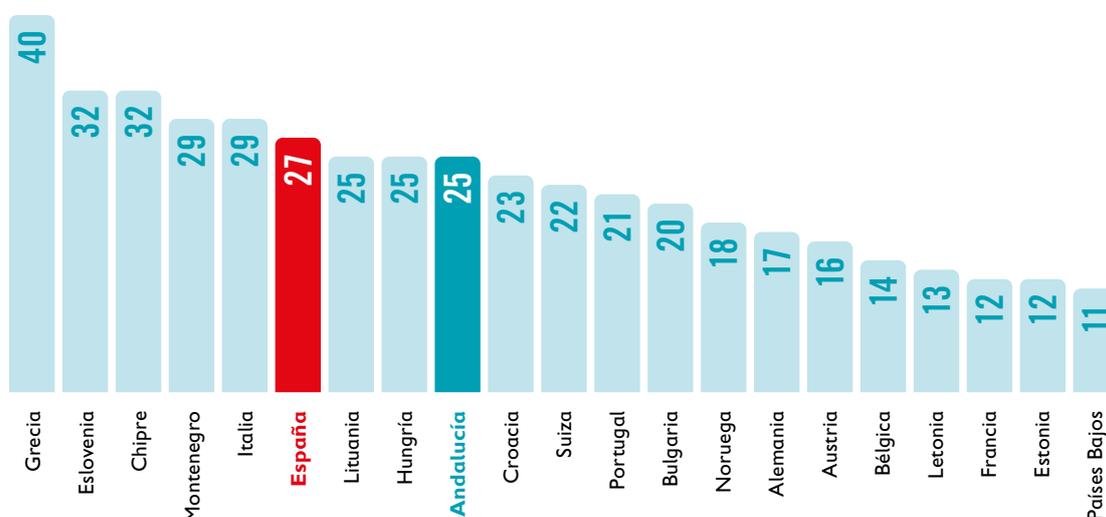
3.2. El primer paso: visita al pediatra o médico de familia

En la carrera de obstáculos para obtener asistencia sanitaria a sus problemas mentales, debemos entender cuál es el primer paso que las familias de niños, niñas y adolescentes deben dar en el Servicio Nacional de Salud (SNS). **Si eres menor de edad –o su responsable a cargo– y necesitas atención psiquiátrica y/o psicológica, lo primero que tienes que hacer es dirigirte al pediatra o al médico de familia** quien,⁵ tras una valoración, te derivará al especialista si así lo cree conveniente. En ese aspecto, es importante que los pediatras y médicos de familia tengan

una buena formación en detección temprana de trastornos mentales y de conducta específicos de los niños, niñas y adolescentes.

En Andalucía hay 25 pediatras por cada 100.000 habitantes, por debajo de la ratio española que se sitúa en 27. Sin embargo, hay que tener en cuenta que estos datos nos pueden llevar a confusión del acceso general al incluir los pediatras en hospitales privados no pertenecientes al SNS, que estos suponen un 5% del dato que ofrece Eurostat para España y un 6% del dato calculado para Andalucía.⁶

Gráfico 13. Número de pediatras generales por cada 100.000 habitantes (2019)



Fuente: Eurostat y Ministerio de Sanidad.

Nota: para el caso español Eurostat tiene en cuenta los pediatras en las modalidades asistenciales y en hospitales (personal vinculado y en formación, tanto del Servicio Nacional de Salud como privados).

5 La edad pediátrica en atención primaria es hasta los 14 años. De forma opcional, los menores de entre 7 y 14 años pueden optar por médicos de familia. Fuente: Cartera de servicios. Servicio Andaluz de Salud.

6 Este porcentaje se ha realizado aproximando el cálculo de Eurostat con la información disponible en Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) y Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

3.3. Reto #2: Saturación del sistema

Si existe asistencia sanitaria, pero esta tarda mucho en llegar, **no podemos hablar de un acceso real, y en iguales condiciones, a la salud mental** (por ejemplo, si las listas de espera para recibir atención psicológica o psiquiátrica se convierten en un cuello de botella para acceder al sistema). Esta es una de las mayores críticas hechas por los profesionales, asociaciones o incluso por el Defensor del Pueblo⁷ o el Comité de los Derechos del Niño.⁸

En Andalucía los pacientes, sin distinguir niños, niñas y adolescentes de adultos, tienen que esperar una media de mes y medio para las primeras consultas o las procedentes de atención primaria y hasta dos meses para las interconsultas hospitalarias.

En general, como se aprecia en el gráfico 14, las listas de espera en Andalucía dependen de qué servicio concreto miremos. Las cifras de las otras comunidades varían en función de la fuente, año y si se refiere tanto a atención

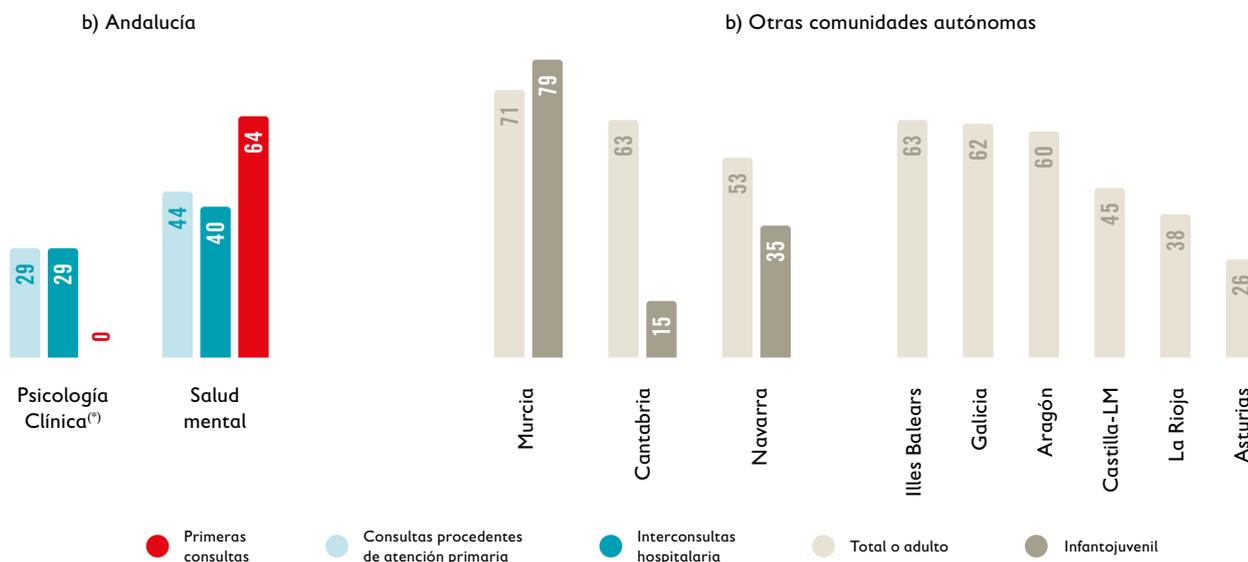
psicológica, psiquiátrica o ambas. Para el caso específico de primeras consultas o las procedentes de atención primaria se encontraría entre las comunidades con tiempos más bajos, mientras que las interconsultas hospitalarias de las más altas. Se trata de **esperas de entre uno y dos meses para empezar a acompañar desde la sanidad pública el sufrimiento emocional** de los niños, niñas y adolescentes y sus familias.

Según informan las personas especialistas del programa de prevención de suicidio, los servicios de salud mental infantojuvenil en España se encuentran colapsados y no llegan a una gran parte de la población (de la misma forma que los servicios dirigidos a personas adultas). **Ante la gran demanda y los pocos recursos, se atienden solo los casos muy graves** y se dejan de atender la mayor parte de niños, niñas y adolescentes que sufren en silencio.

⁷ <https://stces.me/3xRW0ax>

⁸ Observaciones Finales del Comité de los Derechos del Niño a España (2018), relativas a la necesidad de, entre otras, formular una política nacional de salud mental infantil, mejorar el acceso a servicios de salud mental, asegurar la disponibilidad de personal cualificado, incluso psiquiatras infantiles, en todo el territorio, o fomentar alternativas a la sobremedicación.

Gráfico 14. **Días en lista de espera para recibir visita en atención psicológica y/o psiquiátrica**



Fuente: a) Tiempos de respuesta asistencial. Listas de espera. Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud y Familias, *dato que proviene de un solo paciente y para interconsultas hospitalarias no hay ningún paciente. b) Defensor del Pueblo, fuente y años diversos.

Notas: el Defensor del Pueblo no consiguió los datos para todas las comunidades autónomas. Los datos de la Comunidad de Madrid son del 2016, los de Andalucía de 2021, y los de Galicia, Navarra y Asturias de 2018.

El Defensor del Pueblo no especifica el año de los datos de las otras de comunidades.

3.4. Reto #3: Falta de recursos humanos: personal sanitario especializado en salud mental

Las largas listas de espera se explican en parte por la falta de recursos humanos especializados. En Andalucía había alrededor de 3,2 psicólogos por cada 100.000 habitantes en el 2018 según un artículo científico publicado recientemente. **Esta ratio es la más baja entre las comunidades autónomas** y resulta casi la mitad de la ratio nacional de 6 psicólogos por cada 100.000 habitantes. El número de psicólogos y psicólogas clínicos ha aumentado en los últimos años en España,

siendo el incremento de Andalucía de los más bajos.⁹ En los últimos cuatro años, las plazas en las convocatorias de formación especializada en Psicología Clínica han aumentado un 32% en Andalucía, a diferencia del 45% a nivel español.¹⁰ En cambio, en la última convocatoria se han incrementado un 21% las plazas en Andalucía respecto el año anterior, suponiendo la mayor variación comparado con las otras comunidades autónomas.

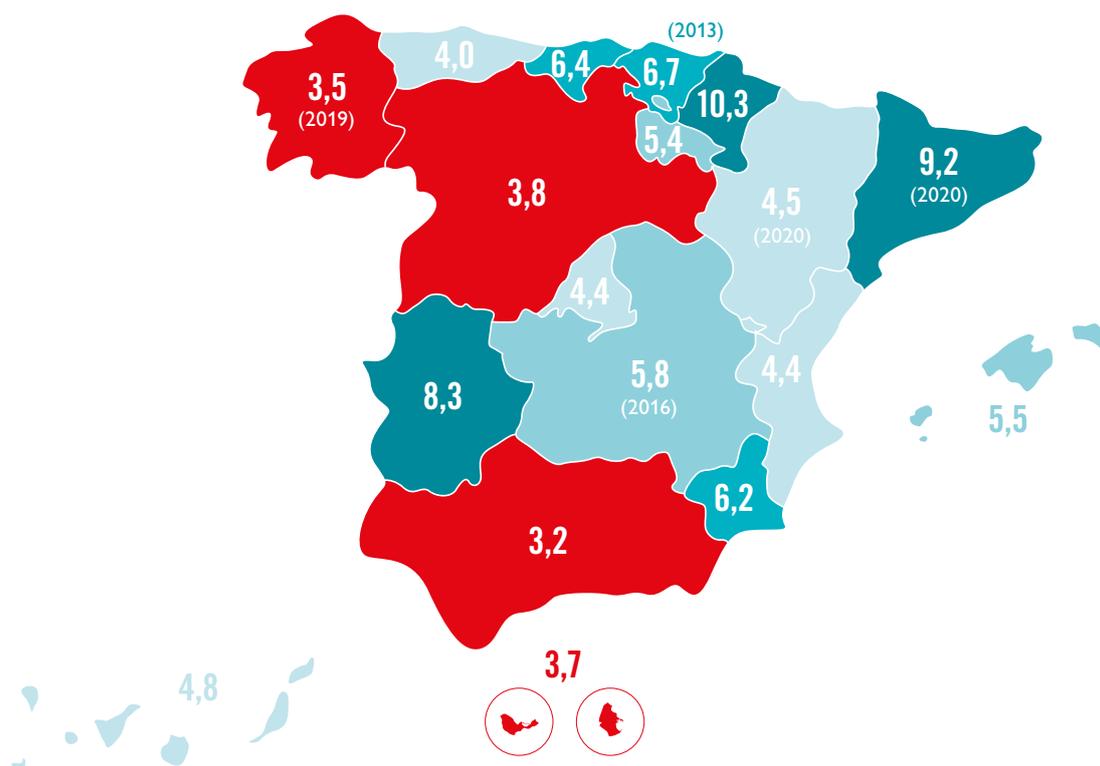
9 Periodo 2009-2018, exceptuando algunas comunidades que resulta del 2009 hasta 2016, 2017 o 2019. Andalucía 2009-2017. Fuente: Defensor del Pueblo.

10 Datos obtenidos a partir de las publicaciones anuales de las convocatorias en el BOE.

A diferencia de la medicina, que existen diferentes especialidades de formación, en psicología solo existe una única especialidad y es la de Psicología Clínica. El programa formativo

de la especialidad de Psicología Clínica recomienda una rotación en Psicología Clínica de la Infancia y Adolescencia en el cuarto año de residencia y con una duración de 6 meses.¹¹

Gráfico 15. Ratio de psicólogos y psicólogas clínicos por 100.000 habitantes (2018)



Fuente: Martínez, J. C. D. (2021). ¿Sabemos cuántos profesionales especialistas en psicología clínica trabajan en el Sistema Nacional de Salud español?. Papeles del Psicólogo, 42(2), 81-93.

Hasta ahora las personas en formación en la especialidad de Psiquiatría solo realizaban formación en materia infantojuvenil de forma opcional en el último año de formación. Posteriormente, pueden ejercer en unidades clínicas de Psiquiatría Infantil.

El pasado agosto 2021 se aprobó el Real Decreto que establece el **título especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia**,¹² una reclamación histórica de los profesionales en esta especialidad.

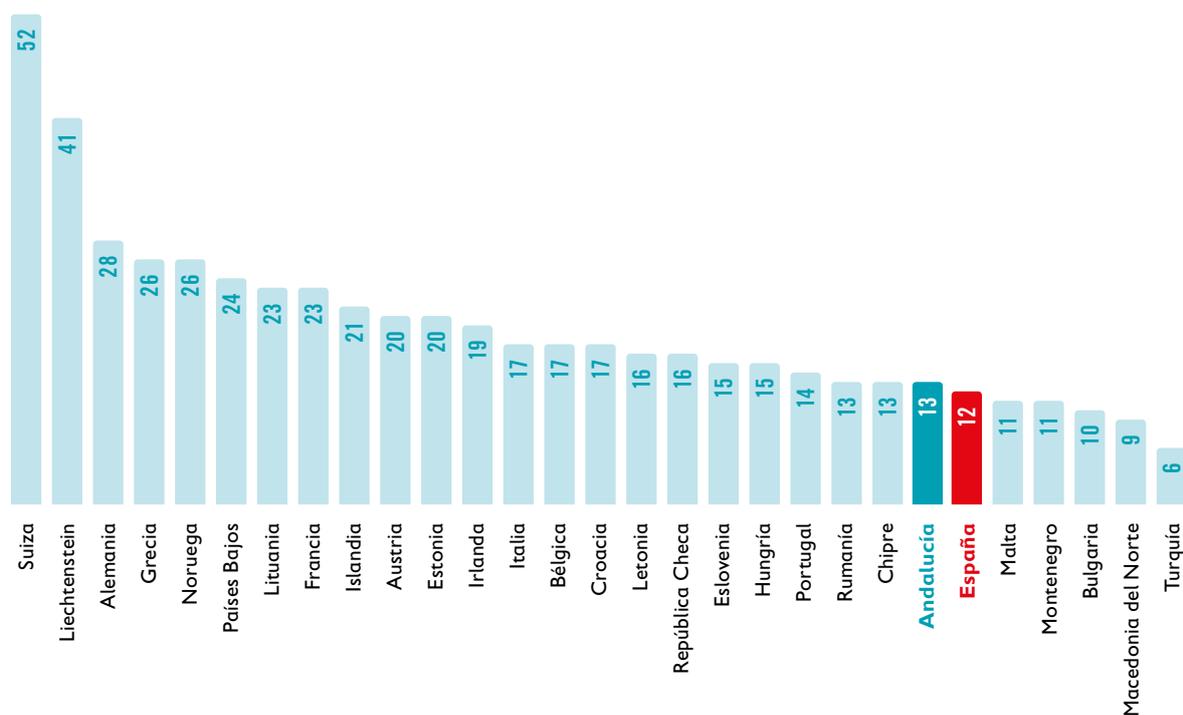
11 Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica.

12 Real Decreto 689/2021, de 3 de agosto, por el que se establece el título de médico especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia y se actualizan diversos aspectos del título de médico especialista en Psiquiatría.

En el marco de la Estrategia de Salud Mental anunciada por el Gobierno se crea esta especialidad, con el objetivo de **promover la detección e intervención temprana de trastornos mentales y del neurodesarrollo, incluidos los trastornos adictivos en niños, niñas y adolescentes**. De todas formas, el propio Real Decreto aprobado específica que no habrá nuevas dotaciones presupuestarias para tal efecto y se utilizarán los recursos ya existentes.

Esto cobra especial relevancia en un contexto donde la ratio de psiquiatras por 100.000 habitantes en Andalucía es de las más bajas de Europa, pero ligeramente más elevada que la ratio española. De nuevo, los datos que ofrece el Eurostat incluyen los psiquiatras en hospitales privados no pertenecientes al Servicio Nacional de Salud. En este caso, solo resulta ser un 4% del total que ofrece Eurostat para España y 3% según el cálculo para Andalucía.¹³

Gráfico 16. Ratio de psiquiatras por 100.000 habitantes (2019)



Fuente: Eurostat y Ministerio de Sanidad.

Nota: para el caso español Eurostat tiene en cuenta los y las psiquiatras en hospitales (personal vinculado y en formación), tanto del Servicio Nacional de Salud como privados.

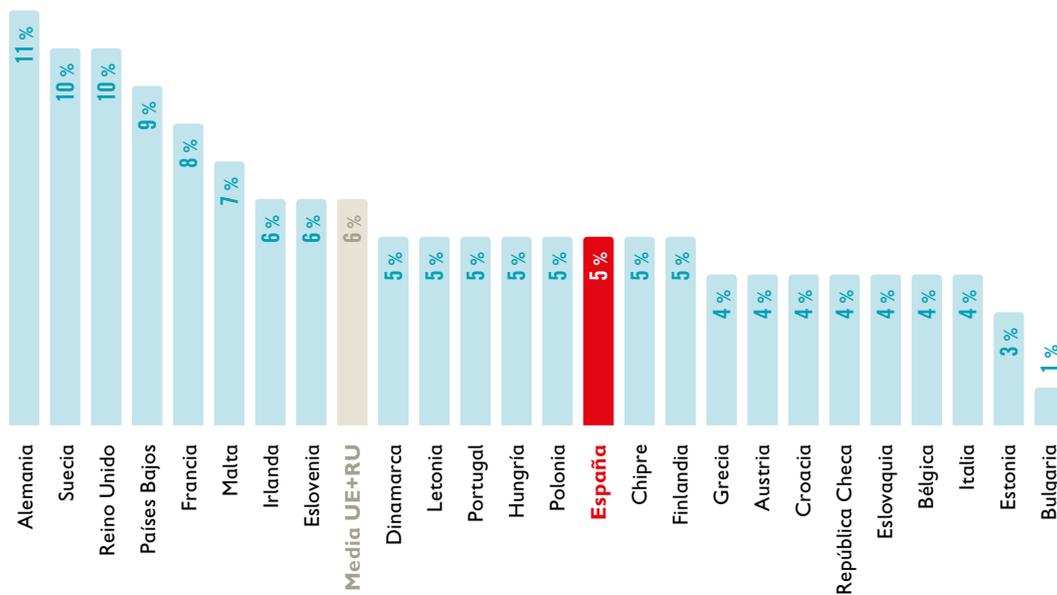
13 Este porcentaje se ha realizado aproximando el cálculo de Eurostat con la información disponible en el Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

3.5. Reto #4: Falta de recursos económicos

La saturación del sistema sanitario y la falta de personal tienen su origen, en parte, en una falta de recursos económicos. **Es difícil obtener datos consolidados y actualizados sobre el gasto público en salud mental**, especialmente aquél destinado a la infancia y adolescencia. De hecho, no existen datos pú-

blicos específicos para Andalucía por lo que se presentan datos agregados para el conjunto de España. Los datos más recientes disponibles nos hablan de un 5% del gasto sanitario español dedicado a salud mental. Un valor algo inferior a la media europea del 5,5%.

Gráfico 17. Porcentaje de salud mental sobre el total del gasto en sanidad



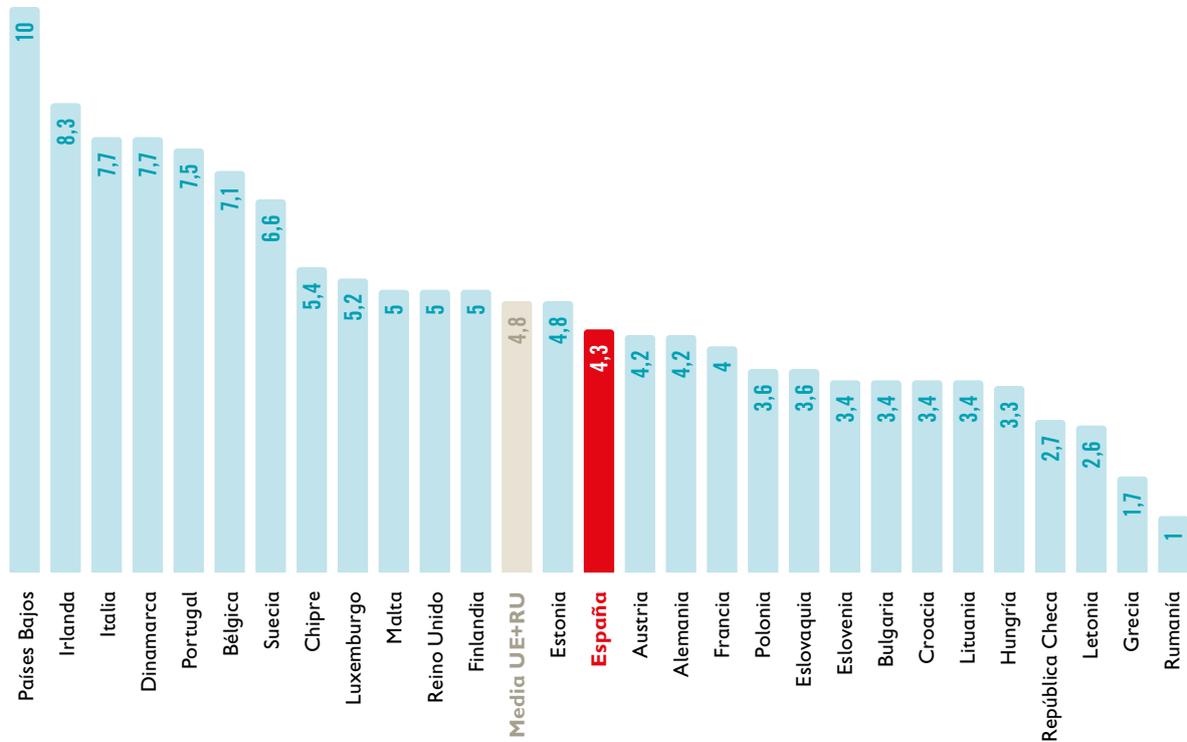
Fuente: Headway 2023 - Mental Health Index, octubre 2021.

Nota: para el año 2020 o el más actualizado disponible. No indica los años concretos, ni el de España.

Vemos también que, en el año 2019, justo antes de la pandemia, solo un 0,8% del gasto total en salud se destinaba a hospitales de salud mental. Este valor está muy lejos del 9% de Noruega, el 5% de Países Bajos, el 4% de Bélgica, o el 4% de Dinamarca o Francia.

No es de extrañar por tanto que, **al medir la calidad de nuestro servicio sanitario de salud mental, España suspenda con un 4,3.**

Gráfico 18. Calidad del servicio sanitario en salud mental, 2020 (puntuación 1-10)



Fuente: Headway 2023 - Mental Health Index, octubre 2021.

3.6. El segundo paso: recibir atención psiquiátrica y/o psicológica

Si has superado los retos relacionados con la falta de detección, la saturación del sistema, la falta de recursos, y has esperado el tiempo que te toca en las listas de espera de tu comunidad, ya puedes recibir la atención sanitaria que necesitas. **En España la asistencia pública psiquiátrica o psicológica es totalmente**

gratuita y no hay que pagar ningún co-pago, a diferencia de algunos países europeos como Dinamarca, Italia, Portugal o Austria. Además, España es uno de los pocos países europeos, juntamente con Dinamarca y Suecia, que no tiene límite de sesiones.

3.7. Reto #5: Frecuencia de las visitas

Una vez que los niños, niñas y adolescentes han entrado dentro del sistema público de salud mental, un reto al que se enfrentan de cara a tener una buena asistencia es la frecuencia de las visitas médicas. **En 2018 los niños, niñas y adolescentes andaluces visitaron, de media, 6 veces a los profesionales de las Unidades de Salud Mental Infantojuvenil.**¹⁴ Esto supone una media de 1 visita cada 2 meses. En el caso de los adultos, esta frecuencia fue menor, 4 visitas al año, lo que supondría una cada 3 meses.

Estos datos son muy parecidos a los estatales ya que el tiempo entre visitas puede alcanzar

hasta los 3 meses y con una duración muy corta, justo lo opuesto a lo que se necesita.¹⁵ Los datos disponibles al respecto son muy escasos y de baja calidad. El Defensor del Pueblo consiguió obtener algunas cifras del promedio de número de consultas por paciente y año para algunas comunidades autónomas.¹⁶ Por ejemplo, en Aragón era de 4 consultas persona/año, en Asturias de 3 en 2018, en Canarias de 3 y en Navarra, que diferencia adultos e infantojuvenil, se situó en 2018 en 3 en ambos casos.¹⁷ Los problemas de salud mental necesitan tiempo y continuidad para poder realizar una vinculación y un acompañamiento al paciente que realmente le ayude.

3.8. Reto #6: Acabar con la sobremedicación

Uno de los efectos derivados de la saturación del sistema es la sobremedicación. Las largas listas de espera para recibir atención del especialista en salud mental llevan a que los médicos de atención primaria puedan recetar antidepresivos o psicofármacos ante casos de ansiedad o depresión con el objetivo de evitar la cronificación o agravación del problema antes de acceder a la atención especializada.¹⁸

Hay que tener en cuenta que **España lidera el consumo mundial lícito de ansiolíticos, hipnóticos y sedantes, y que éste creció en 2019 un 4,5%** –datos previos a la pandemia, a partir de la cual presumiblemente han aumentado–.¹⁹ La falta de psicólogos en el Servicio Nacional de Salud y las presiones existentes en la atención primaria llevan a que parte del sufrimiento emocional de los niños, niñas y adolescentes españoles se pretenda solucionar con una pastilla.

14 Tiempos de respuesta asistencial. Listas de espera. Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud y Familias.

15 Defensor del Pueblo.

16 El propio Defensor del Pueblo indica que las propias administraciones indican que los datos son muy inexactos. Además, hay pacientes que solo acuden a la primera cita o que incluso no se presentan. Según indican, el cálculo proviene de dividir el número de consultas en un año por el número de pacientes.

17 Se desconoce si los datos son comparables entre comunidades al no saber qué exactamente se tiene en cuenta para su cálculo. Fuente: Atención psicológica en el Sistema Nacional de Salud. Defensor del Pueblo.

18 Fernando Chacón, vicepresidente del Consejo General de Psicología de España.

19 *United Nations*. (2021). Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2020. *United Nations Publications*.

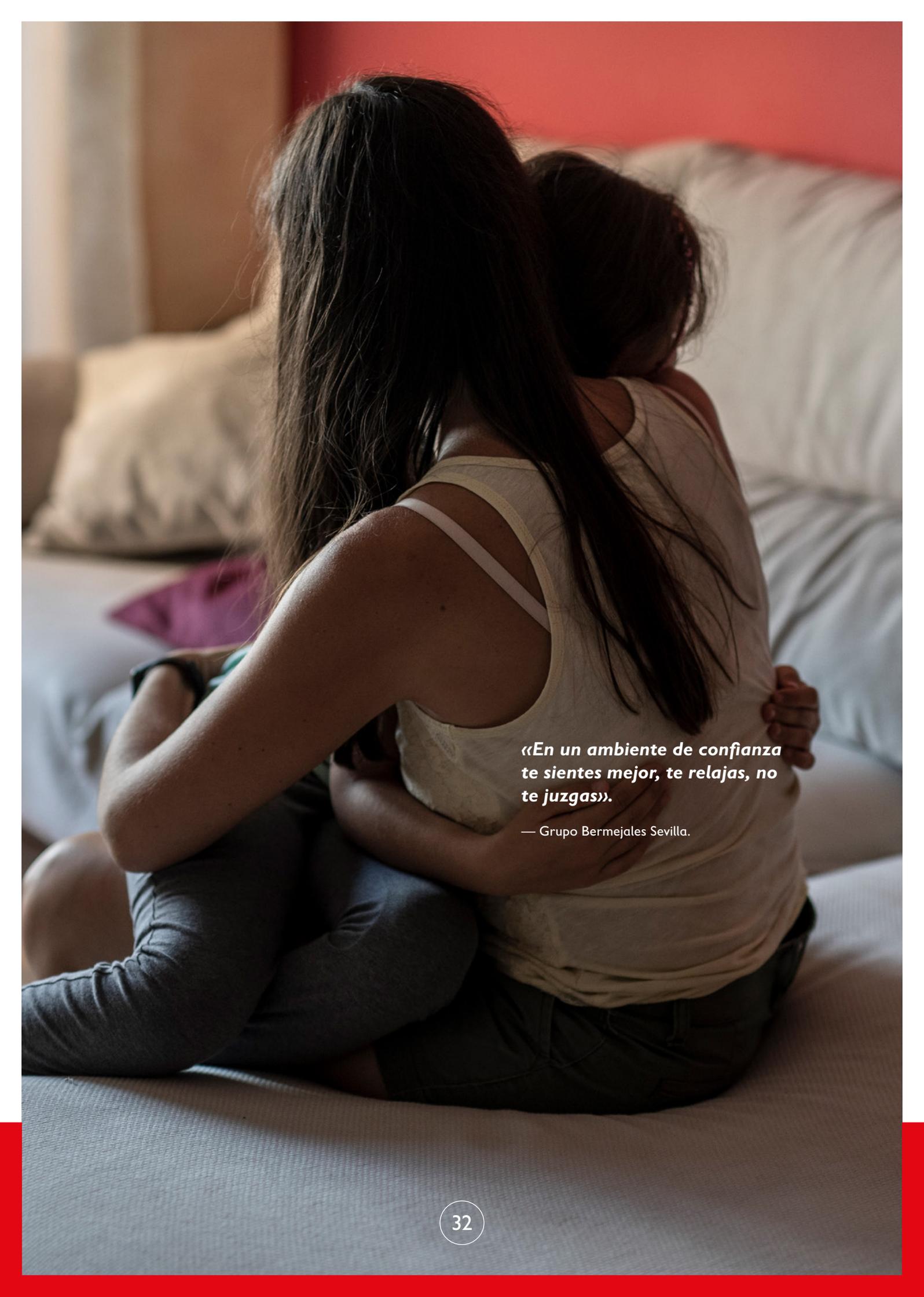
TDAH Y MEDICAMENTOS: ¿HEMOS IDO DEMASIADO LEJOS?

En una carta abierta escrita por un grupo de investigadores y pediatras canadienses (*TDAH et médicaments: sommes nous allés trop loin?*), se denunciaba que, según los últimos estudios disponibles, la incidencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y el uso de medicamentos resultante ha aumentado en los últimos años entre los jóvenes de 0 a 18 años. Según el Instituto de Estadística de Quebec, el número de estudiantes de secundaria con trastornos psicológicos aumentó de 21% en 2010-11 a 29% en 2016-17. Asimismo, la proporción de adolescentes diagnosticados de TDAH pasó de 13 a 23%. Esto también se observa en el caso de los trastornos de ansiedad de niños, niñas y adolescentes, que aumentó de un 9% a un 17% en 6 años, así como el uso de antidepresivos para tratarlo.

Se trata de una alarma que también han levantado grupos de profesionales y padres de otros países. En este sentido, los autores de la carta piden una consulta global entre los profesionales de la medicina que prescriben medicamentos (como médicos de familia, pediatras o psiquiatras), psicólogos, investigadores, padres y madres, y a toda la sociedad en general, para no recurrir tan fácilmente a la medicación.

Le Journal de Québec, 31 de enero de 2019.



A photograph showing a woman with long dark hair, wearing a white tank top, sitting on a bed and hugging a child from behind. The child is wearing a grey long-sleeved shirt and dark pants. The background features a bed with white pillows and a red wall.

**«En un ambiente de confianza
te sientes mejor, te relajas, no
te juzgas».**

— Grupo Bermejales Sevilla.

4. RECOMENDACIONES Y BUENAS PRÁCTICAS

Proponemos recomendaciones a partir de las necesidades detectadas de los niños, niñas y adolescentes en materia de salud mental y con el objetivo de eliminar los obstáculos para que puedan acceder a una atención psicológica y psiquiátrica de calidad.

Estas recomendaciones se basan en la evidencia científica y en buenas prácticas, ya sean a nivel nacional o internacional.

4.1. Prevención y detección temprana



Recomendación 1.1. Dotar con los recursos necesarios y la formación adecuada a los distintos actores clave en la prevención y detección temprana de los problemas de salud mental infantojuvenil.

La Estrategia de Salud Mental²⁰ señala la necesidad de establecer programas de formación y sensibilización a la comunidad educativa sobre los síntomas y las opciones de ayuda con los problemas de salud mental y de combatir la estigmatización, reconociendo el papel clave del ámbito educativo para la promoción de la salud mental de niños y niñas (objetivos 5.1.4. y 9.1.5.).

En esta misma línea, identificamos que, en el ámbito educativo, es necesaria una formación específica y especializada en el área de la salud mental para todos los docentes, tanto del sistema de educación público como del privado.

Asociaciones de profesores comentan que no disponen de dicha formación obligatoria y que solo se ofrece en algunos cursos de manera voluntaria. Además, resulta de vital importancia que, tanto los centros como los docentes, tengan claros los pasos a seguir cuando exista la sospecha de que algún niño, niña o adolescente puede tener (o estar desarrollando) alguna de estas patologías. El coste de este tipo de medidas varía mucho en función del tipo de formación y la duración de la misma, pero existen ejemplos que permiten cuantificar dicho coste de manera aproximada. Por ejemplo, en Inglaterra se han destinado 9,5 millones de libras (11,2 millones de euros) en 2021 a un programa para formar a una persona dentro de cada escuela (en un total de 7.800 escuelas) llamada “*senior mental health lead*” que se pretende extender a todas las escuelas del país. Además, se han destinado también 7 millones de libras (8,2 millones de euros) al programa *Wellbeing for Education Recovery* que provee

20 <https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5590>

formación experta gratuita, apoyo y recursos para el personal de los centros que están en contacto con niños, niñas y adolescentes con problemas de ansiedad, trauma o duelo. Así, el coste total de la medida sería de casi 17 millones de libras, aproximadamente unas 2.000 libras (2.350€) por centro educativo. Teniendo en cuenta que en Andalucía hay 3.745 centros públicos de régimen general según datos del Observatorio de la Infancia de la Junta de Andalucía (curso 2019-2020), una medida equivalente que cubriera el total de centros tendría un coste de 8,8 millones de euros.

En concreto, estas modificaciones deberían incluirse en el Decreto 93/2013, de 27 de agosto, por el que se regula la formación inicial y permanente del profesorado en la Comunidad Autónoma de Andalucía, así como el Sistema Andaluz de Formación Permanente del Profesorado (BOJA 30-08-2013). Asimismo, deberían aparecer en el III Plan Andaluz de Formación Permanente del Profesorado y la elaboración de los proyectos de formación para el curso 2021/2022.

En el **ámbito sanitario**, junto a la elaboración de protocolos específicos de actuación,²¹ se deberían realizar cursos de formación para todo el personal sanitario en atención primaria en temas de promoción, prevención y detección temprana infantojuvenil.



Recomendación 1.2. Implementación de programas de prevención y promoción en salud mental en los centros educativos, donde existen buenas prácticas sobre diferentes tipos de programas.²²

La Estrategia incide (objetivo 2.2.6.) en la necesidad de incluir programas específicos de prevención y sensibilización en los centros escolares, incorporándolos en los programas educativos, siempre con una perspectiva transversal y utilizando materiales, recursos y experiencias en primera persona.

En relación a ello, proponemos un desarrollo específico de este objetivo de la Estrategia mediante:

- **Programas de aprendizaje social y emocional en los centros educativos.** Los programas de aprendizaje social y emocional a menores que se desarrollan en los centros escolares demuestran ser efectivos a la hora de mejorar las habilidades sociales y emocionales de los niños, niñas y adolescentes,²³ así como sus actitudes y comportamientos y su rendimiento académico.
- **Programas de terapia basados en evidencia.** Por ejemplo, el programa *FRIENDS*, implementado en el Reino Unido desde 2011, va dirigido a niños y niñas de entre 6 y 12 años y consiste en sesiones semanales en grupo de una hora de duración en el cual se implementa una terapia cognitiva-conductual (terapia psicológica con gran respaldo científico) por parte de profesores y profesionales sanitarios (en el ámbito escolar). El objetivo de este programa es ayudar a los menores a gestio-

21 En línea con lo previsto en la LOPIVI (art. 38.2 y 38.3) para las administraciones sanitarias para la prevención, asistencia y recuperación de víctimas de violencia con problemas de salud mental.

22 En línea con lo previsto en la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (LOPIVI, art. 38.2 y 38.3) para las administraciones sanitarias para la prevención, asistencia y recuperación de víctimas de violencia con problemas de salud mental.

23 Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). *The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions*. *Child development*, 82(1), 405-432.

nar la ansiedad y desarrollar habilidades y herramientas para contrarrestarla. La evaluación de este tipo de programas demuestra importantes mejoras en la gestión emocional de niños y niñas a la hora de afrontar preocupaciones, así como en la gestión del sentimiento de ansiedad. Así, el uso de terapia cognitiva-conductual tiene un efecto positivo en la gestión emocional de los niños y niñas. De todas maneras, este efecto depende de quién dinamiza las sesiones. La efectividad del programa solo se ha demostrado en el caso de que la implementación la desarrollen profesionales con formación sanitaria y psicológica.²⁴

- **Promoción de la salud mental a través del fomento de hábitos y estilos de vida saludables** (actividad física, alimentación equilibrada, deshabituación tabáquica, etc.). La Junta de Andalucía organizó en 2016 una campaña dirigida a adolescentes y jóvenes de entre 14 y 20 años, destinada a la promoción de la salud mental a través del fomento de hábitos y estilos de vida saludables y a la prevención de la enfermedad mental centrada en concienciar a los y las jóvenes sobre el riesgo del consumo de tóxicos (especialmente alcohol y cannabis).
- **Programas de reducción de estrés en los centros educativos** para mitigar los problemas de estrés y ansiedad y potenciar la resiliencia entre niños y niñas. Este tipo de programas pueden tener un impacto positivo,²⁵ aunque pequeño, sobre ciertas variables socioemocionales. El estudio de la implementación de este tipo de programas en los centros educativos para

los cursos de 9 y 10 años,²⁶ demuestra que puede desempeñar un componente de valor añadido y tener un papel directo o indirecto en el fomento del desarrollo cognitivo para ganar competencias y bienestar socioemocional.

Incluir Psicología en el currículo académico

Los niños y niñas proponen que **se incluya en el currículo académico de la educación formal una asignatura de Psicología**, la cual ayudaría a conocer los diferentes tipos de trastornos que se pueden dar en la adolescencia y cómo pueden ser tratados e identificados.

Todas estas cuestiones se deberían desarrollar en el **Decreto de Desarrollo Curricular de Andalucía**.

24 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2215036614702445>

25 Maynard, B. R., Solis, M. R., Miller, V. L., & Brendel, K. E. (2017). *Mindfulness-based interventions for improving cognition, academic achievement, behavior, and socioemotional functioning of primary and secondary school students*. *Campbell systematic reviews*, 13(1), 1-144.

26 Schonert-Reichl, K. A., Oberle, E., Lawlor, M. S., Abbott, D., Thomson, K., Oberlander, T. F., & Diamond, A. (2015). *Enhancing cognitive and social-emotional development through a simple-to-administer mindfulness-based school program for elementary school children: a randomized controlled trial*. *Developmental psychology*, 51(1), 52.

En centros comunitarios y/o sanitarios

La Estrategia subraya la importancia de promover la participación de las personas con experiencia propia en salud mental en la formación continuada de los equipos y construcción de la intervención terapéutica (recomendación 4. VIII) en una lógica de co-creación que debería extenderse al resto de actores clave. Ello podría sustanciarse en:

- **Implementación de programas que ponen énfasis en los conocimientos y habilidades de los jóvenes, familiares y profesionales en los temas de salud mental**, así como en la capacitación de los jóvenes que experimentan síntomas de empeoramiento de la salud mental. En este sentido, el programa *Espai Jove.net* es un programa comunitario de alfabetización de salud mental cuyas intervenciones incluyen campañas informativas, oferta formativa a jóvenes y familias a través de AMPAS escolares y a profesionales del ámbito sanitario, educativo, social y comunitario, y el desarrollo de una página web.
- **Programas destinados a dar apoyo a la crianza para mejorar la calidad de los cuidados durante la infancia.** Estos programas destacan por aportar mejoras en las habilidades parentales. Un ejemplo es el programa de crianza positiva *Triple P – Positive Parenting Programme*, implementado en Bélgica, Alemania, Países Bajos y Suiza, que muestra resultados positivos en relación a la conducta de los niños y niñas, en las capacidades parentales, y en comportamientos positivos en la crianza.

La evidencia muestra que este tipo de programas incrementan los conocimientos en salud mental,²⁷ mejoran las conductas de búsqueda de ayuda y reducen las conductas de estigma. En el 92,3% de los estudios analizados encuentran mejoras asociadas a las intervenciones en alfabetización en salud mental y sensibilización de la población en general en la detección de indicadores de problemas de salud mental y de estar sufriendo violencia.

4.2. Eliminar las barreras de acceso al sistema de salud público



Recomendación 2.1. Aumentar el número de profesionales en salud mental y, en especial, en infancia y juventud.

La Estrategia contempla la necesidad de dotar de suficientes recursos a los servicios de atención primaria pediátrica y a los servicios de salud mental infantil (objetivo 5.5.9), poniendo el acento en la promoción de unidades especializadas en la detección y tratamiento

temprano de los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia (recomendaciones 4. XIII y 5. VII).

Para afrontar este reto es necesario invertir en un mayor número de profesionales con la formación adecuada, por lo que recomendamos:

- **Reforzar la atención primaria** con personal sanitario con formación especializada en salud mental infantojuvenil.

27 Casañas, R., Mas-Expósito, L., Teixidó, M., & Lalucat-Jo, L. (2020). Programas de alfabetización para la promoción de la salud mental en el ámbito escolar. Informe SESPAS 2020. Gaceta Sanitaria.

- **Aumentar el número de plazas convocadas de Psicólogo Interno Residente (PIR)** para incrementar el número de psicólogos en el Servicio Nacional de Salud (SNS). Para ello, y siguiendo la recomendación de la ANPIR, se debería doblar el número de plazas anuales hasta las 400 para toda España. Es decir, unas 200 plazas más al año en todo el territorio español respecto a las de 2021. Si asumimos que dichas plazas se distribuyen entre las comunidades autónomas en función de su población, Andalucía contaría con 36 nuevas plazas, cuyo coste en 7 años sería de 30,2 millones de euros.²⁸ Teniendo en cuenta que el 18,6% de la población (en 2021) tiene entre 0 y 18 años, el coste proporcional de las plazas de psicólogos que se destinarían a la población infantil equivaldría a 5,6 millones de euros.
- **Aumentar el número de plazas convocadas de Médico Interno Residente (MIR) en especialidad de Psiquiatría** para incrementar el número de psiquiatras en el SNS. Para ello, se recomienda doblar el número de plazas anuales en España hasta las 600 para llegar a una ratio aproximada de 17 psiquiatras por cada 100.000 habitantes (al nivel de Italia, Bélgica o Croacia). Esto supondría unas 300 plazas más al año respecto a las del 2021. Si asumimos que dichas plazas se distribuyen entre las comunidades autónomas en función de su población, a Andalucía le corresponderían 54 nuevas plazas, el coste de las cuales sería de 15,6 millones de euros en 4 años.²⁹ En este caso, el coste proporcional de las plazas de psiquiatras que se destinarían a la población infantil equivaldría a 2,9 millones de euros.



Recomendación 2.2. Fomentar la coordinación entre entidades, instituciones sanitarias y sociales.

Cuando estas instituciones actúan de manera coordinada se observan resultados muy positivos a la hora de abordar la salud mental en toda la población y, especialmente, en los jóvenes. La atención especializada basada en el ámbito comarcal y con servicios de atención comunitaria es un modelo de éxito. Un ejemplo, es la *Xarxa de Salut Mental i Addiccions*³⁰ de Girona, que dispone de servicio de hospitalización, total y parcial, y de servicios de atención comunitaria a través de centros de salud mental (entre ellos 7 centros de salud mental infantojuveniles). La *Xarxa* mantiene acuerdos con entidades de apoyo jurídico y social y asociaciones de familiares. Según el estudio de REFINEMENT, la *Xarxa* consigue la tasa más alta de Europa en continuidad asistencial (90% vs. 57% de media europea), el porcentaje de reingresos más bajos de Europa (18% vs. 40%) y la proporción de recursos comunitarios con respecto a los hospitalarios más alta de Europa (70/30). Todo ello con el menor número de recursos hospitalarios, las estancias más bajas de Europa y la proporción más baja de profesionales sanitarios. Este modelo se basa en la comunidad y el trabajo en red: despliegue de recursos comunitarios, en el caso de los jóvenes, con una red integrada de atención a la salud mental y programas específicos, una gestión del territorio que fomenta el sector comunitario coordinado con otras asociaciones o instituciones con las que comparten procesos de intervención de los usuarios (escuela, servicios sociales, atención primaria, familias...) y la participación coordinada de los órganos de gestión de la *Xarxa* con los responsables internos y externos a la organización.

28 Este es el coste total de los 7 años de aumentar estas 28 plazas anuales de PIR. Se supone que todos los psicólogos y psicólogas se quedarían en el sistema público al terminar la residencia.

29 Este es el coste total de los 4 años de aumentar estas 43 plazas anuales en psiquiatría. Se establece cuatro años porque es la duración de la residencia en Psiquiatría.

30 <http://www.ias.cat/ca/contingut/salutmental/474>



Recomendación 2.3. Potenciar programas de atención domiciliaria.

El personal especializado comenta las ventajas de poder ir al domicilio para realizar la visita. En ocasiones, el menor no quiere salir de su casa o incluso de su habitación, dificultando la opción de recibir atención psicológica. Por ello, las visitas en su domicilio o en sitios de confianza (como el centro educativo) facilita la comunicación entre el personal sanitario y el niño

4.3. Prevención del suicidio



Recomendación 3.1. Formación del personal sanitario en prevención y detección temprana de comportamientos suicidas.

No solo del personal sanitario especializado en salud mental, sino de cualquier personal sanitario en contacto con niños, niñas y adolescentes. Esta formación, además, debería incluir pautas detalladas sobre cómo y cuándo activar el protocolo de prevención del suicidio en el ámbito sanitario. La Estrategia plantea este mismo objetivo (objetivo 3.1.2. y recomendación 3. III).

o la niña. En España ya se han implementado algunos pilotos con buenos resultados como es el caso, por ejemplo, del ECID (*Equip Clínic d'Intervenció a Domicili*), en Barcelona. Este programa va dirigido a adolescentes de entre 12 y 18 años con alto riesgo psicológico y riesgo de exclusión social con dificultades en atender una consulta médica. Las visitas se realizan en el hogar, centro educativo o en la calle, según se acuerde.



Recomendación 3.2. Redacción de protocolos específicos por parte de la Consejería de Educación para lograr avances significativos en la prevención del suicidio en los centros educativos.

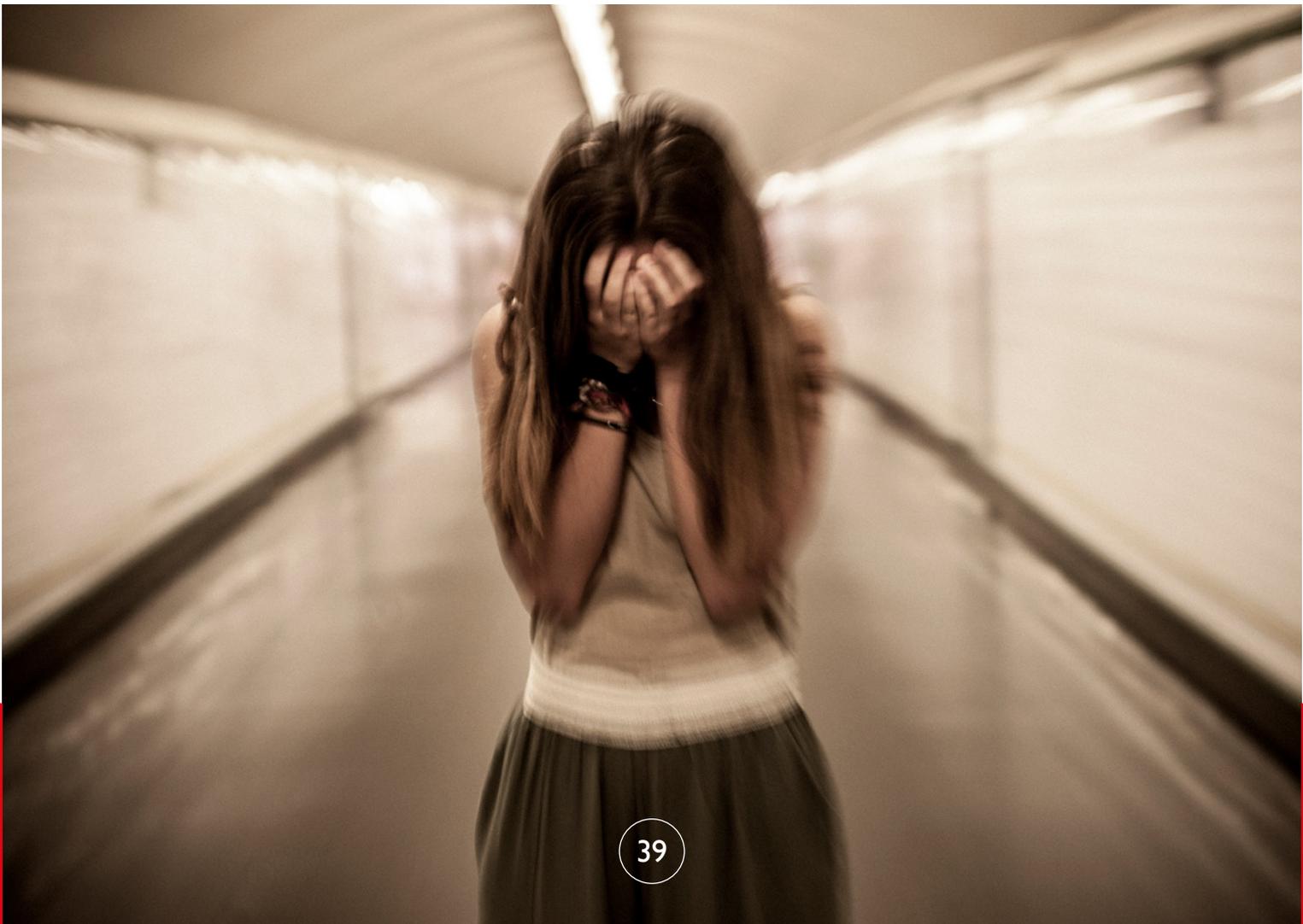
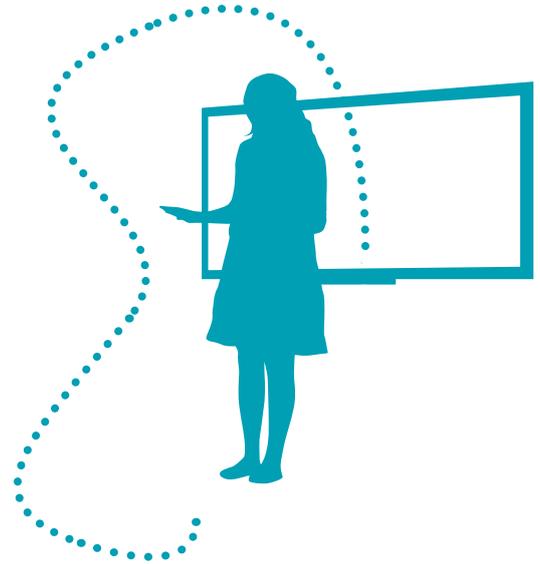
La LOPIVI establece (art. 34.1) que los protocolos de actuación que desarrollen las administraciones educativas en prevención de la violencia, dirigidos a crear un entorno seguro, deben incluir la autolesión y suicidio, para aplicarse en todos los centros educativos, independientemente de la titularidad. Resulta por tanto necesario establecer un protocolo específico que detalle la cadena exacta de acciones que deben llevarse a cabo, una vez detectado el problema. Es importante establecer unas pautas claras para que la transición desde la detección al tratamiento sea fácil y clara. Partiendo de esos estándares comunes, los centros educativos podrán integrar elementos específicos adaptados a sus contextos particulares. Ya existen centros educativos en España que han preparado este tipo de protocolos y que los han hecho públicos para compartir este tipo de estrategias con el resto de la comunidad educativa.



Recomendación 3.3. Implementación en las aulas de programas dirigidos a la prevención del suicidio.

Estos programas van dirigidos directamente a los niños, niñas y adolescentes y, para maximizar su efectividad, deberían ir acompañados de la formación previa del profesorado y de la participación de personal sanitario y psicólogos. Dentro de la investigación del programa SEYLE, se demuestran los efectos significativos de un programa universal de concienciación sobre la salud mental basado en la escuela –el *Youth Aware of Mental Health (YAM)*– en la reducción de los incidentes de intento de suicidio y de la ideación suicida grave (aproximadamente en un 50%), que resultaría el más coste-efectivo de los evaluados.

Por lo tanto, este tipo de estrategias exitosas se deberían implantar de manera generalizada en todos los centros educativos de primaria y secundaria del país.





«Tenemos que aprender a amarnos a nosotros mismos. No ser tan exigentes ni con nosotros mismos ni con los demás».

— Niña, 13 años, Melilla.

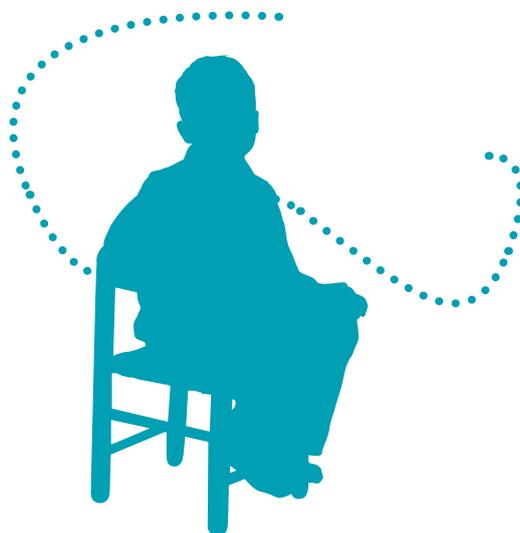
5. CONCLUSIÓN

El impacto vital y emocional que ha supuesto la COVID-19 y las restricciones sociales que ha conllevado (especialmente el confinamiento), ha provocado que la salud mental haya entrado en el debate público como pocas veces antes lo había hecho. El replanteamiento de prioridades, así como la puesta en valor de los cuidados y las relaciones personales, hacen que sea un tema casi de moda. Pero como hemos visto, los problemas de salud mental infantojuvenil no son una novedad, ni deben ser tratados y abordados con la frivolidad con la que acogemos modas y tendencias.

La infancia y la adolescencia son etapas en las que se desarrollan el cerebro, las emociones, la personalidad, en la que paulatinamente se van adquiriendo herramientas para hacer frente a situaciones y condiciones emocional y psicológicamente complejas. Las personas adultas estamos obligadas a acompañar a niños, niñas y adolescentes en estas etapas, y a atender a sus necesidades psicológicas. Por ello, es esencial dar una respuesta temprana y adecuada cuando aparece cualquier tipo de trastorno mental o conductual.

Y, cuando decimos adecuada, también queremos decir accesible. Es intolerable que la salud mental también dependa de la renta. Los niños y niñas en una situación más vulnerable y, por tanto, más expuestos a enfrentarse a situaciones que les conlleven un malestar psicológico, deben tener a su alcance recursos públicos y de calidad, para que la falta de medios económicos no se traduzca en una condena a arrastrar las peores consecuencias de trastornos psicológicos sin tratar.

No podemos proteger a los niños y niñas de todo, y hay trastornos mentales y de conducta difíciles de prevenir. Pero estamos obligados a, desde todos los sectores de la sociedad, dotarles de las herramientas y recursos más adecuados para enfrentarse a los problemas emocionales o psicológicos que les puedan afectar. No podemos olvidar que el derecho fundamental a la salud, recogido en todas nuestras cartas de derechos, incluye, irremediablemente, el derecho a la salud mental. Y la garantía de derechos a través de políticas públicas, no puede depender de modas.



Agradecimientos:

Teléfono de la Esperanza

**Grupo Bermejales (CRIA Save the Children de Sevilla)
por los testimonios de niños, niñas y adolescentes**

**Grup de Recerca en Victimització Infantil i Adolescent (GReVIA)
de la Universitat de Barcelona, bajo la direcció de Noemí Pereda
y Georgina Guilera**

**Ana Alonso Caballo, Pilar Blanco Martínez
y Cristina Sanjuán Vázquez**



Edita:

**Save the Children España
Diciembre_2021**



