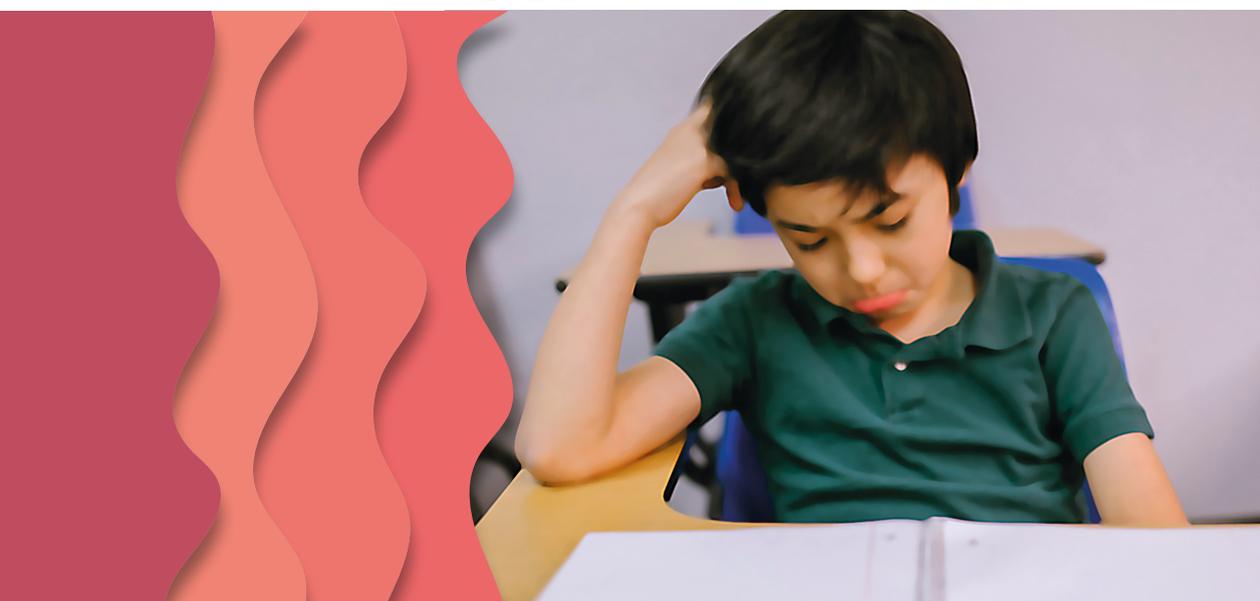


Estudio Singular

LA SALUD MENTAL INFANTIL Y JUVENIL:
UNA PRIORIDAD EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS
ANDALUZAS





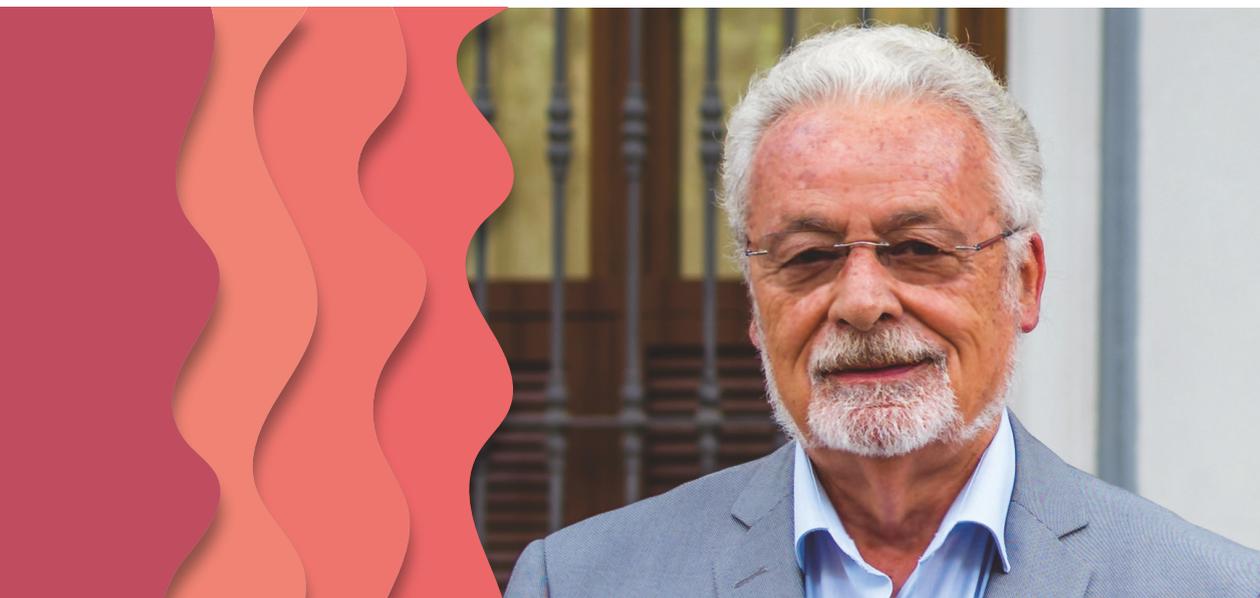
Estudio Singular

LA SALUD MENTAL INFANTIL Y JUVENIL:
UNA PRIORIDAD EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS ANDALUZAS

1.	Presentación.	3
2.	Atender la salud mental en la adolescencia: un beneficio para toda la sociedad.	7
3.	Una loable pero insuficiente e inconclusa reforma psiquiátrica.	13
4.	La actuación de la Defensoría de la Infancia y Adolescencia de Andalucía para la protección del derecho a la salud de las personas menores de edad con problemas de salud mental.	25
4.1.	Consultas sobre el derecho a la salud de la infancia y adolescencia con problemas de salud mental.	48
5.	La pandemia incrementa y agrava los problemas de salud mental de niños, niñas y adolescentes.	51
6.	El suicidio: la pandemia invisible.	61
7.	Algunas propuestas de mejora para la atención a los problemas de salud mental de la infancia y adolescencia.	71
7.1.	Incrementar la lucha contra el estigma de la enfermedad mental a través del conocimiento.	74
7.2.	Un sistema de información de datos que permita conocer la realidad y magnitud del problema.	78
7.3.	Incrementar las medidas de prevención y detección precoz de la enfermedad mental en las personas menores de edad.	81

7.4.	La lucha contra el suicidio: una actuación específica de prevención del suicidio de la población infantil y juvenil en Andalucía.	84
7.5.	Un nuevo impulso para mejorar la salud mental de la infancia y adolescencia en Andalucía.	87

1. Presentación



1. Presentación.

Todos los años, la Defensoría de la Infancia y Adolescencia de Andalucía incide en algún asunto de mayor relevancia social o de actualidad con el claro propósito de visibilizar una problemática emergente y solicitar de los poderes públicos y de la sociedad en general un compromiso de actuación. Es una responsabilidad social irrenunciable.

Este año hemos querido analizar la salud mental infantil y juvenil convencidos de la necesidad de poner el enfoque de la salud de nuestras futuras generaciones de personas adultas no solo en el aspecto físico sino también mental.

Las reclamaciones que recibimos sobre los problemas de la salud mental de niños, niñas y adolescentes destacan por la fragilidad de los afectados y, simultáneamente, ponen en evidencia las carencias del Sistema sanitario público. A pesar de los avances realizados en los últimos años, todavía no se han destinado todos los medios y recursos necesarios especializados para afrontarlo de forma adecuada, lo que hace de la tarea de reforzar los instrumentos en torno a su salud mental de esta población, especialmente en el ámbito de la prevención, un reto inaplazable.

Este estudio es fruto de un análisis de los problemas para garantizar el derecho a la salud de las personas menores de edad afectadas por patologías mentales y cómo esta situación se ha visto agravada por la pandemia, especialmente en las personas más vulnerables.

Ciertamente la Covid-19 ha añadido nuevos riesgos y desafíos derivados de las medidas necesarias que se han implementado para afrontar la crisis sanitaria. Además de las consiguientes dificultades para acceder a los servicios de salud mental, la situación de pandemia ha supuesto la privación de los beneficios de la socialización, la frustración de las expectativas personales, la proliferación del miedo y la incertidumbre por la salud propia o familiar y el incremento de problemas económicos y laborales, entre otros perjuicios.

También nos hemos querido detener en la urgencia de luchar contra los casos de suicidio en la población infanto juvenil. Actualmente, el suicidio representa un grave problema de salud pública y una tragedia que afecta a las familias, a las comunidades y a los países. La Organización Mundial de la Salud ya ha alertado sobre el incremento de las muertes por suicidio a nivel mundial, especialmente en la población adolescente y reconoce que el suicidio es una prioridad para la salud pública.

Sin embargo, no es un asunto al que se le esté otorgando la relevancia que requiere.

Muchas son las razones que justifican esta ausencia de protagonismo de un tema tan sumamente delicado pero, sin duda, entre aquellas, se encuentran la ausencia de sensibilización social sobre la importancia que reviste como problema para la salud pública y, de modo singular, el tabú existente que impide tratar y hablar del asunto abiertamente.

El suicidio y los intentos de suicidios de los adolescentes y jóvenes es de tal envergadura y tan desgarrador que nos obliga a la sociedad en general y a los poderes públicos en particular, a intervenir activamente y de modo prioritario y urgente. Estamos obligados a buscar soluciones y trabajar para reducir esta “epidemia invisible”.

En este contexto, formulamos una serie de propuestas que pueden ayudar a alcanzar el efectivo ejercicio de los derechos de las personas menores de edad afectadas. Para tal fin es necesario que la salud mental de niños, adolescentes y jóvenes ocupe un lugar destacado en las políticas de recuperación de la crisis provocada por la pandemia. Es preciso que la salud mental infantojuvenil constituya una prioridad en las políticas públicas de Andalucía.

En esta tarea trabajamos.

Jesús Maeztu Gregorio de Tejada

Defensor del la Infancia y Adolescencia de Andalucía
Defensor del Pueblo Andaluz

2. Atender la salud mental en la adolescencia: un beneficio para toda la sociedad.



2. Atender la salud mental en la adolescencia: un beneficio para toda la sociedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. Este organismo internacional concreta que **la salud mental es un bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.**

En sentido positivo, **la salud mental es la base para el bienestar y funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad.** Es mucho más que la ausencia de enfermedad mental: es una parte integrante de la salud que se encuentra relacionada con la salud física y la conducta.

Como se recoge en el Libro Verde de la Comisión de las Comunidades Europeas “Mejorar la Salud Mental de la Población” «sin salud mental no hay salud; para los ciudadanos constituye el recurso que les permite desarrollar su potencial intelectual y emocional, así como encontrar y desempeñar su papel en la sociedad, la escuela y el trabajo; para las sociedades, la salud mental de sus ciudadanos contribuye a la prosperidad, la solidaridad y la justicia social; en cambio, las enfermedades mentales conllevan costes, pérdidas y cargas de diversa índole, tanto para los ciudadanos como para los sistemas sociales».

También el documento europeo señalado apuntaba que uno de cada cuatro ciudadanos padece alguna enfermedad mental que puede conducir al suicidio, fuente de un número excesivamente elevado de muertes. Del mismo modo venía a poner de relieve que **las enfermedades mentales causan importantes pérdidas y cargas a los sistemas económicos, sociales, educativos, penales y judiciales.**

¹ https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf

Muchos de los problemas de salud mental comienzan en la adolescencia. En esta etapa del ser humano se producen multitud de cambios, tanto desde el punto de vista biológico, psicológico como social, que requieren del niño o niña un importante esfuerzo de adaptación. Este esfuerzo para alcanzar la madurez habitualmente va acompañado de situaciones de conflictos que repercuten tanto en el ámbito familiar, con padres y madres, como en el ámbito escolar o social. Es cierto que el conflicto suele formar parte de la vida; es el motor de nuestro progreso. Sin embargo, en determinadas condiciones puede obstaculizar el desarrollo y, cuando esto ocurre, el niño, la niña o el adolescente puede pagar un precio muy alto, viéndose abocado al fracaso personal y social si no es diagnosticado a tiempo y ayudado en la medida de lo posible para salir de la situación.

La salud mental de niños y niñas se encuentra condicionada por determinados factores. **Cuanto más sean los factores de riesgo a los que están expuestos niños y adolescentes, mayores serán los efectos negativos que puedan tener para su bienestar mental.**

De este modo, algunos de los factores o circunstancias que pueden contribuir al estrés durante la adolescencia son la exposición a la adversidad, la presión social de sus compañeros y la exploración de su propia identidad. La influencia de los medios de comunicación y la imposición de normas de género pueden exacerbar la discrepancia entre la realidad que vive el adolescente y sus percepciones o aspiraciones de cara al futuro. Otros determinantes importantes de la salud mental de los adolescentes son la calidad de su vida doméstica y las relaciones con sus compañeros. La violencia (en particular la violencia sexual y la intimidación), una educación muy severa por parte de los padres y problemas socioeconómicos o problemas graves de otra índole constituyen también riesgos reconocidos para la salud mental del adolescente.

En los últimos años, se viene dando la voz de alarma sobre las graves consecuencias que están teniendo los problemas de salud mental en la población más joven. La propia Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que **los trastornos de salud mental representan una**

proporción considerable de la carga mundial de morbilidad durante la adolescencia y constituyen la principal causa de discapacidad entre los jóvenes. Aproximadamente la mitad de los problemas de salud mental se manifiestan antes de los 14 años, y el suicidio es una de las tres principales causas de muerte entre los adolescentes más mayores. Los problemas de salud mental durante la adolescencia suelen ser precursores de varios comportamientos de alto riesgo, tales como las conductas autolesivas, el consumo de tabaco, de alcohol y de otras sustancias, los comportamientos sexuales de riesgo y la exposición a la violencia, cuyos efectos persisten y acarrear graves consecuencias durante toda la vida².

Ante estas consecuencias, no es de extrañar que **la comunidad médica y los organismos sanitarios nacionales e internacionales coincidan en señalar que la atención de la salud mental en estas fases vitales exige una atención de carácter específico.** Niños, niñas, adolescentes y jóvenes presentan una especificidad en cuanto a su personalidad (vulnerabilidad, dependencia, influenciabilidad, carácter esencialmente evolutivo, etc.) y una expresión patológica propia en su enfermar psíquico que los diferencia esencialmente de la persona adulta.

Una atención específica en la etapa adolescente que, de no llevarse a efecto, puede condicionar la vida adulta del individuo. En efecto, lo que sucede en una etapa de la vida afecta por lo que sucede en otras. Así, lo que ocurre en los primeros años de vida afecta a la salud y el desarrollo de los adolescentes y, a su vez, la salud y el desarrollo durante la adolescencia repercuten en la salud en la edad adulta e incluso en la salud y el desarrollo de la siguiente generación.

Es por ello que las intervenciones eficaces durante la adolescencia protegen las inversiones de salud pública en la supervivencia infantil y el desarrollo en la primera infancia. Asimismo, la adolescencia ofrece la oportunidad de corregir problemas que hayan podido surgir en los diez

2 Directrices sobre las intervenciones de promoción y prevención en materia de salud mental destinadas a adolescentes: Estrategias para ayudar a los adolescentes a prosperar. Resumen ejecutivo. Organización Mundial de la Salud (OMS). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341147/9789240023864-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

primeros años de vida. Por ejemplo, se pueden aplicar intervenciones durante la adolescencia que mitiguen los efectos negativos a largo plazo de la violencia, el maltrato o la desnutrición sufridos en la infancia y eviten que afecten a la salud en el futuro³.

En consecuencia, **el impacto y la trascendencia que la enfermedad mental en estas fases vitales tiene en la vida adulta del adolescente exige priorizar su atención**, máxime si tenemos en cuenta que la adolescencia es el momento idóneo para promover la salud y prevenir las enfermedades. No podemos olvidar que **esta priorización que señalamos redundará no solo en beneficios para los jóvenes a corto y largo plazo, sino que, a la postre, también se hacen extensivos al resto de la sociedad**.

3 La Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década. Resumen. Organización Mundial de la Salud (OMS). https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141455/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

3. Una loable pero insuficiente e inconclusa reforma psiquiátrica.



3. Una loable pero insuficiente e inconclusa reforma psiquiátrica.

Antes de que en los años ochenta se produjera la denominada **Reforma Psiquiátrica**, que dio paso a la desinstitucionalización, la asistencia a la salud mental en España estaba ligada a la “beneficencia”, atribuida a las corporaciones locales, ámbito en el que también coincidían las instituciones religiosas. **La práctica clínica extendida para solucionar los problemas de salud mental y cuidar el bienestar social era la reclusión en instituciones de la persona diagnosticada**, alejándola de la comunidad, y colocándola en un contexto de total exclusión social y asumiendo su cronicidad.

Cabe señalar, como antecedente de la denominada Reforma Psiquiátrica, que ya durante la transición democrática, en los últimos años de la dictadura, al impulso del cambio democratizador se sumó otro que promovía el cambio o reforma de los servicios de salud mental, en el que confluyeron movimientos internos y externos al estrictamente sanitario. También una parte significativa de los profesionales sanitarios contrarios a la institucionalización que dominaba en aquellos años en España.

Tras una inicial reforma de la atención primaria, en el año 1985 se llevó a cabo la citada Reforma Psiquiátrica que tuvo como punto de partida la transformación de los hospitales psiquiátricos a la par que el desarrollo de recursos alternativos y de apoyo sociolaboral, **poniendo énfasis en el abordaje prioritario de ciertos colectivos como son la infancia** y la población anciana, reclusos en centros penitenciarios y personas con trastornos psíquicos desencadenados por el uso de sustancias adictivas.

En lo que a Andalucía se refiere, la Reforma Psiquiátrica tuvo un destacado impulso por parte de las autoridades públicas y en un amplio sector profesional, procediéndose a la desinstitucionalización en la totalidad de los hospitales psiquiátricos provinciales y respecto a la totalidad de sus usuarios, tanto de las personas afectadas por trastornos mentales que pasaron a ser atendidas en la nueva y reformada red de salud mental, como también de los otros grupos allí institucionalizados:

las personas con discapacidad intelectual y las personas mayores (con más de 65 años), que pasaron a ser derivados en su atención a los Servicios Sociales específicos.

El proceso de desinstitucionalización, que culminó con el cierre de los ocho Hospitales Psiquiátricos a lo largo de los años 90, no estuvo exento de complicaciones, pues, en resumidas cuentas, se trataba de reubicar a los 2.800 residentes en 1985, en los dispositivos alternativos existentes (especialmente respecto a los colectivos con discapacidad intelectual y mayores) y progresivamente los enfermos mentales (fundamentalmente esquizofrénicos) en los de nueva creación, inicialmente en la red de salud mental, a los que se sumaron posteriormente los recursos de la Fundación Andaluza para la Integración Social de las personas con enfermedad mental (FAISEM).

El Informe realizado por la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica en 1985¹, el cual propició el nuevo paradigma asistencial en Salud Mental, ya reconocía la Salud Mental Infanto-juvenil como una parte importante de los programas de carácter permanente integrados en el marco asistencial, permitiendo a cada Comunidad Autónoma el desarrollo de estos programas según sus necesidades y prioridades.

Pues bien, la Ley de Salud Pública de Andalucía² ordena a las Administraciones Públicas de Andalucía a promover el interés por la salud desde la infancia (artículo 6), incidiendo en el medio educativo con la sensibilización de las personas menores de edad sobre la relevancia de la salud, y fomentando una cultura de la salud pública como fuente de desarrollo personal y autocuidados. Estas Administraciones Públicas están obligadas, también, a promover acciones divulgativas sobre la salud, adaptadas a las necesidades y al desarrollo madurativo de las personas menores. Asimismo, establecerán redes y espacios de salud

1 http://wikiperver.es/public/upload/4/78_INFORME-DE-LA-COMISION-MINISTERIAL-PARA-LA-REFORMA-PSIQUIATRICA.pdf

2 Ley 16/2011, de 23 de Diciembre, de Salud Pública de Andalucía «BOJA» núm. 255, de 31 de diciembre de 2011. «BOE» núm. 17, de 20 de enero de 2012. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2012/BOE-A-2012-879-consolidado.pdf>

para las personas menores de edad, que permita concienciarles sobre la importancia de la salud y de los estilos de vida saludables.

En este orden de cosas, y en lo que al ámbito de la salud mental infantil se refiere, el Decreto de ordenación de los Servicios de atención a la Salud Mental.³ crea la Unidad de Salud Mental Infantil de Área como una unidad no hospitalaria a la que corresponderá el desarrollo de programas especializados de atención a la población infantil y adolescentes de edad no superior a quince años (artículo 8).

Por su parte, el Decreto de Apoyo a las familias andaluzas de 2002⁴, contempla una serie de medidas para satisfacer adecuadamente las necesidades de las familias desde una perspectiva global. Concretamente establece en su artículo 32 el desarrollo de dispositivos socio-sanitarios de salud mental al objeto de paliar la sobrecarga familiar que ocasionan determinadas psicopatologías en la población infanto-juvenil. Para ello la norma anuncia que se creará una red especializada para las patologías más complejas, que comprenderá hospital de día y hospitalización completa. Asimismo se establecerán medidas para consolidar la atención comunitaria desde los Equipos de Salud Mental de los Distritos de Atención Primaria de Salud.

Al amparo de este Decreto se amplían las prestaciones de las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) y se crean los Hospitales de Día y las camas hospitalarias para menores en las Unidades de Pediatría.

Por último, el Decreto 77/2008, de ordenación de los Servicios de Salud Mental.⁵ viene a potenciar los recursos asistenciales a nivel ambulatorio, de hospitalización parcial y la atención domiciliaria; realizándose las hospitalizaciones de pacientes, cuando se requiera, en unidades hospitalarias de salud mental.

3 Decreto 338/1988, de 20 de Diciembre. «BOJA» núm. 2, de 10 de enero de 1989. <https://www.juntadeandalucia.es/boja/1989/2/7>

4 Decreto 137/2002, de 20 de diciembre, de apoyo a las familias andaluzas. «BOJA» núm. 52, de 4 de mayo de 2002. <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2002/52/1>

5 Decreto 77/2008, de ordenación de los Servicios de Salud Mental. «BOJA» núm. 53, de 17 de marzo de 2008. https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-sas_normativa_mediafile/2019/D77_2008.pdf

Este Decreto de 2008 pone de manifiesto la necesidad de que las intervenciones se efectúen con un enfoque comunitario y sociosanitario, así como que la asistencia a las personas con trastorno mental se lleve a cabo, tanto desde los dispositivos especializados creados a tal fin, como mediante programas de actuación horizontales y diferenciados en los que participen diversos dispositivos y distintos profesionales del conjunto de la red sanitaria pública, que permita profundizar en la atención comunitaria a la salud mental y garantizar la continuidad de cuidados, evitando la fragmentación de la atención. Deben desarrollarse estrategias y actividades regladas de colaboración entre atención primaria y atención especializada.

Contempla el mencionado Decreto la creación de la Unidad de Gestión Clínica (UGC), que referida a las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) le asigna, entre otras, la función de prestar atención especializada a la salud mental, en régimen ambulatorio y de hospitalización completa o parcial a la población infantil y adolescente menor de edad con trastorno mental comunitario de su ámbito de influencia.

En este contexto, los mandatos a la Administración sanitaria pública, por lo que respecta a la atención mental, establecen que se desarrollarán preferentemente en el ámbito de la comunidad, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio, los sistemas de hospitalización parcial y la atención domiciliaria, realizándose las hospitalizaciones psiquiátricas, cuando se requieran, en unidades psiquiátricas hospitalarias. De esta forma, **la atención preferente a los problemas de salud mental de las personas menores de edad y de las personas adultas se realizará con tratamiento de carácter ambulatorio, reduciendo los ingresos a los casos más graves y por el menor tiempo posible.**

Por tanto, el **modelo de atención a la salud mental de la infancia y adolescencia en Andalucía caracterizado por la existencia de tres niveles asistenciales:**

- ^{1º} El *Equipo Básico de Atención Primaria (EBAP)*. Se trata de un dispositivo en el que sus profesionales (Pediatras, Médicos de Familia, Enfermería) tienen el primer contacto con la población. Se

realizan actividades de prevención y promoción de la salud mental, se resuelven determinadas demandas y se detectan y derivan los problemas psicopatológicos al nivel especializado, realizando en este caso el seguimiento de estos pacientes infantiles de forma coordinada con dichos dispositivos.

- 2º La *Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC)*. Representa el primer nivel de la atención especializada a la salud mental de niños, niñas y adolescentes, siendo el dispositivo básico en su ámbito de influencia con el que se coordinan el resto de los dispositivos. Presta atención ambulatoria a la demanda de salud mental infanto-juvenil derivada desde Atención Primaria y realiza actividades de apoyo y asesoramiento en programas de salud mental infanto-juvenil. Este segundo nivel deriva al nivel especializado superior (USMIJ) los problemas psicopatológicos que requieran atención en programas específicos por su gravedad, complejidad o necesidad de tratamiento intensivo.
- 3º La *Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ)*. Está destinado a desarrollar programas especializados de atención a la salud mental de la población infantil y adolescente de edad no superior a 18 años, desarrollando tres modalidades asistenciales: consultas externas, hospital de día, y hospitalización completa.

Asimismo junto con este modelo, existen herramientas **para atender aquellas patologías psiquiátricas más prevalentes**. Nos referimos al Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA), la ansiedad, depresión y somatizaciones (ADS), el Trastorno Mental Grave (TMG), y en cuarto lugar, la Atención Temprana: trastorno del espectro autista. Para este último supuesto existe un conjunto de actuaciones coordinadas por el Sistema Sanitario Público de Andalucía que desarrollan profesionales de distintos sectores que atienden a la población infantil, sus familiares y su entorno, que tienen como finalidad detectar, de forma precoz, la aparición de Trastornos del Espectro Autista (TEA) y atenderlos en su caso.

Por su reciente aprobación hemos de referirnos a la actual Ley de la Infancia y Adolescencia en Andalucía⁶. Una norma que nace con la vocación de garantizar una protección a la infancia y adolescencia en el ámbito del territorio andaluz, atender tanto a las necesidades que ya venían existiendo, como a las que han ido surgiendo en tiempos más recientes. Esta ley también incorpora la regulación de los derechos y deberes que asisten a las personas menores de edad y define el ámbito competencial de la Administración de la Junta de Andalucía en esta materia, creando escenarios para la participación infantil y definiendo un sistema de información e indicadores sobre infancia y adolescencia.

Por lo que respecta al derecho a la salud, la vigente Ley dedica un apartado específico a la salud mental, reconociendo el derecho a una atención específica a los menores con problemas de salud mental, prestada esta atención por profesionales especialistas en el sistema sanitario público. «Para ello la Administración de la Junta de Andalucía se dotará de los recursos necesarios. Asimismo, el ámbito del sistema sanitario público abordará la formación y las mejoras de las capacidades y habilidades de las familias y los hijos e hijas con problemas de salud mental y trastornos de conducta» (artículo 49.6).

Además de este cuerpo normativo, la Junta de Andalucía ha ido aprobando distintos planes para la atención a la persona enferma mental en Andalucía. Hemos de referirnos al II Plan Integral de Salud Mental en Andalucía 2008-2012⁷ (II PISMA) que recoge una línea específica para la infancia y la adolescencia y contempla la elaboración de un Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y Adolescencia⁸ (PASMIA). Se trataba de un Programa ambicioso y de envergadura que apostaba por los siguientes

6 Ley 4/2021, de 27 de julio, de Infancia y Adolescencia de Andalucía. «BOJA» núm. 146, de 30 de julio 2021. https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/7572_d_BOJA21-146-00067-12769-01_00196573.pdf

7 II Plan Integral de Salud Mental en Andalucía 2008-2012. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/ii-plan-integral-de-salud-mental-de-andalucia-2008-2012>

8 Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia. Año 2010. https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/PASMIA_Andalucia.pdf

recursos: unidades de hospitalización, unidades de media estancia, centros de día, programas terapéuticos en familias de acogida, programa de acompañamiento terapéutico, así como otros dispositivos o programas a crear en colaboración con distintas instituciones.

Andalucía ha sido una de las Comunidades Autónomas que ha establecido tratamiento específico a la salud mental de la infancia y la adolescencia aprobando el programa señalado. Una acción, como hemos apuntado, necesaria pues las actuaciones en materia de salud mental infanto-juvenil, aun integradas en las planificaciones generales, precisan de desarrollos específicos que contemplen los aspectos cualitativos de la población a la que se dirigen.

Posteriormente se ha aprobado el **III Plan Integral de Salud Mental 2016-2020**⁹ (**III PISMA**) que reconoce la especial atención que han de recibir quienes se ven afectados por desigualdades sociales o por razón de género, y diferenciar los grupos de edad correspondientes a la infancia, adolescencia, juventud, edad adulta y mayores. La segunda línea estratégica de este documento aborda la atención a la infancia y la adolescencia, siendo esta una de las prioridades de este Plan, **apostando claramente por un enfoque integral e intersectorial, que aborde las desigualdades en salud mental y la preservación de los derechos de esta población**. Junto a las acciones de promoción y prevención, en el ámbito del tratamiento, se pretende abrir el abanico de opciones terapéuticas reforzando la colaboración con otros sectores implicados en la atención a la infancia y la adolescencia, así como seguir avanzando en la cooperación sanitaria, especialmente entre pediatría de Atención Primaria y los servicios de Salud Mental.

El elenco de normas citadas, los planes y programas descritos así como el modelo de atención señalado, ponen de relieve el importante avance -al menos en teoría- en la atención a la salud mental de los menores y jóvenes desde que se puso en práctica la Reforma Psiquiátrica señalada al comienzo de este apartado.

9 <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/servicios-y-centros/salud-mental/iii-plan-integral-de-salud-mental-2016-2020-en-revision>

Estas propuestas y medidas para garantizar la continuidad asistencial y de cuidados de niños, niñas y adolescentes, mejorando su salud y bienestar, se han traducido en el incremento de recursos públicos destinados a este colectivo y especialmente en el reconocimiento de derechos subjetivos o de prestaciones garantizadas en el ámbito de la atención social a dichos grupos.

Sin embargo, transcurridas más de tres décadas desde que en distintos ámbitos se comenzara la búsqueda de modelos de atención para quienes padecían enfermedades mentales inspirados en el concepto de ciudadanía y los valores humanos, y a pesar de este loable propósito, lo cierto es que **el camino recorrido desde entonces ha sido tortuoso, lento y, sobre todo, incompleto.**

Desde luego no podemos poner en duda las bondades del sistema comunitario de atención a la salud mental y el mantenimiento de la persona en su entorno, que se sustenta en abundante literatura científica. Por tanto, esta Institución ha venido abogando, sin fisuras, por la integración social y plena de las personas que están afectadas por este tipo de patologías y la normalización de la enfermedad.

Ahora bien, es criterio prácticamente unánime, entre la doctrina y los profesionales que trabajan en este ámbito de la salud, que **el proceso de desinstitucionalización no ha estado acompasado de la necesaria suficiencia de recursos comunitarios alternativos, lo que a la postre se ha traducido en que la atención a las personas con enfermedades mentales recae de forma preferente en la familia.**

Así se comprueba también en las quejas que recibimos de padres y madres que expresan y manifiestan el estrés crónico que les produce la atención de los hijos afectados por enfermedades mentales, muchas veces sin consciencia de enfermedad, escasa o nula adherencia al tratamiento y desencadenante de episodios de violencia, que dificultan una normal convivencia familiar, con los consecuentes riesgos asociados de pérdida de oportunidad laboral para las personas cuidadoras, generalmente las mujeres.

La demanda de atención a la salud mental de la población -singularmente la infantil y juvenil- se ha diversificado y ha crecido de manera notable, y hemos de lamentar que a un ritmo más acelerado que lo ha sido la dotación de nuevos recursos. Ello se ha traducido en una serie de déficits en la atención prestada a niños, niñas, adolescentes, jóvenes y mayores con problemas de salud mental, que exigen actuaciones ineludibles por parte de nuestras administraciones públicas.

Ciertamente, en los últimos años hemos asistido a cambios sociales, culturales y económicos que están transformando la sociedad, los estilos de vida y los funcionamientos familiares con un importante impacto en la epidemiología de la salud infantil. **Debemos dar respuesta a los nuevos retos ligados a este grupo de población y, dentro de él, a los especialmente vulnerables como lo son los menores con problemas de salud mental,** víctimas de la violencia, o la infancia empobrecida.

No podemos **tampoco olvidarnos de la pandemia,** la cual, como en otros órdenes de la vida, ha generado importantes retos para la salud pública de la infancia y adolescencia. Algunos de los impactos de la COVID-19 están directamente ligados a la crisis económica y al aumento de la pobreza, a las situaciones de violencia, a la brecha educativa, al aumento de las desigualdades sociales en salud y a la influencia sobre los estilos de vida, el bienestar emocional y la salud física y mental de los niños y niñas.

En el actual contexto social y económico, el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía ha aprobado el Acuerdo de 26 de enero de 2021, por el que se aprueba la formulación de la Estrategia de la salud de la infancia y adolescencia en Andalucía durante 2021-2025¹⁰. Se trata de una estrategia integral e integradora que tiene como finalidad «mejorar la salud y el bienestar de infancia andaluza, mediante la articulación de medidas y actuaciones de salud e intersectoriales que favorezcan la salud de los niños, niñas y adolescentes, su sensibilización sobre la relevancia de crecer sanos, el fomento de una cultura de la salud pública como fuente de desarrollo

10 Acuerdo de 26 de enero de 2021, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la formulación de la Estrategia de salud de la infancia y adolescencia en Andalucía 2021-2024.«BOJA» núm. 19, de 29 de enero.<https://www.juntadeandalucia.es/boja/2021/19/4>

personal y autocuidados, la intervención sobre los determinantes de la salud infantil y la óptima adecuación de las intervenciones sociosanitarias a su edad y características personales».

La Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica ha constituido un grupo de trabajo para analizar la propuesta inicial de la Estrategia, donde la salud mental aparece reflejada como un área de intervención con dos objetivos específicos: adecuación y fortalecimiento de espacios y recursos especializados de atención a la salud mental infantil y adolescente; y mejora en la coordinación asistencial según niveles de actuación.

4. La actuación de la Defensoría de la Infancia y Adolescencia de Andalucía para la protección del derecho a la salud de las personas menores de edad con problemas de salud mental.



4. La actuación de la Defensoría de la Infancia y Adolescencia de Andalucía para la protección del derecho a la salud de las personas menores de edad con problemas de salud mental

Las reclamaciones que recibe esta Defensoría relativas a los problemas de la salud mental de niños, niñas y adolescentes destacan por la fragilidad de los afectados y simultáneamente ponen en evidencia los importantes déficits del Sistema sanitario público para atender adecuadamente a las personas menores afectadas por estas patologías.

Asistimos a un importante e inaplazable reto al que, a pesar de los avances realizados en los últimos años, todavía no se han destinado todos los medios y recursos necesarios especializados para afrontarlo de forma adecuada.

La problemática en la atención a la salud mental en la infancia y adolescencia es una cuestión recurrente ante esta Institución, como puede comprobarse en los sucesivos informes que anualmente presentamos ante el Parlamento de Andalucía. Un asunto que de manera constante se vienen haciendo eco no solo las familias o asociaciones de afectados por estas patologías, sino también las personas responsables de los sistemas de protección, o incluso del sistema de justicia juvenil.

Ciertamente las denuncias en este ámbito se han hecho oír por numerosos colectivos, cuando no ciudadanos particulares que, en su faceta de padres y madres, muestran su preocupación por los inconvenientes que encuentran a la hora de proporcionar a sus hijos la mejor asistencia posible a las diversas manifestaciones de los problemas de salud mental que padecen aquellos.

Por regla general, los principales problemas que plantean los ciudadanos se refieren a carencias de dispositivos específicos para los menores de edad así como a la **saturación de las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ)**, motivada por el aumento de la demanda asistencial y la

insuficiente dotación de recursos personales y materiales lo que genera, en ocasiones, retrasos en la emisión de los diagnósticos y la iniciación de tratamientos correspondientes. Las principales deficiencias detectadas en estos dispositivos se concretan en la ausencia de periodicidad en las citas psicológicas y psiquiátricas, falta de revisión oportuna del tratamiento farmacológico, y en el uso indiscriminado de antidepresivos y ansiolíticos.

La insuficiencia de los servicios, unida a la presión asistencial existente en las USMIJ generan demoras en su acceso que provocan listas de espera para la exploración y diagnóstico y deficiencias en la intensidad del tratamiento con relación a la frecuencia de las sesiones terapéuticas.

También hemos de referirnos a las denuncias por el **predominio de los tratamientos farmacológicos frente a los terapéuticos que traen su causa en la saturación de los recursos públicos destinados a la salud mental de los menores de edad**. Existe la sobreentendida idea de la “excesiva medicalización de la infancia” afirmación que debe situarse en el contexto de una sociedad excesivamente medicalizada a la hora de abordar sus males, y que se trata de un fenómeno que transcurre sin grave denuncia social, quizás en el convencimiento de que este hecho la beneficia, frente al perjuicio en el que supuestamente incurriría una sociedad insuficientemente medicalizada.

No obstante, la cuestión adquiere una especial relevancia cuando se trata de la medicalización (o si quieren la “excesiva” medicalización) de la infancia, pues en este ámbito la voluntad que juega es la de sus padres como representantes legales, y no la del niño, niña o adolescente enfermo, recayendo en este los posibles efectos perversos de dicha medicación.

Una simple consulta de las distintas páginas web en internet, relativas a este fenómeno, nos permite conocer datos que, de ser verosímiles, deben movernos a reflexión y preocupación: España es el tercer país del mundo en recetar psicofármacos a menores de edad (por detrás de Canadá y EEUU); los medicamentos más utilizados en esta franja de edad son

los relacionados con ansiolíticos y antidepresivos, y ello con el objetivo superar dificultades evolutivas comunes en determinadas etapas del niño o niña¹.

Es cierto que vivimos en una sociedad en la que se ha ido asentando la idea de que determinados “comportamientos” de nuestros menores deben ser abordados por la vía de la medicalización, sin ponderar suficientemente si existen otras vías alternativas o terapias no necesariamente farmacológicas.

Otro motivo recurrente de queja referido a la materia que abordamos lo constituye **la deficiente coordinación entre los distintos niveles asistenciales así como respecto de los dispositivos educativos y de servicios sociales.**

Una de las mayores lagunas o debilidades del sistema de atención a la salud mental infantil y juvenil en su conjunto se sitúa en aquellos espacios en los que han de confluir los diferentes sistemas de atención, o las diversas áreas dentro de un mismo sistema. Es precisamente en este ámbito donde el sistema se resquebraja, desbaratando, en no pocas ocasiones, la labor realizada por cada una de ellas o impidiendo el impulso adecuado de su conjunto.

Bajo esta premisa, la cuestión que debemos plantear son los espacios donde se detecta esa deficiente coordinación. No resulta tarea fácil la respuesta pues su complejidad viene dada por la propia estructura administrativa y la pluralidad de agentes y niveles de las Administraciones que intervienen. Sin embargo, en un esfuerzo de síntesis podemos señalar que esta ausencia de coordinación es más patente entre los diferentes agentes del sistema educativo y entre éstos y los de los sistemas social y sanitario, tanto en la detección de los síntomas iniciales como en la propia atención educativa de las necesidades específicas que su tratamiento conlleva. Ello, en ocasiones, limita el ejercicio del derecho a la educación del niño, niña, adolescente o joven con problemas de salud mental.

¹ <https://www.diariosur.es/20071110/sociedad/espana-tercer-pais-mundo-20071110.html>

Otra de las cuestiones que viene siendo objeto de reclamación, especialmente por asociaciones de familias con menores afectados por problemas de salud mental es **la escasa formación específica en salud mental infanto-juvenil que se ofrece a los profesionales**. Esta deficiencia se hace más patente en el caso de los profesionales de pediatría de atención primaria. Precisamente esa escasez dificulta la detección de patologías y su posterior derivación a los servicios especializados, a lo que debemos unir la ausencia de una especialidad en psiquiatría infantil que dé respuesta al incremento de los problemas de salud mental en la población infanto-juvenil.

Los procesos terapéuticos y las intervenciones en salud mental en estas edades requieren una capacitación metodológica y técnica específica. En igual sentido, los profesionales que desarrollan tareas de atención a la población infanto-juvenil con problemas de salud mental desde otros sistemas (social, educativo, judicial, etc.) deben dotarse de la cualificación adecuada en materia de detección y manejo de tales problemas.

El protagonismo de los profesionales que atienden desde los distintos ámbitos a niños, niñas y jóvenes se antoja, pues, vital en la detección de estas patologías, y solamente se conseguirá una intervención eficaz cuando aquellos gocen de una adecuada formación en la materia.

La escasa presencia de la salud mental infantil en los planes de docencia se extiende asimismo a la formación de pregrado, postgrado y continuada en salud mental infanto-juvenil, que se oferta a los profesionales sanitarios que trabajan con infancia y adolescencia porque no se encuentra regulada, es muy heterogénea y, en ciertos casos, deficiente.

Por otro lado, la actual ausencia de las especialidades de psiquiatría y psicología clínica infanto-juvenil en el sistema Médicos Internos Residentes (MIR) y Psicólogos Internos Residentes (PIR) dificulta la garantía de una adecuada formación en este campo de los profesionales de la psiquiatría y psicología clínica e impide la representación en las comisiones nacionales de las especialidades de profesionales especialmente cualificados en la salud mental infanto-juvenil.

Hemos de lamentar que **los problemas señalados ponen de manifiesto un elemento de desigualdad en el desarrollo pleno del derecho a la salud de niños y adolescentes**. En efecto, los grupos de población con menos recursos económicos, que son quienes precisamente por su situación de vulnerabilidad tienen más posibilidades de sufrir problemas de salud mental, a la postre ven limitado el acceso a los recursos de salud mental de carácter privado.

Por todo ello, **los problemas de salud mental de la infancia y adolescencia vienen siendo una prioridad en las actuaciones de nuestra Institución**. Fruto de esta especial dedicación han sido las continuas referencias que sobre este asunto se recogen, como hemos señalado, en los diversos Informes Anuales pero también en diversas investigaciones que se han plasmado en informes especiales.

Nos referimos, en primer lugar, al Informe Especial sobre menores con trastornos de conductas en Andalucía², que elaboramos en 2017, donde reclamamos la elaboración de una investigación que permitiera conocer los datos básicos sobre la incidencia real del problema de los trastornos conductuales entre las personas menores andaluzas, partiendo de la información existente por aquel entonces en las Administraciones sanitaria, educativa, social y judicial. Asimismo, **exigimos que de forma coordinada entre las diferentes Administraciones (sanitaria, educativa y social) se elaborara un plan de intervención en niños, niñas y adolescentes con este tipo de problemas, que contemplara todas las cuestiones relativas a la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de los menores afectados por estos trastornos**.

Además de lo señalado, y teniendo en cuenta que los recursos existentes solo eran ofertados por el Sistema de Protección, en el informe señalado reclamamos la inmediata asunción por parte de la Consejería de Salud de la responsabilidad de ofrecer cuántos recursos terapéuticos se estimasen necesarios para la correcta atención de todos los menores andaluces con

2 <https://www.defensordelmenordeandalucia.es/menores-con-trastornos-de-conducta-en-andalucia>

trastornos de conducta. Y como correlato, que los menores tutelados con trastornos de conducta pudieran utilizar, al igual que el resto de menores afectados por el mismo problema, los recursos públicos que el sistema sanitario andaluz pueda crear para la atención terapéutica de los mismos.

Recomendamos en aquella misma investigación que cada menor dispusiera de un plan concreto de intervención que, partiendo de un diagnóstico integrado, determinara el recurso público que debía atenderlo y especificara el papel que debían desempeñar la familia, los recursos sanitarios, educativos y sociales. Este plan debería ir acompañado, en el caso de que el menor no precisara de ingreso en un recurso específico, de un plan de seguimiento que incluyera la supervisión del tratamiento del menor en los tres ámbitos (educativo, sanitario y social) por parte del personal sanitario correspondiente.

Dentro de la línea de actuaciones para la defensa de los derechos de las personas menores de edad con problemas de salud mental, hemos de referirnos asimismo a las reuniones de trabajo celebradas con otras Defensorías con el propósito de debatir, analizar y poner en común las deficiencias, carencias, o medidas de mejora en la calidad de la atención sanitaria. Unos encuentros que comenzaron a fraguarse en 2010 y que culminaron en el año 2012 dedicando en las XXVII Jornadas de Coordinación de Defensores³, un apartado específico de las mismas a la protección de las personas menores de edad con enfermedad mental.

A mayor abundamiento, esta Institución, en su calidad de Defensor del Pueblo Andaluz, presentó ante el Parlamento un Informe que bajo el título “La situación de los enfermos mentales en Andalucía desde la perspectiva del Defensor del Pueblo Andaluz”⁴ realiza un recorrido por los distintos aspectos conformadores de los sistemas sanitarios y sociales (especialmente el referido a la dependencia en tanto que se ha convertido en la vía ineludible de acceso a determinados servicios y prestaciones económicas).

3 <https://www.defensordelpuebloandaluz.es/proteccion-de-las-personas-con-enfermedad-mental-xxvii-jornadas-de-coordinacion-de-defensores-del>

4 <https://www.defensordelpuebloandaluz.es/la-situacion-de-los-enfermos-mentales-en-andalucia>

Como hemos señalado, los problemas de salud mental de la población menor de edad se extienden no solo al ámbito familiar, sino también al sistema de protección de menores o al sistema de justicia juvenil. En el informe sobre «La atención a los menores que cumplen una medida de privación en los centros de internamiento en Andalucía»⁵, esta Institución tuvo la oportunidad de denunciar cómo el fracaso de las medidas preventivas en materia de salud mental conlleva en muchas ocasiones el ingreso del menor en un centro de internamiento. O dicho de otro modo, **en demasiadas ocasiones la única vía posible para abordar los problemas de comportamiento del menor de edad se basa en medidas de responsabilidad penal.**

Pero esto no puede ni debe ser así. Esta Defensoría ha dado la voz de alarma reclamando alternativas preventivas eficaces que ofrezcan diferente solución, con mayor incidencia en el ámbito de la salud mental. **Para ello consideramos indispensable una mayor implicación de la administración de servicios sociales, la educativa y la sanitaria**, cada una en función de sus respectivas competencias y responsabilidades, por considerar que el correcto ejercicio de sus competencias en esta materia contribuiría a paliar el sin sentido que estamos relatando, esto es, que los problemas de salud mental de los adolescentes, que a la postre han contribuido al ingreso en un centro de internamiento, deban ser atendidos y tratados en este tipo de recursos.

En el primer escalón de la intervención social se encuentran **los Servicios Sociales Comunitarios. Venimos observando cómo estos no están siendo suficientemente eficaces para activar un verdadero sistema de prevención de riesgos para los menores**, en algunos casos por carencia de medios y en otros por inadaptación de los recursos existentes a las necesidades reales. Salvo excepciones, los Servicios Sociales Comunitarios actúan a demanda de los afectados o tras la denuncia de terceros, pero sin anticiparse a los acontecimientos y con escasos desplazamientos al lugar en que se produce la situación conflictiva. Ante la demanda de ayuda respecto de la situación

5 https://www.defensordelmenordeandalucia.es/sites/default/files/informe_atencion_a_menores_infractores_xs_o.pdf

de un menor con problemas de comportamiento lo usual es que la familia solo reciba información u orientación respecto de los recursos asistenciales existentes en otras Administraciones a los que se podría tener acceso, pero sin poder dispensar atención directa al menor, ni tampoco auxilio especial.

Para paliar este déficit, la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación tiene operativos programas específicos de tratamiento e intervención con menores en situación de riesgo. Dichos programas los ejecutan las Corporaciones Locales tras recibir la correspondiente financiación de la Junta de Andalucía⁶.

Subiendo el escalón, en los servicios sociales especializados (competencia de la Junta de Andalucía) vemos cómo no existe correlación entre la demanda de determinados servicios y la oferta existente. Se da una creciente demanda social de servicios para la atención de los problemas conductuales de los menores de edad. Se trata de unos servicios sociales muy especializados y cuya carencia repercute directamente en los propios afectados, en sus familiares, en su entorno social y, en última instancia, en la búsqueda de soluciones extemporáneas y excesivamente contundentes que llegan cuando los problemas se han cronificado y agravado en su intensidad y efectos.

Sin embargo, a pesar de los recursos relatados hasta ahora, en más ocasiones de las deseables, la conducta desajustada del menor sigue superando ciertos límites o bien precisa de un tratamiento puntual de reeducación de ciertos hábitos. En tales casos son los propios profesionales los que suelen demandar un recurso especializado donde el menor pudiese acudir, preferentemente en régimen de internado, para que pudieran ser abordados sus problemas conductuales contando con medios idóneos para ello. Determinados trastornos de conducta no son más que un síntoma de determinada enfermedad mental, y por ello son objeto de tratamiento específico por el dispositivo sanitario de salud mental.

⁶ La implantación del Programa de Tratamiento a Familias con Menores se realizó a través de la Orden de 20 de junio de 2005, por la que se regulaban las bases para otorgar subvenciones a Entidades Locales para la realización del mismo y que fue parcialmente modificada mediante Orden de 25 de julio de 2006.

En otros supuestos el comportamiento antisocial del menor, o no se encuentra perfectamente diagnosticado, o no es asumido por el menor o sus familiares como problema, o bien pudiera encuadrarse en las conductas de rebeldía e inconformismo propias de la adolescencia.

Cualquiera de estos supuestos de manifestaciones antisociales del comportamiento, más o menos patológicas, pueden ser abordadas tanto por los servicios sanitarios de salud mental como por los servicios sociales especializados en este tipo de prestaciones sociales; sin embargo, la realidad es que **muchos de los menores conflictivos no disponen de ningún recurso asistencial que aborde su problemática de una forma decidida, unificando la respuesta asistencial y ofertando recursos específicamente concebidos para ello.**

La administración sanitaria, al menos teóricamente, dispone de unos servicios públicos de salud mental, tanto de nivel primario como especializado, y se ha dotado además de unas unidades específicas de salud mental infantil y juvenil, como hemos tenido ocasión de analizar. Sin embargo, la realidad del funcionamiento de estos dispositivos muestra cómo en muchas ocasiones, también **por insuficiencia de medios o deficiente coordinación, no se presta la asistencia idónea a la situación del paciente, menor de edad con trastorno de conducta, con la intensidad, continuidad y calidad que sería debida para una intervención razonablemente eficaz.**

En primer lugar se ha de reseñar que el acceso a los servicios de salud mental infantil y juvenil se ha de hacer por conducto de los servicios de salud mental de distrito. Si ya es pacífica la cuestión de que haya de ser un pediatra quien dispense la atención primaria a los menores en dicha edad, no parece haberse alcanzado el mismo consenso en materia de salud mental toda vez que las unidades de salud mental infantil y juvenil se conciben como de segundo nivel, tratándose de dispositivos de apoyo a la atención infantil de los equipos de salud mental de los distritos, los cuales, de por sí saturados, pueden restar importancia a cuestiones que en principio podrían parecer nimias, “de niños”, pero que miradas bajo el prisma especializado en salud infantil y juvenil bien pudieran ser objeto de una consideración y abordaje diferente.

A esto habría que añadir que el filtro de determinadas demandas asistenciales en este primer nivel puede contribuir a que se minimice la relevancia de ciertos problemas de comportamiento en los estadios en que la intervención era viable y potencialmente más eficaz, y que tal cuestión impida a la propia organización sanitaria tomar conciencia de la importancia del problema ante la no contabilización de cierto número de casos. **En muchas ocasiones nos encontramos con menores que son diagnosticados una vez que cometen un ilícito penal de especial gravedad, y ello a pesar de que su conducta antisocial era evidente desde muchos años atrás.**

En cuanto al tratamiento ambulatorio, destaca la muy espaciada periodicidad de las visitas con el/la terapeuta en relación con la práctica cotidiana en cualquier consulta privada. **Es como si el seguimiento de cualquier trastorno mental se dejase en manos de los familiares, quienes sin los conocimientos y habilidades precisas se las han de ingeniar para contener y reconducir al menor en espera de la próxima cita,** fecha en que recibirían nuevas instrucciones para el abordaje del problema.

En otras ocasiones el abordaje del problema de comportamiento requiere de la existencia de otros recursos más especializados. Tal es el caso de los “hospitales de día” en los que se atiende a pacientes con problemas de salud mental en régimen de hospitalización parcial con intervenciones terapéuticas individuales, familiares o grupales. Están ubicados habitualmente en un recinto hospitalario, lo que permite a los pacientes beneficiarse de otras prestaciones hospitalarias, y funcionan como un recurso intermedio entre la hospitalización completa y la atención ambulatoria en los equipos de salud mental. Pues bien, en lo que a personas menores respecta estas unidades hospitalarias “de día” suelen rechazar aquellos casos en que el comportamiento antisocial del individuo hace inviable su estancia ordenada en el centro.

Llegados a este punto volvemos a confluir en el recurso asistencial correspondiente al internamiento del paciente durante una estancia más o menos prolongada en un centro especializado para el abordaje

de sus problemas conductuales. En tales supuestos (salvo los casos de internamiento de los menores en el correspondiente ala de psiquiatría del hospital para compensar la fase aguda de su enfermedad) la insuficiencia de medios es evidente, y **observamos como en ocasiones no se prescribe tal tratamiento ante la inexistencia de recursos y en los supuestos que se prescribe, la solución se obtiene gracias al concierto urgente de plazas con alguna institución privada.**

En el curso de algunas de las quejas que hemos tramitado, el profesional responsable del tratamiento del menor llega a prescribir su internamiento en un centro donde pudiera dispensársele atención psicológica especializada en trastornos del comportamiento, llegando a citar en su informe clínico la idoneidad de un centro de protección de menores especializado en trastornos de conducta perteneciente a otra Comunidad Autónoma como posible alternativa terapéutica a los males que afectaban al menor, ya que en Andalucía los recursos para menores con trastornos de conducta sólo están disponibles para menores tutelados por la Administración.

Así las cosas, nos encontramos que **una vez fracasada la prevención, una vez superadas todas las actuaciones que hubieran permitido reconducir la conducta del menor en el seno de su propia familia y entorno social, su propia conducta le ha llevado al ámbito de la jurisdicción penal.** En este momento el menor ha sufrido la experiencia de la intervención policial, de la instrucción del proceso penal y del juicio, culminando con la sentencia que ordena cumplir una medida de privación de libertad.

Ya en el centro de internamiento, tras superar el trauma del ingreso y lograda su adaptación a la vida ordinaria en el recurso, el personal se las ha de ingeniar para que en ese entorno, a priori poco favorable para la intervención terapéutica en salud mental, se den las circunstancias para emprender un programa de reeducación y reinserción social que rompa la inercia de aquellos hábitos y conductas que lo llevaron al recurso.

Con todo, nos tememos que lo trágico de lo expuesto es que **si estas actuaciones se hubieran emprendido antes no hubiera resultado**

preciso este despliegue de medios e intervenciones en el ámbito de la jurisdicción penal.

Es de destacar que en las entrevistas con los profesionales que trabajan en los centros de internamiento y con las experiencias transmitidas por los propios menores para la elaboración del informe especial sobre la atención a menores infractores en los centros de internamiento, comprobamos cómo gracias a los programas de reeducación que se ejecutan en dichos recursos muchos menores empiezan a adquirir hábitos saludables, empiezan a utilizar el diálogo antes que la fuerza para solventar diferencias, aprenden a debatir ideas y lo importante que resulta escuchar a la otra persona, a razonar antes que a imponer. Y en algunos casos, además de esta formación humana, indispensable para la convivencia en sociedad, también se han beneficiado de formación académica que incluso les ha permitido equipararse a sus iguales gracias a su alfabetización.

Así, lo que se definía como un problema o trastorno del comportamiento se palía, se compensa o se reduce, hasta el punto de dotar al menor de habilidades con que superar los déficits de partida dejándolo en una situación óptima para su reinserción en la sociedad.

En este contexto nos hemos cuestionado si no se podría haber actuado antes así. En cualquier caso, lo que es obvio es que **el sistema de justicia juvenil no puede ser la puerta de atrás para la atención de los problemas de salud mental. No es justo ni razonable que hayamos de esperar a que un persona menor de edad cometa una actuación delictiva para que esta pueda hacer efectivo su derecho a recibir una atención especializada en materia de salud mental.**

Pero lamentablemente el problema no se resuelve en todos los casos con la atención especializada en salud mental que reciben los menores en el centro de internamiento. No olvidemos que la estancia del chico o la chica está limitada en el tiempo, atendiendo a la gravedad de la actividad delictiva, y dicho periodo temporal no siempre coincide con el necesario para un correcto tratamiento de la patología. De este modo, si la medida

de internamiento lleva aparejada una medida posterior de libertad vigilada, será el dispositivo encargado de hacerla cumplir, coordinado con los servicios sociales y sanitarios de zona, el que se encargue de proseguir la tarea educativa y resocializadora emprendida en el centro.

Sin embargo, el reto se presenta cuando no existe ya ninguna medida de responsabilidad penal que cumplir, y el menor ha de retornar a su situación de partida, demandando unos recursos de las Administraciones que son escasos o inexistentes. Para poder continuar con la atención recibida en el centro, es aconsejable, con el consentimiento del menor y sus familiares, un seguimiento posterior a la salida del recurso para completar el proceso de mejora personal, o para ayudarle en el afianzamiento de las habilidades personales adquiridas en el centro.

En este contexto, **hemos demandado medidas de cooperación coordinadas entre los centros de internamiento con las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil**. Así, en ocasiones, al momento del ingreso del menor en el centro el diagnóstico de su problema de salud mental no se había llegado a completar, en otros este diagnóstico se especifica o se complementa con diferentes hallazgos. Y en todos los casos se ejecuta un programa terapéutico, con actuaciones típicamente sanitarias, que habrán de ser necesariamente coordinadas con el dispositivo sanitario de zona.

No tiene sentido una intervención en el centro que fuera como un paréntesis en la vida del chico o chica. La intervención ha de contemplarse como una secuencia en la cadena de atenciones que a la postre servirá para atender y compensar sus problemas de salud mental. Por ello, a la finalización de la medida de internamiento, las USMIJ habrán de recibir del recurso la documentación comprensiva de las actuaciones desarrolladas en el centro, la respuesta del menor, y las indicaciones necesarias para mantener o implementar los progresos hasta ahora alcanzados.

Hemos de lamentarnos que la investigación desarrollada en el informe de referencia nos ha permitido comprobar que la coordinación existente entre

los dispositivos públicos de salud mental y los centros donde los menores cumplen la medida de internamiento se hace depender de la voluntad de los profesionales de ambos sectores. Consecuencia de ello es la diferencia advertida en las pautas de coordinación en función de la zona o provincia de que se trate, existiendo provincias con cauces claramente establecidos, que contrastan con otras en que la coordinación, como hemos señalado, opera en función de los profesionales en concreto concernidos por el expediente clínico del interno.

Así las cosas, hemos reclamado, al igual que acontece en el ámbito educativo, que entre la administración con competencia en materia de justicia juvenil y la administración sanitaria **se establezca un marco legal que regule la necesaria coordinación que permita optimizar la atención que se ha de prestar a las personas menores de edad con problemas de salud mental que cumplen o han cumplido una medida de internamiento**, atendiendo a sus especiales características y su situación de vulnerabilidad.

Por otro lado, **la compleja situación de los niños, niñas y adolescentes afectados por patologías mentales se ha visto agravada con la pandemia**. Efectivamente, la pandemia de la SARS-CoV-2 ha provocado no solo consecuencias en la salud física de las personas contagiadas y un elevado número de muertes en todo el mundo, sino que está teniendo importantes consecuencias en la salud mental de la población. Desde el confinamiento impuesto por las autoridades para frenar la propagación del virus, fueron muchos los expertos que comenzaron a dar la voz de alarma sobre los graves perjuicios que dicha situación podía ocasionar en el bienestar psíquico de la población en general pero más específicamente en las personas menores de edad.

Y sobre todo estamos siendo testigos de **las consecuencias que la pandemia está teniendo en la salud mental de los niños más vulnerables**. Aquellos que parten de una situación de desventaja respecto de los demás. Nos referimos a niños y niñas en riesgo de exclusión social; niños y niñas víctimas de la violencia en el seno de la familia; las víctimas de trata; menores con discapacidad; o niños y niñas migrantes.

Durante la pandemia, el titular de la Institución fue llamado para comparecer ante el Parlamento de Andalucía⁷, y durante esta iniciativa demandó que la salud mental de la infancia y adolescencia ocupe un lugar destacado en las políticas que se diseñen para la recuperación de la crisis provocada por la COVID-19 en nuestra Comunidad Autónoma.

Y en este escenario abogó para actuar de forma urgente en la prevención y detección de los problemas de salud mental que hayan podido surgir tras el confinamiento o bien que se hayan visto agravados como consecuencia del mismo. **La salud mental no debe quedar olvidada o relegada a un segundo plano. Es necesario fortalecer la red de salud mental y de apoyo psicosocial para las personas menores de edad.** Una red que, por otro lado, parte de una endémica infradotación en el sector de la infancia y adolescencia.

La incidencia de la pandemia y los problemas que está ocasionando en la población infantil y adolescentes serán abordados con mayor profundidad en el apartado siguiente de este capítulo de la Memoria Anual.

Para ilustrar la situación descrita y los problemas puestos de relieve en torno a la atención que reciben de los poderes públicos los niños, niñas y adolescentes con patologías mentales, traemos a colación algunas quejas que ponen de manifiesto los importantes retos a los que diariamente se han de enfrentar las familias de menores afectados por alguna patología mental así como de profesionales que trabajan con este colectivo. **Unos retos que no cuentan con el apoyo necesario y suficiente de los poderes públicos y que de manera clara repercuten en el derecho a la salud de niños y adolescentes con problemas de salud mental.** Analicemos algunos ejemplos:

1. Escolarización de alumnado con comportamiento gravemente disruptivo sin contar con un diagnóstico claro ni un tratamiento definido.

7 Derechos del la ciudadanía durante la pandemia. Primera ola de la pandemia. «BOPA» núm. 490, de 12 de enero de 2021. <http://www.parlamentodeandalucia.es/webdinamica/portal-web-parlamento/pdf.do?tipodoc=bopa&id=151235>

Nos relataba un docente que en uno de los cursos de 1º de Primaria había un alumno de siete años que agredía continuamente a sus compañeros con enorme violencia, dándose la circunstancia de que en una misma semana envió a dos compañeras al hospital con conmociones cerebrales de pronóstico reservado que, después de 24 horas en observación, evolucionaron favorablemente.

El alumno estaba siendo sometido a tratamiento por parte de la USMIJ, que incluía importantes dosis de medicación que sosegaban al alumno. Sin embargo, esta medicación había sido interrumpida por decisión paterna, sin que nadie se hubiese molestado en explicarle los motivos de tal decisión, la duración de la misma o cómo afrontar sus consecuencias.

Consultada la inspección educativa sobre la situación creada en el centro, esta se limitaba a indicar la imposibilidad de cambiar la modalidad en que se escolarizaba el alumno por otra menos integradora pero más controlada, y la impotencia de la administración educativa para forzar a la familia a que el menor retomara la medicación. Tras comprobar la ineficacia de un programa de modificación de conducta que habían intentado aplicar al alumno, la única alternativa posible para el profesorado que atendía al menor era extremar la vigilancia del alumno para que no agrediera a sus compañeros.

2. Carencias en el ámbito sanitario por inexistencia de recursos para la atención de determinadas patologías mentales.

Esta situación queda fielmente reflejada en la reclamación remitida por un padre que denunciaba que la administración no le facilitaba el recurso terapéutico idóneo para tratar el comportamiento de su hijo al que le habían diagnosticado un trastorno de hiperactividad así como conducta disocial, con manifestaciones extremas de agresividad que incidían incluso en el ámbito de la responsabilidad penal a pesar de su corta edad.

En su relato, el padre insistía en que su hijo precisaba de un centro residencial donde pudiera permanecer interno el período de tiempo

necesario para abordar y tratar sus problemas conductuales con el concurso de profesionales especializados de salud mental juvenil. No obstante, y a pesar de sus reiteradas peticiones, no obtenía respuesta positiva a sus demandas.

El relato que nos hacía en su queja este padre atribulado era muy revelador de la situación de desasistencia en que se encontraba por la falta de recursos públicos apropiados para el tratamiento de su hijo:

“Mi hijo tiene 14 años ;sólo 14 años!. Siempre fue un niño inquieto hasta molestar. En el colegio los conflictos y las expulsiones se sucedían. Un diagnóstico psiquiátrico dice que es hiperactivo.

La incapacidad familiar, escolar, social, han perdido la partida; y la calle le ha atrapado. Los delitos de robo, tráfico de drogas y alguna consumición que otra, se suceden.

Su agresividad familiar, amenazas cumplidas, mentiras, promesas incumplidas, quejas de todos..., y mi sentimiento de culpa, me tienen sin fuerzas y en la desesperanza.

Sé de centros que atienden problemas de conducta (no es fundamentalmente un drogadicto). Estos centros tienen un equipo multidisciplinar con atención clínica personalizada.

Sé de una fundación internacional, ONG, llamada, en Guadalajara. Su ingreso en este sitio podría romper la relación física (por la distancia) con su banda, como él dice. Podría arreglar una conducta rota, sin disciplina, de la que todos somos responsables.

Pero, y aquí está el problema, no tenemos acceso a ningún centro de este tipo, desgraciadamente. Las respuestas que nos dan Salud y Asuntos Sociales es que hay que agotar los recursos de la propia Comunidad Autónoma. Hasta ahora el recurso de nuestra Comunidad Autónoma es nada”.

Tras admitir la queja a trámite solicitamos información a la Consejería de Salud quien vino a poner de manifiesto la existencia de un informe clínico donde se recomienda tratamiento psicoterapéutico ubicado en otra comunidad autónoma pero que no se podía tramitar su ingreso por no tener competencia para ello.

Ante la situación del menor, desde nuestra Institución se procedió a formular Recomendación a la Consejería de Salud respecto a la atención sanitaria que precisaba el menor. Y es que la pretendida derivación del paciente hacia un recurso socio-sanitario dependiente de otra Comunidad Autónoma (Castilla-La Mancha) era como consecuencia de que el Sistema Sanitario Público de Andalucía no dispone de ningún recurso asistencial con tales características.

En este caso, más allá de la quiebra del derecho a la asistencia sanitaria del menor, nos encontramos con que la omisión del tratamiento –internamiento temporal en centro terapéutico– ha podido contribuir al afianzamiento de las conductas disociales del menor y que, muy a pesar de la movilización de sus progenitores en búsqueda de ayuda con que contener la inevitable escalada de acontecimientos, finalmente el menor sobrepasó el límite de la responsabilidad penal y había sido condenado judicialmente al cumplimiento de una medida de internamiento en un centro para menores infractores.

3. Ausencia de espacios especializado para personas menores de edad en recursos hospitalarios, lo que en la práctica obliga a aquellos a compartir los recursos destinados a adultos.

Citamos como ejemplo a una adolescente que estaba siendo tratada desde su infancia en la USMI, y a la que los especialistas que la atendían prescribieron su ingreso en centro hospitalario para llevar a cabo un ajuste en el tratamiento. Tras vencer la resistencia inicial al ingreso de la menor en la unidad propuesta, por la insistencia de los especialistas en el beneficio para la niña, y la negativa expresada ante el requerimiento de otro dispositivo con esta finalidad, la familia

denunció lo inadecuado del espacio hospitalario aludido para el internamiento de su hija:

“Entramos como en una cárcel, con un pasillo lleno de habitaciones donde los enfermos mentales adultos, bastante mal por desgracia, deambulaban por los pasillos. Nos metieron solos en una habitación con tres camas, y aunque en principio me sentí más aliviada, la sensación duró poco, pues los demás pacientes abrían la puerta de la habitación e incluso llegaban a entrar.

Al día siguiente más de lo mismo, solo que con dos pacientes más compartiendo la habitación, con lo que casi no podíamos movernos con el poco espacio que había. Por un lado, la niña, que por su naturaleza no puede estar quieta y acostada, no tenía sitio para moverse en la habitación, y por otro lado, no podía salir al pasillo porque aquello no era sitio para una niña. En estas condiciones nos vimos obligados a pedir el alta voluntaria el siguiente día. Me horroriza pensar que algún día mi hija tenga que volver allí”.

La familia de esta joven invocaba los derechos de su hija y los de todos los niños y adolescentes que pudieran encontrarse en una situación similar, pidiendo que al menos se acondicione un área separada para ellos que impida que se mezclen con los pacientes adultos.

Ante estas circunstancias, nuestra misión no puede ceñirse de manera exclusiva a poner de manifiesto la evidente inadecuación de una instalaciones pensadas y dirigidas a personas adultas que, por sus especiales circunstancias, resultan claramente contrarias a la presencia de menores de edad, sino que, **en nuestra condición de garante de los derechos de la infancia y adolescencia damos la voz de alarma sobre la ilegalidad que comporta este régimen de hospitalización.**

En este contexto, hemos de tener en cuenta que la promoción y atención de la salud de los menores y adolescentes es objeto de múltiples instrumentos normativos de distinto ámbito, algunos de los cuales se insertan específicamente en el campo de la atención a la salud mental.

Por referirnos exclusivamente a los más directamente aplicables en nuestro espacio autonómico, cabe mencionar, entre otros muchos, el Decreto 246/2005, de 8 de noviembre⁸, que se dedica a plasmar normativamente las condiciones en las que debe traducirse la adaptación de la asistencia sanitaria a las especiales circunstancias de las personas menores de edad. Así en concreto, por lo que hace a las personas en edad pediátrica (menores de 14 años), el artículo 15 determina que en los hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía serán atendidas e ingresadas en zonas pediátricas específicas y en condiciones de máxima seguridad para su protección, extendiéndose esta garantía de especificidad en razón de la edad respecto de la atención urgente, y para todo el proceso de la misma.

4. Prevalencia del tratamiento farmacológico frente al terapéutico

Son muchas las familias que nos alertan sobre los peligros de anteponer el tratamiento farmacológico frente a las terapias, debiéndose dicha circunstancia a razones organizativas por encima de las necesidades del paciente. Así se expresaba un padre con un problema grave de salud mental de su hijo:

“Nuestros adolescentes no necesitan historias trágicas sobre la limitación de recursos en el tratamiento de su enfermedad sino inspiradoras, ambientes integradores en vez de competitivos, rutinas en lugar de aislamiento, socialización en vez de tanta digitalización.

Rechazamos rotundamente la administración de fármacos de forma preponderante cuando hay evidencia clínica de que el mejor tratamiento para el Trastorno de Conducta Alimentaria y la Depresión, es la “Terapia Cognitiva-Conductual”.

8 DECRETO 246/2005, de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo y se crea el Consejo de Salud de las Personas Menores de Edad. <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2005/244/2>

Además, los antidepresivos en niños y adolescentes están asociados a un aumento del riesgo de suicidio y asilo advierte la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA), que es la agencia del gobierno de los Estados Unidos responsable de la regulación de estos productos. A pesar de la advertencia que hizo la FDA en 2004, de que los antidepresivos aumentan las tendencias suicidas en los niños se siguen prescribiendo cada vez más en la población juvenil, por lo que recordamos que la advertencia de la FDA “sigue siendo válida”.

5. Inadecuación de algunos centros de protección para personas menores de edad con problemas de comportamiento.

La Junta de Andalucía adopta medidas de protección respecto de niños y niñas sobre los que haya recaído una medida administrativa o judicial de dicha naturaleza, siendo el acogimiento residencial una de las medidas previstas en orden a tal finalidad. Dicha protección conlleva la obligación de los poderes públicos de promover una atención y educación integral en el marco de una convivencia normalizada durante su periodo de estancia en el centro, que debe ser siempre temporal e instrumental, con el objetivo de dar una solución permanente o definitiva de tipo familiar, potenciando el pleno desarrollo de su personalidad a través de un plan de intervención individualizado y de programas adecuados que posibiliten el desarrollo de sus capacidades y el tratamiento de la problemáticas personales que presenten.

Los programas específicos son aquellos a través de los cuales se atiende a menores cuyas necesidades exigen un abordaje segregado, diferenciado. Se desarrollan en centros que, por sus características especiales, profesionales e instrumentales reúnen las condiciones adecuadas para un acogimiento terapéutico, ya sea de forma temporal, destinado al retorno a un entorno normalizado o bien con carácter permanente, si así lo exigiera la situación de cada menor (Orden de 13 de julio de 2003). Este tipo de programa va destinado a menores cuyos comportamientos devienen en altamente conflictivos,

no necesariamente asociados a patologías psiquiátricas, que son incompatibles con la normal convivencia en los centros, afectando tanto a los propios sujetos como a otros y otras menores con quienes puedan compartir centro. Se aplican técnicas y actuaciones basadas en la contención y corrección de carácter terapéutico y socioeducativo de aquellas conductas o comportamientos altamente contrarios al modelo de convivencia, provocando el aprendizaje de comportamientos positivos y la asimilación de las reglas sociales básicas.

No debe resultar extraño, por tanto, que un centro concebido como residencial básico, se vea superado por los problemas que entraña la convivencia en un centro de internos con graves problemas de comportamiento. Las características de un centro de protección no lo hacen compatible con un lugar de convivencia hostil, con constantes altercados y pautas de relación inapropiadas para la formación y educación en valores de los menores allí residentes.

Y en esta tesitura se encuentran, en ocasiones, el personal y las personas residentes de los centros de protección que ejecutan programas residenciales básicos, atendiendo y conviviendo con unos menores que, por sus singularidades, deberían estar en un recurso acorde con sus problemas de comportamiento pero que por la ausencia o escasez de plazas en centros concebidos para el abordaje de los menores que padecen problemas de comportamientos no pueden ser trasladados.

4.1. Consultas sobre el derecho a la salud de la infancia y adolescencia con problemas de salud mental

La situación de niños y adolescentes con problemas de salud mental ha motivado también un importante número de las consultas que nos han venido dirigiendo a la Institución: chicos y chicas con trastornos mentales graves, adicciones, ansiedad junto con situaciones de maltrato, abusos, etc.

Podríamos relatar un número muy considerable de historias, pero todas tienen en común la impotencia que ponen de manifiesto las familias, ante la falta de respuesta a situaciones extremas. Se trata muchas veces de casos donde se ejerce violencia filoparental sobre padres o madres.

En una consulta una madre nos relataba desesperada los problemas de su hijo, enfermo de salud mental, sin medicar. Su hijo padecía esquizofrenia, ella llamaba a la policía y lo llevaban al hospital pero en cuanto se estabilizaba salía. Estaba desesperada y acudía a nosotros por recomendación de la trabajadora de salud mental. Hacia dos meses que había solicitado la valoración de la dependencia de su hijo y seguían sin responderle.

Es importante garantizar el derecho a la salud mental de los niños y adolescentes. Para ello hay que solventar una serie de problemas como el aumento de la demanda sanitaria y de la lista de espera, la falta de recursos humanos y la escasez de personas con formación específica, la dificultad y desigualdad en la atención y en el acceso a los servicios de atención especializada, o atención de demandas inadecuadas, mal derivadas de atención primaria hacia salud mental debido a problemas en la valoración y diagnóstico inicial.

5. La pandemia incrementa y agrava los problemas de salud mental de niños, niñas y adolescentes.



5. La pandemia incrementa y agrava los problemas de salud mental de niños, niñas y adolescentes

El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la COVID-19 como pandemia. Unos días más tarde el Gobierno de España decretó ¹ el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por dicha enfermedad con el objetivo de proteger la salud de la ciudadanía, contener la progresión de la enfermedad y reforzar el sistema de salud pública.

La pandemia está provocando no solo consecuencias en la salud física de las personas contagiadas y un elevado número de muertes en todo el mundo, sino que **está teniendo importantes consecuencias psicológicas en la población**. Ya desde el confinamiento fueron muchos los expertos que comenzaron a dar la voz de alarma sobre los graves perjuicios que dicha situación podía ocasionar en el bienestar psíquico y psicológico de la población en general pero más específicamente en las personas menores de edad con motivo de la situación inédita que estamos viviendo.

Problemas de ansiedad o depresión parecen ser los más comunes. Estos mismos expertos no han dudado en señalar **los riesgos de agravamiento de los problemas de salud mental ya existentes antes del confinamiento**. Las preocupaciones familiares por el futuro económico, el desempleo, el cierre de los colegios, la incertidumbre generalizada sobre el futuro, la interrupción de terapias específicas, la violencia en el ámbito familiar, o las enfermedades mentales de los progenitores son factores que pueden influir negativamente en patologías mentales previas.

En consecuencia, **la pandemia de la COVID-19 ha añadido nuevos riesgos y desafíos derivados de las medidas necesarias que se han implementado para afrontar la crisis sanitaria**. Además de las

¹ Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. «BOE» núm. 67, de 14/03/2020.

consiguientes dificultades para acceder a los servicios de salud mental, la situación de pandemia ha supuesto la privación de los beneficios de la socialización, la frustración de las expectativas personales, la proliferación del miedo y la incertidumbre por la salud propia o familiar y el incremento de problemas económicos y laborales, entre otros perjuicios.

Como consecuencia de todo ello, se han incrementado los casos de personas con ansiedad, depresión, somatizaciones, estrés, duelos patológicos, evolución rápida desfavorable de las demencias, incremento de problemas de conducta alimentaria, abusos de alcohol y otras adicciones y trastornos adaptativos, amén de otros casos que podrán surgir a medio plazo y largo plazo, asociados a las vivencias extremas de este período, como trastornos de estrés postraumáticos y mayor riesgo de conductas suicidas y autolíticas.

Los estudios sobre situaciones de estrés y emergencias resumen **las principales variables implicadas en el impacto psicológico como las siguientes**: el miedo a la infección por virus y enfermedades, la manifestación de sentimientos de frustración y aburrimiento, no poder cubrir las necesidades básicas y no disponer de información y pautas de actuación claras (Brooks et al., 2020) o la presencia de problemas de salud mental previos o problemas económicos (Wang, Zhang, et al., 2020). También el estigma y rechazo social en el caso de personas infectadas o expuestas a la enfermedad puede ser un desencadenante de una peor adaptación (Brooks et al., 2020). El grado de impacto dependerá de varios factores. De acuerdo con el estudio de Sprang y Silman (2013), la población que ha vivido una cuarentena durante enfermedades pandémicas es más propensa a presentar trastorno de estrés agudo y de adaptación y dolor (el 30% con criterios de trastorno de estrés postraumático)².

Pero los efectos adversos de la pandemia no afectarán a toda la población por igual. **Las personas que se encuentran en una situación**

² Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Informe de investigación. Servicio de publicaciones de la Universidad del País Vasco. https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu_eines/noticias/docs/Consecuencias_psicologicas_COVID-19.pdf

de vulnerabilidad tienen mayores probabilidades de sufrir problemas de tipo psicológico que el resto. Ciertamente la situación social y sanitaria que ha generado la pandemia por el COVID-19 ha afectado a toda la población. Pero, como ocurre en la mayoría de las crisis sociales, incide especialmente a las personas más vulnerables y con menos redes de apoyo.

En este sentido, expertos ³ han señalado que cabe esperar que las personas en situación de vulnerabilidad serán aquellas que por sus características presentan una desventaja por edad, sexo, estructura familiar, nivel educativo, origen étnico, situación o condición física y/o mental, y que requieran de un esfuerzo adicional para incorporarse al desarrollo y a la convivencia. Dentro de este grupo se podrían englobar las personas con diversidad funcional, minorías étnicas, personas con trastornos psicológicos, migrantes, refugiados, personas con diversidad sexual y/o identidad de género, y las personas menores de edad.

La alerta sobre el incremento de los problemas de salud mental por la pandemia está siendo también puesta de relieve por muchos organismos. Es el caso de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que no ha dudado en afirmar que el 93% de los países ha visto cómo la COVID-19 paralizaba o afectaba a sus servicios de salud mental, ya de por sí lastrados por un déficit crónico de financiación.

Según el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) ⁴, desde el inicio de la pandemia hasta comienzos del año 2022, un 6,4% de la población ha acudido a un profesional de la salud mental por algún tipo de síntoma, siendo el mayor porcentaje un 43,7% por ansiedad y un 35,5% por depresión. Más del doble de las personas que han acudido a estos servicios de salud mental son mujeres.

3 Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Informe de investigación. Servicio de publicaciones de la Universidad del País Vasco. https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu_eines/noticias/docs/Consecuencias_psicologicas_COVID-19.pdf

4 Encuesta sobre la salud mental de los/as españoles/as durante la pandemia de la covid-19. Estudio nº 3312, Febrero 2021. https://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3300_3319/3312/es3312mar.pdf

En este contexto de crisis sanitaria, social y económica, las personas menores de edad han sido uno de los colectivos más perjudicados.

Durante el confinamiento se vieron obligados a quedarse en casa sin poder salir a la calle, ni acudir al colegio o instituto. No pudieron realizar ninguna actividad deportiva en espacios públicos o en otras instalaciones, ni reunirse y jugar con sus amigos de forma presencial. El cariño de familiares que no convivían en sus viviendas lo recibieron, en el mejor de los casos, de forma virtual.

Por otro lado, un elevado número de niños y niñas debieron convivir con padres y madres obligados a trabajar desde casa y sin poder prestarles la dedicación y el tiempo necesarios para garantizar su protección y bienestar.

La convivencia permanente, continuada y forzada, donde la movilidad fue prácticamente nula, favoreció asimismo el conflicto entre la pareja y propició situaciones de violencia a la infancia. Violencia de género o violencia a los propios menores son lacras que se produjeron en muchos hogares durante el confinamiento. Sabemos que en dicho periodo se incrementaron las llamadas telefónicas a los servicios de atención y ayuda a las mujeres víctimas de maltrato. Desgraciadamente es un hecho constatado que un importante porcentaje de violencia a la infancia se ejerce en la propia familia. Las semanas o meses de contención —para hacer efectivo el #QuédateEnCasa— significó un periodo extremadamente peligroso para niños y niñas que tienen esta amenaza en sus propios hogares.

Las distintas medidas adoptadas para proteger a la salud, especialmente el confinamiento, han llevado aparejado también un fuerte impacto negativo en la economía. Es evidente que dicha situación está afectando a miles de familias que han perdido su principal fuente de ingresos: el empleo. Pero no cabe duda de que con mayor virulencia la pandemia ha afectado a la familias con hijos menores a cargo cuyos ingresos se encuentran por debajo del umbral de la pobreza. Los efectos de las medidas acordadas en el estado de alarma en las familias ya empobrecidas y con dificultades para acceder a una vivienda digna, así como a la provisión de suministros básicos, son doblemente devastadores cuando existen hijos menores de edad.

En consecuencia, **la delicada situación provocada por la pandemia está teniendo un fuerte impacto en la salud mental de niños, niñas y adolescentes aunque todavía faltan datos oficiales para medir su incidencia en toda su dimensión.**

A pesar de la ausencia de estos datos oficiales, algunas organizaciones que trabajan con la infancia han realizado diversos estudios e investigaciones sobre esta cuestión. Traemos a colación, en primer lugar, el análisis realizado por Save The Children⁵ que señala el incremento de forma sustancial del porcentaje de niños y adolescentes con trastornos mentales y de conducta, a pesar de que solamente el 5% de los padres y madres entrevistados 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 realizada por Save The Children, 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.

El trabajo elaborado por el citada organización analiza los **diferentes factores de riesgo para la salud mental de la infancia y adolescencia:** edad, sexo, origen y renta. Respecto de este último factor, se pone de relieve que **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

5 "Crecer Saludable(mente)". Un análisis sobre la salud mental y el suicidio en la infancia y adolescencia en Andalucía. Axexo Andalucía. https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2021-12/Informe_Crecer_saludablemente_AnexoAndalucia_DIC_21.pdf

hogares más acomodados presenten este tipo de problemáticas (un 3%, igual que la media nacional). Es decir, que viven en hogares 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. La relación entre salud mental y renta se daba ya antes de la pandemia, pero 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.

También analiza Save The Children⁶ en su informe el impacto en la salud mental de aquellos niños que se han enfrentado desde la pandemia a la incertidumbre laboral de sus familias. La encuesta realizada a 2.000 padres sobre la salud mental de sus hijos pone de manifiesto que los trastornos mentales han aumentado en Andalucía del 1,7% a un 3,7% en comparación con los últimos datos oficiales disponibles de la Encuesta Nacional de Salud de 2017. El informe pone de relieve, además, que la incidencia de estos problemas es tres veces mayor (10%) en las familias andaluzas sin empleo que entre la infancia y la adolescencia que vive en familias que han conservado el empleo (3%) tras la crisis del COVID. Los niños de familias vulnerables, según Save the Children, son más propensos a padecer problemas de salud mental: nada menos que cinco veces más que los de familias con rentas altas.

Otro estudio sobre el modo en que la pandemia ha alterado la salud mental de muchos adolescentes o ha agravado las ya existentes ha sido realizado por la Fundación ANAR⁷. Esta organización ha detectado un incremento de los problemas asociados a la tecnología que pasaron de un 23,2% a un 29,9%, en el 2020 afectando a temáticas como grooming, ciberacoso, violencia de género, pornografía, prostitución infantil, trastornos de la alimentación, autolesiones, ideaciones e intentos de suicidio y otros problemas psicológicos.

6 Crecer saludable(mente). Una análisis sobre la salud mental y el suicidio en la infancia y adolescencia en Andalucía. https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2021-12/Informe_Creer_saludablemente_DIC_2021.pdf

7 "Informe anual 2020: el Teléfono/Chat ANAR en tiempos de Covid-19". Fundación ANAR. https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/7559_d_Informe-ANAR-COVID.pdf

Además, durante el confinamiento y las primeras salidas despuntaron las dificultades relativas a separación, custodia y régimen de visitas (durante el confinamiento, un aumento del 42,3% y en las primeras salidas, el 51,9%) y también crecen las consultas relativas a ayudas sociales y pobreza infantil, alcanzando la diferencia más aguda en el confinamiento (307,2%), llegando a representar un total de 139 casos con esta problemática. También los trastornos de alimentación se han disparado: un 826,3% más que el año anterior a la pandemia.

Hemos de referirnos asimismo al Sondeo COVID-19 realizado por el Instituto de la Juventud⁸ que se hace eco del posible impacto psicológico que ha podido tener el confinamiento de los meses de marzo-mayo de 2020 en la población joven (de 15 a 29 años). Según este análisis, un 32,1% también declaró sentirse estresado, un 28,9% tenso, un 24,2% dijo que tenía dificultades para conciliar el sueño y un 23,2% que estuvo bajo de moral. Un 19,1% declaró sentirse deprimido durante el confinamiento con bastante frecuencia, si bien solo un 6% llega a declarar que se sintió solo.

Por lo tanto, aunque no se puede contrastar los incrementos respecto al periodo previo a la pandemia, en algunos casos se vio un desarrollo de cuadros depresivos o de ansiedad a niveles (sobre el 20%) no tan lejanos de la evidencia empírica disponible para la población adulta. Además, estos datos también van en la misma línea de estudios recientes, que apuntan cómo **la juventud tiene todavía un menor bienestar emocional que otros grupos y han sido más propensos a sentir soledad, tensión y depresión durante el confinamiento** (Ahrendt,2020).

Por su parte, el Grupo de Trabajo Multidisciplinar sobre Salud Mental en la Infancia y Adolescencia⁹, del que forman parte la Sociedad de Psiquiatría Infantil (SPI), dependiente de la Asociación Española de Pediatría; la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP) y la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) ha señalado que,

8 "Informe Juventud en España 2020". Instituto de la Juventud.http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2021/03/informe_juventud_espana_2020.pdf

9 Asociación Española de Pediatría.<https://www.aeped.es/noticias/pandemia-ha-provocado-un-aumento-hasta-47-en-los-trastornos-salud-mental-en-los-menores>

desde el inicio de la crisis sanitaria, en 2020, la salud mental de los niños y adolescentes en España se ha deteriorado notablemente. Antes de la pandemia ya se estimaba que en torno al 10% de los niños y al 20% de los adolescentes sufría trastornos mentales, con consecuencias que se pueden prolongar a lo largo de toda su vida.

Todas las argumentaciones y datos traídos a colación vienen a poner de manifiesto que la crisis generada por la pandemia de la COVID-19 está teniendo un fuerte impacto en la salud mental de niños, niñas y adolescentes. Y aunque carecemos de datos oficiales y aún es pronto para establecer con rotundidad y rigor cuáles serán las consecuencias a medio y largo plazo, no cabe duda de que **nos enfrentamos a un problema sumamente relevante que precisa de una atención prioritaria de los poderes públicos y de la sociedad en general.**

Y es que la pandemia ha incrementado la desigualdad ya existente con carácter previo en la garantía del derecho a la salud mental de la población infantil y juvenil. Y así, la COVID-19 ha sumido en la pobreza a muchas familias con hijos menores a cargo, y la pobreza es un factor de vulnerabilidad y aumenta el riesgo de sufrir patologías de salud mental. Pero es que, además, la pobreza impide el acceso a recursos complementarios en el ámbito de la salud mental de tipo privado. Niños y niñas pobres tienen más posibilidades de padecer enfermedades mentales y menos recursos económicos para buscar ayuda en el ámbito privado.

En cualquier caso, el escenario de profundos cambios en que nos encontramos inmersos con motivo de la pandemia, y las consecuencias que aquella está ocasionando en la salud mental de miles de niños y adolescentes exige que la protección de los menores afectados por estas patologías constituya una prioridad en las políticas públicas de Andalucía.

6. El suicidio: la pandemia invisible



6. El suicidio: la pandemia invisible

El suicidio representa un grave problema de salud pública y una tragedia que afecta a las familias, a las comunidades y a los países.

La sociedad suele ser reacia a tratar, debatir o hablar del suicidio. Siempre se ha considerado un asunto tabú, de manera singular para las familias afectadas por esta tragedia. Ciertamente el dolor y frustración que produce en las familias el fallecimiento de uno de sus miembros por esta causa ha propiciado que durante mucho tiempo este problema haya sido silenciado, sobre todo por temor a un cierto efecto mimético. Sin embargo son cada vez más los expertos que cuestionan la ocultación del suicidio como una forma de prevenir su creciente incidencia.

La Organización Mundial de la Salud hace tiempo que alertó sobre el incremento de las muertes por suicidio a nivel mundial, especialmente en la población adolescente. Cada año se suicidan cerca de 700.000 personas en el mundo aunque por cada suicidio consumado hay muchas tentativas de suicidio. El 77% de los suicidios se produce en los países de ingresos bajos y medianos.

Si bien el vínculo entre el suicidio y los trastornos mentales (en particular, la depresión y el consumo de alcohol) está bien documentado en los países de altos ingresos, **muchos casos se dan en personas que lo cometen impulsivamente en situaciones de crisis** en las que su capacidad para afrontar las tensiones de la vida, como los problemas económicos, las rupturas de relaciones o los dolores y enfermedades crónicos, se encuentra mermada.

Además, se ha demostrado suficientemente que vivir conflictos, catástrofes, actos violentos, abusos, pérdida de seres queridos y sensación de aislamiento puede generar conductas suicidas. **Las tasas de suicidio también son elevadas entre los grupos vulnerables y discriminados**, como los refugiados y migrantes; los pueblos indígenas; las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales, transexuales e intersexuales; y la población reclusa.

La **OMS reconoce asimismo que el suicidio es una prioridad para la salud pública**. En 2014 se publicó el primer informe mundial de la OMS sobre esta cuestión¹, con objeto de aumentar la sensibilización respecto de la relevancia del suicidio y los intentos de suicidio para la salud pública, así como de otorgar la máxima prioridad a su prevención en los programas mundiales de salud pública. Además, con este informe se procuró alentar y ayudar a los países a elaborar o reforzar estrategias integrales de prevención del suicidio en el marco de un enfoque multisectorial de la salud pública.

El suicidio es también uno de los problemas que aborda prioritariamente el **Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental**² (mhGAP, por sus siglas en inglés), que proporciona orientación técnica basada en la evidencia para ampliar la prestación de servicios y la atención en los países a los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias.

Por otro lado, **la tasa de mortalidad por suicidio es uno de los indicadores de la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible**, cuyo propósito es que, de aquí a 2030, se reduzca en un tercio el riesgo de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, así como promover la salud y el bienestar mentales.

Pues bien, por mucho que nos pueda extrañar y nos resulte difícil de comprender, los adolescentes también se suicidan, no solo las personas adultas. Especialmente preocupantes son las cifras aportadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) según las cuales **el suicidio, a nivel mundial, es la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 19 años**³.

1 «Prevención del suicidio: un imperativo global». OMS <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>

2 <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52328>

3 Organización Mundial de la Salud (OMS), junio 2021. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Uno de los mitos más conocido en torno a los suicidios en la adolescencia, es la afirmación de que cuando los jóvenes hablan de cometer suicidio o realizan un intento, lo hacen para llamar la atención, considerándolo tan solo “como un grito de ayuda”. Sin embargo, **una amenaza de suicidio nunca debe ser descartada**: es importante responder a este tipo de amenazas y señales de advertencia de manera seria y atenta. Así lo indica el Instituto de la Mente Infantil⁴ (*Child Mind Institute*) en un artículo publicado en su página web, a través del cual aborda el tema del suicidio en la adolescencia, así como los diferentes **factores de riesgo y protección que pueden incrementar o reducir la probabilidad de conductas suicidas** entre los jóvenes.

Entre los **factores de riesgo** estarían una pérdida grave o reciente, un trastorno psiquiátrico, consumo de alcohol u otras sustancias, estar “luchando” por su orientación sexual contra un ambiente que no es respetuoso o que no acepta esa orientación, un historial familiar de suicidio, falta de apoyo social, acoso, estigma asociado con pedir ayuda, barreras para acceder a los servicios. Sabemos que ser una víctima de acoso es un factor de riesgo, pero también hay cierta evidencia de que los niños que son agresores pueden tener un mayor riesgo de conductas suicidas.

Por lo que respecta a los **factores de protección** frente a las ideas suicidas, el Instituto de la Mente Infantil refiere las buenas habilidades para la resolución de los problemas, vínculos estrechos con la familia, creencias culturales y religiosas, acceso a intervención clínica apropiada, y atención eficaz para los trastornos mentales y físicos ya que una buena atención médica implica relaciones continuas, haciendo que los niños se sientan conectados con profesionales que los cuidan y están disponibles para ellos.

Teniendo en cuenta lo señalado, el citado Instituto hace hincapié en **la trascendencia de prestar atención a posibles señales de alerta**, tales como cambios en la personalidad o el comportamiento (por ejemplo, cuando el niño o adolescente está más retraído, se le ve triste, más

4 <https://childmind.org/es/>

irritable, ansioso, cansado o apático, o comienza a actuar de forma errática, implicándose en acciones perjudiciales para sí mismo u otras personas), así como en los patrones de sueño o los hábitos alimenticios también.

La identificación temprana de los pensamientos y conductas suicidas, y el cuidado eficaz de quienes están en riesgo, son **cruciales** para garantizar que las personas reciban la atención que necesitan y merecen. Así lo afirma la Sociedad Británica de Psicología (BPS-British Psychological Society) en su nueva declaración de postura, emitida tras la celebración del Día Mundial de la Prevención del Suicidio, bajo el título *Understanding and preventing suicide: A psychological perspective* (Comprender y prevenir el suicidio: una perspectiva psicológica).

Llegados a este punto hemos cuestionarnos por **la incidencia del problema en España y la repercusión que la pandemia ha podido tener sobre el fenómeno que abordamos**.

Ciertamente la primera pregunta que debemos analizar se refiere a la extensión de este fenómeno -complejo donde los haya- ha podido tener en nuestro país.

Según datos del instituto Nacional de Estadística (INE)⁵ en 2020 se registraron 3.941 suicidios en España, siendo el año en que más suicidios se han registrado en la historia desde que se comenzaron a registrar en 1906. Ello supone un incremento del 7,4% con respecto a 2019, es decir, 270 personas más que el año anterior. También es la primera vez que España alcanza 14 suicidios de menores de 15 años (7 niños y 7 niñas), duplicando los casos de 2019. Además, el suicidio en personas mayores de 80 años ha aumentado un 20%.

Este mismo Organismo destaca que para los grupos de edad 13-19 y 20-29 años, el número de varones supera significativamente al de mujeres, en ambos tramos de edades. Por otra parte, se ve que la distribución geográfica

5 Instituto Nacional de Estadística. Estadística de defunciones según la causa de muerte. Últimos datos. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175

del suicidio de los jóvenes no sigue una distribución aleatoria, sino más bien concentrada en mayor medida en unas provincias que en otras.

El caso de los escolares españoles se sabe que **el suicidio es la segunda causa de mortalidad, después de los accidentes, entre la población de 15 a 24 años**: un 8% de los escolares de entre 11 y 15 años dice sentirse infeliz; un 14% de las chicas escolares de 15 años y un 9% de los chicos afirman haber tenido sentimientos de soledad con mucha o bastante asiduidad; algo más del 50% de la población juvenil presenta cuadros depresivos, y las depresiones no tratadas conducen al suicidio en un 15% de los casos; en el 70% de los suicidios aparece el fracaso escolar como desencadenante.

Por otro lado, el Observatorio del Suicidio en España de la Fundación Española de Prevención del Suicidio ⁶ habla sobre algunos estudios epidemiológicos que han llegado a la conclusión de que **la ideación suicida podría afectar a lo largo de la vida a “entre el 5% y el 10% de la población española”**. **Lo que significa que en un año podrían producirse alrededor de 80.000 intentos de suicidio en el territorio nacional.**

Por comunidades autónomas, mientras que han aumentado significativamente en el País Vasco (un 30%), Cantabria y Andalucía, han descendido en Aragón y, sobre todo, Illes Balears, con una disminución de más del 10%.

Desde el Observatorio del Suicidio se esperaba para 2020 una disminución significativa de los suicidios, en coherencia con la disminución generalizada de muertes externas (accidentes de tráfico, homicidios, etc.) provocado por el confinamiento (ya que este dificulta enormemente estas conductas, tanto en la vía pública -al estar prohibido deambular por ella- como en los domicilios -al estar en compañía-). No obstante, parece que después del confinamiento se ha producido un ‘efecto rebote’. Así, por ejemplo, mientras que en abril se registraron un 18,2% menos respecto al mismo mes de 2019, en agosto se produjo un aumento del 34,0%.

6 Observatorio del suicidio en España. Estadísticas 2020. <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2020/>

Por lo que respecta a la Comunidad Autónoma de Andalucía, Save The Children⁷ pone de relieve que en 2020 hubo 194 muertes de niños, niñas y adolescentes de entre 15 y 29 años por causas externas⁸, un 22% sobre el total español, correspondiendo el 78% a niños y el resto a niñas. **De las causas externas de muerte, el suicidio es, junto con los accidentes de tráfico, la primera causa de muerte, con un 35% de los casos.**

El mencionado estudio también pone de manifiesto que las intenciones de suicidio de niños, niñas y adolescentes, según sus padres, varían en función de la renta familiar. Así, para el total de España, si se desglosa por nivel de rentas, se advierte que, en aquellos hogares con rentas más altas, el porcentaje de padres y madres que consideran que sus hijos tienen intención de suicidarse es del 1,25%. Sin embargo, este porcentaje se triplica hasta llegar al 4% para las familias con rentas más bajas.

También traemos a colación el informe elaborado por la Fundación ANAR⁹ que señala que las consecuencias del COVID-19 han generado en niños y adolescentes una gran frustración fruto de la indefensión y desesperación, y esto explica el aumentado de las ideaciones y tentativas de suicidio durante el confinamiento de los adolescentes, que se han incrementado un 244,1% respecto al año anterior a la pandemia.

Comentábamos al inicio de esta apartado que el suicidio ha estado silenciado durante mucho tiempo. También esto lo ha cambiado la pandemia; parece que debido al incremento de los casos, según las estadísticas que hemos consultado, y a raíz de algunos suicidios de personas con una destacada proyección social, este fenómeno podría estar comenzando a salir del oscurantismo donde ha permanecido desde siempre.

Ciertamente el incremento de las muertes por suicidios de la población adulta y en especial de los jóvenes así como los intentos de autolisis

7 Crecer saludable (mente). Save The Children. Anexo Andalucía. https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2021-12/Informe_Crecer_saludablemente_AnexoAndalucia_DIC_21.pdf

8 En esta tasa se incluyen los accidentes de tráfico y de otro tipo de transporte, caídas accidentales, ahogamientos, accidentes por fuego, envenenamientos accidentales por psicofármacos y drogas de abuso, suicidios y lesiones autoinfligidas, entre otras.

9 Op.Cit, nota 18.

provocados por la adversa situación que ha traído la enfermedad ha puesto en el debate el alcance del fenómeno y la necesidad de intervenir. Hemos pasado del silencio al reconocimiento del problema. Pero ello no es suficiente, **tenemos que ir del silencio a la acción**. Una acción que mejore la salud mental de adolescentes y jóvenes y que frene las cifras de quienes deciden poner fin a sus vidas.

El Consejo Europeo ya ha solicitado mayor implicación de la investigación científica, la educación en la escuela y los centros de atención médica con la finalidad de prevenir el suicidio en niños y adolescentes para convertirlo en una prioridad política. En este sentido, hace un llamado a las autoridades sanitarias, educativas y a la conciencia ciudadana, ya que es un asunto que nos concierne a todos.

Por su parte, el Consejo General de la Psicología insiste en la necesidad de diseñar e implementar una estrategia multidisciplinar y coordinada para la prevención del suicidio, que ofrezca una respuesta integral y que dé cuenta a la naturaleza multicausal de los comportamientos suicidas. Para tal finalidad propone determinadas acciones como concienciar a la población sobre el suicidio, luchar contra los tabúes y estigmas de los problemas de salud mental, mejorar la detección de la depresión en población infanto-adolescente en el ámbito educativo, desarrollar acciones coordinadas entre los profesionales sanitarios y otros sectores (educación, servicios sociales, policía), o identificar colectivos vulnerables según nivel de riesgo para la prevención de la conducta suicida.

El suicidio y los intentos de suicidios de los adolescentes y jóvenes es de tal envergadura y tan desgarrador que nos obliga a la sociedad en general y a los poderes públicos en particular, a intervenir activamente y de modo prioritario y urgente. Estamos obligados a buscar soluciones y trabajar para reducir esta “epidemia invisible”. Es una responsabilidad social irrenunciable.

7. Algunas propuestas de mejora para la atención a los problemas de salud mental de la infancia y adolescencia.



7. Algunas propuestas de mejora para la atención a los problemas de salud mental de la infancia y adolescencia.

Los problemas que atenazan a niños, niñas y adolescentes con patologías mentales demandan de esta Institución, en su condición de garante de los derechos de la infancia y adolescencia, un abordaje que permita no solo poner de relieve los déficits detectados en la atención prestada por las diferentes administraciones públicas conferidas, sino que su labor se ha de hacer extensiva a aquellas propuestas de mejoras que permitan alcanzar el efectivo ejercicio de los derechos de la persona menor de edad afectada.

Resulta incomprensible que una sociedad avanzada como la nuestra siga sin dar solución a una materia tan importante y necesitada de adecuado tratamiento social y jurídico, como es la salud mental, y que muchas personas y sus familias, deban hacer frente diariamente a múltiples deficiencias y lagunas.

Por unas u otras razones, en los últimos tiempos agravadas por la profunda crisis económica y en la actualidad por la pandemia, lo cierto es que la **salud mental continúa sin tener el tratamiento y atención multidisciplinar que un asunto de tal relevancia requiere.**

Como hemos visto, han transcurrido más de tres décadas desde que comenzara a plantearse un nuevo sistema de abordaje para la enfermedad mental y desde que se planteó el loable reto de superar el tratamiento del enfermo mental basado en su exclusión social y en su reclusión en instituciones psiquiátricas. Un cambio que debía conducir a la búsqueda de modelos de atención inspirados en el concepto de ciudadanía y los valores humanos.

Sin embargo, como hemos venido poniendo de manifiesto a lo largo de este capítulo, debemos lamentarnos de que el mencionado propósito no ha sido suficiente y que aún queda un largo camino por recorrer para el efectivo ejercicio de todos los derechos de las personas con patologías mentales y para su verdadera inclusión social.

A lo largo de este capítulo hemos analizado y valorado los principales problemas que padecen las personas menores afectadas por alguna patología mental y hemos reflexionado también acerca de cómo la pandemia provocada por la COVID-19 está incidiendo en este colectivo especialmente vulnerable.

En este contexto, a continuación procedemos a realizar una serie de reflexiones, propuestas y conclusiones que, desde nuestra perspectiva de institución garante de los derechos de la infancia y adolescencia deberían contribuir a garantizar el efectivo disfrute de los derechos que las normas de distintos ámbitos reconocen a las personas menores de edad afectadas por patologías mentales.

7.1. Incrementar la lucha contra el estigma de la enfermedad mental a través del conocimiento.

El término “estigma” hace referencia a un conjunto de actitudes, habitualmente negativas, que un grupo social mantiene con otros grupos minoritarios en virtud de que estos presentan algún tipo de rasgo diferencial o “marca” que permite identificarlos. Muchos son los colectivos que sufren esta lacra pero, sin duda, uno de los más afectados en la actualidad lo constituyen las **personas afectadas por enfermedades mentales que, desde hace mucho tiempo, son víctimas de la ignorancia, los prejuicios, la falta de reconocimiento de derechos y, por tanto, de la insolidaridad.**

El estigma de padecer una enfermedad psíquica aumenta el sufrimiento personal, el familiar y también la exclusión social. Puede incluso hacer que la persona afectada, -en el caso de niños y niñas sus padres o representantes legales-, no busque la ayuda que precisa para su sanación por miedo a ser “etiquetada” y todo lo que ello conlleva de incomprensión y exclusión social.

Ciertamente las personas que padecen una patología mental sufren, además de los efectos de su enfermedad, las consecuencias del desconocimiento y los prejuicios sociales que dificultan enormemente

su integración e incluso su curación o mejoría. Este rechazo social hacia la persona, hacia su enfermedad, e incluso a su entorno familiar, levanta nuevas barreras adicionales que aumentan el riesgo de aislamiento y marginación, especialmente en etapas de la persona como es la infancia y adolescencia en las que se está en pleno proceso de formación de la personalidad.

De este modo, quienes padecen patologías mentales se enfrentan a dos tipos de problemas: por un lado, aquellos derivados directamente de su enfermedad o trastorno, que suelen ser, pese a su gravedad, episódicos o intermitentes, susceptibles de intervenciones de distinta índole; y, por otro, los relacionados con el estigma, que, lamentablemente, son más permanentes, constantes, y causan rechazo social.

Así las cosas, **la persona enferma mental, especialmente cuando es menor de edad, se enfrenta a una disminución de las oportunidades** para disfrutar de una vida normalizada, de una vida plena con sus iguales y, a su vez, ve exponencialmente incrementada las probabilidades de sufrir aislamiento social.

Y la base de este rechazo está principalmente en el desconocimiento y desinformación sobre la enfermedad mental. No es de extrañar, por tanto, que diversos organismos e instituciones internacionales vengán demandando un cambio en las actitudes de la ciudadanía en general, de los interlocutores sociales, de las autoridades públicas y de los gobiernos. Es el caso de la Unión Europea que no ha dudado en reclamar una mejor concienciación con respecto a las enfermedades mentales y su posible tratamiento, así como el fomento de la integración de las personas afectadas en la vida laboral, para que estas puedan generar una mayor aceptación y comprensión en el seno de la sociedad.

Así las cosas, **la persona enferma mental, especialmente cuando es menor de edad, se enfrenta a una disminución de las oportunidades** para disfrutar de una vida normalizada, de una vida plena con sus iguales y, a su vez, ve exponencialmente incrementada las probabilidades de sufrir aislamiento social.

Por lo que respecta a Andalucía, el II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMA), consciente de esta realidad, fijó como uno de sus objetivos generales reducir el estigma y evitar la discriminación que pesa sobre la enfermedad mental y las personas que la padecen, incrementar el grado de conocimiento que tiene la población general y los colectivos afectados y profesionales sobre la enfermedad mental, sobre sus factores protectores y sus consecuencias y luchar contra los mitos y las creencias erróneas comúnmente aceptadas, garantizar un estilo de comunicación preciso, integrador, respetuoso, no discriminatorio e igualitario en todas las acciones de comunicación y potenciar la comunicación interna entre profesionales de la red de atención a la salud mental.

A pesar de las bondades de dichas propuestas, lo cierto es que el resultado práctico no fue el esperado; por ello, el III Plan de Salud Mental en Andalucía 2016-2020, en su Tercera línea estratégica, se centra en la promoción de la igualdad, el respeto a los derechos de las personas con problemas de salud mental y la participación efectiva de la ciudadanía y sus organizaciones en el cuidado de su salud mental.

En dicho instrumento de planificación se abordan acciones orientadas a combatir la discriminación social que sufren las personas con enfermedad mental en los diferentes contextos de vida; al fomento de su empoderamiento y recuperación, haciendo efectivo el derecho a expresar su opinión, a que esta sea tenida en consideración y a participar activamente en todo lo que afecte a su salud; a fortalecer la red de asociaciones de apoyo mutuo de personas usuarias y familiares; a garantizar una práctica profesional que respete los derechos humanos y que incluya el enfoque de género.

Estos meritorios objetivos, sin embargo, no parecen que haya desplegado todavía todos los efectos deseados. Y así, **continuamos percibiendo un alto grado de estigmatización en los niños, niñas, adolescentes y jóvenes con patologías mentales que dificulta gravemente su integración.**

En esta situación nos encontrábamos hasta que llegó la pandemia. Una enfermedad que junto con los daños físicos provocados así

como los fallecimientos de miles de personas, está ocasionando también serios problemas en el bienestar emocional y psíquico de la ciudadanía. Aunque aún no éramos del todo conscientes, sobre todo al principio de la pandemia, comenzaba en marzo de 2020 una de las etapas más duras para las personas en la historia reciente, no solo de España, sino de la humanidad, con todo el mundo, literalmente, encerrado en casa.

La fractura económica y social que ha provocado la COVID-19 ha contribuido asimismo a crear problemas de salud mental en algunos ciudadanos o, en su caso, a agravar las patologías previas existentes. De este modo, **se están comenzando a desarrollar algunas iniciativas desde distintos sectores con el propósito de visibilizar cómo ha afectado la pandemia a la salud mental** de las españolas y los españoles, y además, para reivindicar ayudas y acciones tendentes a la mejora de la salud mental y, con ello, a la reconstrucción social y económica.

Al hilo de lo señalado, **podríamos pensar que nos encontramos en el comienzo de un cambio respecto del tratamiento y conocimiento de la salud mental que puede ayudar en la ardua labor de romper el estigma**, la insolidaridad y el aislamiento que llevan padeciendo las personas afectadas por patologías psíquicas durante muchos tiempo, demasiado.

Hemos de aprovechar, por tanto, esta inercia y continuar trabajando activamente para la eliminación o, al menos, la reducción del estigma que pesa sobre la enfermedad mental y que tanto daño e incomprensión causa a quienes la padecen, de manera especial en niños y niñas para quienes dichos nefastos efectos les pueden acompañar el resto de sus vidas, limitando sus posibilidades de recuperación o, al menos, de llevar una vida lo más normalizada posible.

Ciertamente uno de los escasos aspectos positivos que ha traído la pandemia es que se haya comenzado a otorgar mayor visibilidad a los problemas de salud mental. Y si bien es cierto que esta predisposición se

ha plasmado principalmente en la ciudadanía, en nuestro criterio, todavía no ha llegado a tener el protagonismo necesario en las agendas políticas acorde con la entidad del problema. **Es necesario, por tanto, agilizar el debate político en todos los niveles (europeo, nacional y autonómico) sobre la salud mental de la población afectada por este problema, especialmente en la infancia y adolescencia.**

Pues bien, en esta ardua labor los poderes públicos adquieren un destacado protagonismo. Una labor que deberá desarrollarse, como bien apunta el III PISMA, incrementando el grado de conocimiento de la enfermedad mental.

Así las cosas, creemos que cualquiera que sea el instrumento, mecanismo o técnica que se utilice para transmitir el conocimiento al que aludimos, no nos cabe la menor duda de que **dichas acciones han de desarrollarse con la certeza de que no sólo llega a sus destinatarios sino que los mensajes son entendidos y provocan los efectos pretendidos.** Los destinatarios han de ser la población general, el movimiento asociativo pero también los profesionales que atienden desde distintos ámbitos a las personas menores de edad.

En consecuencia, **se necesita que los poderes públicos inicien un proceso estructurado de sensibilización y educación de los distintos colectivos para promover el conocimiento sobre los trastornos mentales, favorecer la rehabilitación psicosocial en comunidad y la inclusión social del niño con patología mental.**

7.2. Un sistema de información de datos que permita conocer la realidad y magnitud del problema.

Una de las principales dificultades que atañen a la enfermedad mental infanto juvenil es la escasez de datos relativos a la incidencia real del problema. Se trata de una deficiencia importante porque sin una información más detallada y rigurosa sobre el número de menores afectados, los tipos de patologías -algunas incluso de carácter dual- más

allá de los datos contenidos habitualmente por “Citaweb” y “Diraya²” no se podrá planificar adecuadamente.

Necesitamos contar con una recopilación que sea ordenada y esté suficientemente sistematizada de la información como requisito indispensable para realizar un estudio epidemiológico de la enfermedad mental en la infancia y adolescencia, conocer su incidencia real, analizar su evolución en el tiempo y, por supuesto, poder evaluar la eficacia de las medidas que se han ido adoptando para ayudar a las personas afectadas. Sin embargo, la realidad es que, en la actualidad, carecemos de esos necesarios y rigurosos datos epidemiológicos señalados. Dicha carencia deviene por ser incompletos, no estar desagregados y ser de escasa utilidad para valorar la incidencia, la prevalencia y el impacto de los trastornos mentales en la población infantil y juvenil.

A las deficiencias descritas en materia de datos contribuye, sin duda, el estigma que pesa sobre el enfermo mental, como hemos señalado, a la par que representa un destacado obstáculo para conseguir el propósito de contar el sistema de información al que debemos aspirar. Ciertamente el rechazo social que provocan los problemas de salud mental en la sociedad conlleva que muchas familias silencien el problema o no busquen la ayuda necesaria que precisan sus hijos para atender a las patologías mentales, por lo que, como señalamos, los datos epidemiológicos sobre la enfermedad en menores y adolescentes son incompletos, con las consecuencias que de ello se derivan.

Sin embargo **la existencia de información precisa, relevante y útil de cara a poder hacer un seguimiento de la salud mental de la población en general y, en especial, de la infantil y juvenil se hace cada vez**

- 1 Servicio Andaluz de Salud. Pensado como una oficina virtual, proporciona a las personas con cobertura sanitaria pública en Andalucía información personal y la posibilidad de hacer gestiones en línea en su relación con la asistencia sanitaria. Para ello utiliza tecnologías que garantizan la seguridad en la transmisión de la información y la identidad de quien accede.
- 2 Servicio Andaluz de Salud. Diraya es el sistema que se utiliza en el Servicio Andaluz de Salud como soporte de la historia clínica electrónica. Integra toda la información de salud de cada una de las personas atendidas en los centros sanitarios, para que esté disponible en el lugar y momento en que sea necesario para atenderle, y sirve también para la gestión del sistema sanitario.

más necesaria. De forma paralela, esta información sistematizada puede contribuir, además, a eliminar los estigmas ligados a las propias patologías mentales.

La propia Unión Europea, consciente de esta necesidad, ha iniciado un conjunto de proyectos encaminados a reunir información relevante sobre esta área. Así, desde 1999, ha emprendido estudios sobre salud mental e inclusión social, determinantes de la salud mental, violencia y salud mental de los niños, estrategias de prevención del suicidio, relación entre jóvenes y alcohol, estrés y depresión en Europa, salud mental y estigma, y salud mental de niños y adolescentes.

Estas loables iniciativas se han vuelto ahora más necesarias si cabe, teniendo en cuenta **el ritmo de crecimiento de nuevos problemas de salud** que, en determinadas circunstancias, están teniendo un impacto social impresionante, como en el caso de los trastornos alimentarios, o la violencia y acoso escolar. A lo que habría que añadir **los problemas surgidos o agravados tras la pandemia**, ya aludidos.

La experiencia acumulada a lo largo de estos años ha demostrado que la recopilación de los datos epidemiológicos sobre la salud mental no es una tarea fácil. Y no lo es porque los sistemas de información han de tener en cuenta muchos aspectos que van desde la necesidad de lograr el apoyo de los implicados (profesionales de la salud, afectados, administraciones públicas, asociaciones, ONGs, etc.), hasta una revisión sistemática de los indicadores existentes, pasando por un diseño técnico impecable, que supone, a su vez, una clarificación adecuada de los conceptos relevantes dentro del ámbito de la salud mental³.

En este contexto, y por las razones señaladas, esta Defensoría debe **demandar del sistema sanitario público andaluz un nuevo impulso para realizar las adaptaciones necesarias en el actual sistema de información respecto de la salud mental de la infancia y adolescencia que permita analizar y prevenir los problemas emergentes, que sea**

³ http://www.injuve.es/sites/default/files/salud_mental_de_la_juventud.pdf

capaz de evaluar los datos, y con ello, la suficiencia de recursos en el sistema de atención a la salud mental, sus oportunidades de mejora y el reparto equitativo de los mismos en el territorio andaluz.

7.3. Incrementar las medidas de prevención y detección precoz de la enfermedad mental en las personas menores de edad.

Nuestra sociedad se ha visto sometida en los últimos tiempos a importantes transformaciones, fruto de diversos factores, que de una manera clara han venido a incidir en la atención médica a niños, niñas y adolescentes. En este sentido, la disminución de la natalidad, los grandes avances en medicina preventiva o los cambios de hábitos de vida de adultos y niños, entre otras, son circunstancias que exigen una demanda sanitaria sobre aspectos que hasta entonces parecían escapar del campo de la medicina.

Ante esta nueva realidad, **la atención médica a la población menor de edad por el facultativo no solo debe contemplar la vertiente asistencial enfocada a combatir las enfermedades o facilitar un adecuado crecimiento o nutrición, sino que ha de ser mucho más amplia, de modo que la labor preventiva, de promoción de la salud y la atención social adquieran un papel protagonista.**

Ello determina que profesionales de la medicina se encuentran en la tesitura de tener que conocer determinados aspectos del entorno social del menor para poder realizar con rigor una importante labor para prevenir los problemas de salud mental o de adicciones, trastornos alimentarios o problemas ligados a la sexualidad, de manera singular durante la adolescencia.

Siendo ello así, **las actuaciones en el ámbito de la salud mental infanto-juvenil no pueden quedar limitadas a las tareas asistenciales propiamente dichas una vez que el problema o el trastorno mental ha comenzado a manifestarse, sino que es preciso conseguir un desarrollo**

equilibrado de la función preventiva en la que se incluyan todas las áreas que configuran la vida del niño, niña o adolescente. Nos referimos a la promoción de la salud mental de la madre en el período prenatal y de un vínculo adecuado después del nacimiento, a potenciar los factores protectores, a conocer las señales de alarma de la patología psiquiátrica de cada etapa, a reducir conductas de riesgo, o a la superación de situaciones de desventaja social y económica, entre otras muchas.

Y esta acción de prevención debe incluir también la depresión infantil. Ciertamente es necesario avanzar en la promoción de las actuaciones preventivas para la detección precoz de la depresión infantil, **especialmente en el ámbito de la atención primaria.** Si bien es cierto que las causas de la depresión son múltiples y se pueden combinar de forma distinta en cada caso clínico (factores genéticos, biológicos y ambientales), existen determinados colectivos que por sus especiales circunstancias de vulnerabilidad les hacen más propicios a padecer estas patologías, como acontece con los niños y niñas que carecen de refuerzos positivos, aquellos que han sido víctimas de abuso o maltrato, o quienes padecen trastornos de conducta, entre otros. A ellos y ellas los profesionales sanitarios habrán de prestar una especial atención para prevenir este tipo de patología.

Esta ingente y necesaria labor preventiva frente a las enfermedades mentales de la infancia y adolescencia no puede quedar circunscrita exclusivamente al ámbito sanitario. **La escuela adquiere un destacado protagonismo en materia de prevención.** Y ello porque los centros escolares son entornos apropiados para una educación sana que promueva una salud mental positiva y minimice los riesgos de actitudes y comportamientos insanos que pueden propiciar la aparición de patologías mentales o agravar sus consecuencias. Expertos en la materia apuntan a que dichas actuaciones preventivas se integren de forma transversal en el currículo y se dirijan a toda la comunidad escolar, ya que las intervenciones que implican a las familias, el alumnado y profesorado resultan más eficaces.

Acorde con este planteamiento, desde hace años se viene reivindicando una educación que apueste por los valores, que trabaje la diversidad y la inclusión y que tenga en cuenta los retos de una sociedad que cambia a una

velocidad de vértigo, para que se consiga una salud mental más positiva de las generaciones futuras.

En el ámbito preventivo de las enfermedades mentales de la infancia y adolescencia se ha de poner el acento necesariamente en las familias. El éxito de cualquier medida preventiva que se establezca se hará depender de la participación en su planificación, programación o ejecución de las familias ya que constituyen un soporte básico para las personas menores con problemas de salud mental.

En este sentido, promover la autoestima, asertividad, resiliencia, tolerancia a la frustración, autoconocimiento, educación afectiva, capacidad para la resolución de conflictos, estrategias de afrontamiento del estrés, hábitos de vida saludables, actividades participativas, capacidad crítica, etc. en los entornos familiares se revela como herramienta indispensable para minimizar los riesgos de actitudes y comportamientos que pueden propiciar la aparición de patologías mentales o agravar sus consecuencias.

Para desarrollar estas arduas tareas que corresponden a padres y madres para ejercer adecuadamente sus responsabilidades **se necesitan políticas de apoyo al ejercicio positivo de la parentalidad**. Por este concepto se entiende el comportamiento de los padres fundamentado en el interés superior del niño, que cuida, desarrolla sus capacidades, no es violento y ofrece reconocimiento y orientación que incluyen el establecimiento de límites que permitan el pleno desarrollo del niño. Según este concepto, el objetivo de la tarea de ser padres y madres es el de promover relaciones positivas hacia sus hijos, fundadas en el ejercicio de la responsabilidad parental, para garantizar los derechos del menor en el seno de la familia y optimizar el desarrollo potencial del menor y su bienestar.

En concordancia con el discurso mantenido, desde esta Institución **demandamos de las administraciones públicas andaluzas incrementar los programas y actuaciones de prevención y detección precoz de los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia en el ámbito sanitario y educativo así como las políticas de apoyo a la parentalidad positiva.**

7.4. La lucha contra el suicidio: una actuación específica de prevención del suicidio de la población infantil y juvenil en Andalucía.

El suicidio, como ya hemos señalado, representa un grave problema de salud pública y una tragedia que afecta a las familias, a las comunidades y a los países. Sin embargo, no es un asunto al que se le esté otorgando la relevancia que requiere. Muchas son las razones que justifican esta ausencia de protagonismo de un tema tan sumamente delicado pero, sin duda, entre aquellas, se encuentran **la ausencia de sensibilización social sobre la importancia que reviste como problema para la salud pública y, de modo singular, el tabú existente que impide tratar y hablar del asunto abiertamente.**

Hemos de partir de la base de que **la conducta suicida es compleja.** Se encuentra asociada a factores de riesgo y vías causales múltiples e interrelacionadas de tipo biológico, psicológico, socioeconómico y/o cultural. Dichos factores abarcan los niveles individuales, interpersonales, comunitarios y sociales que, además, pueden cambiar con el tiempo.

En los últimos años ha aumentado la evidencia científica disponible sobre las intervenciones eficaces para prevenir la conducta suicida o mitigar su impacto. En este contexto, la Organización Mundial de la Salud ha señalado que una de las bases de cualquier respuesta eficaz para la prevención de la conducta suicida está relacionada, por un lado, con la correcta identificación de los factores asociados a ella y, por otra, con la puesta en marcha de acciones y estrategias para la prevención del suicidio basadas en la mejor evidencia científica disponible.

En concordancia con lo señalado, esa difícil tarea de lucha contra el fenómeno debe comenzar por **aumentar la sensibilidad de la sociedad y superar los tabús para avanzar en la prevención del suicidio.** Sería necesario también **disponer de datos rigurosos** y convenientemente tratados sobre el número de suicidios y los intentos de suicidio que se producen al año. Para mejorar estos datos estadísticos algunos países

hacen constar los suicidios en los registros civiles y los intentos no consumados en los registros hospitalarios. **La coordinación entre las distintas administraciones** que trabajan con la infancia y adolescencia resulta crucial para el éxito de cualquier medida o acción de prevención de las conductas suicidas de las personas menores de edad. Y ello sin olvidar la necesaria formación sobre este fenómeno con la que han de contar todos los profesionales que trabajan para niños, niñas y adolescentes.

Las acciones señaladas son solo un ejemplo de todas aquellas que han de ponerse en práctica con el propósito de evitar los suicidios en la población. Por todo lo señalado, consideramos necesario **que Andalucía desarrolle un Plan específico para la Prevención del Suicidio en la población infanto-juvenil con entidad propia y medidas claras y consensuadas**. Una Estrategia que contenga los presupuestos y recursos para implementar las medidas necesarias para su control.

En el momento de elaboración del presente Informe conocemos de las distintas iniciativas que por parte de la administración sanitaria se están realizando para abordar el fenómeno de los suicidios en nuestra Comunidad Autónoma. Así, la Adenda 2021 al III PISMA, en su objetivo 6, establece la elaboración del Plan andaluz de prevención de suicidios. El trabajo se basa en homogenizar los planes y líneas de actuación ya existentes en las diferentes unidades de gestión clínica.

Pues bien, ahora este instrumento para combatir el suicidio en la población más joven resulta más necesario que nunca porque la pandemia ha desbordado los problemas de salud mental, en un área que históricamente viene adoleciendo de múltiples deficiencias y carencias. Por tanto, venimos a demandar un nuevo impulso en la implementación de la mencionada iniciativa, que deberá abordar de manera específica los suicidios en la población infantil, adolescente y juvenil y que permita detectar y prevenir los intentos de autolisis, disminuir el número de suicidios, mejorando al mismo tiempo la atención a los menores y jóvenes que corren o pueden correr este riesgo y también a sus familias.

Este instrumento que demandamos deberá establecer medidas y acciones para distintos ámbitos, comenzando por el sanitario. Es cierto que los profesionales de pediatría, medicina de familia, junto con el personal de enfermería, representan un grupo fundamental en la prevención de las conductas suicidas por el contacto directo con los afectados. Pero no pueden ser los únicos que han de trabajar en la lucha contra esta lacra social.

A este respecto, y acorde con la línea argumental que venimos exponiendo, en materia de prevención de actuaciones autolíticas en las personas menores de edad, los ámbitos educativo y familiar han de cobrar un destacado protagonismo. Hemos de tener presente, por un lado, que niños y niñas deben estar escolarizados obligatoriamente hasta los 16 años, permaneciendo mucho tiempo de su vida diaria en este entorno. No olvidemos que los centros escolares son imprescindibles por la incidencia que tienen en el proceso educativo como reguladores de las conductas de niños y adolescentes, y concedores de muchas situaciones de estrés y ansiedad en la población escolar, aún más en el caso del alumnado que sufre discapacidad o trastorno psiquiátrico.

En cuanto a la familia, ya hemos apuntado su imprescindible participación en los procesos de detección de las patologías de los hijos y en el tratamiento y seguimiento de la enfermedad, a través de una herramienta cuyas bondades han sido puestas de manifiesto en reiteradas ocasiones y recogida en diversos textos legales: la parentalidad positiva.

La existencia de un instrumento de planificación contra el suicidio a nivel nacional no es una cuestión pacífica. Así, desde el Gobierno de la Nación se ha descartado aplicar un plan específico a nivel nacional para atajar el actual récord de suicidios que vive la sociedad española argumentando su inclusión en una de actuación de la “Estrategia de Salud Mental”. Esta posición choca con la planteada por muchos profesionales de la psiquiatría y puesta en marcha en otros países.

Con independencia de este debate a nivel nacional, hemos de reseñar que **son muchas las comunidades autónomas que disponen de un**

instrumento de planificación en los términos que demandamos, si bien el contenido de cada uno de ellos es bastante heterogéneo. Tal es el caso de la Castilla-La Mancha⁴, Castilla y León⁵, Cataluña⁶, Comunidad Valenciana⁷, Extremadura⁸, Galicia⁹, Navarra¹⁰, País Vasco¹¹. En estos momentos, Andalucía ha de seguir el camino iniciado por otros territorios para avanzar en la prevención de las conductas suicidas, especialmente de los adolescentes y jóvenes.

7.5. Un nuevo impulso para mejorar la salud mental de la infancia y adolescencia en Andalucía.

La atención a la salud mental de la población infantil y juvenil, a pesar de los avances conseguidos en la materia, lleva constituyendo desde hace mucho tiempo una asignatura pendiente para los poderes públicos. Una carencias que han quedado más patentes todavía por los efectos que la pandemia está teniendo en la salud mental de miles de niños y niñas.

Ciertamente la COVID-19 ha puesto en evidencia con toda su crudeza la escasez -cuando no ausencia en otros casos- de recursos especializados

- 4 https://sanidad.castillalamancha.es/files/estrategias_para_la_prevenccion_del_suicidio_ok.pdf
- 5 <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/prevenccion-atencion-conducta-suicida.ficheros/1110258-PROCESO%20DE%20PREVENCION%20Y%20ATENCIÓN%20DE%20LA%20CONDUCTA%20SUICIDA.pdf>
- 6 https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1654/catsalut_instruccio_10_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 7 http://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevenci%C3%B3n+de+suicidio_WEB_CAS.pdf
- 8 https://saludextremadura.ses.es/files/cms/smex/uploaded_files/CustomContentResources/1%20PLAN%20DE%20ACCION%20PARA%20LA%20PREVENCIÓN%20Y%20ABORDAJE%20DE%20LAS%20CONDUCTAS%20SUICIDAS%20EN%20EXTREMADURA.pdf
- 9 <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Plan-de-prevenci%C3%B3n-do-suicidio-en-Galicia?idioma=es>
- 10 <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/1CoC8294-DoFD-405F-B7CC-85CAFFBDC9BB/291404/0ProtocoloPrevencionSuicidio3.pdf>
- 11 https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_prevenccion_suicidio/es_def/adjuntos/plan_prevenccion_suicidio_cast.pdf

dirigidos a la infancia y adolescencia con problemas de salud mental y a sus familiares. Los recursos destinados a salud mental en la infancia han venido siendo insuficientes y esta insuficiencia se ha hecho más patente tras la pandemia, que ha aumentado la congénita saturación que afectaba a determinados dispositivos como son las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ).

Conscientes de esta realidad, las sociedades científicas implicadas en el cuidado de la salud mental de menores llevan desde hace tiempo proponiendo aumentar los recursos de atención para atender las patologías mentales, tanto a nivel hospitalario como también en Atención Primaria y, además, ajustar el número de plazas hospitalarias y seguir desarrollando programas de hospitalización de día y domiciliaria para casos seleccionados.

En el actual contexto en el que nos encontramos, donde el número de niños, adolescentes y personas jóvenes con problemas de salud mental se encuentra en aumento y cuyas enfermedades están revistiendo cada vez más gravedad; y ante una situación de grave crisis por los efectos que la pandemia está ocasionando, esta **Defensoría no puede por menos que demandar de los poderes públicos de Andalucía que la atención a la salud mental infantil y juvenil constituya una prioridad, y que adquiera mayor protagonismo en las agendas políticas.**

La adecuada dotación de recursos y medios que proponemos contribuirá, sin duda, a frenar otro de los males endémicos que padece la atención a la salud mental infanto-juvenil: la prevalencia de los tratamientos farmacológicos frente a los asistenciales.

En este informe hemos comentado que España es uno de los principales países del mundo en consumo de medicamentos ansiolíticos y antidepresivos. Unos datos que se han incrementado exponencialmente durante la pandemia, especialmente en los momentos más duros del confinamiento. Así, la COVID-19 incrementó la prescripción y la venta de ansiolíticos y antidepresivos en la sociedad española, pero su consumo ya llevaba años creciendo: en la última década, las farmacias españolas han visto crecer un

27% la venta con receta de estos fármacos, según datos del Ministerio de Sanidad publicados en sus informes sobre Consumo de medicamentos en recetas médicas dispensadas en oficinas de farmacia con cargo al Sistema Nacional de Salud según clasificación AnatómicaTerapéutica-Química (ATC)¹².

Muchas podrían ser las razones que justificarían esta realidad. Los expertos señalan varias opciones. En primer lugar, qué duda cabe, como hemos señalado , que la pandemia ha incrementado mucho la situación de clínicas de ansiedad y depresión, situación se va a agravar con la actual inestabilidad económica. Además, el creciente consumo de algunos de estos medicamentos determina que el paciente se acostumbre a ellos.

La sociedad no puede permitirse tener a un elevado número de su población infantil y adolescente dependiente de ansiolíticos y antidepresivos, y otros fármacos para tratar sus patologías mentales cuando el tratamiento puede ser otro. La dependencia del medicamento cuando se cronifica, reduce la eficiencia, la creatividad y limita muchos ámbitos de la vida presente y, por su puesto, la vida adulta.

Por todo lo señalado, y teniendo en cuenta la experiencia de **esta Defensoría, venimos a reclamar un incremento de las plantillas de Psicología y Psiquiatría del sistema sanitario público de Andalucía que evite la saturación de los recursos**, tanto en Atención Primaria como en la Atención Especializada, de manera singular en las Unidades de Salud Mental Infanto Juvenil, que haga posible que cada menor pueda recibir la atención psicosanitaria con la frecuencia que precise.

Atendiendo a las reclamaciones que recibimos de la ciudadanía y de las múltiples organizaciones que trabajan con la infancia con problemas de salud mental y con sus familiares, a continuación anunciamos algunas de las propuestas deberían ponerse en práctica para cumplir el objetivo de avanzar y mejora a niños y adolescentes afectados por patologías mentales. Estas serían algunas de las demandas:

12 Ministerio de Sanidad. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/farmacia/ConsumoRecetasATC/ATC_2021.htm

Por otro lado, no podemos olvidar que **la familia del menor afectado por enfermedad mental es un soporte básico en su atención y, desde luego, constituye un pilar básico para el bienestar del niño.** De ahí la ineludible necesidad de que las familias obtengan un apoyo eficaz por parte de las administraciones públicas en aspectos claves como la información, formación, parentalidad positiva, orientación, respiro, apoyo psicológico, ayuda en el domicilio, y dotación de recursos residenciales cuando fuera preciso.

Con esta finalidad de apoyo a los familiares consideramos necesario **impulsar Programas de Acompañamiento Terapéutico con apoyo domiciliario** y tutoría de menores orientada a los casos con problemática familiar grave, dificultades escolares derivadas de problemas de salud mental y desajustes emocionales entre los miembros. **También favorecer la creación de programas de respiro familiar** en períodos cortos de descanso de sus progenitores.

Hemos de centrar nuestra mirada también en las asociaciones de familiares y de personas con problemas de salud mental, así como las entidades sociales sin ánimo de lucro en materia de atención a la salud mental de niños, niñas, adolescentes, jóvenes y mayores, con relación a diferentes problemáticas (autismo, Alzheimer, parálisis cerebral, enfermedad mental, drogodependencias, trastornos diversos, etc.). Y traemos a colación este colectivo porque constituye otro puntal básico en la atención y la integración de los menores de edad con problemas de salud mental y de sus familias. Una ingente labor que vienen desarrollando desde hace tiempo, en ocasiones, en clara suplencia de los poderes públicos. Por lo que estas entidades requieren un apoyo institucional ineludible.

Para concluir, hemos de referirnos a otras actuaciones necesarias para mejorar el ejercicio de los derechos de los menores con patologías mentales y que, sin embargo, no llevan aparejadas siempre inversión pública. Nos referimos **a la mejora de coordinación tanto a nivel interinstitucional como intrainstitucional de los organismos que deben atender a la salud infantil y juvenil.**

Y en este ámbito es necesario continuar fomentando la coordinación entre las distintas Administraciones (sanitaria, educativa, social y justicia) y las familias: Es necesario evitar la excesiva sectorialización de los recursos. Hay que tender a unificar el discurso, utilizando las mismas palabras para las mismas realidades o conceptos.

Y, finalmente, a nuestro juicio, **es imprescindible mejorar la coordinación y colaboración también con las asociaciones del sector**, impulsando un marco de colaboración estable con dichas organizaciones.

