

La atención a la salud mental infanto-juvenil:

INVESTIGACIÓN APLICADA PARA EL DIAGNÓSTICO Y LA FORMULACIÓN DE
PROPUESTAS DESDE LAS ENTIDADES DE LA RED SALUD MENTAL ESPAÑA



El equipo técnico que ha elaborado esta investigación quiere expresar su más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que han colaborado en la realización de este estudio mediante su participación en las diferentes técnicas de investigación implementadas.

Fecha de edición: marzo 2026

DIRECCIÓN DEL ESTUDIO

Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA

Sara Domínguez Lugo

Esperanza Rubio Peláez

Marta García Rubio

COORDINACIÓN TÉCNICA

Andaira S. Coop. Mad.

Judith Sala Morales

Mariano Chervin

Jorge Palmero Monllor

EJECUCIÓN

Mariano Chervin

Jorge Palmero Monllor

© Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA

No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por ningún medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright. Puedes escribirnos para solicitar nuestra autorización a: confederacion@consaludmental.org.

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

La Factoría de Ediciones

Índice de contenidos

Prólogo institucional	5
Agradecimientos	8
Introducción	11
Objetivos	16
1. Metodología	18
1.1. Revisión documental y bibliográfica	20
1.2. Grupo motor del estudio	20
1.3. Grupos de discusión con familias de NNAJ con problemas de salud mental	21
1.4. Grupos triangulares con NNAJ con problemas de salud mental	23
1.5. Entrevistas semiestructuradas con perfiles expertos	24
1.6. Grupo Delphi	25
1.6.1. <i>Perfiles de los y las expertas que han participado en el grupo Delphi</i>	26
1.6.2. <i>Diseño del proceso de trabajo</i>	27
1.7. Aprendizajes metodológicos del trabajo con NNAJ	30
2. Contexto y antecedentes	35
2.1. Estado de la salud mental infanto-juvenil	36
2.1.1. <i>Conceptos clave, características y epidemiología</i>	36
2.1.2. <i>Pandemia del COVID-19</i>	40
2.1.3. <i>Determinantes sociales y factores de protección y de riesgo de la salud mental.</i>	43
2.2. Marco estratégico de la atención infanto-juvenil.	46
2.3. La atención sanitaria y la coordinación sociosanitaria en el abordaje de la salud mental infanto-juvenil	49
2.4. La atención a la salud mental infanto-juvenil en el sistema educativo	51
3. Resultados	53
3.1. Diagnóstico del estado de salud mental de la población infanto-juvenil	54

3.1.1. Prevalencia y casuística de los problemas de salud mental en población infanto-juvenil	54
3.1.2. La situación de las familias en la atención a los problemas de salud mental de sus hijos e hijas	74
3.1.3. Los impactos en las dinámicas familiares más destacados por las familias participantes.	74
3.2. Servicios y recursos destinados a la atención de la salud mental infanto-juvenil	85
3.2.1. Los servicios públicos en la atención a la salud mental de la población infanto-juvenil	85
3.2.2. Las entidades pertenecientes a la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y su provisión de apoyos, recursos y servicios	121
Conclusiones	141
El rol de las desigualdades socioeconómicas y culturales en los problemas de salud mental infanto-juveniles	143
La apertura hacia la escucha, la gestión emocional y la convivencia en la escuela	143
La necesidad de acompañar y apoyar a las familias	145
El desafío de fortalecer la atención pública de la salud mental infanto-juvenil	146
Fortalezas y retos de las entidades de la red asociativa salud mental española.	148
Síntesis del estado de situación de la atención a la salud mental infanto-juvenil.	150
Propuestas	153
Bloque 1: definición de la edad de la población infanto-juvenil	155
Bloque 2: diseño de programas y apoyos	158
Bloque 3: enfoques metodológicos	168
Bloque 4: trabajo con NNAJ y familias	169
Bloque 5: comunicación	173
Bloque 6: administraciones públicas	175
Referencias bibliográficas.	181



Prólogo institucional



La salud mental infanto-juvenil está hoy en la agenda pública: es noticia, es motivo de preocupación social y es vista como una prioridad inaplazable. Los datos sobre prevalencias son alarmantes. La OMS señala que **una de cada siete personas jóvenes de entre 10 y 19 años tiene algún trastorno de salud mental**, UNICEF estima que **más del 13% de adolescentes** vive algún problema psicológico significativo, y el INE registra un **aumento notable de las conductas suicidas**, que se duplicaron en menores de 15 años durante el primer año de la pandemia.

En este contexto, esta investigación impulsada por la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA nace de una urgencia compartida y de un compromiso firme: poner el conocimiento al servicio de la transformación social, visibilizar los desafíos actuales y contribuir a diseñar políticas públicas y estrategias de intervención que respondan a las necesidades reales de la infancia, la adolescencia y la juventud. La investigación «**La atención a la salud mental infanto-juvenil: investigación aplicada para el diagnóstico y la formulación de propuestas desde las entidades de la red SALUD MENTAL ESPAÑA**», financiada a través de la convocatoria de interés general 0.7 del Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, tenía un objetivo claro: indagar y conocer en profundidad las necesidades que presenta la atención a la salud mental infanto-juvenil en España. Desde la pandemia del COVID, punto de inflexión para la visibilización de la salud mental, hemos ido conociendo datos y prevalencias que nos indican la magnitud de la problemática, pero es necesario ahondar y comprender qué está ocurriendo con la salud mental infanto-juvenil. La complejidad de los problemas actuales —marcados por la precariedad, la soledad, el uso intensivo de pantallas, el estigma, las desigualdades territoriales y la incertidumbre futura— demanda investigaciones que permitan leer la realidad «desde dentro», con profundidad, matices y contexto. Solo mediante las experiencias, los discursos y las trayectorias vitales es posible entender cómo se manifiestan estos problemas, qué barreras encuentran las familias y las niñas, niños, adolescentes y jóvenes al pedir ayuda, cómo responden los sistemas de protección y qué factores están desencadenando el incremento de casos cada vez más graves y a edades más tempranas.

En este escenario, el movimiento asociativo **SALUD MENTAL ESPAÑA** se ha consolidado como un actor insustituible y de referencia estatal. Con más de 40 años de recorrido, la red asociativa se ha convertido en un **termómetro privilegiado** de la situación. Y, precisamente, esta red asociativa ha sido el principal motor de esta investigación. Su implicación activa ha aportado una mirada cercana y especializada sobre la realidad de la salud mental infanto-juvenil, identificando necesidades emergentes, compartiendo buenas prácticas y facilitando el acceso a testimonios que sustentan este diagnóstico. Consideramos que un valor central de la investigación ha sido la implicación de los tres perfiles **que constituyen el corazón del movimiento asociativo**: las personas con experiencia propia en salud mental, las familias y los equipos profesionales.

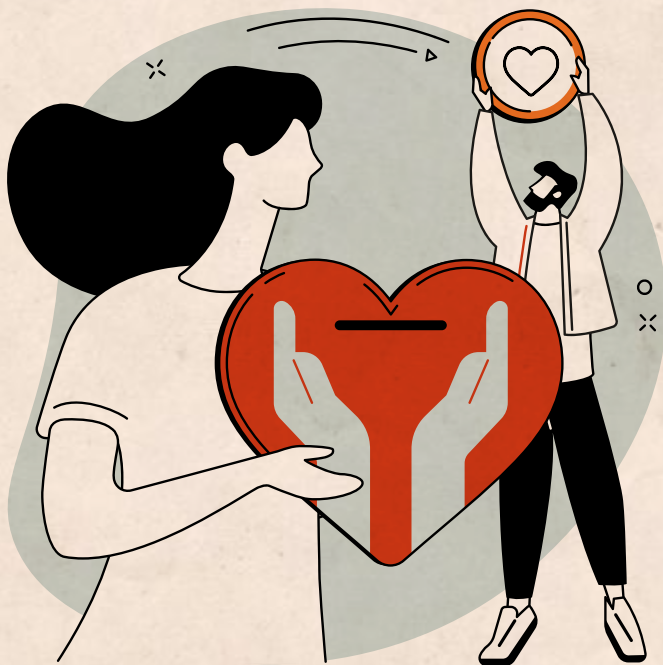
Los resultados de esta investigación confirman la complejidad y **severidad de la situación** que atraviesan muchos niños, niñas, adolescentes y jóvenes. El estudio revela contextos marcados por la precariedad económica, la vulnerabilidad social, las dificultades familiares, las experiencias de estigmatización y la soledad no deseada, factores que condicionan tanto el bienestar emocional como el acceso a apoyos adecuados. Las familias describen niveles elevados de sobrecarga y estrés, junto con una falta de información y de apoyos continuados que dificulta un acompañamiento que recaer casi exclusivamente sobre ellas. La investigación muestra un aumento de la complejidad de los casos, mayores dificultades familiares, brechas estructurales en los sistemas públicos y la necesidad urgente de **modelos de atención más cercanos, coordinados y centrados en las personas**.

Finalmente, esta investigación tiene una clara vocación transformadora, presentando propuestas concretas, operativas y basadas en la evidencia. Está realizada desde el interior del movimiento asociativo SALUD MENTAL ESPAÑA, pero trasciende sus fronteras. Las entidades forman parte de un ecosistema complejo de relaciones con los servicios públicos, los sistemas educativo y social, las comunidades locales, las administraciones autonómicas y estatales, así como con otras organizaciones del Tercer sector. Por ello, aunque el estudio se nutre de la experiencia directa del movimiento, **refleja una realidad mucho más amplia** y aspira a ser la punta de lanza para impulsar mejoras que beneficien al conjunto de la infancia y juventud en España.

El despertar de la mente es un fenómeno natural, y nos corresponde a nosotros y nosotras, la sociedad, crear unas condiciones materiales y afectivas justas, para que la salud mental se desarrolle en un entorno de bienestar. (Manifiesto elaborado por el Comité Pro Salud Mental en Primera Persona y la Red Estatal de Mujeres, con motivo del Día Mundial de la Salud Mental de 2022).



Agradecimientos



Esta investigación ha sido posible gracias a la implicación, experiencia y conocimiento aportado por los diferentes perfiles que componen el movimiento asociativo SALUD MENTAL ESPAÑA.


La metodología aplicada, eminentemente cualitativa, y basada en la triangulación de varias técnicas de investigación social, requería de la **participación activa, las reflexiones y el compromiso** de todas las personas implicadas, así como de la generosidad para compartir experiencias, perspectivas y vivencias en profundidad.

También queremos reconocer el apoyo y la colaboración de las federaciones autonómicas, asociaciones uniprovinciales, entidades y equipos técnicos que facilitaron los contactos, la organización de los encuentros y el acceso a los distintos territorios. Su trabajo ha sido determinante para garantizar la diversidad de miradas y la representatividad del conjunto del movimiento.

En la investigación se han llevado a cabo grupos de discusión con familiares de niñas, niños, adolescentes y jóvenes con problemas de salud mental, así como grupos triangulares con personas jóvenes y con niñas, niños y adolescentes. **Queremos agradecerles expresamente su testimonio, su tiempo y el esfuerzo que supone vencer las barreras del estigma** para compartir experiencias muchas veces sensibles y emocionalmente exigentes.

Asimismo, reconocemos la **generosidad con la que han expresado sus experiencias**, su implicación permite avanzar hacia un conocimiento más inclusivo y respetuoso con quienes viven en primera persona los retos vinculados a la salud mental.

Por ello, expresamos nuestro agradecimiento a:

- 
- * Las familias de niñas, niños, adolescentes y jóvenes con problemas de salud mental de las entidades Salud Mental Aranda (Burgos), Afempes (Valencia), Agifes (Donostia), Associació SuficientMent (Barcelona), y AFESMO (Región de Murcia), por su participación en los grupos de discusión.
 - * Las y los jóvenes de las entidades APEM (A Coruña), ASAENES (Sevilla) y Feafes Mérida Salud Mental (Mérida), y las niñas y niños de la entidad Salud Mental Aranda (Burgos), por su participación en los grupos triangulares.
 - * De igual manera, expresamos nuestro agradecimiento al **equipo investigador, al equipo motor y a todas las personas que han colaborado** en el diseño metodológico, el desarrollo del trabajo de campo y la interpretación colectiva de los resultados. Su compromiso ético y profesional ha contribuido a que el proceso se desarrollara con rigor, sensibilidad y respeto hacia todas las personas implicadas.



Introducción



Durante los últimos años, tanto en España como en distintos puntos del planeta, la salud mental infanto-juvenil ha adquirido una notable importancia en las agendas de discusión pública. Especialmente a partir de los efectos provocados por la pandemia del COVID-19, diversas instituciones públicas, organismos internacionales y entidades del tercer sector han invertido recursos y elaborado estrategias para afrontar esta problemática. Estos esfuerzos son sumamente relevantes, pero aún se advierte la persistencia de elementos que limitan sus alcances, tales como los extendidos prejuicios y tabúes sociales en torno a los problemas de salud mental, las restricciones presupuestarias y de recursos para su atención específica, y las escasas estrategias de tipo integrales que contemplen su complejidad y multicausalidad.

En ese marco, la **Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA** es un actor clave a la hora de movilizar recursos, servicios y programas que puedan brindar una atención especializada a este sector de la población. Con más de 40 años de existencia, ofrece una amplia red territorial compuesta por 18 federaciones autonómicas y asociaciones uniprovinciales en las que se integran más de 360 asociaciones. La trayectoria y el vasto alcance de este movimiento asociativo lo transforma en una pieza fundamental en el entramado de atención que precisan niños, niñas, adolescentes y jóvenes (de ahora en adelante, NNAJ).

Con el objetivo de garantizar los **derechos de las infancias y juventudes**, la Confederación ha impulsado la realización de un **estudio cualitativo** que sirva de diagnóstico de la situación actual de la atención a NNAJ que presentan problemas de salud mental. El presente informe realizado por la consultora social **Andaira S. Coop. Mad.** recoge los principales resultados de dicha investigación, a través de los cuales se analizan las problemáticas más relevantes que aquejan a NNAJ, así como las principales fortalezas y debilidades que presentan los servicios, recursos y apoyos de diferentes tipologías y titularidades, poniendo especial atención en aquellos que son provistos desde la red asociativa SALUD MENTAL ESPAÑA. A partir de este diagnóstico, se ha elaborado una serie de recomendaciones y propuestas orientadas a fortalecer la asistencia a los problemas de salud mental infanto-juveniles, que ayuden a los equipos técnicos y a las entidades a profundizar sus actuaciones e intervenciones en sus territorios de pertenencia.

Para la consecución de estos objetivos, el estudio ha recogido una multiplicidad de voces de personas con variados perfiles y provenientes de distintos territorios. En este sentido, se han elaborado **entrevistas semiestructuradas** a profesionales expertas de diferentes ámbitos vinculados a la atención a la salud mental infanto-juvenil; **grupos de discusión** con padres y madres de NNAJ con problemas de salud mental; **grupos triangulares** con niños, niñas y jóvenes usuarias de los servicios que presta la red asociativa SALUD MENTAL ESPAÑA; un **grupo Delphi** con representantes profesionales de distintas entidades del movimiento asociativo; y un **Grupo Motor** con personas expertas y personas con experiencia propia en salud mental. La combinatoria de estas técnicas de investigación ha contribuido a la composición de este informe en el que se recogen distintos puntos de vista y experiencias en torno a los problemas de salud mental infanto-juveniles.

El presente informe se organiza en **siete secciones**. Una vez realizada la presente **introducción**, se delimitan los **objetivos** generales y específicos de la investigación. A continuación, se describe la **estrategia metodológica** presentando las distintas técnicas diseñadas en función de los objetivos propuestos. En ese mismo capítulo, se dedica un apartado que recoge las principales enseñanzas del trabajo de investigación con NNAJ con problemas de salud mental.

El cuarto capítulo ofrece una sucinta reconstrucción del **contexto** en el que se enmarca la investigación, recuperando las principales problemáticas, discusiones, aportaciones teóricas e iniciativas políticas que incumben a los problemas de salud mental infanto-juveniles contemporáneos.

El quinto capítulo es el más extenso dado que allí se exponen los principales **resultados de la investigación**. Esta sección se divide en dos grandes bloques: uno orientado a la elaboración de un diagnóstico de la situación de NNAJ y las familias que participan del movimiento asociativo de la red asociativa SALUD MENTAL ESPAÑA, y otro que recupera sus experiencias y valoraciones sobre la utilización de los servicios públicos (sanitarios, educativos, sociales y sociosanitarios) y las entidades especializadas en la salud mental infanto-juvenil que componen la red.

En cuanto al primer bloque de resultados, se destaca que los perfiles de NNAJ que integran el movimiento asociativo y que participaron en el estudio han enfrentado una infancia y adolescencia marcadas por contextos de **precariedad**, historias de familias **vulnerabilizadas**, situaciones de exclusión social y económica, experiencias migratorias, desatención, estigmatización, *bullying*, y adicciones que median con y sin sustancia, entre otras cuestiones. En este marco, se destacan hallazgos como la identificación de un fuerte sentimiento de incomprensión, la experiencia y los impactos de la soledad no deseada, y los efectos emocionales producidos por la estigmatización que sufren.

Por su parte, las familias de NNAJ con problemas de salud mental que participaron en el estudio se revelaron como un pilar fundamental en los **procesos de atención y acompañamiento**, aunque también se advierte una alta sobrecarga derivada de las tareas de cuidados y una fuerte escasez de apoyos, especialmente desde el ámbito público. Los impactos que sufren las familias son de distinto tipo, tales como altos niveles de estrés, incertidumbre y desorientación, la ruptura de vínculos con amistades y familiares, y una condena y responsabilización social provocada por la reproducción de prejuicios y estigmas.

En el segundo bloque de resultados, se ha indagado en el estado de la atención, objetivo principal del presente informe. En cuanto a los servicios públicos, los diferentes agentes destacan **la insuficiencia estructural** del sistema de atención a la salud mental infanto-juvenil. Se identifican importantes limitaciones relacionadas con la escasez de recursos humanos y materiales, las largas listas de espera, la rigidez de los modelos de intervención, la falta de continuidad asistencial y las dificultades para llevar adelante una atención personalizada. Además, existe una gran fragmentación entre los sistemas sanitario, educativo y social, lo que genera dificultades de acceso, seguimiento y derivación, especialmente para los casos complejos. A pesar de ello, los servicios públicos siguen siendo reconocidos como fundamentales en los procesos de atención, por lo que se afirma la necesidad urgente de emprender transformaciones en los modelos que permitan atender a las necesidades de NNAJ.

Con respecto a las entidades de la red asociativa SALUD MENTAL ESPAÑA, han sido valoradas en tanto proveedoras de apoyos, recursos y servicios específicos dirigidos a las infancias y juventudes, así como por su incidencia pública en la mejora de su atención. En general, los diferentes agentes que participaron en la investigación reconocieron la capacidad de las entidades de ofrecer acompañamientos personalizados, flexibles y sostenidos en el tiempo. En este sentido, las entidades eran concebidas como espacios seguros donde NNAJ pueden expresar sus sentires y problemáticas, y recibir atenciones de tipo individualizadas.

Sin embargo, también se identifican una serie de **desafíos** para la mejora y consolidación de apoyos como, por ejemplo, la necesidad de mayor formación especializada de los equipos, el fortalecimiento de la financiación pública y la búsqueda de otras fuentes de financiación, y la construcción de canales estables de coordinación interinstitucional con servicios públicos de base, entre otros.

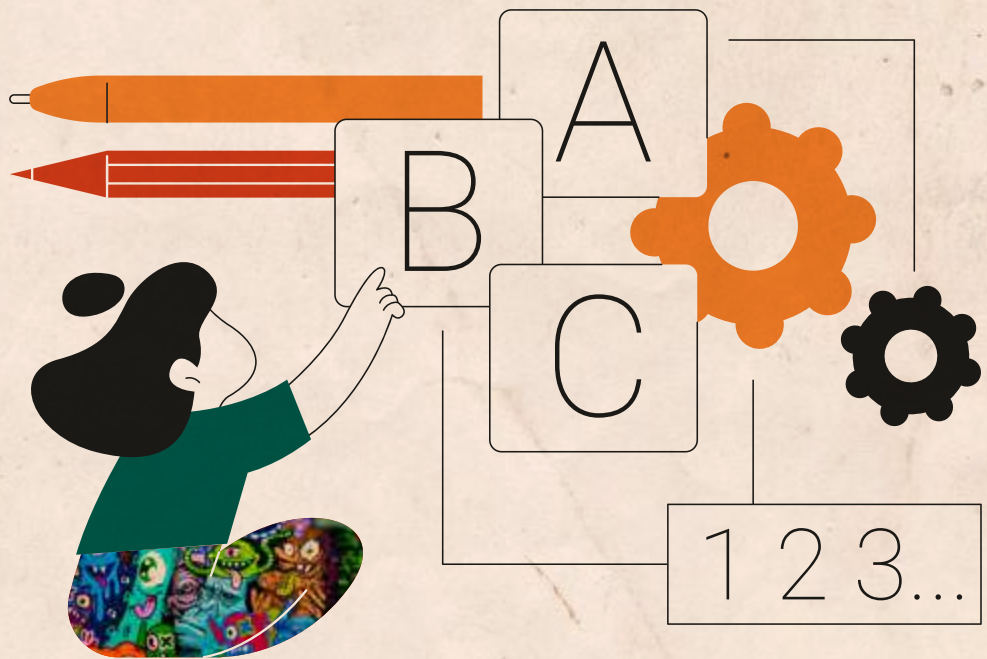
La última parte del informe se compone, en primer lugar, de una sección de **conclusiones** en las que se sintetizan los principales resultados obtenidos y, en segundo lugar, de un bloque de **propuestas** para el fortalecimiento de los servicios y recursos que ofrece

la red, que fueron co-diseñadas por personas representantes de las entidades que la componen.

En suma, este estudio ofrece un diagnóstico del estado de la atención a la salud mental infanto-juvenil recuperando los discursos de NNAJ, sus familias, personas representantes de la red de entidades y personas expertas en salud mental. De ese modo, la propuesta consistió en recabar información suficiente para proponer cambios y transformaciones que lleven a la renovación, mejora y fortalecimiento de los modelos de atención en base a un enfoque de derechos y centrado en las necesidades de las personas.



Objetivos



Objetivo general

Explorar y analizar en profundidad la situación actual de la atención a la salud mental infanto-juvenil, prestando especial atención al estado de los servicios de salud mental, las necesidades y demandas existentes, y a los recursos y medios disponibles en cada uno de los 18 territorios con implantación de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. Esta investigación pormenorizada aportará resultados y conclusiones que permitirán diseñar propuestas dirigidas a mejorar y promocionar la atención a la salud mental infanto-juvenil.

Objetivos específicos

- | | |
|-------------------|--|
| Objetivo 1 | Elaborar un diagnóstico del estado actual de la atención a la salud mental infanto-juvenil en España y mapear los servicios, recursos y programas disponibles en los territorios con implantación de la red asociativa SALUD MENTAL ESPAÑA. |
| Objetivo 2 | Analizar la colaboración existente entre las entidades de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y los servicios públicos e identificar los obstáculos que la dificultan. |
| Objetivo 3 | Indagar en la prevalencia, evolución y características de las dolencias y patologías de salud mental de la infancia y la juventud. |
| Objetivo 4 | Explorar las principales barreras y dificultades en el acceso y mantenimiento de los recursos destinados a la atención a la salud mental que encuentran las infancias y juventudes, así como sus familias, atendiendo a un enfoque de derechos y comunitario. |
| Objetivo 5 | Promocionar el intercambio de información y buenas prácticas entre las personas profesionales que integran la red asociativa SALUD MENTAL ESPAÑA, así como con profesionales de las áreas más cercanas a la infancia y la juventud (educación, sanidad y servicios sociales). |
| Objetivo 6 | Diseñar propuestas de mejora para la prevención, promoción y atención en salud mental infanto-juvenil garantizando el cumplimiento de los derechos de la infancia y la juventud desde un enfoque de género y comunitario. |



1. Metodología



Las problemáticas sociales resultan especialmente complejas de aprehender, dada su naturaleza multicausal y cambiante. Para cumplir con los objetivos planteados en el presente estudio, la **investigación cualitativa** resulta especialmente adecuada en tanto permite identificar y analizar en profundidad las percepciones de los sujetos y reconstruir sus contextos de actuación.

A partir de la adopción de este enfoque, se han combinado diversas técnicas que permitieron la triangulación metodológica. De manera secuencial y, en un primer lugar, se ha confeccionado un **análisis documental y bibliográfico** basado en literatura científica y estudios académicos que abordan distintos aspectos vinculados a la salud mental en NNAJ. En segundo lugar, se han realizado **4 entrevistas semiestructuradas a personas expertas** en salud mental infanto-juvenil para profundizar en el estado actual de la cuestión y en particularidades relevantes para el análisis. Esta primera aproximación nos ha permitido ajustar el diseño del guion de los grupos de discusión a familias y de los grupos triangulares con NNAJ.

En tercer lugar, se ha llevado adelante un **Grupo Delphi** con personas profesionales de la red asociativa SALUD MENTAL ESPAÑA. Esta técnica ha contribuido a la elaboración de un diagnóstico del estado actual de la atención de los problemas de salud mental infanto-juveniles y la elaboración de propuestas basadas en evidencia y experiencias directas.

En paralelo al Grupo Delphi, se han llevado a cabo tanto los **grupos de discusión con familias** como **grupos triangulares con NNAJ** con experiencia de participación en las entidades del movimiento asociativo. Mediante estas técnicas se pudieron recoger testimonios de las poblaciones que viven y que conviven con los problemas de salud mental para conocer sus opiniones, percepciones, vivencias y experiencias.

En cuanto al **análisis**, en una primera fase se ha realizado un proceso de sistematización de los principales hallazgos y discursos identificados con la asistencia del *software* de análisis de datos cualitativos ATLAS.ti. En una segunda fase, se ha elaborado una triangulación de la información que queda contenida en el presente informe en forma de un análisis comprehensivo de toda la documentación y la evidencia producida.

Tanto en el diseño de la investigación como en el análisis de los datos producidos se ha incorporado la **perspectiva de género y la mirada interseccional**, lo que implicó partir de un marco integral que tuvo en cuenta la dimensión estructural, política, económica, social, biológica, psicológica y biográfica de mujeres y hombres, así como las relaciones de poder que las atraviesan. También se ha trabajado en base al marco y **enfoque de derechos humanos** y de perspectiva **centrada en las personas**, reconociendo a los y las participantes del estudio como expertos y expertas de sus vivencias.

1.1. Revisión documental y bibliográfica

Se ha procedido a la búsqueda y análisis de documentos, estudios e informes relevantes relacionados con la salud mental en población general, en población infanto-juvenil y en las familias de la población infanto-juvenil. Se han revisado fuentes como investigaciones académicas, informes de organizaciones e instituciones internacionales y nacionales y legislación pertinente. La revisión documental ha proporcionado una base teórica y conceptual sólida para el estudio, así como una base contextual que ha permitido situar los resultados obtenidos.

En el apartado de Bibliografía, se detalla el material empleado para el marco teórico, así como las referencias utilizadas en el diseño metodológico y el análisis de los resultados.

1.2. Grupo motor del estudio

Para la elaboración del presente estudio se ha contado con un Grupo Motor conformado por personas jóvenes con problemas de salud mental, personas con problemas de salud mental y personas expertas en salud mental infanto-juvenil que han dado su apoyo en diversos momentos del diseño y ejecución del informe.

Los momentos de intervención y asesoramiento del grupo motor se han centrado en:

- Un primer momento de aproximación al objeto de estudio y al diseño metodológico de la investigación, realizando aportaciones en materia de experiencias vitales compartidas al respecto de la salud mental infanto-juvenil que permitieron un aterrizaje basado en el conocimiento y una adecuación de las técnicas a los perfiles de la investigación.

- Un momento de validación de los datos producidos mediante las técnicas cualitativas de investigación y de revisión de los primeros hallazgos recabados y analizados.
- Una reunión final para presentar los resultados del estudio a las personas del Grupo Motor con el objetivo de validar los resultados encontrados, contrastarlos con sus experiencias personales y dimensionar las ventanas de oportunidad que surgen de los hallazgos para la profundización del conocimiento en materia de salud mental en infancia y juventud.

En conjunto, la participación de los y las integrantes del Grupo Motor ha permitido delimitar y acotar desde el primer momento el objeto de estudio, así como perfilar las técnicas de recogida de la información para conseguir la mayor información en base a criterios de calidad y respeto a las personas participantes. Además, su participación en los procesos de validación de los datos ha sido valiosa en términos de reflexión conjunta de los hallazgos y en la incorporación de ideas novedosas en el análisis.

1.3. Grupos de discusión con familias de NNAJ con problemas de salud mental

Se han realizado dos grupos de discusión *online* con familiares, especialmente madres, de NNAJ con problemas de salud mental. El grupo de discusión es una técnica de investigación cualitativa que consiste en la reunión de un conjunto de personas en un mismo espacio (presencial o virtual), en el que se promueve una conversación libre y abierta entre las personas participantes sobre un tema escogido por el equipo investigador. Krueger sintetiza su definición de la siguiente forma:

“

El grupo de discusión es una técnica cualitativa de investigación que puede ser definida como una conversación cuidadosamente planeada, diseñada para obtener información de un área definida de interés, en un ambiente permisivo, no directivo. Se lleva a cabo con aproximadamente siete a diez personas, guiadas por un moderador experto. La discusión es relajada, confortable y a menudo satisfactoria para los participantes ya que exponen sus ideas y comentarios en común. Los miembros del grupo se influyen mutuamente, puesto que responden a las ideas y comentarios que surgen en la discusión.¹

”

1. Krueger, R. A. (1991): *El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada*. Madrid, Pirámide. P. 24

En la presente investigación, la elaboración de estos grupos nos ha permitido captar, de primera mano, cuáles son las vivencias y experiencias de las familias de NNAJ con problemas de salud mental, destacando los impactos en las interacciones familiares, los procesos de escolarización, la vida social, los apoyos comunitarios y el vínculo con los servicios de salud. A su vez, las familias han podido discutir distintos aspectos vinculados al estado actual de los servicios y las políticas y programas orientados a la atención de la salud mental infanto-juvenil.

Para el desarrollo de este grupo, se ha elaborado un guion abierto compuesto por material audiovisual y recortes de prensa utilizados para la dinamización y la promoción de la conversación. Estos materiales han sido útiles en la medida que dispararon opiniones de todo tipo, provocaron reflexiones y sentimientos, favoreciendo el diálogo y el intercambio entre participantes. A modo de ejemplo, la siguiente ilustración recoge dos de los titulares utilizados en el grupo:

Ilustración 1. Titulares utilizados en los grupos de discusión (elaboración propia a partir de periódicos digitales)



1.4. Grupos triangulares con NNAJ con problemas de salud mental

Además de los grupos de discusión con familiares, también se han llevado a cabo grupos triangulares con NNAJ con problemas de salud mental. Por un lado, se ha desarrollado un grupo triangular con jóvenes y adolescentes con problemas de salud mental en un formato online y, por otro, se ha desarrollado un grupo triangular con niños y niñas en formato presencial.

El grupo triangular es una técnica de investigación cualitativa que consiste en reunir a tres personas participantes para dialogar en torno a un tema previamente definido. Esta configuración metodológica se sitúa a medio camino entre la entrevista individual y el grupo de discusión. A diferencia de los grupos de discusión más amplios, el reducido número de participantes en un grupo triangular permite un equilibrio entre la enunciación de la realidad vivida y el estado de la conversación del grupo, lo que proporciona un análisis suficientemente rico para generar datos complejos, pero también lo bastante contenida como para garantizar una conversación fluida, sin grandes desigualdades en la participación.

En cuanto al grupo triangular con jóvenes y adolescentes, este se ha conformado con perfiles que tienen un diagnóstico clínico de salud mental y que reciben apoyos de múltiples tipos para el abordaje de sus problemas, como puede ser apoyo psicológico y psiquiátrico, acompañamientos, recursos comunitarios, centros de día, centros de atención hospitalaria y medicalización.



En cuanto al grupo triangular con niños y niñas, quienes participaron en la actividad tenían entre 8 y 12 años, provenían de familias trabajadoras, migrantes, residentes en entornos con ciertas privaciones económicas y condiciones más o menos agudas de hacinamiento en sus hogares. A diferencia del grupo de personas jóvenes y adolescentes, este grupo no se caracteriza por tener un diagnóstico clínico de problema de salud mental, pero sí por la presencia de sintomatología que, potencialmente, puede ser asociada o producir problemas de este tipo a futuro.

En ambos grupos, también se utilizaron recursos audiovisuales que sirvieron para dinamizar la conversación e introducir temáticas de interés delimitadas en función de los objetivos trazados. En el caso del grupo de niñas y niños, se les animó a compartir fotografías personales que sirvieron de insumo para conocer sus vivencias y reconstruir la situación de sus entornos de pertenencia. A su vez, se introdujeron imágenes de distintos ámbitos que solían frecuentar (distintos espacios escolares, el centro de salud mental al que asistían, sitios del municipio donde residían, entre otras) con el propósito que señalaran las emociones que cada uno de esos espacios les provocaban. El ingreso a través de dinámicas lúdicas y visuales fue sumamente fructífero a la hora de favorecer la conversación y conocer sus experiencias. En el caso de los y las jóvenes y adolescentes, se ha preferido utilizar recursos en forma de artículos periodísticos que han permitido desplegar algunos temas de conversación relevantes y que pueden encontrar reticencias en función de la experiencia vivida y la percepción personal.

1.5. Entrevistas semiestructuradas con perfiles expertos

Se han realizado cuatro entrevistas en profundidad a personas expertas en formato semiestructurado y un enfoque semi-dirigido, lo que permitió cierta flexibilidad tanto para formular y adaptar preguntas, como para responder de forma libre a las mismas. La entrevista comparte también con el grupo de discusión aspectos clave en la moderación, como son la mínima dirección (al menos en la fase inicial), a partir de una provocación que permita el desarrollo de la dinámica. Tras un tiempo de conversación, es posible ir acotando mediante preguntas más concretas la dinámica conversacional hacia aquellos aspectos que cumplan los objetivos de la investigación y de la entrevista. De esta forma, se han diseñado guiones individualizados de entrevista en función de los perfiles específicos de las personas expertas. Los perfiles seleccionados, especialistas en la realidad de la salud mental infanto-juvenil, son los siguientes:

Bárbara Mitats

Psicóloga, responsable de programas y servicios federativos, innovación e investigación de la Federació Salut Mental Catalunya.

Gisela Hansen

Dra. en Psicología Clínica y de la Salud. Profesora del departamento de Psicobiología y Psicología Clínica de la Universidad de Barcelona. Responsable de relaciones institucionales de la Asociación Dianova Internacional. Especialista en la intersección de salud mental, drogas y género. Representante de la sociedad civil en foros de Naciones Unidas y UNESCO.

Alejandra Julio Berrio

Psicóloga general sanitaria, con formación en patología dual e intervención terapéutica en infancia y adolescencia. Formadora y experta en *coaching*.

Olga Real Najarro

Presidenta de la Federación Salud Mental de la Comunidad de Madrid y de la Fundación Manantial. Docente de educación secundaria en un IES de la Comunidad de Madrid.

1.6. Grupo Delphi

Se han llevado a cabo diversas sesiones de metodología Delphi con un panel de personas expertas representantes de las diferentes entidades territoriales de la red asociativa SALUD MENTAL ESPAÑA. La técnica Delphi es un método de investigación sociológica que reduce en gran medida las limitaciones de una entrevista convencional, permitiendo que las personas participantes puedan expresarse con total libertad, disminuyendo los sesgos producidos por las personas entrevistadoras o la interacción grupal. Se trata de un método de estructuración de un proceso de comunicación grupal que es efectivo a la hora de permitir a un conjunto de individuos tratar un problema hasta llegar a un consenso en torno a soluciones duraderas. Esta técnica de investigación permite que personas que cuentan con información y criterio técnico, puedan identificar y priorizar problemas, necesidades o soluciones en temas sobre los que el grado de conocimiento es escaso. En definitiva, permite profundizar, matizar, ampliar y valorar alternativas, imaginar respuestas sinérgicas, resilientes y sostenibles.

El objetivo que se ha perseguido en la conformación de este grupo de metodología Delphi ha sido la constatación de cuál es el estado de las entidades de la red asociativa SALUD MENTAL ESPAÑA con respecto de la atención a los problemas de salud mental de la población infanto-juvenil, los retos existentes en la atención, las debilidades persistentes y las estrategias para superarlas.

El grupo Delphi, metodológicamente, se caracteriza por ser:

- **Un proceso iterativo:** las personas participantes emiten su opinión en varias ocasiones. Entre una y otra consulta tienen la oportunidad de reflexionar tanto acerca de sus propias opiniones como de las emitidas por el resto de los/as expertos/as.
- **Basado en el conocimiento:** las opiniones emitidas se basan únicamente en las ideas contenidas en la consulta, con una base fundamentada en la experiencia previa y el criterio propio, sin condicionamiento por parte del grupo o del equipo investigador.
- **De *feedback* controlado:** el grupo de investigación analiza las respuestas recibidas y produce la nueva consulta, de modo que pone el énfasis que se requiere de acuerdo con los objetivos del trabajo. Se destacan aportaciones significativas, acuerdos explícitos entre las opiniones, posturas divergentes y cualquier otra información de interés.

1.6.1. Perfiles de los y las expertas que han participado en el grupo Delphi

Las personas que participan de este grupo contaron con un perfil experto a través del cual aportaron sus conocimientos acerca de la realidad de las entidades territoriales en la atención específica a la salud mental de la población infanto-juvenil. No ha sido un elemento central que las personas que han participado tengan una mirada general y holística de la atención a la salud mental infanto-juvenil, pero sí que puedan aportar conocimiento desde su labor y experiencia cotidiana y concreta. En resumen, las personas participantes contaban con:

- Conocimiento sobre la realidad de la atención territorial a la salud mental infanto-juvenil desde su entidad de pertenencia.
- Conocimiento sobre el estado de la atención a la salud mental desde los servicios públicos de base a nivel provincial y autonómico en sus territorios.
- Conocimiento sobre las barreras, limitaciones y dificultades en la provisión de los servicios a la atención a la salud mental infanto-juvenil, tanto en lo referido a las entidades como a los servicios sanitarios, sociales y comunitarios públicos, privados y del Tercer Sector.

- Ideas sobre las oportunidades de transformación y mejora de los modelos de atención que permiten atender las demandas de NNAJ y sus familias, especialmente a nivel interno de la red asociativa SALUD MENTAL ESPAÑA.

Más concretamente, en el grupo Delphi han participado representantes de las siguientes entidades:

- FEAFES Salud Mental Extremadura-FEAFES Calma.
- Saúde Mental FEAFES Galicia-Asociación pro enfermos mentales de A Coruña APEM.
- ASCASAM-Salud Mental Cantabria.
- Federación Salud Mental Castilla y León-Salud Mental Palencia.
- Federació Salut Mental Catalunya-Associació Aurora (Salut Mental, territori i paisatge).
- ACEFEP- Asociación Salud Mental Ceuta.
- Federación Salud Mental Región de Murcia.
- Federación Salud Mental Madrid-AMAFE.
- Salud Mental Andalucía-ASAENES.
- Federación Salud Mental Castilla-La Mancha.
- Federación Salud Mental Euskadi.
- FEAFES Melilla Salud Mental.
- AFESA, Salud Mental Asturias.

1.6.2. Diseño del proceso de trabajo

La realización de la técnica Delphi suele comprender la elaboración de tres o más rondas de consulta. En este caso, el método se ha realizado en cinco fases: tres sesiones grupales y otras dos sesiones de trabajo individual.

Sesiones de Delphi

■ Primera fase: reunión grupal de inicio

Esta primera fase consistió en una primera reunión grupal online en la que se presentaron los objetivos del proceso de trabajo y cuáles fueron los pasos a seguir.

En esta sesión, se facilitó un debate de carácter general en el que se presentaron los ejes temáticos a trabajar y las preguntas guía utilizadas en las sesiones. En el debate se puso a discusión la formulación de las preguntas y los conceptos planteados, así como la posibilidad de reformularlas, incorporando nuevas, o incluso eliminando alguna de ellas.

■ Segunda fase: primera ronda individual de trabajo (consensos y disensos)

Desarrollo de un trabajo de reflexión individual sobre las preguntas de investigación consensuadas en la primera sesión grupal. Se envió a cada persona participante un cuestionario de preguntas abiertas (consensuadas en la primera sesión grupal) para que pudieran plasmar por escrito sus opiniones. Una vez recopiladas las respuestas de todas las personas participantes, se llevó a cabo a un trabajo de identificación de nudos críticos, consensos, disensos y elementos de interés para el debate. Además, se abrió un espacio individual de reflexión sobre propuestas y buenas prácticas de cada territorio que fueron trasladadas como propuestas grupales.

■ Tercera fase: segunda reunión grupal

El documento con los resultados del análisis desarrollado tras la primera reunión y la primera fase de trabajo individual se envió con una semana de antelación a las personas participantes para que pudieran procesarlo previamente a la realización de una reunión online. En esta se presentó y abordó el trabajo de análisis, donde se pusieron de relieve los aspectos más relevantes y se trabajó con el objetivo de facilitar la apertura de la segunda ronda de trabajo individual basada en propuestas de transformación.

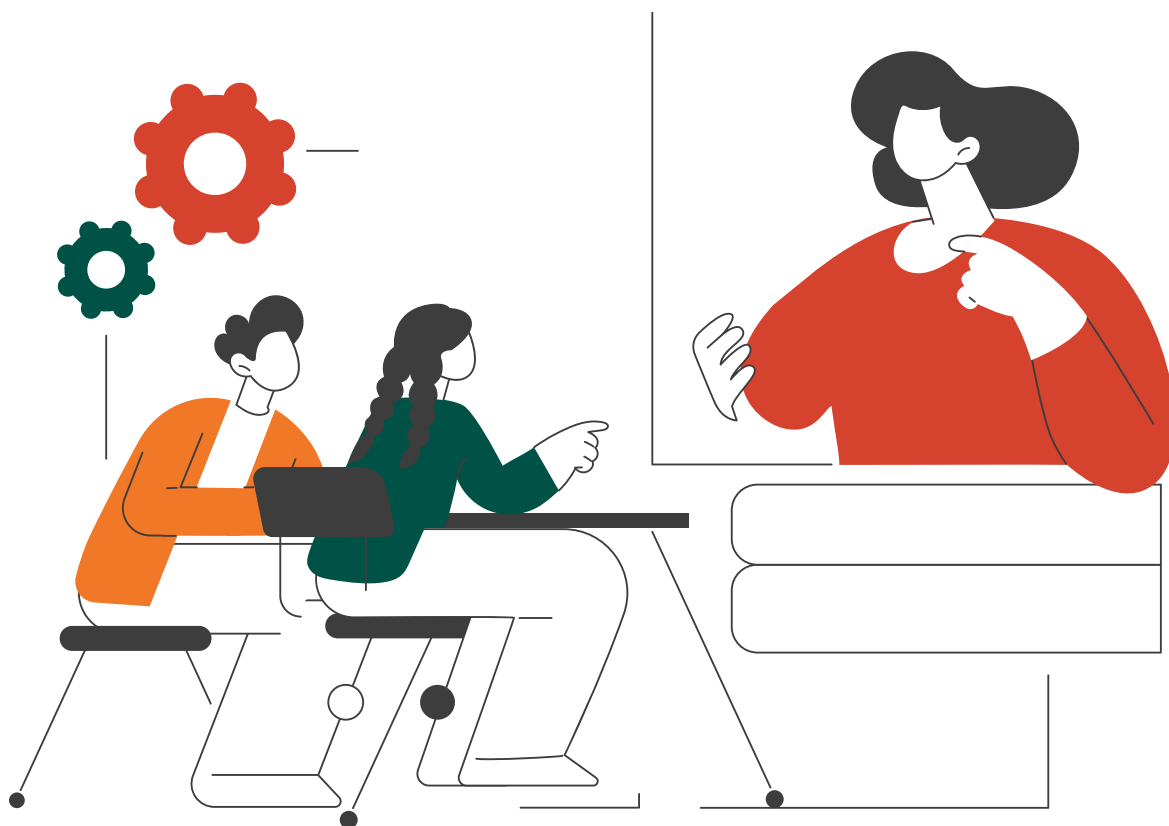
En esta segunda sesión se facilitó un debate a través del trabajo colectivo. Se profundizó en los acuerdos explícitos entre las opiniones y las posturas divergentes, lo que permitió avanzar en la resolución de las preguntas planteadas. Además, a partir de allí perfilaron las propuestas para la superación de las barreras consensuadas y delimitadas en el análisis de los resultados de la primera sesión.

■ Cuarta fase: segunda ronda individual de trabajo (propuestas)

Una vez procesada la información obtenida durante la segunda reunión grupal online se abrió otra etapa de trabajo individual a través de un nuevo documento guía facilitado por el equipo técnico. En esta sesión individual, antes de la última sesión grupal, se planteó un documento de propuestas que condensaba todas las aportaciones realizadas en el documento elaborado a partir de la primera fase individual de trabajo y la segunda sesión grupal. En esta fase se integraron medidas operativas dirigidas a superar los nudos críticos del diagnóstico de situación.

■ Quinta fase: reunión grupal de cierre

Por último, se realizó una reunión online para presentar los resultados del trabajo elaborado por las personas participantes. Aquí, se pusieron de relieve los grandes acuerdos y propuestas prioritarias para el abordaje de las problemáticas delimitadas. Se trabajó colectivamente sobre la matización y definición de las propuestas trabajadas y, a partir de ellas, se profundizó en las más relevantes.



1.7. Aprendizajes metodológicos del trabajo con NNAJ

La investigación con NNAJ y vinculada a problemáticas que les atañen implica considerar una serie de **especificidades teórico-metodológicas**. A lo largo del trabajo de campo, el empleo de las técnicas anteriormente presentadas disparó una serie de reflexiones y aprendizajes que pueden resultar de relevancia para futuras indagaciones que involucren a infancias y juventudes.

En primer lugar, es preciso señalar que tanto la **edad como la generación** son dimensiones sociales que modulan las prácticas y las formas a través de las cuales las personas perciben e interpretan su realidad.² Por más elemental que resulte, este primer señalamiento es de suma relevancia a la hora de elaborar una estrategia metodológica que se proponga **garantizar los derechos de NNAJ**. Por tal motivo, resulta imprescindible adoptar un enfoque que sea respetuoso de sus demandas, intereses y problemáticas y que, de esa manera, discuta las miradas adultocéntricas que suelen predominar en las investigaciones sociales.

A su vez, las etapas de la infancia y la juventud involucran subgrupos sumamente heterogéneos. Tal como señala Bourdieu, hablar de la juventud (y agregamos, la infancia), en singular, implica un abuso del lenguaje.³ Si bien la edad es un dato significativo en la investigación social —a partir de esta dimensión, se delimitan derechos, se establecen prohibiciones y se organizan agrupamientos—, esta debe ser analizada en el cruce con otras variables. Por tal motivo, el diseño metodológico con NNAJ necesariamente debe justificarse a partir de la adopción de un enfoque interseccional que, además de la edad, contemple otras dimensiones significativas para comprender las experiencias de las infancias y las juventudes, como son la clase social, la raza, el género, la sexualidad o el sitio de residencia, entre muchas otras. En el caso del presente estudio, también ha sido de relevancia tener en cuenta los contextos familiares de las personas que participaron, así como también el tipo de problemática de salud mental que atravesaban al momento de la investigación.

La experiencia acumulada en las investigaciones con NNAJ ha consolidado estrategias metodológicas que han inspirado el diseño y las técnicas incluidas en el presente estudio.

2. Leccardi, C., & Feixa, C. (2011). El concepto de generación en las teorías sobre la juventud. *Ultima Década*, 19(34), 11-32. [<https://doi.org/10.4067/s0718-22362011000100002>].

3. Bourdieu, P. (1990). «La juventud no es más que una palabra». En *Sociología y Cultura* (pp. 163-173). Grijalbo.

Para esta elaboración, se siguieron un conjunto de **premisas básicas** sintetizadas por Boyden y Ennew:⁴

- Respetar a las infancias y juventudes reconociendo su dignidad y derechos. En términos concretos, esto implica no imponer opiniones, dejar que las personas se expresen en sus propios términos y reconocer sus culturas, intereses, demandas y lenguajes.
- Adoptar una actitud de escucha, precavida y orientada a evitar daños y perjuicios. Esto busca evitar situaciones estresantes o angustiantes, no exponer o dejar en evidencia a las personas participantes, y no ejercer ningún tipo de presión a la hora de obtener respuestas.
- Establecer una comunicación clara y sincera. Esto implica informar adecuadamente sobre los objetivos de la investigación y el propósito de las actividades, y las condiciones concretas de la participación. Esto es algo que fue transmitido a través de un documento con el consentimiento informado, algo que en el caso de aquellas personas participantes que eran menores de edad, fueron firmados por sus responsables adultos.

Partiendo de estas premisas básicas, el diseño metodológico adoptó una serie de estrategias y precauciones. En principio, la decisión de organizar **grupos triangulares y de discusión** se justificó por la necesidad de acceder de forma ágil a distintos puntos de vista sobre el uso y las valoraciones de los servicios y recursos que ofrece la administración pública y la red asociativa SALUD MENTAL ESPAÑA a NNAJ con problemas de salud mental. Por lo general, estas técnicas grupales suelen ser más productivas y adecuadas que las entrevistas individuales, que, en especial en el caso de niños y niñas, pueden resultar invasivas, inhibitorias o amenazantes.⁵ Sin embargo, estas técnicas colectivas con NNAJ requieren una **actitud flexible** que se adapte a las personas participantes, tal como se describe en los siguientes aprendizajes.

Las actividades diseñadas se orientaron a fomentar la participación de las personas que integraron los grupos de discusión. De esa manera, se buscó **partir de sus propias experiencias e intereses**. Por ejemplo, para la actividad con niños y niñas se pidió anticipadamente que buscaran imágenes que les resultaran significativas o que les recordasen momentos felices para poder compartirlas en la actividad. De ese modo,

4. Boyden, J. Ennew, J. (2001): *La infancia en el centro de atención: un manual para la investigación participativa con niños*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Subdirección General de Publicaciones.

5. Mauthner, M. (1997). «Methodological aspects of collecting data from children: lessons from three research projects». *Children and Society*, 11, págs. 16-28.

trajeron fotografías en donde se les podía ver con sus familias, amistades, de vacaciones o haciendo actividades que disfrutaban. Esto resultó una puerta de entrada valiosa a la realidad de estos niños y estas niñas en tanto permitió conocer los vínculos con sus padres y madres, cómo estaban conformadas sus familias, los entornos en donde residían, dónde vacacionaban, a qué escuela iban y qué les gustaba hacer en su tiempo libre, entre otras cuestiones.

A su vez, **reconocer sus propios saberes** a partir de los recorridos y temas que introducían fue fundamental para captar interés y sostener la actividad (especialmente tratándose de niños y niñas que no superaban los 12 años). Por parte de las personas investigadoras esto consistió en la adopción de una escucha atenta y activa a lo largo de las actividades trazadas, lo que implicó interesarse por sus relatos y testimonios, darles entidad de forma positiva, respetar sus tiempos, e introducir preguntas y comentarios siempre a partir de lo que proponían.

Los grupos con NNAJ (especialmente el realizado con niños y niñas) contemplaron un primer momento orientado a **construir confianza** entre las personas investigadoras y quienes participaban de la actividad. Durante ese momento inicial, se propuso una conversación libre a partir de tópicos variados (comidas, vacaciones, tiempo libre, superpoderes, entre otros), una dinámica lúdica y las fotografías compartidas. Los primeros 45 minutos del grupo estuvieron dedicados al reconocimiento común de códigos, lenguajes e intereses. Asimismo, los investigadores que participaron en la dinámica también compartieron información sobre sus gustos e intereses, generando cierta **reciprocidad en el intercambio**. De este modo, se buscó aminorar las insalvables distancias y jerarquías que existen entre quien investiga y las personas interlocutoras, algo que, en este caso particular, también se veía fuertemente mediado por la edad y por no conocerse previamente. En todo caso, y como parte de un ejercicio de vigilancia epistémica, estas cuestiones deben ser tenidas en cuenta a la hora de analizar los datos producidos.⁶

En este mismo sentido, también es de relevancia realizar, en la medida de lo posible, **encuentros de tipo presencial**. Si bien esto demanda un mayor esfuerzo presupuestario y logístico, y puede conspirar contra la confección de grupos diversos territorialmente, los encuentros cara a cara favorecen la confianza, especialmente entre personas que no se conocen anticipadamente. El desplazamiento del equipo de trabajo a un municipio

6. Cárdenas Carrera, B. P. (2024). «La producción de conocimiento en grupo en la investigación con niñas y niños». In P. D. Martínez Sierra (Ed.), *Técnicas e instrumentos para la investigación social con niñas, niños y adolescentes* (pp. 42-67). Universidad Nacional Autónoma de México.

de Castilla y León para llevar a cabo una actividad con niños y niñas resultó de provecho en tanto se pudo establecer un vínculo que difícilmente hubiera sido posible conseguir de manera virtual. Esto fue favorecido también por haber realizado la actividad en un sitio que ya conocían previamente y que percibían como familiar. Por el contrario, en el caso del grupo realizado con jóvenes, hubiera sido deseable establecer un contacto cara a cara. Si bien el encuentro fue significativo en términos de los resultados obtenidos, el contacto cara a cara hubiera resultado útil a la hora de construir otro tipo de vínculo con las personas que participaron y un mayor compromiso con la actividad.

Tal como sugiere la literatura especializada, otro elemento de importancia a la hora de construir un ambiente basado en la confianza fue apostar por la conformación de **grupos relativamente homogéneos** e, incluso, en donde **las personas participantes se conocieran previamente**.⁷ En el caso del grupo compuesto por niños y niñas, este criterio resultó de importancia en tanto facilitó las dinámicas, ya existiendo cierta proximidad y conocimiento mutuo entre las personas.



7. Barbour, R. (2007). *Los grupos de discusión en Investigación Cualitativa*. Morata.

La construcción de confianza resulta decisiva en la investigación con NNAJ, por lo que, en futuras ocasiones y contemplando las posibilidades presupuestarias y fácticas del estudio, se sugiere realizar al menos dos encuentros y priorizar las actividades en modalidad presencial. El **trabajo continuado** y de medio alcance con estos grupos poblacionales resulta decisivo en la medida que permite acercamientos progresivos entre personas adultas y niños y niñas, algo fundamental para profundizar en las indagaciones y conocer de primera mano sus experiencias, vivencias y malestares.

A su vez, la confección de las actividades contempló las **diferencias de edades** dentro de los propios grupos. Esto implica un desafío debido a que pocos años de distancia entre las personas participantes pueden resultar significativas en este tipo de grupos, en tanto pueden trazar jerarquías y generar inhibiciones. Por lo tanto, es deseable que, anticipadamente, se pueda contar con una descripción, aunque sea general, del perfil de las personas participantes, de modo que se puedan organizar y planificar las dinámicas contemplando sus intereses y posibilidades. Durante la actividad, las personas que investigan deben mostrarse **atentas y proactivas** en función de reorientar las dinámicas en caso de que la participación no sea equitativa.

Las actividades propuestas tuvieron un importante **componente visual**; no solo se trabajó con las fotografías que compartieron las personas participantes, sino que también se introdujeron otro tipo de imágenes. En el caso del grupo de niños y niñas, se realizó una actividad con fotos de distintos espacios que suelen transitar en su lugar de residencia (de aulas y patios escolares, del centro del pueblo, del río y el centro de salud, entre otras) y, para el grupo de jóvenes, se incorporaron también titulares de prensa sobre distintos tópicos y una entrevista televisiva con una persona joven que era experta por experiencia en problemas de salud mental. De ese modo, se combinaron recursos visuales propuestos por las propias personas participantes y otros delimitados por el equipo investigador. Las técnicas visuales fueron significativas en tanto favorecen la distensión y la concentración en las dinámicas, y también pueden facilitar la comprensión de las actividades, algo que no siempre ocurre en las técnicas centradas en la palabra.⁸

8. Gómez Espino, J. M. (2012). «El grupo focal y el uso de viñetas en la investigación con niños». *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*. 24, 45-66.



2. Contexto y antecedentes



2.1. Estado de la salud mental infanto-juvenil

2.1.1. Conceptos clave, características y epidemiología

La salud mental es una de las grandes problemáticas sociales y de salud que enfrenta la sociedad española en la actualidad. Esta ha ido cobrando mayor relevancia pública en los últimos años, especialmente después de la **pandemia del COVID-19**, constituyéndose un tema prioritario en las agendas sociales y sanitarias. Este aumento de la atención pública se ha dado tanto por el aumento de la prevalencia de problemas de salud mental como por un esfuerzo social orientado hacia el reconocimiento y la provisión de servicios y apoyos. A pesar de este aumento en la atención recibida, **los datos sobre los problemas de salud mental son relativamente escasos** en lo que refiere a prevalencia e incidencia real.

En particular, la situación de la salud mental infanto-juvenil es de vital sensibilidad, pues la mayor parte de los problemas de este tipo comienzan en edades tempranas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), **1 de cada 7 personas jóvenes en el mundo tiene un trastorno mental**;⁹ la mitad de ellos aparece por primera vez antes de los 14 años y el 70 % antes de los 18.¹⁰ En su Informe Mundial sobre Salud Mental destaca que, en el caso de las personas jóvenes, los problemas de salud mental constituyen una de las principales causas de discapacidad adquirida, lo que tiene enormes impactos en su calidad de vida.¹¹ Por su parte, según datos del «Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2023» de la Fundación FAD Juventud, el 59,3 % de las personas jóvenes reconocía haber

9. OMS (2024). *Salud mental de los adolescentes*. Recuperable en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

10. Fundación Alicia Koplowitz (2014). *Libro Blanco de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente*. Madrid: Cátedra de Psiquiatría Infantil-Fundación Alicia Koplowitz-UCM.

11. OMS (2022). *Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos*.

tenido algún tipo de problema de salud mental durante ese año y, entre estas, el 17,4 % manifestó experimentarlos con frecuencia o de forma continua. Además, el informe señala que existe un paulatino empeoramiento de la situación de la salud mental de las juventudes, pasando de un 66,2 % que afirmaba no tener problemáticas de salud mental en 2017 a un 36,6 % en 2023, cifras que indican una bajada de 30 puntos porcentuales.¹²

La **depresión, la ansiedad y los trastornos del comportamiento** son algunos de los problemas de salud mental más frecuentes en estas edades, pero no los únicos. Según recoge el informe «Problemas psicológicos en la infancia y adolescencia» del Observatorio Español de la Salud Mental Infanto-Juvenil¹³ realizado en el año 2024, también existe una serie de problemas interiorizados que no suelen manifestarse de forma evidente, tales como la ansiedad social, la sintomatología postraumática o los pensamientos obsesivos-compulsivos. En cuanto a los problemas exteriorizados, es decir, aquellos visibles y manifiestos, se destacan los problemas de atención, la hiperactividad-impulsividad, los problemas del control de la ira, la agresión o la conducta desafiante. Otros problemas que pueden aparecer pueden ser los relativos a la conducta alimentaria, la esquizotipia o el consumo de sustancias.

En muchas ocasiones, la exacerbación de este tipo de situaciones y problemáticas deriva en **acciones autolesivas y suicidas**, algo que durante el último tiempo ha adquirido una gran notoriedad en las agendas de discusión pública. Se destaca que **el 50 % de las personas entre 13 y 18 años ha sentido, en algún momento, que la vida no merece la pena**, siendo ligeramente superior la proporción entre las mujeres que entre hombres (52 % y 47 %, respectivamente). A su vez, **el 55 % de las personas jóvenes encuestadas ha pensado en quitarse la vida en alguna ocasión**. Para el caso, el 32 % ha afirmado que ha considerado esta opción seriamente y el 18 % reconocía haber realizado algún intento de quitarse la vida. En lo que atañe a las conductas autolesivas, el 38 % ha pensado en producirse daño cortándose o haciéndose quemaduras, con una notable diferencia entre hombres y mujeres (28 % y 43 %, respectivamente). La edad más frecuente en la que se suelen producir este tipo de conductas autolesivas es a los 12 años, aunque el 24 % de los niños y un 15 % de las niñas reportan haberlo intentado con 9 años o menos.

12. Kuric, S., Sanmartín, A., Ballesteros, J. C. y Gómez Miguel, A. (2023). *Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2023*. Madrid: Centro Reina Sofía de Fad Juventud. DOI: 10.52810.5281/zenodo.8170910.

13. Orgilés, M., Morales, A., Piqueras, J. A., Marzo, J. C. y Espada, J. P. (2024). *Problemas psicológicos en la infancia y adolescencia*. Centro de Investigación de la Infancia y la Adolescencia. Universidad Miguel Hernández.

Más allá de los síntomas clínicos, la salud mental en la infancia y la juventud se inscribe en una gran variedad de **problemáticas contextuales** que pueden contribuir a la aparición y acentuación de problemas de este tipo. Algunas de estas realidades refieren a **conflictos familiares, problemas en la escuela** (ya sea con pares o personas adultas), el sentimiento de **soledad no deseada**, la **ansiedad climática**, las presiones ejercidas por **mandatos e ideales en torno al cuerpo y la belleza**, la **falta de apoyo social** percibido, y un sentimiento de **anomia, incertidumbre** sobre el futuro y **falta de cohesión** social.¹⁴

En este sentido, **la salud mental es indivisible de las condiciones de vida y no puede ser reducida a una cuestión exclusivamente individual**. En otras palabras, requiere ser comprendida desde un **enfoque biopsicosocial**, basado en una perspectiva de derechos capaz de reconocer la agencia de niños, niñas, jóvenes y adolescentes como sujetos sociales.

Estos problemas de salud mental tienen grandes implicaciones en las vidas de NNAJ, provocando dificultades y alteraciones en sus desarrollos vitales, educativos, relacionales, sociales y comunitarios, entre otros. Algunos de estos impactos son la aparición de **somnolencia** continua, **cansancio**, **falta de energía**, **apatía** y **escaso interés**, **problemas de concentración**, sensación de **tristeza**, **miedo** ante el futuro o riesgos del presente, **problemas para dormir**, **ansiedad**, **falta de apetito**,¹⁵ entre muchos otros síntomas.

Un informe previo realizado en 2023 por la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA señala que el **proceso de abordaje de la salud mental** involucra una sucesión de etapas: 1) Manifestación del problema, 2) Atención y recuperación inicial, 3) Recaída/s y posibles secuelas, 4) Diagnóstico/s, 5) Afrontamiento del problema y 6) Recuperación.¹⁶ Como se puede observar, los problemas de salud mental pueden inscribirse en procesos de larga duración, atravesando adaptaciones, retrocesos y avances en función de las necesidades y circunstancias de cada persona. Desde que un problema de salud mental se manifiesta hasta que llega la recuperación de la persona, esta puede atravesar momentos de shock, desorientación y recaídas que implican desgaste físico y emocional. En definitiva, no se

14. Fundación Atalaya, Observatorio de la Salud Mental Infanto-Juvenil. (2024). Estudio *Inquietudes, preocupaciones y salud mental en la juventud de España*. Madrid, España.

15. Kuric, S., Sanmartín, A., Ballesteros, J. C. y Gómez Miguel, A. (2023). *Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2023*. Madrid: Centro Reina Sofía de Fad Juventud. DOI: 10.52810.5281/zenodo.8170910

16. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y Fundación Mutua Madrileña (2023). *La situación de la Salud Mental en España*.

trata de una evolución lineal, sino de una sucesión de hitos no necesariamente ordenados de manera cronológica que están mediados por particularidades biográficas.¹⁷

Los análisis en clave **interseccional** sobre la salud mental infanto-juvenil revelan que estos procesos se experimentan de un modo diferencial en la población al estar atravesados por desiguales condiciones sociales, culturales y económicas. Esto es algo que se expresa, por ejemplo, en la existencia de una fuerte **brecha de género**. Siguiendo datos del «Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2023» de la Fundación FAD Juventud, se aprecia que el 20,7 % de las mujeres encuestadas manifestó sufrir problemas de salud mental con mucha frecuencia o continuamente, mientras que en el caso de los hombres esta cifra era de 13,3 %. Entre quienes declaraban no haber experimentado trastornos de salud mental, el 42,4 % eran hombres y el 39,9 % mujeres.¹⁸

Un conjunto de estudios que repararon en las desigualdades de género en la salud mental desafía las explicaciones de tipo esencialistas y biologicistas al indicar que estas diferencias se entienden a partir de cómo operan los **mandatos socioculturales en torno a la feminidad y la masculinidad**. Esto es algo que se traduce, por ejemplo, en sesgos de género a la hora de medicalizar y elaborar diagnósticos patologizantes por parte de las personas profesionales,¹⁹ o en una mayor propensión de los hombres a ocultar sus síntomas y malestares debido a una tendencia a mostrarse menos vulnerables.²⁰ A su vez, las peores condiciones de vida que suelen atravesar las mujeres en términos relativos —atravesadas, por ejemplo, por procesos de segregación y discriminación en el mercado laboral, y una mayor carga en el trabajo doméstico y en las tareas de cuidado— también resultan factores explicativos de estas desigualdades.²¹ Por último, cabe resaltar que la exposición a situaciones de violencia física, simbólica y sexual también tiene un impacto negativo en la salud mental de las mujeres.²²

17. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y Fundación Mutua Madrileña (2023). *La situación de la Salud Mental en España*

18. Kuric, S., Sanmartín, A., Ballesteros, J. C. y Gómez Miguel, A. (2023). *Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2023*. Madrid: Centro Reina Sofía de Fad Juventud. DOI: 10.52810.5281/zenodo.8170910

19. Bacigalupe, A. et al. (2020). «El género como determinante de la salud mental y su medicalización Informe SESPAS 2020». *Gaceta Sanitaria* 34:61-67.

20. Smith D.T., Mouzon D.M., Elliott M. (2018). «Reviewing the assumptions about men's mental health: an exploration of the gender binary». *Am J Mens Health*. 12:78-89.

21. Borrell C, Palència L, Muntaner C, et al. (2014). «Influence of macrosocial policies on women's health and gender inequalities in health». *Epidemiol Rev*. 2014;36:31-48.

22. Sanz-Barbero B, Barón N, Vives-Cases C. (2019). «Prevalence, associated factors and health impact of intimate partner violence against women in different life stages». *PLoS One*. 14:e0221049.

Si bien el género ha sido analizado como una dimensión de suma relevancia a la hora de explicar las desigualdades en el estado de la salud mental en la población infanto-juvenil, se aprecian otras variables que también resultan decisivas tales como la **clase social, la nacionalidad o la sexualidad**. La literatura consultada es consistente al evidenciar que la salud mental tiende a empeorar entre sectores de rentas bajas, de menor nivel educativo, la población de mujeres migrantes y los hombres que no se adscriben a las normas de la cisheterosexualidad.²³

2.1.2. Pandemia del COVID-19

La pandemia del COVID-19 ha supuesto un punto de inflexión en la realidad de la salud mental a nivel poblacional, siendo en la infancia y la juventud donde se reconoce un **mayor aumento de la prevalencia** de problemas de este tipo, así como un **empeoramiento generalizado de los síntomas** ya existentes. La pandemia afectó de especial forma a este sector de la población en la medida que produjo la interrupción súbita de actividades de relevancia en sus procesos de socialización y sociabilidad, tales como sus instancias formativas, de ocio y encuentro, exacerbando así la sensación de aislamiento y el sentimiento de soledad no deseada.²⁴



23. Bacigalupe, Amaia, Andrea Cabezas, Mikel Baza Bueno, and Unai Martín. (2020). «El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020». *Gaceta Sanitaria* 34:61-67.

24. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y Fundación Mutua Madrileña (2023). *La situación de la Salud Mental en España*.

Entre la población de NNAJ que tenían problemas de salud mental previos a la pandemia, la crisis sanitaria ha supuesto un agravamiento de los síntomas, **especialmente en aquellas personas más vulnerables**, que se encuentran en situación de exclusión social, que sufren violencia en la familia, que son víctimas de trata, que tienen alguna discapacidad o que pertenecen a colectivos migrantes. El impacto de la pandemia también pudo ser desigual en función del problema de salud mental experimentado; pues cada uno presenta necesidades concretas y especializadas que pudieron no darse en este contexto. En cuanto a impactos por edad, quienes aún no estaban en edad escolar se vieron permeados por el estrés de sus progenitores y cuidadores, mientras que quienes asistían a instituciones educativas presentaban cuadros de ansiedad, depresión, dificultades en el rendimiento escolar o falta de atención. **En cuanto a la dimensión de género, las mujeres han sido quienes han reportado mayores impactos**, especialmente a la disolución de las relaciones cotidianas con amigos y amigas, a las que ellas atribuyen un mayor valor a la hora de obtener apoyo.^{25,26}

Además del agravamiento de los problemas de salud mental, la pandemia también ha dificultado, cuando no imposibilitado, el acceso a diferentes servicios de atención y ha interrumpido o alterado los tratamientos iniciados, produciendo impactos con diversas consecuencias.²⁷ Estos se pueden observar, por ejemplo, en el **índice de suicidios** que recoge el INE, el cual registró que un total de 14 personas menores de 15 años se quitaron la vida durante el 2020, cifra que duplicaba la registrada en 2019.^{28, 29}

25. Retamal, D. (2022). «Efectos de la pandemia COVID-19 en la salud mental infanto-juvenil: revisión bibliográfica». *Revista de ciencias médicas*. Volumen 47 número 3.

26. Juncal-Ruiz, M., Ruiz-Torres, M., Diego-Falagán, N., Batz-Colvée, C., Becerril-Ruiz, T., Samaniego-Peña, S., García-Rumayor, E., Onandia-Hinchado, I., Gutiérrez-Pérez, A. M., Ayesa-Arriola, R., Vázquez-Bourgon, J., & Alonso-Bada, S. (2023). «Estudio observacional comparativo de un año de duración del impacto de la pandemia por COVID-19 en el desarrollo de síntomas de ansiedad y de depresión entre 100 niños y adolescentes en tratamiento en una Unidad de Salud Mental y 93 voluntarios sanos». *Revista de psiquiatría Infanto-Juvenil*, 40(4), 17-29. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v40n4a4>

27. Salces Rodrigo, M. T. (2023). «La Salud Mental Infanto-Juvenil: Análisis desde una Institución Garante de Derechos». *Cuadernos de Medicina Forense*, 26(26(01)), 41-47. <https://doi.org/10.59457/cmef.2023.26.01.org03>

28. INE (2022). *Estadística de defunciones según la causa de muerte*. Disponible en: <https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=EstadisticaC&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175>

29. Salces Rodrigo, M. T. (2023). «La Salud Mental Infanto-Juvenil: Análisis desde una Institución Garante de Derechos». *Cuadernos de Medicina Forense*, 26(26(01)), 41-47. <https://doi.org/10.59457/cmef.2023.26.01.org03>

Asimismo, la pandemia también ha tenido **implicaciones en las personas profesionales de la salud mental**. A partir de este momento, se ha evidenciado la sobrecarga laboral, la falta de inversión en atención primaria y los retrasos en la atención, entre otras cuestiones. A la vez, ha generado impactos a nivel personal derivado de los altos niveles de estrés laboral. En consecuencia, esto ha producido secuelas y malestares, especialmente en la atención primaria, debido a una escasa disposición de tiempo y una sobrecarga que ha dificultado el acceso a tratamientos no farmacológicos.³⁰

En el ámbito educativo, a partir de la pandemia se destaca un aumento del trastorno por estrés postraumático, duelo por la pérdida de seres queridos, ansiedad y depresión en el alumnado.³¹ Sin embargo, al tratarse de un fenómeno reciente, los impactos psicológicos y sociales de largo plazo que las alteraciones de los recorridos académicos pueden tener es algo que aún resta dimensionar. Estas cuestiones han revelado la importancia de elaborar políticas educativas y curriculares, así como ofrecer espacios de formación al profesorado para un abordaje preventivo e integral de la salud mental de las juventudes escolarizadas.³²

En conclusión, la pandemia del COVID-19 ha sido un antes y un después que ha puesto en tensión a todos los sistemas públicos en general y, en especial, al de provisión y apoyos a la salud mental. Durante este período, el colectivo de NNAJ ha experimentado impactos derivados del contexto en sus realidades de salud mental y ha supuesto la aparición de malestares en muchos otros. Sin embargo, como se señaló anteriormente, resulta pertinente evaluar estos impactos mediante estudios longitudinales que logren captar los efectos de la pandemia en el mediano y largo plazo.

30. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y Fundación Mutua Madrileña. *La situación de la Salud Mental en España*.

31. Retamal, D. (2022). «Efectos de la pandemia COVID-19 en la salud mental infanto-juvenil: revisión bibliográfica». *Revista de Ciencias Médicas*. Volumen 47 número 3.

32. Domínguez-Martín, R. y Ordoñez-Jiménez, M. A. (2025). «Salud mental infanto-juvenil y formación docente: análisis bibliográfico del estado de la cuestión». *Cuadernos de RES PÚBLICA en derecho y criminología*. No 05/2025. ISSN: 2990-0697. DOI: 10.46661/respublica.11261.

2.1.3. Determinantes sociales y factores de protección y de riesgo de la salud mental

Según se plantea en el *Barómetro de Opinión de la Infancia y la Adolescencia 2023-2024*³³ elaborado por UNICEF, los y las adolescentes identifican tanto factores de los determinantes sociales de la salud que son positivos como los que son negativos para su bienestar y salud mental. Estos se concretan en factores de protección y de riesgo que, en conjunción, pueden proteger o desproteger a los niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental. Por factor de riesgo se pueden entender aquellas condiciones individuales, familiares o de contexto que hacen aumentar la probabilidad de algún problema de salud mental, mientras que un factor de protección la disminuye. Dependiendo de la literatura, algunos informes recogen dos ámbitos de factores de riesgo y protección (individual y social) y otros recogen tres ámbitos donde operan estos factores de protección y riesgo (individual, el familiar y el comunitario).³⁴ En cualquier caso, se definen factores de protección y riesgo que atañen a la persona y otros que no dependen de esta.

Entre los factores de protección internos o personales que son beneficiosos, destaca que los y las adolescentes acuerdan que **dormir bien, el ejercicio físico y la dieta** equilibrada tiene mucha o muchísima influencia en su bienestar y en su salud mental. De estas valoraciones, los hombres dan un mayor valor que las mujeres al ejercicio físico; en cuanto a la edad, la dieta equilibrada gana más valor conforme la persona tiene más edad; y cuanto más alto es el **nivel socioeconómico** es mayor la valoración asignada a la dieta equilibrada y al ejercicio físico.



Entre los factores de protección externos o sociales que son beneficiosos, se destaca en el informe que tener **apoyo de personas cercanas**, tener una **buena relación con los progenitores**, **hablar con personas conocidas** sobre preocupaciones y sentimientos, **sentir satisfacción con el centro educativo**, tener **hobbies y aficiones** o tener **amistades y salir** a hacer cosas con ellas

33. UNICEF (2024). UNICEF (2024). *La salud mental es cosa de niños, niñas y adolescentes. Barómetro de Opinión de la Infancia y la Adolescencia 2023-2024*.

34. PROEMO (2024). *Informe y hoja de ruta 2025 sobre la salud y bienestar emocional en las personas adolescentes y jóvenes*.

influyen en una mejor salud mental. De entre estos factores sociales, las mujeres han tendido a darle más valor que los hombres, los y las adolescentes más mayores le han tendido a dar mayor valor, así como las personas de nivel socioeconómico medio y alto. Como factor relevante, las personas que tienen un problema de salud mental o que conocen a una persona cercana que lo tiene valoran estos factores externos en mayor medida que quienes no.

En cuanto a los factores internos o personales que empeoran el bienestar y la salud mental, se destacan la **incertidumbre por el futuro**, sentir **falta de claridad con la orientación y/o identidad sexual**, tener **dificultades económicas**, **alto uso del teléfono móvil o internet**, tener **baja autoestima**, **consumir alcohol y/ otras drogas**, tener **problemas de salud física** y tener demasiadas tareas escolares. De nuevo, son las mujeres las que más valor dan a estas dimensiones; y las personas más mayores que participaron en el estudio dan mayor importancia a la cuestión económica y sobre el futuro.

Por último, este informe recoge los factores externos o sociales que empeoran el bienestar y la salud mental, siendo estos los problemas de **violencia e inseguridad** en su entorno, el bullying o *ciberbullying*, los problemas del **medio ambiente y el cambio climático**, sentir **presión por un físico determinado**, tener **problemas con el profesorado**, con las **amistades o problemas familiares**. Nuevamente, son las mujeres, las personas de mayor edad y quienes conocen casos de personas con problemas de salud mental de primera mano las que más valor atribuyen a estas dimensiones.

En cuanto a los **determinantes sociales de la salud mental**, esto es, los factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales que influyen en las personas al respecto de su salud mental, destacan algunas realidades como la **brecha de género en las retribuciones económicas** en el empleo, las **personas que estudian y trabajan al mismo tiempo**, las situaciones de **carencia material severa** o quienes viven con dificultades económicas, los **altos costes de la atención psicológica privada**, el **ritmo de vida acelerado**, la **alta competitividad**, etcétera.³⁵

Uno de los elementos que más pueden afectar la vida de NNAJ con problemas de salud mental son los sistemas de creencias referidos a la salud mental. En otras palabras, la circulación de **prejuicios y estereotipos que estigmatizan a las personas con problemas de salud mental**. Según un informe en base a encuestas y entrevistas a población adulta de distintos territorios de España realizado por la Universidad Complutense de Madrid, en la sociedad española se reproducen gestos discriminatorios contra este

35. PROEMO (2024). *Informe y hoja de ruta 2025 sobre la salud y bienestar emocional en las personas adolescentes y jóvenes*.

sector de la población que se manifiesta de distintas formas. Una de ellas se expresa a través del lenguaje, en la medida que se siguen utilizando términos poco inclusivos y estigmatizantes (tales como «locos», «incapacitados/as mentales», «retrasados/as», etc.). A su vez, según este mismo estudio, un 42% de las personas encuestadas manifiestan tendencias autoritarias hacia las personas con problemas de salud mental y un 69% señala que tendría planteamientos restrictivos hacia ellas. A su vez, los prejuicios suelen manifestarse de forma distinta de acuerdo con el género: mientras que las mujeres con problemas de salud mental suelen ser percibidas como más necesitadas de ayuda, los hombres con problemas de este tipo tienden a ser señalados como peligrosos.³⁶

Estos estigmas tienen fuertes consecuencias en lo referido a la **distancia social** que provocan. Según este mismo informe, un 44% de las personas encuestadas manifiestan una intención media-baja de acercamiento a personas con problemas de salud mental, un 65% rechaza vivir con personas con problemas de este tipo, una de cada tres personas no mantendría una relación de amistad con ellas.

Estas creencias, sin embargo, se aplican de manera desigual en función de los problemas de salud mental en los que se piensen. Siguiendo datos del Barómetro de Opinión de la Infancia y Adolescencia de Unicef, las personas encuestadas tienen mayores prejuicios hacia las personas con trastornos obsesivos compulsivos, las autolesiones y/o los intentos de suicidio y la esquizofrenia. Por otro lado, problemas como los trastornos de la alimentación y la depresión son los menos estigmatizados.³⁷

En conclusión, existe un conjunto de variables personales y del contexto que influyen en la probabilidad de desarrollar un problema de salud mental, por lo que el trabajo preventivo, la disponibilidad de tiempo y de conocimiento es fundamental para identificar, prevenir y abordar estas realidades.

36. Abad Fernández, A., González Sanguino, C., Linares Millán, J., Salazar García, M., Santos Olmo, A. B., & Vaquero Crespo, C. (2022). «El estigma y la salud mental». En *El estigma de la población española hacia las personas con problemas de salud mental, en situación sin hogar y con discapacidad intelectual*. Cátedra UCM-Grupo 5 Contra el Estigma.

37. UNICEF (2024). *La salud mental es cosa de niños, niñas y adolescentes. Barómetro de Opinión de la Infancia y la Adolescencia 2023-2024*.

2.2. Marco estratégico de la atención infanto-juvenil

En España, **no existe un marco normativo que aborde los problemas de la salud mental infanto-juvenil de manera específica** y que repercuta en un modelo de atención y en una provisión de servicios y apoyos concretos. Sin embargo, desde diferentes ámbitos se han desarrollado una serie de principios inspiradores, convenciones, planes de acción y estrategias orientadas al abordaje de la salud mental de NNAJ.

Por ejemplo, la **OMS** ha realizado diversas aproximaciones, destacando el **Comprehensive mental health action plan 2013-2030** que, para un periodo de 15 años, propuso una serie de líneas maestras que buscan inspirar las políticas públicas de atención a la salud mental. Este plan de acción se propone realizar transformaciones profundas a partir de la planificación de políticas y programas, el despliegue de acciones concretas, estrategias de coordinación y colaboración, el desarrollo de planes de salud mental en situaciones de emergencia humanitaria, y la confección de un sistema de indicadores específicos para el abordaje de la salud mental.³⁸



38. World Health Organization (2021). *Comprehensive mental health action plan 2013-2030*. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

A nivel estatal, en el ámbito sanitario se han desarrollado, recientemente, tres acciones significativas vinculadas a la atención de la salud mental: la **Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026**, el **Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027** y el **Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025-2027**.³⁹ En ellas, la población infanto-juvenil es incorporada, pero por lo general, de forma secundaria y sin demasiada especificidad. En efecto, en el Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027, este colectivo no tiene un peso relevante. Solo en una de sus líneas estratégicas (Línea 6 de salud mental perinatal, de la infancia y de la adolescencia) se recogen aportaciones directas a este grupo poblacional, siendo la más destacada la potenciación de los modelos alternativos a la hospitalización por eventos agudos de salud mental.⁴⁰ Esto se extiende al Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025-2027, donde la infancia aparece únicamente en la línea 4 de prevención al respecto de potenciar el trabajo intersectorial para la promoción del bienestar emocional en los centros educativos.

Es en la Estrategia de Salud Mental en donde se puede observar una relativa mayor atención a estas problemáticas, en tanto en este documento se dedica un capítulo específico a la cuestión de la salud mental infanto-juvenil. Esto se hace desde una perspectiva contextual, a través de la cual se abordan distintos tópicos que incumben a las infancias y las adolescencias, tales como las conductas adictivas sin sustancia, el ciberacoso o los trastornos del comportamiento derivados de la violencia filio-parental y social. Para hacer frente a estos problemas, en la estrategia se introducen recomendaciones tales como la intervención precoz durante los primeros episodios psicóticos, la prevención de malos tratos, violencia sexual, acoso y fracaso escolar durante la infancia, y la lucha contra la discriminación y estigmatización de NNAJ con problemas de salud mental.⁴¹

En el ámbito educativo, la Ley Orgánica por la que se modifica la Ley Orgánica de Educación (LOMLOE) introduce la **educación emocional** de manera obligatoria desde la educación infantil. Por su parte, en la educación primaria, el Real Decreto 157/2022, de 1 de marzo, por el que se establecen la ordenación y las enseñanzas mínimas de la Educación Primaria, reconoce la educación emocional como imprescindible para la formación de los individuos y destaca la incorporación de la interacción entre emociones y sentimientos con valores, creencias e ideas. Por último, en cuanto a la educación secundaria, el Real Decreto 217/2022, de 29 de marzo, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas mínimas de la Educación Secundaria Obligatoria, define a la educación

39. Ministerio de Sanidad. (2025). *Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025-2027*.

40. Ministerio de Sanidad. (2025). *Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027*.

41. Ministerio de Sanidad. (2022). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Período 2022-2026*.

emocional como uno de sus principios pedagógicos.⁴² Es de rescatar que la LOMLOE es la primera normativa en materia de educación que incluye la educación emocional de forma explícita, además como un principio general, lo que ofrece un marco sobre el que desarrollar otras normativas y reglamentos en materia de salud mental infanto-juvenil.

A pesar de este avance en materia de educación, este no es suficiente en relación con las demandas que existen en las entidades de salud mental, las familias, así como en los niños, niñas, adolescentes y jóvenes con problemas de salud mental. En este sentido, cabría implementar una asignatura de educación emocional, adaptada a las necesidades de cada nivel educativo, y que apueste por un modelo de sociedad alejado del individualismo, la competitividad, y de una cultura del éxito, basada en el culto a la imagen y las aspiraciones económicas. Esto implica que las administraciones han de asegurar que se incluya la educación emocional en los programas educativos, formar al profesorado y garantizar que los centros cumplen con la ley evaluando su desarrollo.

Por último, una estrategia a nivel nacional de relevancia es la «Estrategia de derechos de la infancia y de la adolescencia 2023-2030». En el área estratégica orientada a fortalecer el desarrollo integral y equitativo de los NNAJ en un entorno saludable, se plantea la mejora de los protocolos y la visibilidad de los problemas de salud mental en los centros educativos, el desarrollo de una política nacional de salud mental infanto-juvenil y un mayor acceso a servicios y al apoyo psicosocial especializado, coordinado con otras instituciones y de calidad.

Tal como señalan Soto y Salina, quienes realizan un balance de la legislación en materia de salud mental referida a NNAJ, las normativas estatales y autonómicas sobre la salud mental aún no han logrado consolidar estrategias específicas para este sector de la población. Desde su perspectiva, se plantea la necesidad de armonizar el actual ordenamiento jurídico y desarrollar una planificación estratégica que aborde la desigualdad en la atención a la salud mental infanto-juvenil, con diferentes niveles de gobernanza basada en el fortalecimiento de la atención comunitaria y un enfoque basado en derechos.⁴³

42. Domínguez-Martín, R. y Ordoñez-Jiménez, MA. (2025). «Salud mental infanto-juvenil y formación docente: análisis bibliográfico del estado de la cuestión». *Cuadernos de RES PUBLICA en derecho y criminología*. No 05/2025. ISSN: 2990-0697. DOI: 10.46661/respublica.11261.

43. Soto, M y Salina, A. (2023). «Tratamiento jurídico de la salud mental infanto-juvenil en España». *Salud mental infanto-juvenil en el Sistema de Protección de Menores*, 1a ed.

2.3. La atención sanitaria y la coordinación sociosanitaria en el abordaje de la salud mental infanto-juvenil



Como recoge el «Informe mundial sobre salud mental» elaborado por la OMS, el abordaje y la transformación de la salud mental a nivel poblacional depende de la construcción de sistemas y servicios estables que puedan dar respuestas efectivas.⁴⁴ Ello implica la necesidad de compromisos a múltiples niveles, que incorporen a los actores y decisores políticos y a la sociedad civil, y que permitan la construcción de servicios adaptados a las necesidades concretas, basados en enfoques de derechos, dotados de financiación, materiales físicos y profesionales.

Sin embargo, en muchas ocasiones esto no termina de hacerse efectivo. La realidad de los servicios y sistemas orientados al abordaje de los problemas de salud mental en España ha mejorado y evolucionado con el tiempo, pero, a pesar de ello, en muchas ocasiones se advierte una **infradotación de servicios y apoyos, falta de formación y metodologías específicas y adaptadas** y una **presión asistencial** que sobrepasa los recursos disponibles en las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil.⁴⁵

44. World Health Organization (2021). *Comprehensive mental health action plan 2013-2030*. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

45. Salces Rodrigo, M. T. (2023). «La Salud Mental Infanto-Juvenil: Análisis desde una Institución Garante de Derechos». *Cuadernos de Medicina Forense*, 26(26(01)), 41-47. <https://doi.org/10.59457/cmef.2023.26.01.org03>

La organización de los servicios de salud se encuentra descentralizada, es decir, su funcionamiento **depende de cada Comunidad Autónoma**, por lo que se advierte una amplia variedad de sistemas, servicios y apoyos. El acceso a los servicios de salud mental para la población general se produce, en general, a partir de los centros de atención primaria, donde **las personas profesionales de atención primaria suponen un primer filtro a la atención**. En estas instancias, la utilización de **la medicación** como método de abordaje suele ser predominante, especialmente debido a la **sobrecarga laboral y la falta de tiempo y conocimiento** en materia de salud mental. Sin embargo, con el tiempo han ido ganando importancia otras formas de acceso a los servicios como las urgencias y los ingresos hospitalarios. En cuanto a NNAJ, las puertas de entrada parecen ser diferentes, destacando las **unidades específicas de adolescencia** o a través de otras derivaciones.⁴⁶

En los casos en que los problemas no son demasiado graves, las personas suelen ser derivadas a centros o unidades de salud mental. A partir de allí, se producen atenciones coordinadas entre diferentes profesionales. Sin embargo, se aprecian ciertas deficiencias en la atención vinculadas a las **largas listas de espera, la rotación del personal o la frecuencia y duración de las consultas y terapias**. En función de las necesidades de las personas con problemas de salud mental que precisan de atención, los servicios públicos también ofrecen atención psicológica y psiquiátrica, centros y hospitales de día, y centros de rehabilitación.⁴⁷ Sin embargo, tal como se podrá apreciar más adelante, aún restan desarrollar servicios especializados en la atención a la salud mental infanto-juvenil.

Según datos de la Fundación FAD Juventud, el 62,3% de las personas jóvenes que reconocen tener problemas de salud mental han buscado ayuda profesional en algún momento, destacando las **consultas de psicología, el servicio de medicina de cabecera o la psiquiatría**, lo que representa una tendencia al alza a lo largo de los años. También se destaca la **brecha de género** en la manera de abordar los problemas de salud mental, en la medida que mientras que el 40,9% de las mujeres no acude a servicios de este tipo, entre los hombres este porcentaje llega al 34,5%. Tal como se explica en dicho informe, esto se explica porque las mujeres, en mayor medida, tienden a compartir sus malestares psicológicos con su entorno y amistades. Por último, estos datos también señalan la relevancia de los **condicionamientos económicos**, en tanto el 37,8% de las personas jóvenes que no acuden a ayudas profesionales alegan razones de este tipo.⁴⁸

46. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y Fundación Mutua Madrileña (2023). *La situación de la Salud Mental en España*.

47. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y Fundación Mutua Madrileña (2023). *La situación de la Salud Mental en España*.

48. Kuric, S., Sanmartín, A., Ballesteros, J. C. y Gómez Miguel, A. (2023). *Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2023*. Madrid: Centro Reina Sofía de Fad Juventud. DOI: 10.52810.5281/zenodo.8170910

Uno de los problemas de mayor relevancia dentro de los sistemas de atención sanitaria es la **mirada asistencial** que persiste en estos servicios. Al igual que en la mayor parte de los sistemas de provisión pública, el asistencialismo circunscribe la atención a la resolución de problemas puntuales, a combatir enfermedades o facilitar un adecuado crecimiento, pero **no ofrece estrategias de tipo preventivas, de promoción de la salud y un enfoque biopsicosocial**. La ausencia de acciones con enfoques preventivos e integrales (tales como promover la salud de las madres en el periodo prenatal, conocer factores protectores y señales e indicios de alarma, abordar las situaciones de desigualdad social y económica, entre otras) en todos los sistemas, especialmente en algunos de salud y de salud mental, supone una limitación para la atención de NNAJ, en tanto no ofrece soluciones que puedan ser sostenibles a mediano y largo plazo.⁴⁹

Por último, cabe señalar que la coordinación entre los servicios de los diferentes sistemas asistenciales a la salud mental infanto-juvenil, especialmente entre el sistema educativo y los servicios sociales, suele ser deficiente. Sin embargo, hay estudios que muestran que la derivación entre servicios y, especialmente en lo referido a la detección temprana y la confirmación de diagnósticos de algunos problemas de salud mental, funcionan positivamente en los centros de salud y las unidades de salud mental.⁵⁰

2.4. La atención a la salud mental infanto-juvenil en el sistema educativo

En la bibliografía revisada se observa un problema en lo referido a la identificación de los problemas de salud mental y las dificultades emocionales en los entornos educativos. Estas situaciones **suelen detectarse demasiado tarde**, dificultando el abordaje y la eficacia de la intervención, aumentando las secuelas, la morbilidad y la cronicidad de los problemas de salud mental en población infanto-juvenil.⁵¹

49. Salces Rodrigo, M. T. (2023). «La Salud Mental Infanto-Juvenil: Análisis desde una Institución Garante de Derechos». *Cuadernos de Medicina Forense*, 26(26(01)), 41-47. <https://doi.org/10.59457/cmef.2023.26.01.org03>

50. Pérez-Mora, G., Herrera-Rodríguez, J., Alemán-Gutiérrez, M. (2024). «Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y Trastorno del Espectro del Autismo: análisis del grado de coincidencia diagnóstica entre los centros de salud y las unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil». *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. Volumen 41, número 3.

51. PROEMO (2024). *Informe y hoja de ruta 2025 sobre la salud y bienestar emocional en las personas adolescentes y jóvenes*.

En particular, se destaca que **el profesorado no dispone de formación y herramientas rápidas y fiables** para la detección precoz y que existe una falta de recursos, especialmente de tiempo, para poder abordar las necesidades emocionales del alumnado. Además, el sistema educativo encuentra grandes **dificultades en la coordinación con el resto de los sistemas y agentes**, lo que repercute en una mayor dificultad en la detección de los síntomas iniciales. Además, estas limitaciones a la hora de detectar estas problemáticas redundan en una falta de atención a las necesidades y apoyos concretos que puede suponer un límite al ejercicio del derecho a la educación de NNAJ. Esto también ocurre debido a la **falta de personal especializado** en la atención a la salud mental infanto-juvenil en los centros educativos, lo que dificulta más la intervención temprana y la aplicación de enfoques preventivos.⁵²

Todo ello lleva a que, por lo general, se terminen atendiendo solo los problemas más graves y visibles, quedando desatendidos aquellos más incipientes y menos disruptivos en el entorno escolar. A su vez, estos problemas más graves suelen ser atendidos mediante la aplicación de **psicofármacos, algo que suele obturar otros modos de atención** más globales, especialmente en el caso de problemáticas multicausales y complejas.⁵³

En definitiva, encontramos que el ámbito educativo es un espacio donde existe un déficit en la formación en salud mental de todo el personal educativo, desde el profesorado hasta otros perfiles, y donde existe un déficit en profesionales especializados en salud mental infanto-juvenil que permitan el despliegue de medidas de prevención y abordajes no necesariamente medicalizantes.

52. Salces Rodrigo, M. T. (2023). «La salud mental infanto-juvenil: análisis desde una institución garante de derechos». *Cuadernos de Medicina Forense*, 26(26(01)), 41-47. <https://doi.org/10.59457/cm.f.2023.26.01.org03>

53. PROEMO (2024). *Informe y hoja de ruta 2025 sobre la salud y bienestar emocional en las personas adolescentes y jóvenes*.



3. Resultados



3.1. Diagnóstico del estado de salud mental de la población infanto-juvenil

3.1.1. Prevalencia y casuística de los problemas de salud mental en población infanto-juvenil

En la presente sección, se analizan distintas dimensiones y ámbitos de la sociabilidad infantil y juvenil para entender la multiplicidad de elementos que enmarcan y explican la emergencia de problemas de salud mental en estos grupos sociales. En cada uno de los subapartados se analiza el **impacto** que estas situaciones tienen en los distintos **ámbitos que transitan**, en sus vínculos de **sociabilidad entre pares** y en **la relación con el mundo adulto**. Esto ha sido abordado desde una perspectiva interseccional, es decir, considerando una multiplicidad de realidades y perfiles atravesadas por las desiguales posibilidades que ofrecen la clase social, el género, la edad y la nacionalidad, entre otras dimensiones.

Para llevar esto adelante, combinamos la mirada de las personas especialistas entrevistadas, las profesionales de salud mental, de las propias juventudes e infancias con las que trabajamos y sus familias. Aquí reconstruimos esas experiencias para comprender cuáles son los factores que potencian estas situaciones, como también aquellos que pueden contribuir a prevenirlas. En particular, esta sección del informe se concentra en el análisis de cuatro dimensiones que cobraron importancia a lo largo del trabajo de campo: i) la necesidad de contemplar la **realidad de los entornos familiares**, especialmente allí donde hay escasez de recursos económicos; ii) las dificultades de NNAJ en los **entornos escolares**; iii) las exigencias y los impactos de los contenidos que circulan en **redes sociales**; y iv) los efectos que ha producido la **pandemia** en la salud mental infanto-juvenil.

La precariedad en los entornos familiares

Las condiciones materiales de las familias son cruciales para entender los problemas de salud mental en NNAJ. Se identifican tres elementos clave: las **condiciones socioeconómicas y laborales de los padres**, las condiciones de **vivienda y del entorno**, y la **composición familiar**.

En primer lugar, tanto las personas profesionales de la red asociativa SALUD MENTAL ESPAÑA como las expertas consultadas coincidían en señalar que **las bajas rentas y la precariedad laboral** favorecen el desarrollo y la mayor prevalencia de problemas de salud mental en NNAJ. Por ejemplo, una persona experta indicaba que las situaciones de **soledad no deseada** entre infancias y juventudes se explican, en buena medida, por las exigencias de las necesidades económicas que atraviesan las familias:

“ Fíjate si hablamos de la soledad. Yo te diría que tenemos alumnos (...) que salen de la escuela (...) llegan a sus casas y no hay nadie. ¿Por qué no hay nadie? No porque no tengan madre, padre o familia, sino porque esos padres y madres están trabajando, (...) necesitan trabajar dos personas para conseguir un sueldo que permita salir adelante (Experta en salud mental infanto-juvenil). ”

En complemento con lo señalado por esta especialista, otra persona experta entrevistada contextualiza estas situaciones en el marco del propio proceso de desarrollo de los/as niños/as:

“ Cuando hablamos de soledad no deseada pensamos en los abuelitos y las abuelitas, (...) pero el otro grupo de edad que puntúa más son los niños, sobre todo entre 11 y 12, preadolescentes, adolescentes. Yo empiezo el insti, de golpe soy mayor (...). Es un momento evolutivo muy fuerte (...). «Vete para el insti ocho horas seguidas, a comer a las tres de la tarde, y a estar solo hasta las cinco o seis, pero no te lées con Internet que Internet es muy malo», ¿no? (...) Las estructuras precarias de trabajo hacen que las familias no estén pudiendo tener espacios para acompañar a sus hijos e hijas (Experta en salud mental infanto-juvenil). ”

Se advierte en estos testimonios que las posibilidades de prevenir y abordar problemas de salud mental en NNAJ están fuertemente atravesadas por condiciones desiguales mediadas por la situación económica y la clase social de las familias. La soledad no

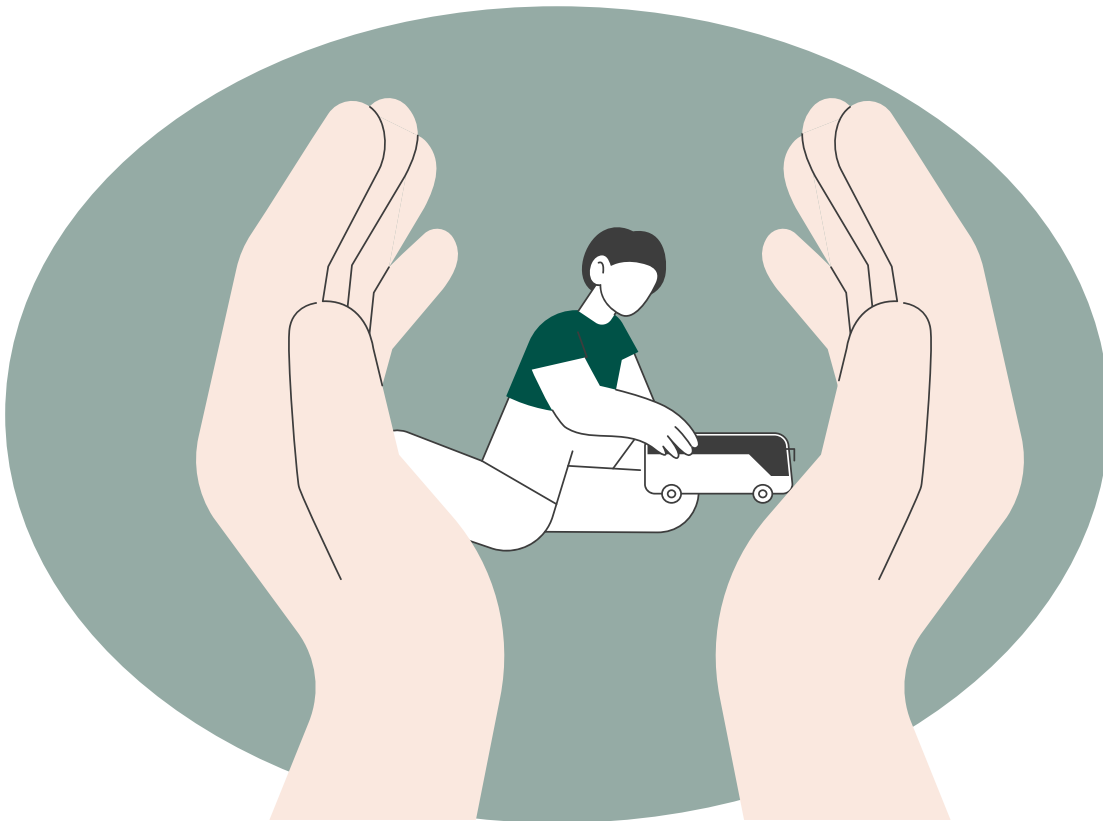
deseada, lejos de tratarse de un asunto individual o propio de la personalidad de las juventudes, puede explicarse a través de **dimensiones estructurales** como son aquellas vinculadas al mercado laboral.

Este tipo de explicaciones también circulaban entre algunos grupos de familias. Por ejemplo, una de las madres participantes explicaba de qué manera las situaciones de precariedad se conjugan con **imperativos sociales que exigen laboral y económicamente a las familias.**

“

Yo pienso que la sociedad que tenemos es una sociedad rodeada de estrés, de ansiedad, de dedicarnos solamente a poder trabajar, ganar dinero, intentar salir adelante. Y hemos perdido ciertos valores, por ejemplo, como el disfrutar con los niños, que se diviertan y que no estén todo el día con una pantalla o que estén tranquilos en un sillón sin darle la lata a los padres, y jugar con ellos, o que jueguen con otros niños, que nos relacionemos entre nosotros (GD familias).

”



Como se puede reconocer en este testimonio, esta mujer también reconocía la existencia de determinantes socioeconómicos que dificultan el acompañamiento de las familias. Sin embargo, a diferencia de las especialistas consultadas, se aprecia cierta **responsabilización sobre las familias**, algo que puede advertirse en una supuesta pérdida de «valores». La imposibilidad de pasar tiempo con los/as hijos/as o acompañar en el estudio puede traducirse en **sentimientos de culpa o vergüenza**, una sensación de no estar a la altura de lo que se espera de una «buena» crianza. Sobre esto se volverá más adelante en este mismo informe, pero cabe destacar que esta responsabilización también suele presentar **sesgos de género**, en la medida que es entre las madres sobre quienes suele recaer con mayor peso este tipo de señalamientos.

A la hora de revertir prejuicios y estigmas —que recaen tanto sobre las personas que sufren problemas de salud mental como sobre sus entornos próximos— será necesario **discutir estos imperativos morales** de responsabilización que son asumidos, en muchos casos, por las propias familias. No se trata tanto de distinguir entre familias «buenas» o «malas» o «responsables» e «irresponsables», sino de comprender las condiciones estructurales —sociales, culturales, económicas y políticas— que favorecen o limitan las posibilidades de dedicación y acompañamiento de NNAJ. En otras palabras, es preciso reconocer las desiguales posibilidades que tienen las familias, de acuerdo con su clase social de pertenencia, a la hora de ocuparse de sus hijos/as.

La clase social también está marcada por las **condiciones habitacionales y del entorno** en el que viven las familias. Sobre esto se pudo conversar tanto con las familias y las personas expertas consultadas, así como también con los/as niños/as que participaron en uno de los grupos de discusión realizados. A raíz de las dinámicas propuestas con este grupo, relataron situaciones y dinámicas familiares que exhibían limitaciones y restricciones en sus viviendas, como compartir habitación con progenitores que usan el teléfono hasta altas horas de la noche, impidiendo el descanso. Las limitaciones espaciales de los hogares, algo que se traducía en condiciones más o menos agudas de hacinamiento, eran sumamente relevantes para entender los contextos en los que se puede desarrollar algún tipo de problema o trastorno mental.

Asimismo, el entorno en donde residen las familias también resulta importante a la hora de evaluar las posibilidades de prevenir y atender problemas de salud mental infanto-juvenil. En una de las entrevistas realizadas, una experta entrevistada señalaba las dificultades de acceso a servicios de este tipo en entornos rurales:

“ La ruralidad genera aislamiento y un alejarse de los recursos que te pone en desventaja con respecto a la recuperación. Ahí las asociaciones que se están moviendo hacia el área rural o tienen programas una vez al mes o una vez cada 15 días (...) son absolutamente necesarias porque lo público no llega o no llega de forma tan inmediata. Y luego está el sector privado, que sí, pero tienes que poder pagártelo (Experta en salud mental infanto-juvenil). ”

En estos entornos no solo existe una fuerte limitación en el acceso a los recursos, algo que acrecienta las **desigualdades** entre quienes pueden acceder al servicio privado y quienes no, sino también marcadas **dificultades de conectividad**. Así lo explicaba una persona experta entrevistada:

“ Es que a veces hay cosas como, por ejemplo, el tema del transporte. Es que es todo tan transversal. (...) si tú necesitas coger un autobús que viene cada dos horas para ir a visitar al CESMA [Centro de Salud Mental de Adultos] o, es igual, para seguir al servicio de rehabilitación comunitaria cada día... (Experta en salud mental infanto-juvenil) ”

Como se observa en estas apreciaciones, el **entorno de residencia** —ya sea rural o urbano— es una dimensión de suma relevancia para comprender las posibilidades diferenciales que las familias tienen a la hora de prevenir y abordar problemas de salud mental. La **accesibilidad a servicios, recursos e información** se ve seriamente afectada en los entornos rurales, especialmente entre aquellos más pequeños en donde resulta necesario realizar desplazamientos hacia municipios más grandes.

Por último, interesa señalar un punto en torno a **la composición y el perfil de las familias** como variables que inciden en la prevalencia de problemas de salud mental en jóvenes e infancias. El grupo realizado con niños y niñas expuso situaciones conflictivas en el seno de los hogares que generaban sentimientos de malestar entre quienes participaron de este encuentro. Los hogares eran valorados como espacios de intimidad y, en general, familiares como padres, madres, tíos, tías y abuelas, eran señaladas como personas significativas en sus vidas. Sin embargo, la casa era un espacio que provocaba emociones diversas, tal como se puede apreciar en la siguiente imagen:

las familias. Tal como relataba un participante del grupo realizado con jóvenes, el acompañamiento y la escucha familiar resultan decisivos a la hora de abordar algunas de estas problemáticas:

“ Yo cuando me vino lo de la psicosis, bueno, lo de la esquizofrenia... tuve bastante suerte en el sentido de que al menos me lo veía mi padre. Siempre estaba preocupado y preguntándome: «¿estás bien?, «¿te pasa algo?». Porque él me oía hablar solo en la habitación. Y un día, pues fuimos al hospital y tal. (...) Me ingresaron y dieron con lo que tenía. Yo creo que tuve mucha suerte con la situación en que estuvieran cerca de mí, «¿qué tal estás?», eso es de agradecer (GD jóvenes). ”

Este verbatim destaca la importancia del **apoyo familiar en la detección y atención** de problemas de salud mental. El testimonio subraya el papel crucial del padre, cuya escucha y atención fueron determinantes para abordar sus dificultades.

Desde el punto de vista de algunas personas participantes en el grupo de familias, los problemas de salud mental tenían mayores posibilidades de desarrollo en el seno de **familias «desestructuradas»**. De esta forma lo planteaba una de las participantes:

“ Yo creo que esta problemática la tienen todavía más las familias que están desestructuradas, (...) me pongo en el límite de estas familias incluso que... pues que también necesitarían esta formación de padres, esta formación de apoyo muy inmediato porque ellos mismos tampoco saben. Y entonces, realmente estos niños y estos adolescentes ya están todavía peor (GD familias). ”

Como se puede apreciar, sobre la familia recaían expectativas que las posicionaban como espacios determinantes en la protección de la salud mental de NNAJ. **El ideal de la familia «estructurada» parecía ser un horizonte deseable** para algunas participantes que la imaginaban como un ámbito necesario de cuidado y prevención. Tal como se apreciaba anteriormente, sobre la familia recaían **demandas e imperativos morales** que trazaban mandatos y expectativas.

De todas formas, las expertas consultadas propusieron matizar estas posiciones. Por ejemplo, una persona experta introducía interrogantes para pensar el papel de las familias en el cuidado de la salud mental de NNAJ:

“

No quisiera caer en la idea de que la familia es un factor protector. La familia es un factor en interrogante. Yo no sé si la familia es un factor protector. Depende para quién (...) muchos programas los diseñamos desde «vamos a trabajar con las familias, vamos a adaptar a los padres». A veces el trabajo terapéutico está en cómo ayudamos a este niño a sobrevivir a esta familia (Experta en salud mental infanto-juvenil).

”

Señalaba que esto solía ocurrir especialmente en el caso de jóvenes con problemas de adicciones, algo que en ocasiones también se reproduce entre otros/as integrantes de las propias familias. Desde este punto de vista, entonces, **evaluar a las familias a partir del ideal de la familia «estructurada» puede resultar perjudicial a la hora de diseñar estrategias de abordaje**. Por lo general, las dificultades que experimentan las familias se explican a partir de condicionantes socioeconómicos y contextuales.

Otra experta también puntualizaba en otro elemento a considerar, como es la necesidad de establecer **mecanismos de conciliación** que a la vez que garanticen los derechos de cuidado de NNAJ, también preserve el derecho al trabajo, al desarrollo profesional y al tiempo libre de padres, madres y familiares que se encargan de los cuidados:

“

En un momento social en el que las personas, independientemente de su género, tenemos derecho a realizar un desarrollo profesional... (...) sea la madre, el padre, hermanos también tienen derecho a desarrollar esa fase de sí mismos, pero de alguna manera, el hecho de que no hay una posible conciliación, de que a nivel social no generemos una conciliación real, hace que muchos niños y adolescentes lleguen a casa y estén solos (Experta en salud mental infanto-juvenil).

”

Lo que señala resulta de relevancia en la medida que puntualiza un aspecto poco tematizado, como es la **necesidad de padres y madres de conciliar distintos aspectos de sus vidas**. Las demandas de cuidado y atención que recaen naturalizadas sobre las familias muchas veces colisionan con las exigencias del mercado laboral y las expectativas sociales ligadas a la productividad. Esto requiere soluciones de largo alcance que busquen **desafiar los imperativos productivistas**, así como **garantizar un compromiso colectivo y comunitario** en las tareas de cuidado y acompañamiento de NNAJ.

En síntesis, el trabajo con las familias resulta primordial a la hora de abordar los problemas de salud mental infanto-juvenil, pero este enfoque debe contemplar su realidad contextual y aquellos condicionamientos que influyen en las posibilidades de acompañamiento, escucha y atención.

La escuela: la gestión de las emociones, el etiquetamiento y el bullying

El trabajo de campo destaca la escuela como un espacio crucial para abordar los problemas de salud mental en NNAJ, donde los estudiantes no solo adquieren conocimientos, sino también desarrollan habilidades sociales y valores. A pesar de ser un entorno generalmente positivo, la escolarización puede generar incomodidad y malestares en algunos y algunas estudiantes, lo que subraya la importancia de la escuela en la **identificación y prevención** de estos problemas de salud mental. El trabajo realizado con niños y niñas fue sumamente importante para conocer, de primera mano, sus vivencias en la escuela. En ese sentido, el trabajo con emociones permitió reconocer aspectos puntuales de esa experiencia. Durante esa actividad, introdujeron las siguientes emociones que solían experimentar en el entorno del aula:

Ilustración 3. Las emociones en el aula (Fotografía del grupo con niños/as)



Conocer los sentimientos que circulan y expresan los niños y niñas resulta de importancia en la medida que revela, en muchos casos, cómo funcionan los vínculos en las clases, y de qué modo se viven las jerarquías y desigualdades escolares. Por ejemplo, en el caso de las niñas participantes, la **vergüenza** fue señalada como una emoción que emergía en determinadas situaciones tal como es el momento de tener que exponer algún tema delante del resto de la clase. En palabras de una de las niñas participantes, este tipo de situaciones solía paralizarla o, tal como expresó, «me quedo quieta». La vergüenza es una emoción interesante en su dimensión social, dado que emerge cuando se experimenta un sentimiento de no estar a la altura de la norma y las expectativas sociales, algo que se condensa en la mirada —real o imaginaria— de los/as otros/as (de profesores/as y compañeros/as). La vergüenza no solo revela la imposición de la norma, sino también el compromiso que estos niños y niñas tenían con esta (lo que ocurre en la escuela, exponer ante el resto o el juicio de sus docentes resulta relevante). Desde una perspectiva interseccional, que contemple la multiplicidad de dimensiones sociales y culturales que componen estas experiencias vitales, es posible reconocer que este sentimiento se expresa de forma más acentuada entre personas que no se reconocen como integrantes legítimos/as de estos espacios, como puede ser el caso de las niñas migrantes (en el caso de una de ellas, también se trataba de una persona racializada) que participaron en el estudio.

Entre estos niños y niñas, las clases también generaban **ansiedad**, especialmente cuando llegaban los exámenes. En ese momento, explicaron durante la actividad que suelen estudiar y hacer los deberes solos/as, sin ayuda ni acompañamiento de sus familias. En general, se trataba de estudiantes que obtenían buenas calificaciones, pero este sentimiento de ansiedad se puede interpretar como un síntoma de cierta angustia, probablemente derivado de las situaciones familiares ya relatadas.

La **identificación y gestión de estas emociones** pareciera ser un aspecto clave a la hora de prevenir potenciales problemas de salud mental. Así lo expresaba uno de los participantes en el grupo de jóvenes:

“ A nivel de educativo, yo creo que desde jóvenes nos deberían explicar mejor las emociones porque a veces... por ejemplo, a mí, el brote... la esquizofrenia, pues nos cuesta bastante expresar lo que sentimos. Nos cuesta bastante decir cómo nos sentimos (GD jóvenes). ”

Desde el punto de vista de este participante, en las escuelas deberían hacerse mayores esfuerzos de inversión (de tiempo y recursos) en educación emocional para elaborar y

transmitir estrategias para comunicar sentimientos. Esto pareciera ser decisivo como mecanismo de prevención.

De todos modos, cabe señalar la importancia de elaborar **mecanismos colectivos** que favorezcan la administración de estas emociones. En otras palabras, la gestión de las emociones no puede restringirse a cada niño/a o joven, sino que debe pensarse en el marco de una **redefinición de las normas, las exigencias, las jerarquías y la disciplina escolar**, así como a la construcción de **espacios de confianza** en donde puedan ser expresadas y pensadas.

Durante la sesión de trabajo realizado con niños y niñas, el ámbito del aula contrastaba con la alegría y la felicidad que generaba el patio del colegio. Tal como recreaban los/as participantes, este era un lugar de encuentro con amistades, de jugar y compartir chismes. Aun así, también se recrearon algunas situaciones conflictivas atravesadas por recuerdos de situaciones de bullying con pares. En particular, la niña que comentó esta situación contó que para detener las agresiones que sufría tuvo que hablarlo con su familia. A partir de la intervención familiar en el colegio, las situaciones de este tipo fueron mermando. Esto contrastaba con el escaso acompañamiento familiar que se podía observar al momento de estudiar o hacer los deberes (una labor cotidiana que requiere de más disposición y tiempo, y que revela con mayor énfasis las características de las condiciones de vida que una cuestión de interés o voluntad).

En efecto, las situaciones de acoso escolar o *bullying* son de suma relevancia para comprender las condiciones que pueden favorecer sentimientos como la ansiedad, el miedo o la vergüenza. **Esto es algo que no solo sufren directamente NNAJ implicados/as, sino también las familias**, tal como relataba una de las madres participantes en uno de los grupos de discusión:

“

Mi hija tiene dislexia y TDA, pero con impulsividad. Ella desde pequeña tuvo problemas en el colegio. Primero porque empezó con 20 % de visión en un ojo y 80 % en el otro. Siempre la trataron de tontita, de la que no se enteraba, la que esto, lo otro. Lo típico. Toda su trayectoria fue sufriendo bullying, intentos de tocamientos y cosas de estas en el colegio (GD familias).

”

Este testimonio revela la persistencia de vínculos atravesados por situaciones angustiantes de violencia, pero, sobre todo, **cierta incapacidad de los colegios** de abordar situaciones de este tipo y atenderlas a lo largo del tiempo. Este tipo de situaciones son algo que, a la vez, adquieren otra complejidad al situarse no solo en el contexto escolar, sino también

en otros espacios de sociabilidad infantil y juvenil, tal como ilustraba una de las madres participantes en uno de los grupos:

“ Por una parte, el colegio es muy importante, estoy totalmente de acuerdo que hace falta más formación, más apoyo, más recursos, etcétera. Pero la mayor parte del tiempo es fuera del colegio. En el caso de mi hijo, el bullying no lo sufría dentro de las aulas ni dentro del espacio del colegio, sino luego, fuera (...) en espacios de juegos o de lo que sea, en las calles, en las redes. O sea, el espacio físico donde se producen las agresiones o intentos de abusos sexuales no suele ser el colegio (GD familias). ”

Ante esta variabilidad de ámbitos en los cuales se perpetúan las agresiones y conflictos, la escuela pareciera tener una responsabilidad mayor, en tanto espacio pedagógico en donde se podrían revertir o trabajar estas situaciones.

A la vez, las instituciones educativas han evolucionado en su papel desde la segunda mitad del siglo xx en respuesta a la masificación escolar, especialmente en la educación secundaria, lo que les atribuye una **responsabilidad social**. Esta transformación deviene de la inclusión de una gran diversidad de perfiles estudiantiles, reflejando diferencias en clases sociales, expresiones de género y etnias, entre otras. Esta diversidad también ha propiciado una mayor visibilización de niños, niñas, adolescentes y jóvenes con problemas de salud mental. Una de las madres que participó en uno de los grupos de discusión con familias, lo planteaba así:

“ Ahora contamos en el aula... si son 25 alumnos, seis o siete niños tienen problemas de concentrarse, problemas de impulsividad, problemas de muchísima frustración (GD familias). ”

Diversos comportamientos, otrora señalados como «desviados» o «anormales», son recogidos en la escuela generando nuevos desafíos para las autoridades escolares y el profesorado. A la vez, esto es algo que ha ganado importancia a partir de la experiencia de la pandemia del COVID-19, como se podrá apreciar más adelante. Sobre el rol que la escuela debe adoptar ante estas situaciones emergentes se volverá en páginas posteriores, cuando se analice el estado de los distintos servicios públicos en la atención de la salud mental infanto-juvenil.

Exigencias y ansiedad en las redes sociales



Tal como fue señalado en la introducción del presente informe, las infancias y juventudes contemporáneas se ven expuestas a demandas de diversa índole vinculadas a **mandatos en torno a la belleza, el culto al cuerpo, la productividad o el éxito**. De un tiempo a esta parte, estas exigencias se han visto potenciadas por un proceso acelerado de **digitalización de la sociabilidad** mediante la masificación de internet y las redes sociales. Una experta advierte desplazamientos en los tipos de demandas que se suelen encontrar en las consultas vinculadas a jóvenes:

“

Las familias normalmente consultan, sobre todo, [a entidades] del tercer sector (...) Se pide mucha más ayuda por tema de consumo de pantallas, por adicción al videojuego, internet y redes sociales que, por sustancias, como en décadas anteriores (Experta en salud mental infanto-juvenil).

”

Esta especialista destacaba la importancia de contemplar los desafíos existentes en un contexto de «máxima digitalización». Desde su perspectiva, los espacios de sociabilidad que ofrecen las redes sociales —y la cantidad de prescripciones que imponen las nuevas tendencias, las modas y los/as *influencers*— cobran importancia, en especial, **en un momento en donde «los chavales están muy solos»**. En otras palabras, para comprender la adherencia que las redes sociales tienen entre NNAJ es necesario prestar

atención, nuevamente, a qué es lo que acontece en sus **entornos de pertenencia**, ya sean familiares, barriales o educativos.

Estos momentos de soledad frente a las pantallas, de ingreso a las redes sociales de manera ajena a una mirada adulta o responsable que pueda **acompañar, sugerir lecturas y promover apropiaciones críticas** de los productos que allí circulan, deja expuestos/as a NNAJ a lidiar con exageradas demandas y situaciones de violencia de distinto orden.

“ Tú en redes puedes seguir gente de todo tipo, o sea, sabemos que hay personas que te dicen «pues mira, sigue la dieta de no sé qué, porque con esto...». Pues imagínate si yo soy adolescente, quiero modificar mi cuerpo, no estoy contenta y empiezo a seguir esa influencer, que a lo mejor no la sigo yo, pero es que la sigue mi entorno cercano (...). Hay muchos temas de los que hablamos en el entorno educativo, ya no solamente de acoso, estamos hablando de *sexting*, de *grooming* (Experta en salud mental infanto-juvenil).

”

Las redes sociales replican dinámicas relacionales existentes en otros espacios como el escolar, lo que genera **desafíos en la regulación y control** de situaciones que afectan a la salud mental de los NNAJ, especialmente derivado por la falta de mecanismos de supervisión. Por ello, se subraya la necesidad de la escuela como un entorno intergeneracional que facilite el intercambio y la reflexión sobre las interacciones juveniles en el contexto de las redes sociales.

Sobre esto también era enfática una persona experta entrevistada, quien recalca de qué modo las redes potencian cuadros de ansiedad:

“ A nosotros lo que nos transmiten es que estamos en un contexto en el que están pasando muchas cosas, mucha incertidumbre. El tema de la crisis climática, el tema de las nuevas tecnologías. Corre la información, y mucha, por desgracia, es información poco fiable, distorsionada, ¿no? (...) Los conflictos bélicos, las crisis migratorias. Esta sensación de un futuro poco esperanzador (Experta en salud mental infanto-juvenil).

”

Como se aprecia en este testimonio, se reconoce entre las demandas de NNAJ y sus familias la necesidad de **trabajar sobre la información y los estímulos que son producidos y compartidos en los ámbitos digitales**. La información que circula en redes sociales, muchas veces distorsionada, exacerbada y, fundamentalmente,

descontextualizada, termina potenciando sentimientos de **angustia, estrés y ansiedad**. En este sentido, la expresión «ansiedad climática» —entendida como un sentimiento provocado por las vicisitudes desencadenadas por el cambio climático— resulta un ejemplo sintomático del modo a través del cual las nuevas generaciones procesan sus legítimas preocupaciones.⁵⁴ De este modo, **la incertidumbre, las dudas y los miedos sobre el futuro** parecieran ser elementos de relevancia para comprender la emergencia de los problemas de salud mental entre esta población en particular. Resulta decisivo **problematizar y contextualizar** las distintas situaciones de crisis que se viven hoy a escala planetaria como una forma de contribuir a la gestión de los sentimientos que disparan.

A lo largo de las conversaciones con las expertas, la **pornografía** también fue señalada como un consumo problemático, en la medida que introduce **normas, estándares y expectativas** que pueden resultar opresivas para muchas personas y, en particular, para NNAJ.

“

Curiosamente estamos empezando a percibir una visión retrógrada en cuanto a la cuestión de las relaciones íntimas sexuales y sentimentales entre las personas (...). Por una parte, tenemos toda esta corriente de género fluido, del poliamor, de abrirse a otras opciones. Pero también tenemos una especie de retroceso de visiones como muy antiguas (...). Tenemos que pensar que también tenemos la pornografía al acceso de edades muy jóvenes (...). Porque tan pronto se tiene un móvil (...) ya tienes acceso a conductas que no son ni reales, ni necesariamente deseables (...). Creo que es un tema del que no somos conscientes (Experta en salud mental infanto-juvenil).

”

Desde este punto de vista, se aprecia que, entre la infancia y la juventud contemporánea, circulan sentidos y representaciones contrapuestas en torno a los géneros y las sexualidades. Tal como comentaban las especialistas, es en el ámbito de internet y las redes sociales en donde estas disputas se materializan.

Los **imperativos normativos en torno a la masculinidad y la feminidad** —algo que se puede identificar en las versiones más tradicionales y comerciales de la pornografía o en las exigencias en torno a la belleza y las relaciones sexoafectivas que promueven *influencers* y celebridades— componen un complejo entramado que ejercen distintos tipos de presiones sobre NNAJ. Sin embargo, las expertas advertían que estas exigencias

54. Salguero, R. B., Bogueva, D., y Marinova, D. (2024). Australia's University Generation Z and Its Concerns about Climate Change. *Sustainable Earth Reviews* 7(1). doi: 10.1186/s42055-024-00075-w.

no repercuten del mismo modo entre hombres y mujeres jóvenes. En palabras de una experta, «si es un chico o una chica reaccionan de manera muy diferente». En concreto, en el caso de las mujeres jóvenes, esta experta señalaba:



En las niñas, a partir de los ocho o nueve años, su estado de salud mental subjetiva es menor por dos motivos. Primero, por la insatisfacción corporal. Por el tema de la violencia estética, ellas ya saben que su cuerpo no es bonito, que es feo y que podría ser mejor. (...) Y el segundo dato es muy fuerte, es la posibilidad de vivir una situación de violencia. El hecho de que yo vaya por la calle, o sea, el saberse posible víctima de una situación de violencia por ser niña. Esto ya impacta en su salud mental a partir de los nueve años (Experta en salud mental infanto-juvenil).



De esta forma, la experta explicaba de qué modo diferencial estas exigencias afectan a niñas y niños. Tal como señalaba, la **persistencia y reproducción de roles tradicionales de género** que circulan en muchos consumos culturales y digitales afecta de manera decisiva en la forma en que los NNAJ se perciben a sí mismos/as, se vinculan con otros/as, y se mueven y expresan en el espacio público. Esta dimensión resulta fundamental para comprender las razones y dimensiones que explican, siempre en el marco de un entramado multicausal, la prevalencia de problemas y trastornos de salud mental entre NNAJ.

Por último, debemos apuntar que el **impacto de los contenidos en redes sociales sobre infancias y juventudes no es directo ni lineal**, sino que es dependiente de contextos específicos como el entorno familiar, educativo y factores socioculturales, incluyendo clase social, género y etnicidad, entre otros. Estas dimensiones resultan claves para entender cómo se experimentan distintas situaciones señaladas a lo largo de este apartado, cómo se perciben y experimentan presiones sociales, los usos de redes y las expectativas futuras.

En todo caso, **será necesario preguntarse por qué estos contenidos se vuelven atractivos para NNAJ**, es decir, cuáles son las razones y los elementos contextuales que hacen que para NNAJ sea verosímil y seductor adscribir y reconocerse en esta serie de mandatos y demandas.

La pandemia como punto de inflexión: entre el incremento de diagnósticos y las tasas de suicidio y la mayor visibilización pública

Tal como se señaló al inicio de este informe, **la pandemia del COVID-19 ha sido un punto de inflexión** a la hora de entender y abordar la salud mental infanto-juvenil. Entre las personas que participaron en el estudio, la pandemia era entendida en dos sentidos: por un lado, como un **catalizador de los problemas de salud mental** entre infancias y juventudes y, por el otro, como un momento que ha contribuido a **visibilizar las problemáticas** que afectan a esta franja de la población.

En cuanto al primer punto señalado, esto fue verbalizado por las familias durante los grupos de discusión. Por ejemplo, una de las participantes explicaba de este modo los efectos que la pandemia provocó:

“

A partir de la pandemia mi hijo ya no fue el mismo. Mi madre faltó en la pandemia, no por COVID sino por la edad y porque no les hicieron caso a las personas mayores. Desde la muerte de su abuela él no levantó cabeza. Empezó el tema del consumo. (...) Y bueno, pues en vista... acabó el grado medio y empezaron los brotes. Primero poquito. Durante el tiempo de la pandemia, la postpandemia, que íbamos con mascarillas y todo eso, empezamos a ir a una psiquiatra privada (GD familias).

”

Este joven, que empezó con problemas de concentración, hiperactividad y un diagnóstico de TDAH a una corta edad, **vio potenciados sus síntomas a partir de las dificultades provocadas durante los períodos más restrictivos del aislamiento**. La angustia y la incertidumbre generadas durante esos momentos, así como la pérdida de seres queridos, exacerbó sus problemáticas. A partir de allí, comenzó un recorrido, con ingresos y salidas constantes, asistiendo a distintos servicios de asistencia a la salud mental, tanto públicos como privados.

Otra de las madres participantes narraba del siguiente modo los efectos que la pandemia tuvo sobre su hija:

“

Hice todo lo posible porque estuviera en contacto con sus amigos, pero la chica empezó a aislarse. Y vino el confinamiento. Eso le puso la puntilla. Todavía teníamos parte de confinamiento cuando empezó a autolesionarse. Yo entré en pánico porque su padre me culpó, que yo era responsable (GD familias).

”

Como se aprecia en este testimonio, la experiencia de la pandemia fue determinante no tanto por haber desencadenado nuevas problemáticas, sino por haber exacerbado las existentes, incluso llegando al punto de acudir a intentos autolíticos. A la vez, esto también tuvo **repercusiones en las propias familias**, cuestión que se desarrollará con mayor profundidad más adelante.

Para la gente joven, habituada a salir y desplazarse, la pandemia fue especialmente dañina en tanto se vio **cercenada la posibilidad del encuentro con otros/as, de realizar actividad física, de asistir a las instituciones educativas y utilizar los espacios públicos**, entre distintas actividades. Como señalan estudios especializados, el confinamiento ha tenido efectos negativos sobre la salud mental y también física de NNAJ, tales como trastornos por estrés postraumático, la experiencia del duelo y la exacerbación de sentimientos de ansiedad y depresión.⁵⁵ Entre este grupo de la población, estos síntomas



55. Paricio del Castillo, R., y M. F. Pando Velasco. 2020. «Salud mental infanto-juvenil y pandemia de COVID-19 en España: cuestiones y retos». *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 37(2):30-44. doi: 10.31766/revpsij.v37n2a4.

han tenido incluso mayor prevalencia que entre las personas que sufrieron directamente la infección o que integraban los grupos considerados «de riesgo» (como son las personas mayores o aquellas con antecedentes clínicos).⁵⁶

Así como la pandemia amplificó los problemas de salud mental entre este sector de la población, también resultó de importancia a la hora de **visibilizar esta problemática en la discusión pública**. Con respecto a esta cuestión, uno de los padres que participó en el estudio, comentaba:

“Agradezco a la pandemia (...). Yo le agradezco que [la salud mental] está saliendo del armario. (...) Está saliendo del armario lo que es los trastornos mentales, lo que es el suicidio (...). Yo creo que cada vez se habla más de salud mental, de trastorno mental, la gente se avergüenza menos de decir que tiene un problema en casa. El estigma, en mi experiencia, se va como un poquito diluyendo (GD familias).”

De esta manera, este participante puntualizaba temáticas que han ganado importancia en las agendas de discusión pública durante los últimos años, como es el caso de las **acciones y pensamientos suicidas y autolesivos**. Esta problemática demanda estrategias de prevención e intervención urgentes dado que se advierte su marcado crecimiento en adolescentes y jóvenes entre 12 y 29 años, algo que la llevó a ser la principal causa de muerte en esta franja poblacional entre 2019 y 2021.⁵⁷ Si bien se advierte un crecimiento de este fenómeno a partir del año 2018, estas situaciones se han incrementado notoriamente tras la pandemia.⁵⁸ La magnitud que ha adquirido esta problemática ha llevado a que el Plan de acción para la prevención del suicidio (2025-2027), elaborado por el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España, incorpore líneas específicas de actuación para la población infanto-juvenil en articulación con centros educativos y servicios sociales.⁵⁹ A

56. Valiente, C., Carmelo Vázquez, V. P., Contreras, A., Trucharte, A., Bentall, R., y Martínez, A. (2020). *Síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático el COVID-19: prevalencia y predictores. estudio nacional representativo de las respuestas de los de España ante la crisis de COVID-19: Respuestas Psicológicas*. Universidad Complutense de Madrid. <https://www.ucm.es/inventap/file/vida-covid19--informe-ejecutivomalestar3520-final-1>

57. Pérez Diez, I., Arias Rodríguez, P., Sánchez Carro, Y., & de la Torre Luque, A. (2023). Evolución del suicidio en España en población infanto-juvenil (2000-2021). *Ciber-SAM-Universidad Complutense de Madrid*. <https://www.ucm.es/suicidio-primera-causa-de-muerte-en-jovenes>

58. INE (2022). Estadística de defunciones según la causa de muerte. Disponible en: <https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=EstadisticaC&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175>

59. Ministerio de Sanidad. (2025). *Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025-2027*.

su vez, el suicidio ha sido señalado como un aspecto prioritario a ser tratado de parte de las profesionales de la red asociativa SALUD MENTAL ESPAÑA que participaron en la presente investigación.

Por su parte, las expertas consultadas también señalaban la importancia de la pandemia, siendo el momento a partir del cual las problemáticas de salud mental empiezan a visibilizarse con mayor énfasis:

“ **Todavía estamos sufriendo las consecuencias de la pandemia que, sobre todo, para adolescentes y jóvenes, fue un momento duro. Un momento en el que tú necesitas la ayuda... de lo que no tienes es ganas de estar con tus padres, tienes ganas de estar con tus amigos y amigas (...). Pero, sea como sea, creemos que sí, que ayudó a poner un poco más el foco en la salud mental (Experta en salud mental infanto-juvenil).** ”

El incremento de diagnósticos y la tensión que esto significó para el sistema sanitario público evidenció la extensión que esta problemática ha tenido en la población y, en especial, entre NNAJ y se empieza a extender como una temática en la que es posible hablar con **menos tabúes, estigmas y vergüenza**.

Esta percepción es refrendada también por estudios que han señalado la mayor circulación de esta temática en los grandes medios de comunicación masiva. Por ejemplo, una investigación que rastreó la evolución de esta cuestión en los principales periódicos nacionales detectó no solo un aumento de las discusiones sobre ello, sino también una actitud que tiende a ser positiva hacia su abordaje y atención.⁶⁰ Sin embargo, tal como se indica en este trabajo, **esta mayor visibilización no necesariamente ha redundado en una problematización de los estigmas que suelen adjudicársele a las personas jóvenes con problemas de salud mental**. Por lo general, en la discusión mediática persiste una asociación de estas personas jóvenes con conductas violentas, en especial en hombres jóvenes.

60. Carrasco, J. P., Saucier, A. M., & Whitley, R. (2023). Spanish media coverage of youth mental health issues during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05054-7>

3.1.2. La situación de las familias en la atención a los problemas de salud mental de sus hijos e hijas

A continuación, se van a recuperar las experiencias de madres y padres al respecto de los **impactos** en el núcleo familiar de los problemas de salud mental de sus hijos/as. Para ello, se reconstruyen algunos casos puntuales, prestando atención a sus recorridos singulares, sus modos de acercamiento a los servicios y entidades que atienden las problemáticas de salud mental, las barreras identificadas a lo largo de su proceso y aquellos elementos que facilitaron la atención.

A través de estas experiencias se busca reconocer los impactos en las familias, prestando especial atención en aquellos testimonios que visibilizan los **sentimientos de miedo, estrés, angustia, frustración y sobrecarga**, así también como la **ruptura de vínculos familiares y de amistades**, los **estigmas y la condena social** que deben afrontar y las **exigencias económicas** que estas situaciones provocan en las familias.

El objetivo es ofrecer una mirada amplia que repare en la importancia de realizar **abordajes integrales** que trabajen no solo con las personas que sufren directamente los problemas de salud mental, sino también con sus entornos más cercanos. Para esto último, se recuperan las **principales demandas de las familias**, tales como la necesidad de superar el paradigma medicalizante, fortalecer las estrategias de comunicación y asesoramiento o elaborar campañas de sensibilización a la población general que permitan combatir estigmas y prejuicios.

3.1.3. Los impactos en las dinámicas familiares más destacados por las familias participantes

Las familias, como ámbitos de socialización primaria y secundaria de NNAJ, son espacios en los que se presupone una alta carga de implicación, tiempo y cuidados en la crianza y el aprendizaje. Es en la familia, por lo tanto, donde los primeros y los mayores impactos se van a estar dando de manera constante, siendo estos muy variados en sus expresiones en materia de salud mental, así como en las repercusiones que generan. La casuística de los problemas de salud mental es, como ya se ha visto en el bloque anterior, **diferente de un núcleo familiar a otro**.

Uno de los elementos que mayor consenso generaba entre las familias era que el hogar suele ser un espacio propicio para manifestar algunos de los problemas de salud mental de los niños y niñas. En familias donde la expresión emocional está habilitada y

reconocida se suelen establecer espacios seguros en donde procesar los malestares. De todas maneras, esto también termina generando situaciones de tensión y ausencia de control, como expresaba esta madre:

“ Yo veía que algo no iba del todo bien. Por supuesto, en ningún momento tuvo que... todo era correcto en el colegio, en casa era donde más se nos iba de las manos. Era en su zona de confort donde expresaba mucho como personalmente estaba él. Entonces, me puse manos a la obra porque cierto es que nadie más que yo notaba que algo no funcionaba (GD familias). ”

Una sensación compartida entre los grupos de familias es que existe una **incomprensión de parte del entorno más cercano** de la situación que viven los hijos y las hijas, siendo los progenitores, especialmente las madres, quienes suelen ser más perceptivas sobre sus necesidades. Según relataban, otros agentes del territorio, como era el caso de profesores y profesoras, rara vez reparaban en estos problemas de salud mental de sus hijos e hijas.

Esta incomprensión sucede especialmente con los comportamientos más estigmatizados. Uno de los relatos más recogidos en los grupos de discusión de familias hace referencia a los problemas de salud mental derivados de los consumos de sustancias estupefacientes o que se compaginan con los consumos, conocido como **patología dual**. Estas situaciones se suelen desarrollar, según los testimonios atendidos, en las primeras etapas de la adolescencia o hacia la mayoría de edad. Por lo general, esto termina provocando situaciones altamente problemáticas en las propias personas y en la familia, elevando la intensidad de los impactos producidos por la combinación de los consumos y de los problemas de salud mental.

Esta experiencia con la patología dual ha recorrido las historias compartidas de las familias, que son capaces de trazar los problemas de salud mental que han acabado derivando a esta situación desde la infancia, en algunos casos. Por ejemplo, se relata que la experiencia de la adopción, en conjunto con heridas emocionales de origen y tránsito, así como el sufrimiento de otro tipo de violencias durante la adolescencia, puede originar situaciones de drogodependencia y patología dual:

“ El problema lo tengo con un hijo adoptado, que lo adoptamos a los seis años de (país del este). Vino de allí bastante dañado. No sabíamos... era un niño muy movido, y desde el inicio de la escolarización siempre ha tenido problemas porque no seguía las normas. Luego sufrió bullying porque él molestaba mucho y claro... incomodaba a todo el mundo. Cuando llegó la adolescencia, peor. Se metió en el mundo del consumo... Es bastante antisocial, robos, agresiones... Y ya cuando se metió en el cannabis y etcétera, lo que fue pillando, ya para los 15, 16 años... (GD familias). ”

“ Empezó el tema del consumo. La verdad es que él empezó con el tema del consumo bastante tarde. Empezó ya con 17 años. Y bueno, pues en vista... Acabó el grado medio y empezaron los brotes (GD familias). ”

Esta situación de patología dual es una de las que más impacta en los núcleos familiares, especialmente por la transformación en el comportamiento que produce la realidad del consumo en consonancia con los problemas de salud mental. El primer impacto es la **dificultad para comprender** la situación en la que vive su hijo o hija, especialmente en lo que refiere a la provisión de apoyos y servicios orientados a la eliminación de los consumos. Los consumos de sustancias estupefacientes y las situaciones adictivas que pueden producir generan **brechas en los vínculos** familiares que impiden la comunicación y la mediación. A la vez, en algunos casos, esto termina produciendo temores y desconfianza entre NNAJ, como es el caso que relataba una de las madres participantes:

“ ¿Qué pasa cuando la persona que tiene un problema de salud mental, de adicción o lo que sea, tiene tanto miedo de meterse adentro, hacer una introspección y darse cuenta de qué es lo que le pasa? Lo que hace es taparlo y seguir funcionando. (...) Yo hablo por mi hijo (GD familias). ”

Además de la dificultad para comprender la situación que vive su hijo o hija y de las necesidades que pueda tener, aparece paralelamente el **impacto producido por el desembolso económico** que supone aportar los apoyos necesarios para la atención a la patología dual. En el caso de las familias que tienen problemas de este tipo, todas

han destacado las dificultades para acceder a recursos, han destacado largos procesos de atención a la rehabilitación y a la recuperación de su hijo o hija. Por lo general, esto implica recurrir a servicios privados o que funcionan bajo algún tipo de concierto, algo que termina por multiplicar los gastos familiares. Una de las madres, explicaba que su hijo:

“ Tiene 27 años, tiene patología dual. (...) Ha tenido mil problemas. Le tuvimos que sacar de casa, estuvo luego... como los recursos son, pues lo que ya sabemos, son muy... a nivel público, son malos, no, malísimos. Tuvo que estar en un centro en (ciudad) casi 3 años. Privado. Salió del centro y vino a casa otra vez. Pero en casa fue otra vez la convivencia invivable (GD familias). ”

Como se señala en el anterior verbatim, hay una concepción bastante negativa sobre los servicios públicos de atención a la salud mental infanto-juvenil, como se desarrollará más adelante en el bloque de servicios y recursos públicos. Esta mala concepción y falta de apoyos ha empujado a algunas familias hacia la **búsqueda de atenciones, también, en el asociacionismo.**

En el caso del asociacionismo, esto surge como una forma de superar las limitaciones en la atención a la salud mental infanto-juvenil, así como para poder nutrirse de una red de iguales, con problemáticas similares, que se provean sus propios apoyos. Este papel de las asociaciones, en sus orígenes constituidas por las propias familias de NNAJ con problemas de salud mental, deviene de la necesidad de superar las limitaciones de los modelos institucionales de atención a la salud mental, que han podido deshumanizar y reducir la independencia y autonomía de las personas. Con la emergencia del paradigma de la desinstitucionalización de las personas con problemas de salud mental, fueron las propias familias las que, sin apoyos ante la ausencia de nuevos sistemas que dieran respuesta al cierre de las instituciones psiquiátricas, encontraron en el asociacionismo una respuesta a sus necesidades.

“ Nuestro movimiento asociativo nace porque, a raíz de la desinstitucionalización de la reforma psiquiátrica y todo, claro, se dice, «vale, pues vamos a optar por un modelo mucho más comunitario», pero el problema es que no se han desplegado todos los servicios. Entonces, toda la carga asistencial que antes se sostenía por parte de profesionales se ha trasladado a las familias (Experta en salud mental infanto-juvenil). ”

Sin embargo, las redes del asociacionismo pueden no ser suficientes para sustentar situaciones de grandes cargas de cuidado y, en lo que otros recursos y apoyos no se desarrollan, las familias pueden tener grandes impactos físicos y emocionales (soledad, ansiedad, frustración, depresión) que pueden llevar, incluso, a claudicar los cuidados.

“ Los padres necesitan también atención. Yo, por ejemplo, sí he tenido muchos episodios de ansiedad. Soy una persona fuerte, pero no puedes llegar a todo a la vez. Son unas circunstancias personales que se me han abierto muchísimos frentes a la vez y yo estoy para todos. (...) O sea, he necesitado atención psicológica para ver cómo lo manejo (GD familias). ”

Y no es solo la falta de los propios apoyos diseñados para la atención a la salud mental, sino que **los recursos comunitarios, muchas veces, no están ni sensibilizados ni preparados para atender a las necesidades de las familias** con NNAJ con problemas de salud mental.

Por otro lado, también se advierte que sobre las familias suele operar cierta responsabilización. Por ejemplo, una de las participantes contaba que, ante los problemas que manifestaba su hija, «me llamó la jefa de estudios de un instituto y me dijo que era una mala madre»:

“ Eso me llevó... sé que me vais a juzgar mal... a un intento autolítico. Y cuando salí de la UCI, el psiquiatra buscó la manera de que el instituto no pudiera mandarme esos mensajes, ni llamarme ni decirme nada de eso. Y, por otro lado, intentó hablar con los servicios sociales para ver si me podían ayudar de alguna manera (GD familias). ”

En este sentido, se puede ver como la **falta de integración de una mirada comunitaria de la atención**, en el marco de procesos de desinstitucionalización, puede dejar a las familias no solo sin apoyos, sino también expuestas a situaciones de condena, inseguridad y estigmatización social que las asociaciones no tienen capacidad para abordar y contener.



Demandas y necesidades de las familias

Como se ha ido viendo, la desinstitucionalización de la atención a los problemas de salud mental ha derivado en una situación de **sobrecarga en las familias** a la hora de aportar cuidados y apoyos que repercuten en impactos no deseados a diferentes niveles.

En este sentido, las familias se sienten un instrumento central, muchas veces prestando apoyo y atención sin tener conocimiento, tiempo o herramientas apropiadas para ello.

Hay una instrumentalización de las familias. O sea, las familias están asumiendo tareas y funciones que poco les corresponde. Evidentemente, hay una parte que, como familia, es importante: educar, cuidar, acompañar... pero lo que no puede ser es que se pretenda que la familia sea un recurso, y gratis además. (...) Entonces, nosotros luchamos mucho para que a las familias se les reconozcan como sujetos de atención y de derechos (Experta en salud mental infanto-juvenil).

Esta «instrumentalización de las familias», amparada en la existencia de vínculos afectivos y de cuidado, desprovee de bienestar y de una solución viable a las necesidades que manifiesta la infancia. En ese sentido, la familia debe ser un actor más dentro de un sistema de cuidados, pero no el único, ni aquel sobre el cual pivoten otros recursos, sino

uno que pueda tener las herramientas para cuidar y constituirse como un espacio seguro y de confianza. En la búsqueda de las familias de constituirse como sujetos de derecho, las familias reclaman que no solamente sus hijos e hijas precisan de apoyos para poder sobrellevar la situación que produce el problema de salud mental.

Como es evidente, la principal reclamación de parte de las familias es la necesidad de que haya servicios disponibles para la atención a estas necesidades, y en particular servicios públicos y asociativos.

“ Lo que detectamos sobre todo es el tema de la falta de recursos y la falta de apoyo a la familia porque, al final, los críos están cubiertos de aquella manera, pero nosotros no estamos cubiertos de ninguna. (...) El apoyo no existe por ningún sitio a menos que te lo pagues tú, o a menos que aparezcan asociaciones (...) que sí tiene un grupo de familias, tanto de adultos como de infanto-juvenil (GD familias). ”

La necesidad de que estos servicios y apoyos sean de tipo público o asociativo deviene de la barrera económica que existe en el acceso a servicios del ámbito privado. A diferencia de este, los servicios de tipo público son accesibles a toda la población, así como lo son los servicios del asociacionismo para las familias con NNAJ con problemas de salud mental que lo integran. De no existir estos servicios y recursos, las propias familias afrontarían situaciones de riesgo aún mayor, tales como la quiebra y el abandono de los cuidados.

El principal reclamo de las familias gira en torno a la escasa oferta de atenciones que existe, tanto de tipo como en frecuencia en la que se recibe. Una de las demandas en los servicios en las familias, como se aprecia en el verbatim siguiente, es la **necesidad de un mayor número de profesionales en los servicios de atención**, para que esta sea continuada y adecuada a las necesidades de las familias:

“ Hacer que haya más gente, dar facilidades para que los profesionales puedan tener las convalidaciones si vienen de otros países o dar facilidad para que haya más profesionales, más médicos, pero reconocidos, bien pagados. (...) Las familias, en nuestro caso, pues que podamos acudir a algún sitio, que en algún sitio realmente nos den la solución. O nos ayuden realmente como merecemos, como realmente sería lo ideal para poder ayudar a toda nuestra familia con nuestra problemática (GD familias). ”

Otro de los elementos más demandados deviene de la **necesidad de información** de múltiples tipos, pero, en especial, **formación en la gestión de las situaciones** que emergen de la mano de la aparición de un problema de salud mental. En este sentido, las familias se suelen sentir solas a la hora de recibir la información suficiente para entender lo que está sucediendo. De esa manera, exigen acompañamiento y la adquisición de las competencias necesarias.

“ **La familia es importante, nosotros, formarnos. Hemos ido aprendiendo tarde, a saber poner límites y saber manejarnos nosotros. A veces no sabemos. A veces no sabes poner límites y mantenerlos, igual lo mantienes un día o dos y luego cedes. (...) Cuando aprendes sabes un montón de actuaciones que deberías haber hecho de otra manera. La experiencia es un grado (GD familias).** ”

Como se puede observar en este testimonio, las familias perciben que el tiempo que pasa desde la aparición de las manifestaciones de los problemas de salud mental hasta que adquieren las herramientas para afrontarlas es vital para no agravar dichas problemáticas. Así, la **adquisición de conocimiento** aplicado es central en una buena provisión de apoyos, el empoderamiento de las familias y la interrelación con NNAJ.

Las familias también demandan conocimiento, no solo sobre la realidad del problema de salud mental, sino también en relación con el proceso asistencial que transitan NNAJ. En concreto, se ha detectado esta demanda dentro de algunos servicios públicos, especialmente sanitarios, en los que algunas familias pueden sentir que no se les tiene en cuenta en el tratamiento de su hijo o hija. Esto es algo que ocurre, en particular, una vez se alcanza la mayoría de edad dado que ya no se proporciona información del proceso asistencial a los progenitores sin la expresa autorización del hijo o hija.

“ (...) **hay familias que se sienten juzgadas, hay familias que se sienten que no se cuenta suficiente con ellas, que no se les informa suficiente (Experta en salud mental infanto-juvenil).** ”

Más allá de la disponibilidad de los recursos orientados al apoyo a familias, una de las mayores fuentes de sufrimiento que se genera en los núcleos familiares que han participado en los grupos de discusión tiene que ver con la **estigmatización de sus hijos e hijas**. El estigma, en este caso, opera en dos sentidos. Por un lado, puede hacer que **las familias rehúyan de reconocer que existe un problema** o se nieguen a recibir atención.

En este sentido, el estigma produce barreras difíciles de superar, siendo la capacidad de acceder a información, la cultura, la disponibilidad de servicios y la problematización que se haga en el seno familiar elementos que pueden contribuir a mantener o aumentar los problemas derivados de la falta de atención.

“ Hay países de origen en los que el estigma es mucho mayor. Entonces, también son familias que a lo mejor les cuesta más reconocer que tienen un hijo (...) con problemas de salud mental. Al final, el problema del estigma, una de las consecuencias más negativas, es la no vinculación a servicios de salud mental por vergüenza o por miedo (Experta en salud mental infanto-juvenil). ”

También se ha podido apreciar la existencia de **diferencias de género** a la hora de decidir la pertinencia de los apoyos y el papel que puede jugar la estigmatización en ello. En el siguiente testimonio, una mujer relata que su hijo no ha accedido a un servicio de salud mental derivado debido a la oposición del padre, quien pretendía tratar la situación dentro del entorno familiar. Esto, aunque no sea explicitado directamente, pudo haber sido un elemento que agravara el problema de salud mental. Las miradas opuestas a la hora de acudir a un servicio de salud mental operan en base al estigma, donde los hombres suelen ser menos propensos a solicitar ayuda y atención especializada en los abordajes de los problemas a los que asisten, siendo las mujeres, frecuentemente, quienes más exteriorizan la necesidad de apoyos.

“ Él no ha ido a psicólogo privado porque su padre se ha negado. Su padre no ha querido ir para abordarlo en familia. Entonces, ahora estamos esperando que nos atiendan en la pública... (GD familias). ”

A la vez, **la estigmatización también opera en la instancia del diagnóstico**, en tanto situación que puede derivar en etiquetamientos. Por un lado, este etiquetamiento puede no ser deseado porque termina por asociar o reducir a una persona a un código diagnóstico de salud mental que está sujeto a estereotipos y prejuicios, pero, por otro lado, algunas familias manifiestan que el diagnóstico puede aportar una tranquilidad al conocer qué es lo que le está sucediendo a su hijo o hija y cuál es el tratamiento que se debe afrontar. Además, la cuestión diagnóstica tiene una contraparte con respecto al acceso a algunos servicios y recursos, especialmente los de tipo público. Es la existencia del diagnóstico lo que garantiza que se definan recursos y procedimientos para la

atención. Esto inclina a las familias en la consecución del diagnóstico, aunque luego pueda no tener relevancia en las atenciones recibidas.

“ La etiqueta diagnóstica es algo que puede servir para algunas cosas, pero no tiene que servir para cómo atendemos a esa persona. Nos encontramos con que, a veces, si no hay etiqueta diagnóstica, ese adolescente o joven o niña, no puede acceder a determinados programas. Entonces, a veces hay familiares que quieren que haya un diagnóstico porque nos dicen «si no hay un diagnóstico no nos ofrecen ayudas»; o sea, ahí se ve un poco la perversión del sistema (Experta en salud mental infanto-juvenil). ”

La otra vía en la que opera la estigmatización de la salud mental se vincula con el **rechazo que puede producir en la sociedad**. En este sentido, algunas personas del entorno cercano pueden sentir rechazo y aversión hacia esta por la manifestación de los problemas de salud mental, especialmente derivados del desconocimiento y el prejuicio. Esto termina generando sensaciones de miedo, asco y peligro, entre otras.

En este sentido, las familias reclaman que debe haber más información sobre los problemas de salud mental infanto-juvenil que sean accesibles para la sociedad en su conjunto. Estas comparan las situaciones de desestigmatización que han existido para otras realidades y afirman necesitarlas para que la experiencia en comunidad de sus hijos e hijas no medie a través del estereotipo.

“ Te da envidia como otras patologías (...) que tienen un problema y acaban rodeados por todos, y tú con tu hijo con depresión o psicosis acabas solo porque es el raro o porque se mete con los demás o porque los insulta (...) y al final acabas solo (GD familias). ”

Uno de los elementos destacados en cuanto al prejuicio de los problemas de salud mental viene muy vinculado con la **falta de adaptación a comportamientos sociales «normales» y aceptables**. Por ejemplo, en el caso de jóvenes que han incurrido en algún delito o tienen algún antecedente penal, el estigma termina operando con mayor fuerza. El delito opera aquí como barrera delimitadora entre una persona con problemas de salud mental y una persona que genera aversión y miedo, por lo que es una barrera que es necesaria romper mediante el conocimiento sobre la salud mental.

“

Básicamente, hay falta de información y de formación (...) cuando ya entran con el estigma o ya se sabe que han tenido alguna infracción penal, se considera que es mucho más un factor de voluntad que de que haya problemas de salud mental detrás (Experta en salud mental infanto-juvenil).

”

Para las familias y para las personas expertas, la **desestigmatización** tiene que venir de la mano de una fuerte sensibilización y concienciación social a partir de la adquisición de información, la disponibilidad de apoyos y una integración en la vida comunitaria basada en la aceptación de la diversidad. En este papel, se afirma, han de trabajar todos los actores sociales implicados, no solamente la familia, como son los poderes públicos, las instituciones médicas y educativas, los servicios comunitarios, de ocio, etc. Esta también era una exigencia de parte de las familias:

“

No hay una sensibilización de la población de que eso es una enfermedad también, y que también necesita el apoyo a nivel familiar y social de los demás. No hay un trabajo tampoco por parte ni de colegios, ni de sanidad pública, ni de ayuntamientos... (GD familias).

”

Como se puede apreciar, estos reclamos familiares se dirigen en muchos casos a los servicios públicos de atención. Sobre su funcionamiento y sus principales problemáticas se repara a continuación.



3.2. Servicios y recursos destinados a la atención de la salud mental infanto-juvenil

3.2.1. Los servicios públicos en la atención a la salud mental de la población infanto-juvenil

En este capítulo se presenta un recorrido por los servicios públicos de atención de la salud mental infanto-juvenil desde la experiencia de las NNAJ y sus familias, pero también recuperando la evaluación efectuada por profesionales y expertas. Se propone elaborar una radiografía que examine las **principales características y limitaciones de los servicios sanitarios, educativos, sociales y sociosanitarios**. Este análisis se centra en distintas dimensiones tales como la derivación, la coordinación, la implementación de protocolos, la formación, sensibilización y atención de las personas profesionales, los enfoques predominantes en la atención, la atención a la diversidad de situaciones y perfiles, y la disponibilidad de servicios y recursos en los distintos territorios. Sobre el final de este capítulo, se dedican unas reflexiones en torno a la importancia de elaborar estrategias orientadas a articular los servicios públicos con sus entornos comunitarios.



En líneas generales, los servicios públicos de atención a la salud mental infanto-juvenil han sido valorados positivamente por el **compromiso de las personas profesionales** que lo integran, pero también eran señalados por una serie severa de **carencias y limitaciones**. En tanto aspectos transversales a los distintos tipos de servicios que componen esta red pública, las personas expertas consultadas señalaban algunas cuestiones que resultan de necesaria atención, tales como: i) la **falta de un abordaje integral y personalizado** que articule con la comunidad; ii) un vínculo basado en **relaciones de reconocimiento mutuo** no adultocéntricas; iii) la necesidad de **fortalecer la perspectiva de género** e interseccional que garantice la atención a una diversidad de NNAJ; iv) una **redefinición del rol de profesionales** desde una perspectiva de derechos; v) la **falta de financiación** de estos servicios y las desigualdades territoriales que los afectan.

Como se pudo observar hasta aquí, **los problemas de salud mental involucran dimensiones de distinto orden**, tanto de carácter individual y biológico como colectivo, social y cultural. Es por este motivo que las expertas consultadas enfatizaban la necesidad de que los servicios públicos adopten un **enfoque holístico** que pueda reconocer la operatoria de factores multicausales y ofrecer estrategias de intervención amplias.

“El sistema también se enfoca mucho en los problemas de salud mental como individuales. El niño o la joven tiene un problema. Bueno, es que a lo mejor lo que tiene es unas necesidades que no se están cubriendo por parte del entorno. O sea, no vamos a focalizar solo en el problema, vamos a focalizar también en cómo se está abordando esto (Experta en salud mental infanto-juvenil).”

En un sentido similar, una persona experta entrevistada señalaba la importancia de definir «**itinerarios personalizados**» que recojan un conjunto diverso de necesidades de NNAJ. Si bien será retomado en el análisis puntual del accionar de los servicios sociales, desde su punto de vista, esto implica un tipo de atención más profunda y continua, algo que podría ofrecer mucha más información acerca del contexto en el que se mueven las personas que acuden a los servicios públicos de atención. En sus palabras:

“ Hay un equipo técnico que es una trabajadora social, un educador y un psicólogo. Entonces, hacen un informe técnico y evalúan el componente biopsicosocial del menor, pero no se profundiza en personalidades. Es un informe para ellos, dan una opinión sobre qué medida consideran adecuada para ese menor. Es una única entrevista o, como mucho, dos, en el que se explora, según las circunstancias del menor, qué medida es la más adecuada. No se profundiza mucho más porque ese no es su trabajo. Si hubiera un dispositivo en el que se ahondara más, las medidas (...) pueden ser mucho más efectivas (Experta en salud mental infanto-juvenil). ”

En sus palabras remarcaba la importancia de ahondar en cuestiones de distinto tipo, tales como las necesidades emocionales, las fortalezas y debilidades de las personas, y los entornos de soledad, entre otras. Esto es algo que detectaba principalmente en el ámbito de los servicios sociales, pero que consideraba un déficit generalizado en la atención pública.

Sobre esto también coincidía otra experta, quien añadía que el abordaje de la salud mental infanto-juvenil debe ser entendido como un «continuum» que refuerce las estrategias preventivas involucrando a la comunidad y a la sociedad en general. A su vez, esta especialista resaltaba la importancia de no aislar ni particularizar los diagnósticos para, de ese modo, reconocer la dimensión amplia, holística y social de estas problemáticas.

Vinculado a este punto, las expertas coincidían en señalar la importancia de **revisar los sesgos adultocéntricos** que tienden a primar en la atención a la salud mental infanto-juvenil.

“ En las redes de salud mental la visión es completamente adultocéntrica, biologicista (...) desde un punto de vista del positivismo extremo, es decir, del cerebro y lo biológico. (...) El no tener en cuenta las condiciones materiales de vida de las infancias es un problema. Pongo un ejemplo muy tonto: cómo puedo decir que este niño tiene un déficit de atención e hiperactividad cuando en casa hay carencia de alimentos, de sanidad o se está viviendo violencia. ¿Qué clase de evaluación puedo hacer sin preguntar todo lo demás? (Experta en salud mental infanto-juvenil). ”

El adultocentrismo, es decir, una perspectiva que concibe la adultez como punto culminante de la evolución biológica, resulta problemático desde el punto de vista de la atención a la salud mental que busque garantizar los derechos de NNAJ. Una perspectiva centrada únicamente en los aspectos biológicos y evolutivos no hace más

que **homogeneizar un conjunto de vivencias**, diluyendo así una multiplicidad de experiencias, circunstancias singulares y condiciones de vida particulares. A la vez, esto termina por construir un escenario asimétrico y jerárquico, en el que las personas jóvenes son siempre percibidas y ubicadas en una posición de carencia (de capacidad, madurez, desarrollo, etc.).

Un tercer aspecto de importancia que concierne a los servicios públicos es la necesidad de **adoptar de forma transversal una perspectiva de género e interseccional** que pueda reconocer las particularidades diferenciales y las desigualdades entre distintos grupos de NNAJ.

“

Parece que cuando nos centramos en infancias volvemos como a ese sujeto neutro, masculinizado (...), cuando las realidades de niños y niñas son muy diferentes (...). Y las diversidades. (...) Hay una falta absoluta de una mirada interseccional en la salud mental porque se relaciona a algo social, antropológico, en tanto, no riguroso (...). Me parece muy peligroso el creer que lo clínico, la salud mental, tiene que estar como alejado de... [lo social] (...) aparte otros ejes de vulnerabilidad como el racismo, el colonialismo, el capacitismo (Experta en salud mental infanto-juvenil).

”

De este modo, esta experta advertía sobre la existencia de **sesgos «androcéntricos»** que orientan los propios diagnósticos que se elaboran. Por ejemplo, en el caso de las juventudes afectadas por el consumo problemático de drogas, esta indicaba que esto suele redundar en un tipo de atención centrada en aquellos aspectos más «problemáticos» o «disruptivos» tales como los trastornos «de la conducta alimentaria» o el «negativista desafiante», u otras situaciones que suelen involucrar en mayor medida a hombres, como las «peleas» o los «robos». Desde su perspectiva, este enfoque termina relegando a otras experiencias menos visibles como, por ejemplo, el consumo doméstico y solitario de drogas legales, algo más frecuente en el caso de las mujeres jóvenes.

La adopción de enfoques holísticos, interseccionales, sensibles a las dimensiones de género y no adultocéntricos requiere una profunda **revisión de las prácticas profesionales** de atención a la salud mental infanto-juvenil. Esto implica, en primer lugar, un ejercicio de capacitación y formación que permita actualizar saberes y conocimientos. En segundo lugar, la actualización de los perfiles profesionales también requiere de un proceso de formación y sensibilización en torno a paradigmas emergentes como son los **enfoques participativos, centrados en la persona y comunitarios**.

“ Hay que redefinir los roles, los límites y las expectativas porque al final creo que en relaciones más jerárquicas las expectativas están más claras. (...) Hay una persona que lidera y los demás la seguimos. Entonces yo creo que es más complejo, pero que evidentemente está mirado desde una concepción mucho más democrática, humana y en la línea de los derechos (Experta en salud mental infanto-juvenil). ”

De este modo se plantean dilemas de relevancia en torno al rol de las personas profesionales ante estos nuevos paradigmas. Como indica esta especialista, la revalorización de los saberes vivenciales y prácticos necesariamente requiere **reajustar límites y jerarquías** entre los equipos profesionales y las personas que precisan de atención (que, desde una perspectiva de derechos, empiezan a ser reconocidas como expertas por experiencia propia). En la actualidad, parecíamos asistir a un momento de transición en el que aún conviven, siguiendo a una experta entrevistada, «modelos de sobreprotección», «paternalismo», «asistencialismo» y «capacitismo», y otros más horizontales y humanitarios.

Por último, entre las cuestiones transversales a los servicios públicos de atención a la salud mental infanto-juvenil señaladas, se destaca la importancia de **garantizar y fortalecer líneas de financiamiento** destinadas a este sector concreto de la población.

“ Los sistemas no están preparados. Y estamos hablando de infancia (...). No estamos cumpliendo una garantía de derechos, sobre todo en cantidad de servicios, pero también en calidad. ¿Qué pasa con estos niños que van a ese Casal durante un año o dos y luego se acaba la subvención? (...) Cuando tienen 20 años, decimos: «es que no confían en las instituciones, es que no se vinculan, es que no se vinculan a los programas, no se adhieren, son de complejo perfil, son multiproblemáticos». Vienen igual hace diez o quince años en proyectos que terminan desapareciendo. (...) Luego culpamos a la persona que no pida a las instituciones, pero es que yo tampoco lo haría (Experta en salud mental infanto-juvenil). ”

De este modo se advierte sobre los riesgos de la falta de financiación y de los macro recursos específicos destinados a la atención de la salud mental infanto-juvenil en los servicios públicos. El hecho de no garantizar derechos de las infancias y juventudes, tal como señala esta experta, no hace más que generar un distanciamiento entre estos grupos poblacionales y los servicios públicos y estatales conocido como **desafiliación institucional**.

Esto es algo especialmente delicado en lo relativo a las **etapas de transición entre servicios**, es decir, cuando las juventudes alcanzan la mayoría de edad y deben recurrir a recursos destinados a personas adultas. Esto termina discontinuando o provocando cambios significativos en los tratamientos, algo que puede resultar nocivo para la atención de la salud mental de NNAJ. En algunos casos, estas dificultades en estos períodos transicionales terminan expulsando a algunas personas del sistema de atención público. Por lo tanto, esta desafiliación institucional señalada más arriba, en algunas ocasiones, contribuía a un proceso de privatización de los servicios y a una segmentación de los circuitos de atención sujeta a las posibilidades socioeconómicas de las familias.

El escaso financiamiento y la discontinuidad de subvenciones y programas también resultó un punto nodal en las conversaciones con expertas, especialmente considerando las **desigualdades territoriales** que existen en España.

“ El problema es que hay muchas diferencias, hay comunidades autónomas que tienen problemas estratégicos. Por ejemplo, País Vasco funciona... yo lo comparo con Castilla y León (...). Depende de la comunidad autónoma, depende del dinero que quiera gastar en estos servicios (...). En Castilla, si hablamos del ámbito rural, es absolutamente lamentable. Pueden esperar hasta seis meses para una consulta (Experta en salud mental infanto-juvenil). ”

Esta experta insistía así en la necesidad de darle **continuidad a líneas de financiamiento** para este sector de la población. Siguiendo estos comentarios, resulta decisivo, desde un análisis de tipo interseccional, considerar las profundas desigualdades que se extienden a lo largo del territorio nacional. La desigual distribución de oportunidades, servicios y recursos que existen en las distintas comunidades de residencia se revela así como una dimensión clave a tener en cuenta en la confección de un diagnóstico de la red de servicios públicos y de estrategias para fortalecerla.

Una vez señalados estos aspectos y problemáticas transversales a los servicios públicos, a partir de aquí se irán analizando las particularidades de los servicios sanitarios, educativos y sociales, pero dándole mayor énfasis a las experiencias de las personas usuarias.

Ámbito sanitario

En general, los servicios sanitarios generaron controversias. Por un lado, **se valoraba el trabajo de las personas profesionales**, pero por el otro se señalan **deficiencias en la atención especializada y en la provisión de recursos**. A la vez, otro punto crítico es la **alta rotación de los/as profesionales**, lo que no permite que haya continuidad en la atención. En concreto, a lo largo de este apartado, el foco ha estado puesto sobre los siguientes aspectos, los cuales han emergido en el trabajo de campo como los más significativos:

- La necesidad de fortalecer la provisión de recursos específicos destinados a NNAJ.
 - Las deficiencias en la atención, algo que ha sido señalado por los escasos recursos, la persistencia de un enfoque adultocéntrico y las limitaciones de la atención personalizada.
- Las controversias y críticas hacia el **enfoque medicalizante**, entendido como un paradigma dominante que se encuentra naturalizado en el ámbito sanitario.

■ La falta de apoyos y servicios específicos para NNAJ

Una de las principales carencias del servicio sanitario público de atención a la salud mental infanto-juvenil es la **falta de apoyos y servicios específicos**. Más allá de las deficiencias generales en la atención a este tipo de problemáticas sanitarias, se advierte que los servicios existentes presentan un perfil más generalista, relegando así las características y demandas singulares de NNAJ.

En los grupos de familias y en las entrevistas con personas expertas fue mencionada con recurrencia la **inexistencia de unidades especializadas en centros de salud y hospitales**.

“ Haría falta que se integrara una asistencia domiciliaria. O sea, a los enfermos... los médicos suelen ir a casa en ciertos casos. Pero a nuestros hijos, que tienen unos problemas gravísimos, que a veces no se pueden levantar y pueden estar muchos días encamados... No hay asistencia domiciliaria. Y eso habría que reivindicarlo como una cosa obligatoria (GD familias). ”

Estas y otras personas insistían en la importancia de recibir asistencia en los domicilios de las personas con problemas de salud mental. Como se puede apreciar en su reclamo, esto también resultaba de importancia a la hora de **equiparar las problemáticas de salud mental** al nivel de otro tipo de dolencias, enfermedades y diagnósticos. A su vez, la **atención domiciliaria** también puede ser clave a la hora de realizar seguimientos más personalizados, punto sobre el cual se volverá un poco más adelante en este mismo informe.

La **dotación hospitalaria de servicios especializados** también fue mencionada como una carencia del sistema sanitario, lo que se visibiliza en distintos aspectos como, por ejemplo, la **inexistencia de servicios de urgencias** especializados en la atención inmediata de la salud mental infanto-juvenil.

“ No hay urgencias para temas de salud mental, muchas veces pasan por urgencias ordinarias. Las urgencias hospitalarias no están suficientemente preparadas para atender situaciones de crisis (...). Si hubiera unidades más especializadas en urgencias de salud mental para niños, adolescentes y jóvenes, a lo mejor no haría falta ir a urgencias más generalistas, donde van desbordados y, a lo mejor, tampoco tienen los conocimientos necesarios para atender esas situaciones de crisis (Experta en salud mental infanto-juvenil). ”

Esta inespecificidad de muchos servicios hospitalarios tiene su correlato también en un tipo de **formación profesional de índole generalista** en temáticas vinculadas a la salud mental.

“ Es una de las asignaturas pendientes (...) te hablo de los pediatras. (...) Tenemos mucho conocimiento sobre otro tipo de trastornos, pero a veces con las enfermedades mentales infantiles como que no hay esa formación (...). Necesitas ser consciente de que, si trabajas en esto, la formación tiene que ser actualizada e indispensable. (...) A veces los pediatras no saben lo que pasa y derivan, está muy bien, pero luego llega la intervención de los dispositivos y el educador no está formado o el psicólogo tiene la formación académica (...). Pero luego lo que tienes enfrente te exige un aprendizaje diferente (Experta en salud mental infanto-juvenil). ”

La **formación específica** de las personas profesionales ha sido un aspecto central a lo largo de la investigación, y su adquisición implica reconocer dimensiones diversas que afectan a los NNAJ vinculadas, por ejemplo, a la **precariedad económica y laboral suya y de la familia**, a las reiteradas y cada vez más complejas demandas en torno a los **estándares de belleza y el cuerpo**, o a la emergencia de renovadas **formas de sociabilidad a través de las redes sociales**, solo por mencionar algunas. Esto es algo que ha sido señalado como una carencia, tanto en los servicios públicos y privados de atención, como también en las entidades que componen la red de SALUD MENTAL ESPAÑA, sobre lo que se volverá más adelante.

A pesar de estas cuestiones, también se recogieron otros testimonios que destacaron **aspectos positivos** de la atención específica a infancias y jóvenes en la sanidad pública. Por ejemplo, uno de los jóvenes participantes relataba su experiencia:

“ A mí, en la pandemia (...) los profesionales del CRPS [Centro de Rehabilitación Psicosocial] me llamaban por teléfono para ver cómo estaba. Y poco a poco, pues se iba pasando la pandemia. (...) Luego por ordenador hacíamos los programas que hacemos allí normalmente (GD Jóvenes). ”

Este participante relataba así el **seguimiento, acompañamiento y apoyo** que sintió durante un momento de soledad y aislamiento crítico, como fue el de la pandemia del COVID-19. Según contaba, este tipo de prácticas resultaron un pilar fundamental para continuar con sus rutinas y tratamientos. Aún ante las circunstancias adversas y las limitaciones de recursos, el compromiso profesional permitió sostener y acompañar en situaciones complejas.

Entre las familias, también se destacaban experiencias como la que se recupera a continuación:



Quería comentar un punto a favor del CSMIJ [Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil], algo que para mi hija fue muy positivo. Le hicieron terapia de grupo con otros adolescentes que se llama DBT, donde les daban, a través de juegos y charlas, una serie de documentos, les hacían unas actividades (...). Eran unos ocho o diez adolescentes y se veían semanalmente. Eso fue durante ocho o diez sesiones y luego intercaladas nos veían a los padres y comentábamos unas cosas que nos hacían hacer. Como si fueran unos talleres, como si fuera un multifamiliar en una terapia que se haga en un hospital o en un centro de adultos de salud mental (GD familias).



Esta madre, que tenía una hija diagnosticada con dislexia y TDA con impulsividad, resaltaba la importancia que, para su tratamiento, había tenido la técnica conocida como **terapia dialéctica conductual** (o DBT, la sigla en inglés de *Dialectical Behavior Therapy*). Este tipo de terapia suele ser empleado entre jóvenes y adolescentes dado que adopta técnicas conversacionales de cercanía entre terapeutas y personas con experiencia propia en salud mental que buscan promover el reconocimiento y la gestión de las emociones. Esta técnica suele ser empleada en circunstancias diversas, por ejemplo, entre jóvenes que sufren trastorno límite de la personalidad, TDAH, trastorno bipolar, ansiedad o tendencias suicidas, entre otras problemáticas.⁶¹ Esta participante destacaba el trabajo realizado con su hija en la medida que lo consideraba un **enfoque adaptado a sus necesidades** y que empleaba un **trabajo integral** que también involucraba a las familias.

Otro ejemplo de buenas prácticas de atención a la salud mental infanto-juvenil realizadas por los servicios públicos sanitarios era señalada por otro de los participantes de uno de los grupos de familias, quien destacaba la importancia de la **atención domiciliaria**. Según relataba:



Se ha estructurado un equipo de psiquiatra, psicólogo y trabajador social que van a domicilio con su coche. Incluso a zonas lejanas para ver aquellos pacientes que han estado ingresados alguna vez y que son de riesgo de ingreso. Entonces, van cada x tiempo a valorar a esos pacientes. Hablan con ellos, ajustan medicación, arreglan papeleos de tipo de trabajador social. (...) Lo que pasa es que existe una unidad solo (GD familias).



61. UNIR. 2022. «¿Qué es la terapia DBT y para qué se utiliza?». *UNIR Revista*. <https://www.unir.net/revista/salud/terapia-dbt/>

En palabras de este participante, se trataba de una experiencia «pionera» que era necesario desarrollar con mayor consistencia. Desde su perspectiva, resultaba de importancia en la medida que ofrecía un **enfoque multidisciplinar y personalizado**, algo que, como se pudo apreciar anteriormente, es de vital importancia en la atención a la salud mental y, en especial, a NNAJ.

■ Limitaciones y deficiencias en la atención a la salud mental infanto-juvenil

Además de la escasez de recursos específicos, entre las principales limitaciones y deficiencias de la atención a la salud mental infanto-juvenil del servicio sanitario público se pueden destacar tres ítems de suma importancia registrados a lo largo de la investigación:

- La falta de recursos y las marcadas desigualdades entre territorios.
- La persistencia de una actitud de subestimación de los problemas de salud mental por parte de muchas personas profesionales sanitarias.
- Las deficiencias en la atención personalizada.

En primer lugar, la falta de recursos fue un eje transversal que involucró no solo al sistema sanitario, sino también a todo el sistema público en general. Una de las cuestiones más recurrentes estuvo vinculada a la carencia de profesionales, algo que fue mencionado por personas de distintos municipios y CCAA, como por ejemplo Valencia, Barcelona, Murcia y distintos puntos de Castilla y León.

“ No tenemos psiquiatras, psicólogos, la Seguridad nos llevaba de arriba a abajo. (...) Hasta que han acertado la medicación ha sido un año y pico... (...) Ahora estamos nueve meses sin psiquiatra porque está de baja y no le ha puesto sustituto. Y psicólogo de la Seguridad Social... a mi hijo no le ha visto nadie (GD familias). ”

Por lo general, entre las personas que participaron del estudio existían consensos en torno al déficit en la cantidad de profesionales especializadas en salud mental, algo que redundaba en una **saturación del sistema de atención y en largas listas de espera**. A su vez, algunos testimonios también puntualizaban en la **falta de «plazas de ingresos hospitalarios» y de psicólogos/as clínicos en particular**. Las experiencias de familias y jóvenes revelan que esta carencia de recursos termina contribuyendo a la exacerbación de los trastornos, en la medida que generan dilaciones de semanas o meses que pueden resultar sumamente nocivas.

La falta de recursos destinados a la atención de la salud mental provocaba **malestar e incertidumbre en las familias** que participaron en el estudio. En ocasiones, por ejemplo, se señalaba el miedo a que los recursos públicos se terminaran discontinuando. Las malas experiencias utilizando estos servicios generaban, en muchos casos, un sentimiento de **desencanto con lo público** que derivaba en una valoración positiva de los servicios privados, en el caso de las familias que podían afrontar sus costes.

“ La diferencia entre el público y el privado es abismal. No me voy a decantar si uno es mejor que otro, pero en el privado normalmente me han atendido en el momento, cuando lo he necesitado y han intervenido directamente. En el público no he tenido tanta suerte. He tenido, lo que os digo, listas de espera (...), siempre es la misma excusa de que hay problemas con los recursos (GD familias). ”

Si bien se trataba de una cuestión generalizada, lo que caracteriza la provisión de servicios públicos de atención a la salud mental de NNAJ es la **desigualdad**, algo que, siguiendo los distintos testimonios recogidos, incluso se observa en un mismo territorio.

“ Hay otras unidades de salud mental en Valencia que funcionan bien. Nos hemos cambiado de casa y es porque en una población de aquí cerca las cosas funcionan muy bien. (...) El funcionamiento es desigual de una zona a otra. La idea es cambiarlo, pero no lo cambiamos porque se ha quedado a medio de un cambio de medicación, pero como la psiquiatra está de baja... aquí en [nombre del municipio] no quieren cogerlo hasta que aquella no acabe con el ciclo (GD familias). ”

Esta atención diferenciada termina por reproducir desigualdades territoriales que también es necesario observar en un diagnóstico interseccional de la salud mental de las infancias y juventudes.



Más allá del énfasis puesto en la escasez de recursos, otro de los aspectos significativos que fue mencionado por las personas que participaron en la investigación fue la persistencia de un **enfoque de tipo adultocéntrico**, al igual que en el entorno educativo. Esto revela la existencia de sesgos que se materializaban en prácticas de **infantilización** y **subestimación** de las problemáticas de NNAJ de parte de algunas personas profesionales.

“

H1: En el hospital de día, yo creo que es algo general, nos trataban bastante como a críos. En general. Puede ser que también... Hablaban bastante poco. O sea, con los pacientes no se paraban a hablar. Pero yo en ese momento tampoco quería hablar con nadie (...) no me sentía cómodo hablando... Ahora sí (...). E: ¿Qué cosas hacían que te sintieras como ninguneado o infantilizado? (...) H1: En ciertas actividades, era como colorear o hacer papiroflexia o cosas así. En ese momento yo decía... o recortar, me parecían cosas bastante de críos. Y en ese sentido, pues a mí no me gustaba. (...) Al final no se lo dije, pero hubo bastante descontento con otras personas que también se sentían igual (GD jóvenes).

”

Lo que este testimonio exhibe es que este ejercicio de infantilización o, en sus palabras, de tratarles «como a críos», se asociaba a una escasa propensión hacia la escucha. Lo que se desprende de esto es que **la comunicación y la escucha** resultan dimensiones decisivas a la hora de diseñar actividades más atractivas y significativas para el público joven e infantil. **Reconocer las realidades contextuales y partir de los propios intereses, demandas y deseos** de las personas jóvenes es imprescindible si se busca garantizar sus derechos y una atención centrada en las personas.

Desde el punto de vista de las madres y los padres que participaron en los grupos de discusión, esta incapacidad para escuchar lo que demandan NNAJ se vincula a una **falta de sensibilización** sobre la que resulta necesario incidir.

“

Mi hija también se autolesionaba, tenía pensamientos suicidas y es muy duro oír a tu hija decir que si la obligo a ir al colegio se metería por la vía del tren. Y que esto lo expliques, pues a CSMIJ, a una psicóloga privada y demás, y que no le den la importancia que para mi gusto tienen estos pensamientos o estas actuaciones me ha dolido mucho (GD familias).

”

Este testimonio explicaba que este tipo de situaciones no solo le ocurrieron con su hija, sino también con su hijo más pequeño, quien con recurrencia exhibía comportamientos violentos hacia ella. Según comentaba, la actitud más frecuente con la que se encontraba de parte de las personas profesionales del servicio sanitario (aunque también con profesores/as del colegio) era de menosprecio. Este abordaje terminaba provocando **desconfianza** y un **distanciamiento** de parte de las propias personas que precisan de la atención; como señalaba una de las familiares participantes, ante este tipo de respuestas, las personas con problemas de salud mental se terminan preguntando «¿para qué voy a ir?».

Esta subestimación de las problemáticas que sufrían sus hijos e hijas generaba un **sentimiento de impotencia y frustración** sobre las madres y los padres que participaron en el estudio. Por lo tanto, el reclamo de las familias consistía en la inversión de recursos, no solo en la ampliación de las plantillas de profesionales especializadas en la atención a la salud mental infanto-juvenil, sino también orientados a su formación y sensibilización mediante cursos de formación a los y las profesionales y campañas de sensibilización a la población civil en general.

La reproducción del enfoque adultocéntrico se vincula directamente con el último punto destacado en esta sección: **la falta de atención centrada en la persona**.

“ **La personalización de la atención y el tema de domicilio también es esto, es cuando hay dificultades, por ejemplo, por temas de aislamiento, por temas de fobias, por tener dificultades para salir de casa. (...) O sea, para ellos, asistir a un centro de salud mental... todavía hay un estigma con eso. O porque las propias dificultades, eso, de la persona, las dificultades de vinculación hacen que sea más complicado. Te digo asistencia a domicilio, pero también te podría decir un acompañamiento de tipo individualizado (Experta en salud mental infanto-juvenil).** ”

Desde lo que manifiesta esta experta, la atención individualizada resulta primordial, incluso a la hora de combatir los «estigmas» que circulan en torno a las personas que tienen algún problema de salud mental. Construir **entornos más amigables**, basados en el **reconocimiento de los derechos, deseos y problemas específicos de NNAJ**, es fundamental si se quieren evitar segregaciones y fomentar un tipo de atención más inclusiva e igualitaria.

Sin embargo, parece que estamos lejos de esta integración metodológica. En palabras de la experta, «nos llenamos la boca de hablar del modelo de atención centrada en la persona», pero «acaba siendo un sistema que todavía está centrado en los servicios». Esto era algo que identificaba, por ejemplo, en la **alta rotación de profesionales** que observa:

“ **Una joven se está atendiendo en el CESMIJ, ingresa en la UCA, en la Unidad de Crisis de Agudos. ¿Vale? El equipo profesional que la atiende cambia. Entonces tú pasas de tener unos referentes a tener otros. Si le dan el alta y pasa a hospital de día, vuelve a cambiar el equipo (...) aunque los profesionales sean unos megacracks, es que de momento la persona que se atiende y la familia ya han pasado por tres recursos distintos (Experta en salud mental infanto-juvenil).** ”

Por lo tanto, una de las propuestas que introdujo en esa conversación fue la de construir **equipos de atención más estables** que acompañen a NNAJ independientemente de los recursos que estén utilizando y las etapas del tratamiento que estén transitando. Como señalaba, este tipo de acompañamiento continuado a lo largo de todo el proceso es

fundamental para garantizar una mejor atención basada en la construcción de lazos de confianza y un mayor conocimiento de las necesidades de las personas.

■ El enfoque medicalizante como síntoma de la precariedad y la atención despersonalizada

El último punto sobre el que interesa detenerse en este análisis del servicio sanitario es el de la **predominancia de la medicalización** como modo de abordaje predilecto en la atención de NNAJ. En todos los grupos de discusión fue posible registrar situaciones que evidenciaban la centralidad de este tipo de enfoque. Por ejemplo, uno de los participantes del grupo de jóvenes indicaba lo siguiente:

“ La psiquiatra (...) me envía la medicación. Yo creo que ya la tengo ajustada porque costó ajustármela. He pasado por muchas medicaciones. Por fin, pues ya tomo diez al día. Pero mucho mejor que al principio. Al principio era mucho más difícil de llevarlo. Ahora mejor (GD jóvenes). ”

Este testimonio con el que se inaugura esta sección refleja una situación que, con frecuencia, fue mencionada en los grupos de familias. Todas las madres y los padres participantes introdujeron alguna anécdota que reflejaba el exceso de medicación que solían recibir sus hijos/as. Por lo general, este tipo de abordaje generaba desconfianza, era interpretado como una forma de enfrentar los problemas de salud mental de manera rápida y superficial. Como decía una de las madres participantes, «le dan un *Valium* y para casa». Otra de las participantes, profundizaba sobre esta cuestión:

“ Como paciente de salud mental que soy desde hace 29 años por una enfermedad neuroinmune conozco bastante bien el sistema sanitario. Y sé por dónde se dirige toda esta historia de la medicación a costa de todo. No, educación primero y luego vamos a ver si realmente tiene un problema. Y si necesita una medicación, pues se le da. Primero, fijaros en la base. No medicación porque sí (GD familias). ”

Como se puede apreciar en este testimonio, la opinión generalizada entre las familias participantes no iba en contra de la medicación necesariamente, sino en **una crítica a su aplicación «a costa de todo» o «porque sí»**. Siguiendo sus testimonios, se advierte que **la medicalización se encuentra completamente naturalizada** en la atención de la salud

mental infanto-juvenil, a tal punto que, cuando no se optaba por recurrir a tratamientos que buscaban retrasar el uso de fármacos, terminaba generando sorpresa.

Según reclamaban las familias, la medicación debía ser el último recurso o empleada ante situaciones urgentes. Como indicaba esta madre, que también tenía problemas de salud mental, era prioritario destinar energías y recursos a otros aspectos estructurales, o de «base», que también pueden funcionar como **mecanismos preventivos**. Esto implicaba observar en profundidad cuáles son los problemas concretos, si efectivamente requieren de fármacos para su atención, y centrarse en aspectos educativos.

Según lo detectado a lo largo de la investigación, esta inercia de la medicalización como modo predilecto para afrontar los problemas de salud mental de este sector de la población puede explicarse por dos razones fundamentales. En primer lugar, se trata de algo que revela la **precariedad y la falta de recursos del sistema sanitario**. En palabras de uno de los padres participantes:

“ A veces abusamos un poquito de la medicación, tanto de los antidepresivos como de los ansiolíticos. (...) Es una epidemia. (...) Yo pienso que ahí es un punto importante el centro de salud. (...) Si hubiera psicólogos en los centros de salud que pudieran atender puntualmente a la población y sin demora, sería una ventaja y evitaríamos mucha medicación y medicalizar a la población infantil, que lleva medicamentos que llevan los adultos. Es una cosa que a veces te planteas: ¿por qué tienen que llevar esos medicamentos? Muchas veces son necesarios, pero otras veces es porque no se puede hacer de otra manera. No hay un psicólogo que atienda a esas personas (GD familias). ”

Otra de las madres de ese mismo grupo consideraba que recurrir a la medicación era «más cómodo y fácil» «que tener una consulta un día a la semana». Siguiendo lo que relataba este participante, la falta de profesionales que puedan absorber la demanda que reciben los centros de salud a diario explicaba la centralidad que tenía la medicalización.

Sobre esta cuestión se detuvo en profundidad una de las expertas consultadas, quien explicó los efectos nocivos que la falta de criterio a la hora de aplicar fármacos puede generar. Desde su punto de vista, **la medicalización excesiva termina por encapsular los síntomas, entendidos como sistemas de alarma visibles que contribuyen a detectar problemas de fondo**, como situaciones problemáticas o violentas en los hogares.

“Tengo colegas en salud mental, en unidades de psiquiatría y tal, que te dicen «yo no quiero medicar al niño o al niño. Lo que yo no quiero es que esa niña, ese niño, al mes que yo tarde en volverla a ver, se corte o cometa un suicidio, y no tengo camas para ingresar. Entonces, ¿qué hago? Le medico». Es completamente perverso todo el sistema. Y el saberte dentro de ese sistema, (...) es una disonancia cognitiva muy heavy. El saberte colaboracionista de ese sistema que está medicando al niño porque no tienes camas (Experta en salud mental infanto-juvenil).”

Mediante este testimonio se expone de manera cabal el **vínculo entre el exceso de medicalización y la precariedad** que afecta al sistema sanitario. La falta de profesionales y recursos para la atención genera un círculo vicioso que redundaría en la implementación de un enfoque que, utilizando palabras de la propia especialista, «enmascara» las problemáticas de fondo. Según explicaba, esta precariedad generaba sentimientos de desgaste y agotamiento en las profesionales (como decía, de «*burn out*») que llevaban a recurrir a «soluciones cortoplacistas» que ofrece «el modelo biologicista». Con estos señalamientos, la experta no buscaba culpabilizar a las personas profesionales, sino **visibilizar las condiciones precarias de trabajo** que enmarcan y explican la lógica de sus acciones.

En segundo lugar, es posible suponer que **los sesgos adultocéntricos** también son de relevancia para explicar los motivos por los cuales la medicalización termina siendo un recurso utilizado de forma recurrente. Esto es algo que fue señalado por una de las madres que participó en los grupos, quien relataba una situación con su médico de atención primaria:

“Nos dijeron que una depresión no era para tanto en un niño y le dieron pastillas para dormir. (...) Con lo que me dijeron, fui al médico de cabecera otra vez, y me dijo que eso no podía consentirse, que eso no podía ser. (...) Entonces, en vez de volver a chocarnos con una pared, buscó otro camino: los servicios sociales (GD familias).”

Esta situación exhibe, nuevamente, la operatoria de los sesgos adultocéntricos en la atención. De todas maneras, la respuesta del médico de cabecera también refleja que esto no siempre es lineal y que se trata de una cuestión disputada. A pesar de ello, esto pareciera restringirse a la buena voluntad del/de la profesional de turno. La derivación a los servicios sociales no hace más que exponer la incapacidad de este sector a la hora de absorber estas demandas.

Hasta aquí, se exploraron en profundidad las principales características de la atención sanitaria a la salud mental infanto-juvenil. En el próximo apartado, la atención estará puesta sobre las instituciones educativas.

Ámbito educativo

Como ya fue señalado con anterioridad en este mismo informe, los centros educativos, como agentes centrales de socialización, tienen una importancia decisiva en la **prevención y el abordaje de la salud mental** infanto-juvenil.

Este capítulo se concentra en tres aspectos centrales que involucran a los centros educativos y que adquirieron una particular relevancia a lo largo del trabajo de campo:

- La importancia de invertir en **recursos que reconozcan y atiendan la diversidad**.
- Los déficits y oportunidades vinculadas al **rol del profesorado**.
- Las dificultades identificadas con la **educación emocional** y la gestión de los afectos.

■ El desafío de atender y alojar la diversidad

La mayor visibilización de los problemas de salud mental de la población infantil y joven a nivel social, así como el incremento de diagnósticos de este tipo durante el último tiempo (especialmente a partir de la pandemia del COVID-19), exige que las escuelas orienten buena parte de sus esfuerzos y recursos a la atención de estas cuestiones. El reconocimiento de estas problemáticas, tanto de las personas adultas como de pares, demanda un largo proceso de formación y de trabajo sobre valores, conductas



normativos de comportamiento e identidad, son solo dos ejemplos de lo complejo que puede ser afrontar este desafío.

A lo largo de la investigación, esto fue algo que emergió desde distintos puntos de vista: fue comentado tanto por las familias y las propias personas jóvenes, así como por las personas expertas consultadas. Un aspecto nodal se vincula al **respeto de los tiempos, ritmos de aprendizaje, intereses y saberes de NNAJ**. Sobre este aspecto, los/as jóvenes que participaron en el grupo de discusión, relataban sus experiencias que, en líneas generales, eran diversas y desiguales. Por ejemplo, una de las participantes explicaba que, en su colegio, habían adaptado los contenidos para que pudiera continuar con su escolarización:

“Es verdad que ya se empezaron a dar cuenta que mi problema, al ser los estudios, me daban más facilidades. O sea, me quitaban parte de los exámenes, partes del temario que tenía que estudiar. Eso empezó en primero, creo que en cuarto de primaria. (...) Me adaptaron tanto el temario como los libros en ciertas asignaturas. Y además, también en la ESO contaba con una clase de apoyo en dos materias (GD Jóvenes).”

A diferencia de esta joven, que valoraba el modo a través del cual le habían adaptado los contenidos en su instituto, los otros dos participantes del grupo de discusión exhibían situaciones muy distintas. Uno de ellos, diagnosticado con un trastorno esquizoafectivo, señalaba que, a partir de sus primeros episodios y «brotos», tuvo dificultades para salir de su hogar y se vio obligado a abandonar los estudios. Siguiendo su testimonio, no existió de parte de su escuela un proceso de acompañamiento que pudiera contrarrestar esta temprana deserción. Por su parte, otro de los participantes contaba lo siguiente:

“A mí no se me adaptó nada académicamente. Y no tuve problemas en general. Quizás un poco al final, el curso quedó un poco peor, pero lo conseguí. Me costó, pero... supongo que como le cuesta a todo el mundo (GD jóvenes).”

Estos distintos relatos exhiben formas diversas de afrontar la atención a las problemáticas de salud mental en las instituciones educativas, algo que se vincula directamente con las desiguales posibilidades con las que cuentan los centros. **El trabajo de adaptación implica un ejercicio de personalización de la enseñanza que demanda recursos, tiempo y energía por parte de autoridades y docentes.**

Sobre esto, no solo pusieron énfasis los/las propios/as jóvenes, sino también las madres y los padres que participaron en los grupos. Por ejemplo, este era el testimonio de una de las madres que tenía un hijo adolescente con altas capacidades:

“ Mi calvario fue empezar infantil, el colegio. Ha sido una etapa horrorosa (...), no aceptan un diagnóstico de altas capacidades sin TDAH. Mi hijo no tiene TDAH, no tiene absolutamente ningún problema psiquiátrico, pero su inteligencia supera por cuatro su edad cronológica. (...) Es muy difícil que se integre con los niños de su edad. Siempre se relaciona con adultos. Y eso, dentro de los institutos y los colegios, no se entiende. No se entiende, es un niño «problemático» (...), lo etiquetan, empieza el bullying. El resto de los compañeros empiezan a marginarlo, empiezan las agresiones, las denuncias al colegio, las denuncias a los padres (GD familias). ”

Como se puede apreciar siguiendo este relato, la atención de la diversidad de perfiles que habitan los entornos educativos también implica un desafío en cuanto a lo vinculado a la **gestión y regulación de la sociabilidad entre pares**. Tal como fue señalado anteriormente en este mismo informe, las prácticas de **etiquetamiento, acoso escolar y bullying** pueden ser sumamente nocivas para la salud mental de NNAJ. En ese marco, las escuelas cumplen un rol fundamental a la hora de, en primer lugar, identificar y reconocer la existencia de estos modos de relacionamiento y, en segundo término, **encontrar soluciones no solamente punitivas, sino también formativas**. Sobre este tema en particular profundizaba una de las madres que participó en uno de los grupos de discusión, quien señalaba que, en el colegio al que asistían sus hijos/as, advertía una distancia entre muchas de las cuestiones que se enunciaban y las prácticas efectivas de prevención y abordaje del acoso escolar:

“ Nos hablan mucho, al menos en el colegio de mis hijos, toda la vida con tema protocolos, diciéndonos que tienen que hablar, que tienen que escucharse (...). Pero luego, a la hora de la verdad... (...) Pero todo lo que es el protocolo y todo el stop bullying que ellos dicen y todo eso, en el momento de aplicarlo y parar los pies a los críos que hacen el daño, no lo hacen. Yo por ahí veo que viene el problema de que los chavales no sepan pedir ayuda. O sea, lo que me he encontrado es que mi hija tardó aproximadamente como unas dos o tres semanas que yo sabía que le pasaba algo en el cole, en plan grave, porque no quería ir, venía llorando, se metía en la cama y demás. En el cole no se habían enterado de nada. (...) A ella le daba miedo decirlo en el colegio porque no sentía que los profesores la arroparan (GD familias). ”

Como explicaba esta madre, un aspecto fundamental para reconocer este tipo de situaciones se vincula con la posibilidad de **abrir canales de escucha**. El miedo a expresarse que sentía la hija de esta participante se explicaba, como ella misma decía, a partir de cierta desatención de parte del profesorado. La **confianza entre NNAJ y las personas adultas** en los centros educativos resulta fundamental para, al menos como base, elaborar mecanismos y espacios de expresión y comunicación. En este sentido, una experta explicaba que, más aún en un contexto en el que «han vuelto a la palestra los discursos de odio», es imprescindible construir «entornos confiables, libres de estigma y libres de cualquier situación de violencia, acoso y agresión» en las escuelas.

Las expertas consultadas ofrecieron ejemplos útiles para identificar aspectos sutiles o poco visibilizados que pueden resultar perjudiciales para la recepción de estudiantes con problemas de salud mental en las escuelas.



Fíjate, cuando hablamos de comedores escolares, la importancia que tiene todo el equipo educativo (...). La persona que está facilitando la situación de comedor, que está ayudando a comer o a dar los platos, lo que sea, también tiene un rol importante. Porque imagínate en los centros de referencia TEA, ¿no? De trastorno del espectro autista, donde hay niños que a lo mejor (...) les puede molestar el ruido. Imagínate la situación de ese niño o esa niña cuando está en el comedor y está la gente gritando... O sea, al final es un trabajo de todos (Experta en salud mental infanto-juvenil).



Como se puede apreciar siguiendo este testimonio, la atención a NNAJ con problemas de salud mental implica un **trabajo colectivo** que no solo involucra a profesores/as, sobre quienes se suele enfocar este tipo de problemas. Esto también implica prestar atención en otros espacios menos atendidos, que exceden las problemáticas del aula, tales como los comedores escolares, los patios, los pasillos o los baños.

Por su parte, otra experta también introducía una situación de relevancia para atender problemáticas de salud mental considerando el **clivaje de género**:

“

Hay un concepto muy importante que se llama el enmascaramiento, el *masking* en inglés (...). Hay estudios que demuestran que a las niñas con altas capacidades se les detecta menos porque demuestran menos que saben las respuestas (...) levantan menos las manos, ocupan menos al espacio público en clase. Y por este enmascaramiento del no sobresalir, de no destacar, dificulta mucho más identificarlas. Con TEA también. Con el trastorno del espectro autista hay un enmascaramiento muy grande, hay como una performance de habilidades sociales muy heavy que los niños autistas no hacen. Ellas sí, por una cuestión de encajar. Y esto confunde mucho el diagnóstico; es «cómo va a ser autista si se comunica súper bien en estas situaciones». Luego analizas y sí que lo es. El enmascaramiento es la clave ahí en el porqué se les diagnostica menos (Experta en salud mental infanto-juvenil).

”

Atender la diversidad también implica pensar en la **multiplicidad de condicionamientos diferenciales** que atraviesan al colectivo de NNAJ con problemas de salud mental. En este caso, las diferencias y desigualdades de género resultan de importancia en tanto que provocan dificultades a la hora de detectar y, por lo tanto, prevenir o abordar problemáticas de salud mental.

Siguiendo lo sugerido por las expertas consultadas, estas dificultades que las escuelas tienen a la hora de recibir y atender la diversidad de situaciones y problemáticas se vinculan de forma estrecha con la falta de recursos destinados a estas cuestiones.

“

Lo que siempre se plantea es que falta coordinación [entre los recursos públicos] (...). ¿Y por qué no la hay? Pues por falta de recursos humanos (...). Ahora, imagínate cómo se produce esa derivación: para empezar, tiene que haber una detección en el centro educativo (...). Si los profesores, los educadores, no están suficientemente formados o si esa situación se esconde. (...) ¿Cómo se produce la derivación? Para empezar, cuando se detecta un problema también hay un orientador en el centro (...), especialmente en secundaria. A nivel primaria (...) no son obligatorios y normalmente no los hay. Pero en secundaria tienes un equipo orientador, que en muchos casos es una persona (...) que a lo mejor atiende a una población de 500 personas... es imposible. Especialmente cuando esa persona también tiene carga lectiva, es decir, tiene que dar clase de psicología, valores, lo que sea (Experta en salud mental infanto-juvenil).

”

Siguiendo la explicación, se advierte que cualquier intento por alojar de forma acorde los problemas de salud mental de NNAJ en los entornos escolares requiere de una importante inversión. Por ejemplo, la importancia de **reducir las ratios de atención** a

la diversidad de los equipos orientadores es algo que ha sido mencionado no sólo por esta especialista, sino también por las familias que participaron en el estudio. Sobre la formación y el nivel de sensibilización del profesorado se profundiza en el apartado que se introduce a continuación.

■ Sobrecarga y falta de formación en el profesorado

Tal como se señaló a partir de los testimonios recogidos, la construcción de espacios de confianza que sean receptivos de las demandas y problemáticas que llevan a los colegios NNAJ implica la construcción de estrategias de atención colectivas de parte de todas las personas que habitan los espacios escolares. Sin embargo, a lo largo del trabajo de campo **el rol del profesorado** fue señalado como un aspecto central.

Por lo general, en los distintos grupos de discusión, se percibía que los/as profesores/as exhibían **poca atención, comprensión y sensibilidad** con los problemas de salud mental de sus estudiantes. En palabras de una de las participantes en el grupo de familia, los equipos docentes «se tienen que poner las pilas (...), se tienen que formar e intentar empatizar». Por su parte, una de las madres describía las dificultades para acceder y vincularse con el profesorado; en sus palabras, es como toparse «con un muro». Otra de las participantes de estos grupos lo explicaba de la siguiente manera:

“**Muchos [profesores] no creen que el niño tenga un problema. Creen que está malcriado, o que no le educan en casa, o que no le ponen límites. No piensan tampoco que tenga una enfermedad como tal. Hasta que les llevas el papel del psiquiatra o del psicólogo con un montón de medicamentos, un montón de diagnósticos, rompiendo lo que es su intimidad, para demostrarles que es verdad (GD familias).**”

Esta situación que exponía esta madre sintetizaba un sentimiento compartido en los grupos. Tal como ocurría en el caso de muchas personas profesionales del sistema sanitario, entre los/as profesores/as también era posible detectar cierta **subestimación** de este tipo de problemáticas. Según contaban los/as familiares, no le daban importancia al suponer que estas problemáticas eran intrínsecas a la infancia o la adolescencia, un período que se pasaría con el tiempo. Estos **sesgos adultocéntricos**, en palabras de uno de los padres, se manifestaba en expresiones tales como «cosas de críos, ya madurará».

De todas formas, vale aclarar que este déficit que muchas familias identificaban entre el profesorado era generalizado, pero no unánime entre las personas participantes. Algunos

relatos ilustraban **experiencias positivas** en los colegios, como era el caso de una de las madres participantes de los grupos:

“**Con la segunda, que tenía muchas dificultades, ahí hubo apoyo por parte de educación. (...) Reconozco que yo metía mucha caña también (...). Tuvo una auxiliar (...) es que mi hija hacía lo que le daba la gana, no respetaba nada, no podía respetar. Entonces, era muy difícil, en una clase con un montón de niños, tener a una niña de estas características. Te desmontaba la clase. Y bueno, yo mi experiencia de educación fue bastante buena (...) porque al principio al darse cuenta de que había un problema importante, le pusieron apoyos (GD familias).**”

De esta manera, esta madre reconocía el trabajo realizado en la escuela a la que asistía su hija. Según comentaba, tenía serias dificultades para comunicarse («no tenía lenguaje», explicaba), algo que rápidamente fue asumido por el centro.

De todas maneras, esta madre también tendía a comprender y contextualizar estas situaciones al identificar lo dificultoso que esto resulta para el profesorado. Esto también era recuperado por una participante de otro de los grupos, quien señalaba que, ante la **sobrecarga de los equipos docentes**, resulta necesario priorizar temáticas:

“**Yo sé que ahora mismo el momento del profesorado no es nada fácil. Por eso creo que nos tenemos que formar mucho y, a lo mejor, dejar de dar muchas matemáticas o mucho... no dejarlo de lado, pero creo que hay que centrarse en eso porque cada vez vemos que en las aulas hay más niños con estos problemas de salud mental. Con esta impulsividad y con este desinterés por muchas cosas. Entonces, a mí esto me da miedo (GD familias).**”

El testimonio de esta madre resulta de relevancia en la medida que problematiza cuál debería ser el rol de la escuela contemporánea. Desde su perspectiva, la escuela debería contemplar con mayor énfasis las **problemáticas personales del estudiantado**, prestando apoyo, asistiendo y acompañando. En este sentido, la transversalización de la educación emocional en los currículums escolares fue un tema que cobró importancia en los grupos con familias y en las entrevistas con personas expertas. Sobre esto se profundizará un poco más adelante.

Siguiendo estos testimonios, se advierte que esta falta de atención por parte de profesores/as se vincula de forma estrecha a las **condiciones de trabajo**, como es la **inversión de tiempo en un tipo de formación continua** que no siempre es posible en términos de disponibilidad horaria.

“ Hay una formación que no está a lo mejor en nuestros grados universitarios, y que, por lo tanto, el profesional tiene que adquirir posteriormente. (...) Te diría que uno de los grandes problemas es que toda esta formación que adquirimos los docentes no se hace en el entorno de trabajo, (...) significa que lo tienes que hacer posteriormente y eso es un problema frente a otros grupos profesionales, por ejemplo, un psicólogo, un trabajador social. En un entorno oficial, pueden acceder a su formación en su tiempo laboral, nosotros no. Los docentes, más allá de la corrección, preparación de clases y todo lo que va unido a la docencia, que se hace posterior a la etapa presencial, con los alumnos, pues tenemos que dejar tiempos y eso no siempre es fácil (Experta en salud mental infanto-juvenil).

”

Esta especialista explicaba que el profesorado, debido al gran componente vocacional que suele tener esta profesión, destina tiempo a su formación y se interesa por las realidades y problemáticas de sus estudiantes. Sin embargo, son las condiciones de trabajo de la docencia lo que muchas veces limita las posibilidades de esta atención.

Una forma de descargar la presión y las responsabilidades que recaen sobre el profesorado pasa por **reforzar el trabajo en conjunto entre escuelas y familias**. Esto puede resultar decisivo a la hora de prevenir la emergencia de problemáticas de salud mental desde sus momentos más incipientes.

“ Con los profesores y orientadores es una relación unidireccional (...) ellos quieren llegar a los padres y ahí se queda la cosa. Se queda para las estadísticas las charlas que hacen. (...) Muchas veces los padres no interpretan, «eso no le va a pasar a mi chico». Tú no puedes poner prevención de ayuda al suicidio... ¿por qué no empiezas por la depresión? ¿Por qué no empiezas por la tristeza? ¿Por qué no empiezas por intentar que los padres seamos capaces de detectar esas cosas? (GD familias).

”

Desde la perspectiva de esta participante, era necesario reforzar las **actividades de sensibilización y capacitación para las propias familias**. Como explicaba, resultaba de importancia detectar y problematizar esos primeros sentimientos (como la «tristeza»

o la «depresión»), en tanto indicios que pueden contribuir a prevenir problemáticas futuras. Sobre este punto también coincidía una experta entrevistada, quien explicaba que es necesario reforzar este trabajo sobre las familias, en tanto, explicaba, este tipo de problemáticas suelen ser negadas en los propios hogares (como señalaba, «todos queremos pensar que tenemos hijos sanos y sin problemas»). Esto resulta decisivo a la hora de realizar un acompañamiento desde los propios hogares que contribuya a prevenir situaciones en el ámbito escolar. A la vez, reclamaba mayor énfasis sobre **«la comunicación» y los intercambios entre docentes y familias**; como señalaba, esto puede ser vital para el intercambio fluido de información y el aprendizaje colectivo.

■ La escuela y la gestión de las emociones

Una de las cuestiones poco atendidas en el proceso de socialización en la escuela refiere a cómo el estudiantado aprende a **expresar y administrar sus emociones**.

Esta función de socialización de la escuela, muchas veces invisibilizada en un proceso de naturalización (se trata de saberes y formas de expresión que se interiorizan de forma sutil y no consciente), ha empezado a ser problematizada con insistencia durante los últimos años. La **educación emocional** se ha ido incorporando en el currículum escolar como una dimensión fundamental a través de la cual se busca que el estudiantado pueda tomar conciencia de sus emociones, comprendiendo y gestionando aquello que les afecta en su bienestar emocional.

“ Los educadores no tienen por qué ser psicólogos necesariamente, pero bueno, de alguna forma se hace, ¿no? No somos padres, madres de los alumnos, pero de alguna manera hay una labor de acompañamiento emocional que también tiene que ver con los sentimientos y con los afectos, con ese mundo afectivo que es tan importante en la adolescencia y en la infancia (Experta en salud mental infanto-juvenil).



Este acompañamiento emocional al que aludía esta especialista es algo que efectivamente ocurre en la cotidianidad escolar y que entendía como un **«soporte» imprescindible**, especialmente durante la pandemia del COVID-19. Este período excepcional, que según relataban los y las jóvenes participantes en el estudio fue un momento de «mucho agobio», «estrés» e incertidumbre en torno a las calificaciones y el devenir del curso escolar, fue sumamente importante en tanto contribuyó a visibilizar un sinfín de situaciones y malestares que existían previamente.

A pesar de la extendida circulación en el debate público que la educación emocional ha tenido durante los últimos tiempos —algo que se advierte en su extendida presencia en programas escolares, en los enunciados vertidos por decisores de políticas educativas y organismos internacionales, y en los grandes medios de comunicación—, los padres y las madres que participaron en los grupos de discusión reclamaban que esto debía ser incorporado con **mayor cantidad de recursos en las aulas y los currículums escolares**.

“

Si ya a nivel de adultos pienso que se han de revisar, a nivel de niños todavía más. Veo que los niños están todavía más vulnerables y les da mucho más miedo. No saben cómo decírtelo, cómo vas a reaccionar tú como adulto. Luego veo que los profesores, en la mayoría de los casos, como habéis comentado, no están preparados ni formados para recibir todo lo que estamos teniendo. Porque cada vez hay más gente con problemas de salud mental. Entonces, yo igual que las compañeras, pienso que deberían hacerse más cosas de bienestar emocional y todo esto en los colegios. Y preparar a los chavales para el día a día (GD familias).

”

Como ha demostrado largamente la investigación en contextos educativos, aprender a gestionar las emociones tiene un **fuerte sesgo de género**. Esto es algo sobre lo que la investigación educativa se ha detenido largamente. Entre distintas dimensiones que se interiorizan en torno al género en la escuela —por ejemplo, un sentido sobre las jerarquías de género o expectativas que se construyen en torno a los imperativos de la división sexual del trabajo—, las infancias y juventudes aprenden a gestionar, ya sea visibilizando u ocultando, sus emociones. Tal como indica Raewyn Connell, en la escuela circulan y se imponen **patrones de emoción** que orientan el modo a través del cual niños y niñas expresan sus sentimientos en distintas circunstancias.⁶² Esta educación sentimental que introduce la escuela era un punto sobre el cual se detuvo una de las expertas:

62. Connell, R. 2001. «Educando a los muchachos: nuevas investigaciones sobre masculinidad y estrategias de género para las escuelas». *Nómadas* (14):156-71.

“ Nos educan con diferencia de género (...). A los chicos se les cuenta de algún modo que tienen que manejar sus emociones de una manera, no solo más privada, sino con una fortaleza que no se sabe exactamente de dónde tiene que venir. Y al final, muchas veces, la forma de hacerlo, de expresar esta frustración, esa tristeza, esa soledad, es a través de la violencia (Experta en salud mental infanto-juvenil). ”

De este modo, esta especialista puntualizaba la importancia que la escuela tiene a la hora de definir de qué modo hombres y mujeres deben comportarse. En especial, se detenía en las formas a través de las cuales los niños y hombres jóvenes aprenden a ocultar sus emociones, algo que muchas veces termina provocando sentimientos de frustración que se expresan de forma violenta. Asimismo, en otro pasaje de la entrevista, esta especialista destacaba los efectos que las violencias y los abusos tienen a nivel subjetivo y afectivo, especialmente entre las niñas y las mujeres jóvenes, quienes sufren estas situaciones en mayor medida.

Estos señalamientos en torno a las formas diferenciales a través de las cuales se educa y socializan a NNAJ de acuerdo con su género resultan importantes para entender que **la gestión emocional no remite únicamente a algo privado e individual**. Como han demostrado estudios críticos sobre la educación emocional, el aprendizaje sobre las emociones tiene un fuerte componente público y social:⁶³ **aprendemos a expresarnos o a ocultar sentimientos siguiendo patrones convencionales sobre la masculinidad y la feminidad** que circulan en las distintas instituciones que transitamos a lo largo de la vida, como es el caso de la escuela.

Del mismo modo, como fue analizado con anterioridad, otras dimensiones y clivajes de la vida social tales como **la clase o la raza** también son importantes para reconocer los motivos por los cuales en la escuela se potencian sentimientos como la vergüenza, el miedo o el desagrado. Estas emociones nos acercan y nos alejan de otras personas, generando agrupamientos y distancias entre los distintos grupos sociales.

En todo caso, identificar, reconocer y trabajar sobre las emociones puede resultar una puerta de entrada sumamente relevante a la hora de prevenir la emergencia de problemáticas de salud mental infanto-juvenil generando acciones de intervención temprana.

63. Álvarez-Hevia, David Menéndez. 2018. «Aproximación crítica a la inteligencia emocional como discurso dominante en el ámbito educativo». *Revista Española de Pedagogía* 75(269):7-23.

Ámbito sociosanitario, servicios sociales y comunitarios

■ Recorridos entre sistemas sociosanitarios públicos y privados

En comparación con los servicios sanitarios y los educativos, los servicios sociosanitarios y sociales recibieron muchas menos menciones y valoraciones a lo largo del trabajo de campo. De todos modos, en tanto ámbitos centrales que componen el entramado de atención a la salud mental, se recuperan algunos de los elementos y dimensiones más destacados en el estudio.

En general, las familias y los/as NNAJ que recurrían a este tipo de servicios eran aquellas que habían pasado por **situaciones conflictivas** tanto dentro como fuera de sus hogares. Por ejemplo, este era el caso de un joven adoptado por parte de una familia que residía en País Vasco:

“ Bueno, con los servicios sociales miramos recursos... Estuvo con psiquiatra, psicólogo, prácticamente desde los diez años, porque venía con lo que venía. Es un maremoto que no se puede detener. Y así, resumiendo, a los 16 años ya lo echamos de casa prácticamente, tutelado... estuvo en pisos, etcétera. Luego quisimos meterlo en Proyecto Hombre. No había sitio y tal y encontramos un sitio en Barcelona (...) En un centro de tratamiento de patología dual, estuvo tres años internado allí. Salió, lo tuvimos cuatro meses en casa y lo tuvimos que echar. Y desde entonces lo tenemos fuera (...) Lo tutelamos, pero desde la distancia, no podemos convivir (GD familias). ”

Las familias contaban que terminaban recurriendo a la red de atención de los servicios sociales especialmente en casos que, muchas veces, implicaban situaciones conflictivas que imposibilitaban o dificultaban enormemente cualquier tipo de convivencia familiar. En otros casos, por ejemplo, también eran solicitados en casos graves de **acoso escolar o incluso de violencias y abusos por razones de género**.

Para las familias que recurrían a estos, **los servicios sociales significaban un ámbito de apoyo y sostén**. Esto ocurría especialmente en el caso de aquellas que se encontraban atravesadas por fuertes carencias económicas y materiales. Una de las madres participantes relataba su situación así:

“ Sí, mi hijo y yo [recibimos atención psicológica]. Mi hijo lleva desde los diez años. (...) Yo tengo citas continuadas. Que menos mal por los servicios sociales porque no disponemos de dinero. Pero es que, además, psicología de la salud pública nos da... (...) el psicólogo no puede darme menos de 6 meses, porque tiene una lista de espera enorme. (...) Entonces, a mi hijo lo están atendiendo por este otro camino [los servicios sociales] (GD familias). ”

De esta manera, los servicios sociales funcionaban como **complemento y sostén de otros servicios públicos de atención**. En otras ocasiones, también **brindaban orientación y facilitaban los procesos de derivación** con entidades especializadas, tal como lo relataba esta misma participante del grupo de familias. Según contaba, fueron los propios servicios sociales, en conjunto con el accionar de su médico de cabecera, quienes facilitaron su acercamiento a una entidad especializada en salud mental infanto-juvenil. Sobre esta coordinación entre los servicios públicos y las entidades que componen la red SALUD MENTAL ESPAÑA se volverá más adelante en este mismo informe.

A la vez, los servicios sociales eran valorados en tanto recursos que permiten tener un **mayor control** sobre los/as hijos/as. Esto es algo que ha sido especialmente señalado en el caso de familias que se han visto superadas o desbordadas por situaciones muy complejas que involucraban hechos de violencia o consumos problemáticos de drogas. Por ejemplo, una de las madres participantes relataba así la experiencia con su hijo:

“ Estuvimos con los servicios sociales, que nos han acompañado bastante bien. Cuando le pillan al chaval en la calle, consumiendo, fumando canutos en vía pública... y ahí ya empiezan, que le detienen, amonestaciones y tal, y ahí entran los servicios sociales... (GD familias). ”

De este modo, se aprecia que los servicios sociales no solo eran valorados en tanto ámbitos de sostén y orientación, sino también como instrumento que facilitaba el control en casos extremos, en especial tratándose de personas menores de edad.

Así como existía una valoración positiva de la labor de los servicios sociales, también fueron señaladas una serie de **limitaciones** de parte de distintas personas que participaron en el estudio. Por ejemplo, una experta que contaba con una vasta experiencia trabajando con menores judicializados, reclamaba un **abordaje «más profundo»** de parte de los servicios sociales en casos de este estilo. En sus palabras:

“ Tiene que haber un recurso que les evaluara independientemente del delito (...), de los hechos que le han llevado a ser judicializado. (...) Un recurso en el que se abordara un perfil psicológico mucho más profundo, que tuviera en cuenta mucho más las características personales del sujeto, no solo las psicosociales, sino las características propias de la personalidad. No para que se justifique lo que hacen, pero sí para encontrar explicaciones (...), encontrar medios y formas de subsanar ese problema (Experta en salud mental infanto-juvenil). ”

En otro pasaje de la entrevista, esta especialista volvía a profundizar sobre este tema:

“ Al final te das cuenta de que llegan muchas veces muy bravitos, muy chulos (...). Y yo, que al final, no puedo dejar de hacer intervención, ves cómo se van desmontando y ves cómo vas bajando la guardia y ves cómo te van contando más cosas (...). Te van contando el contexto en el que viven, la situación familiar, los abusos de los que muchas veces han sido víctimas a edades más tempranas. (...) Con rabia te justifican el porqué le partieron la boca a alguien, porque al final eso detonó algo que ya tenían dentro. (...) Ese gesto que le hizo el otro que le hizo enfadar tiene que ver con la propia historia vital y cómo me han hecho sentir durante mucho tiempo (Experta en salud mental infanto-juvenil). ”

De este modo, esta especialista describía así lo que consideraba un «dispositivo» que pudiera ahondar en las **causas profundas y personales** que desencadenan ciertas situaciones, algo que, desde su punto de vista, era una carencia de los servicios sociales. Si bien puntualizaba sobre temáticas que son competencia de los servicios sociales, también remarcaba la necesidad de que este tipo de trabajo (más centrado en la comprensión de las razones profundas que llevan a NNAJ a exponerse a situaciones de riesgo o delictivas, en este caso) forme parte de un **esquema conjunto con otros servicios, tales como los sanitarios y los educativos**.

Desde este punto de vista, era prioritario invertir en la elaboración de **«itinerarios personalizados»** que pueden resultar decisivos a la hora de prevenir situaciones más graves. Esto es fundamental dado que, por lo general, los/as menores con problemas judiciales no acceden a servicios de salud mental hasta que reciben una sentencia. Sobre la importancia de estos **mecanismos de prevención** también se detenía una de las madres que participó en uno de los grupos, pero considerando otro tipo de problemáticas, como es el caso de una situación de violencia sexual que había sufrido su hija:

“ A partir de los 18 hay un botón (...) que es para si una mujer está en peligro (...). Se activa algo, no sé muy bien el qué, con Mossos o con el 061 y emergencias y demás. Pero entre los 13 y los 18, que es la edad de mi hija, no hay nada. (...) Yo me encontré con que no sabíamos qué hacer. O sea, te encuentras desvalido, nadie te explica nada, nadie te dice lo que tienes derecho (...). Esto afecta muchísimo a la intimidad y afecta muchísimo a nivel psicológico (GD familias). ”

Esta madre introducía así una perspectiva que obliga a reparar en las desigualdades de género que también afectan a este tipo de servicios destinados a la población juvenil. Las situaciones de abusos y violencia sexual que sufren las niñas y mujeres jóvenes también requieren de un abordaje holístico y multidisciplinar que ayude a procesar los traumas y prevenir la emergencia de eventuales problemas de salud mental.

■ El reto de construir comunidades que cuidan para la población infanto-juvenil con problemas de salud mental

Actualmente se están desplegando una multiplicidad de proyectos sociales innovadores en todo el territorio para el abordaje de una diversidad de problemáticas sociales con una fuerte base en la **construcción de apoyos de base comunitaria**.⁶⁴ Los apoyos de base comunitaria refieren a la superación del paradigma asistencialista que ha existido en muchos servicios públicos, especialmente en los servicios sociales, para pasar a un sistema de atención holística e integral donde los apoyos y cuidados puedan darse, profesionalizados, en el entorno comunitario y desde este.

En este marco, los apoyos basados en la comunidad se muestran como un camino posible a recorrer en la atención a los problemas de salud mental infanto-juveniles en el territorio, con apoyos personalizados, centrados en la persona y basados en derechos. Sin embargo, al igual que con el proceso de desinstitucionalización de las instituciones psiquiátricas, es necesario **abordar ciertas ideas, prejuicios y estereotipos** en los entornos comunitarios que pueden dificultar, cuando no impedir, el desarrollo de iniciativas en este sentido.

64. Un ejemplo de ello es la experiencia reciente de la Plataforma Vidas, una iniciativa lanzada por el Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 para el desarrollo de proyectos de innovación social orientados a promover procesos de desinstitucionalización y la prevención de la institucionalización de personas mayores, jóvenes, personas en situación de sinhogarismo y mujeres víctimas de violencia de género, entre otros colectivos vulnerables, mediante un enfoque de tipo comunitario y centrado en las personas.

Ese es el diagnóstico que realizan las familias de NNAJ con problemas de salud mental que participaron en el estudio. De ese modo, detectan **persistentes situaciones de estigmatización y discriminación**, dibujando así un escenario de partida complejo. Especialmente, las familias han destacado que persiste una asociación lineal entre las personas que tienen problemas de salud mental y el peligro, algo que detectan en los temores que suelen percibir en sus entornos. Aquí, una madre, afirma que es necesario combatir este estigma para una convivencia positiva en la comunidad:

“**Habría que desmitificar que el enfermo mental es agresivo. (...) Yo creo el enfermo mental es el que más se autoagrede. Y además se aísla. Yo creo que eso es muy importante para que la sociedad no tenga miedo. Yo creo que el miedo hace que la gente los mire mal. Piensan que les va a hacer algo. Que les va a hacer daño. (...) Al final ellos son las víctimas de su propia enfermedad, pues como el que tiene una diabetes, que no te va a contagiar la diabetes a ti (GD familias).**”

No solo sufren este estigma en la salud mental la población infanto-juvenil, sino también los propios padres y madres, sobre los que se deposita la carga de culpa de la situación que pueda generar el niño, niña, adolescente o joven. Así, relatan que tienen que estar **combatiendo estereotipos y prejuicios**, en la medida que muchas personas suelen responsabilizarles, atribuyendo los problemas de sus hijos e hijas a negligencias en la crianza y falta de control. De esta manera, lo que se observa es que el **modelo familiarista de cuidados** también genera exigencias e imperativos que muchas veces se viven con una responsabilización excesiva y, en algunos casos, con culpa.

Para combatir estos estigmas, entre las familias se enfatizaba la necesidad de trabajar con las comunidades, tal como lo hacía una de las madres participantes:

“**En el caso infantil o juvenil, a los padres también, que acepten a esos padres que tienen esos niños que tienen enfermedad mental (...), y que son niños, que al final acaban también solos porque los mismos padres, los mismos niños de alrededor o del colegio no se juntan con ellos tampoco. (...) Hablar con esos padres y que se den cuenta que esas familias tienen problemas que no tiene solución y que están solos (GD familias).**”

En este sentido, las familias afirman que es necesario realizar trabajos y **campañas de sensibilización** con la población de los municipios y las comunidades sobre la realidad

de NNAJ con problemas de salud mental. Esto implica construir y fortalecer espacios de intercambio e interacción cotidiana que permita familiarizar y naturalizar las realidades que viven. Y es aquí donde entra con importancia la parte comunitaria de los cuidados y apoyos. Habiendo visto cómo funciona el estigma, miedo y prejuicio a nivel comunitario, participar de la comunidad es la herramienta central que puede ayudar a la «normalización» de la presencia e implicación de la población infanto-juvenil con problemas de salud mental y sus familias.

Tanto por el propio accionar de los agentes comunitarios, las Administraciones Públicas y las entidades del Tercer Sector, como por la voluntad de las propias personas implicadas y la sociedad civil, la respuesta comunitaria a las necesidades de los/as NNAJ con problemas de salud mental supera a la meramente asistencial o familiar, siendo más personalizada y holística. La respuesta de las asociaciones era valorada por parte de las familias:

“ **A mí me han ayudado las asociaciones. Él está en tres, en una por el futbol, en (nombre) porque la tenemos cerca de casa y luego está en otra porque tenemos un grupo de jóvenes. (GD familias).** ”

Tal como se apreciaba en los testimonios, es en la comunidad donde existen experiencias que son capaces de apoyar con recursos a la consecución de una vida elegida. En el siguiente testimonio, se valora el apoyo del entorno más próximo, el de las amistades:

“ **Yo tengo que dar gracias a los cinco amigos de toda la vida de mi hijo que han sido el único apoyo que hemos tenido, porque ellos han controlado a mi hijo... (...) Le dejaban en la puerta de casa para que no se fuese. Lo que han hecho ellos no tiene nombre. Para mí ha sido el único apoyo. Ellos buscaban ayuda donde fuera. Pero a veces te ves sin herramientas, y ellos también (GD familias).** ”

A su vez, esta cita también expresa la necesidad de brindar **formación, asesoramiento y un trabajo de seguimiento al entorno comunitario**. En otras palabras, las ayudas espontáneas, muchas veces mediadas por el afecto y las buenas intenciones, deben ser potenciadas mediante información y orientación que permita fortalecer los apoyos.

El espacio comunitario es, además, un espacio en el que encontrar **figuras de referencia** por parte de NNAJ con problemas de salud mental. Las figuras de referencia son especialmente relevantes en poblaciones que han tenido dificultades en el desarrollo

de sus propias vidas con independencia, dado que tener personas en las que poder referenciarse puede ser positivo en la toma de decisiones individual. Esto era recogido en uno de los grupos de familias:

“ Desde luego que los chavales necesitan (...) figuras de referencia en las que confiar, no tiene que ser el profesor, puede ser un tío, un conocido, un psicólogo, lo que sea. Habría que hacer una red más amplia (GD familias). ”

A pesar de que la dimensión de los apoyos en la comunidad es un tema en expansión y debate, el modelo que se plantea en numerosos proyectos de innovación social puede ser una de las vías de acción que permita superar algunas de las limitaciones a las que se asisten a la hora de atender desde los servicios públicos de base, así como superar los impactos que producen los problemas de salud mental en los padres y madres fruto de la falta de apoyos.

De esta manera, la adopción de un enfoque comunitario en el trabajo de cuidados de NNAJ con problemas de salud mental **introduce desafíos de alta complejidad.**

“ Pero yo insisto en el tema comunitario (...). Creo que lo tenemos muy difícil (...). Si queremos apelar por lo comunitario, por el Estado, por la implicación, y no sé qué... Pero estamos en una crisis absoluta de empatía y con una individualidad abrumadora (Experta en salud mental infanto-juvenil). ”

Tal como se observa, existen marcadas dificultades en la aplicación y puesta en marcha de enfoques comunitarios de atención. En especial, falta un trabajo de sensibilización social hacia la consecución de un modelo más aterrizado en los territorios, así como una transformación de los modelos públicos de apoyos y cuidados, muy basados en la asistencia y en la atención en base al recurso y no en la persona.

3.2.2. Las entidades pertenecientes a la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y su provisión de apoyos, recursos y servicios

En este capítulo se propone un diagnóstico de las entidades de la red SALUD MENTAL ESPAÑA, partiendo desde las perspectivas de sus personas asociadas (niños y niñas, jóvenes y familias) como también de las profesionales que la sostienen desde los distintos territorios obtenidas a través de sus aportaciones en el grupo Delphi. Este diagnóstico se centra en el análisis de distintas dimensiones que componen los subapartados del capítulo:

- El contexto de las entidades que conforman la red SALUD MENTAL ESPAÑA, tanto a nivel de los perfiles de atención, las necesidades específicas como la tipología de servicios.
- El impacto que las entidades de la red tienen sobre NNAJ y sus familias: se recuperan las experiencias positivas de la atención, valorando el trato cercano, la humanización de los vínculos, la atención integral y la disposición de recursos.
- El tipo de abordaje y los enfoques metodológicos de la atención que predominan de parte de las distintas entidades: las discusiones con el enfoque medicalizante, la superación del enfoque individualizante, la cercanía en la atención, y la adaptación, flexibilidad y personalización.
- El funcionamiento de la coordinación con los servicios públicos (sociales, educativos y sanitarios). Se presta atención a las estrategias de prevención, derivación, sensibilización y comunicación entre entidades y servicios públicos.
- Las demandas y las necesidades de la red desde la voz de las profesionales, para la transformación de los modelos de atención hacia unos más sostenibles, financiados y que aporten previsibilidad y una continuidad asistencial a NNAJ.



perfil claramente definido de NNAJ con problemas de salud mental que asisten a estas entidades.

Como elementos destacables, prácticamente todas las entidades atienden a población con **bajos recursos económicos**, en **situaciones de riesgo o en situación de exclusión social** y con **escasas redes de apoyo** familiares o comunitarias. Aunque la mayoría de las entidades señala el bajo nivel socioeconómico como factor de riesgo, algunas otras reportan que NNAJ de clase media/media-alta también forman parte del grueso de la atención. Esto indica la transversalidad de estos problemas y su capacidad de permear una amplia y diversa gama de realidades vitales y sociales, por lo que la frecuente mirada estigmatizadora que supone vincular la salud mental con el nivel socioeconómico y la carencia material se muestra desacertada.

En cuanto a la cuestión de género, no hay un patrón uniforme. Esto sugiere que la distribución por sexo puede variar según el territorio o el tipo de servicio y apoyo profesional. En lo que refiere a la cuestión de la **territorialidad**, la mayoría de las entidades que especifican la dimensión geográfica operan predominantemente en **entornos urbanos**, destacando la cuestión de la **segregación espacial y la marginalidad** a las que asisten algunos NNAJ. Algunas entidades han mencionado, como reto específico de la atención a este perfil, la necesidad de **profundizar la atención en el ámbito rural**. Las entidades que operan en territorios rurales destacan que **la atención a esta población es menor, más deficiente y dificultosa** debido a la ausencia de servicios y la disponibilidad del transporte. De todas formas, también señalan que en estos entornos las entidades han llevado a cabo un proceso de acercamiento a los territorios en un proceso de personalización de la atención.

Como ya se ha ido recorriendo en este informe, la situación familiar es muy relevante en la salud mental infanto-juvenil, y así ha sido destacada por varias entidades como un factor crucial y, a menudo, origen de algunas problemáticas. Las entidades mencionan las **dificultades relacionales**, la presencia de **problemas de salud mental en otros miembros de la familia**, **consumos problemáticos**, **separaciones parentales**, **negligencias o falta de recursos y conocimiento sobre salud mental** como factores condicionantes de la atención y como dimensiones presentes en las experiencias de esta población.

En cuanto al ámbito educativo, que ya se ha destacado como un espacio en donde pueden desencadenarse elementos de riesgo de aparición o agravamiento de problemas de salud mental, encontramos que la población atendida en las entidades suele presentar **cierta desvinculación con el sistema educativo**. Las entidades han coincidido en señalar que una parte importante de esta población presenta **absentismo, bajo rendimiento académico, desmotivación, conflictos escolares o directamente está fuera del sistema**

educativo. Como problemática central de este ámbito, se destacan las situaciones de **acoso y bullying**, dinámicas que deterioran fuertemente el estado de salud mental y física de la persona que lo recibe.

Un elemento para tener en cuenta, aunque generalmente más presente en algunas entidades territoriales que en otras, es **la cuestión migratoria y cultural de NNAJ y sus familias.** En este sentido, hay algunos territorios, especialmente los que hacen frontera sur, que tienen una alta presencia de población migrante con **barreras idiomáticas, de integración y de discriminación**, con lo que el trabajo de atención ha de ser adaptado a sus necesidades y realidades específicas, pues presentan experiencias distinguibles en sus malestares emocionales y problemas de salud mental.

Encontramos también una alta prevalencia de **sintomatología sin diagnóstico formal.** Muchas entidades apuntan que trabajan con NNAJ que presentan síntomas claros sin contar aún con un diagnóstico de un problema de salud mental. Esta realidad, como se ha recogido con anterioridad, supone que esta población no puede ser atendida por algunos recursos y servicios públicos, siendo recogidos por el tejido asociativo. A pesar de ello, y aunque algunos programas atienden sintomatología incipiente o sin diagnóstico formal, una parte significativa de la población también cuenta con un diagnóstico clínico de salud mental.

Por último, cabe destacar que las problemáticas disparadas por variados tipos de **adicciones** han sido mencionadas, con mayor o menor insistencia, por distintas entidades. Las adicciones, tanto las que median con sustancia (alcohol o cannabis) como las que no (móvil, videojuegos o apuestas), son señaladas por varias entidades como problemáticas presentes en la población infanto-juvenil. El **uso problemático de redes sociales, pantallas y videojuegos** aparece transversalmente como una de las características más comunes, y se asocia a situaciones de aislamiento, el sentimiento de ansiedad o las prácticas autolesivas.

■ Necesidades de atención de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en recursos infanto-juveniles en entidades de la red

Al igual que en la cuestión sociodemográfica, las entidades afirman que la población infanto-juvenil atendida presenta una **combinación de problemáticas clínicas y situaciones psicosociales complejas y muy diversas.** Esta dificultad no se limita exclusivamente a las necesidades de atención diagnósticas, sino a cómo esta se ramifica en todas las esferas de la vida de NNAJ, por lo que el desafío siempre es multifacético.

Son muchos los problemas de salud mental que se destacan, siendo especialmente los trastornos del estado de ánimo como la **ansiedad o depresión** los más frecuentes. Además, hay una alta prevalencia de **comportamientos autolesivos e ideación suicida** con un marcado sesgo de género, donde son las mujeres jóvenes quienes más manifiestan estas problemáticas. También con sesgo de género, son los niños y adolescentes hombres quienes manifiestan más trastornos de conducta y problemas en la regulación emocional. Otros de los trastornos con alta presencia son aquellos del **neurodesarrollo (TEA, TDAH), trastornos del aprendizaje o del lenguaje**.

En este sentido, se observa que aparece un escenario de atención multifactorial con una población muy diferenciada, ya que no se atiende de la misma manera a un niño o niña que a un adolescente o a una persona joven. La atención se adecúa a las necesidades de apoyo en función de los problemas de salud mental o a la realidad social que atraviesan las personas que la necesitan. Se puede afirmar, por tanto, que ante la diversidad de necesidades de atención que presenta esta población, también han de ser diversos los recursos y servicios que les apoyan, basándose en **perspectivas centradas en la persona, humanas y no medicalizantes** que, como veremos, desarrollan algunas de las entidades de la red.

■ Tipología de servicios en los territorios de la red

Como se ha podido ir viendo en el bloque de servicios y recursos destinados a la atención de la salud mental infanto-juvenil, existe una **multiplicidad de recursos** de diferentes titularidades (público, concertado y privado) que atienden a estas necesidades.

En el caso de los recursos manifestados por los y las representantes de la red, estos han destacado que suelen existir **recursos públicos de salud mental específicos** para esta población en los territorios como Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil o Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil, encargados de ofrecer diagnóstico, tratamiento y seguimiento ambulatorio. También aparecen recursos como los hospitales de día infanto-juveniles para casos que requieren atención más intensiva o vigilancia constante, así como se mencionan unidades de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil o unidades de internamiento.

Desde el **ámbito educativo**, se ha incidido en la realización de programas, talleres o charlas en centros educativos dirigidos a alumnado, profesorado y/o familias, orientadas a la prevención, detección precoz y sensibilización sobre salud mental y conductas de riesgo como el acoso escolar o las adicciones. Estas actividades basadas en la comunicación, formación y concienciación, suelen estar coordinadas desde las entidades de la red en los diferentes centros escolares que las imparten.

En el **ámbito comunitario**, destacan la importancia de la coordinación entre salud, educación y servicios sociales para una atención integral, así como la existencia de redes y protocolos de derivación que facilitan la gestión de casos. En los **servicios sociales** destacan equipos de atención a infancia y adolescencia en riesgo u oficinas de atención a conductas adictivas y sexuales.

Por último, desde el tercer sector y el ámbito asociativo, estas entidades son reconocidas como proveedoras de servicios y apoyo, a menudo **complementarios a los públicos**. Las entidades ofrecen atención psicológica individual o grupal, programas de apoyo familiar, ocio saludable, programas específicos para ciertos trastornos o poblaciones, y acciones de sensibilización y prevención, entre otras específicas de los territorios.

■ Dificultades en la provisión de apoyos a nivel territorial

Las entidades manifiestan que existen **marcadas desigualdades en la provisión de los servicios** disponibles entre los distintos territorios, tanto a nivel local como autonómico. Por ejemplo, en cuanto a la capacidad, cobertura y especialización de los recursos, se destaca que la disponibilidad y capacidad real varía mucho: mientras algunos territorios cuentan con unidades específicas con acceso simplificado, otros reconocen listas de espera prolongadas y saturación de la atención, además de falta de recursos específicos para ciertos trastornos o franjas etarias. En algunas ocasiones, la escasez de personal especializado que se advierte en dichos territorios provoca una sobrecarga asistencial sobre las personas profesionales existentes.

Otro elemento que dificulta la atención es la **disponibilidad de una red territorial comunitaria y asociativa con una buena coordinación entre esta y los servicios públicos de base**. Algunos territorios destacan una amplia red de asociaciones y programas comunitarios, mientras que en otros esta dimensión está menos formalizada. Esto es algo que se señala también en el caso del trabajo con otros ámbitos públicos, tales como educación y servicios sociales, en donde en algunos territorios la coordinación y el trabajo en red son limitados. De la misma manera, la coordinación interinstitucional con organizaciones de la comunidad, algo que en mayor o menor medida se promueve en todas las entidades, exhibe diferentes grados de estructuración y formalización según el territorio observado.

Por último, se destaca que existen otras dificultades en la atención a la población infanto-juvenil en materia de salud mental como la diversidad de los recursos, las edades mínimas y máximas de la pertinencia de los recursos, las dificultades para llegar y atender a la población migrante o los programas de atención específicos, donde la disponibilidad territorial juega un papel fundamental, definiendo las barreras y limitantes, así como las posibilidades de sortearlas.

El papel de las entidades territoriales y su impacto en la población infanto-juvenil con problemas de salud mental y sus familias

Los y las profesionales pertenecientes a las entidades de la red SALUD MENTAL ESPAÑA han evidenciado el papel que lleva a cabo la red, así como su impacto en NNAJ y sus familias. Estas últimas también han sido capaces de dimensionar los apoyos que han recibido y reciben de parte de las entidades de la red, siendo reconocida como un baluarte a través del cual reciben y dan apoyo entre pares.

Una de las primeras cuestiones que se destaca en los discursos de las familias es que, si bien el estado y disponibilidad de la atención y los servicios de las entidades actualmente tiene una valoración positiva, esto no siempre fue así. Las familias que más tiempo llevan conviviendo con problemas de salud mental de sus hijos e hijas, o que conocen testimonios de otras familias, destacan que **los problemas de salud mental nunca han recibido tanta atención como hasta este momento**. Donde ahora existen apoyos a los problemas de salud mental infanto-juvenil, antes solamente estaba disponible el apoyo de los familiares y algún servicio puntual social o comunitario. En este sentido, la falta de atención a los problemas de salud mental infanto-juveniles suponía un estado de indefensión y de falta de protección que podía implicar un alto riesgo para NNAJ y/o sus familias. Esto es algo visible en el siguiente testimonio:

“ Yo tengo una amiga mía que su hija con 15 años se suicidó. Hace ya unos cuantos años, como 10 años más o menos. Yo me acuerdo de que, en aquel momento, o sea, fue un impacto para el grupo tremendo. Intenté buscar ayuda, grupos... algo de suicidio. No encontré nada. Había en Cataluña, en Barcelona. Eso fue lo que encontré. Hoy en día, aquí, ya hay dos asociaciones. Una la llevan profesionales. La otra es más de gente que ha pasado por ahí, los supervivientes que se llaman. (...) Yo creo que esos niveles se han mejorado. (GD familias). ”

Con el tiempo, las familias han percibido que el sistema de atención a la salud mental infanto-juvenil **ha cambiado de manera positiva**, especialmente en territorios rurales o en aquellos más pequeños. Incluso, en algunas capitales de provincia se destaca que es relativamente temprana la instauración de entidades, apoyos y recursos, tanto públicos como privados y asociativos, destinados a la atención de la salud mental infanto-juvenil. En este sentido, una persona experta subraya **la importancia de que se movilicen recursos hacia los territorios** donde vive la población que tiene necesidades y no al revés, donde los servicios se concentran en grandes territorios y son las poblaciones las que han de desplazarse hacia ellos. Este movimiento hacia los territorios y las comunidades, cuando

no han nacido de la propia comunidad, han cambiado la percepción de la atención a las necesidades de la salud mental infanto-juvenil, tarea que han llevado a cabo numerosas entidades de la red.

“ En Palencia, que es una provincia de 80 mil habitantes (...) hay mucha necesidad, sobre todo porque tenemos zona minera. Y donde hay zona minera hay mucho consumo de sustancias. Entonces, que el asociacionismo haya podido llegar de una manera mucho más inmediata y mucho más rápida a zonas donde es mucho más complicado, no este recurso, sino muchos más, me parece un ejemplo grato, muy grato, de buenas prácticas. (...) El poder llegar al territorio y a las necesidades, no que las gentes lleguen a los recursos (Experta en salud mental infanto-juvenil). ”

Estos sistemas de protección desplegados, según los y las representantes de las entidades territoriales, se han construido en base a una serie de fortalezas metodológicas, profesionales y territoriales que cabe recoger.

La primera fortaleza que destacan en la atención a la salud mental es la primacía que tiene el enfoque de **Atención Centrada en la Persona (ACP)**. Aunque este enfoque será desarrollado en el subepígrafe sobre los distintos enfoques de atención, cabe destacar que varias entidades han señalado como fortaleza clave la capacidad de ofrecer una atención adaptada a las necesidades individuales de cada NNAJ, yendo más allá del diagnóstico clínico y considerando su contexto más amplio (familiar, educativo, comunitario y emocional). Este enfoque más humano y flexible es visto como un rasgo distintivo en comparación con algunos servicios y apoyos del ámbito público que suelen operar bajo una lógica más asistencialista.

“ Nosotros colaboramos con una guía que se llama «gestión colaborativa de la medicación». (...) Yo he oído psiquiatras que lo trabajan también con menores de edad (...). Antes era «mira te tomas esta medicación, chimpún». Ahora se lo explica, «oye, yo te doy esta medicación porque esta medicación va bien para esto, esto y esto, pero también es posible que te pase esto, esto y esto. ¿Y tú cómo lo ves? ¿Lo probamos?». Bueno, se prueba. (...) el modelo de recuperación (...) está alineado con los derechos humanos (Experta en salud mental infanto-juvenil). ”

Otra fortaleza, que va de la mano del enfoque ACP, es la **primacía e inclusión de las voces de NNAJ** dentro de las entidades y de los apoyos. Especialmente con los y las

jóvenes, la promoción de la participación activa en distintas fases de sus tratamientos y en el diseño de programas o actividades se considera una fortaleza del movimiento asociativo. Esto incluye la puesta en práctica de metodologías participativas y espacios donde se puedan expresar necesidades e intereses. Como fue señalado anteriormente, esto también se inscribe en un cambio de paradigma: el saber no es algo que poseen solamente las personas profesionales de la salud mental, sino también aquellas que reciben la atención, en tanto portan conocimientos que las transforma en **expertas por experiencia propia en salud mental**.

“**Ahora los expertos ya no son solo los profesionales. Los profesionales son expertos en la parte más técnica, pero la persona es experta en sí misma, en reconocer síntomas, en reconocer señales, en saber lo que le va bien. Y la familia es experta en acompañar. Y, entonces, vamos a generar intervenciones desde posiciones más horizontales, menos jerárquicas (Experta en salud mental infanto-juvenil).**”

Entrando ahora en las **fortalezas** de las propias entidades y sus recursos, destacan que la **atención integral e interdisciplinar** es fundamental en el modelo de atención a la salud mental infanto-juvenil, pues ofrecer una visión y atención holística implica la colaboración entre profesionales de distintos ámbitos (psicología, trabajo social, pedagogía, entre otras disciplinas) y una visión completa de la situación de la persona. Esta actuación integral precisa del trabajo en red y coordinación con otros agentes del territorio, recursos y sistemas (sanitarios, sociales, educativos, comunitarios) para la facilitación de respuestas completas y coordinadas.

En cuanto a los equipos, se destaca la **alta profesionalidad, cualificación y el compromiso del personal técnico** como una fortaleza importante de las entidades. A pesar de los entornos difíciles, las problemáticas de salud multifactoriales o la dependencia de los sistemas de financiación, estos y estas profesionales muestran una alta capacidad de resiliencia en la atención, garantizando la continuidad asistencial.

Otra fortaleza que se destaca es la **alta distribución territorial** de las entidades de la red. Se caracteriza por su presencia descentralizada y adaptada a diferentes entornos, urbanos y rurales, a través de la cual se busca garantizar que los recursos estén cerca de la población y sean accesibles, incluso en zonas con baja densidad poblacional. Este desarrollo territorial de las entidades, conjunto con las fortalezas mencionadas, es sumamente relevante a la hora de producir impactos significativos en las vidas de las personas asociadas, ayudando, apoyando y acompañando en el proceso de atención a la salud mental infanto-juvenil.

En cuanto al reconocimiento de estas fortalezas de las entidades de la red que hacen las familias, estas **solían destacar el apoyo recibido por parte de las entidades** del movimiento asociativo:

“

Ahora estamos bien, porque ya llevamos tantos años en esta guerra, tantos años... Lo hemos pasado tan mal que ha llegado un momento en que dices «hasta aquí». O sea, yo ya no quiero pasarlo así de mal. Entonces, tenemos muchos apoyos de asociaciones (GD familias).

”

Aquí son las entidades territoriales las encargadas, en consonancia con otros servicios territoriales públicos y privados, de aliviar los impactos en las familias, así como sus sentimientos de frustración y dolor.

En este sentido, las entidades se encargan de prestar una gran variedad de apoyos y de servicios a las familias. Por ejemplo, las entidades han detectado que la aparición de problemas de salud mental en NNAJ acostumbran a producir **situaciones de soledad no deseada** tanto en estos como en sus familiares. Las realidades de soledad no deseada pueden llegar a ser experiencias dolorosas en las que la persona siente un fuerte desajuste entre las relaciones sociales que desea y las que realmente tiene, por lo que las entidades de la red proveen de apoyos que contribuyen a evitar que las situaciones de soledad no deseada se cronifiquen en los familiares. A través de grupos de pares, las familias son capaces de construir nuevos vínculos basados en el apoyo mutuo ante realidades similares.

“

Las familias se sienten menos solas, porque hay todo un tema también de soledad en familia. Es lo que decíamos, por la vergüenza, por el estigma, a veces son familias que se sienten aisladas, que no reciben el suficiente apoyo y, el estar entre iguales, el encontrar personas en situaciones similares, eso ayuda mucho. Les ayuda a la hora de conocer más recursos y les ayuda a la hora de conocer más estrategias o herramientas (...), información, apoyo y la sensación de no sentirte solo (Experta en salud mental infanto-juvenil).

”

Como indica esta experta, la **necesidad de formación e información en los núcleos familiares** es imperiosa. Cuando aparecen los problemas de salud mental en el núcleo familiar, padres y madres suelen contar con poca información en relación con el manejo de las necesidades de atención a estos problemas. Aquí vuelven a ser las entidades de la

red, junto a otras, las que se encargan de proveer de información específica y especializada a las familias, para un manejo más pertinente de estas situaciones. Una de las madres participantes contaba cómo había sido su experiencia:

“ Me apunto a un bombardeo. Cuando veo que puedo pillar algo, pues voy. Es por mí. (...) Si él no va, pues bien, pero a mí me viene muy bien. (...) Yo voy para yo estar bien (...), para poder estar con él mínimamente bien porque si no es que lo hubiera matado 300 mil veces. Entonces, para no tener esas ganas de mandarle por ahí y poder estar bien con él pues... (GD familias). ”

Como relataba esta madre, los **encuentros con pares** y otros de tipo formativos han sido muy importantes para gestionar situaciones complejas que provocan sentimientos de malestar, angustia e ira. Entre distintos tipos de intervención, las entidades de la red ofrecen programas de intervención con familias, de psicoeducación, trabajos con las habilidades personales y de capacitación para afrontar una variedad de situaciones posibles.

Por último, con respecto a las experiencias de NNAJ, estas han destacado las fortalezas de las entidades especialmente en base al **acompañamiento** que tienen de sus realidades de salud mental. Sean conscientes o no de estas, las experiencias recogidas sugieren que, una vez superados algunos limitantes a la atención como puede ser el miedo a los recursos, la vulnerabilidad y la indefensión que supone la entrada a estos, las experiencias son positivas.

En el caso de los niños y niñas, el acompañamiento que se les realiza se ha valorado muy positivamente, especialmente en la **dimensión lúdica** que supone la atención, que acostumbra a estar basada en actividades como pintar, dibujar, jugar a distintos juegos de mesa y la realización de excursiones y actividades de ocio en la comunidad. Como se observa en la imagen a continuación, para los niños y las niñas que participaron en el estudio, asistir a los espacios de atención a la salud mental que ofrecen las entidades y participar de las actividades generaban sentimientos tales como la alegría o la felicidad y eran percibidos como ámbitos en donde, una vez superada la vergüenza inicial, era posible divertirse y desahogarse.

En conclusión, la red de entidades pertenecientes a la red asociativa SALUD MENTAL ESPAÑA tiene una serie de fortalezas que suponen un punto diferencial y de inflexión en el acompañamiento a los problemas de salud mental de NNAJ y a la atención de los impactos en el entorno y las familias que conlleva una alta valoración de sus

actividades, tanto por la población objetivo como por los propios perfiles representantes y profesionales de la red.

Ilustración 4. Las emociones en las entidades de la red (Fotografía del grupo con niños/as)



Los enfoques de atención a la atención de la salud mental infanto-juvenil

En el grupo Delphi llevado adelante con las personas representantes de distintas entidades de la red, fue posible discutir acerca de los principales enfoques teórico-metodológicos adoptados en los recursos y servicios destinados a la atención de la salud mental infanto-juvenil. Como coincidían estas personas, uno de los principales

desafíos que afrontan este tipo de entidades tiene que ver con la necesidad de ofrecer alternativas a la perspectiva biomédica y medicalizante, y combatir los sesgos adultocéntricos que suelen predominar en los servicios públicos de atención a este sector de la población.

En síntesis, se mencionó que los enfoques que deben regir los servicios de la red deben integrar la ACP, el reconocimiento de los derechos de infancias y juventudes, la participación comunitaria, una atención basada en la prevención, que sea integral, no centrada únicamente en una cuestión clínica, y que adopte una mirada sensible al género y otras dimensiones socioculturales. Si bien se señaló que esto suele llevarse a la práctica en muchos casos, también fue señalado en tanto horizonte deseable y sobre el cual las entidades deben continuar trabajando. A continuación, se recuperan las principales ideas recogidas en torno a estos distintos enfoques.

El primero de ellos y uno de los más destacados es la **aplicación del enfoque de Atención Centrada en la Persona (ACP)**. Existe un consenso entre los y las profesionales territoriales sobre la importancia de este enfoque, que sitúa a la persona joven en el centro de la atención, teniendo en cuenta su individualidad. En este sentido, los apoyos se basan en la participación de la persona y se configuran a partir de sus opiniones, preferencias y necesidades. Los beneficios de la aplicación de este enfoque indican que este puede generar mayores vínculos humanos y afectivos con otros y con las personas técnicas de los recursos, favoreciendo la autonomía de las personas y la reducción de estigmas.

Otro enfoque mencionado que aparece con insistencia es el **centrado en derechos**, a través del cual, amparado en la Convención sobre los Derechos del Niño,⁶⁵ se busca garantizar el acceso a la salud, educación, participación y protección de NNAJ, promoviendo intervenciones respetuosas y no discriminatorias. Este enfoque se interrelaciona especialmente con el Enfoque ACP, en el sentido de que todas las intervenciones que se realicen, en cualquier ámbito de la vida, han de estar basadas



65. Naciones Unidas (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Resolución 44/25.

en la preferencia y con un sistema de escucha activa a las necesidades manifiestas y latentes.

Un enfoque que busca garantizar los derechos de NNAJ y que ha sido ampliamente recogido por los y las expertas es la necesidad de que las atenciones integren a los **apoyos comunitarios**. En este sentido, se reconoce la importancia de trabajar en red y coordinarse con otros agentes del entorno, como centros educativos, servicios sociales y centros de salud. Esta perspectiva se propone garantizar que las personas puedan tener la atención y recursos que necesitan en el propio entorno en el que viven, involucrando a la población en torno a valores humanitarios y solidarios. En esta perspectiva comunitaria, destaca especialmente la intervención en el ámbito educativo. Así, la colaboración con los centros educativos es un componente recurrente en las metodologías, incluyendo la realización de programas, talleres o charlas dirigidos al alumnado, profesorado y familias.

Otro de los enfoques destacados es el **preventivo**, que se basa en la identificación de las necesidades de salud mental de manera anticipada. En este sentido, algunas de las entidades mencionan la aplicación de enfoques orientados a la promoción de la salud mental, la detección precoz y la adquisición de herramientas de gestión emocional, además de realizar actividades preventivas y psicoeducativas, especialmente dirigidas a edades tempranas.

Como se observa a lo largo del informe, el papel y la atención a las familias es una piedra angular a la atención a la salud mental infanto-juvenil, por lo tanto, entre las entidades se puso un relativo énfasis sobre la necesidad de adoptar un **enfoque de tipo integral** que contemple los entornos próximos. En este sentido, muchos y muchas profesionales de las entidades subrayan que la intervención con las familias es fundamental, considerando que no se puede atender a NNAJ sin trabajar también con su entorno familiar. Este apoyo, como hemos visto, es de múltiples tipos, en ocasiones dirigidos a la atención de sus hijos e hijas y, en otras, dirigido a su propio bienestar y a procesar y gestionar malestares. Como se observa en el siguiente testimonio, esta atención integral implica una atención «como familia»:

“

El tratamiento integral lo tenemos con (entidad) que está integrado dentro de la red nacional de asociaciones. Ahí sí que podemos ir en familia. También podemos tener terapia familiar, de pareja o de grupo, (...) tenemos un grupo de terapia infanto-juvenil. (...) Te ven como familia (GD familias).

”

También es relevante destacar uno de los enfoques centrales que rige la atención a la población infanto-juvenil en las entidades de la red, que es un **enfoque no clínico de la atención**. Es por ello que, desde las entidades, se busca evitar el trabajo y los tratamientos en base a los diagnósticos de salud mental y la medicalización, basándose más en dinámicas que incorporan juegos emocionales, técnicas grupales, recursos expresivos y tecnológicos, talleres y actividades participativas, todas que fomentan la expresión emocional y el desarrollo de habilidades sociales.

Por último, la incorporación del **enfoque de género e interseccional** resulta esencial para comprender de forma integral las experiencias de los y las NNAJ. Esta mirada reconoce que las vivencias y necesidades en materia de salud mental no son uniformes, sino que se encuentran atravesadas por relaciones de poder, desigualdades estructurales y sistemas de discriminación que operan de manera simultánea: el género, la clase social, el origen étnico, la discapacidad, la orientación sexual, entre otros. Desde este posicionamiento, las entidades de la red promueven metodologías centradas en la persona y adaptadas a la diversidad de trayectorias vitales, identidades y contextos, pero, sin embargo, reconocen que es un enfoque que precisa de una constante reimplementación y formación y sensibilización en los equipos técnicos para que se traslade, sosteniblemente, como una práctica profesional transversal a todos los servicios y recursos.

La coordinación entre las entidades de la red y los servicios públicos de base

Uno de los puntos fundamentales en los que se garantiza una mejor atención a las necesidades de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, así como a sus familias, es la coordinación que existen en la mayoría de los territorios entre las entidades de la red, los servicios públicos de base y otras entidades del Tercer Sector en el territorio, tengan estas especializaciones en salud mental o no.

Los/as NNAJ y sus familias tienen una serie de necesidades de atención a la salud mental que sobrepasan los límites y diseños de los servicios disponibles, por lo que una conjunción coordinada entre ellos es capaz de abordar una mayor complejidad, al tiempo que dotan de más seguridad y previsibilidad a la atención.

Las personas representantes de las entidades territoriales afirman que, frecuentemente, existen vínculos y relaciones con las Administraciones Públicas, pero que estos son muy variables y susceptibles a los cambios. Estas relaciones se dan a múltiples niveles, tanto autonómicos como a nivel local, y generalmente se categoriza como positiva esta relación, así como ágil y fluida especialmente con los ámbitos locales.

Sin embargo, existe un consenso muy fuerte al respecto de la **dependencia excesiva de la financiación pública**, especialmente a nivel autonómico, y que esta financiación se basa a menudo en convocatorias anuales o proyectos de escasa temporalidad. Esto lleva a que las cantidades sean variables e insuficientes en todos los casos a atender, limitando la estabilidad y el alcance de los programas. Cuando estos programas quedan carentes de financiación o de estabilidad en otros recursos, las coordinaciones tienden a resentirse por la incapacidad de seguir manteniendo estructuras de coordinación efectivas.

El elemento más importante y destacado de la coordinación es la cuestión de la **derivación entre tipologías de servicios distintas con titularidades públicas y privadas**. Es en los mecanismos de derivación donde las entidades de la red encuentran los elementos más positivos de la coordinación, pues permiten un abordaje integral en el territorio en el que residen las personas con necesidades de atención a los problemas de salud mental.

Con el ámbito público, las entidades destacan que es fundamental una buena coordinación tanto con los servicios sociales, los servicios sanitarios y los centros educativos. Son en estas instancias donde, con frecuencia, aparecen las primeras detecciones de los problemas de salud mental y donde son recogidas las primeras problemáticas.

“

Si bien, antes, a lo mejor desde el sistema de salud público no había un trabajo muy colaborativo con el movimiento asociativo, esto creemos que ha cambiado y que sí que es verdad que los profesionales de la red pública cada vez nos tienen más en cuenta a todos aquellos recursos, programas y servicios complementarios que se ofrecen desde el movimiento asociativo (Experta en salud mental infanto-juvenil).

”

Sin embargo, las familias que no tienen conocimiento en materia de salud mental pueden tener una vivencia dolorosa al respecto de los sistemas de coordinación, donde sienten que los sistemas son laberínticos, poco intuitivos y demandan un gran esfuerzo a las familias.

“

Es que las familias tienen la sensación de «o te buscas la vida o...». O sea, o eres un poco espabilado, espabilada y te buscas la vida y picas puertas y... o sea, muchos tienen la sensación de que hacen un auténtico máster en salud mental, en recursos (Experta en salud mental infanto-juvenil).

”

Con respecto a la **coordinación con el ámbito sanitario**, la detección se produce en este ámbito cuando las manifestaciones de los problemas de salud mental suponen o han supuesto un riesgo para la salud de la persona o existe el riesgo de que así lo sea. Las entidades de la red, frecuentemente, trabajan con los servicios de salud, tanto atención primaria como hospitalaria, para que cuando se den estas situaciones en población infanto-juvenil, se facilite la información de los recursos de los que dispone la red para la atención, en el ámbito comunitario, de los problemas de salud mental. Así, cuando los y las profesionales médicos detectan un caso de problemas de salud mental en un niño, niña, adolescente o joven, pueden informar y derivar a estos y sus familias hacia las entidades del territorio para el abordaje de otras necesidades no médicas del problema de salud mental.

“**Cuando empezó a perder peso me puse en contacto con la pediatra. (...) Me puso en contacto con la unidad de infanto-juvenil de psicología y psiquiatría. Y esperamos que nos dieran la cita. (Nombre) tenía una depresión con autolesiones y afortunadamente ya está mucho mejor. Ya podemos sonreír. El caso es que bueno, la pediatra y su psiquiatra nos pusieron en contacto con salud mental (municipio) por el programa que había comenzado en ese momento. No sé si había habido otros programas anteriores con adolescentes y, desde entonces, pues estábamos en contacto, por eso es por lo que estoy aquí. Y les tengo mucho que agradecer, la verdad (GD familias).**”

Estas derivaciones son muy bien recibidas por las familias de NNAJ, pues han manifestado sentirse más acompañadas al tiempo que pueden observar que sus hijos e hijas acceden a recursos que proveen de servicios específicos a las necesidades de la infancia y juventud. Los discursos recogidos acostumbran a ser de agradecimiento por el proceso de derivación hacia los servicios de las entidades de base, donde sienten una mejoría.

“**Ahora mismo en pediatría conseguimos que nos dieran esta asociación de (municipio) y hemos coincidido con un ángel (...) que es la coordinadora del centro. (GD familias).**”

Otro punto fundamental de **detección y de derivación** es el que se produce desde los **servicios sociales** de base. Los servicios sociales, a diferencia de los servicios hospitalarios o de atención primaria, no atienden a la necesidad médica sino a la necesidad social que se encuentre en la propia persona, la familia o el entorno. Sin embargo, **los servicios sociales presentan una serie de barreras en forma de prejuicios** que puede alejar a

algunas personas y familias de estos, especialmente derivado de los miedos que producen algunos sistemas de protección como la quita de custodia.

A pesar de ello, estos mecanismos de protección son los últimos recursos de los que dispone la Administración Pública en la protección de la población infanto-juvenil, siendo otros servicios como los apoyos específicos, el acompañamiento y las ayudas económicas los más frecuentes. Cuando un niño, niña, adolescente o joven es detectado por los servicios de salud mental, ya sea por alerta de cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado, información de agentes sociales como las escuelas o *motu proprio* por la persona o la familia, comienza un proceso de atención que puede estar en interlocución con las entidades de la red. Al igual que en el ámbito médico, las entidades de la red también tejen vínculos con los servicios sociales de base para los sistemas de derivación y, de la misma manera, atender a las necesidades biopsicosociales de la población infanto-juvenil.

“

**(...) A través de servicios sociales nosotros, al final, hemos conseguido una asociación.
(GD2 FAMILIAS)**

”

Además, la coordinación no funciona en un solo sentido, esto es, de los servicios públicos hacia las asociaciones y entidades, sino que también opera en el sentido contrario. Algunas de las entidades de la red tienen servicios de acompañamiento centrados en las personas que apoyan en la continuidad de la asistencia. En este sentido, el siguiente extracto describe el proceso de acompañamiento y mediación que vela por una correcta continuidad asistencial de la población infanto-juvenil cuando la continuidad de la atención puede verse interrumpida.

“

La asociación sí lo cubre porque van (...) a la vivienda para ver al paciente, como el acompañamiento por parte de una persona para que no pierda la cita. De los que dicen, «me encuentro bien y no voy, o no me encuentro bien y no voy». Existe una persona de la asociación que lleva al paciente a la cita. Además, media entre psicólogos y hablan. A veces vamos los padres y nos cuesta trabajo explicar ciertas cosas que ellos sí ven... es una ventaja que vaya acompañado (GD familias).

”

Cabe destacar que, aunque la derivación sí que es una parte de la coordinación que trabajan las entidades de la red en los territorios, esta sigue siendo una demanda en algunas de las familias que han participado de esta investigación, que ven que esta

puede ser difícil y no han encontrado un camino sencillo hacia otros servicios o la propia red.

“ Yo creo que lo que falta es más derivación (...) la gente con problemas de salud mental va a los organismos de salud mental a que le diagnostiquen el problema (...) pero luego yo creo que, en los organismos, lo que le falla es la derivación a asociaciones (GD jóvenes). ”

Sin embargo y a pesar de lo fundamental que son los sistemas de coordinación entre los servicios públicos de base y las entidades de la red, las personas expertas entrevistadas han destacado que la **dimensión comunitaria** es fundamental en la aproximación a los problemas sociales en general, y a la cuestión de la salud mental infanto-juvenil en particular.

“ Luego hay un tema que ahí sí que se ha evolucionado, pero todavía hay que evolucionar más. Nosotros decimos que no podemos pretender que todo se atienda y se aborde desde los servicios de salud mental específicos, sino que se tiene que hacer un trabajo comunitario. Si tú tienes el mejor psicólogo y el mejor psiquiatra, pero luego cuando vas al centro educativo, ahí no se continúa con el trabajo, no va a servir de nada (Experta en salud mental infanto-juvenil). ”

Esta mirada basada en la **coordinación interinstitucional con enfoque comunitario** necesita de una superación del enfoque biomédico que, en ocasiones, existe en algunos recursos, al respecto de la salud mental. Si bien las necesidades médicas han de estar contempladas y atendidas, igual de relevantes son las necesidades psicosociales y su abordaje depende de todos los agentes sociales implicados en la cotidianidad del niño, niña, adolescente o joven.

“ Por lo tanto, creemos en esa complementariedad. O sea, que antes se abordaba de una manera muy biomédica, pero ahora ya... lo más importante ya no es ir al psiquiatra (...) y que haya medicación, sino todo lo que se puede hacer desde diferentes ámbitos, y que haya ese acompañamiento por parte de todo el entorno (Experta en salud mental infanto-juvenil). ”

Como ejemplo de buenos sistemas de coordinación en los territorios entre diferentes servicios, se ha destacado especialmente la figura de las **mesas de coordinación territoriales**. Estas consisten, en esencia, en la sistematización y periodización de las relaciones entre los diferentes servicios públicos, privados y del Tercer Sector para garantizar la continuidad asistencial, la detección y la derivación entre servicios. Estas se conforman por representantes de los diferentes servicios, que son las mismas personas a lo largo del tiempo, y comparten conocimiento sobre las personas, las necesidades de estas y de los propios servicios para escalar la resolución de necesidades. Esta mesa de coordinación no solo garantiza una aproximación holística a las necesidades detectadas, con lo que ello supone, sino que también son estructuras que permiten escalar el conocimiento sobre la problemática en el territorio, permitiendo desarrollar soluciones que sin estas estructuras permanentes no se darían.

“**Las mesas intersectoriales o la coordinación entre redes es la grandísima asignatura pendiente a nivel de una salud realmente integral. ¿Por qué? Porque ha habido mucha especialización. La red de drogas sabe llevar muy bien el tema de drogas, (...) la red de protección de infancia sabe muy bien lo que tiene que hacer, pero no hay una conversación (...). Entonces, yo creo que es eso, que las mesas intersectoriales o los grupos de trabajo y la coordinación entre diferentes redes es la gran asignatura pendiente a día de hoy (Experta en salud mental infanto-juvenil).**”

Sin embargo, como destaca la persona experta en el extracto anterior, esta profundización en la coordinación todavía es un reto en muchos territorios, por lo que se hace necesario superar las posibilidades que dan los sistemas de derivación entre servicios para construir estructuras permanentes y periódicas de coordinación que permitan una atención holística e integral a las necesidades de NNAJ y sus familias.



Conclusiones



Como se ha podido apreciar a lo largo de todo el informe, la atención a la salud mental infanto-juvenil es un tema de suma relevancia y actualidad. Las vidas de los y las NNAJ, en muchas ocasiones, están atravesadas por una variada gama de problemáticas de índole social, cultural y económica que, durante el último tiempo y en especial a partir de la experiencia de la pandemia mundial del COVID-19, han exacerbado los problemas de salud mental, multiplicando los diagnósticos y los casos sin diagnosticar. Los problemas de salud mental infanto-juvenil se han vuelto un asunto de discusión pública y mediática, algo que puede indicar que existe una ventana de oportunidad a la hora de reclamar mayores fuentes de financiación y recursos, pero también exige la elaboración de estrategias multidisciplinares para afrontar los desafíos que presenta. Ante este escenario, la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y las entidades que la componen, en articulación con los servicios públicos, ocupa un rol central en la consolidación de redes robustas y estables de atención a la salud mental de NNAJ. Mediante el diagnóstico elaborado en el presente informe, se ha buscado contribuir con información de relevancia, recuperando las voces de NNAJ y familias que componen la red y de personas expertas, para desarrollar estrategias a futuro.

A modo de síntesis, las presentes conclusiones se organizan recuperando los principales hallazgos de los distintos ejes abordados:

- Factores contextuales y determinantes sociales de la salud mental infanto-juvenil.
- Las realidades y problemáticas que se dan en las instituciones educativas, los entornos digitales y las redes sociales, principales espacios de socialización juvenil.
- Los impactos que sufren las familias.
- La valoración de los servicios públicos de atención (sanitario, educativo y servicios sociales y sociosanitarios).
- La valoración de las entidades que componen la red asociativa SALUD MENTAL ESPAÑA y sus desafíos a futuro.

El rol de las desigualdades socioeconómicas y culturales en los problemas de salud mental infanto-juveniles

Considerando los **factores contextuales** y los **determinantes sociales** que favorecen la emergencia de problemas de salud mental de NNAJ, se ha evidenciado que la complejidad de estos casos aumenta ante las **crecientes desigualdades** que afectan a la sociedad en general, y que afectan a las familias de las personas con problemas de salud mental en particular. Como se ha podido observar en el análisis, las posibilidades de acceder a servicios, apoyos y recursos de atención a la salud mental están fuertemente mediadas por el capital económico, social y cultural, así como al territorio en el que se reside. De esta manera, en el estudio se aprecia cómo la situación socioeconómica (evidenciada por la precariedad laboral, las bajas rentas y las condiciones de hacinamiento en los hogares, entre otras), es clave para reconocer y comprender los contextos en donde los problemas de salud mental adquieren mayor notoriedad y complejidad.

Esta desigual distribución de los problemas de salud mental y sus impactos no solo se explica por las condiciones socioeconómicas. El **género, la orientación sexual, la edad, la clase social, la etnia o la situación migratoria**, entre otras, han sido dimensiones que han permitido reconocer especificidades que exhiben el carácter heterogéneo de este colectivo. De esa forma, en distintos pasajes de este informe se puntualiza en experiencias que son experimentadas de formas muy distintas por mujeres y hombres, adolescentes y niños y niñas, o por personas nacionales y migrantes. Para atender a todas estas casuísticas y situaciones, se ha optado por un **abordaje interseccional** como lente analítica primordial que ha permitido reconocer una variabilidad de situaciones que afectan de forma desigual y diferencial a los y las NNAJ con problemas de salud mental.

La apertura hacia la escucha, la gestión emocional y la convivencia en la escuela

Más allá de las dimensiones sociodemográficas estructurales ya comentadas, el análisis de los distintos **ámbitos y espacios** por los que transitan los y las NNAJ también ha sido de relevancia para entender algunas de las razones que explican los problemas de salud mental en población infanto-juvenil. Por ejemplo, las **escuelas y las instituciones educativas** resultan espacios de mucha relevancia al ser ámbitos en donde las infancias y juventudes pasan la mayor parte de su tiempo, aprenden a interactuar con otras

personas y adquieren saberes, conocimientos y valores decisivos para su desarrollo futuro. Al mismo tiempo, las instituciones educativas presentan el desafío de atender a una **heterogeneidad de perfiles y problemáticas** que exigen una mirada más atenta, sensible y que aloje a la diversidad. A lo largo del trabajo de campo, se han recopilado ideas relevantes que contribuyen a abordar este escenario:

- En primer lugar, existe la necesidad de construir y fortalecer canales de escucha y participación más estables y permanentes que permitan detectar sentimientos de malestar, miedos y angustias de forma anticipada.
- En segundo lugar y vinculado con el punto anterior, desarrollar estrategias pedagógicas para la gestión de las emociones. En ese sentido, resulta decisivo comprender cuáles son las razones que provocan determinados sentimientos (como la vergüenza, la ansiedad o el miedo), entendidas en su dimensión psicológica, pero también sociohistórica y cultural.
- Por último, la necesidad de elaborar prácticas que favorezcan la reflexión, el reparo y la incidencia sobre distintas dinámicas que hacen a la convivencia escolar. Las situaciones de abuso, acoso y *bullying* fueron mencionadas como instancias de mucha importancia a la hora de explicar el malestar de NNAJ en los entornos escolares.

Otro señalamiento de relevancia fue la necesidad de que las escuelas puedan reconocer, dialogar y trabajar con otros espacios de sociabilidad y socialización infantil y juvenil, como es el caso de **internet y las redes sociales**. Sin la pretensión de uniformar un universo variopinto y heterogéneo, en buena parte de estos espacios circula información imprecisa, poco fiable y descontextualizada, se imponen exagerados imperativos sobre la productividad y el éxito, y se reproducen exigencias y estándares irreales en torno al género y la sexualidad que pueden resultar sumamente opresivos, generando ansiedades y frustraciones. Estas demandas pueden resultar aún más nocivas en contextos de soledad o falta de atención. En este marco, resulta de importancia la **construcción de espacios de reflexión sobre los consumos digitales**, así como la elaboración de estrategias de acompañamiento de parte de las personas adultas que puedan favorecer apropiaciones críticas y otro tipo de producciones.

La necesidad de acompañar y apoyar a las familias

Para llevar adelante estrategias de este tipo, es fundamental prestar **asesoramiento, formación y acompañamiento a las familias** de NNAJ con problemas de salud mental. Esto es algo que los padres y las madres que participaron en el estudio reclamaron con énfasis, en especial al relatar de qué modo este tipo de problemáticas les afectan a nivel emocional como, por ejemplo, provocando sentimientos de miedo, incertidumbre, estrés, angustia y sobrecarga. Sus relatos también exhibían de qué modo las problemáticas que sufrían directamente sus hijos e hijas trastocaban y afectaban sus vidas cotidianas, tanto por los elevados costos de los tratamientos y recursos a los que deben acceder, como por **la incompreensión y la condena social** que suele recaer sobre las familias. Este último punto fue mencionado con insistencia por las personas que participaron en los grupos de familias; tal como exigían, es necesario impulsar estrategias y campañas que familiaricen a la sociedad con las problemáticas de salud mental y contribuya a **derribar prejuicios, estigmas e imperativos morales** que, a pesar de la relevancia que estas temáticas han ido ganando en las agendas públicas, se muestran sumamente persistentes. Reconocer los múltiples impactos que los problemas de salud mental en NNAJ provocan sobre los entornos más próximos y familiares resulta imprescindible en el marco de propuestas de atención integrales.

En relación con las familias, también es de importancia repensar su rol en los esquemas de cuidados comunitarios que son promocionados desde los programas y las políticas públicas, tanto en el plano nacional como internacional. Como se pudo apreciar a lo largo del estudio, las emergentes estrategias de prevención de la institucionalización y los procesos de desinstitucionalización de las personas con problemas de salud mental, entre otros grupos sociales, pueden provocar mayores exigencias sobre las familias. Como señalaba una de las especialistas consultadas, **se produce así un esquema que termina por «instrumentalizarlas»**, provocando sobrecarga y efectos como los mencionados anteriormente. En este sentido, el modelo comunitario de cuidados debería ir más orientado a la construcción de redes de apoyo que alivien este peso que cae sobre las familias.

El desafío de fortalecer la atención pública de la salud mental infanto-juvenil

El diálogo con NNAJ, así como con sus familias, fue fundamental para conocer el **estado de situación de los servicios públicos** en la atención a la salud mental infanto-juvenil. En líneas generales, la valoración de estos sistemas de atención generaba controversias y valoraciones dispares, aunque el foco de las conversaciones estuvo puesto, mayormente, sobre sus déficits y limitaciones. Sin dejar de reconocer el valor que pueden llegar a tener estos servicios (especialmente por la calidad y el compromiso de las personas profesionales que lo integran), se advierte cierto distanciamiento de las personas participantes con los servicios públicos que se justifica, en buena medida, por la carencia de recursos y la falta inversión. Estas limitaciones presupuestarias se manifiestan en una serie de problemáticas que generaban preocupación tales como las marcadas **desigualdades territoriales**, las **dilaciones en la atención** y las **largas listas de espera**, la **discontinuidad de algunos servicios y programas**, la **escasez de recursos destinados a las etapas de transición** entre los servicios para jóvenes y adultos, y la **falta de una atención de tipo personalizada**.

Otro tipo de cuestionamientos también se concentró en el tipo de enfoque que suele predominar en la atención pública. En primer lugar, las personas que participaron en el estudio, tanto las expertas profesionales como aquellas con experiencia propia en salud mental, advertían la persistencia de una **mirada adultocéntrica** a la hora de atender a NNAJ. Esto era algo que advertían tanto en un gesto de subestimación de algunas problemáticas de parte de las profesionales como en la escasa participación que las infancias y juventudes tienen a la hora de diseñar programas y estrategias de atención. En segundo lugar, también se reconoce cierta **dificultad para implementar, de manera constante y transversal, una perspectiva de atención interseccional y sensible al género**. En el ámbito profesional, parecieran perdurar sesgos que las expertas consultadas definen como androcéntricos.

Esta necesaria revisión de estos enfoques demanda un consecuente **replanteo de la formación y los perfiles profesionales**. En el marco de sistemas de atención menos jerárquicos y participativos (en donde como se señalaba, las personas que necesitan atención dejan de ser concebidas como pacientes pasivos para ser consideradas expertas por experiencia propia en salud mental), en la presente investigación se advierte la necesidad de capacitar y sensibilizar a las personas profesionales en torno a conocimientos y saberes sobre las problemáticas específicas que afectan a NNAJ. Esto es un paso de vital importancia para garantizar los derechos de las infancias y juventudes.

A lo largo del estudio, el análisis se detuvo en detalle en los distintos servicios que componen la atención pública a la salud mental infanto-juvenil. De ese modo, se ofreció una **descripción pormenorizada de los servicios sanitario, educativo, y sociales y sociosanitarios**. En cuanto al primero de ellos, las personas participantes señalaron deficiencias que exigen una profunda revisión. Por ejemplo, la necesidad de implementar **unidades de atención especializada** para NNAJ en centros de salud y hospitales, de invertir en servicios de **atención domiciliaria, acortar las listas de espera, fortalecer la atención personalizada y estabilizar a los equipos** con el propósito de disminuir los niveles de rotación.

Uno de los hallazgos más relevantes en torno al sistema sanitario indica que esta precariedad y la falta de recursos redundan en un **exceso de medicalización**, en tanto estrategia de abordaje que suele predominar en los centros médicos. En otras palabras, las personas profesionales del sistema sanitario en muchas ocasiones encuentran en la medicalización una forma rápida de suplir las limitaciones presupuestarias y de infraestructura con la que cuentan (por ejemplo, una de las expertas consultadas explicaba que la medicalización, al aliviar los síntomas, puede contribuir a facilitar las altas médicas, y así liberar recursos en centros desbordados). Esto generaba alarma entre las familias y, como señalaron las personas expertas, no contribuyen a resolver los problemas de fondo. Por el contrario, se indicaba que el exceso de medicación o su aplicación sin criterios claros puede resultar contraproducente en la medida que, al aminorar los síntomas, se terminan por ocultar los principales sistemas de alarma. Este tipo de enfoque puede resultar efectivo en el corto plazo, pero si no se complementa y enmarca en un tipo de abordaje holístico que indague y ponga en el centro las problemáticas que viven las infancias y juventudes, puede resultar sumamente nocivo. Por lo tanto, **fortalecer la dotación de recursos de los centros de salud y mejorar las condiciones de trabajo** de las personas profesionales parece ser el primer paso a la hora de revisar estos enfoques.

El rol de las personas profesionales del sistema educativo (tanto en lo referido a los equipos docentes como a aquellas personas que realizan otro tipo de tareas en estas instituciones) también ha sido una cuestión largamente discutida en los grupos de discusión y en las entrevistas. A lo largo del trabajo de campo, se pudo advertir la necesidad de construir **vínculos más horizontales y empáticos** entre las personas adultas y NNAJ. Esto no solo involucraba la necesidad de **ampliar los canales de escucha y atención**, así como **revertir los gestos de subestimación** que caracterizan al adultocentrismo, sino también de desarrollar **estrategias pedagógicas que se adapten a los ritmos, las necesidades, intereses y problemas** que afectan a la población infanto-juvenil con problemas de salud mental. Este colectivo es sumamente heterogéneo dado que presenta situaciones diversas que refieren a trastornos de distinto tipo, a una desigual posibilidad de contar con recursos y a especificidades propias de las distintas variables socioculturales que

lo atraviesan, tales como la edad, el género, la clase social o la pertenencia étnica. Esta complejidad exige la construcción de **itinerarios personalizados** que resulten más efectivos a la hora de prevenir, asistir y acompañar.

Por su parte, la labor los **servicios sociales y sociosanitarios** fueron valorados como ámbitos de mucha importancia en situaciones de emergencia, especialmente en el caso de aquellas familias con fuertes privaciones económicas y materiales. Las familias relataban situaciones que ilustraban de qué modo estos servicios públicos prestaban **apoyo en situaciones complejas** que podían llegar a involucrar problemáticas vinculadas a distintos tipos de violencias y abusos, así como a situaciones conflictivas derivadas del consumo problemático de drogas y estupefacientes. A su vez, eran importantes a la hora de **orientar a padres y a madres** en la búsqueda de servicios que pudieran asistirles. Sin embargo, tal como ocurría en el caso de los sistemas sanitario y educativo, durante la investigación también fue señalada la necesidad de construir **recorridos personalizados** que pudieran ahondar de manera profunda en la personalidad de estas infancias y juventudes y en las distintas problemáticas (familiares, vinculares, en la escuela, entre pares) que las afectan.

Fortalezas y retos de las entidades de la red asociativa SALUD MENTAL ESPAÑA

Los problemas comentados en torno a los servicios públicos hacen que muchas familias se vean obligadas o prefieran recurrir a otro tipo de servicios, generalmente en los circuitos privados de atención. Ante ese escenario, **las entidades de la red asociativa SALUD MENTAL ESPAÑA juegan un rol importante a la hora de suplir las limitaciones del sector público**. Esto es algo que a lo largo del estudio fue señalado con énfasis, especialmente por las personas profesionales que trabajan en las distintas entidades que componen la red. Por lo observado en el trabajo de campo, estas entidades cumplen funciones que terminan por sostener la atención a este sector de la población en los territorios en donde tienen presencia. Como se pudo observar, estas dinámicas también están sujetas a la posibilidad de contar con **líneas de financiación públicas**, lo que, en ocasiones, hace que las asociaciones sean sumamente dependientes del acceso a este tipo de fondos. A su vez, la **volatilidad de estos recursos** (muchas veces sujetos a la voluntad de los gobiernos de turno y a los vaivenes de los ciclos económicos) exhibe el carácter frágil de la atención a la salud mental infanto-juvenil.

Esta función de sostén que desempeñan muchas de las entidades del movimiento asociativo hace que la población infantil y juvenil que atienden, por lo general, provenga de sectores sociales estigmatizados por una fuerte limitación de recursos económicos, con escasas redes de apoyo y accesibilidad a recursos, en situaciones de riesgo de exclusión social, y mayormente desvinculada del sistema educativo. A su vez, las problemáticas que se asisten son muy variadas: se registran situaciones de ansiedad y depresión, ideación suicida y comportamientos autolesivos, y también trastornos del aprendizaje, de neurodesarrollo y del lenguaje.

Las entidades terminan siendo importantes en tanto que, en buena medida, **jerarquizan el trabajo específico con la población infanto-juvenil**. Esto lo hacen, por ejemplo, prestando atención en territorios en donde los servicios públicos y privados no llegan, como es el caso de algunas zonas rurales. A la vez, entre las fortalezas señaladas también se rescataba su importancia a la hora de poner en práctica una **atención más personalizada**, atenta a las necesidades individuales, y también participativa, que incluya las voces de NNAJ en las decisiones vinculadas a sus itinerarios y tratamientos. Por último, se ha señalado la capacidad y el compromiso de las personas profesionales que integran las entidades, destacadas tanto por sus intervenciones como por el apoyo y la contención que brindan.

Con respecto a los enfoques que se priorizan en la atención que brindan las entidades, sus profesionales destacan la voluntad de poner en práctica la **ACP**, una atención **respetuosa de los derechos de NNAJ, preventiva, integral, sensible al género e interseccional, y que exceda la mirada clínica y biomédica**. De todas maneras, muchas de las profesionales que participaron en el grupo Delphi explicaban que estos enfoques no siempre llegan a adoptarse con consistencia, por lo que sugerían propuestas para lograr su efectiva implementación. Desde su punto de vista, en las propias entidades de la red aún resta mucho trabajo de sensibilización y capacitación en torno a las problemáticas concretas de esta población en particular, que permita derribar sesgos de género y adultocéntricos que aún perduran.

Uno de los aspectos más importantes referidos a la adopción de este tipo de enfoques refiere a la **participación activa de NNAJ y sus familias en el diseño, la puesta en marcha y la evaluación de programas** orientados a atender la salud mental infanto-juvenil. La incorporación constante y transversal de las voces y perspectivas de esta población en todas las etapas de ejecución de estos programas fue señalado como uno de los principales desafíos que afronta la red SALUD MENTAL ESPAÑA. Partir desde los propios intereses y experiencias de este colectivo es imprescindible en la elaboración de políticas y programas inclusivos, igualitarios y democráticos.

Otro de los aspectos críticos que fue trabajado a lo largo de la investigación ha sido el de la **coordinación entre las entidades de la red SALUD MENTAL ESPAÑA y los distintos servicios públicos** involucrados en la atención a la salud mental infanto-juvenil. Este aspecto es de suma relevancia en la medida que es en esa interacción a través de la cual se establecen alertas tempranas, estrategias de prevención y se definen las acciones más adecuadas para la atención. Por lo general, las representantes de las distintas entidades valoraban el trabajo en conjunto con las Administraciones Públicas, especialmente en aquellos municipios pequeños en donde existía un vínculo próximo y cotidiano. En ese marco, una de las cuestiones más valoradas es el trabajo que se hace en las mesas de coordinación territoriales, instancias de articulación fundamentales para garantizar la continuidad asistencial y la derivación entre servicios. Como un aspecto a mejorar en esta coordinación, una de las especialistas consultadas enfatizó la **necesidad de que exista un mayor diálogo entre las distintas redes y mesas intersectoriales**. Desde su punto de vista, es destacable el grado de especialización que ha ido adquiriendo cada red (por ejemplo, aquellas especializadas en cuestiones vinculadas a consumos problemáticos de drogas o de protección a la infancia), pero esto también exige un diálogo constante que pueda abordar problemáticas multicausales desde distintos ángulos.

Como señalaron las personas expertas consultadas, esta articulación entre servicios debe ser fortalecida mediante **el involucramiento de la comunidad**, entendida como un actor más del entramado de atención. El compromiso de entidades y recursos comunitarios en la atención a la salud mental infanto-juvenil todavía resulta esporádico y volátil, siendo imprescindible la necesidad de llevar adelante **estrategias institucionales, políticas y comunicacionales que les acerquen y sensibilicen con estas problemáticas**. En ese sentido, el trabajo con la comunidad puede resultar determinante a la hora de fortalecer los mecanismos preventivos y de detección temprana de problemáticas, generar un acompañamiento sostenido que pueda mitigar las situaciones de soledad no deseada, y reelaborar los marcos socioculturales basados en estigmas y prejuicios en pos de normalizar los problemas de salud mental infanto-juvenil y construir espacios en donde estas personas puedan desarrollar sus vidas en entornos más inclusivos e igualitarios.

Síntesis del estado de situación de la atención a la salud mental infanto-juvenil

A modo de síntesis del diagnóstico del estado de la atención a la salud mental infanto-juvenil, a continuación, se presentan dos ilustraciones que recogen las principales

debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades de las entidades de la red SALUD MENTAL ESPAÑA y los servicios públicos analizados.

Ilustración 5. DAFO. Red SALUD MENTAL ESPAÑA



Fuente: elaboración propia.

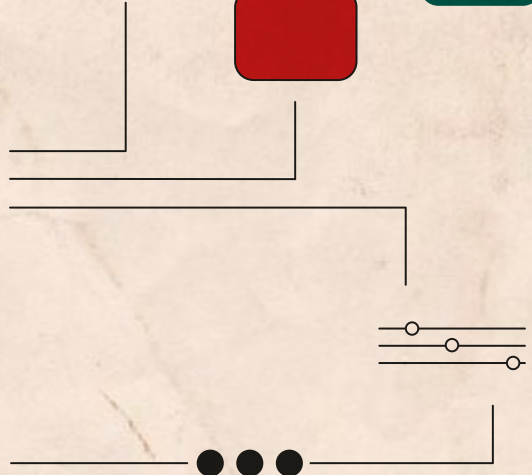
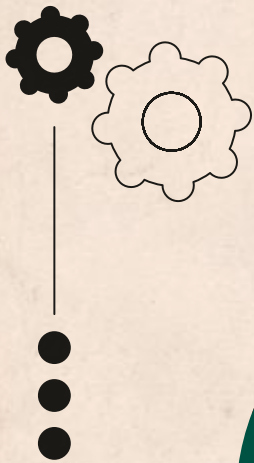
Ilustración 6. DAFO. Servicios públicos de salud mental



Fuente: elaboración propia.



Propuestas



A continuación, se recogen una serie de propuestas que son el resultado de la metodología Delphi con los y las representantes de la red asociativa SALUD MENTAL ESPAÑA. Estas propuestas han sido el resultado alcanzado mediante un proceso iterativo, de enunciación y escucha, y de acumulación de conocimiento que ha culminado en una serie de ideas dirigidas a la mejora de la atención a la salud mental infanto-juvenil.

Las propuestas formuladas combinan acciones de mejora de carácter interno, dirigidas a fortalecer la propia red de entidades, con medidas de incidencia externa, orientadas a promover cambios en los marcos normativos, institucionales y operativos de los sistemas públicos de salud, educación y servicios sociales. De este modo, se busca contribuir a una transformación sistémica que haga posible una atención integral, centrada en la persona y arraigada en los territorios.

El bloque de propuestas se estructura en torno a diferentes ejes que se han destacado del análisis del Delphi:

- **Definición de la edad de la población infanto-juvenil:** Este bloque aborda la necesidad de establecer marcos comunes y flexibles que permitan segmentar la población infanto-juvenil atendiendo no solo a criterios cronológicos, sino también a los procesos madurativos, trayectorias vitales y contextos específicos.
- **Diseño de programas y apoyos:** Este bloque trata propuestas orientadas a ajustar los recursos, intervenciones y dispositivos de atención a las necesidades reales de los y las NNAJ, superando la lógica del asistencialismo.
- **Enfoques metodológicos:** Se recogen propuestas orientadas a la mejora de la calidad de las intervenciones a través de enfoques basados en metodologías participativas, centradas en las personas, con perspectiva de género e interseccional, intervención comunitaria, enfoque de prevención, entre otros.
- **Trabajo con NNAJ y familias:** Este bloque incluye propuestas que refuerzan el acompañamiento integral de los NNAJ desde un enfoque basado en la persona que incorpora activamente a sus familiares y personas allegadas.

- **Comunicación:** La propuesta de este eje persigue mejorar el conocimiento compartido de las entidades de la red con el objetivo de escalarlo y democratizarlo a todos los territorios, buscando cuáles son las innovaciones y buenas prácticas que se destacan.
- **Administraciones públicas:** Este último bloque incluye propuestas para la creación de protocolos comunes, la implementación de estructuras de coordinación y respuesta y la generación de alianzas entre las entidades de la Red y de las entidades públicas para la mejor respuesta a las necesidades.

Bloque 1: definición de la edad de la población infanto-juvenil

Homogeneizar los rangos etarios de la población infanto-juvenil

La ausencia de criterios comunes y consensuados para la segmentación de la población infanto-juvenil constituye uno de los principales nudos críticos en la atención a la salud mental de niñas, niños, adolescentes y jóvenes. Los servicios, apoyos y recursos disponibles provistos por las entidades de la red, así como sanitarios, sociales y educativos, operan con criterios dispares y con rangos etarios no homogéneos que dificultan la planificación, la asignación de recursos y el desarrollo de los itinerarios de atención adaptados a la persona. Esto repercute en múltiples aspectos como la interrupción de los itinerarios durante las etapas transicionales (como el paso a la mayoría de edad) o el diseño de itinerarios personalizados a las trayectorias vitales.

La experiencia acumulada por las entidades territoriales de la red SALUD MENTAL ESPAÑA señala cómo la indefinición en los tramos de edad impide implementar intervenciones preventivas adaptadas a las etapas evolutivas y contextuales de cada persona, pudiendo caer en atenciones despersonalizadas, adultocéntricas o que ponen el foco más en el propio recurso que en la persona.

En definitiva, establecer criterios comunes de segmentación se erige como condición de posibilidad para garantizar el acceso a los servicios, apoyos y programas desde una perspectiva en la que la atención a las necesidades está en el centro, donde se profundice en la continuidad asistencial y en el diseño de apoyos coherentes y adaptados a la diversidad de trayectorias vitales.

Fortalezas

- Garantizar coherencia territorial en las intervenciones.
- Mejorar la detección, derivación y atención según etapas y necesidades.
- Adecuar la atención a contextos vulnerables.
- Favorecer coordinación, análisis de datos y eficacia programática.
- Superar rigideces etarias en los sistemas de protección.

Debilidades

- Requiere coordinación interinstitucional e interterritorial.
- Necesita un marco regulativo común (preferentemente estatal).
- Posible resistencia por sistemas ya consolidados en algunas CCAA.
- Sostenibilidad sujeta a voluntad política, recursos y compromiso profesional.

Oportunidades

- Impulsar una guía técnica común consensuada entre actores y colectivos implicados.
- Aprovechar marcos y planes estratégicos ya existentes.
- Fomentar consensos y coordinación entre CCAA y Ministerio de Sanidad.
- Crear grupo técnico con participación activa de NNAJ para definir criterios y fortalecer programas.

Flexibilizar los criterios de participación de programas y apoyos para la atención centrada en la persona

Uno de los desafíos estructurales en la atención a la salud mental de niños, niñas, adolescentes y jóvenes es la rigidez de los criterios de acceso y permanencia en los distintos programas y apoyos. Muchos de los programas y recursos segmentan en base a categorías estancas (edad, diagnóstico, situación administrativa, etcétera) que no siempre reflejan la complejidad de los procesos vitales, las trayectorias personales o las barreras estructurales que enfrenta la población infanto-juvenil.

Esta rigidez implica, por un lado, que haya NNAJ excluidos de programas que podrían ser relevantes para su bienestar y, por otro lado, que se generan itinerarios fragmentados y discontinuos.

El modelo de atención centrada en la persona requiere de recursos y apoyos que se adapten a la diversidad de perfiles, al proceso madurativo individual y a las condiciones específicas de cada caso, como introducir mecanismos de flexibilidad que permitan evaluar las situaciones de forma integral y contextualizada a la persona.

En conclusión, la atención al proceso individual de cada persona puede ser beneficiosa en la medida en la que los apoyos se adaptan a las necesidades específicas y no son los niños, niñas, adolescentes y jóvenes las que han de adaptarse a los recursos.

Fortalezas

- Introduce flexibilidad en un sistema estructuralmente rígido.
- Facilita una atención centrada en la persona basada en el proceso madurativo.
- Mejora la eficacia, continuidad asistencial y ajuste terapéutico.
- Reduce frustraciones, abandonos y cronificación de los y las NNAJ.
- Adapta la atención a la realidad cambiante del desarrollo juvenil.

Debilidades

- Requiere reorganización de recursos y voluntad institucional para superar esquemas rígidos.
- Dificil de implementar: exige diseñar recursos centrados en perfiles individuales, no solo en edades.
- Implica cambios estructurales en la asignación y diseño de recursos.
- Necesita más formación en atención primaria y evaluación inicial más especializada.
- Demanda revisión normativa, cambios en protocolos y financiación estable.
- La sostenibilidad depende del compromiso político, profesional y económico.

Oportunidades

- Incidir ante administraciones para revisar criterios de acceso y normativas rígidas.
- Acompañar a entidades en la adaptación de protocolos hacia un enfoque flexible.
- Desarrollar guías, buenas prácticas y formación específica al personal técnico.
- Mejorar la cobertura en etapas de transición y reforzar la equidad.
- Aumentar la eficacia terapéutica, la vinculación con servicios y la sostenibilidad.

Bloque 2: diseño de programas y apoyos

De manera transversal a las propuestas que componen este bloque, se advierte la necesidad de fortalecer la financiación de los programas existentes y de aquellos por diseñar a futuro. Esto permitirá ampliar la dotación de recursos y personal profesional, consolidar las líneas de atención y estabilizar las condiciones de trabajo del personal técnico, entre otras cuestiones. Las limitaciones económicas generan una desconfianza lógica y atendible ante nuevas propuestas de parte de las personas que participaron del estudio, especialmente de parte de las personas profesionales. Por lo tanto, cada una de estas iniciativas debe estar acompañadas por líneas de financiamiento más estables que permitan darles continuidad a los programas y que refuercen a los equipos técnicos que, en muchas ocasiones, evidencian síntomas de sobrecarga y desgaste.

Adecuar los programas, apoyos y servicios a la transición etaria

Existe una problemática general en la transición entre servicios, especialmente en lo que refiere en la transición cuando se cumple la mayoría de edad. Sucede que, en ocasiones, esta transición se realiza de forma abrupta, sin acompañamiento y basada en criterios exclusivamente etarios que no consideran el proceso madurativo de cada persona.

Actualmente, muchas entidades del Tercer Sector ya están desarrollando estrategias de transición desde la práctica cotidiana, adaptando los recursos propios, cosa que puede no estar sucediendo en servicios y apoyos públicos. En este sentido, adecuar los apoyos en la transición etaria implica la superación de una concepción rígida de la edad como único criterio de derivación, e incorporar una mirada centrada en los procesos, las trayectorias y los contextos. Esta propuesta pretende avanzar hacia modelos coordinados y centrados en las personas que integren esta etapa (y otras) como un *continuum* en el acompañamiento.

Atender a los momentos transicionales implica, por tanto, que se entienda a la persona como un sujeto que tiene una alta multiplicidad de necesidades que pueden no corresponderse con categorías estancas de transición.

Fortalezas

- ◉ Favorece la autonomía, participación e inclusión social de las personas jóvenes.
- ◉ Mejora la continuidad terapéutica, la vinculación con los servicios y la adherencia al tratamiento.
- ◉ Impacta positivamente en la calidad de vida y en la eficiencia del sistema de salud.
- ◉ Aborda la ruptura asistencial en las transiciones, especialmente al cumplir la mayoría de edad.
- ◉ Reconoce la vulnerabilidad en etapas de transición y promueve un enfoque centrado en la trayectoria vital.
- ◉ Previene el abandono terapéutico y refuerza la seguridad emocional y la continuidad con los equipos de referencia.

Debilidades

- ◉ Requiere coordinación entre etapas y equipos formados en enfoque transicional.
- ◉ Depende de voluntad política, financiación y planificación autonómica.
- ◉ Escasez de profesionales y falta de recursos específicos en algunos territorios.
- ◉ Viable si se implementa progresivamente y se aprovechan estructuras existentes.
- ◉ Necesita inversión específica y adaptación de recursos y equipos técnicos.

Oportunidades

- ◉ Impulsar un modelo y protocolos estatales de transición.
- ◉ Crear figuras profesionales y equipos de enlace para acompañamiento.
- ◉ Apoyarse en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026, el Plan de Acción Salud Mental 2025-2027 y el Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025-2027 para generar guías de buenas prácticas.
- ◉ Sensibilizar y formar a profesionales y administraciones.
- ◉ Fortalecer la intervención temprana, continua y preventiva.
- ◉ Promover redes asistenciales integrales con sinergias entre sectores.
- ◉ Desarrollar herramientas como guías técnicas y talleres de transición.

Implementar estrategias y programas de base comunitaria que creen redes de iguales, preventivas y que eviten situaciones de soledad no deseada y malestares emocionales

La salud mental de la infancia y adolescencia debe abordarse desde estrategias integrales que incorporen lo comunitario y que consideren los determinantes sociales de la salud y las relaciones sociales como parte del abordaje de los problemas de salud mental. En este marco, la creación de redes de apoyo entre iguales se constituye como una herramienta clave tanto para la prevención como para el acompañamiento en las necesidades de abordaje de la salud mental.

Los programas basados en la comunidad permiten generar espacios seguros, accesibles y cercanos, donde los y las NNAJ pueden compartir experiencias, construir vínculos y fortalecer sus capacidades de afrontamiento. Además, se ha evidenciado que estas redes de iguales reducen el aislamiento, refuerzan la autoestima y mejoran la capacidad de pedir ayuda, lo que constituye una base sólida para prevenir situaciones de soledad no deseada, estigmatización y cronificación. El impulso de este tipo de abordajes de los problemas de salud mental también contribuye a tener una red de cuidados más amplia, sostenible y horizontal, que complementa a la intervención profesional y que tiene capacidad preventiva y de detección temprana.

“Creo que tienen que haber agentes de salud mental con herramientas para poder identificar, recomendar y ayudar, no solo en la red de salud mental, sino como pequeños tentáculos en educación, en espacios de ocio, donde están las criaturas (Experta en salud mental infanto-juvenil).”

En resumen, la tenencia de apoyos y metodologías que integren el enfoque comunitario permite tejer mayores redes de protección a los y las NNAJ en los territorios en los que viven, generando espacios de cuidados mutuos y acompañamientos que facilitan los procesos que viven.

Fortalezas

- Reduce el aislamiento, refuerza la cohesión social y mejora el clima comunitario.
- Fortalece la prevención de la soledad no deseada.
- Potencia la pertenencia, autoestima y capacidad de pedir ayuda, combatiendo estigmas.
- El apoyo entre pares muestra alta eficacia preventiva y rehabilitadora.
- Empodera y genera redes de cuidado mutuo sostenibles más allá del ámbito profesional.
- Altamente alineado con enfoques preventivos actuales.

Debilidades

- Requiere visión comunitaria, implicación de agentes locales y continuidad en el tiempo.
- Necesita financiación específica y profesionales especializados.
- Exige coordinación entre servicios, formación y equipos multidisciplinares.
- Depende del tejido comunitario y de liderazgos sociales sólidos ya presentes en el territorio.
- Requiere garantizar confidencialidad y abordar el estigma para ser sostenible.

Oportunidades

- Crear materiales de sensibilización para combatir estigmas y fomentar el cuidado comunitario.
- Colaborar con centros educativos, entidades juveniles y servicios sociales.
- Desarrollar guías, protocolos y formación para profesionales.
- Potenciar la cohesión comunitaria, prevenir el aislamiento y reducir costes mediante prevención temprana.
- Activar redes locales, voluntariado y espacios seguros que refuercen la resiliencia y alivien la carga clínica.

Generar vínculos formales y estructurados con otras entidades del tercer sector y ONG no especializadas en salud mental para la respuesta holística

El abordaje integral de la salud mental infanto-juvenil requiere de modelos metodológicos de intervención que reconozcan la multiplicidad de factores sociales, sanitarios, educativos, familiares, comunitarios, etc., que atraviesa esta población. En este marco, las entidades especializadas en salud mental no pueden asumir en solitario la atención y el acompañamiento de la infancia y adolescencia, siendo necesario el desarrollo y la implicación de una red más amplia de actores del entorno, especialmente otras entidades del Tercer Sector.

Estas entidades, aunque no estén especializadas en salud mental, pueden desempeñar un papel fundamental en la identificación precoz de situaciones que requieren atención, en la creación de entornos protectores y en el acompañamiento cotidiano en contextos educativos, culturales, deportivos o sociales, entre otros. Por tanto, la construcción de redes estables entre estas organizaciones y las entidades de la red permitiría consolidar una red que atiende, de manera holística e integral, las necesidades de salud mental.

Para ello es necesario formalizar y reforzar estos vínculos, diseñar mecanismos de colaboración estables, crear espacios comunes de coordinación, protocolos compartidos y formación mutua.

En conclusión, todos los agentes, pero, especialmente, los pertenecientes al Tercer Sector, son agentes válidos que pueden y deben tener interés en el abordaje de las necesidades de los problemas de salud mental infanto-juveniles pues, sus necesidades multicausales, también pueden ser parte de sus abordajes. En este sentido, la coordinación con otras entidades puede tener un carácter beneficioso en la atención a la población infanto-juvenil, así como mejorar los sistemas de detección, derivación y apoyo de las propias entidades de la red en los territorios.

Fortalezas

- Formaliza prácticas ya existentes, mejorando la continuidad asistencial y calidad de la atención.
- Reduce la fragmentación y mejora la experiencia de NNAJ y sus familias.
- Amplía el alcance de los apoyos e integra la salud mental en lo comunitario, reduciendo estigmas.
- Potencia la detección precoz y el acceso a perfiles no atendidos por servicios especializados.
- Facilita respuestas integrales, personalizadas y multidimensionales.
- Refuerza la capacidad del sistema mediante apoyos intersectoriales.

Debilidades

- Depende de la predisposición de las personas trabajadoras y del trabajo en red.
- Necesita formalizar vínculos, crear estructuras estables y protocolos comunes (mesas de coordinación).
- Sostenibilidad ligada a coordinación continua y reconocimiento institucional.

Oportunidades

- Establecer convenios y alianzas estratégicas con el Tercer Sector.
- Crear espacios de encuentro, formación y diálogo intersectorial.
- Difundir buenas prácticas y promover proyectos piloto conjuntos.
- Ampliar la corresponsabilidad más allá del ámbito sanitario.
- Mejorar eficiencia, sostenibilidad y detección temprana desde múltiples sectores.
- Compartir protocolos y recursos para optimizar derivaciones.

Establecer mesas técnicas de coordinación permanentes entre las entidades del territorio (ONG y tercer sector) y los servicios de salud, educativos y servicios sociales

Las mesas técnicas de coordinación intersectorial representan una herramienta clave para avanzar en un mayor grado de coordinación entre todos los agentes (públicos, privados y del Tercer Sector) en la atención a los problemas de salud mental infanto-juveniles. La instauración de estas a nivel territorial permitiría alinear y aunar esfuerzos, mejorar la trazabilidad de los casos, reforzar la legitimidad de las entidades de la red como proveedoras de apoyos y agilizar los procesos de derivación, intervención y seguimiento. Estas estructuras operativas no solo mejoran la eficacia del sistema, sino que además contribuyen a la prevención de los casos y a la detección precoz.

Las mesas técnicas de coordinación aparecen aquí, pues, como estructuras garantes de la coordinación y comunicación con los agentes que tienen una responsabilidad en la atención a las necesidades de salud mental de esta población, por lo que disponer de estructuras permanentes y bien dotadas puede ayudar a una mejor cobertura de estas necesidades.



Fortalezas

- Mejora la eficiencia, evita duplicidades y contradicciones.
- Facilita la detección temprana, abordaje integral y continuidad asistencial.
- Optimiza recursos y tiempos de respuesta.
- Refuerza la coordinación intersectorial y la toma de decisiones compartida.
- Potencia espacios de gobernanza y resolución conjunta de casos.

Debilidades

- Requiere voluntad institucional y continuidad en el tiempo.
- Sostenibilidad ligada a su inclusión en planes de trabajo estables.
- Dificultad por la sobrecarga de los equipos técnicos.
- Necesidad de apoyo técnico y figuras de coordinación.

Oportunidades

- Incluir las mesas técnicas en políticas públicas autonómicas y locales.
- Ofrecer formación y apoyo técnico a entidades para una participación activa.
- Desarrollar guías metodológicas y protocolos de funcionamiento.
- Visibilizar y replicar buenas prácticas territoriales.
- Favorecer la planificación compartida, innovación y detección temprana.
- Impulsar protocolos estatales que refuercen la confianza interinstitucional.

Desarrollar programas que permitan extender la atención temprana desde el movimiento asociativo a los niños y niñas entre 6 y 12 años

La franja etaria comprendida entre los 6 y los 12 años es, en algunos territorios, una franja desatendida en los sistemas de atención a la salud mental infanto-juvenil, tanto a nivel preventivo como asistencial. Esta etapa suele quedar fuera de los programas públicos, lo que limita la capacidad del sistema para detectar e intervenir ante signos tempranos de problemas de salud mental.

Desde el movimiento asociativo se ha destacado la necesidad de desarrollar iniciativas orientadas a la sensibilización y al acompañamiento familiar para la detección de problemas de salud mental en estas edades y poder proveer de una atención temprana, pero se destaca que precisan de financiación y proyectos definidos y pretenden asumir esta reivindicación como propia. Ampliar la atención temprana desde las entidades de la red se destaca como algo positivo, pues permitiría reforzar los factores de protección, detectar de forma precoz situaciones de riesgo, prevenir cronificaciones y aliviar la carga futura sobre otros sistemas especializados públicos o privados.

Esta propuesta se alinea con los enfoques que se han destacado en el informe, como los enfoques preventivos, basados en los derechos y en la atención integral, lo que ofrece un importante potencial transformador.

Ante la detección de una franja etaria desatendida y, en correlación con que los problemas de salud mental se comienzan a gestar en edades muy tempranas, tener un sistema de atención temprana para niños y niñas entre 6 y 12 años mejoraría la atención y prevención de los posibles problemas de salud mental a futuro.



Fortalezas

- Permite intervenir a tiempo y cambiar la trayectoria del problema de salud mental.
- Reduce desigualdades en el acceso a los servicios, malestares crónicos y carga futura de otros sistemas públicos.
- Mejora el pronóstico, la eficacia de programas y el apoyo a familias y escuelas.
- Refuerza la prevención en una franja infraatendida.

Debilidades

- Requiere de financiación estable y formación especializada porque el movimiento asociativo no puede sostenerlo sin apoyo externo.
- Necesita coordinación con servicios públicos, escuelas y entorno comunitario.
- Requiere adaptar los programas (psicoterapia familiar, psicoeducativos, de habilidades sociales, prevención del acoso, educación emocional, etcétera) a edades más tempranas y la ampliación de recursos humanos.

Oportunidades

- Ofrecer formación, herramientas y metodologías comunes a las entidades.
- Promover líneas de financiación estables y captar fondos específicos.
- Influir y promover desde la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA la necesidad de ampliar este rango etario en la atención temprana.
- Liderar el diálogo con administraciones para reconocimiento y apoyo institucional.

Bloque 3: enfoques metodológicos

Profundizar en la perspectiva de género e interseccional en el diseño, ejecución y evaluación de los programas

Factores como el género, la identidad sexual, el origen étnico, la situación socioeconómica o la discapacidad, entre otros, inciden directamente en las trayectorias vitales y en la forma en que se abordan los problemas de salud mental. La falta de esta mirada interseccional en los programas, apoyos y servicios genera riesgos de revictimización, exclusión y una baja adecuación de los apoyos ofrecidos, especialmente en colectivos históricamente vulnerados como niñas, personas LGTBI+, menores migrantes o en situación de pobreza y exclusión social.

Existen carencias en la incorporación sistemática de estas perspectivas en todos los niveles de intervención, tanto públicos como privados o del Tercer Sector. Persisten enfoques homogeneizadores que tienden a invisibilizar las múltiples formas de desigualdad estructural que atraviesan los y las NNAJ y que condicionan tanto su experiencia en los sistemas de protección.

Incorporar este enfoque contribuye a reducir las barreras de acceso y mejora la calidad, eficacia y legitimidad de las intervenciones, además de que permite avanzar hacia un modelo de atención más justo, universal y centrado en las personas, en coherencia con los principios de equidad y derechos humanos.

“Básicamente entenderíamos que humanizar la salud es poner al ser humano, a la persona en el centro de la atención. Saber qué es lo que necesita, no imponer criterios, saber que el ser humano es único y diferente diverso. (Experta en salud mental infanto-juvenil).”



Fortalezas

- Garantiza intervenciones justas, pertinentes y sensibles a la diversidad.
- Reduce brechas de acceso y mejora el bienestar de personas vulnerables.
- Evita cegueras estructurales y aumenta la eficacia de los programas.

Debilidades

- Requiere formación en género e interseccionalidad por parte de los y las profesionales y de la revisión de los apoyos y servicios.
- Se necesitan herramientas concretas de análisis y evaluación de los programas bajo estos enfoques.

Oportunidades

- Desarrollar guías técnicas prácticas, formación y herramientas de autoevaluación.
- Visibilizar desigualdades mediante estudios, campañas e informes.
- Fomentar equipos diversos que integren múltiples perspectivas.
- Promover espacios de intercambio de buenas prácticas y apoyo técnico-político a entidades.
- Reducir las barreras de acceso y mejora el vínculo con jóvenes invisibilizados/as.

Bloque 4: trabajo con NNAJ y familias

Promocionar la escucha de las voces de niños, niñas, adolescentes y jóvenes en el diseño y evaluación de los programas y recursos

La participación efectiva de los y las NNAJ en el diseño, implementación y evaluación de los recursos y apoyos sigue siendo una dimensión que precisa ser profundizada a todos los niveles de atención. A pesar del reconocimiento del derecho a la participación

de la población infanto-juvenil, su aplicación práctica depende de cada entidad, apoyo y contexto, por lo que a veces se materializa y, en otras ocasiones, es simbólica.

Si no se incorporan estas voces, se corre el riesgo de que los servicios y las intervenciones estén pensados bajo lógicas adultocentristas que no responden a las necesidades y deseos de esta población. Ello tiene consecuencias directas, como puede ser el ajuste a las necesidades y la pertinencia de la atención, una imposibilidad de dar respuesta a las demandas y una falta de legitimidad en las entidades y el sistema.

Portanto, incorporar la participación de NNAJ en todas las fases de diseño, implementación y evaluación de los apoyos no solo es ético, sino que mejora sustancialmente los recursos, favorece el empoderamiento y promover intervenciones más sostenibles y ajustadas a sus necesidades reales.

Fortalezas

- **Aumenta la eficacia, pertinencia y aceptación de los programas.**
- **Garantiza coherencia con el enfoque de derechos y empoderamiento.**
- **Conecta los apoyos con las prioridades y realidades de la población infanto-juvenil.**
- **Visibiliza las desigualdades estructurales y fomenta el pensamiento crítico y el compromiso.**

Debilidades

- **Requiere de una transformación metodológica y de canales participativos adaptados.**
- **Necesita formación profesional y acompañamiento técnico a los y las NNAJ.**
- **Tiene que incorporarse esta mirada en la cultura organizacional.**
- **Demanda análisis de datos y creación de espacios adecuados para la participación.**

Oportunidades

- **Ofrecer formación y guías metodológicas sobre participación infantil y juvenil.**
- **Crear espacios estables de participación (consejos, grupos consultivos, foros).**
- **Realizar estudios representativos que recojan la voz de NNAJ.**
- **Facilitar plataformas digitales y herramientas inclusivas de participación.**
- **Impulsar la innovación, redes entre pares y legitimidad de los servicios.**

Establecer sistemas de coordinación entre los servicios sociales de base y las entidades para el acompañamiento, asesoramiento y apoyo a las familias

Las familias desempeñan un papel clave en la detección, intervención y mantenimiento de los itinerarios de atención a la salud mental de sus hijos e hijas, pero enfrentan a menudo una alta dificultad y desconocimiento en el entramado de recursos, muchas veces fragmentados, con altas carencias estructurales y una falta de coordinación.

Por ello, se hace necesario establecer mecanismos estables de coordinación a todos los niveles que permitan la obtención, por parte de las familias, de un conocimiento informado de los recursos disponibles y que mejor se adapten a las necesidades de sus hijos e hijas. Esta mejora en la coordinación podría favorecer la mejora de la trazabilidad por los itinerarios asistenciales, así como un papel más central de la familia en la realidad del/la NNAJ.

Fortalezas

- Clave para la eficacia, adherencia y bienestar familiar.
- Mejora el pronóstico y evita duplicidades.
- Favorece una atención integral y sostenida al incluir determinantes familiares y sociales de la salud mental.

Debilidades

- Falta de coordinación estructurada y protocolos claros entre servicios sociales y tercer sector.
- Sobrecarga de servicios sociales y limitación de perfiles profesionales.
- Requiere tiempo, recursos humanos estables y voluntad institucional.
- La coordinación depende muchas veces de la iniciativa individual de los profesionales y de los vínculos construidos.

Oportunidades

- Firmar convenios marco y ofrecer formación conjunta entre servicios sociales y entidades especializadas.
- Establecer marcos de colaboración, plataformas de comunicación y redes locales estables.
- Facilitar intervención temprana y prevenir institucionalizaciones innecesarias.
- Promover apoyo integral, empoderamiento familiar y unificación de expedientes.

Reforzar el vínculo entre profesionales y NNAJ

El trabajo personalizado es decisivo en tratamientos terapéuticos y, en especial, en la atención de NNAJ con problemas de salud mental. En la atención a las infancias y juventudes resulta fundamental trabajar sobre el vínculo con las personas profesionales, entendido como un enfoque metodológico que puede contribuir a una mejor aceptación y apropiación de los programas. El vínculo sostenido en el tiempo contribuye a establecer lazos de confianza y de apoyo mutuo, así como a recortar las distancias simbólicas y culturales propias de cualquier relación intergeneracional. Para ello, es necesario idear programas que garanticen la continuidad en el tiempo de las personas profesionales involucradas.

Fortalezas

- Atención centrada en las problemáticas, el contexto y las necesidades específicas de las personas.
- Construye lazos de confianza y apoyo mutuo.
- Favorece la implicación y apropiación de los programas e iniciativas (tanto de las personas usuarias como profesionales).

Debilidades

- Se trata de una metodología que requiere tiempo y sus efectos se perciben a mediano plazo.
- Requiere financiación adecuada que sostenga el trabajo de las personas profesionales en el tiempo.

Oportunidades

- Se trata de una opción metodológica que favorece la necesidad de estabilizar al personal técnico y moderar las rotaciones.
- Esto implica una oportunidad para mejorar y estabilizar las condiciones laborales.
- La implicación personal es decisiva a la hora de generar compromisos y motivación en el trabajo.

Bloque 5: comunicación

Construir espacios de intercambio territoriales entre entidades con mayor y menor experiencia con el objetivo de ampliar la red de atención en todos los territorios

Existen territorios donde las entidades de la red tienen mayor presencia y especialización, con equipos experimentados, metodologías innovadoras y vínculos consolidados en la comunidad y existen otros territorios que pueden no tener algunas de estas dimensiones igual de desarrolladas por una alta multiplicidad de causas.

En este contexto de una alta desigualdad territorial, favorecer el intercambio y la colaboración entre entidades con trayectorias diversas puede ser una estrategia de alto impacto para reducir la brecha territorial, democratizar el acceso a conocimientos y acelerar la implementación de buenas prácticas. Serviría, por tanto, como espacio para compartir conocimiento técnico y metodológico, generar una cultura de cooperación entre territorios y fortalecer los procesos de aprendizaje compartidos.



“

(...) los y las profesionales tengan las herramientas y los espacios y la estructura concreta para dar una buena atención. Tiempo, espacios. Mejores protocolos para trabajar en red, conocerse y reconocerse en las diferentes redes porque también genera una sensación de equipo que quita la angustia mucho a la hora de tomar decisiones y hacer cosas (Experta en salud mental infanto-juvenil).

”

Fortalezas

- Reduce desigualdades territoriales y garantiza el acceso equitativo.
- Fortalece el tejido asociativo, democratiza las buenas prácticas y evita el que las entidades pequeñas trabajen aisladas.
- Promueve la colaboración, la mentoría técnica y el aprendizaje horizontal.

Debilidades

- Requiere financiación y apoyo técnico estable.
- Precisa integración en planes estratégicos y contar con una dinamización adecuada.
- La sobrecarga de los y las profesionales es un obstáculo importante.

Oportunidades

- Organizar encuentros y fomentar redes de intercambio entre territorios.
- Crear repositorios accesibles de materiales, experiencias y buenas prácticas.
- Impulsar estrategias de mentoría territorial y formación compartida.
- Facilitar proyectos específicos en territorios con menos recursos, avalados por experiencias previas.
- Fortalecer capacidades técnicas y reducir duplicidades entre entidades.

Bloque 6: administraciones públicas

Diseñar protocolos que permitan la interlocución y derivación de población infanto-juvenil entre los sistemas públicos (educativo, sanitario, social...) y las entidades de la red

Actualmente, en muchos territorios, los procesos de derivación formal entre los sistemas públicos (sanitario, educativo, social) y las entidades de la red no están protocolizados y establecidos, lo que genera que las personas no tengan conocimientos cruzados de los diferentes servicios y dispositivos, dando lugar a duplicidades, vacíos asistenciales, contradicciones en los enfoques de intervención y a la situación de que quedan niños, niñas, adolescentes y jóvenes sin atender. Esta falta de conocimiento mutuo y derivación impacta directamente sobre esta población, afectando a la calidad y efectividad de la asistencia, a la continuidad asistencial, a la dificultad de abordar situaciones de riesgo, etcétera.

Ante la falta de protocolos y sistemas formales, muchas derivaciones se realizan de manera informal mediante el establecimiento de vínculos personales, lo que implica no tener garantías de trazabilidad, seguimiento ni responsabilidad compartida.

La atención a la salud mental infanto-juvenil necesita de circuitos interinstitucionales robustos, ágiles y claramente definidos, por lo que avanzar hacia un modelo de interlocución estructurada y bidireccional permitiría mejorar la calidad de la atención, fortalecer la legitimidad de las entidades del Tercer Sector, optimizar recursos y responder con mayor celeridad y coherencia a las necesidades de los y las NNAJ y sus familias.

Fortalezas

- ◉ Garantiza atención integral y centrada en la persona.
- ◉ Profesionaliza la coordinación y refuerza el trabajo en red.
- ◉ Mejora la continuidad asistencial, la trazabilidad y transparencia en la atención.
- ◉ Agiliza derivaciones, facilita el acceso y reduce carga familiar.

Debilidades

- ◉ Requiere de adaptación territorial a la realidad de la coordinación.
- ◉ Depende de voluntad institucional, financiación y formación.
- ◉ Existen importantes barreras a la hora de compartir los datos debido a conflictos sobre protección de datos.

Oportunidades

- ◉ Desarrollar un marco estatal y protocolos comunes de derivación y coordinación.
- ◉ Crear guías prácticas y herramientas operativas (mapas de recursos, fichas, etc.).
- ◉ Fortalecer la interlocución entre sistemas a través de las federaciones autonómicas.

Generar vínculos y darse a conocer en los servicios públicos de base (centros educativos, centros de atención primaria, servicios comunitarios...) para el establecimiento de redes informales que permitan una mejor coordinación y derivación

Los centros educativos, los centros de atención primaria y los servicios sociales de base constituyen la puerta de entrada a los sistemas de protección públicos para la infancia y adolescencia por ser los espacios donde se suelen detectar los malestares emocionales en primer lugar, si no se detecta en la familia. Sin embargo, a pesar de su papel clave, suelen enfrentarse a limitaciones de tiempo, recursos y formación específica para atender la complejidad de los problemas de salud mental emergentes.

En este contexto, las entidades de la red presentan un rol complementario y esencial, pero muchas veces invisibilizado. Es por ello por lo que las entidades han de realizar un trabajo de sensibilización en estos centros públicos que permita la consecución de redes informales entre los profesionales públicos y los de la red, que puedan facilitar la integración de sistemas de derivación que protejan a los y las NNAJ y sus familias.

Establecer vínculos estables y confiables entre estos agentes permitiría mejorar el flujo de información, reforzar las redes locales de cuidado y construir una cultura de trabajo colaborativo entre los servicios públicos y la red.

Fortalezas

- Mejora la detección temprana y agiliza respuestas en contextos saturados.
- Reduce tiempos de espera y facilita intervenciones más eficaces.
- Refuerza vínculos y coordinación en territorios con recursos limitados.
- Visibiliza a las entidades locales.
- Promueve una cultura colaborativa replicable en otros ámbitos.

Debilidades

- Requiere voluntad, estrategia y actitud proactiva de entidades y servicios públicos.
- Necesita figuras puente y coordinación efectiva entre recursos existentes.
- Implica inversión de tiempo y compromiso territorial sostenido.
- Fuerte dependencia de financiación y convenios superable mediante pilotajes de proyectos de coordinación.

Oportunidades

- Impulsar la visibilidad del movimiento asociativo entre los y las profesionales clave de los servicios públicos de base.
- Crear foros de intercambio sobre modelos de colaboración existentes.
- Normalizar la colaboración.
- Fomentar sinergias y respuestas conjuntas ante situaciones de especial complejidad.
- Elaborar materiales de contacto y derivación informal para agilizar la coordinación.

Crear unidades de respuesta rápida en el entorno comunitario coordinadas entre las entidades, los centros educativos y los responsables municipales de educación para atender situaciones críticas y de emergencia en las escuelas

Los centros educativos, como espacios donde se visibilizan situaciones de problemas de salud mental en población infanto-juvenil, tienen una importante responsabilidad a la hora de dar respuesta a estas necesidades. Ante situaciones críticas, los centros educativos deberían de disponer de servicios específicos de atención, que pueden tener forma de Unidades de Respuesta Rápida que actúen con celeridad y eficacia a la situación de urgencia. Estas Unidades de Respuesta Rápida deberían estar integradas por la red pública de servicios sociales y sanitarios, así como por profesionales de las redes territoriales y comunitarias de la atención a la salud mental (entre las que se encuentran las entidades de la red SALUD MENTAL ESPAÑA) y tener por objetivo la contención de la situación crítica, la atención personalizada, la detección y el inicio de un procedimiento de atención.

Actualmente no existe una estrategia institucional clara para actuar ante este tipo de emergencias, lo que produce un vacío en la atención a población vulnerable en entornos educativos, respuestas improvisadas y una alta percepción de desprotección en el profesorado.

Por ello, la creación de Unidades de Respuesta Rápida en el entorno comunitario se presenta como una medida que permitiría intervenir de forma inmediata ante situaciones de crisis, reducir los impactos y facilitar la derivación. Para ser efectiva, esta estructura debe construirse desde la corresponsabilidad entre administraciones, entidades del Tercer Sector y centros escolares, incorporando mecanismos de activación claros y modelos piloto evaluables que puedan escalarse territorialmente.

Fortalezas

- Permite respuestas rápidas que previenen situaciones peores en el futuro como la cronificación y el abandono escolar.
- Permite superar las listas de espera en situaciones urgentes o graves.
- Refuerza el papel protector de la escuela ante los problemas de salud mental.
- Mejora la contención y coordinación entre servicios educativos, servicios sociales y entidades del territorio

Debilidades

- Requiere financiación significativa y ampliación de recursos humanos especializados y de recursos físicos.
- Necesita de la definición de protocolos claros: activación, roles y articulación de la intervención.
- Sostenibilidad sujeta a una fuerte estructuración del servicio.
- Presenta complejidades operativas que podrían ser abordadas mediante un piloto.

Oportunidades

- Diseñar e implementar modelos piloto de Unidades de Respuesta Rápida con protocolos consensuados.
- Firmar convenios con administraciones para su desarrollo y evaluación.
- Difundir experiencias previas y buenas prácticas existentes en otras CCAA.
- Fortalecer la red comunitaria y empoderar al profesorado.

Diseñar materiales formativos dirigidos al profesorado y centros educativos que permitan la identificación preventiva y precoz de signos de malestar emocional

Como se ha ido destacando, el profesorado es un agente clave en la detección precoz de problemas de salud mental en NNAJ, ya que tiene contacto diario y continuo con estos en los centros educativos. En su papel como docentes, son capaces de percibir cambios en sus comportamientos, relaciones y rendimientos, pero, sin embargo y pese a su potencial preventivo, la formación en salud mental sigue siendo limitada. Los materiales existentes

no siempre están adaptados a las necesidades y lenguajes del profesorado ni a los diferentes niveles educativos, por lo que su introducción en los equipos docentes puede encontrar resistencias. Por lo general, estas reticencias se derivan de un sentimiento de miedo e incertidumbre ante situaciones de alta complejidad y problemáticas no integradas en los lineamientos curriculares. Asimismo, la sobrecarga laboral del personal docente y la falta de coordinación entre los sistemas educativo y el sanitario suponen un obstáculo para la implementación efectiva de acciones preventivas en los centros escolares.

En este contexto, resulta prioritario el diseño y la difusión de materiales formativos específicos, codiseñados entre el profesorado, las entidades de la red, los servicios sanitarios de salud mental y los y las NNAJ, que ofrezcan herramientas accesibles y útiles para facilitar la prevención, la identificación temprana y promover el bienestar psicosocial en las aulas. Se trata de elaborar materiales y estrategias de sensibilización y acompañamiento que contribuya a derribar prejuicios y miedos.

Fortalezas

- Clave para la detección temprana y prevención del malestar emocional en los entornos escolares.
- Empodera al profesorado con herramientas adaptadas sin sobrecargarlo.
- Mejora el clima escolar y el rendimiento académico.
- Responde a una demanda real del personal docente.

Debilidades

- Es viable gracias a recursos ya existentes, pero requiere adaptación e integración dentro de las prácticas cotidianas del profesorado.
- Depende de la colaboración entre salud mental, educación y centros escolares.
- La sobrecarga docente puede dificultar su implementación.

Oportunidades

- Incluir los materiales en planes de formación docente a través de las consejerías de educación.
- Codiseñar contenidos con docentes, profesionales y jóvenes para asegurar la pertinencia y el enfoque no estigmatizante.
- Crear kits formativos y materiales accesibles.
- Evaluar para generar evidencia y reforzar el cambio cultural.



Referencias bibliográficas



- ABAD FERNÁNDEZ, A., GONZÁLEZ SANGUINO, C., LINARES MILLÁN, J., SALAZAR GARCÍA, M., SANTOS OLMO, A. B., & VAQUERO CRESPO, C. (2022). «El estigma y la salud mental». En *El estigma de la población española hacia las personas con problemas de salud mental, en situación sin hogar y con discapacidad intelectual*. Cátedra UCM-Grupo 5 Contra el Estigma.
- ÁLVAREZ-HEVIA, D. (2018). Aproximación crítica a la inteligencia emocional como discurso dominante en el ámbito educativo. *Revista Española de Pedagogía* 75(269):7-23.
- BACIGALUPE, A., et al (2020). «El género como determinante de la salud mental y su medicalización Informe SESPAS 2020». *Gaceta Sanitaria* 34:61-67.
- BARBOUR, R. (2007). *Los grupos de discusión en Investigación Cualitativa*. Morata.
- CONFEDERACIÓN SALUD MENTAL ESPAÑA Y FUNDACIÓN MUTUA MADRILEÑA (2023). *La situación de la Salud Mental en España*.
- BORRELL, C., PALÈNCIA, L., MUNTANER, C. et al. (2014). «Influence of macrosocial policies on women's health and gender inequalities in health». *Epidemiol Rev.* 36:31-48.
- BOURDIEU, P. (1990). «La juventud no es más que una palabra». En *Sociología y Cultura* (pp. 163-173). Grijalbo.
- BOYDEN, J. ENNEW, J. (2001): *La infancia en el centro de atención: un manual para la investigación participativa con niños*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Subdirección General de Publicaciones.
- CÁRDENAS CARRERA, B. P. (2024). «La producción de conocimiento en grupo en la investigación con niñas y niños». In P. D. Martínez Sierra (Ed.), *Técnicas e instrumentos para la investigación social con niñas, niños y adolescentes* (pp. 42-67). Universidad Nacional Autónoma de México.
- CONNELL, R. (2001). *Educando a los muchachos: nuevas investigaciones sobre masculinidad y estrategias de género para las escuelas*. *Nómadas* (14):156-71.
- DOMÍNGUEZ, M. y DÁVILA, A., (2008). *La práctica conversacional del grupo de discusión: jóvenes, ciudadanía y nuevos derechos*. P. 99. <https://hdl.handle.net/20.500.14352/53528>
- DOMÍNGUEZ-MARTÍN, R. Y ORDOÑEZ-JIMÉNEZ, MA. (2025). «Salud mental infanto-juvenil y formación docente: análisis bibliográfico del estado de la cuestión. *Cuadernos de RES PUBLICA en derecho y criminología*. No 05/2025. ISSN: 2990-0697. DOI:10.46661/respublica.11261.

- FERRER, A. (2013). «El proceso de universalización de la enseñanza secundaria en España en la segunda mitad del siglo xx: una aproximación estadística». *Bordon* 65(4):149-65.
- GÓMEZ ESPINO, J. M. (2012). El grupo focal y el uso de viñetas en la investigación con niños. *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*. 24, 45-66.
- INE. (2022). *Estadística de defunciones según la causa de muerte*. Disponible en: <https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=EstadisticaC&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175>
- JUNCAL-RUIZ, M., RUIZ-TORRES, M., DIEGO-FALAGÁN, N., BATZ-COLVÉE, C., BECERRIL-RUIZ, T., SAMANIEGO-PEÑA, S., GARCÍA-RUMAYOR, E., ONANDIA-HINCHADO, I., GUTIÉRREZ-PÉREZ, A. M., AYESA-ARRIOLA, R., VÁZQUEZ-BOURGON, J., & ALONSO-BADA, S. (2023). «Estudio observacional comparativo de un año de duración del impacto de la pandemia por COVID-19 en el desarrollo de síntomas de ansiedad y de depresión entre 100 niños y adolescentes en tratamiento en una Unidad de Salud Mental y 93 voluntarios sanos. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 40(4), 17-29. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v40n4a4>
- KRUEGER, R. A. (1991): *El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada*. Madrid, Pirámide. P. 24.
- KURIC, S., SANMARTÍN, A., BALLESTEROS, J. C. Y GÓMEZ MIGUEL, A. (2023). *Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2023*. Madrid: Centro Reina Sofía de Fad Juventud. DOI: 10.52810.5281/zenodo.8170910
- LECCARDI, C., & FEIXA, C. (2011). «El concepto de generación en las teorías sobre la juventud». *Ultima Década*, 19(34), 11-32. <https://doi.org/10.4067/s0718-22362011000100002>
- FERRER, A. (2013). «El proceso de universalización de la enseñanza secundaria en España en la segunda mitad del siglo xx: Una aproximación estadística». *Bordon* 65(4):149-65.
- FUNDACIÓN ALICIA KOPLOWITZ (2014). *Libro blanco de la Psiquiatría del niño y el adolescente*. Madrid: Cátedra de Psiquiatría Infantil. Fundación Alicia Koplowitz-UCM.
- FUNDACIÓN ATALAYA, OBSERVATORIO DE LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL. (2024). *Estudio Inquietudes, preocupaciones y salud mental en la juventud de España*. Madrid, España.
- MAUTHNER, M. (1997). «Methodological aspects of collecting data from children: lessons from three research projects». *Children and Society*, 11, págs. 16-28.

- MINISTERIO DE SANIDAD. (2025). *Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027*.
- MINISTERIO DE SANIDAD. (2022). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Período 2022-2026*.
- MINISTERIO DE SANIDAD. (2025). *Plan de Acción de Prevención del Suicidio 2025-2027*.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2022). *Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos*.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2024). *La salud mental de los adolescentes*. Recuperable en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- ORGILÉS, M., MORALES, A., PIQUERAS, J. A., MARZO, J. C. Y ESPADA, J. P. (2024). *Problemas psicológicos en la infancia y adolescencia*. Centro de Investigación de la Infancia y la Adolescencia. Universidad Miguel Hernández.
- PARICIO DEL CASTILLO, R., Y PANDO VELASCO, M.F. (2020). «Salud mental infanto-juvenil y pandemia de COVID-19 en España: cuestiones y retos». *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 37(2):30-44. doi: 10.31766/revpsij.v37n2a4.
- PÉREZ DIEZ, I., ARIAS RODRÍGUEZ, P., SÁNCHEZ CARRO, Y., Y DE LA TORRE LUQUE, A. (2023). *Evolución del suicidio en España en población infanto-juvenil (2000-2021)*. Ciber-SAM- Universidad Complutense de Madrid. <https://www.ucm.es/suicidio-primera-causa-de-muerte-en-jovenes>
- PÍREZ-MORA, G., HERRERA-RODRÍGUEZ, J., ALEMÁN-GUTIÉRREZ, M. (2024). «Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y Trastorno del Espectro del Autismo: análisis del grado de coincidencia diagnóstica entre los centros de salud y las unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil». *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. Volumen 41, número 3.
- PROEMO. (2024). *Informe y hoja de ruta 2025 sobre la salud y bienestar emocional en las personas adolescentes y jóvenes*.
- RETAMAL, D. (2022). «Efectos de la pandemia COVID-19 en la salud mental infanto-juvenil: revisión bibliográfica». *Revista de Ciencias Médicas*. Volumen 47 número 3.
- SALCES RODRIGO, M. T. (2023). «La Salud Mental Infanto-Juvenil: Análisis desde una Institución Garante de Derechos». *Cuadernos de Medicina Forense*, 26(26(01)), 41-47. <https://doi.org/10.59457/cmef.2023.26.01.org03>

- SALGUERO, R. B., BOGUEVA, D., Y MARINOVA, D. (2024). «Australia's University Generation Z and Its Concerns about Climate Change». *Sustainable Earth Reviews* 7(1). doi: 10.1186/s42055-024-00075-w.
- SANZ-BARBERO, B., BARÓN, N., VIVES-CASES, C. (2019). «Prevalence, associated factors and health impact of intimate partner violence against women in different life stages». *PLoS One*.
- SMITH D.T., MOUZON D.M., ELLIOTT M. (2018). «Reviewing the assumptions about men's mental health: an exploration of the gender binary». *Am J Mens Health*. 12:78-89.
- SOTO, M Y SALINA, A. (2023). «Tratamiento jurídico de la salud mental infanto-juvenil en España». *Salud mental infanto-juvenil en el Sistema de Protección de Menores*, 1a ed.
- UNICEF (2024). *La salud mental es cosa de niños, niñas y adolescentes. Barómetro de Opinión de la Infancia y la Adolescencia 2023-2024*.
- UNIR. (2022). «¿Qué es la terapia DBT y para qué se utiliza? *UNIR Revista*. <https://www.unir.net/revista/salud/terapia-dbt/>
- VALIENTE, C., CARMELO VÁZQUEZ, V. P., CONTRERAS, A., TRUCHARTE, A., BENTALL, R., Y MARTÍNEZ, A. (2020). «Síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático el COVID-19: Prevalencia y predictores». *Estudio nacional representativo de las respuestas de los de España ante la crisis de COVID-19: respuestas psicológicas*. Universidad Complutense de Madrid. <https://www.ucm.es/inventap/file/vida-covid19--informe-ejecutivomalestar3520-final-1>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2021). *Comprehensive mental health action plan 2013-2030*. Geneva. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

