CRECER SALUDABLE(MENTE)

Save the Children

ANEXO COMUNIDAD DE MADRID

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

Directora de Incidencia Social y Políticas de Infancia:

Catalina Perazzo Aragoneses

Responsable de Incidencia Política:

Carmela del Moral Blasco

Coordinadores:

Alexander Elu Terán
Lucía Martínez Martín

Autores:

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

Foto portada:

Eva Filgueira /Save the Children

Fotos:

Eva Filgueira /Save the Children (p. 4, 19, 41 y 42)
Pablo Blázquez /Save the Children (p. 34)
Mingo Venero /Save the Children (p. 14 y 44)

Gráficos:

Elena del Real Moreno

Ilustraciones:

Germán Gullón (VALBHY Design)

Arte y maquetación:

Elena del Real Moreno

BY NC SA

Edita:

Save the Children España
Febrero_2022

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

1 LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID: ANTES Y DESPUÉS DE LA PANDEMIA

2 EL SUICIDIO EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE LA COMUNIDAD DE MADRID

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

4 RECOMENDACIONES Y BUENAS PRÁCTICAS

5 CONCLUSIÓN

NOTA METODOLÓGICA

ANEXO

COMUNIDAD DE MADRID

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

— Chica, 17 años, Madrid.

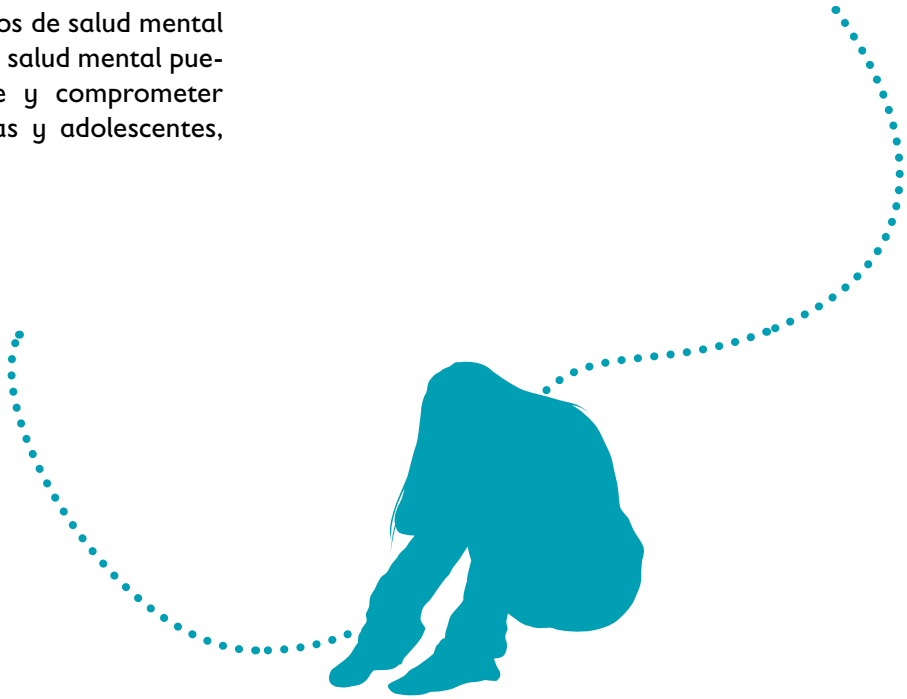
INTRODUCCIÓN

La pandemia de la COVID-19 ha puesto sobre la mesa uno de los problemas más importantes a los que nos enfrentamos como sociedad: la necesidad de cuidar de nuestra salud mental y, especialmente, la de aquellos que deberíamos proteger más: niños, niñas y adolescentes.

Aunque el coronavirus ha afectado menos a niños, niñas y adolescentes a un nivel epidemiológico, son ellos los que han sufrido gran parte de sus consecuencias y muchas de ellas afectan a su salud mental. Encerrados varios meses en casa, y sin poder ir a la escuela, muchos de ellos han convivido también con la angustia de que aquellos que les cuidan enfermasen o perdiesen el trabajo durante la pandemia. Y uno de los desenlaces más dramáticos del sufrimiento emocional de niños, niñas y adolescentes es el suicidio. El pensamiento suicida, como el resto de problemas de salud mental, no es fácil de contar, ni de escuchar.

Cuando a esta dificultad se añaden los obstáculos para acceder a servicios de salud mental de calidad, los problemas de salud mental pueden agravarse, cronificarse y comprometer el desarrollo de niños, niñas y adolescentes, comprometiendo su futuro.

El debate generado acerca de la salud mental, incluida la de la infancia, es enormemente positivo para la desestigmatizacion del problema y promover la acción pública al respecto. No obstante, no podemos olvidar que la infancia en situación de pobreza o riesgo de exclusión social se enfrenta a una doble penalización en términos de salud mental. Por un lado, los niños, niñas y adolescentes que viven en hogares con menores ingresos o en situación de desempleo presentan una mayor incidencia de los trastornos de salud mental. Por otro lado, la infancia más vulnerable se enfrenta a mayores obstáculos a acceder a una atención especializada de calidad, dados los problemas de acceso al sistema público y la imposibilidad de sufragar los costes del sistema privado. Ambas dimensiones se retroalimentan y refuerzan mutuamente en una nueva expresión del círculo vicioso de la pobreza y desigualdad.



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

1.1. La salud mental antes de la COVID-19

Para encontrar los últimos datos sobre salud mental de niños, niñas y adolescentes anteriores a la pandemia recurrimos a la Encuesta Nacional de Salud (ENS), cuya última edición es del año 2017.

Entonces, en España, un 1% de niños, niñas y adolescentes de entre 4 y 14 años padecían trastornos mentales (ej. depresión y ansiedad), y un 3% tenían trastornos de conducta (ej. hiperactividad). En cambio, en la Comunidad de Madrid estos valores eran inferiores, de un 0,7% y un 2% respectivamente. Por lo tanto, ambos indicadores, tanto de la incidencia de trastornos mentales como trastornos de conducta de niños, niñas y adolescentes, estaban por debajo de la media nacional.

En concreto:

- El 1,7% de los niños y niñas entre 11 y 14 años tenían un trastorno mental
- Respecto a los trastornos de conducta, alcanzaban al 2,4% a partir de los 7 años y un 2,9% para niños, niñas y adolescentes entre 11 y 14 años.
- Los trastornos de conducta entre hogares con en situación de desempleo y con empleo, era similar.
- En términos de origen, sí encontramos una desigualdad según los niños, niñas y adolescentes sean o no de origen migrante: son mucho más comunes entre niños, niñas y adolescentes de origen extranjero (5,8%) que entre aquellos de origen español (un 1,6%).

En conclusión, en 2017, el porcentaje de niños, niñas y adolescentes en la Comunidad de Madrid que tenían problemas de salud mental era inferior a la media española.

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

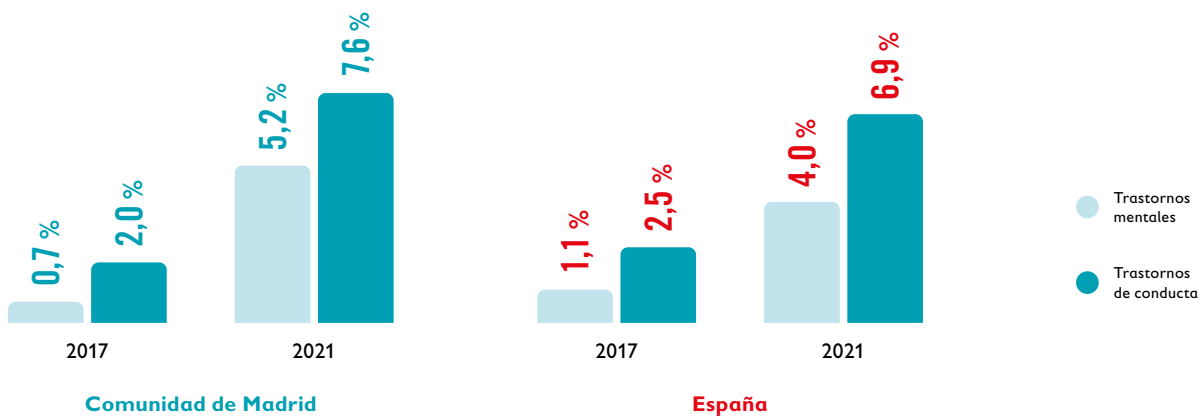
No existen todavía datos oficiales para medirlo, pero desde Save the Children hemos diseñado una nueva encuesta para entender el alcance de su impacto. Utilizando las mismas preguntas que se hacen en la Encuesta Nacional de Salud (ENS), podemos comparar los cambios que se han producido entre 2017 y septiembre de 2021, un año y medio después del inicio de la crisis de la COVID-19.

Los datos sugieren que, del mismo modo que ocurre en España, la pandemia ha tenido un efecto importante en la salud mental de los niños, niñas y adolescentes madrileños, incrementándose de forma sustancial el porcentaje de este colectivo con trastornos mentales y de conducta, a pesar de que solamente el 5% de los padres y madres entrevistados declaran que la salud de sus hijos fue regular, mala o muy mala en los últimos 12 meses (inferior al 8% de la media nacional).

Sin embargo, según datos de la misma encuesta, tanto los trastornos mentales como los trastornos de conducta han aumentado. En el caso de los trastornos mentales, el porcentaje de niños, niñas y adolescentes pasaría de menos de un 1% en 2017 a un 5,2% en 2021. Los trastornos de conducta, por su parte, se elevan también de un 2 hasta un 7,6%, cifras que indican un elevado aumento, mayor a la media nacional, de niños, niñas y adolescentes con problemas mentales en la Comunidad de Madrid

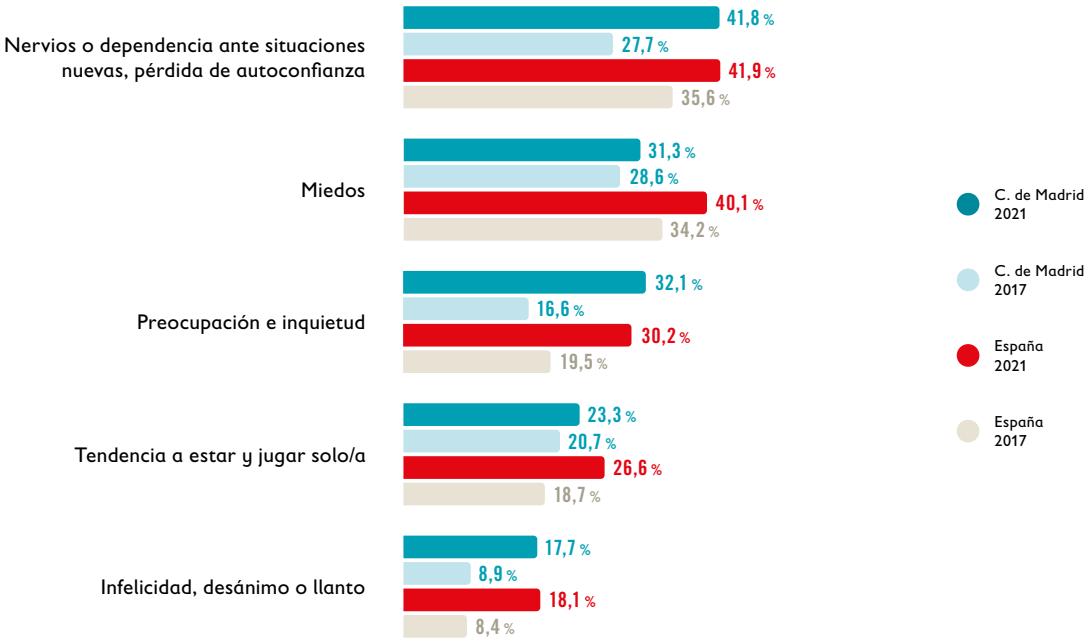
La pandemia, además, ha tenido un impacto en las conductas y emociones de los niños, niñas y adolescentes de la Comunidad de Madrid, aumentando el porcentaje de aquellos que tienen más miedos, están nerviosos, preocupados, infelices o solitarios.

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



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

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



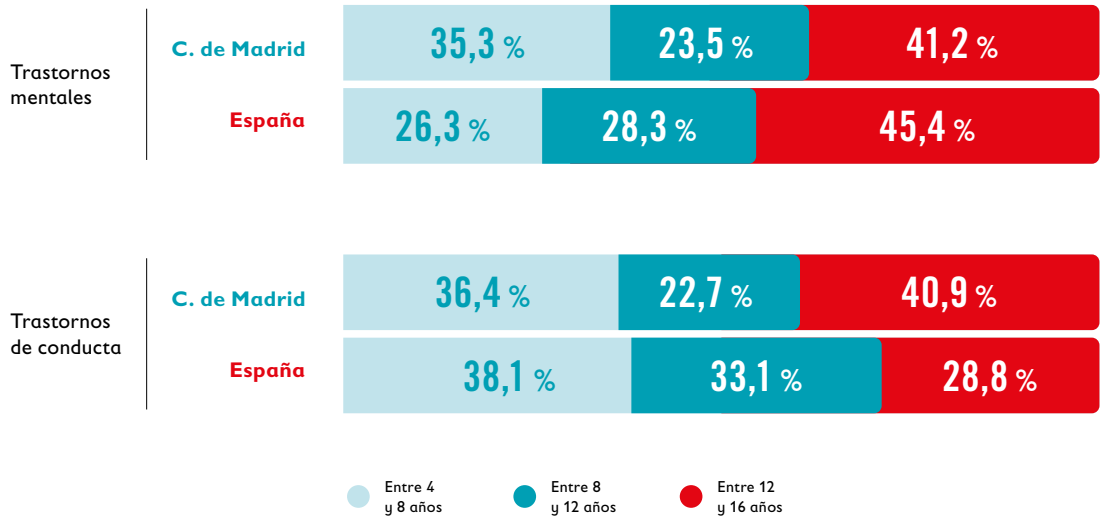
Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Salud 2017 y a una encuesta propia para 2021. Datos para la Comunidad de Madrid.

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

Los trastornos mentales y de conducta no parecen tener patrones de edad diferenciados en la Comunidad de Madrid como sí los tienen en el resto de España y en otras comunidades autónomas. De hecho, son los niños, niñas y adolescentes de más de 12 años los que sufren más trastornos de ambos tipos (un 41% de los casos en ambos tipos de trastorno). En el conjunto español, **los trastornos mentales son mucho más frecuentes entre niños y niñas mayores de 12 años,** mientras que los de conducta aparecen en edades más tempranas.

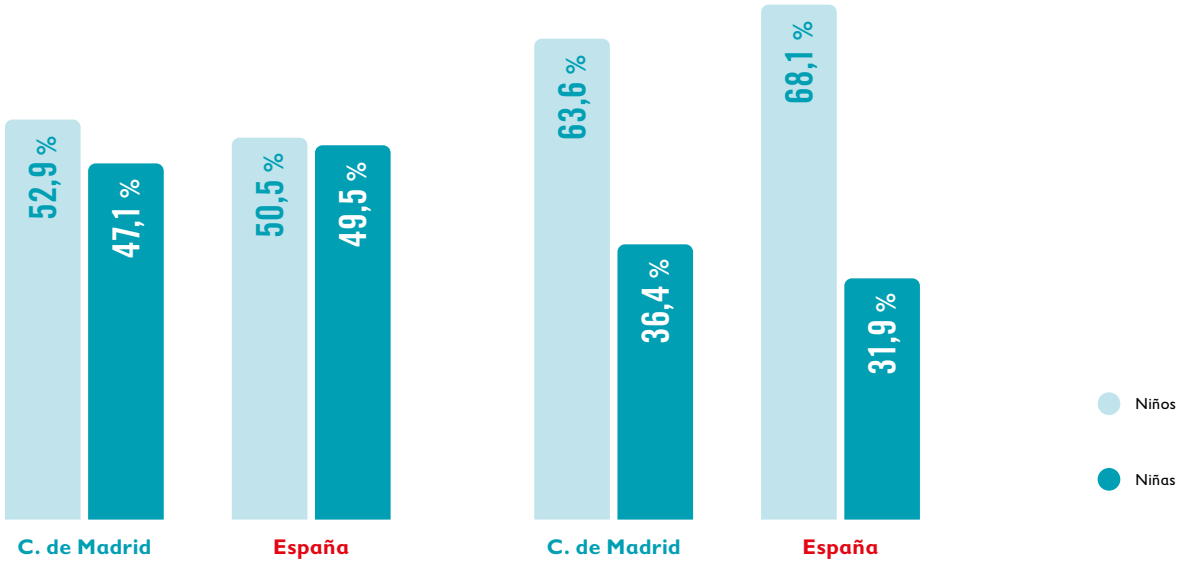
En segundo lugar, sí **encontramos diferencias por sexo.** Como ocurre en el resto del país, los niños presentan mayores problemas de trastornos de conducta mientras que las niñas muestran más casos de trastornos mentales.

Gráfico 3. **Trastornos mentales y de conducta por edad**



Fuente: Elaboración propia (2021).
Datos para la Comunidad de Madrid.

Gráfico 4. **Trastornos mentales y de conducta por sexo**

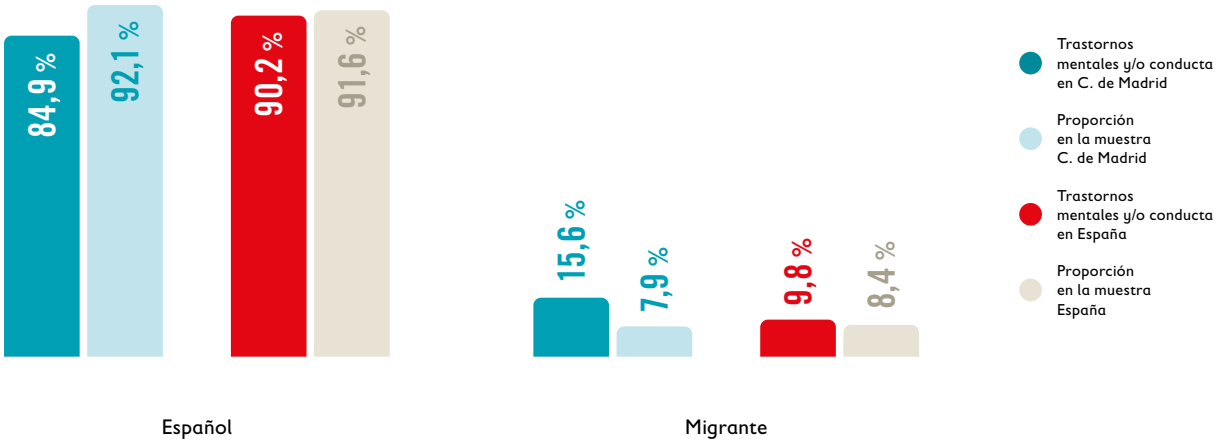


Fuente: Elaboración propia (2021).
Datos para la Comunidad de Madrid.

En tercer lugar, también **hay diferencias por nacionalidad.** Si bien la proporción de niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales y/o de conducta es mayor entre españoles de la Comunidad de Madrid, cabe destacar que también son muchos más los niños, niñas y adolescentes españoles en la encuesta. Por ello, del mismo modo que hacemos para el total de España, lo relevante es comparar si los niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales y/o de conducta representan un porcentaje superior al porcentaje que representan en la muestra. Así, vemos que los niños, niñas y adolescentes extranjeros sufren, en proporción, un mayor número de trastornos mentales y/o de conducta de lo que les correspondería según su proporción en la encuesta.

En este sentido, y dado que la porción de españoles en la encuesta es muy superior a la de extranjeros, lo que nos interesa es comparar, siempre que el tamaño muestral sea suficiente, si los niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales y/o de conducta representan un peso mayor al que tienen ellos en la muestra. De este modo, podemos ver que los niños, niñas y adolescentes extranjeros sufren, en proporción, un mayor número de trastornos mentales y/o de conducta de lo que les correspondería según su proporción en la encuesta. Los niños, niñas y adolescentes extranjeros tienden, de media, a vivir en hogares más pobres. Se trata por tanto de familias que enfrentan una mayor vulnerabilidad económica.

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

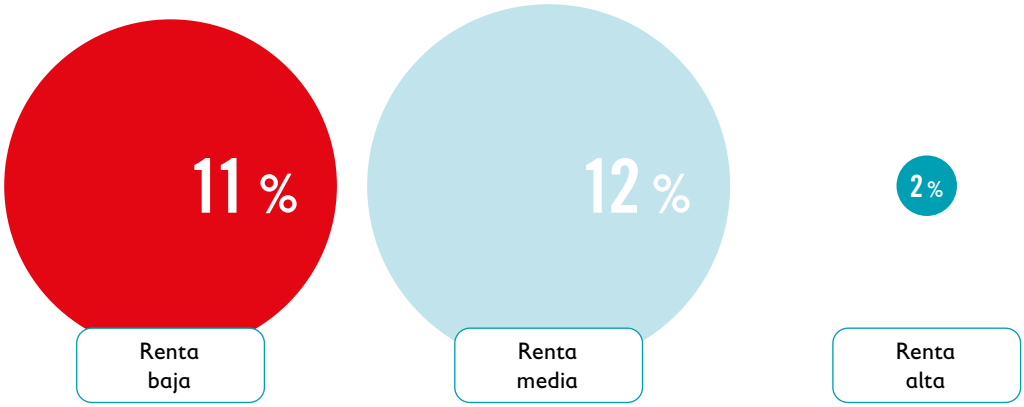


Fuente: Elaboración propia (2021).
Datos para la Comunidad de Madrid.

En cuarto lugar, nos queda añadir a los factores de riesgo para la salud mental **el nivel de renta.** Los hogares madrileños con rentas más bajas son aquellos donde hay más niños, niñas y adolescentes que tienen trastornos mentales y/o de conducta (un 11%, respecto un 13% de la media nacional). En cambio, es mucho menos probable que los niños, niñas y adolescentes que viven en hogares más acomodados presenten este tipo de problemáticas (un 2%, inferior al 3% de la media nacional). Es decir, los niños, niñas y adolescentes que viven

en hogares pobres tienen una probabilidad casi 6 veces mayor de sufrir trastornos mentales y/o de conducta que aquellos que viven en hogares de renta alta. Se trata de un nivel de desigualdad por renta mayor al de la media española (de 4 veces mayor). Hemos visto que esta relación entre salud mental y renta se daba ya antes de la pandemia, pero debemos tener en cuenta que en un contexto en el que las desigualdades siguen acrecentándose por la crisis, y los trastornos mentales aumentan, se hace si cabe más importante aún.

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



Fuente: Elaboración propia (2021).
Datos para la Comunidad de Madrid.

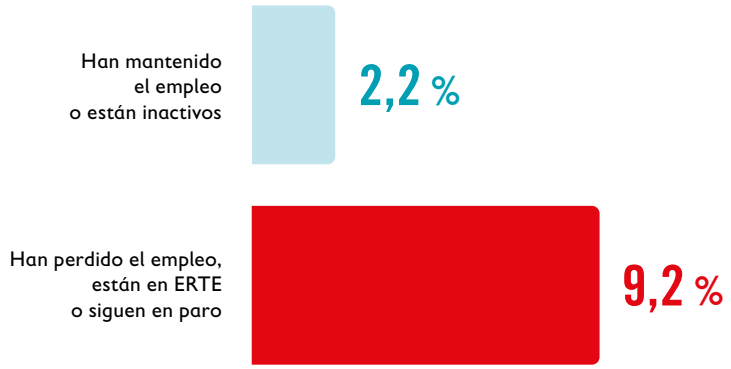
Ser vulnerable económicamente significa normalmente tener una situación laboral precaria. La crisis de la COVID-19 ha supuesto para muchas familias la pérdida de su principal fuente de ingresos. A pesar de los esfuerzos del gobierno en mantener los empleos asegurados vía la ampliación de los ERTE, la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

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

Nuestra encuesta nos confirma este efecto de la inestabilidad y vulnerabilidad laboral en la salud mental de los niños, niñas y adolescentes. Así, vemos como los niños y niñas con trastornos mentales y/o de conducta apenas representan el 2% en aquellos hogares madrileños donde los adultos de referencia se han mantenido empleados (o inactivos si estaban estudiando, incapacitados o jubilados), mientras que este porcentaje aumenta hasta el 9% cuando han perdido su empleo, están en ERTE o siguen en paro. Se trata por tanto de cifras similares a las del total de la población española (del 3% y el 10%, respectivamente). La incidencia de problemas de salud mental entre los niños, niñas y adolescentes de la Comunidad de Madrid en familias sin empleo es por tanto cuatro veces mayor que entre los niños, niñas y adolescentes en familias con empleo.

Existen también otros factores de riesgo y conductas relacionadas con la aparición de trastornos mentales y de comportamiento en niños, niñas y adolescentes, como podría ser el acoso escolar, los trastornos alimentarios o el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

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

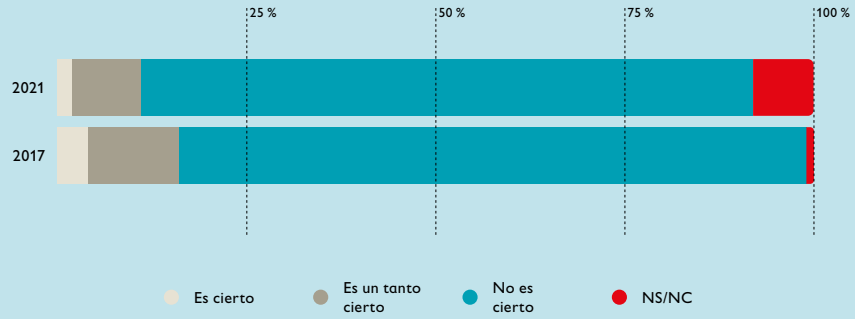


Fuente: Elaboración propia (2021).
Datos para la Comunidad de Madrid.

¿QUÉ SABEMOS DEL ACOSO ESCOLAR?

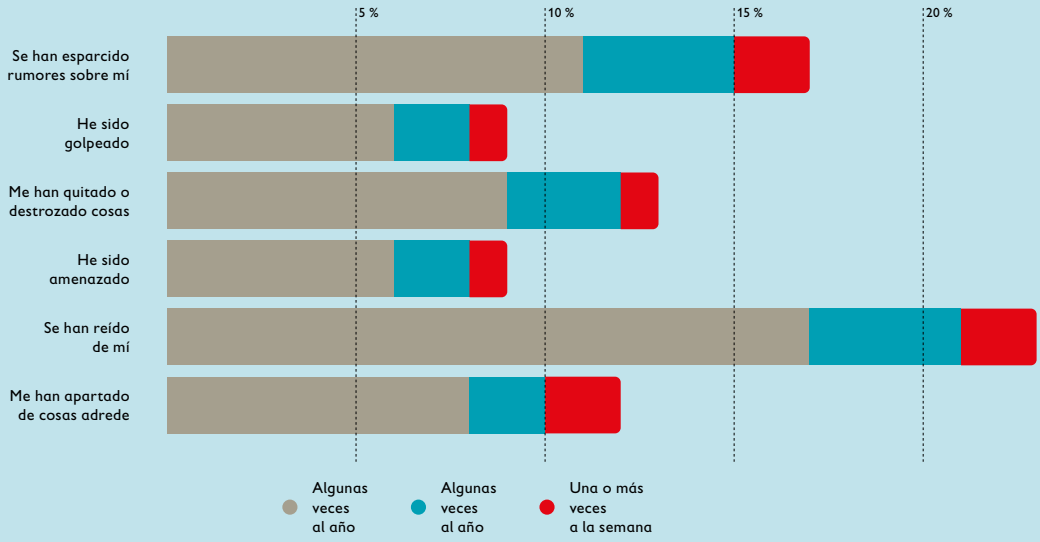
Según la Encuesta Nacional de Salud (ENS), en el año 2017 un 16% de los menores de entre 4 y 14 años recibían algún tipo de acoso en la Comunidad de Madrid, es decir, los otros niños y niñas se metían o burlaban de él/ella. Esta proporción disminuye en el 2021, a partir de la encuesta realizada, hasta el 11%. En cambio, a nivel español este porcentaje ha aumentado del 14% en el año 2017 hasta el 16% en el año 2021.

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



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

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



Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos de PISA 2018.
Nota: en todas las afirmaciones hay un 16-17% que no contestan.

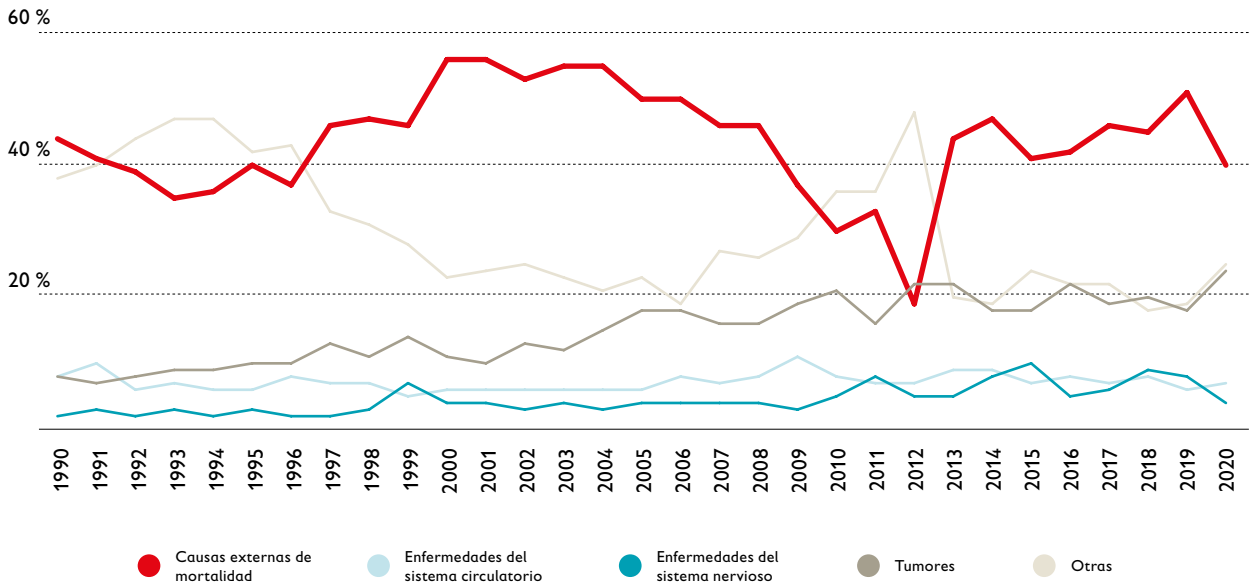
2. EL SUICIDIO EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE LA COMUNIDAD DE MADRID

2.1. El suicidio y otras causas de muerte

Los niños, niñas y adolescentes en España mueren principalmente por causas externas, una de las cuales es el suicidio. En la Comunidad de Madrid, hubo 101 muertes de niños, niñas y adolescentes de entre 15 y 29 años por causas externas en 2019, un 11% sobre el total español, siendo un 73% de ellas de niños y el resto de niñas.

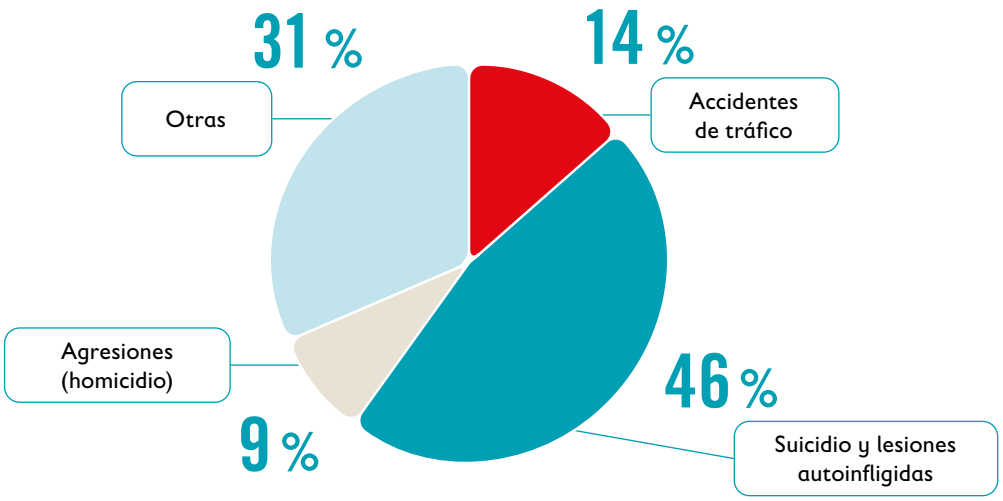
De las causas externas de muerte, la principal en el caso de la Comunidad de Madrid es el suicidio y las lesiones autoinfligidas, representando un 39%. En cambio, los accidentes de tráfico suponen un 35%. Este hecho contrasta con la media nacional donde los accidentes de tráfico son la principal causa externa de muerte, con un 36% de los casos frente a un 33% de suicidios.

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



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

Gráfico 9. **Causas de muertes por motivos externos entre los 15 y los 29 años (2020)**



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

En concreto, las muertes por suicidio o autolesiones en la Comunidad de Madrid habían retrocedido hasta 2012 y en los últimos años han vuelto a aumentar a niveles precrisis financiera.

En 2020 se registraron en la comunidad 37 suicidios de niños, niñas y adolescentes y jóvenes, de los cuales 32 fueron chicos y 5 chicas.

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

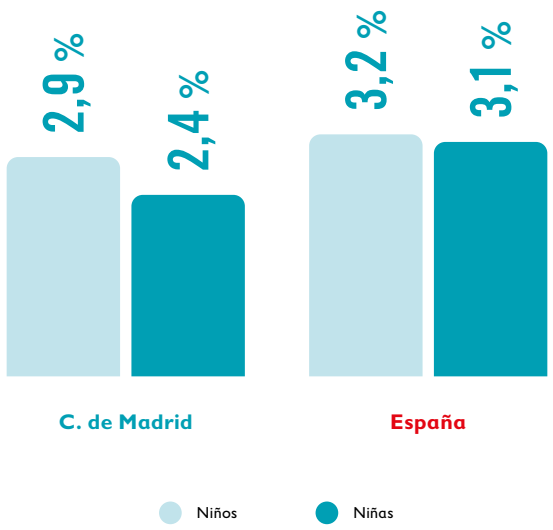
Según el personal especialista en niños, niñas y adolescentes del Teléfono de la Esperanza, línea de atención al suicidio, la pandemia ha disparado la demanda de atención en adolescentes y jóvenes, especialmente en los últimos meses. Los profesionales han observado también un aumento significativo de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

Los resultados de nuestra encuesta muestran que, de acuerdo con la percepción de los padres o madres de la Comunidad de Madrid, el porcentaje de niños que podrían tener intenciones suicidas según sus padres y madres es de un 2,6%, algo por debajo de la media nacional de la encuesta, de un 3%.

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

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

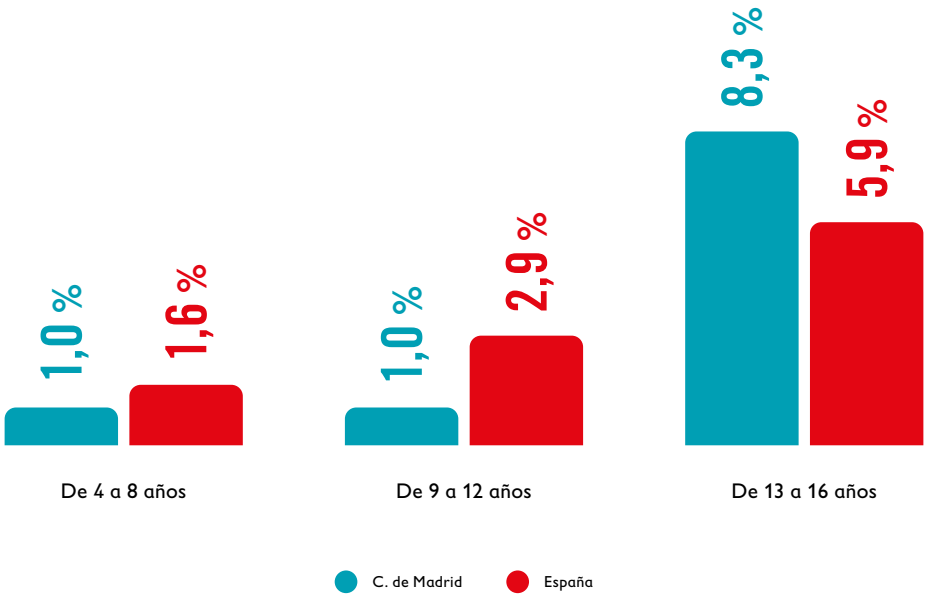
Gráfico 11. **Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que podrían haber expresado intenciones de suicidio por sexo**



Fuente: Elaboración en base a una encuesta propia para 2021.
Datos para la Comunidad de Madrid.

Al igual que en el resto de España, este problema varía en gran medida con la edad y su incidencia es especialmente alta entre adolescentes. Así, mientras que apenas un 1% de niños entre 4 y 12 años podrían haber mostrado este tipo de intenciones (en comparación a un 1,6% en el conjunto de España), el porcentaje aumenta hasta un 8,3% en el grupo entre 13 y 16 años de edad (mayor al 5,9% de la media nacional).

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



Fuente: Elaboración en base a una encuesta propia para 2021.
Datos para la Comunidad de Madrid.

Las intenciones de suicidio de niños, niñas y adolescentes, según sus padres, varían en función de la renta familiar. Para el total de España, si desglosamos por nivel de renta, vemos que, en aquellos hogares con rentas más altas, el porcentaje de padres y madres que consideran que sus hijos tienen intenciones de suicidarse es de un 1,25%. Sin embargo, este porcentaje se triplica hasta llegar al 4% para las familias con rentas bajas.

La muestra de nuestra encuesta para la Comunidad de Madrid no nos permite desglosar por renta los datos, pero los resultados nacionales son especialmente preocupante si tenemos en cuenta que estos hogares tienen, además, menos recursos para tratar de ayudar a los niños, niñas y adolescentes.

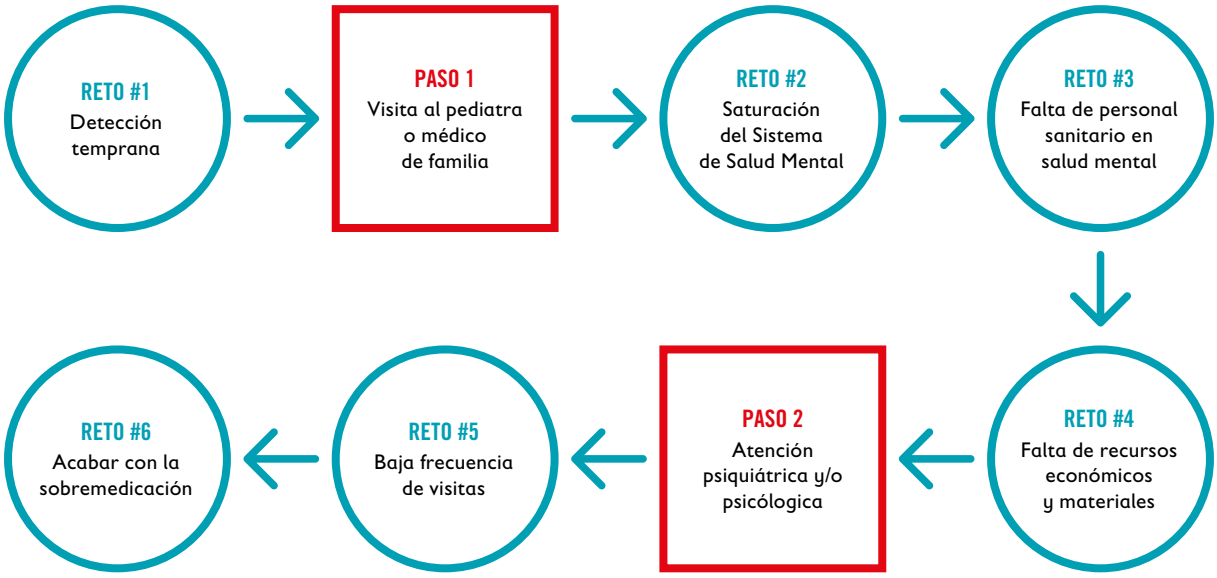
«Todos sufrimos problemas psicológicos y nos da vergüenza decirlo a los demás y por eso se necesita saber más de ellos».

— Grupo Bermejales Sevilla.

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

Garantizar que todos los niños, niñas y adolescentes de la Comunidad de Madrid accedan a una asistencia de salud mental de calidad debe ser una prioridad en la agenda política. La salud mental tiene en los suicidios su imagen más dramática, pero quedarnos solo con esos datos deja detrás muchas ideas y tentativas no registradas, así como trastornos mentales y de conducta no diagnosticados que provocan un gran sufrimiento emocional a los niños, niñas y adolescentes y sus familias. La pandemia ha intensificado los retos a los que se enfrenta nuestro sistema sanitario, a la vez que han aumentado los problemas mentales de niños, niñas y adolescentes derivados del aislamiento, el cierre de los colegios, el miedo al virus y la incertidumbre económica.

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



3.1. Reto #1: La prevención y la detección

Para que un menor de edad reciba la atención psicológica y psiquiátrica correspondiente a sus necesidades es de vital importancia que éstas se detecten tempranamente para actuar a tiempo. Los casos diagnosticados son solo la punta del iceberg de los problemas de salud mental en niños, niñas y adolescentes. Demasiadas veces, la detección se produce cuando el problema ya está muy avanzado o es incluso demasiado tarde. Por esa razón, el primer obstáculo que nos encontramos para acceder a la salud mental es la detección de necesidades de los niños, niñas y adolescentes.

Ahora mismo queda a voluntad de los centros sanitarios, educativos o de la Comunidad de Madrid diseñar e implementar protocolos de prevención en salud mental.

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

Como destacan aquellas personas profesionales de la línea de atención al suicidio, la intervención en contextos educativos es fundamental, y la prevención en edades tempranas y la intervención en adolescencia es una prioridad. Por ello es imprescindible desarrollar programas que tengan en cuenta la salud emocional del alumnado.

EL ENFOQUE *SAFE SCHOOLS*

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

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

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

Dentro de los planes de prevención de suicidio debería estar incluido todo el sistema educativo, para prevenir, formando, acompañando y sabiendo detectar a personas en riesgo, adolescentes y jóvenes.

No obstante, todo el peso de la detección de problemas mentales y emocionales, sobre todo aquellos no vinculados al entorno escolar, no puede recaer en los centros educativos. El espacio de crecimiento de referencia para niños y adolescentes es en gran medida su hogar, o el sistema familiar al que pertenecen, y éstos han de estar capacitados, con la colaboración del sistema sanitario y los centros escolares, para para cuidar del crecimiento y de la salud mental de sus hijos e hijas.

¿Qué hace la Comunidad de Madrid para ofrecer las herramientas necesarias a los centros educativos?

La Comunidad de Madrid ofrece guías a los centros educativos y cursos de formación en materia de salud mental infantil y prevención del suicidio. Recientemente se ha anunciado que el Colegio Oficial de Psicología de Madrid colaborará con la Consejería de Educación, Universidades, Ciencia y Portavocía para ayudar al sistema educativo madrileño en materia de prevención y detección de problemas de salud mental de los niños, niñas y adolescentes. Entre estas colaboraciones se encuentra un curso de formación *online* gratuito incluido en el plan de formación para el profesorado para conocer los desajustes emocionales y psicológicos de los menores, con especial atención en el suicidio y su prevención, y cómo elaborar planes de prevención y detección de cualquier problema de salud mental. Además, también se ha publicado la guía *La prevención y detección de los desajustes y trastornos emocionales del alumnado. Guía y recursos para elaboración de planes en los centros educativos.*

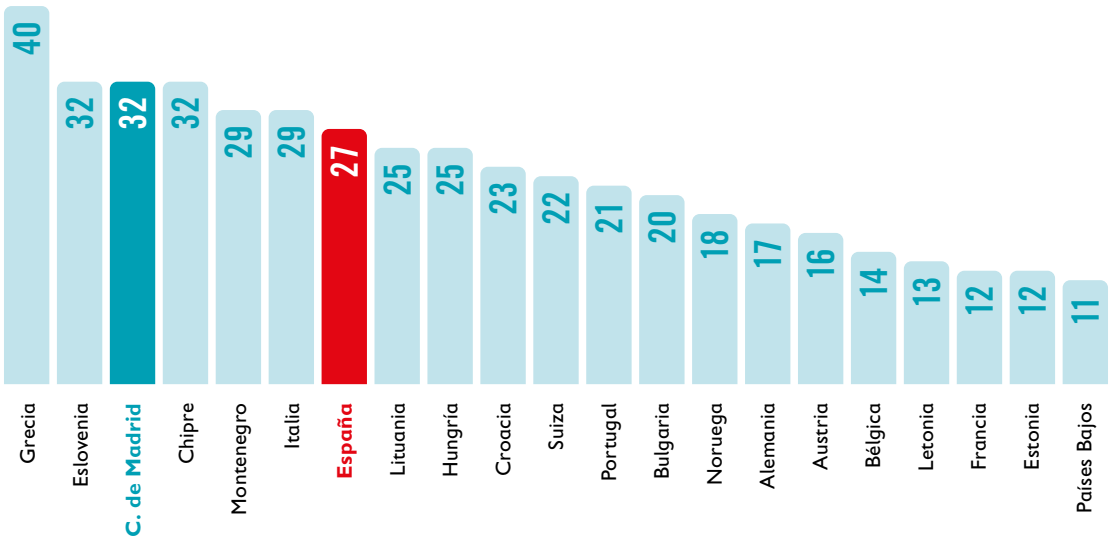
Ya con anterioridad, la comunidad había realizado actuaciones en ese aspecto, como ofrecer guías para la prevención del suicidio dirigida a los docentes o la organización de una jornada de prevención del suicidio en los centros escolares.

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

La carrera de obstáculos para obtener asistencia sanitaria a sus problemas mentales, debemos entender cuál es el primer paso que las familias de niños, niñas y adolescentes deben dar en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Si eres menor de edad –o su responsable a cargo– y necesitas atención psiquiátrica y/o psicológica, lo primero que tienes que hacer es dirigirte al pediatra o al médico de familia quien,[1] tras una valoración, te derivará al especialista si así lo cree conveniente. En ese aspecto, es importante que los pediatras y médicos de familia tengan una buena formación en detección temprana de trastornos mentales y de conducta específicos de los niños, niñas y adolescentes. La Comunidad de Madrid ofrece una guía para la detección y prevención de la conducta suicida para profesionales sanitarios y facilitadores sociales.

La Comunidad de Madrid tiene una de las ratios más altas por cada 100.000 habitantes (incluyendo toda la población) en relación con el resto de los países europeos y por encima de la media española. Sin embargo, hay que tener en cuenta que estos datos nos pueden llevar a confusión del acceso general al incluir los pediatras en hospitales privados no pertenecientes al SNS, que estos suponen un 5% del dato que ofrece Eurostat para España y un 8% del dato calculado para Comunidad de Madrid.[2]

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



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

1 La edad pediátrica en Atención Primaria es hasta los 14 años y en atención hospitalaria hasta los 16 años. Fuente: Gerencia Asistencial de Atención Primaria (2018). Atención Pediátrica de Atención Primaria.

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

Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid

Actualmente en la cartera de servicios estandarizados de Atención Primaria no se contemplan revisiones infantojuveniles relacionadas con su salud mental (trastornos de la conducta, trastornos mentales...) con el objetivo de detectar tempranamente cualquier trastorno. Además, a pesar de tener servicios de promoción de hábitos saludables, no hay ninguna acción de promoción de la salud mental más allá de la prevención de hábitos tóxicos (tabaquismo, alcohol y drogas). En cambio, si que contempla actuaciones de educación para la salud en centros educativos, pero sin especificar si se realizan en materia de salud mental.

Plan Estratégico de la Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020

Contiene una línea estratégica dedicada a la atención psicológica y psiquiátrica de los niños, niñas y adolescentes, pero con poco énfasis en la prevención y detección. Hay algunas actuaciones dirigidas a la detección precoz pero solo en el caso de trastornes graves.

De la misma forma, en la línea estratégica de atención a la salud mental en el ámbito de la Atención Primaria solo se focaliza en la detección temprana de trastornos graves.

3.3. Reto #2: Saturación del sistema

Si existe asistencia sanitaria, pero esta tarda mucho en llegar, no podemos hablar de un acceso real, y en iguales condiciones, a la salud mental. Por ejemplo, si las listas de espera para recibir atención psicológica o psiquiátrica se convierten en un cuello de botella para acceder al sistema. Esta es una de las mayores críticas hechas por los profesionales, asociaciones o incluso por el Defensor del Pueblo.[3] Los menores de la Comunidad de Madrid tenían que esperar en 2016, de media, 8 semanas para recibir la primera visita de atención psicológica (semana y media menos que los adultos) y 5 semanas para la atención psiquiátrica (una más que los adultos). Incluso el tiempo de espera podía alcanzar hasta los seis meses en los Hospitales de Día Psiquiátricos para niños, niñas y adolescentes. A día de hoy, el Servicio Madrileño de Salud ofrece datos de las listas de espera de atención especializada en los hospitales. En septiembre 2021, en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, hospital pediátrico de referencia en España, tenía una lista de espera de 82 días para visitar al psiquiatra.

3 https://www.defensordelpueblo.es/resoluciones/estudio-de-necesidades-e-incremento-de-la-atencion-psicologica-en-el-sistema-nacional-de-salud/

En general, como se aprecia en el gráfico, las listas de espera en la Comunidad de Madrid se encuentran entre las más altas de España. Las cifras de las otras comunidades varían en función de la fuente, año y si se refiere tanto a atención psicológica, psiquiátrica o ambas. Para el caso específico de asistencia en salud mental para niños, niñas y adolescentes solo conocemos el dato de algunas comunidades autónomas, pero la Comunidad de Madrid se encuentra también entre las de mayor tiempo en espera. Se trata de esperas de más de un mes para empezar a acompañar desde la sanidad pública el sufrimiento emocional de los niños, niñas y adolescentes y sus familias.

Según un informe reciente de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones, la demanda por los servicios sanitarios de salud mental ha aumentado considerablemente desde el análisis de situación del Plan de Salud Mental. En el periodo 2016-2019 la demanda para primera consulta de psicología aumentó un 30% para adultos y 24% para los niños, niñas y adolescentes. En el caso de psiquiatría, el aumento es parecido para los adultos, pero para los menores se de un 50%.[4]

Además, las Unidades de Apoyo de Psicólogos Clínicos de la actividad asistencial en Atención Primaria han recibido un 40% más de consultas en el 2020 respecto el año anterior y la actividad ambulatoria de atención a la Salud Mental y Adiciones ha recibido un 35% más de consultas nuevas y un 25% de consultas sucesivas.[5] Este aumento podría ser a raíz de la crisis sanitaria de la COVID-19. En cambio, los tratamientos psiquiátricos en hospitales de día han descendido un 25%.

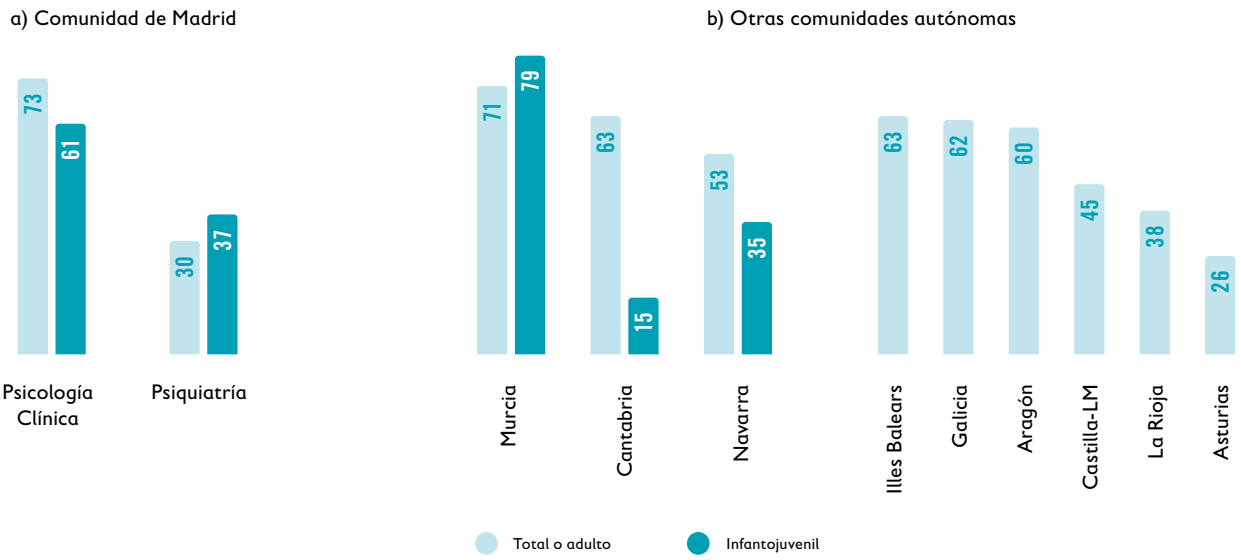
Por tanto, estos datos de listas de espera en la Comunidad de Madrid, provenientes del Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020, podrían ser aun mayores a día de hoy si no se ha conseguido dar respuesta a este aumento de la demanda.

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

4 Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones (2020) Plan de Respuesta Asistencial Prioritaria en Salud Mental en la Crisis por COVID-19.

5 No diferencian entre adultos y niños, niñas y adolescentes. Servicio Madrileño de Salud. Memoria 2020.

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



Fuente: a) Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020, datos 2016, b) Defensor del Pueblo, fuente y años diversos.

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

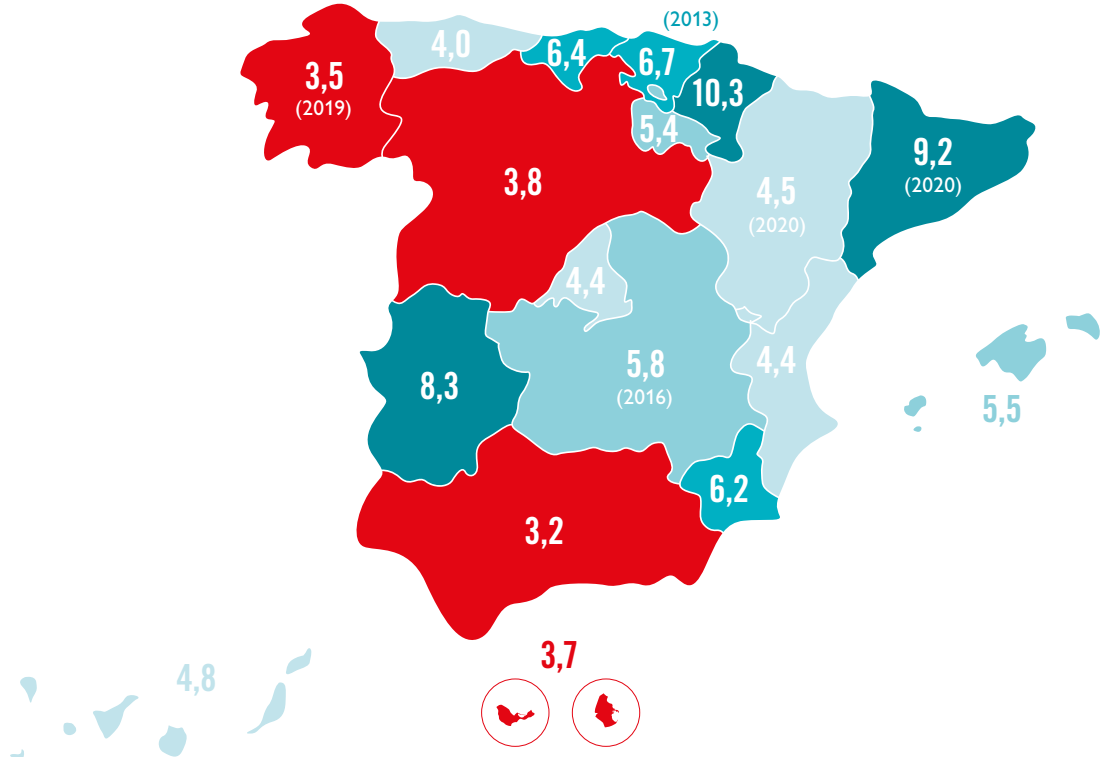
Las largas listas de espera se explican en parte por la falta de recursos humanos especializados. En la Comunidad de Madrid había alrededor de 4,4 psicólogos por cada 100.000 habitantes en el 2018 según un artículo científico publicado recientemente. Esta ratio se encuentra por debajo de los 6 psicólogos por cada 100.000 habitantes en España en el mismo año. En cambio, esta ratio ha aumentado en la Comunidad de Madrid hasta los 5,3 psicólogos en 2020. El número de psicólogos y psicólogas ha aumentado en los últimos años en España, siendo la Comunidad de Madrid, juntamente con Canarias, Cantabria y la Comunitat Valenciana, las comunidades que más incremento han tenido.[6] En los últimos cuatro años, las plazas en las convocatorias de formación especializada en psicología clínica han aumentado un 35% en la Comunidad de Madrid, a diferencia del 45% a nivel español.[7] En cambio, en la última convocatoria se han mantenido las mismas 35 plazas del año anterior en la Comunidad de Madrid.

6 Periodo 2009-2018, exceptuando algunas comunidades que resulta del 2009 hasta 2016, 2017 o 2019. No hay datos disponibles para todas las comunidades autónomas. Fuente: Defensor del Pueblo.

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

A diferencia de la medicina, que existen diferentes especialidades de formación, en psicología solo existe una única especialidad y es la de Psicología Clínica. El programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica recomienda una rotación en Psicología Clínica de la Infancia y Adolescencia en el cuarto año de residencia y con una duración de 6 meses.[8]

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



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

Hasta ahora las personas en formación en la especialidad de Psiquiatría solo realizaban formación en materia infantojuvenil de forma opcional en el último año de formación. Posteriormente, pueden ejercer en unidades clínicas de Psiquiatría Infantil. El pasado agosto 2021 se aprobó el Real Decreto que establece el título especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia,[9] una reclamación histórica de los profesionales en esta especialidad. En el marco de la Estrategia Nacional de Salud Mental anunciada por el Gobierno se crea esta especialidad, con el objetivo de promover la detección e intervención temprana de tras-

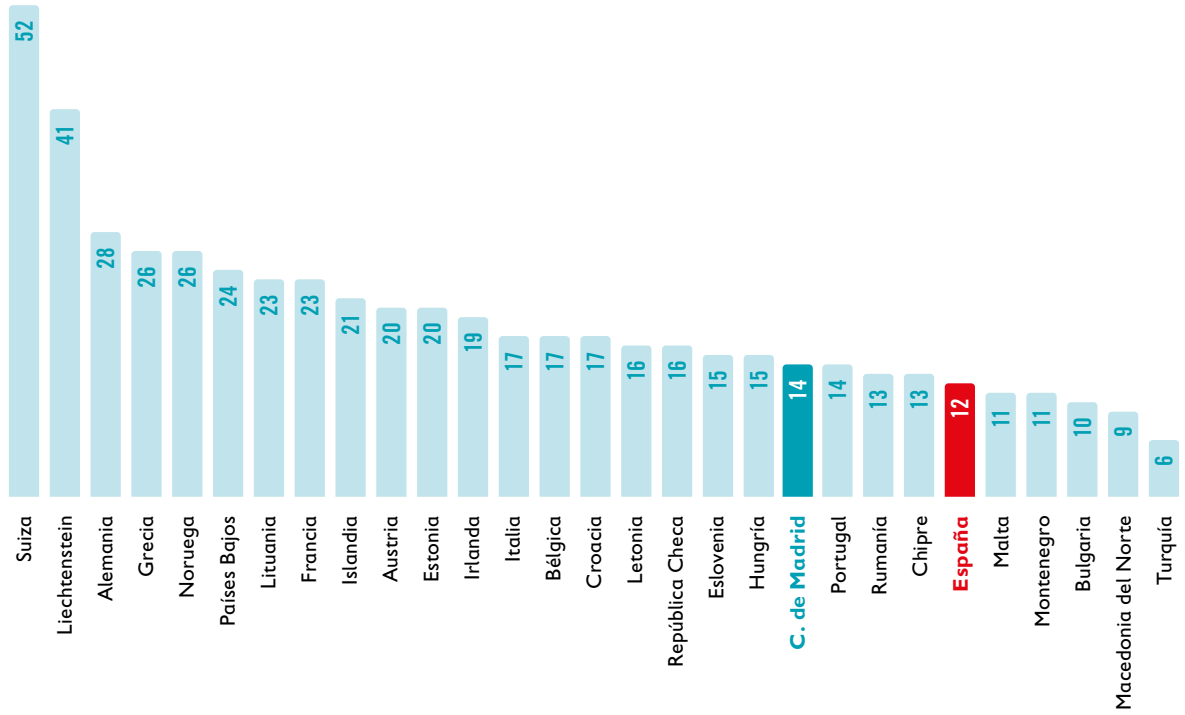
8 Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica.

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

tornos mentales y del neurodesarrollo, incluidos los trastornos adictivos en niños, niñas y adolescentes. De todas formas, el propio Real Decreto aprobado específica que no habrá nuevas dotaciones presupuestarias para tal efecto y se utilizarán los recursos ya existentes.

Esto cobra especial relevancia en un contexto donde la ratio de psiquiatras por 100.000 habitantes en la Comunidad de Madrid es de las más bajas de Europa, pero más elevada que la ratio española. De nuevo, los datos que ofrece el Eurostat incluyen los psiquiatras en hospitales privados no pertenecientes al Sistema Nacional de Salud. En este caso, solo resulta ser un 4% del total que ofrece Eurostat para España y 9% según el cálculo para Comunidad de Madrid.[10]

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

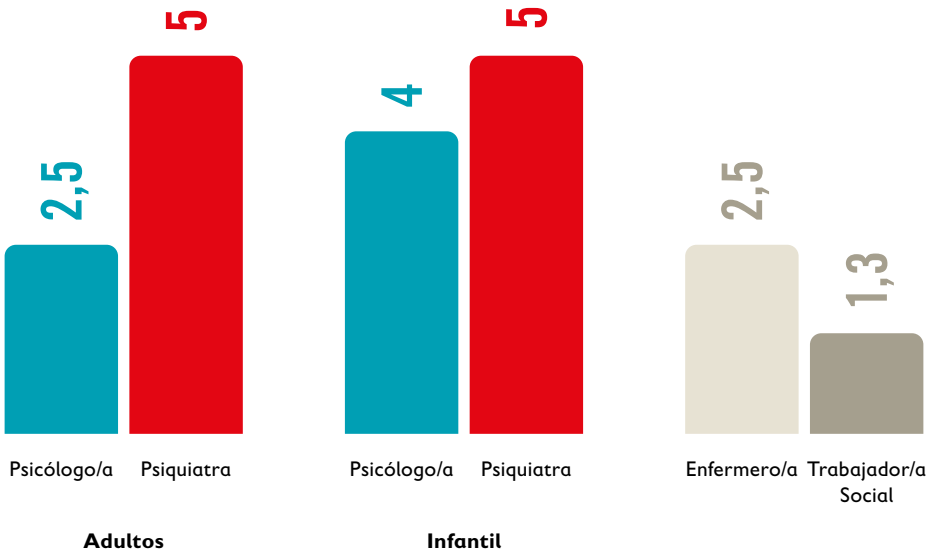


Fuente: Eurostat y Ministerio de Sanidad.
Nota: para el caso español Eurostat tiene en cuenta los y las psiquiatras en hospitales (personal vinculado y en formación), tanto del Sistema Nacional de Salud como privados.

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

Si miramos las ratios de los profesionales sanitarios en salud mental en los Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, si que podemos diferenciar por adultos e infantiles. En el caso de psiquiatras, la ratio se sitúa en 5 en ambos casos, mientras que la ratio de psicólogos/as es más elevada para los profesionales dedicados a los menores de edad (4) que la ratio de los adultos (2,5). En estos centros, la ratio de enfermeros es de 2,5 por cada 100.000 habitantes y de 1,33 en el caso de los trabajadores sociales.

Gráfico 17. **Ratio de los profesionales sanitarios en centros de salud mental por 100.000 habitantes (2019)**

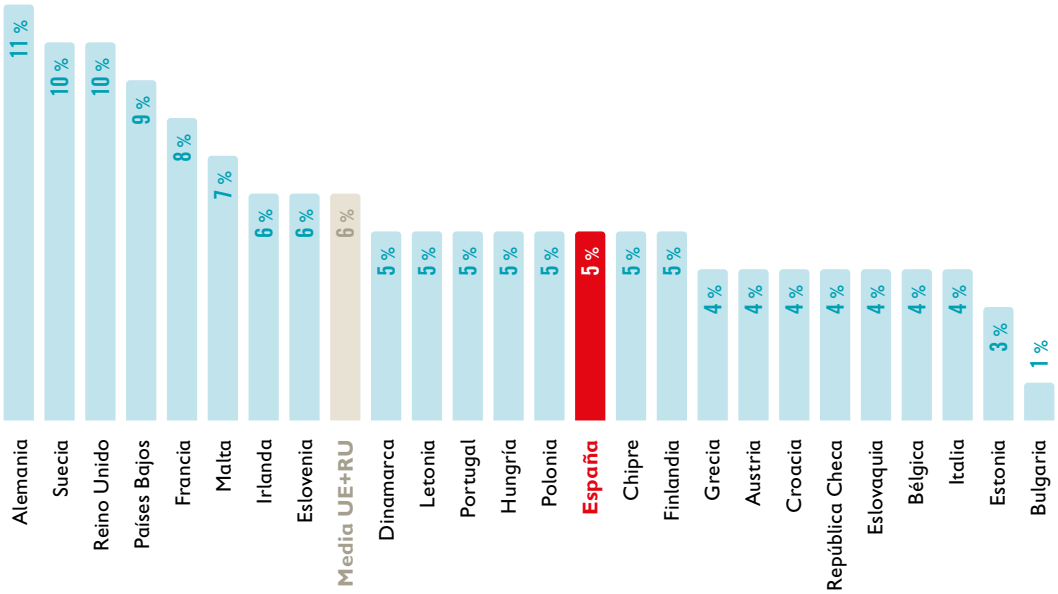


Nota: cada ratio está calculada a partir de la población objetivo. Adultos población de 18 o más años e infantil población menor de 18 años. Las ratios de los colectivos de enfermería y trabajo social son sobre toda la población.
Fuente: Plan de Respuesta Asistencial Prioritaria en salud mental en la crisis por COVID-19, mayo 2020, Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones.

3.5. Reto #4: Falta de recursos económicos

La saturación del sistema sanitario y la falta de personal tienen su origen, en parte, en una falta de recursos económicos. Es difícil obtener datos consolidados y actualizados sobre el gasto público en salud mental, especialmente aquél destinado a la infancia y adolescencia. De hecho, no existen datos públicos específicos para la Comunidad de Madrid por lo que se presentan datos agregados para el conjunto de España. Los datos más recientes disponibles nos hablan de un 5% del gasto sanitario español dedicado a salud mental. Un valor algo inferior a la media europea del 5,5%.

Gráfico 18. **Porcentaje de salud mental sobre el total del gasto en sanidad**

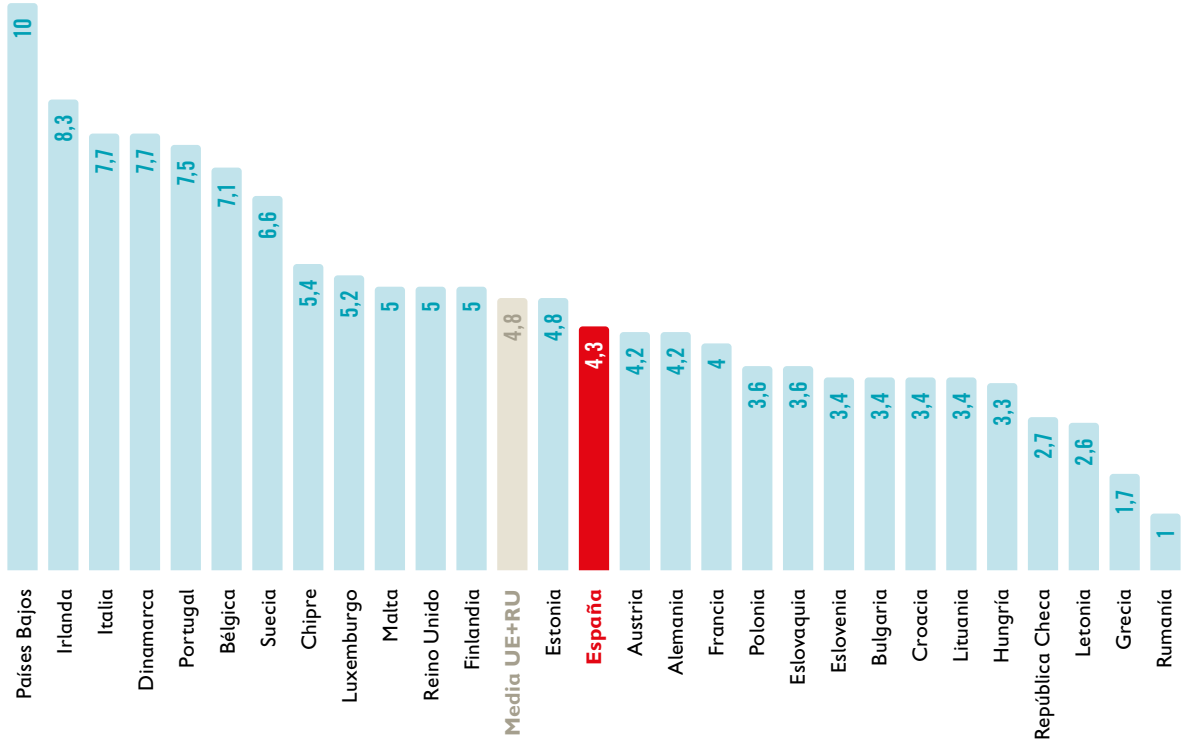


Fuente: *Headway 2023 - Mental Health Index*, octubre 2021.
Nota: para el año 2020 o el más actualizado disponible. No indica los años concretos, ni el de España.

Vemos también que, en el año 2019, justo antes de la pandemia, solo un 0,8% del gasto total en salud se destinaba a hospitales de salud mental. Este valor está muy lejos del 9% de Noruega, el 5% de Países Bajos, el 4% de Bélgica, o el 4% de Dinamarca o Francia. Y afecta a indicadores de calidad como son las camas disponibles en los hospitales. En 2019 en España había 36 camas de psiquiatría en hospitales para cada 100.000 habitantes, casi la mitad de la media UE-27 de 73, y de las ratios más bajas entre todos los países.[11]

11 Datos de Eurostat.

Gráfico 19. **Calidad del servicio sanitario en salud mental, 2020 (puntuación 1-10)**



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

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

Si has superado los retos relacionados con la falta de detección, la saturación del sistema, la falta de recursos, y has esperado el tiempo que te toca en las listas de espera de tu comunidad, ya puedes recibir la atención sanitaria que necesitas. En España la asistencia pública psiquiátrica o psicológica es totalmente gratuita y no hay que pagar ningún copago, a diferencia de algunos países europeos como Dinamarca, Italia, Portugal o Austria. Además, España es unos de los pocos países europeos, juntamente con Dinamarca y Suecia, que no tiene límite de sesiones.

3.7. Reto #5: Frecuencia de las visitas

Una vez los niños, niñas y adolescentes han entrado dentro del sistema público de salud mental, un reto al que se enfrentan de cara a tener una buena asistencia es la frecuencia de las visitas médicas. En nuestro país, las intervenciones se producen con baja frecuencia, con espacios de hasta 3 meses entre vista y visita,[12] y con una duración muy corta, justo lo opuesto a lo que se necesita. Los datos disponibles al respecto son muy escasos y de baja calidad. El Defensor del Pueblo consiguió obtener algunas cifras del promedio de número de consultas por paciente y año para algunas comunidades autónomas, pero no las de la Comunidad de Madrid.[13] Los problemas de salud mental necesitan tiempo y continuidad para poder realizar una vinculación y un acompañamiento al paciente que realmente le ayude.

3.8. Reto #6: Acabar con la sobremedicación

Uno de los efectos derivados de la saturación del sistema es la sobremedicación. Las largas listas de espera para recibir atención del especialista en salud mental llevan a que los médicos de familia puedan recetar antidepresivos o psicofármacos ante casos de ansiedad o depresión, evitando la cronificación o agravación del problema.[14] Hay que tener en cuenta que **España lidera el consumo mundial lícito de ansiolíticos, hipnóticos y sedantes,** y que éste aumentó en 2019 aumentó un 4,5% –datos previos a la pandemia, donde presumiblemente han aumentado–.[15] La falta de psicólogos en el Sistema Nacional de Salud y las presiones existentes en la Atención Primaria llevan a que parte del sufrimiento emocional de los niños, niñas y adolescentes españoles se pretenda solucionar con una pastilla.

En 2017, la Comunidad de Madrid era unas de las comunidades, juntamente con Cantabria y País Vasco, con menor consumo de antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos y sedantes en la Atención Primaria, tanto para toda la población como la población de 0-19 años.[16]

12 Fuente: El Defensor del Pueblo recomienda al Gobierno y las comunidades autonómas incrementar la asistencia psicológica en el Sistema Nacional de Salud. Defensor del Pueblo.

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

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

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

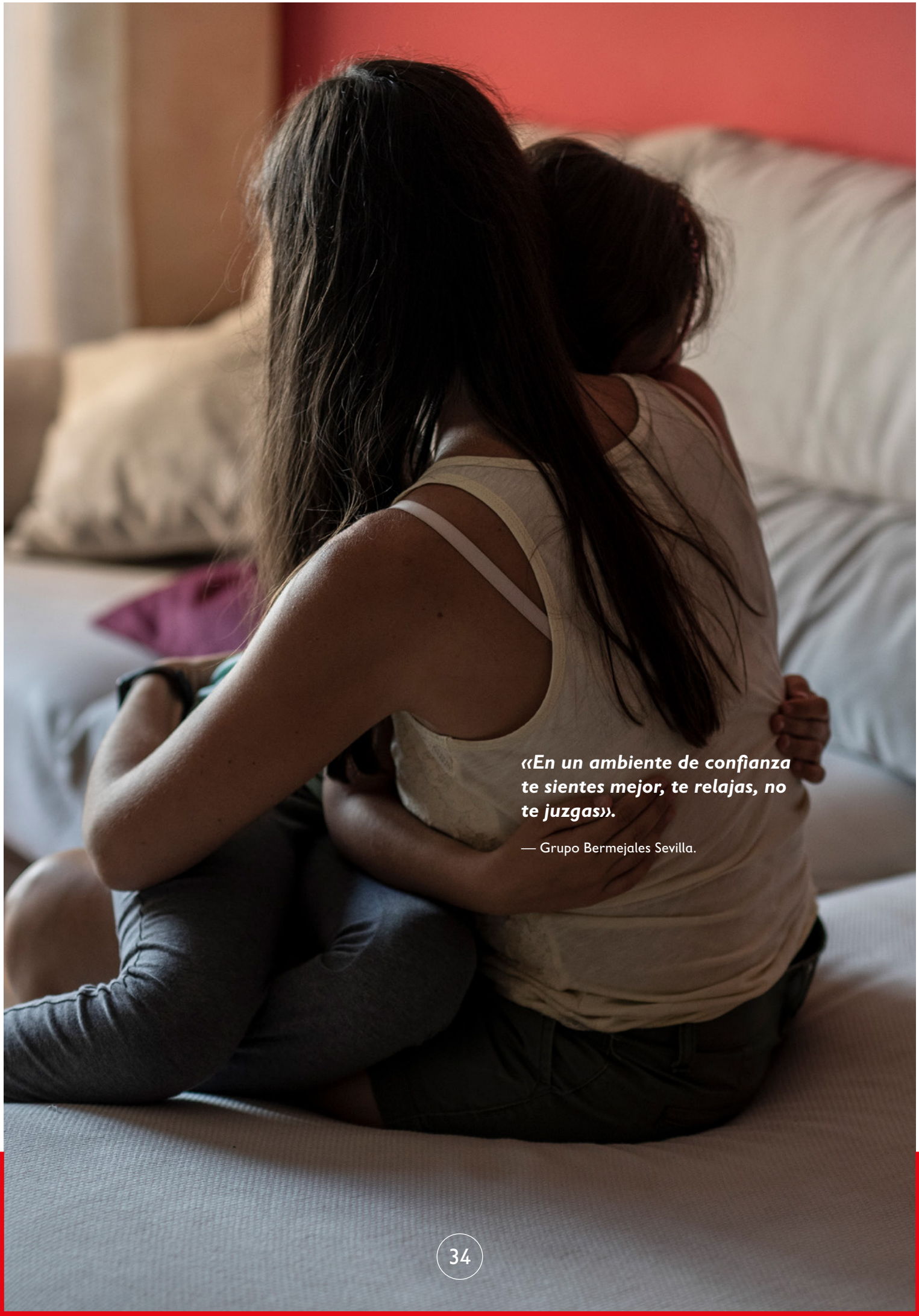
16 No todas las comunidades autonómas tienen información. Bases de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad.

TDAH Y MEDICAMENTOS: ¿HEMOS IDO DEMASIADO LEJOS?

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

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

Le Journal de Québec, 31 de enero de 2019.



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

— Grupo Bermejales Sevilla.

4. RECOMENDACIONES Y BUENAS PRÁCTICAS

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

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

4.1. Prevención y detección temprana

• • •

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

En concreto, se deberían realizar cursos de formación para todo el personal sanitario en Atención Primaria en temas de promoción, prevención y detección temprana infantojuvenil.

• • •

Recomendación 1.2. **Dotar a los centros educativos y a los equipos docentes con los recursos necesarios y la formación adecuada para la prevención y detección temprana de los problemas de salud mental infantojuvenil.**

La Estrategia de Salud Mental Nacional señala la necesidad de establecer programas de formación y sensibilización a la comunidad educativa sobre los síntomas y las opciones de ayuda con los problemas de salud mental y combatir la estigmatización, reconociendo el papel clave del ámbito educativo para la promoción de la salud mental de niños y niña (objetivos 5.1.4. y 9.1.5.). En esta misma línea, identificamos que es necesaria una formación específica y especializada en el área de la salud mental para todos los docentes, tanto del sistema de educación público como del privado. Asociaciones de profesores comentan que no disponen de dicha formación obligatoria y que solo se ofrece en algunos cursos de manera

voluntaria. Además, resulta de vital importancia que tanto los centros como los docentes tengan claros los pasos a seguir cuando exista la sospecha de que algún niño o niña puede tener (o estar desarrollando) alguna de estas patologías. El coste de este tipo de medidas varía mucho en función del tipo de formación y la duración de la misma pero existen ejemplos que permiten cuantificar dicho coste de manera aproximada. Por ejemplo, en Inglaterra se han destinado 9,5 millones de libras (11,2 millones de euros) en 2021 en un programa para formar a una persona dentro de cada escuela (en un total de 7.800 escuelas) llamada *"senior mental health lead"* que se pretende extender a todas las escuelas del país. Además, se han destinado también 7 millones de libras (8,2 millones de euros) al programa *Wellbeing for Education Recovery* que provee formación experta gratuita y apoyo y recursos para el personal de los centros que están en contacto con niños, niñas y adolescentes con problemas de ansiedad, trauma o duelo. Así, el coste total de la medida sería de casi 17 millones de libras, aproximadamente unas 2.000 libras (2.350 €) por centro educativo. Teniendo en cuenta que en la Comunidad de Madrid hay cerca de 1.653 centros públicos de régimen general según datos de la Enseñanza en la Comunidad de Madrid 2019–2020, una medida equivalente que cubriera el total de centros tendría un coste de 3,9 millones de euros.

En concreto en la Comunidad de Madrid, estas propuestas se podrían incorporar en la Orden 2453/2018, de 25 de julio, de la Consejería de Educación e Investigación, que regula la formación permanente, la dedicación y la innovación del personal docente no universitario de la Comunidad de Madrid, así como el Plan de Formación Permanente del Profesorado de la Comunidad de Madrid.

• • •

Recomendación 1.3. **Implementación de programas de prevención y promoción en salud mental en los centros educativos.**

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

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

- **Programas de aprendizaje social y emocional en los centros educativos.** Los programas de aprendizaje social y emocional a menores que se desarrollan en los centros escolares demuestran ser efectivos a la hora de mejorar las habilidades sociales y emocionales de los niños, niñas y adolescentes,[17] así como sus actitudes y comportamientos y su rendimiento académico.

- **Programas de terapia basados en evidencia.** Por ejemplo, el Programa FRIENDS, implementado en el Reino Unido desde 2011, va dirigido a niños y niñas de entre 6 y 12 años y consiste en sesiones semanales en grupo de una hora de duración en el cual se implementa una terapia por parte de profesorado y profesionales sanitarios (en el ámbito escolar). El objetivo de este programa es ayudar a los menores a gestionar la ansiedad y desarrollar habilidades y herramientas para contrarrestarla. La evaluación de este tipo de programas demuestra importantes mejoras en la gestión emocional de niños y niñas a la hora de afrontar preocupaciones, así como en la gestión del sen-

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

timiento de ansiedad. De todas maneras, este efecto depende de quién dinamiza las sesiones; la efectividad del programa solo se ha demostrado en el caso de que la implementación la desarrollen profesionales con formación sanitaria y psicológica.[18]

- **Promoción de la salud mental a través del fomento de hábitos y estilos de vida saludables** (actividad física, alimentación equilibrada, deshabituación tabáquica, etc.). La Junta de Andalucía organizó en 2016 una campaña dirigida a adolescentes y jóvenes de entre 14 y 20 años, destinada a la promoción de la salud mental a través del fomento de hábitos y estilos de vida saludables y a la prevención de la enfermedad mental centrada en concienciar a los/as jóvenes sobre el riesgo del consumo de tóxicos (especialmente alcohol y cannabis).

- **Programas de reducción de estrés en los centros educativos** para mitigar los problemas de estrés y ansiedad y potenciar la resiliencia entre niños y niñas. Este tipo de programas pueden tener un impacto positivo,[19] aunque pequeño, sobre ciertas variables socioemocionales. El estudio de la implementación de este tipo de programas en los centros educativos para los cursos de 9 y 10 años,[20] demuestra que puede desempeñar un componente de valor añadido y tener un papel directo o indirecto en el fomento del desarrollo cognitivo para ganar competencias y bienestar socioemocional.

Psicología

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

En la Comunidad de Madrid estas medidas se deberían incorporar en los Decretos de Desarrollo Curricular de las distintas etapas educativas y los Programas Educativos de la Consejería de Educación.

• • •

Recomendación 1.4. **Implementación de programas de prevención y promoción de la salud mental en centros comunitarios y/o sanitarios.**

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

- **Implementación de programas** que ponen énfasis en los conocimientos y habilidades de los jóvenes, familiares y pro-

18 https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2215036614702445

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

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

fesionales en los temas de salud mental, así como en la capacitación de los jóvenes que experimentan síntomas de empeoramiento de la salud mental. En este sentido, el programa *EspaiJove.net* es un programa comunitario de alfabetización de salud mental cuyas intervenciones incluyen campañas informativas, oferta formativa a jóvenes y familias a través de AMPAS escolares y a profesionales del ámbito sanitario, educativo, social y comunitario, y el desarrollo de una página web. La evidencia muestra que este tipo de programas incrementan los conocimientos en salud mental,[21] mejoran las conductas de búsqueda de ayuda y reducen las conductas de estigma. En el 92,3% de los estudios analizados encuentran mejoras asociadas a las intervenciones en alfabetización en salud mental y sensibilización de la población en general en la detección de indicadores de problemas de salud mental y de estar sufriendo violencia.

- **Programas destinados a dar apoyo a la crianza para mejorar la calidad de los cuidados durante la infancia.** Estos programas destacan por aportar mejoras en las habilidades parentales. Un ejemplo es el programa de crianza positiva *Triple P – Positive Parenting Programme*, implementado en Bélgica, Alemania, Países Bajos y Suiza, que muestra resultados positivos en relación a la conducta de los niños y niñas, en las capacidades parentales, y en comportamientos positivos en la crianza.

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

• • •

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

La Estrategia contempla la necesidad de dotar de suficientes recursos a los servicios de Atención Primaria pediátrica y a los servicios de salud mental infantil (objetivo 5.5.9.), poniendo el acento en la promoción de unidades especializadas en la detección y tratamiento temprano de los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia (recomendaciones 4.XIII y 5.VII).

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

- **Reforzar la Atención Primaria** con personal sanitario con formación especializada en salud mental infantojuvenil.

- **Aumentar el número de plazas convocadas PIR** para incrementar el número de psicólogos y psicólogas en el Sistema Nacional de Salud. Para ello, y siguiendo la recomendación de la ANPIR se recomienda doblar el número de plazas anuales hasta las 400 para toda España. Es decir, eso supondría unas 200 plazas más al año en todo el territorio español

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

respecto a las del 2021. Si asumimos que dichas plazas se distribuyen entre comunidades autónomas en función de la población de las mismas, a la Comunidad de Madrid le corresponderían 28 nuevas plazas, el coste de estas plazas en 7 años sería de 23,5 millones de euros.[22] Teniendo en cuenta que el 18% de la población madrileña (en 2021) tiene entre 0 y 18 años, el coste proporcional de las plazas de psicólogos que se destinarían a la población infantil equivaldría a 4,2 millones de euros.

- **Aumentar el número de plazas convocadas del MIR en especialidad de Psiquiatría** para incrementar el número de psiquiatras en el Sistema Nacional de Salud. Para ello, se recomienda doblar el número de plazas anuales en España hasta las 600 para llegar a una ratio de alrededor de 17 psiquiatras por cada 100.000 habitantes (al nivel de Italia, Bélgica o Croacia). Así, eso supondría unas 300 plazas más al año respecto a las del 2021. Si asumimos que dichas plazas se distribuyen entre comunidades autónomas en función de la población de las mismas, a la Comunidad de Madrid le corresponderían 43 nuevas plazas, el coste de las cuales sería de 12,4 millones de euros en 4 años.[23] En este caso, el coste proporcional de las plazas de psiquiatras que se destinarían a la población infantil equivaldría a 2,25 millones de euros.

• • •

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

Cuando estas instituciones actúan de manera coordinada se observan resultados muy positivos a la hora de abordar la salud mental en toda la población y, especialmente en los jóvenes. En esta misma línea, la Estrategia reconoce los resultados positivos obtenidos a partir del abordaje interdisciplinar de la asistencia de salud mental de niños, niñas y adolescentes desde los distintos ámbitos relevantes (familia, centro escolar, entorno comunitario, etc.) (Recomendación 4.XV).

La atención especializada, basada en el ámbito comarcal y con servicios de atención comunitaria es un modelo de éxito. Un ejemplo, es la *Xarxa de Salut Mental i Addiccions*[24] de Girona, que dispone de servicio de hospitalización total y parcial, y servicios de atención comunitaria a través de centros de salud mental (entre ellos siete centros de salud mental infantojuveniles). La *Xarxa* mantiene acuerdos con entidades de apoyo jurídico y social y asociaciones de familiares. Según el estudio de REFINEMENT, la *Xarxa* consigue la tasa más alta de Europa en continuidad asistencial (90% vs. 57% de media europea), el porcentaje de reingresos más bajos de Europa (18% vs. 40%) y la proporción de recursos comunitarios con respecto a los hospitalarios más alta de Europa (70/30); todo con el menor número de recursos hospitalarios, las estancias más bajas de Europa y la proporción más baja de profesionales sanitarios. Este modelo se basa en la comunidad y el trabajo en red: despliegue de recursos comunitarios, en el caso de los jóvenes con una red integrada de atención a la salud mental y programas específicos, una gestión del territorio que fomenta el sector comunitario coordinado con otras asociaciones o instituciones con las que

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

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

24 http://www.ias.cat/ca/contingut/salutmental/474

comparten procesos de intervención de los usuarios (escuela, servicios sociales, Atención Primaria, familias...) y la participación coordinada de los órganos de gestión de la *Xarxa* con los responsables internos y externos a la organización.

• • •

Recomendación 2.3. **Potenciar programas piloto de atención domiciliaria.**

El personal especializado comenta las ventajas de poder ir al domicilio para realizar la visita. En ocasiones, el menor no quiere salir de su casa o incluso de su habitación, dificultando la opción de recibir atención psicológica. Por ello, las visitas en su domicilio o en sitios de confianza (como el centro educativo) facilita la comunicación entre el personal sanitario y el niño o niña. En España ya se han implementado algunos pilotos con buenos resultados como es el caso, por ejemplo, del ECID (*Equip Clínic d'Intervenció a Domicili*), en Barcelona. Este programa va dirigido a adolescentes de entre 12 y 18 años con alto riesgo psicológico y riesgo de exclusión social con dificultades en atender una consulta médica. Las visitas se realizan en el hogar, centro educativo o en la calle, según se acuerde.

4.3. Prevención del suicidio

• • •

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

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

En el caso concreto de la Comunidad de Madrid, se hace necesaria la actualización del Programa de Prevención del Suicidio que se desarrolló por la Consejería de Sanidad entre el 2010 y 2014

• • •

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

La Ley Orgánica de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (LOPIVI) establece (art.34.1) que los protocolos de actuación que desarrollen las administraciones educativas en prevención de la violencia, dirigidos a crear un entorno seguro, deben incluir la autolesión y suicidio, para aplicarse en todos los centros educativos, independientemente de la titularidad. Resulta por tanto necesario establecer un protocolo específico que detalle la cadena exacta de acciones que deben llevarse a cabo, una vez

detectado el problema. Es importante establecer unas pautas claras para que la transición desde la detección al tratamiento sea fácil y clara. Partiendo de esos estándares comunes, los centros educativos podrán integrar elementos específicos adaptados a sus contextos particulares. Ya existen centros educativos en España que han preparado este tipo de protocolos y que los han hecho públicos para compartir este tipo de estrategias con el resto de la comunidad educativa.

Este protocolo complementaría la guía de prevención para la conducta suicida dirigida a docentes que ya existe en la Comunidad de Madrid.

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

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

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

— Niña, 13 años, Melilla.

5. CONCLUSIÓN

El impacto vital y emocional que ha supuesto la COVID-19 y las restricciones sociales que ha conllevado (especialmente el confinamiento) ha provocado que la salud mental haya entrado en el debate público como pocas veces antes lo había hecho. El replanteamiento de prioridades, así como la puesta en valor de los cuidados y las relaciones personales hacen que sea un tema casi de moda.

Pero como hemos visto, los problemas de salud mental infantojuvenil no son una novedad, ni deben ser tratados y abordados con la frivolidad con la que acogemos modas y tendencias. La infancia y la adolescencia son etapas en las que se desarrollan el cerebro, las emociones, la personalidad, en la que paulatinamente se van adquiriendo herramientas para hacer frente a situaciones y condiciones emocional y psicológicamente complejas. Las personas adultas estamos obligadas a acompañar a niños, niñas y adolescentes en estas etapas, y a atender a sus necesidades psicológicas. Por ello, es esencial dar una respuesta temprana y adecuada cuando aparece cualquier tipo de trastorno mental o conductual.

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

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

NOTA METODOLÓGICA ENCUESTA SOBRE EL ESTADO DE SALUD EN LA INFANCIA 2021

Save the Children ha realizado una encuesta para conocer el estado de la salud de la infancia, así como el acceso al Sistema Nacional de Salud de los niños, niñas y adolescentes en España en 2021.

Ámbito de la encuesta y diseño muestral

La encuesta es representativa para el total de la población española y por comunidad autónoma.[25] Además, se estratificó por nivel de renta para que la distribución de la renta en los hogares de las personas entrevistadas se asemeje lo máximo posible a la distribución poblacional en España, según datos de la Encuesta de Condiciones de Vida 2020.

Se realizaron entrevistas *online* a 2.046 personas adultas con hijos o hijas entre 4 y 16 años. En concreto, la muestra para la Comunidad de Madrid fue de 280. Así los datos obtenidos sobre la salud de los niños y niñas son reportados por los padres y madres. Cabe destacar que si una persona declaraba tener más de un hijo o hija a cargo, se seleccionaba uno/a de ellos/as aleatoriamente para responder a las preguntas del cuestionario. Para garantizar la representatividad de las distintas edades, se dividieron en cuatro intervalos (de 4 a 6 años, de 7 a 9 años, de 10 a 12 años y de 13 a 16 años), cada uno de los cuales representa alrededor de un 25% del total de observaciones de la encuesta.

Como en la mayoría de las encuestas *online*, el porcentaje de respuesta de respuesta en mujeres es superior, representando éstas un 65,1% de la muestra. En cuanto a la edad, el 87% de la muestra corresponde a personas adultas de entre 35 y 55 años.

Comparativa con la ENSE 2017

Para la comparativa con la ENSE 2017 hay que tener en cuenta que las edades de los niños, niñas y adolescentes de ambas encuestas son distintas. La ENSE 2017 recoge información para niños, niñas y adolescentes de entre 0 y 14 años, mientras que la encuesta propia incluye menores de entre 4 y 16 años.

Así, cualquier comparativa entre ambas encuestas solamente se ha podido hacer para niños, niñas y adolescentes de 4 a 14 años. Adicionalmente, puesto que la encuesta propia no contiene pesos muestrales para poder elevar las observaciones a nivel poblacional, por coherencia, en las comparativas con la ENSE 2017 tampoco se han utilizado los pesos muestrales de esta.

25 La representatividad se mide en términos agregados. Al hacer cruces de distintas variables, puede ser que la muestra para una comunidad autónoma no sea suficiente.

Agradecimientos:

Teléfono de la Esperanza

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

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

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

BY NC SA

Edita:

Save the Children España
Diciembre_2021

Save the Children

Save the Children