



UN BREVE RECORRIDO POR LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN LA CAPV DESDE LA PERSPECTIVA DEL ARARTEKO

Plataforma de Infancia
Jornadas de Seguimiento de la Aplicación de la Convención
sobre los Derechos del Niño en España
Madrid, 3-4 de diciembre de 2012

Antes de adentrarnos en la exposición, me gustaría hacer **dos consideraciones previas** que ayudan a situar mejor la perspectiva desde la que se realizan la descripción y valoración posterior.

La **primera** de ellas es la coincidencia plena, tanto con la Plataforma de Infancia, como con el Comité de los Derechos del Niño, en la preocupación por el incremento de los trastornos de naturaleza psicológica y psíquica en la población infanto-juvenil y la falta de un abordaje adecuado de éstos. Por lo que hemos podido conocer, además, parece existir un consenso en los diferentes ámbitos de actuación (sanitario, servicios sociales, educación, justicia, etc.) sobre las características especiales del colectivo y la necesidad de que la intervención sea específica.

La **segunda** tiene que ver con la perspectiva desde la que nos acercamos al fenómeno. Aunque a menudo nos resulta complicado, no debiéramos olvidar que el trastorno mental también es una expresión de la diversidad. La integración social de las personas con problemas de salud mental sólo se conseguirá con el respeto por la diferencia y su aceptación como parte de la diversidad y la condición humanas.

Los problemas de salud mental representan 5 de las 10 principales causas de discapacidad mundial, correspondiéndole el 12% de la carga global de morbilidad total. Sin embargo, el cambio de valores operado en el mundo de la discapacidad, que podría resumirse como la percepción de que la discapacidad no es una anomalía sino una forma de expresión de la diversidad, no ha tenido lugar en el ámbito de la enfermedad mental. Los prejuicios que aún persisten en la sociedad respecto a la capacidad y comportamiento de las personas con enfermedad mental, motivados por un profundo desconocimiento social sobre salud mental, son el principal obstáculo para su participación e inclusión plenas y efectivas y deslegitiman su voz como discurso válido.

En todo caso, nos parece necesario que cualquier análisis que realicemos tenga presente el contenido de la [Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de Naciones Unidas](#), de 13 de diciembre de 2006, Convención que asume el modelo social de la discapacidad al reconocer que ésta *“resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás”*. Así pues, supone un cambio significativo al superar el modelo rehabilitador e inspirarse en las premisas del modelo social.

1. Valoración general: una década de avances con recorrido para la mejora

En nuestra opinión -fundamentada en el análisis de las quejas ciudadanas, la información recabada de las administraciones concernidas y el contacto con colectivos y asociaciones que operan en este ámbito- en estos 12 años transcurridos desde que en el año 2000 publicáramos el informe extraordinario [Atención comunitaria de la enfermedad mental](#), la CAV ha experimentado una **notable, pero insuficiente evolución** en la protección y atención de un colectivo tan especialmente vulnerable como es el de las personas que padecen problemas de salud mental, incluidos los niños, niñas y adolescentes.

En estos años, y en opinión de esta institución, se ha producido un destacable **impulso en la creación, implantación y mejora** de servicios y programas de salud mental para la población infantojuvenil, junto a **contribuciones de gran valor** en la esfera de la planificación, organización y estructuración de los ámbitos sanitario y sociosanitario, de las que sus mejores exponentes son la *Estrategia en salud mental de la CAPV de 2010*, el *Documento marco para la elaboración de las directrices de la atención sociosanitaria* y el *Acuerdo sobre el Modelo de Atención Temprana para la Comunidad Autónoma del País Vasco*.

Pero aunque se ha avanzado mucho en el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados, sigue existiendo una brecha entre las necesidades y expectativas de los pacientes y familiares y los recursos disponibles, sobre todo por lo que se refiere a los de apoyo social.

2. Diagnóstico de situación de la atención sanitaria

Nuestra comunidad ha desarrollado desde hace más de 25 años un modelo que ha permitido la creación de una **red sanitaria** de atención a la salud mental, de base y orientación preferentemente comunitaria e integrada en el sistema sanitario público, aún cuando aún persistan algunas formas tradicionales de prestación de servicios (hospitalización de larga estancia en hospitales psiquiátricos).

Dentro de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, la organización de la atención a la salud mental tiene la consideración de un subsistema de servicios dentro de la Asistencia Sanitaria y asume el marco normativo que regula las estructuras sanitarias, las prestaciones sanitarias, los derechos y deberes de la persona con enfermedad mental y los proveedores de servicios sociosanitarios.

La atención a los problemas de salud mental se realiza mediante una red de centros especializados. Esta red se articula en demarcaciones territoriales, dotadas de recursos asistenciales específicos, en las que los centros de salud mental (CSM) constituyen la puerta de entrada y el elemento clave para la articulación de la atención. La hospitalización de agudos se realiza, con alguna excepción, en hospitales generales, como forma de integración y de lucha contra el estigma.

Por lo que se refiere a la atención a niños, niñas y adolescentes, existen centros de salud mental infanto-juvenil, hospitales de día infanto-juveniles y unidades de hospitalización breve infanto juvenil. Ahora bien, es extendida la opinión de que los recursos comunitarios resultan **imprescindibles y claramente insuficientes** para complementar las intervenciones realizadas en los centros de salud mental o en unidades de hospitalización y garantizar una adecuada continuidad de cuidados.

En cuanto a la **población de personas de entre 0 y 18 años atendidas en la Red de Salud Mental**, los datos con los que contamos, de 2009, nos hablan de 7.130 menores atendidos en la red extrahospitalaria y 242 hospitalizaciones, sobre una población infanto-juvenil cercana a las 330.000 personas.

Los datos sobre la dotación de **personal sanitario** para la atención de la salud mental infanto-juvenil parecen arrojar ratios adecuadas de atención. Aún así, algunos profesionales perciben que *“la atención en los dispositivos de salud mental es claramente insuficiente debido a la presión asistencial y a las intervenciones psicoterapéuticas que requieren mayor frecuencia y flexibilidad en el abordaje”*.

3. Especial mención a los trastornos de conducta, trastornos de la personalidad, y trastornos de déficit de atención e hiperactividad en niños, niñas y adolescentes

- 3.1. La investigación publicada en 2010 por Osakidetza [*Abordaje integrado intra y extrahospitalario de los trastornos de conducta en la adolescencia*](#), señala que: los trastornos de conducta en la adolescencia son una patología muy frecuente (algunos datos hablan de que afectan al menos al 6-16% de los varones y al 2-9% de las mujeres) y grave que menoscaba el funcionamiento de la o el adolescente y ensombrece su desarrollo y futuro; no existen estudios epidemiológicos sobre su prevalencia en nuestro medio;

no existen programas específicos de tratamiento, ni en la CAV, ni en el ámbito nacional que engloben el abordaje intra y extrahospitalario; y los abordajes terapéuticos que han demostrado su efectividad con base en diferentes investigaciones en el ámbito internacional son programas conductuales de manejo de contingencias, modelos cognitivos de entrenamiento en habilidades de resolución de problemas y en habilidades sociales, entrenamiento a padres y madres para el manejo conductual de sus hijos e hijas, terapia de familia funcional y terapia multisistémica.

Como conclusión, la propia investigación propone un Programa de Tratamiento Intensivo para Adolescentes con Trastornos de Conducta, con un abordaje coordinado tanto intra como extrahospitalario. Está diseñado en módulos de tratamiento en función de las necesidades de cada caso e incluye los abordajes terapéuticos que han demostrado su efectividad. A fecha de hoy, no obstante, no tenemos noticia de que esta propuesta se haya puesto en marcha o tenga visos de hacerlo.

- 3.2. Las y los profesionales consultados coinciden en la dificultad del manejo de los **trastornos de personalidad**, la falta de circuitos reales de atención a pacientes que son frecuentadores de los servicios de urgencias de los hospitales generales y que ingresan en las Unidades de Agudos, donde no se puede ofertar una alternativa terapéutica a menos que se encuentren afectados/as por una patología dual, consumo de alcohol o de tóxicos, o trastorno de la conducta alimentaria, en cuyo caso se incorporarían a los dispositivos existentes.

Las asociaciones del sector, tanto de personas y familias, como de profesionales, con quienes esta institución mantiene una relación fluida, manifiestan su preocupación por la atención que se da a estas personas, en un alto porcentaje, adolescentes y jóvenes, ya que se encuentran con problemas para su diagnóstico; no existe medicación como la hay para la esquizofrenia, por ejemplo; en procesos agudos de crisis, por lo general, no se procede al ingreso; los recursos son insuficientes y se precisa una mayor formación de las y los profesionales.

En el informe de evaluación [Abordajes de los trastornos de la personalidad en la Red de Salud Mental del País Vasco](#) publicado por OSTEBA (Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Osakidetza), ya se recomendaba la creación de una Unidad Piloto de Asistencia, Formación e Investigación de Trastornos de Personalidad (centro comunitario extrahospitalario) como herramienta indispensable para la mejora de la atención de este tipo de trastornos. En sede parlamentaria, el año pasado, fue manifestada por el Consejero de Sanidad y Consumo la voluntad de poner en marcha este proyecto, pero también las dificultades económicas que impedían su inmediata materialización.

3.3. En cuanto a los **trastornos de déficit de atención e hiperactividad**, estos trastornos tienen una especial incidencia en la infancia y la adolescencia y su carácter crónico parece estar suficientemente probado. Así, de acuerdo con la información que manejamos, estudios de seguimiento a largo plazo han demostrado que entre el 60% y el 75% de las y los niños con TDA-H continúa presentando síntomas hasta la vida adulta.

Según la información de que disponemos, la mayoría de los niños y niñas que padecen estos trastornos tiene baja autoestima, irritabilidad e incluso síntomas de depresión que permanecen ocultos tras una máscara de apatía, dejadez e, incluso, conducta desafiante. Parece existir un riesgo cierto de no finalizar la Educación Secundaria, desarrollar cuadros severos de problemas de conducta o iniciar conductas conflictivas, si no les ofrecemos una atención adecuada. Un 25% de quienes sufren estos trastornos incurren en actos de relevancia penal, abusan de las drogas o el alcohol y tienen problemas de personalidad durante la vida adulta.

Las quejas que han llegado a la institución lo hacen desde el ámbito educativo y del de la protección a la dependencia.

En el primero de los casos, algunos padres y madres consideran que no se ha prestado la atención específica que sus hijos e hijas con TDA-H necesitan: dedicar más tiempo a las tareas (repetir la lectura, leer con ellos/ellas y cerciorarse de su comprensión), posicionarles en primera línea para que mantengan mejor la atención al profesor, hacer pausas que les permitan moverse, etc. En algunos casos, incluso, manifiestan cierta “presión” para que controlen a su hijo/hija, medicándole más, si es preciso.

En el segundo, las quejas relacionadas con la atención a la dependencia de estos y estas menores, se refieren a la disconformidad con el grado y nivel obtenidos en la resolución de reconocimiento de la situación de dependencia. En nuestra opinión, sería conveniente aplicar el baremo de valoración de la dependencia (BVD) mediante un análisis contextualizado que tenga en cuenta, en mayor medida, la necesidad de otro tipo de apoyos a la autonomía personal como los relacionados con las dificultades cognitivas, de tipo conductual, de autodeterminación personal o de comprensión del entorno social.

Por otro lado, contamos con ciertas “alertas” trasladadas por profesionales de la educación, los servicios sociales y servicios terapéuticos. Con mayor o menor intensidad manifiestan preocupación por lo que entienden un sobrediagnóstico de esta dolencia, propiciado por una sociedad que, cada vez más, demanda niños y niñas “formales” y en contextos muy limitadores de su expresión corporal y movimiento. Además, según su opinión, se está dando una exclusiva atención farmacológica del problema, buscando la desaparición del síntoma de “excesivo movimiento”. Esta medicación calma

a los niños y niñas, pero a costa de rebajar su capacidad de respuesta a los estímulos y, en definitiva, de interactuar con el medio, lo que concluye en dificultades para el aprendizaje y la experimentación personal.

Por último, compartimos la observación del Comité de los Derechos del Niño a España relativa a someter a examen el fenómeno de la sobre-prescripción de medicación a niños y niñas con TDAH e impulsar iniciativas que faciliten, tanto a éstos como a sus padres, madres y profesores, acceso a un amplio abanico de medidas y tratamiento psicológico y educativo.

4. Algunas consideraciones finales

Para finalizar, me gustaría señalar algunas consideraciones, quizás de carácter más global, pero en todo caso complementarias a lo trasladado hasta el momento:

- Compartimos la recomendación de la Plataforma de Infancia de *mejorar e incrementar la formación específica y continua del personal sanitario en temas relativos a infancia y adolescencia, no sólo desde el punto de vista médico, sino también evolutivo, psicológico y social, de manera que se contemplen ambas etapas desde una perspectiva integradora bio-psico-social*. De manera complementaria, esta institución considera imprescindible impulsar medidas formativas específicas para profesionales sanitarios, educativos, jurídicos, de los servicios sociales y de los medios de comunicación, con el fin de erradicar el estigma y la discriminación de las niñas, niños, adolescentes, jóvenes con problemas de salud mental.
- Nos parece muy oportuno que las y los responsables de la planificación, desarrollo, control y gestión de los recursos asistenciales se muestren receptivos/as a las demandas de las asociaciones de familiares y profesionales, y puedan servirse de su experiencia y conocimiento para llevar a cabo el trazado de sus políticas en esta materia. De igual manera, y reconociendo el importante papel social que juegan, nos parece imprescindible el apoyo institucional a tales entidades.
- Se hace necesario continuar con la labor de consensuar criterios diagnósticos y guías de práctica clínica con el fin de reducir la variabilidad clínica y mejorar la calidad de la atención. Así mismo, resulta necesario fomentar la investigación básica y aplicada en salud mental infanto-juvenil.
- Consideramos preciso impulsar la creación de las especialidades de Psiquiatría y Psicología Clínica de Niños y Adolescentes, con sus correspondientes estructuras docentes y asistenciales.
- Nos hacemos eco de algunas voces que hablan de la prescripción excesiva de psicofármacos en la infancia, adolescencia y juventud e incluso de una innecesaria categorización de lo que podría entenderse como malestar e inadaptación en el concepto de trastorno. Refieren que ello tal vez supedita

la atención a parámetros de carácter psiquiátrico en lugar de favorecer el **impulso de medidas integradoras**, de desarrollo global de la persona o un abordaje del problema como oportunidad, desde la perspectiva de la **psicoterapia**.

- Resulta indispensable que las **distintas redes** y los distintos niveles que han de operar en esta materia con el fin de atender de manera integral y multidisciplinar a los niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental se encuentren **debidamente coordinadas y garanticen una efectiva continuidad asistencial**. En tal sentido, se hace necesario crear **espacios de coordinación** interinstitucional estables, así como **regular y protocolizar** adecuadamente dicha coordinación interinstitucional. De manera especial, resulta imprescindible continuar **impulsando el denominado espacio sociosanitario**.
- En el ámbito de la coordinación queremos destacar la iniciativa desarrollada conjuntamente por el Departamento de Educación y el Departamento de Sanidad/Osakidetza-Servicio Vasco de Salud que bien puede ser calificada de buena práctica según nuestro criterio: los **Centros Terapéutico Educativos** para la atención de niños, niñas y adolescentes con necesidades educativas especiales asociadas a la salud mental.

En un contexto de atención a las necesidades educativas especiales a través de apoyos en la red educativa normalizada, este proyecto, en marcha desde 2008, posibilita la atención terapéutico-educativa a los menores con graves enfermedades mentales, en edad de escolarización obligatoria, que requieran una intervención específica en un período de tiempo definido (no se concibe como una Unidad de Larga Estancia). Existen 4 unidades en total con 40 plazas (30 de Educación Primaria y 10 de Educación Secundaria), atendidas por un equipo mixto de personal docente (profesores/as y especialistas de apoyo educativo) y sanitario (técnicas de enfermería, psicólogas y psiquiatras).

- Otra experiencia de colaboración destacable es el **programa Adin Txikikoak**, regulado por un protocolo entre Osakidetza y Diputación Foral de Bizkaia, desde el que se presta atención por parte de psiquiatras y psicólogos/as de Osakidetza a personas menores de edad en situación de desprotección grave o desamparo tuteladas o en guarda por los servicios forales. Dada la mayor prevalencia de trastornos mentales y de su mayor severidad entre niños, niñas y adolescentes en situación de desprotección e, incluso, entre menores infractores, en clara correlación con el daño generado por la exposición a situaciones desestructuradas y desestructurantes en edades tempranas, sería deseable que iniciativas similares se extendieran a la totalidad de las personas menores que lo pudieran necesitar en los programas y recursos de las redes de protección y justicia juvenil.