

CRECER SALUDABLE(MENTE)

Save the Children

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

Coordinador:

Alexander Elu Terán

Autores:

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

Correctoras:

Arantxa García Gangutia y Laura Casajús Izquierdo

Foto portada:

Eva Filgueira /Save the Children

Fotos:

Eva Filgueira /Save the Children (p. 4, 34, 45 y 73)
Pablo Blázquez /Save the Children (p. 6, 42, 50 y 62)
Mingo Venero /Save the Children (p. 24 y 64)

Gráficos:

Elena del Real Moreno y Óscar Naranjo Galván

Ilustraciones:

Germán Gullón (VALBHY Design)

Arte y maquetación:

Óscar Naranjo Galván



Edita:

Save the Children España
Diciembre_2021

CONTENIDO

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

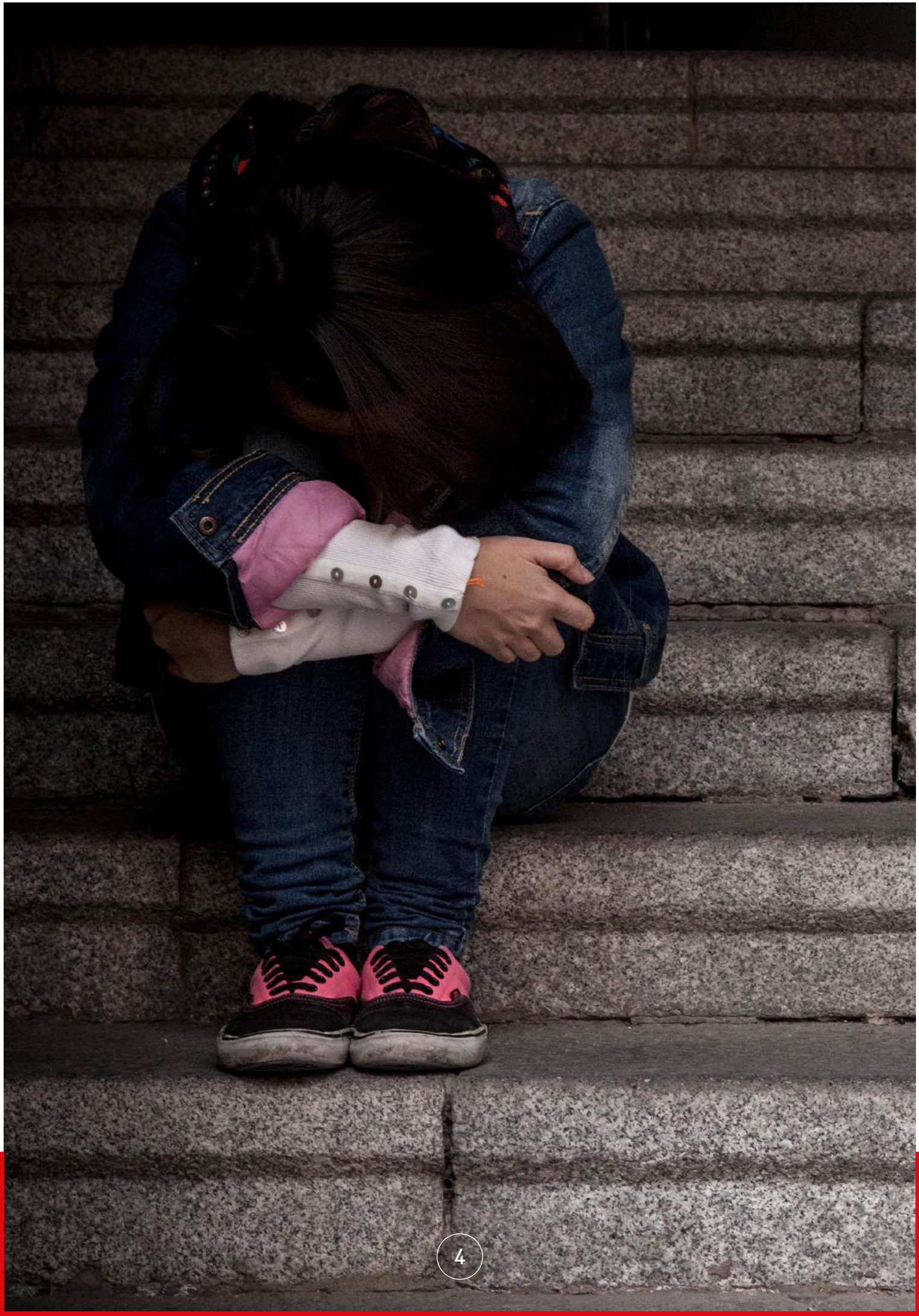
2 EL SUICIDIO EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

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

4 RECOMENDACIONES Y BUENAS PRÁCTICAS

5 CONCLUSIÓN





RESUMEN EJECUTIVO

Garantizar la buena salud, incluyendo la salud mental de niños, niñas y adolescentes, es una prioridad para cualquier sociedad democrática. La pandemia nos ha mostrado cómo de fácil es que nuestra salud física y mental se vea afectada de manera repentina, y la importancia de contar con un buen sistema público que dé respuesta a las necesidades de la población.

Aunque el coronavirus ha afectado menos a niños, niñas y adolescentes a nivel epidemiológico, son ellos los que han sufrido gran parte de sus consecuencias. 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.

> ***«Los adolescentes no somos seres felices y llenos de energía. Los adolescentes también estamos mal».***
>
> — Chica, 17 años, Madrid.

Por eso nos preguntamos qué efecto puede haber tenido la COVID-19 en la salud mental de niños, niñas y adolescentes, en comparación con su estado antes de la llegada de la pandemia. Los trastornos mentales y de comportamiento no han llegado con el virus.

No existen todavía datos oficiales, pero desde Save the Children hemos realizado una nueva encuesta, de las primeras que analizan qué ha ocurrido durante la pandemia, para poder entender el alcance de su impacto en la salud mental de niños, niñas y adolescentes.

Utilizando las mismas preguntas que se hacen en la Encuesta Nacional de Salud (ENS), podemos comparar los cambios que se han producido por la crisis de la COVID-19.

El desenlace más dramático del sufrimiento emocional de niños, niñas y adolescentes es el suicidio. Analizamos, a partir de nuestra encuesta, el efecto que ha podido tener la pandemia sobre los pensamientos suicidas. Los diagnósticos y los casos de suicido 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. 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 un daño grave o, incluso, irreversible.

Por esta razón es importante contar con un sistema público que permita la detección y el acceso a la salud mental a los niños, niñas y adolescentes, y especialmente a aquellos que se encuentren en situación más vulnerable.

Analizamos los principales retos de nuestro sistema, proponiendo recomendaciones y buenas prácticas para que la salud mental de nuestros niños, niñas y adolescentes no deje de estar en el foco público una vez pase la pandemia.



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

Desde el inicio de la crisis del coronavirus la salud mental de niños, niñas y adolescentes ha ocupado un espacio que no tenía en la agenda social y política de nuestro país. Gracias a una encuesta propia realizada en octubre de 2021, y comparable con los últimos datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2017, nos preguntamos si la pandemia ha cambiado las características sociodemográficas de los niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales y/o de conducta, identificando cuáles son los principales factores de riesgo.

«Lo que se les dé a los niños, los niños darán a la sociedad».

— Karl Menninger, Psiquiatra.



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 salud mental de nuestros ciudadanos y ciudadanas, y especialmente de aquellos que deberíamos proteger más: niños, niñas y adolescentes. Las duras medidas de confinamiento, aislamiento y prevención, unas perspectivas laborales y económicas cada vez más inciertas y el miedo a un virus mundial han disparado todas las alarmas, tanto en hospitales y centros escolares como en familias, sobre el estado de la salud mental de niños, niñas y adolescentes. Sin embargo, la ansiedad, la depresión, los trastornos alimentarios o las tentativas de suicidio no las ha traído la COVID-19. Ya **en 2015 la salud mental fue incluida en los Objetivos de Desarrollo Sostenible** (ODS), teniendo en cuenta las circunstancias sociales y económicas que la determinan.

1.1. La salud mental infantil antes de la pandemia

Antes de saber qué ha supuesto la COVID-19 para la salud mental de los niños, niñas y adolescentes de nuestro país debemos preguntarnos: **¿en qué estado se encontraba antes de que la pandemia llegase?**

Para ello recurrimos a la Encuesta Nacional de Salud (ENS), cuya última edición corresponde al año 2017. Entonces, un 1% de niños, niñas y adolescentes de entre 4 y 14 años padecían trastornos mentales en España, y un 3% tenían trastornos de conducta.[1] Por lo que respecta al trastorno del espectro autista (TEA), este afectaba a un 0,5% de los niños y niñas de 3 a 14 años. Del mismo modo que ocurre con los adultos, la distribución de los trastornos mentales y de conducta entre niños, niñas y adolescentes no era homogéneo y variaba entre distintos grupos.

En el caso de los **trastornos mentales:**[2]

- Aumentaban con la edad y se volvían un problema especialmente visible en la adolescencia. En 2017 un 0,4% de los niños y niñas de entre 4 y 10 años tenían un trastorno mental según sus progenitores, y este porcentaje aumentaba hasta un 2,2% para el grupo de edad de entre 11 y 14 años.
- Variaban en función del sexo, siendo mayores entre niñas (un 1,4%) que entre niños (un 0,8%).
- Dependían de la situación socioeconómica. Los niños, niñas y adolescentes que vivían en hogares en los que la persona de referencia estaba en el paro tenían mayores trastornos mentales (1,7%) que aquellos donde la persona de referencia estaba empleada (1%). Y también dependían –y disminuían– en función del nivel de renta.[3] Los trastornos mentales de niños, niñas y adolescentes que vivían en hogares con rentas bajas (2%) triplicaba los de niños, niñas y adolescentes en hogares con rentas altas (0,6%), siendo el porcentaje de niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales en hogares de rentas medias un 1,6%.
- Afectaba también la nacionalidad de los niños, niñas y adolescentes. El porcentaje de niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales era de un 1,1% en el caso de origen español y un 0,5% para aquellos de origen migrante.[4]

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

2 Véase cuadro página 9 «¿Qué son los trastornos relacionados con la salud mental?».

3 Se consideran rentas bajas, aquellos hogares con ingresos mensuales menores de 1.300€; rentas medias, aquellos entre 1.300 y 3.600€ mensuales; y rentas altas, aquellos que ingresan más de 3.600€ al mes.

4 Al tratarse de datos reportados por padres y madres, debemos contemplar la posibilidad de que este diferencial se deba a que otras culturas no se vean identificadas con los sistemas diagnósticos de salud mental o entiendan la salud mental de un modo distinto.

¿Qué son los trastornos relacionados con la salud mental?

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

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

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

- En términos de edad, aparecían antes que los trastornos mentales. Mientras que entre niños y niñas de 4 a 6 años el porcentaje era también reducido –de un 1%–, a partir de los 7 años la cifra era constante, alrededor de un 3,1%.
- Por sexo, eran mucho más comunes en niños (3,9%) que en niñas (1,1%).
- Con respecto a posibles desigualdades, como ocurría con los trastornos mentales, los trastornos de conducta eran notablemente superiores en hogares cuya persona de referencia estaba en el paro (3,6%) que en aquellos en los que esta persona trabaja (2,3%).
- Finalmente, en términos de nacionalidad, eran mucho más comunes entre niños, niñas y adolescentes de origen migrante (5%) que entre aquellos de origen español (2,5%).

SALUD MENTAL E IRREGULARIDAD ADMINISTRATIVA

El impacto de la irregularidad en la salud mental es uno de los aspectos más difíciles de identificar por los sistemas sanitarios y de protección, pero uno de los que dejarán una huella más profunda. El miedo, la ansiedad y el trauma que los niños y niñas viven de manera directa y perciben en las personas adultas definirá sus oportunidades en la vida de un modo que resulta difícil de prever.

El impacto de la experiencia migratoria en su salud mental se agrava en los casos de desplazamiento forzoso y la recuperación de traumas derivados de conflictos, persecución o *shocks* naturales extremos. Pero uno de los grupos más vulnerables es el de los niños y niñas no acompañados o separados de sus familias. Como ha destacado la Organización Mundial de la Salud (OMS), citando estudios sobre niños y niñas solicitantes de asilo o protección que viajan solos, la resiliencia y capacidad resolutiva de estos niños y niñas viene a menudo acompañada de depresión y estrés postraumático.

Fuente: Save the Children, ***Crecer sin papeles en España,*** febrero 2021.

Uno de los trastornos con más diferencias de género, y con más dificultades de diagnóstico, es el **trastorno del espectro autista (TEA)** que afectaba en 2017 a un 0,8% de los niños y un 0,1% de las niñas. Como ocurre con el trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), la mayoría de estudios muestran un mayor diagnóstico en varones, en parte porque estos problemas se suelen manifestar de manera distinta en niños y niñas.[5]

Vemos por tanto que antes de la llegada del coronavirus, el número de niños, niñas y adolescentes en España que tenían problemas de salud mental no era para nada despreciable y que la identificación de estos trastornos por parte de padres y madres estaba **marcada por un fuerte componente de desigualdad de renta y origen.**

EL PROBLEMA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

El 5% de la población entre 12 y 25 años en España padece un trastorno alimentario que, tal y como indica la Organización Mundial de la Salud, son un tipo de trastorno relacionado con la salud mental de niños, niñas y adolescentes. De hecho, los trastornos más frecuentes en la adolescencia, según especialistas de unidades médicas especiales para el tratamiento de trastornos alimentarios, son la anorexia y la bulimia nerviosas. En la infancia, sin embargo, el trastorno más habitual es el trastorno por evitación o restricción de la ingesta alimentaria en el que los niños y niñas comen menores cantidades o eliminan de la dieta alimentos que consideran calóricos. Los trastornos alimentarios a menudo coexisten con la depresión, la ansiedad y/o el abuso de sustancias.

¿Qué ha sucedido con la pandemia?

Según la Asociación Contra la Anorexia y la Bulimia (ACAB), la pandemia y el confinamiento han ocultado muchos casos que hubieran sido descubiertos de forma más temprana. Cabe destacar que este tipo de trastornos no suelen ser detectados de manera prematura. Así, esta detección precoz ha hecho aumentar la demanda de tratamientos y servicios de acompañamiento, haciendo evidente la falta de recursos para atender a las personas afectadas y a sus familias.

En esta línea, entidades como la ACAB y hospitales especializados han desarrollado guías para la detección temprana de estos trastornos y manuales de ayuda para los padres y madres de niños, niñas y adolescentes afectados por estos trastornos.

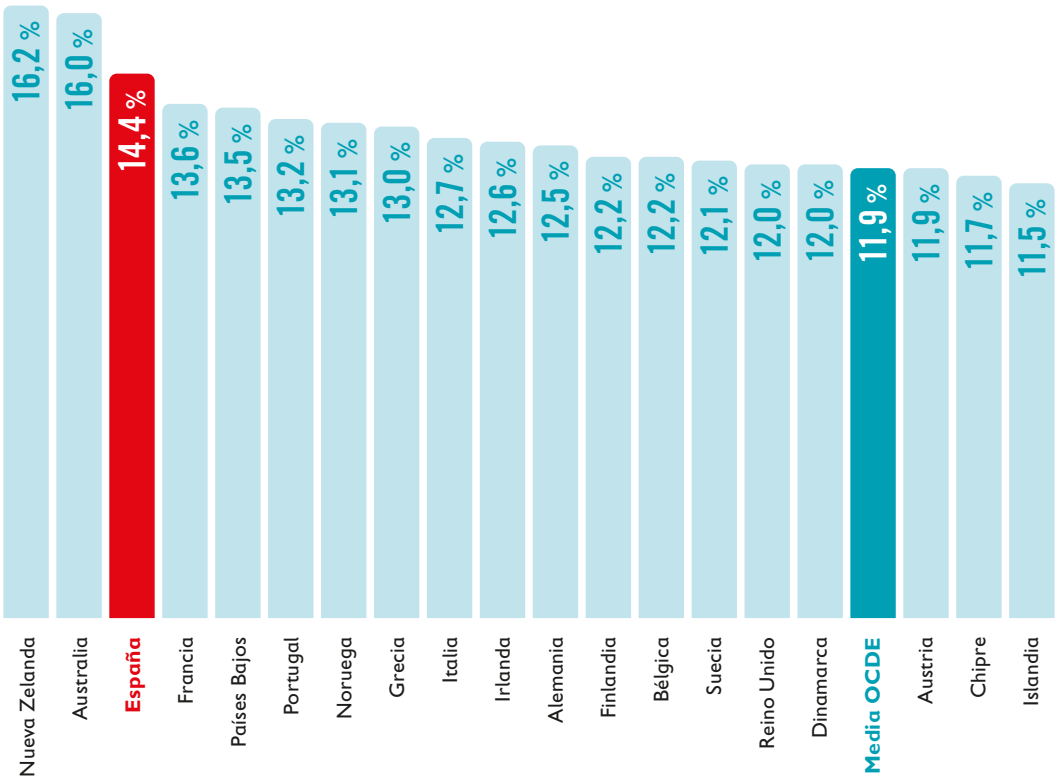
5 https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tdah-en-ninas-diferencias-de-genero-en-el-tdah-.html

1.2. La salud mental de niños, niñas y adolescentes en el contexto internacional antes de la pandemia

Los datos sobre trastornos mentales en España eran graves y preocupantes, especialmente para los colectivos más afectados, pero para entender su magnitud es imprescindible compararlos en un contexto internacional. **En relación con el resto de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) donde, de media, 1 de cada 9 menores de 20 años se enfrentaba a un problema de salud mental, en España este riesgo afectaba en 2017 a 1 de cada 7** niños, niñas y adolescentes.

La comparación internacional de datos sobre salud mental es compleja y debe interpretarse con cuidado. Depende, por ejemplo, de si se trata de un diagnóstico médico, o de la percepción personal (o de los padres y madres) sobre la salud mental. Y, en este caso, afecta especialmente el grado de importancia que la salud mental tenga en la agenda social del país, así como al estigma que tengan asociadas las enfermedades mentales o cuánto se hable de ellas en los entornos en los que se mueven los niños, niñas y adolescentes.

Gráfico 1. **Porcentaje de menores de 20 años con algún tipo de trastorno mental (2017)**



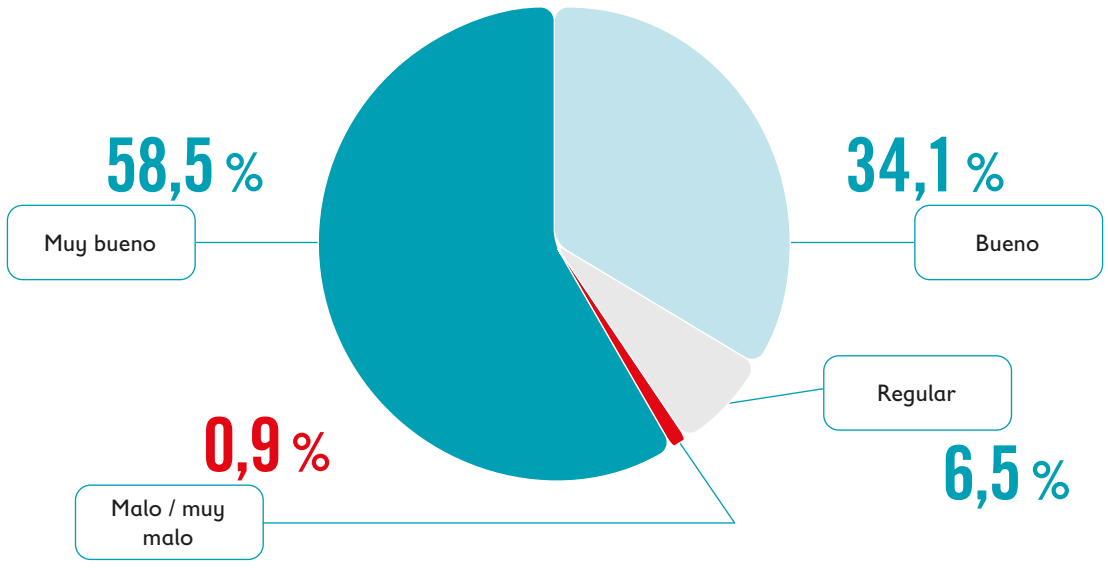
Fuente: *Global Burden of Disease.*

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

La pandemia ha podido ser crucial para el estado de salud mental de niños, niñas y adolescentes. Dado que no existen todavía datos oficiales para medirlo, **Save the Children ha realizado una nueva encuesta,** de las primeras que analizan qué ha ocurrido durante la pandemia, para poder 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.**[6]

La primera impresión es que, para la inmensa mayoría de padres y madres, sus hijos e hijas se han encontrado en un estado de salud mental bueno o muy bueno en los últimos 12 meses. Solo un 8% cree que sus hijos e hijas se han sentido regular o mal. Sin embargo, al preguntarles más en profundidad, se reportan situaciones y casos que contradicen esta percepción.

Gráfico 2. **Estado de la salud mental de niños, niñas y adolescentes en los últimos 12 meses**

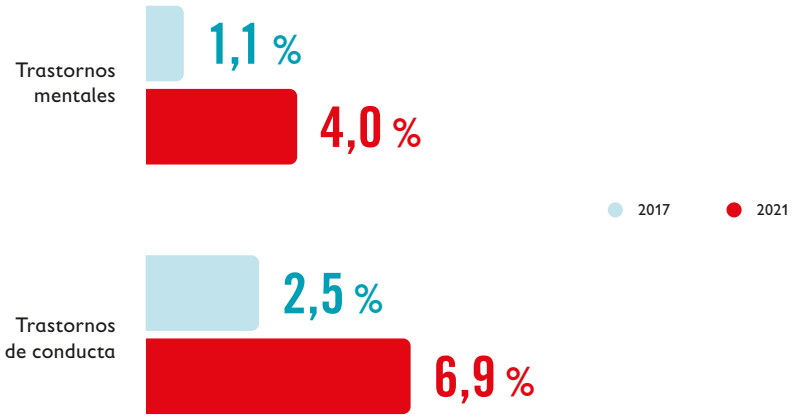


Fuente: Elaboración propia (2021).

6 Se trata de una encuesta a 2.000 padres y madres sobre la salud de sus hijos e hijas. Además de varias preguntas idénticas a la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2017 se han añadido preguntas específicas sobre pensamientos suicidas. Para todas las comparativas hay que tener en cuenta que el módulo de salud mental de la ENS incluye niños y niñas desde los 4 hasta los 14 años. Nuestra encuesta incluye niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años. Las comparaciones se hacen para niños, niñas y adolescentes entre 4 y 14 años. La muestra de la encuesta propia es más pequeña que la de la ENS aunque representativa a nivel de comunidades autónomas. (Véase nota metodológica en página 65).

Según datos de la misma encuesta, tanto los trastornos mentales como los trastornos de conducta han aumentado. Y estos problemas afectan hoy al 4 y al 7% respectivamente de los niños y niñas de entre 4 y 14 años, un notable ascenso desde 2017.

Gráfico 3. **Evolución de los trastornos mentales y de conducta en niños y niñas de entre 4 y 14 años (2017-2021)**



Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Salud (2017) y a la encuesta propia (2021).

Curiosamente, y según datos de nuestra encuesta, **los diagnósticos médicos de estos trastornos han disminuido de forma significativa** en 2021 en relación a 2017. La discrepancia entre el aumento de la percepción de los problemas de salud detectados por los padres y madres y el descenso en los registrados por el sistema sanitario podría ser consecuencia del colapso de este por la pandemia.

El impacto de **la COVID-19 habría dejado sin tratar otras enfermedades relevantes,** tanto de niños, niñas y adolescentes como de adultos. Por ejemplo, se redujeron en un 21% los diagnósticos oncológicos[7] y en un 23% los ictus atendidos.[8] **A la vez, ha aumentado la incidencia de los trastornos mentales** –trastornos reportados por los padres y madres, ya sean diagnosticados por personal médico o no–, en lo que se ha denominado «la pandemia paralela».[9]

7 Informe de la Asociación Española contra el Cáncer «Impacto sanitario del coronavirus en la atención hospitalaria a pacientes oncohematológicos», 2020.

8 Informe del Hospital Clínic de Barcelona y publicado en la revista *Stroke* con el título de *"Acute Stroke Care Is at Risk in the Era of COVID-19 - Experience at a Comprehensive Stroke Center in Barcelona"*, 2020.

9 Asimismo, la pandemia y el confinamiento han aumentado la violencia en redes y en el ámbito familiar, con el consiguiente impacto sobre la incidencia de los trastornos mentales. https://stces.me/3okEUij

Gráfico 4. **Diagnóstico de los trastornos mentales y de conducta (2017-2021)**



Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Salud (2017) y a la encuesta propia (2021).

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

— Grupo de participación infantil Bermejales del Centro de Recursos para la Infancia y la Adolescencia de Save the Children en Sevilla.

Además, la pandemia ha afectado al estado de ánimo y conducta de los más pequeños. Si en 2017 un 19% de padres y madres entendían que sus hijos e hijas tenían muchas preocupaciones, ahora ese porcentaje ha alcanzado el 30%.

Algo muy similar ha ocurrido con los padres y madres que consideran que sus hijos e hijas se encuentran más aislados, menos comunicados con sus iguales y tienden a jugar solos; que se sienten inquietos, infelices, desanimados, llorosos y, en menor medida, con los que creen que sus hijos e hijas están nerviosos o tienen muchos miedos. **La pandemia ha traído a la vida de los niños, niñas y adolescentes nuevas preocupaciones, miedos e infelicidad.**

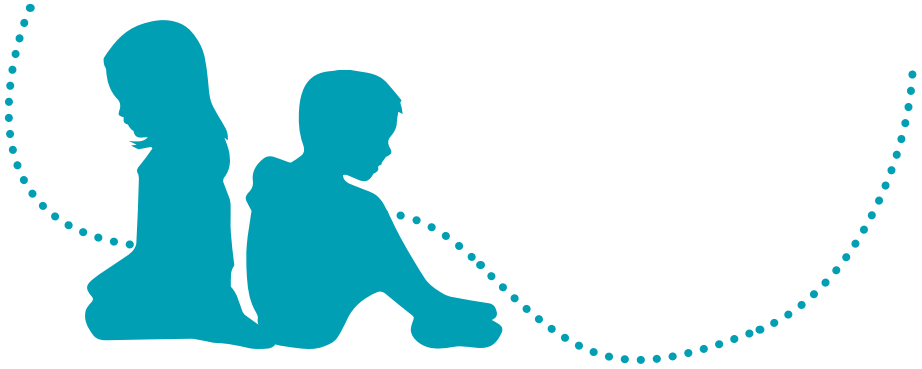
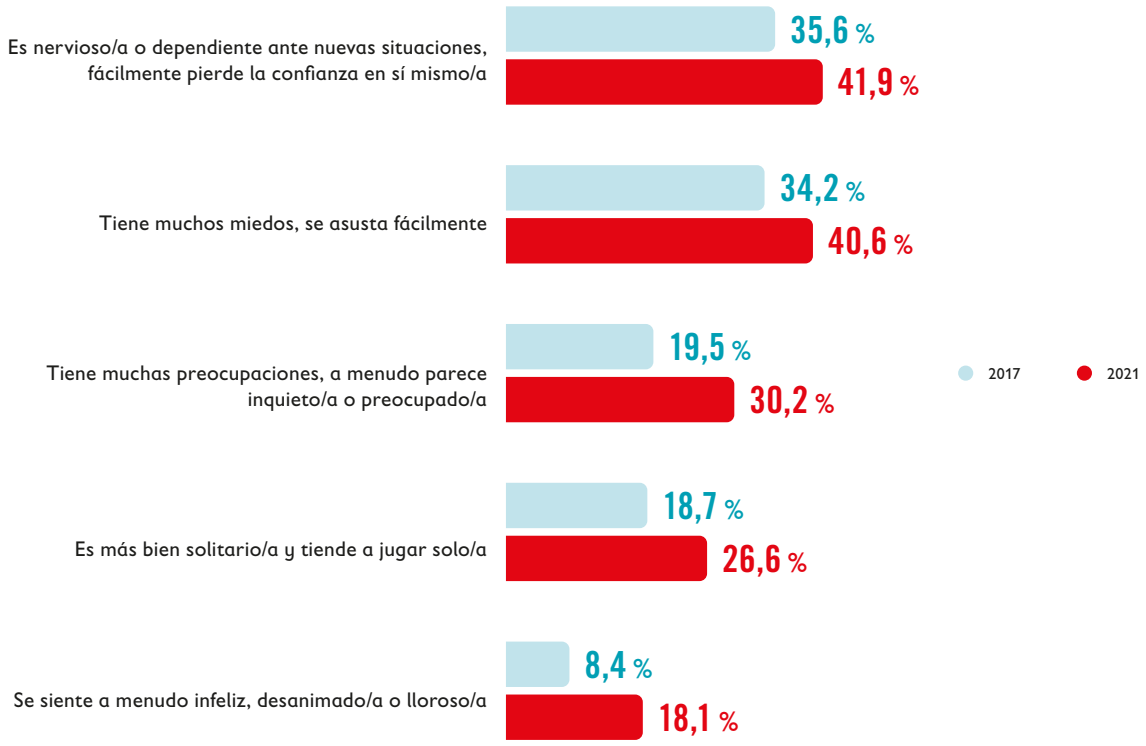


Gráfico 5. **El impacto de la pandemia en la conducta de niños, niñas y adolescentes (2017-2021)**



Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Salud (2017) y a la encuesta propia (2021).

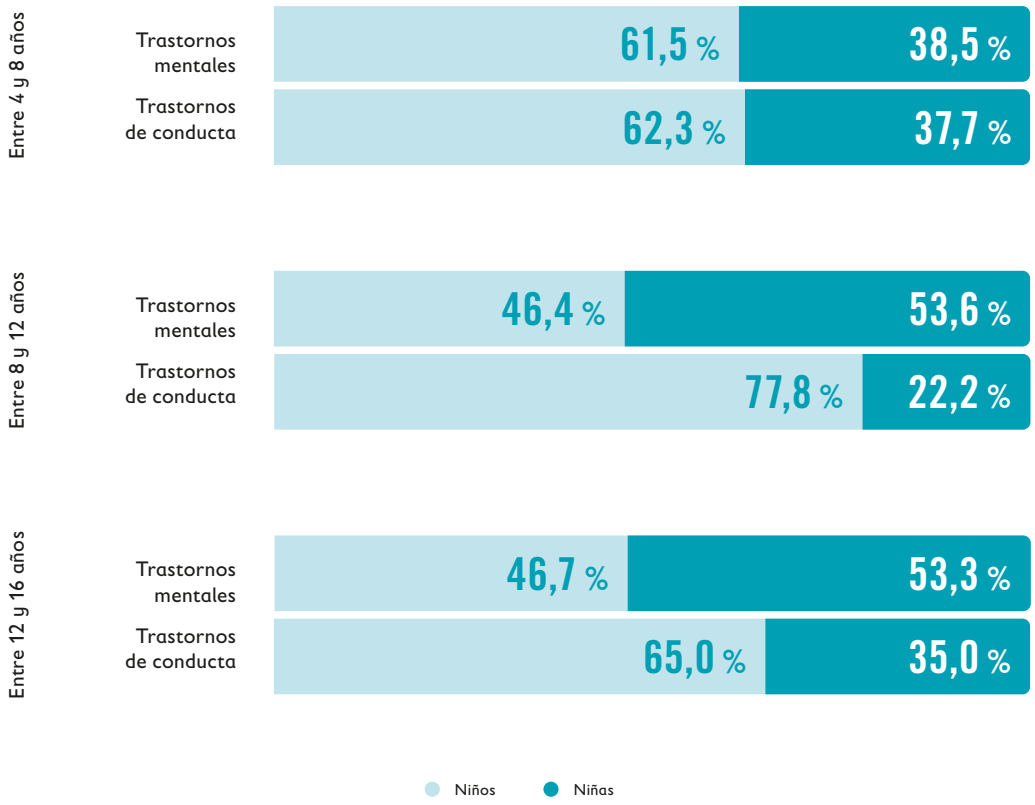
1.4. Factores de riesgo para la salud mental en 2021: edad, sexo, origen y renta

En primer lugar, como ya ocurría en 2017, **los trastornos mentales y de conducta no han afectado igual a niños, niñas y adolescentes de distintas edades durante la pandemia.** 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, **también hay diferencias por sexo.** Cuando son más pequeños, los niños y niñas presentan problemáticas similares, con una idéntica distribución de trastornos mentales y de conducta. Pero luego se empiezan a advertir más divergencias. A partir de los 8 años, los trastornos mentales se concentran más en las niñas y los de conducta en los niños.

Por lo que respecta al trastorno del espectro autista (TEA) que, como ya veíamos en la Encuesta Nacional de Salud (ENS), es uno de los trastornos con más diferencias de género y con más dificultades de diagnóstico, afecta en nuestra encuesta a un 80% a niños y en un 20% a niñas.

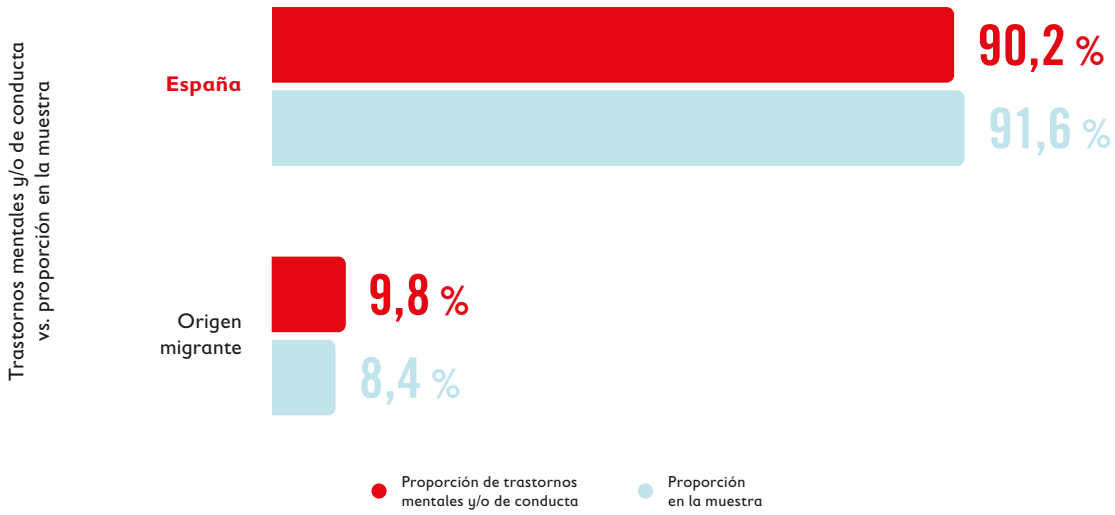
Gráfico 6. **Trastornos mentales y de conducta por edad y por sexo**



Fuente: Elaboración propia (2021).

En tercer lugar, **también hay diferencias por origen de los padres y madres.** En este sentido, y dado que la porción de españoles en la encuesta es muy superior a la de personas de origen migrante, lo que nos interesa es comparar, siempre que el tamaño muestral sea suficiente –como en el caso de nuestra encuesta–, 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 de origen migrante sufren, en proporción, un mayor número de trastornos mentales y/o de conducta** de lo que les correspondería según su proporción en la encuesta.

Gráfico 7. **Proporción muestral y de trastornos mentales y/o de conducta por origen**



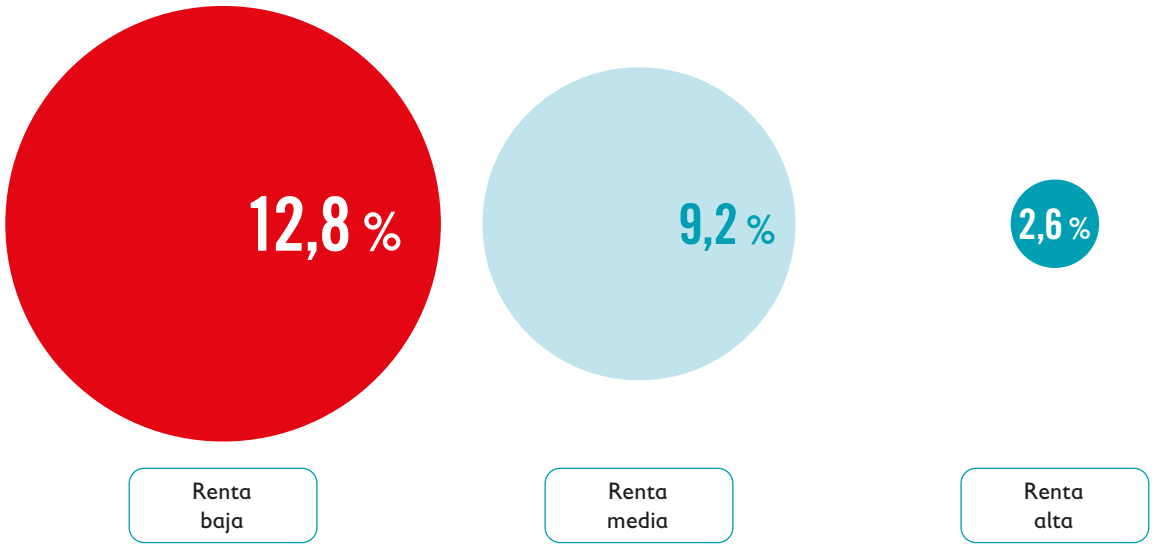
Fuente: Elaboración propia (2021).

No podemos olvidar que, como hemos visto en los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de 2017, **el nivel socioeconómico determina en gran medida el estado de salud mental.** Los niños, niñas y adolescentes de origen migrante tienden, de media, a vivir en hogares más pobres. Entre las rentas más bajas de la encuesta, un 12% son hogares de origen migrante mientras que en las rentas más altas solo representan un 4%.

Se trata por tanto de familias que enfrentan una mayor vulnerabilidad económica. Además, en el caso de los hogares de origen migrante, y especialmente para aquellas personas en situación de irregularidad o que se enfrentan a cambios culturales o de idioma, pueden tener también mayores dificultades para acceder al sistema sanitario, generando situaciones de exclusión.

Por lo tanto, y en cuarto lugar, **nos queda añadir a los factores de riesgo para la salud mental el nivel de renta.** Los hogares con rentas más bajas son aquellos donde hay más niños, niñas y adolescentes que tienen trastornos mentales y/o de conducta (un 13%). En cambio, es mucho menos probable que los niños, niñas y adolescentes que viven en hogares más acomodados presenten este tipo de problemáticas (un 3%). Es decir, **los niños, niñas y adolescentes que viven en hogares pobres tienen una probabilidad 4 veces mayor de sufrir trastornos mentales y/o de conducta** que aquellos que viven en hogares de renta alta. 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 8. **Porcentaje de niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales y/o de conducta por nivel de renta**



Fuente: Elaboración propia (2021).

A menudo, ser vulnerable económicamente significa 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 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 de sus padres o cuidadores pueden causar la aparición de trastornos.

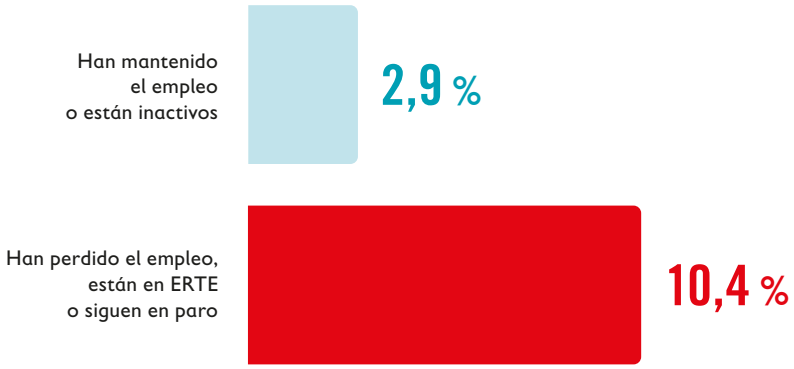
La propia pérdida del empleo es ya de por sí un golpe duro para los progenitores y muchos de ellos han sufrido también un fuerte deterioro en su salud mental, lo que representa un doble impacto emocional para sus hijos e hijas.[10]

Nuestra encuesta nos confirma este efecto de la inestabilidad y vulnerabilidad laboral en la salud mental de los niños, niñas y adolescentes. En aquellos hogares donde se ha mantenido el empleo[11] durante la pandemia, los trastornos mentales y/o de conducta han afectado al 3% de los niños, niñas y adolescentes. En cambio, en aquellos hogares donde han perdido su empleo, están en ERTE o siguen en paro, hasta un 10% de los niños, niñas y adolescentes tiene un trastorno mental y/o de conducta. La incidencia de problemas de salud mental entre los niños, niñas y adolescentes en familias sin empleo es por tanto 3 veces mayor que entre los niños, niñas y adolescentes en familias con empleo.

10 Hupkau, C., Isphording, I., Machin, S., & Ruiz-Valenzuela, J. (2021). *In brief... Losses in lockdown: jobs, income, education and mental health* (No. 598). *Centre for Economic Performance,* LSE.

11 O inactivos si estaban estudiando, incapacitados o jubilados.

Gráfico 9. **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).

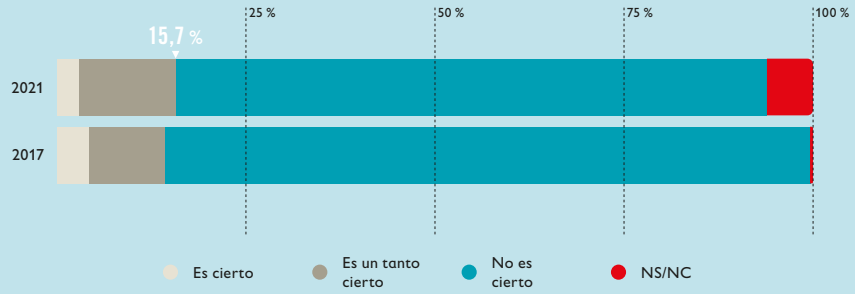
Existen también otros factores de riesgo y conductas relacionadas con la aparición de trastornos mentales y de comportamiento en niños, niñas y adolescentes como son el acoso escolar o el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas (ver cuadros correspondientes). Asimismo, la violencia o malos tratos a los que se enfrentan niños, niñas y adolescentes impacta negativamente sobre su salud mental. En este sentido, la pandemia ha aumentado la victimización de niños, niñas y adolescentes, como demuestran los resultados de una encuesta propia conducida entre adolescentes entre 14 y 17 años durante la pandemia COVID-19.[12] El 33,1% declaró haber sido víctima de algún tipo de violencia (la mayoría experimentó una única forma de violencia) desde el inicio del confinamiento y se evidenciaron diferencias de género significativas: un 22,6% de los chicos y un 39,3% de las chicas. En cuanto a los diferentes tipos de violencia, las que más destacan son la violencia sexual *online* (19,6%), el maltrato emocional por parte de cuidadores (9,8%) y la violencia entre iguales (9,8%).

12 La encuesta se realizó en el marco del informe de Save the Children (2021): Experiencias de victimización, malestar psicológico y recursos de resiliencia en adolescentes españoles durante la pandemia COVID-19, elaborado por el Grup de *Recerca en Victimització Infantil i Adolescent* (GReVIA) de la Universitat de Barcelona, bajo la dirección de Noemí Pereda y Georgina Guilera.

¿QUÉ SABEMOS DEL ACOSO ESCOLAR?

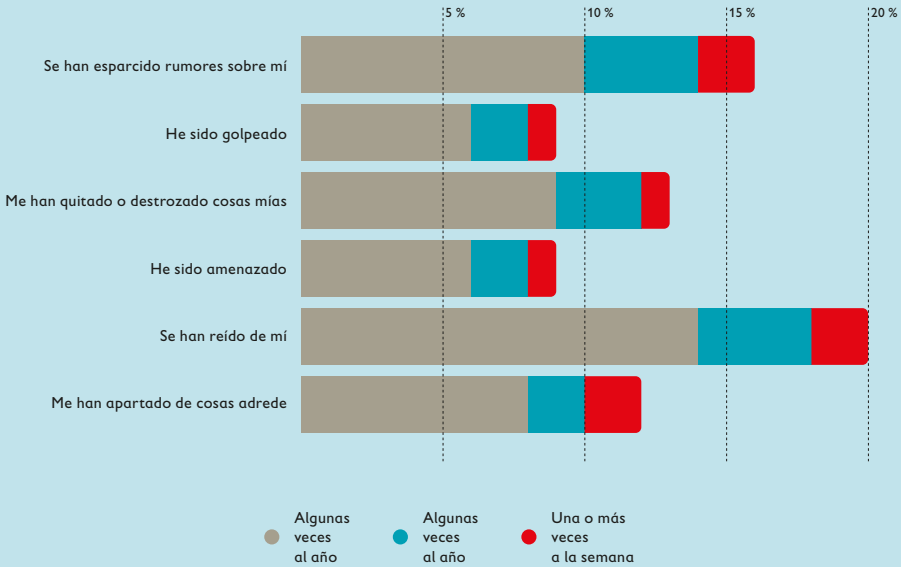
Según la Encuesta Nacional de Salud, en el año 2017 un 14% de los menores de entre 4 y 14 años recibían algún tipo de acoso entre iguales. Esta proporción aumenta hasta el 16% en el 2021, a partir de la encuesta realizada.

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.

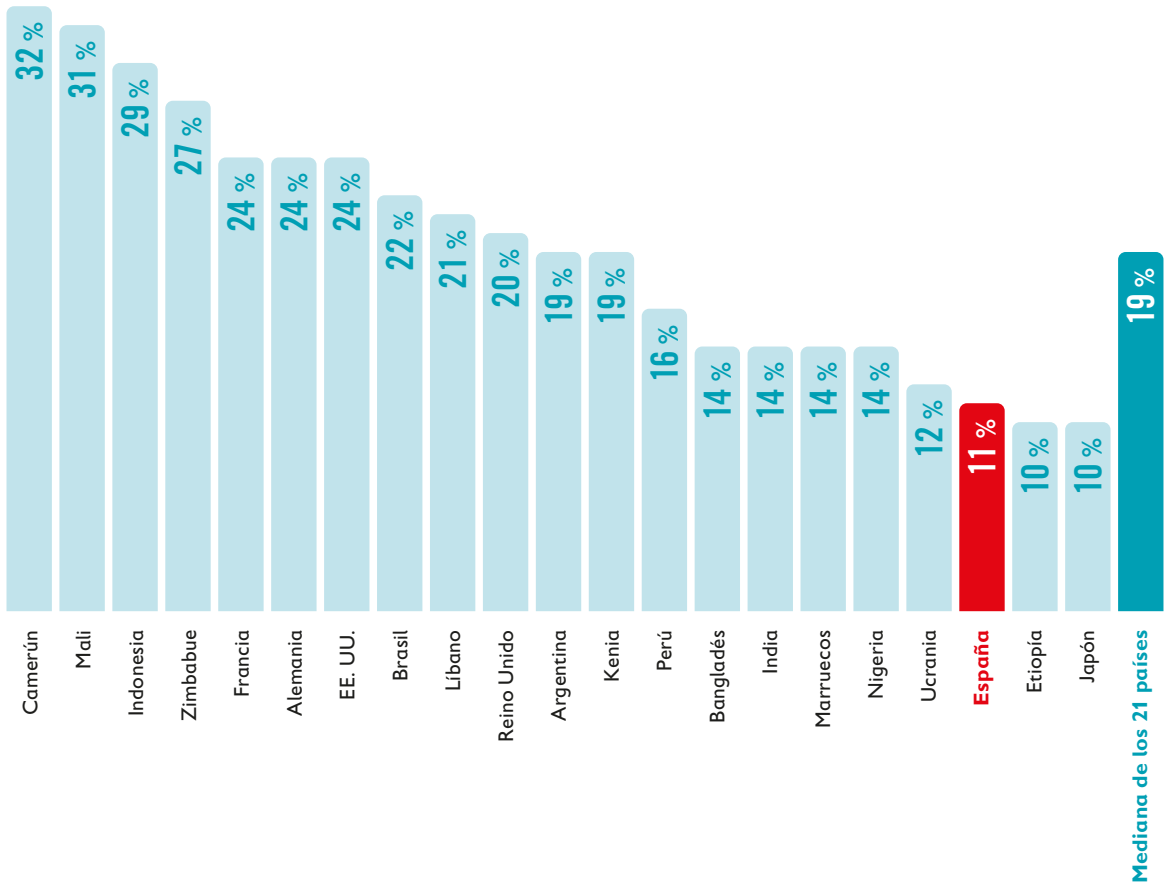


Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos de PISA 2018.

1.5. La salud mental de niños, niñas y adolescentes en 2021 en perspectiva internacional

También podemos preguntarnos, a nivel internacional, cuánto ha afectado la pandemia a la salud mental de nuestros jóvenes. En 2014 España era uno de los países de la Unión Europea con un porcentaje menor de adolescentes entre 15 y 19 años que mostraban síntomas depresivos según sus padres o madres. Con un 1% de chicos y un 2% de chicas, estos datos estaban por debajo de la media europea (de 3% y 7% respectivamente). Con la llegada del coronavirus se ha disparado, en la primera mitad de 2021, a un 11%. Sin embargo, a nivel internacional seguimos teniendo niveles relativamente bajos de depresión en jóvenes, con menos de la mitad que en Francia, Alemania o Estados Unidos.

Gráfico 10. **Porcentaje de jóvenes entre 15 y 24 años que reportan síntomas depresivos (2021)**



Fuente: *SOWC-2021-full-report-English.pdf* (unicef.org) (p. 20).

1.6. Una visión territorial de la salud mental de niños, niñas y adolescentes en 2021

La crisis ha afectado a todo el país, pero no todas las comunidades autónomas han implantado medidas idénticas de confinamiento, ni todas tienen las mismas condiciones de acceso a la salud mental. Por ello es interesante ver cuál ha sido la incidencia de trastornos mentales o de comportamiento en las distintas comunidades autónomas.

Cabría esperar que, si miramos la distribución de los casos en España, las regiones más pobladas representen un mayor número de trastornos. Por ello, como en el caso del lugar de origen, lo que nos interesa saber es si el porcentaje de casos de esa comunidad autónoma es mayor al que le correspondería por su peso en la muestra.

La comunidad autónoma con una mayor proporción de trastornos mentales y/o de conducta es Catalunya, con una proporción mucho mayor de la que debería en función de su porcentaje en la muestra de la encuesta. Lo mismo ocurre con la Comunidad de Madrid y Galicia. En cambio, regiones como Navarra, La Rioja o Castilla y León presentan niveles de salud mental en niños, niñas y adolescentes mejores de los que les correspondería por su peso poblacional. Aunque el análisis de las diferencias en la distribución de casos excede los límites de este informe, esta dimensión debería constituir un foco central de las políticas públicas de salud mental, particularmente desde el ámbito autonómico.

EL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y DROGAS ENTRE ADOLESCENTES

El consumo de alcohol, tabaco y drogas empieza a edades muy tempranas. Según datos del estudio EDADES, en España el consumo de tabaco y alcohol se inicia alrededor de los 16 años para los varones y de los 17 para las mujeres.

El consumo de drogas varía mucho en cuánto a su tipología, pero la que empieza a edades más tempranas es el cannabis, justo al pasar la mayoría de edad. Además de empezar a edades tempranas, un porcentaje muy elevado de las personas de entre 15 y 34 años declaran haber consumido estas tres sustancias de manera continua en el último año. Alrededor del 80% han consumido alcohol, cifra que se mantiene estable desde 1997, un 42% ha consumido tabaco, que corresponde a un 24% menos que a finales de los años 90, y alrededor de 1 de cada 5 personas ha consumido cannabis.

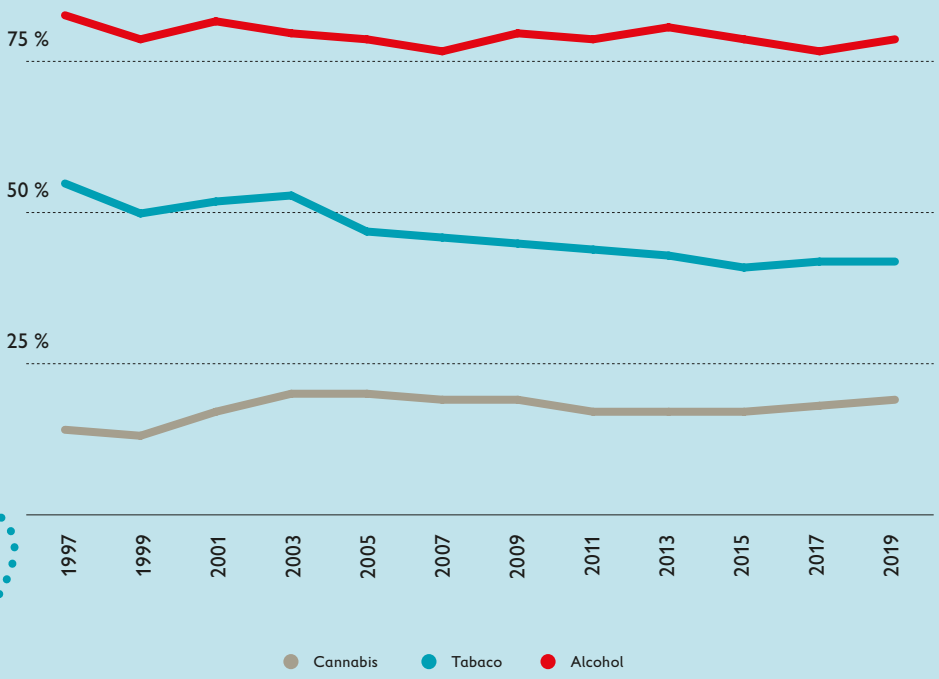
Respecto al consumo de alcohol, la práctica más habitual entre adolescentes, la misma encuesta pregunta por las razones de su consumo. Si bien es cierto que el 57% lo hace porque lo considera divertido y anima las fiestas, hay un 19% de los adolescentes que bebe para encajar en el grupo o no sentirse excluido y un 3% que lo hace porque le ayuda a olvidarse de todo.

En cuánto al cannabis y otros opiáceos, datos de la encuesta ESTUDES muestran que el consumo problemático de dichas sustancias entre los estudiantes de 14 a 18 años se concentra principalmente en las personas de 16 y 17 años, mayormente varones, de clase media. Además, casi el 100% de los casos de abuso de cannabis han consumido también otras drogas legales como tabaco y alcohol y más de un 20% han consumido drogas ilegales como cocaína, éxtasis o anfetaminas.

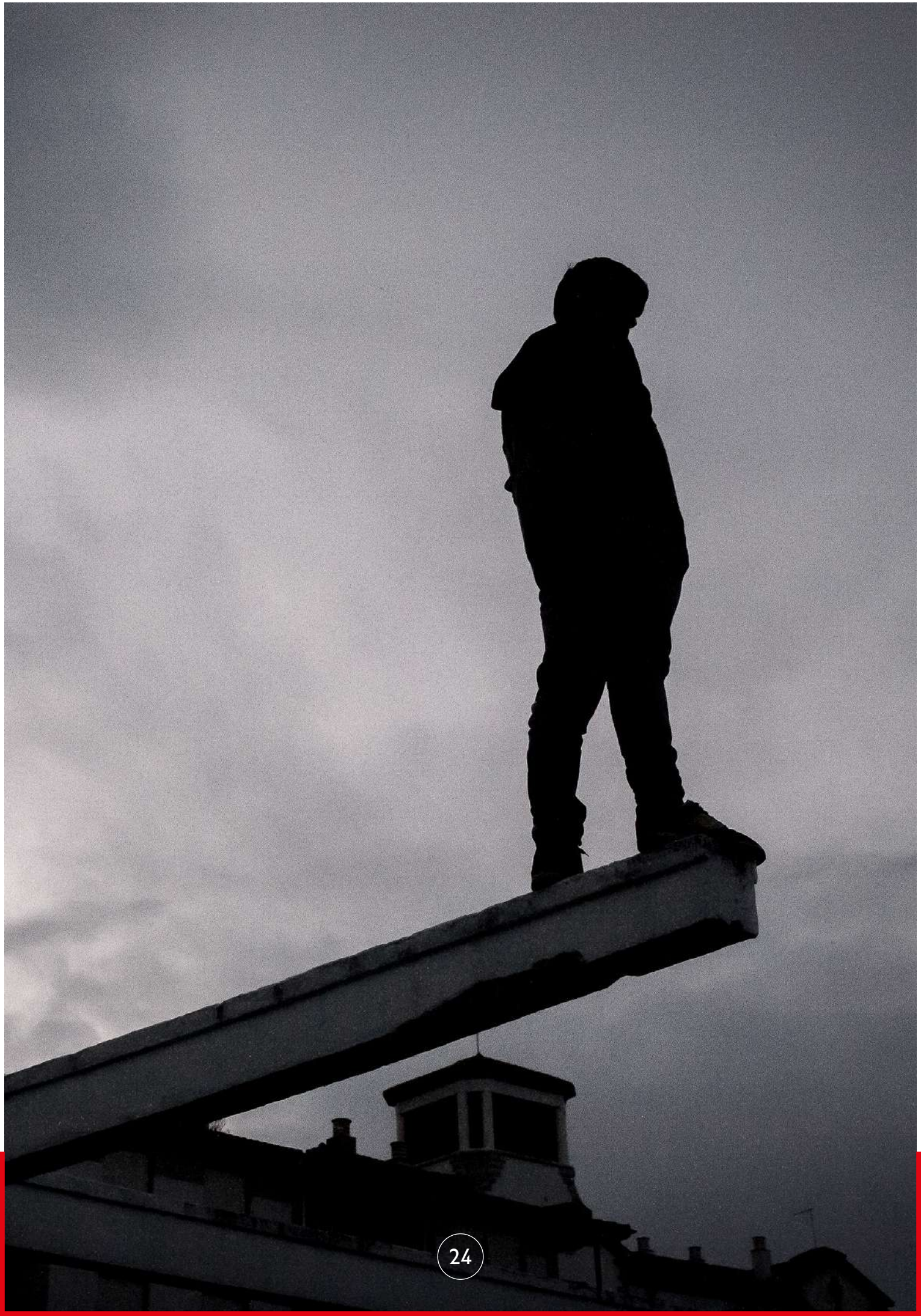
Según el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA), en 2019 hubo en España más de 3.000 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas de personas menores de 18 años.

Gráfico. **Prevalencia del consumo de alcohol, tabaco y cannabis entre las personas de 15 a 34 años (últimos 12 meses)**





Fuente: EDADES (2019/2020).



2. EL SUICIDIO EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

El desenlace más dramático del sufrimiento emocional de niños, niñas y adolescentes es el suicidio. Analizamos, a partir de nuestra encuesta, el efecto que ha podido tener la pandemia en los pensamientos suicidas.

En España hoy mueren menos niños, niñas y adolescentes por suicidio y lesiones autoinfligidas que hace 30 años. Sin embargo, el descenso no ha sido lineal. **Hasta la crisis financiera de 2008 se observa una notable caída de las muertes por suicidio en los varones. Pero, desde entonces y sobre todo desde 2010, ha habido un repunte, como mínimo hasta 2018.**

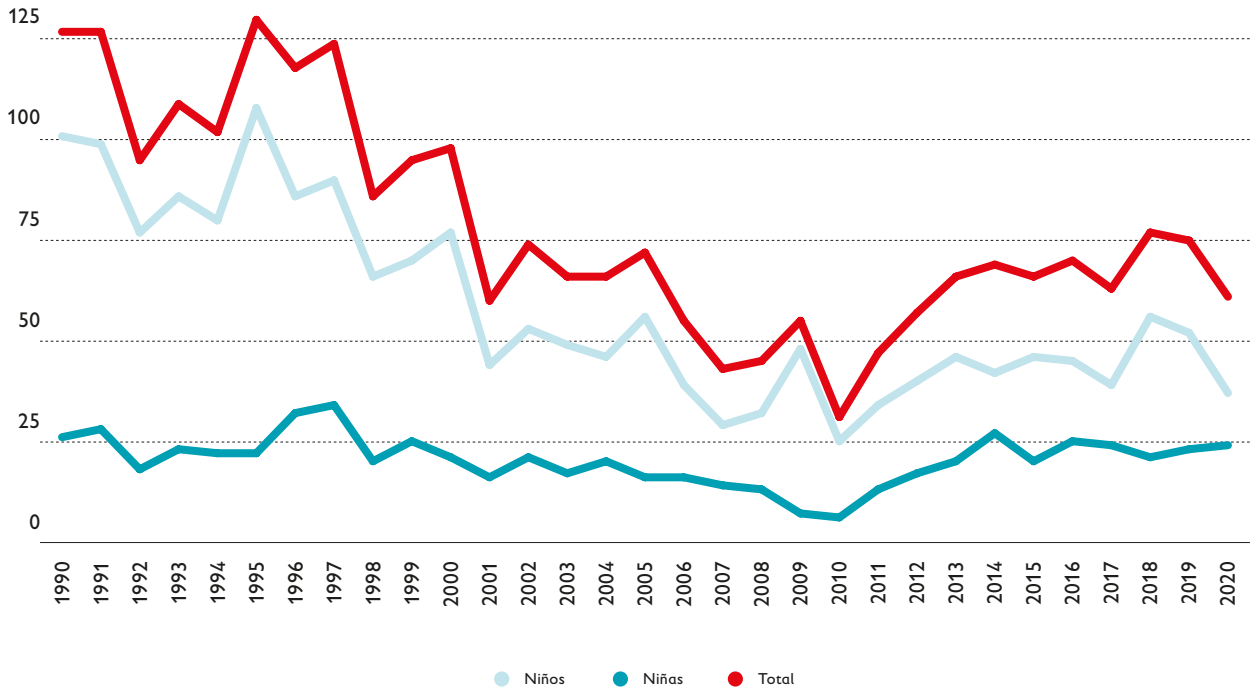
Es decir, aunque es difícil establecer una causalidad, sí que parece que los suicidios y autolesiones en niños y adolescentes están asociadas con el ciclo económico –con otro pico en la crisis de los 90. En contraste, los suicidios en niñas se mantienen relativamente estables desde los años 90, con alrededor de 20 casos al año, aunque en 2010 consiguieron reducirse más de la mitad.

ACOSO, CIBERACOSO Y SUICIDIO

El hecho de estar involucrado en situaciones de violencia, ya sea de pareja o familiar, acoso escolar o *ciberbullying,* como víctima o agresor, se ha descrito como un importante factor de riesgo para la conducta suicida. Los niños, niñas y adolescentes que son víctimas de *bullying* tienen 2,23 veces más riesgo de padecer ideaciones suicidas y 2,55 veces más riesgo de realizar intentos de suicido que aquellos que no lo han sufrido. En el caso del *ciberbullying,* el impacto es todavía mayor. También los niños, niñas y adolescentes perpetradores de *ciberbullying* presentan mayor riesgo de exhibir ideaciones y comportamientos suicidas que los no perpetradores, aunque en menor medida que las cibervíctimas.[13]

13 Algunos estudios constatan la presencia de un cierto efecto acumulativo del *bullying* (acoso escolar) y el *ciberbullying* sobre el riesgo de autolesiones y conductas suicidas, por lo que no debe despreciarse este aspecto dada la elevada comorbilidad de ambos tipos de victimización. Noemí Pereda (dir.) (2019): La victimización de menores a través de las redes sociales en España. Informe final de la investigación con jóvenes españoles, GReVIA-UB.

Gráfico 11. **Defunciones por suicidio y lesiones autoinfligidas en niños, niñas y adolescentes de 10 a 19 años**

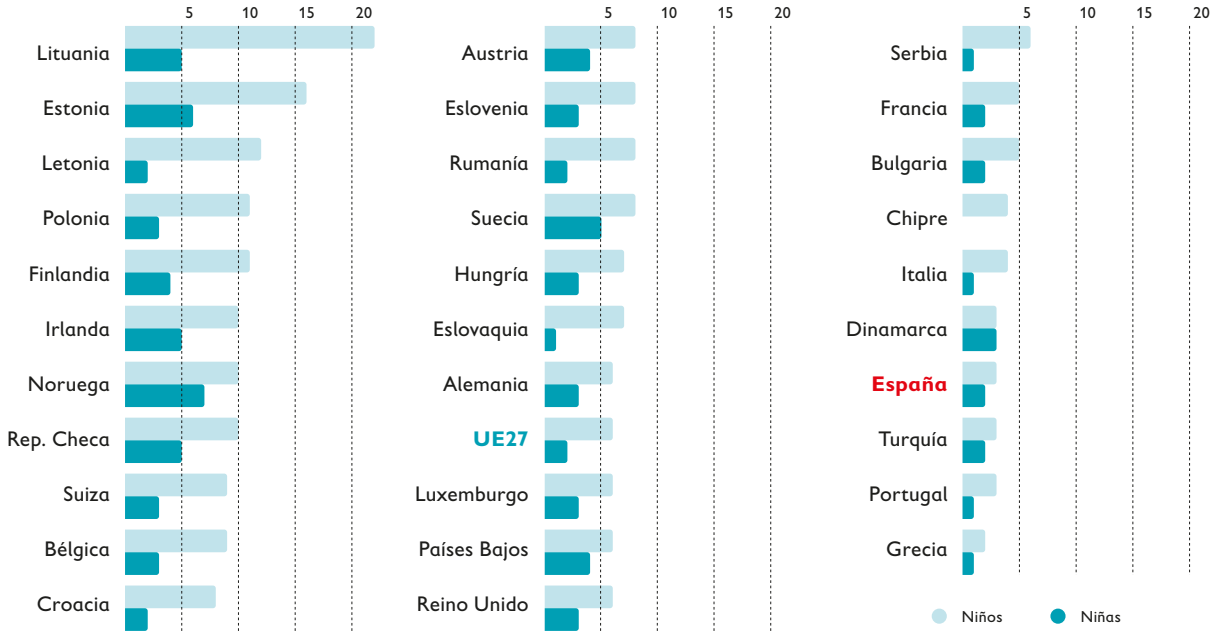


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte (INE).

2.1. El suicidio en España y en otros países

En nuestro entorno, España es uno de los países con menores tasas de suicidio adolescente (entre los 15 y 19 años). **La tasa española de suicidio** –para los años 2015 y 2017 y en comparación con los países de la OCDE– **está claramente por debajo de la media europea y muy lejos de las elevadas cifras de los países bálticos.** Aunque para completar este diagnóstico falta comprobar el efecto que puede tener la pandemia. Para el caso estadounidense, donde existen más datos, el *Center for Disease Control and Prevention* señala que el número de visitas a los servicios de urgencias por intentos de suicido entre adolescentes de 12 a 17 años aumentó un 26,2% durante los primeros meses de la pandemia (hasta agosto de 2020). Este incremento se acentuó unos meses después. Y, entre febrero y marzo de 2021, las mujeres de entre 18 y 24 años que acudieron a los servicios de urgencias por intento de suicidio aumentaron en un 50% respecto al mismo periodo del año anterior, es decir, antes de la pandemia.

Gráfico 12. **Tasas de suicidio por 100.000 personas entre adolescentes (2015-2017)**



Fuente: OCDE (2015-2017).

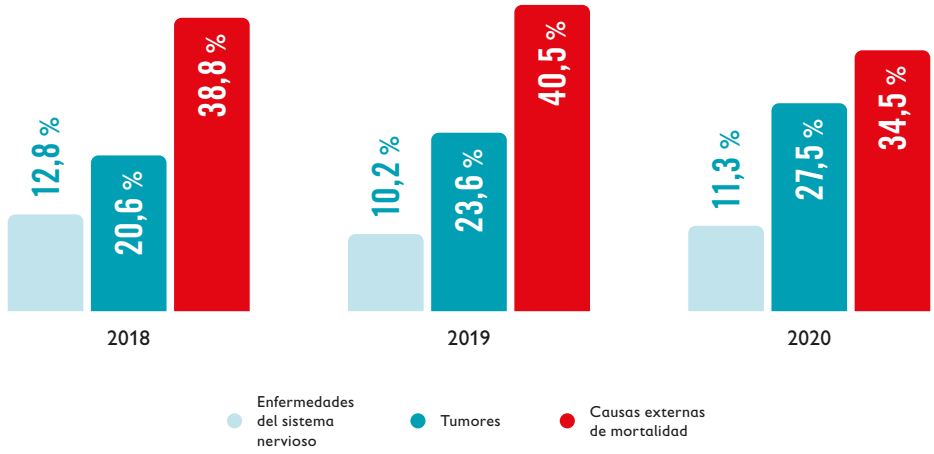
2.2. El suicidio y otras causas de muerte

Los niños, niñas y adolescentes en España mueren principalmente por causas externas[14] –sobre todo, accidentes, suicidios y lesiones autoinfligidas– y en menor medida por cáncer y enfermedades del sistema nervioso. Esa tendencia se alteró durante los primeros meses de la pandemia. Las muertes por causas externas se redujeron, tanto en términos relativos como absolutos. En 2019 hubo 247 muertes de niños, niñas y adolescentes de entre 10 y 19 años por causas externas, y en los meses de enero a mayo de 2020 solo 61.

Esto se debió fundamentalmente a la disminución en el número de accidentes de tráfico por el confinamiento, hecho que hizo que **el suicidio pasará a ser la primera causa de muerte por causas externas.** Sin embargo, teniendo en cuenta los datos posteriores al verano de 2020 donde el confinamiento ya había quedado atrás, los patrones de muertes por suicidio y por accidentes de tráfico volvieron a ser los mismos que en años anteriores. De hecho, en 2020 murieron 61 niños, niñas y adolescentes por suicidio.

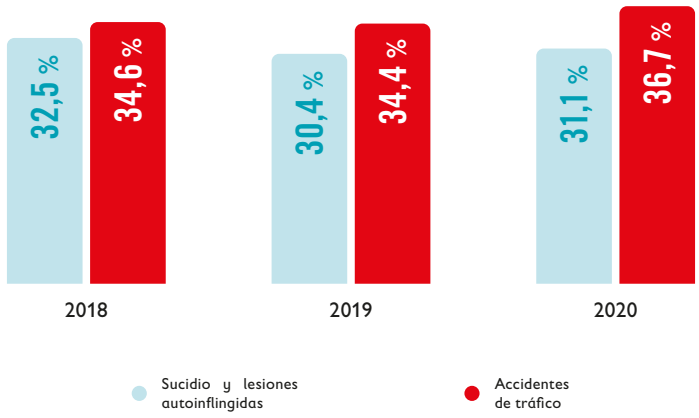
14 Las causas externas de muerte se clasifican en los siguientes grupos: accidentes de tráfico, otros accidentes de transporte, caídas accidentales, ahogamiento, sumersión y sofocación accidentales, accidentes por fuego, humo y sustancias calientes, envenenamiento accidental por psicofármacos y drogas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

Gráfico 13. **Principales causas de muerte de niños, niñas y adolescentes de 10 a 19 años**



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

Gráfico 14. **Principales causas externas de mortalidad (10 a 19 años)**



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

2.3. El suicidio y la pandemia

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. En 2020 se atendieron en España un total de 160.646 llamadas, un 38% más que el año anterior. De estas, aproximadamente unas 8.000 eran de menores de 25 años y unas 3.000 de menores de 18. También han observado un **aumento significativo de las autolesiones** como forma de mitigar el dolor emocional provocándose un dolor físico superior fruto de las experiencias vividas y la falta de recursos adaptativos para procesarlas.

Los resultados de nuestra encuesta muestran que, de acuerdo con la percepción de sus padres o madres, **un 3% del total de niños, niñas y adolescentes podrían haber tenido pensamientos suicidas.** Es un porcentaje parecido al 2% de niños, niñas y adolescentes que han llamado a la línea de atención al suicidio en este último año. Sin embargo, estos datos deben tomarse con precaución porque 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.**

2.4. El suicidio: edad, sexo y renta del hogar

Las intenciones de suicidio varían de forma importante con la edad, incrementándose a medida que los niños y niñas alcanzan la adolescencia. Así se demuestra en la encuesta que hemos realizado. Mientras que el porcentaje de niños y niñas entre 4 y 8 años con este tipo de pensamientos es de un 2%, esta fracción se triplica en la adolescencia, alcanzando un 6% en el grupo entre 13 y 16 años.

Vemos, como ocurre cuando hablamos de salud mental en general, que **el sexo de los niños, niñas y adolescentes también influye para explicar el suicidio.** Aunque la intención de suicidio es más elevada para los más mayores, esta tendencia se acentúa en el caso de las niñas. Mientras que, entre menores de 12 años, los pensamientos suicidas son más recurrentes en niños que en niñas, esta relación se invierte para los mayores de 13 años, donde un 7% de niñas, por un 5% de niños, contemplaría la posibilidad de suicidarse, según la opinión de padres y madres.

Cabe destacar cómo estos porcentajes son inferiores a los registrados en una encuesta anterior propia conducida en 2020 entre adolescentes de 14 a 17 años.[15] Aunque la muestra es más pequeña, 163 entrevistas, y no representativa de todo el territorio, los resultados son indicativos de la relación entre una mayor proximidad al confinamiento y la ideación e intención suicida. De este modo, el 20,8% de encuestados expresó haber pensado en quitarse la vida desde el inicio del confinamiento y el

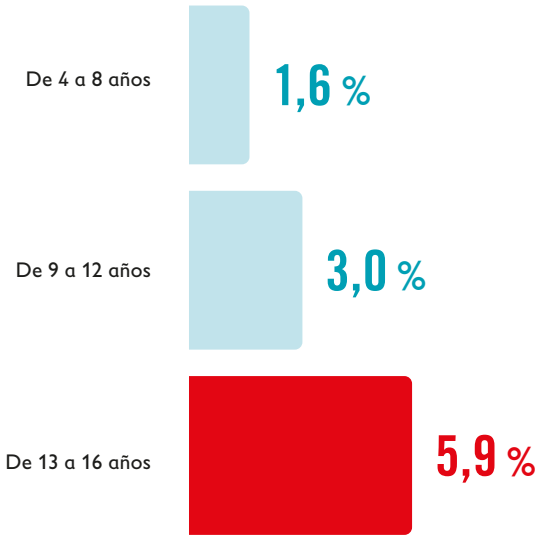
15 Experiencias de victimización, malestar psicológico y recursos de resiliencia en adolescentes españoles durante la pandemia COVID-19; Encuesta coordinada por Save the Children y realizada por el *Grup de Recerca en Victimització Infantil i Adolescent* (GReVIA) de la Universitat de Barcelona, bajo la dirección de Noemí Pereda y Georgina Guilera.

3,7% reportaron que pensaron en hacerlo «a menudo». Además, un 22,6% refirieron haber pensado en alguna forma para quitarse la vida y el 3,7% reportaron haberlo pensado «a menudo» o «siempre».

Finalmente, un 7,4% de adolescentes expresaron haber intentado quitarse la vida y tres de ellos (1,8%) reportaron haberlo intentado muy frecuentemente. Si bien no se encontraron diferencias significativas entre chicas y chicos, sí se observa que las personas que han reportado vivir violencia durante el confinamiento referían más ideación suicida en comparación a las no víctimas.

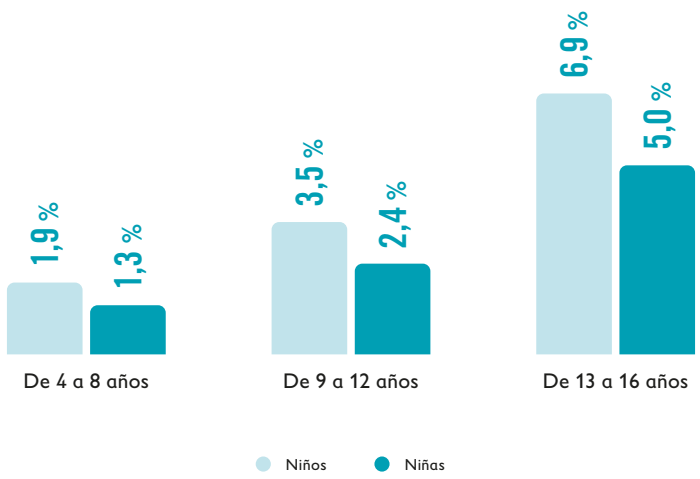
Cabe destacar también que, **si bien las niñas parecen más afectadas por pensamientos o intenciones suicidas, son los niños quienes terminan por cometer en mayor proporción este acto.** Esto ocurre tanto en España como en todos los países de la Unión Europea mostrados anteriormente. Con la excepción parcial de algunos países de contextos concretos –como Noruega, Suecia o Dinamarca, donde las tasas de suicidio, aun siendo significativamente más altas entre varones, se asemejan entre ambos sexos– en el resto de países los suicidios afectan más a los niños que a las niñas.

Gráfico 15. **Porcentaje de niños y niñas que podrían haber expresado a sus progenitores intenciones de suicidio por edad**



Fuente: Elaboración propia (2021).

Gráfico 16. **Intenciones de suicidio según los padres y madres por sexo y edad**



Fuente: Elaboración propia (2021).

El 65% de las llamadas que recibe el Teléfono de la Esperanza son de mujeres y el 35% de hombres. Según los profesionales consultados, en general parece que a los hombres les cuesta más compartir lo que les sucede y pedir ayuda. **Esta diferencia entre solicitar o no ayuda puede ser uno de los motivos detrás de la divergencia entre niños y niñas en las intenciones y la realización del acto suicida.** Y esto pone también de manifiesto la importancia del tratamiento y la identificación de dichas actitudes, así como la generación de espacios para que los niños y adolescentes puedan expresar sus emociones en un entorno seguro, rompiendo con los estereotipos de género.

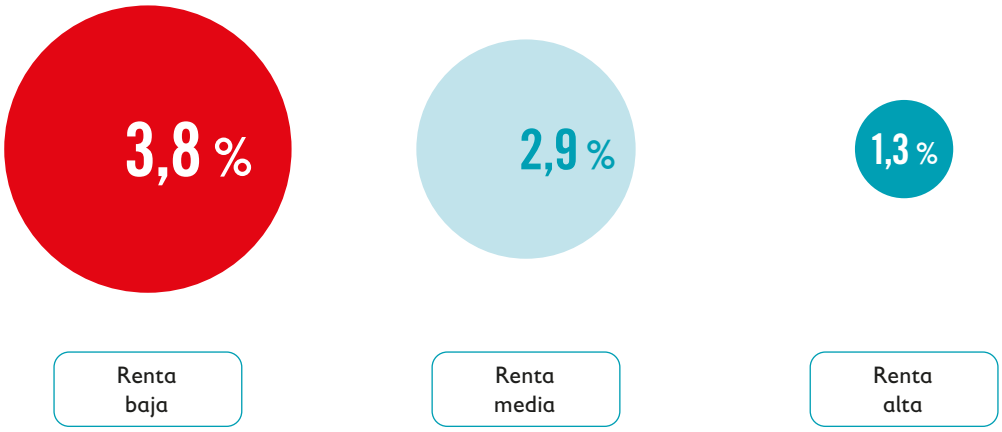
LA IDEACIÓN SUICIDA Y LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

Si hablamos de suicidio, las redes sociales son un factor de riesgo emergente a tener muy en cuenta, no solo en lo relacionado con el *cyberbullying*. Y es que son espacios sin control en los que la información, los juegos, los retos y los métodos están al alcance de cualquiera y pueden ser muy peligrosos para chicos y chicas especialmente influenciables o que se encuentran viviendo un momento de vulnerabilidad intensa.

Las intenciones de suicidio de niños, niñas y adolescentes comunicada por sus padres varían en función de la renta familiar. 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%.[16] Sin embargo, este porcentaje se triplica hasta llegar al 4% para las familias con rentas bajas. Este dato es particularmente preocupante si tenemos en cuenta que estos hogares tienen, además, menos recursos para tratar de ayudar a los niños, niñas y adolescentes.

Más allá de las características sociodemográficas, los determinantes de las intenciones de suicidio entre niños, niñas y adolescentes son las situaciones vitales estresantes, emocionalmente intensas y ante las que niños, niñas y jóvenes no han podido desarrollar recursos internos para enfrentarse a ellas. **Los contextos más frecuentes son los conflictos familiares graves y las separaciones conflictivas de los progenitores, el acoso escolar, las humillaciones y malos tratos, la soledad, los desengaños amorosos, las muertes de seres queridos, las separaciones y pérdidas de amigos, los cambios de residencia y entorno social, el fracaso (y la presión) escolar y los conflictos de discriminación y/o aceptación sexual.**

Gráfico 17. **Intenciones de suicidio según los padres/madres por tramos de renta**



Fuente: Elaboración propia.

16 Concretamente, en la encuesta se pregunta a padres y madres: «¿Crees que en los últimos meses tu (hijo/a de x años) ha deseado estar muerto/a, ha pensado que su familia o amigos/as estarían mejor si él/ella no existiese o ha intentado suicidarse?».

LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y EL EFECTO LLAMADA

«Los medios de comunicación son un elemento muy importante en la prevención. No se puede prevenir algo de lo que no se puede hablar. El tema no es hablar o no. Es necesario formar e informar, pero de manera responsable. La información nos proporciona recursos para poder conocer y posicionarnos ante un hecho que es una realidad presente, de manera cada vez más preocupante, en nuestro entorno. En este sentido los medios pueden jugar un papel activo en la prevención informando de manera adecuada, respetuosa e inteligente. Pueden ser un aliado eficaz en la prevención del suicidio como causa de muerte evitable al ser vehículos de información en variedad de formas, al ejercer una fuerte influencia sobre las actitudes, creencias y comportamientos de la comunidad y al jugar un importante rol en la política, la economía y la práctica social. Pero también pueden promover efectos indeseados y muy dolorosos si los profesionales de la información que se encargan de manejar estas situaciones no están formados para poder ejercer esta labor. Un buen profesional de la información sabe que la libertad de expresión debe ir siempre unida la responsabilidad social derivada de las consecuencias de lo que se informa y, en estos casos, estamos hablando de que las consecuencias pueden salvar vidas o causar mucho dolor».

— Declaraciones del personal del Teléfono de la Esperanza.

«El efecto llamada es un tema peliagudo y se está viendo como muchas redes sociales lo pueden potenciar. De hecho, se ha visto como en redes como Tik Tok hay páginas con muchos seguidores que utilizan el suicidio como una salida para los adolescentes. Hace un tiempo hubo polémica con series como la de *13 razones*. Como psicóloga infantil considero que es bueno verlas con una formación detrás y con los progenitores delante para que se pueda debatir y explicar sobre el porqué de todo lo que ocurre en la serie ya que los adolescentes tienen un componente de impulsividad que hay que acompañar».

— Marta Sánchez. Psicóloga infantil y extrabajadora del Servicio de emergencias médicas de Catalunya.





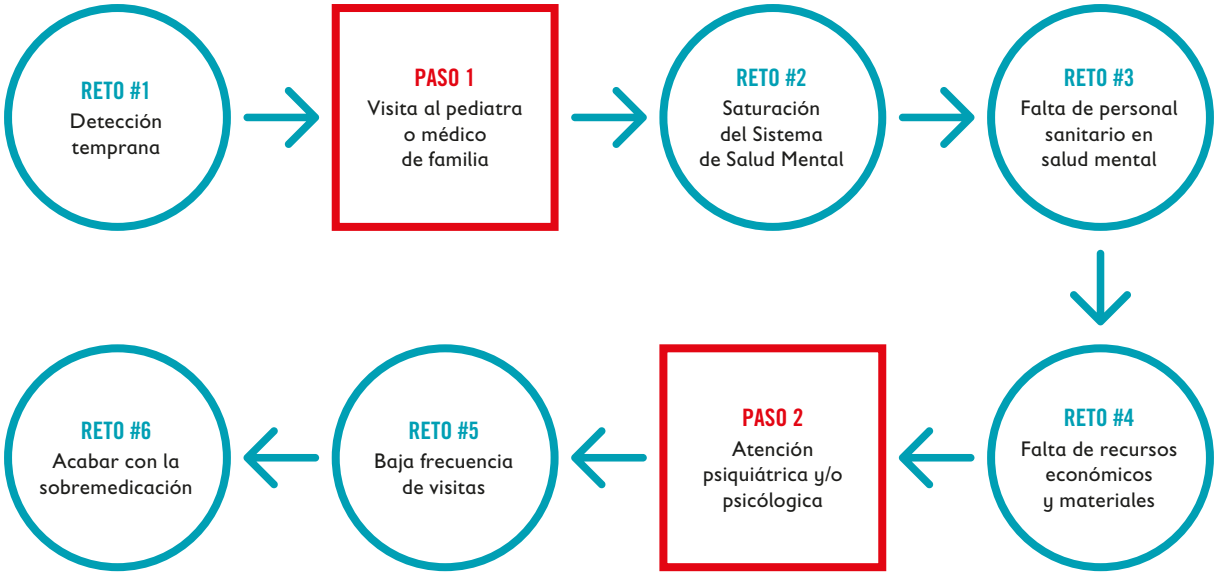
3. EL ACCESO A LA SALUD MENTAL EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA: UNA CARRERA DE OBSTÁCULOS

A menudo el acceso a la salud mental de niños, niñas y adolescentes en nuestro país se convierte en una carrera de obstáculos para las familias. Desde la primera visita al médico de familia a la primera consulta con el especialista, los niños, niñas y adolescentes se enfrentan a demasiados retos para tener un buen servicio de salud mental. Los analizamos junto al papel que pueden jugar también los centros escolares.

A la luz de las cifras obtenidas, garantizar que todos los niños, niñas y adolescentes de nuestro país 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 expresión más dramática, pero quedarnos solo con esos datos deja detrás muchas ideas y tentativas no registradas, así como trastornos mentales y de conducta no diagnosticados que provocan un gran sufrimiento emocional a los niños, niñas y adolescentes y sus familias.**

Hay una amplia evidencia de que, por ejemplo, los problemas de salud mental en la infancia tienen un impacto negativo en los resultados académicos durante la adolescencia.[17] 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.

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



3.1. Reto #1: La detección y prevención

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

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

Ahora mismo queda a voluntad de los centros sanitarios, educativos o las comunidades autónomas diseñar e implementar protocolos de prevención en salud mental. En este sentido, los centros educativos juegan un importante papel al ser el lugar donde los niños, niñas y adolescentes pasan gran parte de su tiempo. Por esa razón, es importante dotar a los centros y a los equipos docentes con los recursos necesarios y la formación adecuada.

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

> ***«Normalmente hay más problemas en clase, no solo son académicos».***
>
> — Niño, 14 años, Leganés.

EL ENFOQUE SAFE SCHOOLS

El enfoque *Safe Schools,* que utiliza Save the Children en sus intervenciones, **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 Pensilvania (Estados Unidos) 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 dotándoles de las estrategias para enfrentar malestar psicológico, tristeza, baja autoestima, ansiedad, miedo, marginación social, síntomas depresivos, o incluso ideación suicida, y la somatización de 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.

Desde Save the Children tenemos claro que **dentro de los planes de prevención del suicidio debería estar incluido todo el sistema educativo para prevenir –formando, acompañando y sabiendo detectar a personas en riesgo– a 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 estos han de estar capacitados, con la colaboración del sistema sanitario y los centros escolares para cuidar del crecimiento y de la salud mental de sus hijos e hijas.

«Es importante que podamos hablar de cómo nos sentimos en el colegio».

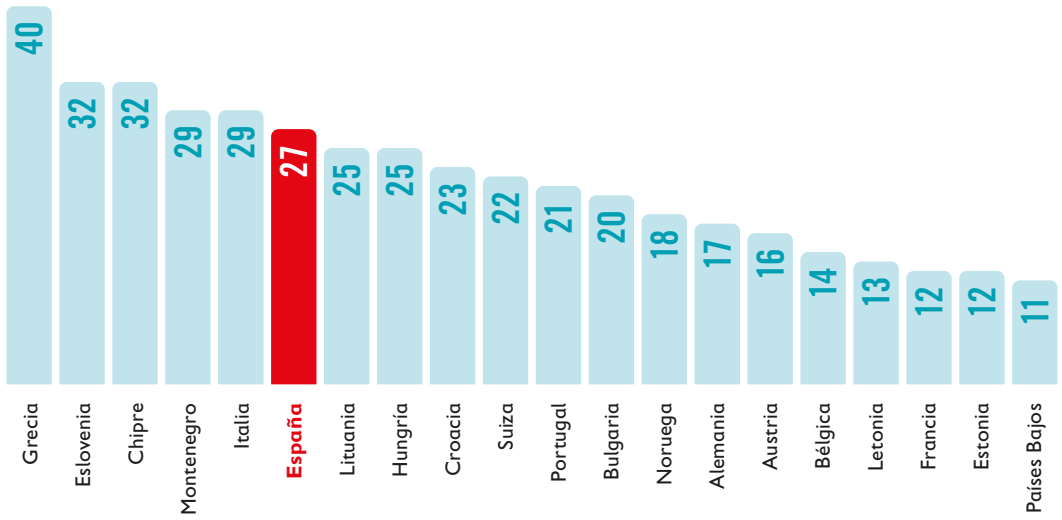
— Niña, 15 años, Melilla.

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

En la carrera de obstáculos para obtener asistencia sanitaria ante sus problemas mentales, debemos entender cuál es el primer paso que las familias de niños, niñas y adolescentes deben dar en el Servicio Nacional de Salud (SNS). **Si eres menor de edad –o su responsable a cargo– y necesitas atención psiquiátrica y/o psicológica, lo primero que tienes que hacer es dirigirte al pediatra o al médico de familia quien, 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 infantojuveniles y de conducta.

España no tiene un número bajo de pediatras por cada 100.000 habitantes (incluyendo toda la población) en relación con el resto de los países europeos. 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, dato que ofrece Eurostat.[18]

Gráfico 18. **Número de pediatras generales por cada 100.000 habitantes (2019)**



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

18 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 COMUNES DE ATENCIÓN PRIMARIA

Atención a la salud mental en coordinación con los servicios de atención especializada

1. Actividades de prevención y promoción, consejo y apoyo para el mantenimiento de la salud mental en las distintas etapas del ciclo vital.

2. Detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos adaptativos, por ansiedad y depresivos, con derivación a los servicios de salud mental en caso de quedar superada la capacidad de resolución del nivel de atención primaria.

3. Detección de conductas adictivas, de trastornos del comportamiento y de otros trastornos mentales y de reagudizaciones en trastornos ya conocidos, y, en su caso, su derivación a los servicios de salud mental.

4. Detección de psicopatologías de la infancia y la adolescencia, incluidos los trastornos de conducta en general y alimentaria en particular y derivación en su caso al servicio especializado correspondiente.

5. Seguimiento de forma coordinada con los servicios de salud mental y servicios sociales de las personas con trastorno mental grave y prolongado.

Ministerio de Sanidad. Gobierno de España.



CARTERA DE SERVICIOS COMUNES DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Atención a la salud mental

Comprende el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, las de grupo o familiares (excluyendo el psicoanálisis y la hipnosis), la terapia electroconvulsiva y, en su caso, la hospitalización. La atención a la salud mental, que garantizará la necesaria continuidad asistencial, incluye:

1. Actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios.
2. Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales agudos y de las reagudizaciones de trastornos mentales crónicos, comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales o familiares y la hospitalización cuando se precise.
3. Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales crónicos, incluida la atención integral a la esquizofrenia, abarcando el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación.
4. Diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos alcoholismo y ludopatías.
5. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia y la adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis, trastorno del espectro autista (TEA) y con trastornos de conducta en general y alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas saludables.
6. Atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social.
7. Información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador o cuidadora principal.

Ministerio de Sanidad. Gobierno de España.

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. Las listas de espera para recibir atención psicológica o psiquiátrica se convierten en un cuello de botella para acceder al sistema al tiempo que el trastorno suele ir empeorando o cronificándose. Esta es una de las mayores críticas hechas por los profesionales, asociaciones o incluso por el Defensor del Pueblo[19] o el Comité de los Derechos del Niño.[20]

Muchas veces, la saturación del sistema de salud mental es gestionada por los pediatras, quienes demoran la derivación o pautan medicamentos a niños y niñas. Solo cuando el problema de salud persiste se produce la derivación e inicio de la espera para ser atendido.

Existen escasos datos oficiales sobre las listas de espera y las cifras concretas varían en función de la fuente y año, además de haber una clara diferenciación territorial. El siguiente gráfico (gráfico 19) nos muestra los datos recabados por el Defensor del Pueblo para toda la población y facilitado por (algunas) comunidades autónomas, así como algunos datos recogidos por nosotros.

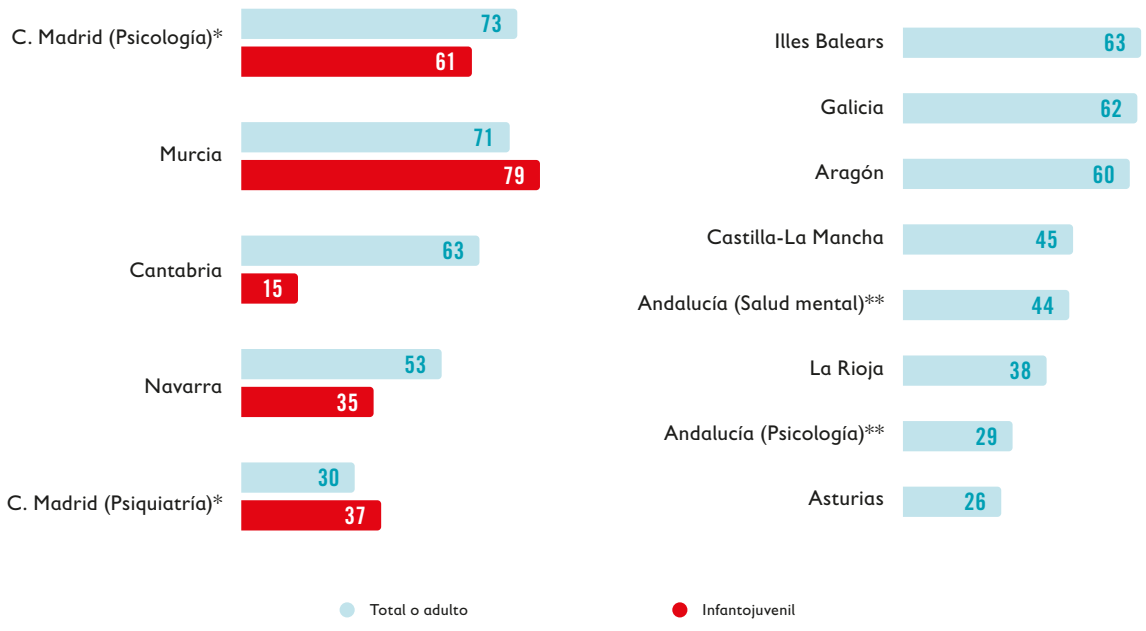
Para el caso específico de asistencia en salud mental para niños, niñas y adolescentes solo conocemos el dato de algunas comunidades autónomas. Por ejemplo, en Murcia, donde para la primera consulta hay un tiempo de espera de 79 días y para segunda consulta de 28 días; o en la Comunidad de Madrid, de 61 días para psicología clínica y 37 días para psiquiatría. **Se trata, en la mayoría de casos, 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 informan los programas de prevención de suicidio consultados, los servicios de salud mental infantojuveniles 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 deja de atender a la mayor parte de niños, niñas y adolescentes que sufren, ven agravarse sus problemas, tienen conductas más de riesgo, son expulsados del instituto, tienen mayores conflictos en casa, etc.** Esta situación de desborde se ha visto especialmente intensificada tras la pandemia.

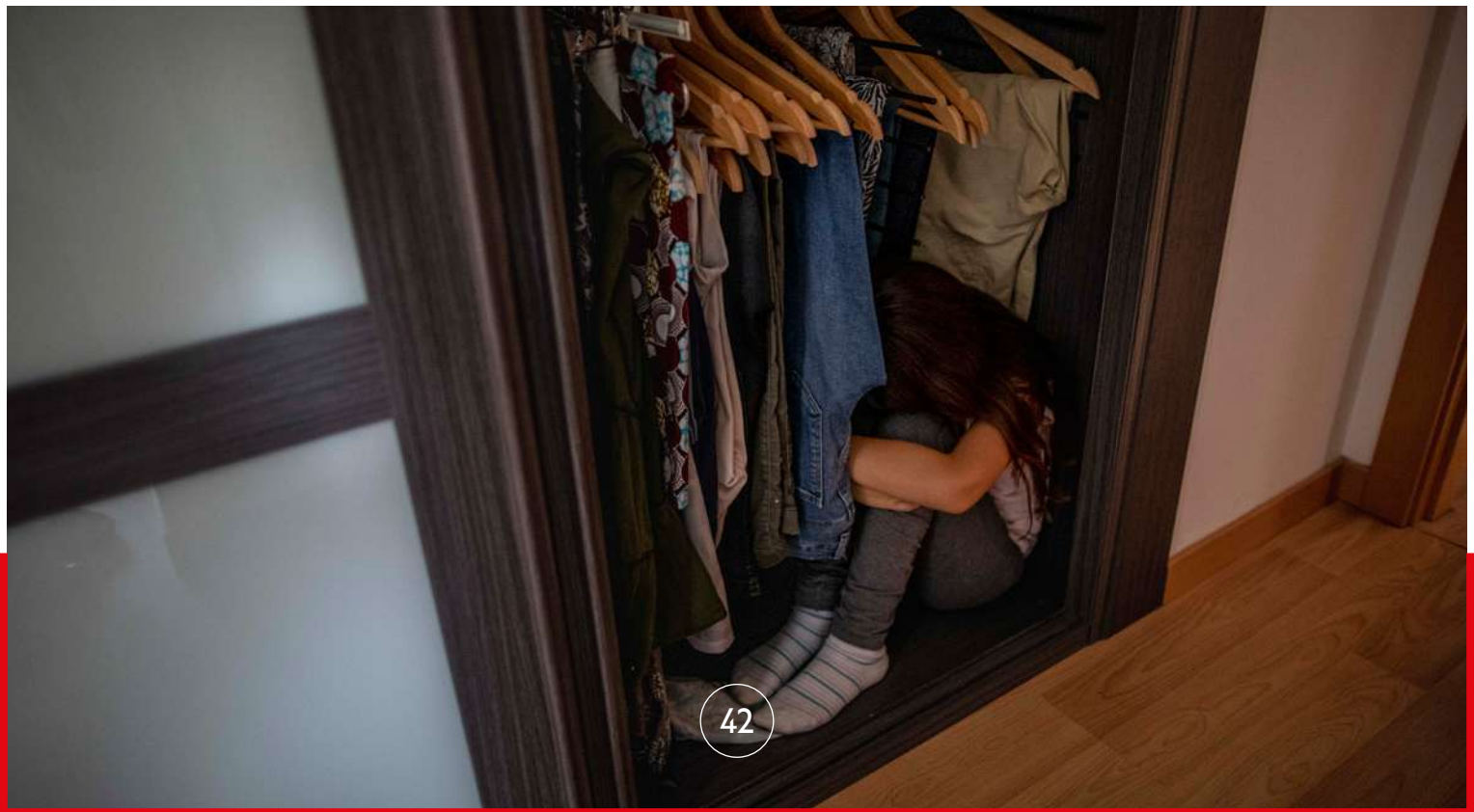
19 https://stces.me/3xRW0ax

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

Gráfico 19. **Días en lista de espera para recibir atención psicológica o psiquiátrica**



Fuente: Defensor del Pueblo, excepto (*) Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020 y (**) tiempos de respuesta asistencial. Listas de espera. Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud y Familias.
Notas: el Defensor del Pueblo no consiguió los datos para todas las comunidades autónomas. Los datos de la Comunidad de Madrid son del 2016, los de Andalucía de 2021, y los de Galicia, Navarra y Asturias de 2018.
El Defensor del Pueblo no específica el año de los datos de las otras de comunidades autónomas.



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 España hay alrededor de 6 psicólogos en el Servicio Nacional de Salud** (SNS) **por cada 100.000 habitantes.** Estas ratios varían según las comunidades autónomas, desde los 10,3 de Navarra hasta los 3,2 de Andalucía. El número de psicólogos y psicólogas ha aumentado en los últimos años, pero de forma desigual a nivel regional, destacando Cantabria, la Comunidad de Madrid, Canarias y la Comunitat Valenciana entre las comunidades dónde más han aumentado.[21] Sin embargo, **solo el 60% de los hospitales del SNS cuentan con atención psicológica.** En los últimos cuatro años, las plazas en las convocatorias de formación especializada en Psicología Clínica han aumentado un 45%, destacando Cantabria, Murcia y Castilla y León que han doblado el número de plazas.[22]

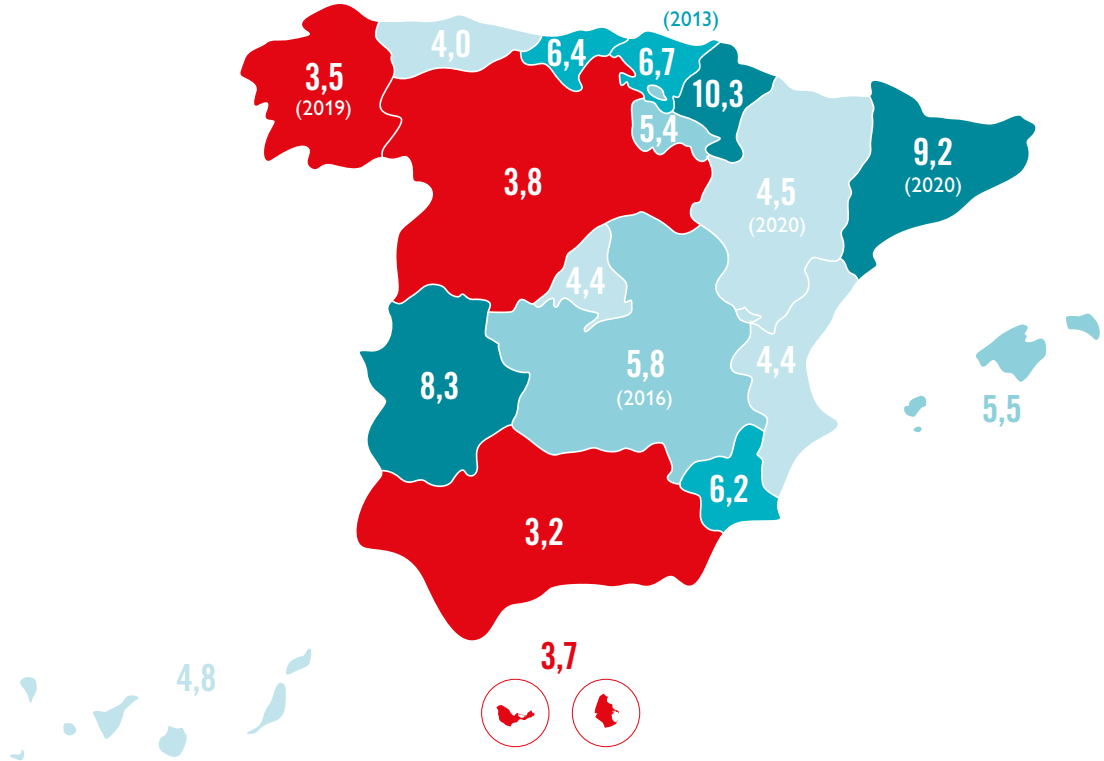
A diferencia de la mayor parte de los estudios de medicina, en que existen diferentes especialidades de formación, en psiquiatría, igual que en la psicología, solo existe una única especialidad y es la de Psiquiatría y Psicología Clínica, que no diferencia específicamente entre pacientes adultos y menores de edad. El programa formativo de la especialidad de Psiquiatría y Psicología Clínica recomienda una rotación en Psiquiatría y Psicología Clínica de la Infancia y Adolescencia en el cuarto año de residencia con una duración de 6 meses.[23]

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

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

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

Gráfico 20. **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.

El pasado agosto de 2021 se aprobó el Real Decreto que **establece el título especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia,**[24] una reclamación histórica de los profesionales de este ámbito.

En el marco de la Estrategia de Salud Mental anunciada por el Gobierno se crea esta especialidad con el objetivo de **promover la detección e intervención temprana de trastornos mentales y del neurodesarrollo, incluidos los trastornos adictivos** en niños, niñas y adolescentes.

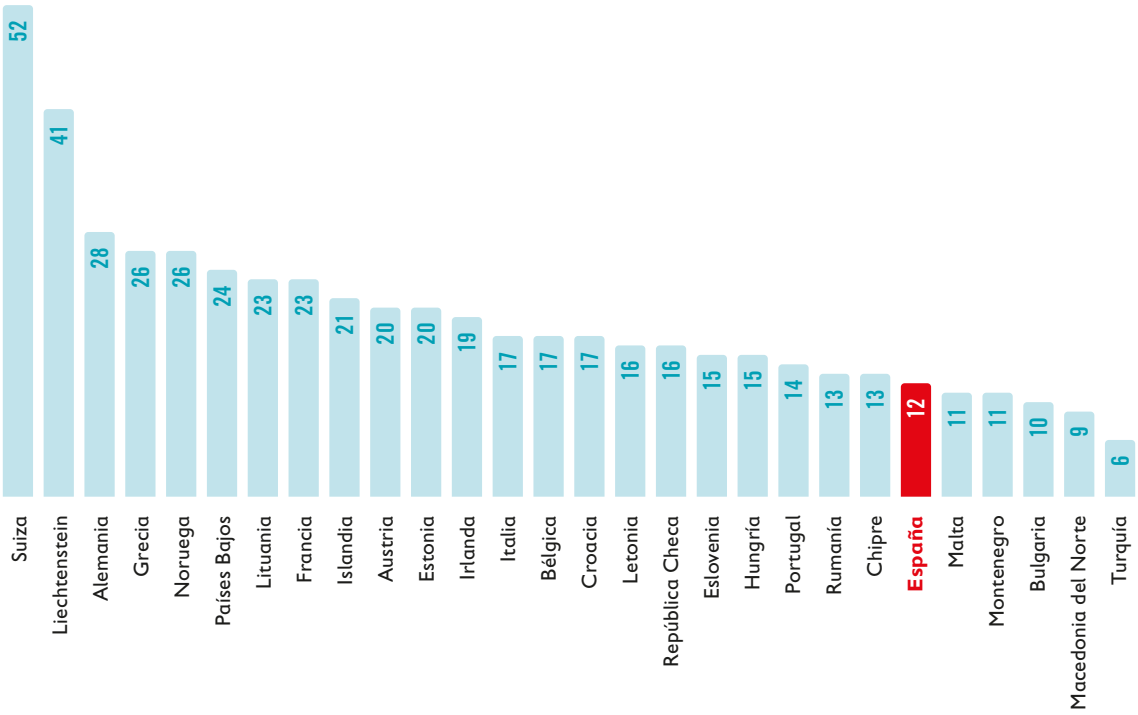
Sin embargo, el propio Real Decreto aprobado especifica que no habrá nuevas dotaciones presupuestarias a tal efecto y se utilizarán los recursos ya existentes.

Esto cobra especial relevancia en un contexto donde nuestras ratios de psiquiatras por habitante son de las más bajas de Europa. De nuevo, los datos que ofrece Eurostat incluyen los y las psiquiatras en hospitales privados no pertenecientes al Servicio Nacional de Salud (SNS). En este caso, cuando nos referimos solo al SNS la cifra baja del 12% al 4% del total (ver gráfico 21).[25]

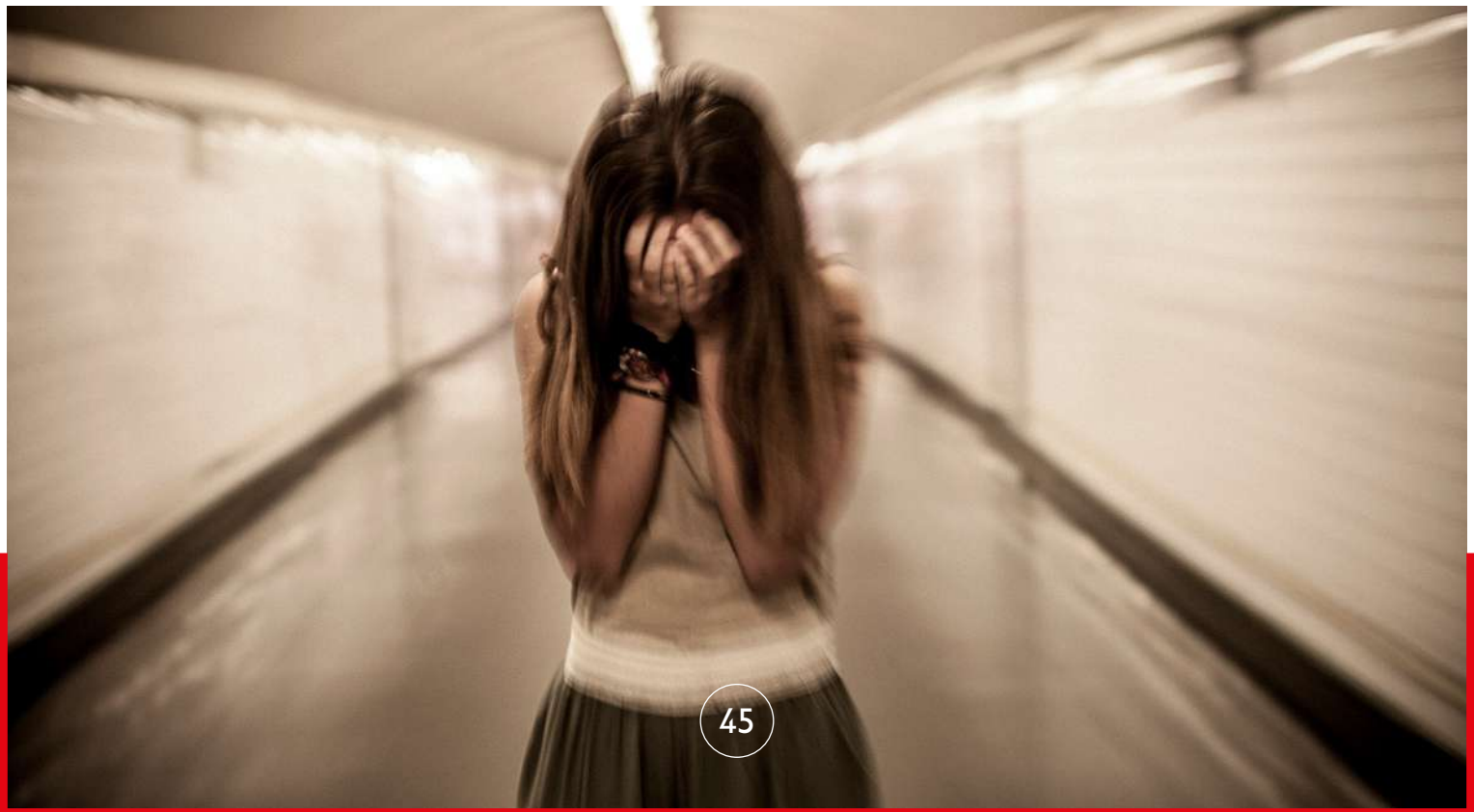
24 Real Decreto 689/2021, de 3 de agosto, por el que se establece el título de médico especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia y se actualizan diversos aspectos del título de médico especialista en Psiquiatría.

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

Gráfico 21. **Ratio de psiquiatras por 100.000 habitantes (2019)**



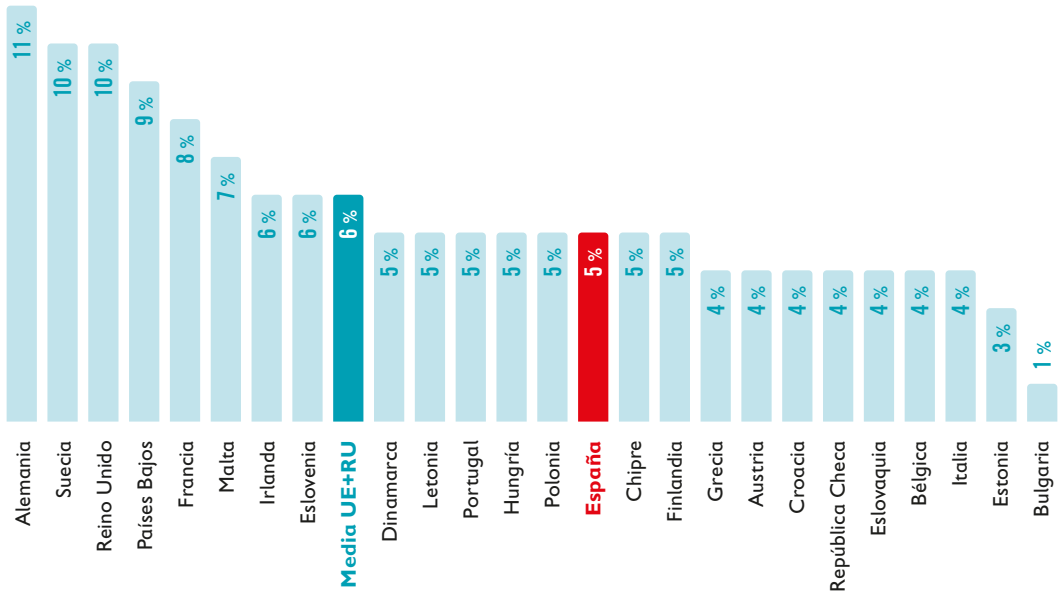
Fuente: Eurostat.
Nota: para el caso español Eurostat tiene en cuenta los y las psiquiatras en hospitales (personal vinculado y en formación), tanto del Servicio Nacional de Salud como privados.



3.5. Reto #4: Insuficiente inversión

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.** 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%.

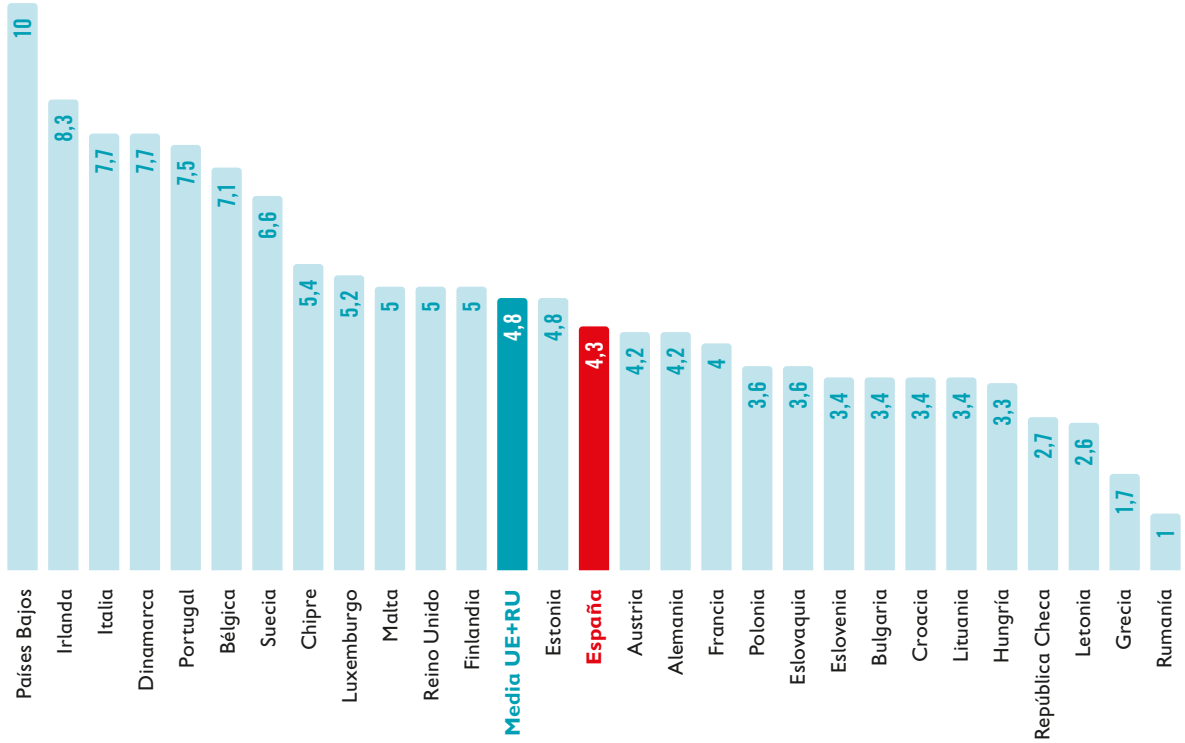
Gráfico 22. **Porcentaje de gasto sanitario en salud mental sobre el total del gasto en sanidad**



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. España también presenta un diferencial significativo en cuanto a la calidad del servicio sanitario.

Gráfico 23. **Calidad del servicio sanitario en salud mental (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, y 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 uno de los pocos países europeos, juntamente con Dinamarca y Suecia, que no tiene límite de sesiones.[26]

26 No obstante, la atención es limitada, por ejemplo, para las víctimas de violencia sexual. Estas cuentan con un límite inicial de sesiones que, en algunas comunidades autónomas, es prorrogable.

3.7. Reto #5: frecuencia de las visitas

Una vez que los niños, niñas y adolescentes han entrado dentro del sistema público de salud mental, un reto al que se enfrentan para tener una asistencia de calidad es la frecuencia de las visitas médicas. En nuestro país, **las intervenciones se producen con baja frecuencia, con espacios de hasta 3 meses entre visita y visita**[27] **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.[28] Por ejemplo, en Aragón era de 4 consultas persona/año, en Asturias de 3 en 2018, en Canarias de 3 y en Navarra, que diferencia adultos e infantojuvenil, se situó en 2018 en 3 en ambos casos.[29] En el caso de Andalucía, y siguiendo la misma definición, el promedio fue de 6 consultas en el 2018 en las unidades infantojuveniles, mientras que fue de 4 en las unidades comunitarias.[30] Los problemas de salud mental necesitan tiempo y continuidad para poder realizar una vinculación y un acompañamiento al paciente que realmente le ayude.

3.8. Reto #6: Acabar con la sobremedicación

Uno de los efectos derivados de la saturación del sistema es la sobremedicación. Las largas listas de espera para recibir atención del especialista en salud mental llevan a que los médicos de atención primaria puedan recetar antidepresivos o psicofármacos ante casos de ansiedad o depresión con el objetivo de evitar la cronificación o agravación del problema antes de acceder a la atención especializada.[31] Hay que tener en cuenta que **España lidera el consumo mundial lícito de ansiolíticos, hipnóticos y sedantes,**[32] **y que este aumentó en 2019 un 4,5% –datos previos a la pandemia, desde la cual presumiblemente habrá aumentado.**[33] La falta de psicólogos en el Servicio Nacional de Salud y las presiones existentes en la atención primaria llevan a que parte del sufrimiento emocional de los niños, niñas y adolescentes españoles se pretenda solucionar con una pastilla, con la consiguiente exposición al riesgo de dependencia de estos medicamentos.

27 El Defensor del Pueblo recomienda al Gobierno y a las comunidades autónomas incrementar la asistencia psicológica en el Sistema Nacional de Salud. Defensor del Pueblo.

28 El propio Defensor del Pueblo indica que las mismas 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.

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

30 Datos de las Unidades de Salud Mental Infantojuvenil y Comunitaria, respectivamente. Fuente: Tiempos de respuesta asistencial. Listas de espera. Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud y Familias.

31 La Psicología ante la Pandemia de la COVID-19 en España. ***La Respuesta de la Organización Colegial,*** por Fernando Chacón-Fuertes, vicepresidente del Consejo General de Psicología de España.

32 Según el índice de consumo por cada 1.000 habitantes de benzodiacepinas. Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2019 (incb.org).

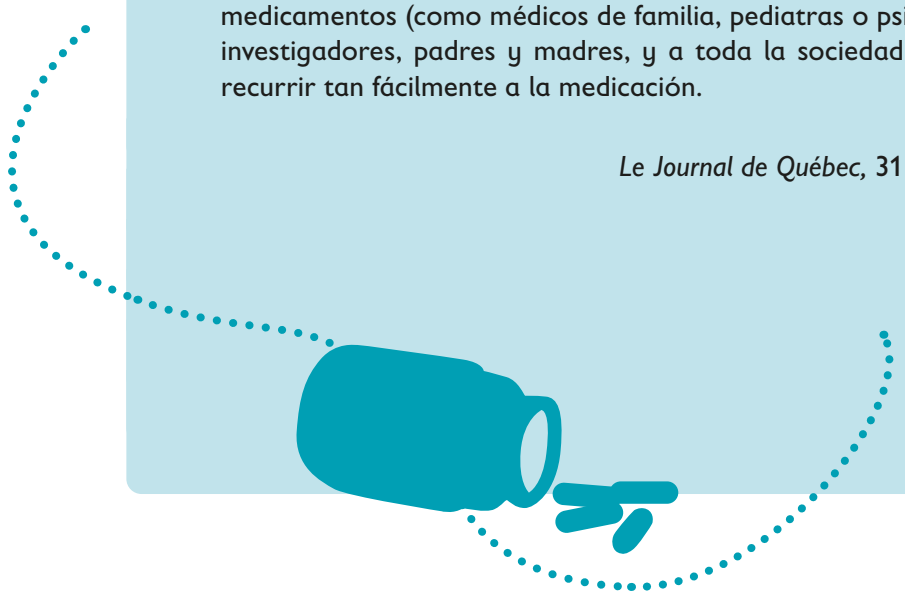
33 *United Nations.* (2021). Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2020. *United Nations Publications.*

TDAH Y MEDICAMENTOS: ¿HEMOS IDO DEMASIADO LEJOS?

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

Se trata de una alarma que también han levantado grupos de profesionales, madres 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.





4. RECOMENDACIONES Y BUENAS PRÁCTICAS

Proponemos recomendaciones a partir de las necesidades detectadas en materia de salud mental y con el objetivo de eliminar los obstáculos para que la infancia y la adolescencia pueda 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.

Algunas de nuestras recomendaciones están alineadas con los objetivos y recomendaciones planteados en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026[34] aprobada en diciembre de 2021. En algunos casos, nuestras recomendaciones ofrecen opciones concretas para la implementación y desarrollo del contenido de la Estrategia.

4.1. Prevención y detección temprana

La Estrategia (objetivo 2.1.1.) señala la necesidad de integrar la promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales en el marco de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del Servicio Nacional de Salud. Desde una perspectiva preventiva y con foco en la primera infancia, el objetivo otorga una especial prioridad a la promoción del desarrollo psicosocial de los niños y niñas (hasta los 5 años) desde los servicios de atención primaria.

• • •

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

La Estrategia 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 niñas (objetivos 5.1.4. y 9.1.5.). En esta misma línea, identificamos que:

34 https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5590

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

Asociaciones de profesores y profesoras comentan que no disponen de dicha formación obligatoria y que solo se ofrece en algunos cursos de manera voluntaria. Además, resulta de vital importancia que tanto los centros como los docentes tengan claros los pasos a seguir cuando exista la sospecha de que algún niño, niña o adolescente puede tener (o estar desarrollando) alguna de estas patologías.

El coste de este tipo de medidas varía mucho en función del tipo de formación y la duración de la misma, pero existen ejemplos que permiten cuantificar dicho coste de manera aproximada. Por ejemplo, en Inglaterra se han destinado 9,5 millones de libras (11,2 millones de euros) en 2021 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 España hay cerca de 19.000 centros públicos** según el Ministerio de Educación y Formación Profesional, una medida equivalente que cubriera el total de centros tendría **un coste de 44,6 millones de euros.**

• • •

Recomendación 1.2. **Difundir y promover la utilización de servicios como el Teléfono de la Esperanza y otros servicios de atención urgente para cuestiones relacionadas con la salud mental más allá del suicidio, gratuita, anónima y especializada, que cuentan con servicios multidisciplinares y que son atendidos por psicólogos, orientadores familiares, psiquiatras, abogados, trabajadores sociales y otros especialistas.**

En esta misma línea, la Estrategia identifica el potencial de desarrollar una red de atención telefónica eficiente, coordinada e integrada para la detección precoz de problemas de salud mental, con énfasis particular en el abordaje del riesgo suicida (objetivo 3.2.6).

Está comprobado que estos servicios permiten dar el apoyo necesario en el caso de crisis específicas. Además, resultan extremadamente fáciles de utilizar por parte de los usuarios de todas las franjas de edad y, en particular, en el caso de los niños, niñas y adolescentes que pueden tener más complicaciones a la hora de saber dónde acudir en busca de ayuda y/o cómo desplazarse hasta el lugar en cuestión. Se estima que implementar **un teléfono gratuito 24/7 dirigido exclusivamente a niños, niñas y adolescentes,** en el cual siempre hubiera tres personas trabajadoras disponibles, **costaría casi medio millón de euros** teniendo en cuenta un coste por hora y por persona de 18 euros.

> ***«En un ambiente de confianza te sientes mejor, te relajas, no te juzgas».***
>
> — Adolescente de los grupos de participación de Save the Children.

¿QUÉ HACEMOS EN SAVE THE CHILDREN?

Programa BÚHO

Desde 2020, Save the Children impulsa el **programa «Búho»** como parte de la intervención de Programas de Protección frente a la Violencia. Su objetivo principal es mitigar o reducir el trauma (consecuencias psicológicas severas) que las situaciones de violencia provocan en niños, niñas y adolescentes a través de una adecuada detección, valoración y atención clínica especializada. Las personas beneficiarias del programa son niños, niñas y adolescentes en situación de pobreza o exclusión social vinculados a nuestros programas de Lucha contra la Pobreza con necesidades de atención en salud mental no atendidos ni priorizados por los servicios públicos.

Helpline «CONTIGO»

Consiste en una **línea telefónica y chat gratuitos** para que niños y niñas puedan hablar de sus problemas, preocupaciones o simplemente compartir alguna experiencia. El servicio trabaja en coordinación con los equipos de intervención directa de Save the Children para derivar o pedir informaciones y se basa en la confidencialidad y el anonimato, la escucha activa, el respeto y la ausencia de prejuicios a las experiencias narradas. En 2020 se produjeron 443 contactos (294 al teléfono, 149 vía chat).

La Estrategia contiene un foco significativo en la formación de los y las profesionales de atención primaria, de salud mental, en general, todos aquellos otros relacionados con la atención a las personas con problemas de salud mental como recurso clave para la prevención y gestión de los riesgos de salud mental de la infancia (objetivos 5.2.5. y 5.2.6. y 9.1.4; recomendaciones 9. I-III y 5. I y II).

Por ello, identificamos la necesidad de que, en el ámbito sanitario, junto a la elaboración de protocolos específicos de actuación,[35] se deberían realizar cursos de formación para todo el personal sanitario en atención primaria en temas de promoción, prevención y detección temprana infantojuvenil, así como incluir una nueva oferta de formación profesional para promover la detección e intervención temprana de trastornos mentales y del neurodesarrollo incluidos los trastornos adictivos en los niños, niñas y adolescentes.

Esta nueva figura podría integrarse tanto dentro de las estructuras actuales de los servicios de atención primaria, como en otros centros públicos con un alto contacto con diferentes colectivos con riesgo de desarrollar un problema de salud mental. El contenido de esta formación especializada debería centrarse en la detección de las patologías de salud mental entre la población infantil y en la adolescencia.

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

Recomendación 1.3. **Implementar programas de prevención y promoción en salud mental en los centros educativos donde existen buenas prácticas sobre diferentes tipos de programas.**[36]

> ***«Tenemos que aprender a amarnos a nosotros mismos. No ser tan exigentes ni con nosotros mismos ni con los demás».***
>
> — Niña, 13 años, Melilla.

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,[37] 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 sentimiento 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.[38]

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

36 Estos programas y líneas de actuación pueden canalizarse, al menos parcialmente, en el marco de los protocolos de actuación a regular por las administraciones educativas en el marco de la LOPIVI (art. 34).

37 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.

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

- **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,[39] 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[40] 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 en el currículo académico

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

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 profesionales en los temas de salud mental, así como en la capacitación de los jóvenes que experimentan síntomas de empeoramiento de la salud mental.** En este sentido, el programa *Espai Jove.net* es un programa comunitario de alfabetización de salud mental cuyas intervenciones incluyen campañas informativas, oferta formativa a jóvenes y familias a través de AMPAS escolares y a profesionales del ámbito sanitario, educativo, social y comunitario, y el desarrollo de una página web. La evidencia muestra que este tipo de programas incrementan los conocimientos en salud mental,[41] 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.

39 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.

40 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.

41 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.

- **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.

• • •

Recomendación 1.4. **Multiplicar los esfuerzos y la financiación pública a la reducción en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas entre la población de niños, niñas y adolescentes en España.**

Como hemos visto, las cifras de consumo de estas sustancias nocivas entre los jóvenes de nuestro país resultan todavía muy elevadas y se inician en edades muy tempranas. La edad de inicio del consumo de este tipo de sustancias, así como la intensidad en este consumo, están claramente relacionadas con el elevado número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en personas menores de 18 años. Por lo tanto, cualquier avance en la reducción del consumo y en el retraso de la edad de inicio de este consumo en la población se verá traducido en importantes reducciones de patologías relacionadas con el consumo de sustancias, desde trastornos afectivos –como la depresión o la ansiedad– hasta trastornos psicóticos. Al mismo tiempo, se reducirán los costes de tratamiento en el sistema de salud pública en el futuro ya que se reducirá la probabilidad de desarrollar algunas enfermedades en la etapa adulta.

La Estrategia subraya la promoción de hábitos de vida saludables como vía de prevención de uso de sustancias y adicciones (objetivo 2.2., recomendación 2. IV), señalando la necesidad de redoblar los esfuerzos en áreas con alto riesgo de exclusión social, discriminación, pobreza y marginalidad, con el fin de actuar sobre los determinantes sociales, incluidos los determinantes de género, de estos problemas (objetivo 2.2.1.).

Para conseguir este objetivo son necesarias campañas masivas de información en los centros educativos, así como a través de las principales redes sociales. Resulta de vital importancia incluir toda la comunidad educativa (tanto de educación obligatoria como post-obligatoria) para **informar a los niños, niñas y adolescentes sobre estos efectos nocivos y los riesgos asociados** a ellos. No solo los potenciales riesgos de desarrollar una enfermedad física, siendo también el riesgo de generación de problemas de salud mental con un proceso de tratamiento y recuperación complejo. Esta campaña podría ir en la línea de la campaña #YoMeVacunoSeguro iniciada en septiembre de 2021 en redes sociales (TikTok e Instagram) para incentivar la vacunación entre los más jóvenes.

• • •

Recomendación 1.5. **Mejorar las estadísticas de salud mental, así como aquellas relacionadas con el suicidio.**

Tenemos datos en España de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) desde 1987. Sin embargo, su periodicidad ha variado entre los 2 y los 6 años y no siempre se ha incluido un módulo de salud mental. El buen diseño de políticas públicas requiere poder contar con información periódica y reciente sobre múltiples aspectos de la salud física y mental de niños, niñas y adolescentes, así como de su acceso a la atención médica de calidad y el entorno familiar y escolar en el que crecen.

Así lo reconoce la propia Estrategia, que incide en la necesidad de mejorar los sistemas de información sobre salud mental, con indicadores cuantitativos y cualitativos comunes y compa-

rables en todas las comunidades autónomas que ofrezcan información de calidad para el desarrollo de informes, investigaciones y toma de decisiones (objetivo 10.1.4.).

Recomendamos por tanto la actualización de la ENS como mínimo cada dos años, desarrollando más las preguntas de salud mental (por ejemplo, incluyendo un listado de trastornos mentales y del comportamiento, así como pensamientos suicidas). En el caso concreto del suicidio, la falta de datos es aún más preocupante. En las estadísticas oficiales de mortalidad existe una infradeclaración o mala clasificación de los suicidios.[42] Esta falta de datos afecta al diseño de políticas para evitar el suicidio. La prevención de la conducta suicida en niños, niñas y adolescentes requiere de buenos datos, así como de una información responsable sobre el mismo desde las autoridades públicas.

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.
- Consolidar la especialidad de Psiquiatría y Psicología infantojuvenil.
- Aumentar el número de plazas convocadas de Psicólogo Interno Residente (PIR) para incrementar el número de psicólogos y psicólogas en el Servicio Nacional de Salud (SNS). Para ello, y siguiendo la recomendación de la Asociación Nacional de Psicólogos y Residentes (ANPIR), se recomienda doblar el número de plazas anuales hasta las 400, lo que supondría 200 plazas más al año respecto a 2021. El coste extra de estas plazas para tener el doble de psicólogos (respecto a la situación actual) en 7 años sería de 168 millones de euros.[43] Teniendo en cuenta que en 2021 el 18,38% de la población española tiene entre 0 y 18 años, el coste proporcional de las plazas de psicólogos que se destinarían a la población infantil equivaldría a 31 millones de euros.
- Aumentar el número de plazas convocadas de Médico Interno Residente (MIR) en especialidad de Psiquiatría para incrementar el número de psiquiatras en el SNS. Para ello, se recomienda doblar el número de plazas anuales hasta las 600,

42 Barbería, Eneko, et al. «Mejora de la estadística de mortalidad por suicidio en Tarragona (Catalunya, España) entre 2004 y 2012» Revista de Psiquiatría y Salud Mental 11.4 (2018): 227-233.

43 Este es el coste total de los 7 años de aumentar estas 200 plazas anuales de PIR. Se supone que todos los psicólogos y psicólogas se quedarían en el sistema público al terminar la residencia.

lo que supondría unas 300 plazas más al año respecto a las del 2021. El coste extra de estas 300 plazas anuales para llegar a una ratio de alrededor de 17 psiquiatras por cada 100.000 (al nivel de Italia, Bélgica o Croacia) en 4 años sería de 87 millones de euros.[44] En este caso, el coste proporcional de las plazas de psiquiatras que se destinarían a la población infantil equivaldría a 12,4 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.), recogidos en la 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*[45] 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% versus 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% comunitarios y 30% hospitalarios). 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 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 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 la niña. En España ya se han implementado algunos pilotos con buenos resultados como es el caso, por ejemplo, del ECID *(Equip Clínic d'Intervenció a Domicili)* en Barcelona. Este programa va dirigido a adolescentes de entre 12 y 18 años con alto riesgo psicológico y riesgo de exclusión social con dificultades en atender una consulta médica. Las visitas se realizan en el hogar, centro educativo o en la calle, según se acuerde.

44 Este es el coste total de los cuatro años de aumentar estas 300 plazas anuales en Psiquiatría. Se establece cuatro años porque es la duración de la residencia en Psiquiatría.

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

4.3. Prevención del suicidio

• • •

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

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

• • •

Recomendación 3.2. **Formación del personal educativo en prevención y detección temprana de comportamientos suicidas en el ámbito escolar.**

En su línea específica dedicada a la conducta suicida, la Estrategia no menciona de forma explícita a la escuela como uno de los ámbitos en los cuales se deba promover la formación para la detección y manejo de la conducta suicida (más allá del desarrollo de protocolos). Sin embargo, la capacitación del personal educativo es fundamental.

Algunas administraciones públicas en España (Comunidad de Madrid, Andalucía o Catalunya), junto con asociaciones de psicólogos (como ANPIR o PRINCESA81), ofrecen formación al personal docente en estos temas. Estos son solo algunos de los ejemplos de las prácticas que funcionan y que deberían generalizarse para llegar a todo el conjunto de la población de niños, niñas y adolescentes en España. Ofrecer un curso de 8 horas a todo el personal docente del Régimen General del sistema educativo español costaría unos 33 millones de euros. Estos programas de formación deberían actualizarse y ofrecerse de manera anual para llegar a las nuevas incorporaciones de personal educativo en el sistema, así como para incluir elementos nuevos relacionados con la salud mental que van apareciendo con el paso del tiempo. Esta actualización también permitiría que el personal educativo pueda ir planteando las dudas que vayan surgiendo en el día a día de la implementación de estas estrategias en el sistema educativo.

• • •

Recomendación 3.3. **Redacción de protocolos específicos por parte de las Consejerías de Educación de cada comunidad autónoma 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.

EL CÓDIGO RIESGO SUICIDIO (CRS) DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA

En España no existe ningún plan o programa de prevención del suicidio a nivel estatal ni estrategia alguna en su Sistema Nacional de Salud (SNS). De hecho, en la cartera de servicios comunes del SNS no se menciona la prevención del suicidio.

A pesar de que las comunidades autónomas no tienen ningún marco de referencia a nivel nacional, algunas sí han elaborado o están en proceso de elaboración de planes de prevención del suicidio que incluyen algunas actuaciones específicas para la población infantojuvenil. Por ejemplo, en Catalunya se puso en marcha en 2014 el programa Código de Riesgo Suicidio (CRS) del Departamento de Salud y alcanzó la cobertura completa en el año 2016. Se trata de un programa protocolizado de actuaciones asistenciales y preventivas de la conducta suicida. Este código contempla que se dé respuesta en menos de 72 horas cuando se trata de una persona menor de 18 años.

El objetivo principal del programa CRS es detectar precozmente a las personas que han realizado un intento de suicidio o que presentan un alto riesgo de suicidio, proporcionar atención urgente y seguimiento preventivo continuado en función del nivel de riesgo de suicidio, para aumentar la supervivencia de la población atendida por conducta suicida y prevenir la repetición de los intentos de suicidio y, en definitiva, reducir la mortalidad por suicidio en Catalunya.

El programa CRS comprende: (1) un sistema de vigilancia y registro de las conductas suicidas (Registro del Código Riesgo Suicidio–CRS); y (2) una intervención de prevención indicada de la conducta suicida.

El programa CRS consta de 3 fases:

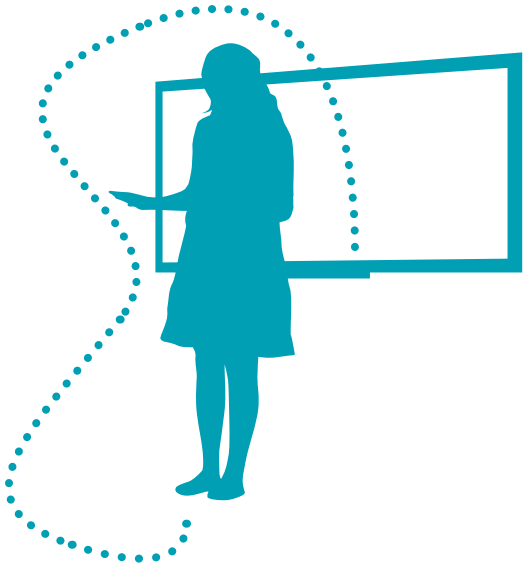
1. **Detección precoz y cribado inicial del riesgo de suicidio:** ante la sospecha de un caso de intento o de riesgo de suicidio, cualquier servicio de salud público del Sistema Sanitario Integral Catalán (SISCAT) puede activar un sistema de coordinación para derivar el caso a los dispositivos de atención de emergencia.
2. **Atención y evaluación clínica especializada:** en los dispositivos de atención de emergencia se proporcionará atención sanitaria urgente y (re)evaluación clínica, por un profesional especializado en salud mental, del riesgo de suicidio y de la presencia de otros factores biopsicosociales de riesgo de suicidio.
3. **Seguimiento preventivo:** en caso de confirmación clínica del intento de suicidio o de alto riesgo de suicidio, tras el alta hospitalaria, se activará el seguimiento preventivo del caso mediante visita de atención especializada, llamada telefónica de seguimiento y visitas de seguimiento.

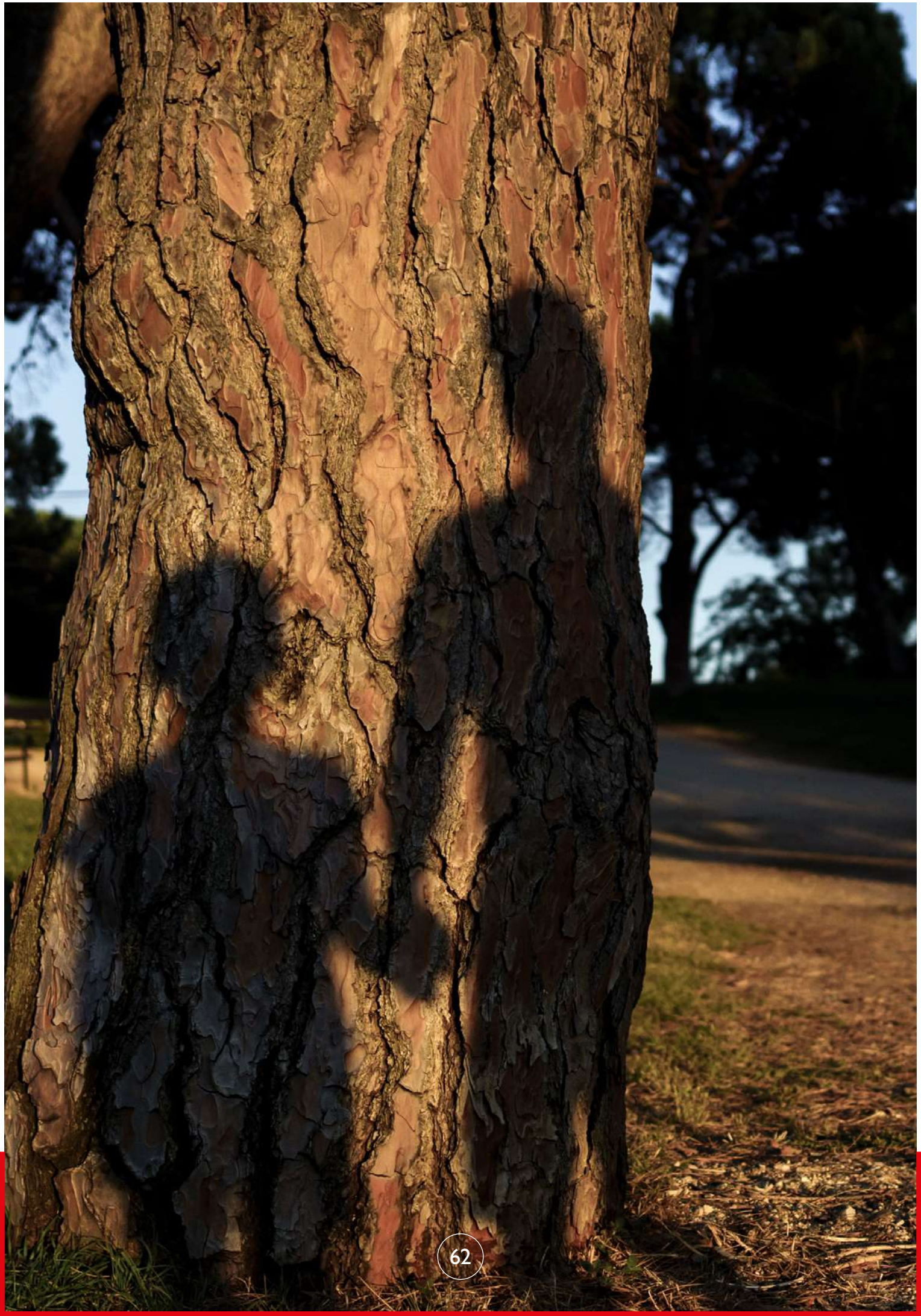
Recomendación 3.4. **Implementación en las aulas de programas dirigidos a la prevención del suicidio.**

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 *Saving and Empowering Young Lives in Europe* (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 (de aproximadamente en un 50%), que resultaría el más coste-efectivo de los evaluados.

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





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 y 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 desde todos los sectores de la sociedad estamos obligados a 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 el año 2021.

Ámbito de la encuesta y diseño muestral

La encuesta es representativa para el total de la población española y a nivel de comunidad autónoma.[46] 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. 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 de ellos 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 en mujeres es superior, representando estas 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 Encuesta Nacional de Salud 2017

Para la comparativa con la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2017 hay que tener en cuenta que las edades de los niños, niñas y adolescentes de ambas encuestas son distintas. La ENS 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 ENS 2017 tampoco se han utilizado los pesos muestrales de ésta.

Contenido de la encuesta

La mayoría de las preguntas incluidas en el cuestionario son equivalentes a las de la ENS 2017, a excepción de las preguntas sobre intenciones suicidas, estado general de la salud mental y aquellas sobre salud visual. Además, se añadieron algunas referencias a la crisis de la COVID-19.

A continuación, se presenta el cuestionario de la encuesta.

46 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.



ENCUESTA SOBRE EL ESTADO DE SALUD EN LA INFANCIA 2021

1. ¿Eres?

Hombre (1)	Mujer (2)

2. ¿Cuántos años tienes?

3. ¿En qué comunidad autónoma vives?

Andalucía (1)	Aragón (2)	P. de Asturias (3)	Illes Balears (4)	Canarias (5)
Cantabria (6)	Castilla y León (7)	Castilla-LM (8)	Catalunya (9)	C. Valenciana (10)
Extremadura (11)	Galicia (12)	Madrid (13)	Murcia (14)	Navarra (15)
Euskadi (16)	La Rioja (17)	Ceuta (18)	Melilla (19)	NA (99)

4. ¿En qué población vives?

5. Nivel de ingresos mensual del hogar

Hasta 600 € (1)	601-1000 € (2)	1001-1500 € (3)	1501-2000 € (4)	2001-2500 € (5)
2501-3000 (6)	3001-3500 € (7)	3501-4000 € (8)	4001-5000 € (9)	5001-8000 € (10)
Más de 8000 € (11)	NC (98)	NA (99)		

6. ¿Dónde naciste?

España (1)	Resto UE (2)	Rest. del mundo (3)	NS (98)	NC (99)

7. ¿Tienes pareja en la actualidad?

8. ¿Cuántos años tiene tu pareja?

Menos de 20 (1)	20-29 (2)	30-39 (3)	40-49 (4)	50-59 (5)
60-69 (6)	70-79 (7)	80-89 (8)	90 o más (9)	

9. ¿Tienes hijos/as?

Sí (1)	No (2) (fin de entrevista)

10. ¿Cuántos hijos/as tienes?

1 (1)	2 (2)	3 (3)	4 (4)	5 o más (5)

11. ¿Cuántos de tus hijos/as viven en la actualidad contigo?

1 (1)	2 (2)	3 (3)	4 (4)	5 o más (5)

12. ¿Puedes indicar edad y sexo de cada uno/a de tu/s hijos/as?

Vamos a comenzar hablando de la salud de (hijo/a).

13. En los últimos 12 meses, ¿dirías que el estado de salud de tu hijo/a ha sido?

Muy bueno (1)	Bueno (2)	Regular (3)	Malo (4)	Muy malo (5)

A continuación, verás una lista de enfermedades o problemas de salud.

14. Indica si padece o ha padecido (hijo/a) alguna vez alguna de estas enfermedades

	¿Alguna vez ha padecido?	¿La ha padecido en los últimos 12 meses?	¿Le ha dicho un/a médico/a que la padece?
Alergia crónica (asma alérgica excluida)			
Asma			
Diabetes			
Tumores malignos (incluye leucemia y linfoma)			
Epilepsia			
Trastornos de conducta (incluye hiperactividad)			
Trastornos mentales (depresión, ansiedad,...)			
Lesiones o defectos permanentes por un accidente			
Autismo o TEA (mayores de 2 años)			

Ahora hablaremos de la salud mental de tu (hijo/a).

15. En los últimos 12 meses, ¿dirías que el estado de salud mental de tu hijo/a ha sido?

Muy bueno (1)	Bueno (2)	Regular (3)	Malo (4)	Muy malo (5)

A continuación, una serie de frases que pueden describir las capacidades y dificultades de tu (hijo/a).

16. Contesta dependiendo de cómo se ajusta al comportamiento de tu hijo/a.

	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas			
Frecuentemente tiene rabietas o mal genio			

Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a			
Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a			
Tiene por lo menos un buen amigo			
Pelea con frecuencia con otros niños o se mete con ellos			
Se siente a menudo infeliz, desanimado/a o lloroso/a			
Es nervioso/a o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde la confianza en si mismo/a			
Otros niños se meten con él/ella o se burlan			
Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente			

17. ¿Crees que en los últimos meses tu (hijo/a) ha deseado estar muerto/a, ha pensado que su familia o amigos/as estarían mejor si él/ella no existiese, o ha intentado suicidarse?

Sí (1)	No (2)	NS (98)	NC (99)

A continuación, se plantean algunas preguntas sobre la salud dental de tu (hijo/a).

18. ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes habitualmente?

Nunca (1)	No todos los días (2)	Una vez al día (3)	Dos veces al día (4)	Tres o más al día (5)	NS (98)	NC (99)

19. ¿Cuánto tiempo hace que acudió tu (hijo/a) a su dentista, estomatólogo o higienista dental para examen, consejo o tratamiento de problemas de dentadura o boca?

Menos de tres meses (1)	Más de 3 meses y menos de 12 (2)	Hace un año o más (3)	Nunca ha ido (4)

20. La última vez que acudió tu (hijo/a), ¿cuáles de los siguientes tipos de asistencia recibió?

Revisión o chequeo	
Limpieza de boca	
Empastes (obturaciones), endodoncias, sellado de fisuras	
Extracción de algún diente/muela	
Fundas, puentes u otro tipo de prótesis	
Tratamiento de las enfermedades de las encías	
Ortodoncia	
Aplicación de flúor	
Otro tipo de asistencia	

21. El dentista, estomatólogo o higienista dental al que consultó tu (hijo/a) esta última vez, ¿era de?

Sanidad pública (1)	Sociedad médica (2)	Consulta privada (3)	Otros (4)	NS (98)	NC (99)

22. ¿Cuál es el estado de los dientes y muelas de tu (hijo/a)?

Tiene caries	
Le han extraído dientes/muelas	
Tiene dientes/muelas empastados (obturados) o sellados	
Le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente	
Los dientes que tiene están sanos	

23. En relación al total de ingresos del hogar, ¿cómo puedes cubrir los gastos derivados de los tratamientos bucodentales?

Con mucha dificultad (1)	Con dificultad (2)	Con cierta dificultad (3)	Con cierta facilidad (4)	Con facilidad (5)	Con mucha facilidad (6)

24. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez (niño/a) ha necesitado asistencia médica y no la ha recibido?

Sí (1)	No (2)	NS (98)	NC (99)

25. ¿Cuál ha sido la causa principal por la que (niño/a) no ha recibido esa asistencia?

No me lo podía permitir (demasiado caro o no cubierto por el seguro)	(1)
Había que esperar demasiado	(2)
Nadie pudo dejar las obligaciones familiares o laborales y llevar al niño/a	(3)
Demasiado lejos para viajar / sin medios de transporte	(4)
Miedo al médico / hospitales / exploraciones médicas / tratamiento	(5)
Quisimos esperar y ver si el problema del niño/a mejoraba por sí solo	(6)
Otras razones relacionadas con la COVID-19 (confinamiento domiciliario, saturación en la atención primaria, etc.)	(7)
Otras razones	(96)
NS	(98)
NC	(99)

Ahora verás unas preguntas sobre el peso y la talla de su hijo/a.

26. ¿Podrías indicar cuánto pesa tu (hijo/a), aproximadamente, sin zapatos ni ropa?

27. ¿Y cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos?

Las siguientes preguntas se refieren a hábitos de vida de tu (hijo/a) relacionados con la salud. Para comenzar responderás sobre los hábitos de descanso y ejercicio físico de tu hijo/a.

28. ¿Podrías indicar, aproximadamente, cuántas horas duerme habitualmente tu (hijo/a) al día? Incluye las horas de siesta.

29. ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que tu (hijo/a) realiza alguna actividad física en su tiempo libre?

No hace ejercicio. El tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente sedentaria (leer, ver la televisión, ir al cine, etc.)	(1)
Hace alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear en bicicleta, gimnasia suave, actividades recreativas que requieren un ligero esfuerzo, etc.)	(2)
Hace actividad física varias veces al mes (deportes, gimnasia, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc.)	(3)
Hace entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana	(4)
NS	(98)
NC	(99)

30. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo suele pasar (niño/a) frente a una pantalla, incluyendo el ordenador, la tablet, la televisión, los vídeos, los videojuegos o la pantalla del teléfono móvil?

1. De lunes a viernes				
Nada o casi nada (1)	Menos de una hora (2)	Una hora o más (3)	NS (98)	NC (99)
2. Sábado o domingo				
Nada o casi nada (1)	Menos de una hora (2)	Una hora o más (3)	NS (98)	NC (99)

31. Has indicado que pasa frente una pantalla una hora o más, ¿podrías indicar cuántas horas en promedio?

1. De lunes a viernes
2. Sábado o domingo

32. Para terminar con los hábitos de vida, ¿con qué frecuencia consume tu (hijo/a) los siguientes alimentos?

Una o más veces al día (1), De 4 a 6 veces a la semana (2), 3 veces a la semana (3), 1 o 2 veces a la semana (4), Menos de 1 vez a la semana (5), Nunca (6), No sé (98), No contesto (99)

Fruta fresca (excluyendo zumos)	
Carne (pollo, ternera, cerdo, cordero...)	
Huevos	

Pescado	
Pasta, arroz, patatas	
Pan, cereales	
Verduras, ensaladas y hortalizas	
Legumbres	
Embutidos y fiambres	
Productos lácteos (leche, queso, yogur)	
Dulces (galletas, bollería, mermeladas, cereales con azúcar, caramelos)	
Refrescos con azúcar	
Comida rápida (pollo frito, bocadillos, pizzas, hamburguesas)	
Aperitivos o comidas saladas de picar (patatas fritas, ganchitos, galletitas saladas)	
Zumo natural de frutas o verduras	

33. ¿Tiene tu hijo/a dificultad para ver?

No, ninguna dificultad (1)	Sí, alguna dificultad (2)	Sí, mucha dificultad (3)	No puede ver en absoluto (4)	NS (98)	NC 99)

34. ¿Cuánto tiempo hace que acudió tu hijo/a a su oftalmólogo u optometrista para examen, consejo o tratamiento de problemas de vista?

Hace 3 meses o menos (1)	Hace más de 3 meses y menos de 12 meses (2)	Hace un año o más (3)	Nunca ha ido (4)

35. El oftalmólogo u optometrista al que consultó tu (hijo/a) esta última vez, ¿era de?

Sanidad pública (1)	Sociedad médica (2)	Consulta privada (3)	Otros (4)	NS (98)	NC (99)

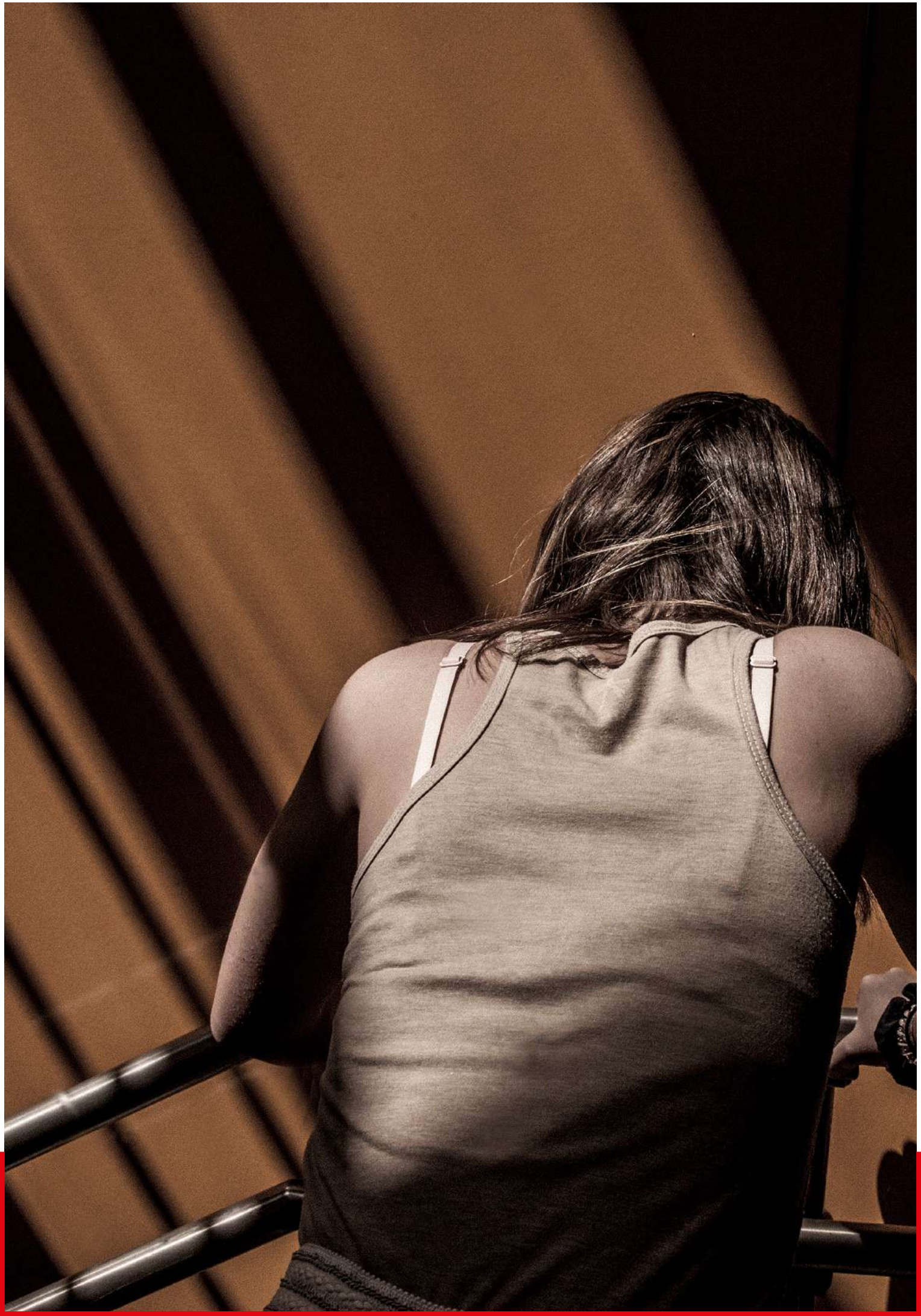
36. ¿Cuál es tu situación profesional principal en este momento?

Empleado/a a tiempo completo con contrato temporal	(1)
Empleado/a a tiempo completo con contrato indefinido	(2)
Empleado/a a tiempo parcial con contrato temporal	(3)
Empleado/a a tiempo parcial con contrato indefinido	(4)
Funcionario/a	(5)
Autónomo/a	(6)
En paro	(7)
ERTE	(8)
Estudiante	(9)
Jubilado/a	(10)
Incapacidad laboral	(11)
Otra situación de inactividad	(96)

37. ¿Cuál era tu situación profesional principal en el mes de febrero de 2020 (justo antes de la pandemia)?

Empleado/a a tiempo completo con contrato temporal	(1)
Empleado/a a tiempo completo con contrato indefinido	(2)
Empleado/a a tiempo parcial con contrato temporal	(3)
Empleado/a a tiempo parcial con contrato indefinido	(4)
Funcionario/a	(5)
Autónomo/a	(6)
En paro	(7)
ERTE	(8)
Estudiante	(9)
Jubilado/a	(10)
Incapacidad laboral	(11)
Otra situación de inactividad	(96)





Agradecimientos:

Teléfono de la Esperanza

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

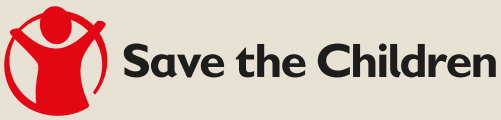
Grup de Recerca en Victimització Infantil i Adolescent (GReVIA)
de la Universitat de Barcelona, bajo la dirección de Noemí Pereda
y Georgina Guilera

Ana Alonso Caballo, Pilar Blanco Martínez
y Cristina Sanjuán Vázquez



Edita:

Save the Children España
Diciembre_2021


Save the Children


Save the Children