

## 8. SALUD

### Contenido

1 PRESENTACIÓN .....	3
2 DATOS CUANTITATIVOS DE PERSONAS MENORES DE 18 AÑOS EN ANDALUCÍA .....	3
2.1 Población menor de 18 años residente en Andalucía .....	3
2.1.3 Natalidad.....	3
2.1.4 Mortalidad infantil .....	5
2.4 Menores de edad en situación de vulnerabilidad .....	6
2.4.2 Salud mental infantil y juvenil.....	6
2.4.2.1 Atención a la salud mental en personas menores de edad .....	6
2.4.2.2 Personas menores de edad atendidas en unidades de salud mental.....	6
3 ACTUACIONES DE LA DEFENSORÍA. QUEJAS Y CONSULTAS .....	11
3.1 Quejas.....	11
3.1.2 Temática de las quejas.....	11
3.1.2.1 Derecho a la protección de la salud .....	11
3.1.2.2 Derecho a la educación.....	15
3.1.2.2.4 Servicios educativos complementarios.....	15
3.1.2.5 Derecho a la protección en el seno familiar .....	16
3.1.2.5.1 Conflictos en el seno de la familia .....	16
3.1.2.6 Derecho a recibir protección de los poderes públicos.....	16
3.1.2.6.4 Personas menores con especiales problemas de comportamiento .....	16
3.2 CONSULTAS.....	18
3.2.2 Temática de las consultas.....	18
3.2.2.1 Derecho a la salud .....	18
4 RELACIONES INSTITUCIONALES .....	20
4.1 Colaboración con los agentes sociales.....	20
4.2 Colaboración con otras Defensorías y Organismos Públicos .....	21
5 ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y DIVULGACIÓN DE DERECHOS.....	24
5.1 La voz de niños y niñas: El consejo de participación de la Defensoría de la Infancia y Adolescencia.....	24
6 LA SALUD MENTAL INFANTIL Y JUVENIL: UNA PRIORIDAD EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS ANDALUZAS.....	33
6.1 Atender la salud mental en la adolescencia: un beneficio para toda la sociedad .....	33

6.2 Una loable pero insuficiente e inconclusa reforma psiquiátrica .....	35
6.3 Defendiendo los derechos de niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental .....	40
6.4 La pandemia incrementa y agrava los problemas de salud mental de niños, niñas y adolescentes	51
6.5 El suicidio: la pandemia invisible .....	55
6.6 Algunas propuestas de mejora para la atención a los problemas de salud mental de la infancia y adolescencia .....	59
6.6.1 Incrementar la lucha contra el estigma de la enfermedad mental a través del conocimiento.....	60
6.6.2 Un sistema de información de datos que permita conocer la realidad y magnitud del problema	62
6.6.3 Incrementar las medidas de prevención y detección precoz de la enfermedad mental en las personas menores de edad .....	64
6.6.4 La lucha contra el suicidio: una actuación específica de prevención del suicidio de la población infantil y juvenil en Andalucía .....	65
6.6.5 Un nuevo impulso para mejorar la salud mental de la infancia y adolescencia en Andalucía .....	67

## 1 PRESENTACIÓN

...

Viene siendo práctica habitual que la Memoria incida en aquellos asuntos que mayor relevancia social o actualidad han tenido a lo largo del ejercicio. Este año el tema seleccionado ha sido la salud mental infantil y juvenil. Las reclamaciones que recibimos sobre los problemas de la salud mental de niños, niñas y adolescentes destacan por la fragilidad de los afectados y, simultáneamente, ponen en evidencia las carencias del Sistema sanitario público. Asistimos a un importante e inaplazable reto al que, a pesar de los avances realizados en los últimos años, todavía no se han destinado todos los medios y recursos necesarios especializados para afrontarlo de forma adecuada.

Analizamos los problemas para garantizar el derecho a la salud de las personas menores de edad afectadas por patologías mentales y cómo esta situación se ha visto agravada por la pandemia, especialmente en las personas más vulnerables. Ciertamente la Covid-19 ha añadido nuevos riesgos y desafíos derivados de las medidas necesarias que se han implementado para afrontar la crisis sanitaria. Además de las consiguientes dificultades para acceder a los servicios de salud mental, la situación de pandemia ha supuesto la privación de los beneficios de la socialización, la frustración de las expectativas personales, la proliferación del miedo y la incertidumbre por la salud propia o familiar y el incremento de problemas económicos y laborales, entre otros perjuicios.

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

...

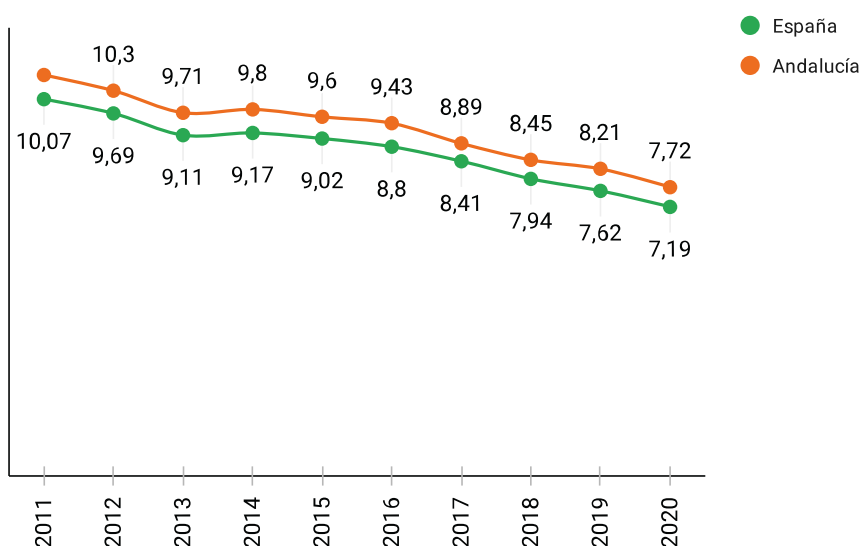
## 2 DATOS CUANTITATIVOS DE PERSONAS MENORES DE 18 AÑOS EN ANDALUCÍA

### 2.1 Población menor de 18 años residente en Andalucía

#### 2.1.3 Natalidad

En 2020 Andalucía registró una tasa bruta de natalidad de 7,7 nacidos por cada 1.000 habitantes, supone un descenso respecto al año anterior en 2019. Esta tasa fue de 8,21, lo que afianza la evolución descendente de los últimos años.

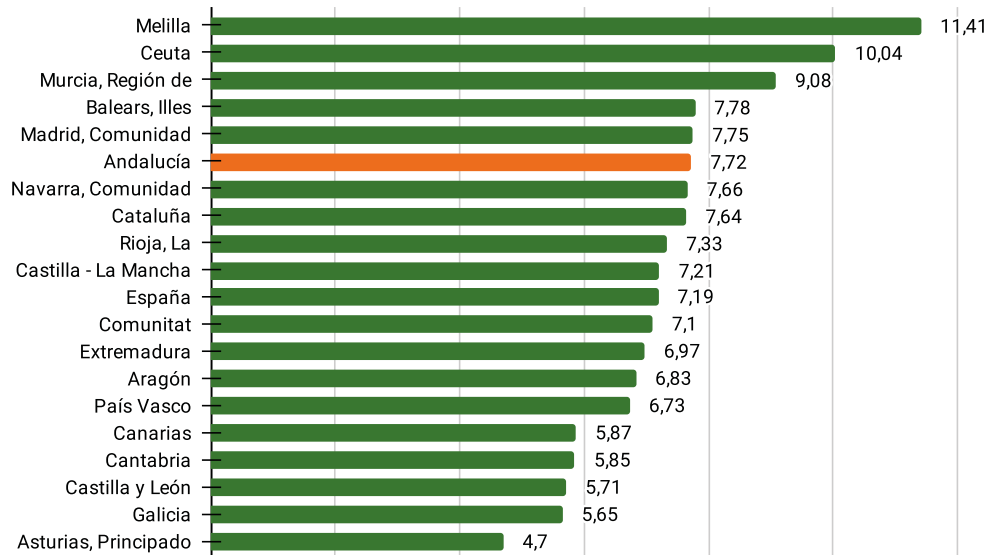
Gráfico 6: Evolución de la tasa bruta de natalidad. España y Andalucía, 2011 - 2020



Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de datos de Indicadores demográficos básicos, 2022. INE

La tasa registrada en Andalucía es superior a la media española, donde se registró una tasa de 7,19 nacimientos por cada 1.000 habitantes, situándose en valores similares a los de la Comunidad de Madrid (7,75) o la Comunidad Foral de Navarra (7,66). La comunidad con una menor tasa de natalidad es el Principado de Asturias (4,7).

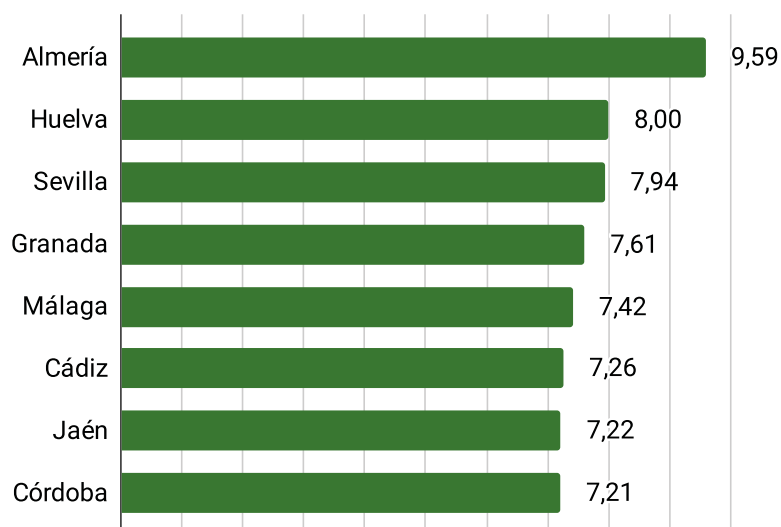
Gráfico 7: Tasa bruta de natalidad según comunidad autónoma. España, 2020



Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de datos de Indicadores Demográficos Básicos, 2022. INE

En cuanto a las provincias andaluzas, Almería (9,59), Huelva (8,0) y Sevilla (7,94) registran una tasa bruta de natalidad por encima de la media andaluza, por el contrario, Córdoba (7,21) y Jaén (7,22) son las provincias con menor tasa dentro de la comunidad.

Gráfico 8: Tasa bruta de natalidad según provincia. Andalucía, 2019



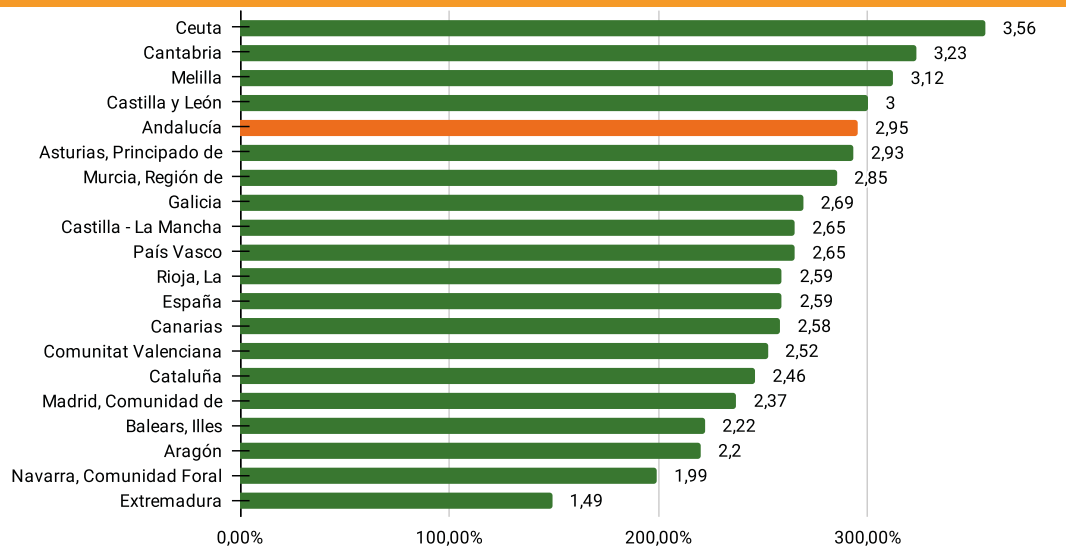
Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de Indicadores demográficos básicos, edición 2020. INE

### 2.1.4 Mortalidad infantil

La tasa de mortalidad infantil en Andalucía en 2020 se situó en 2,95 defunciones de menores de 1 año por cada 1.000 nacidos vivos, respecto al año anterior es una tasa con un leve descenso (en 2019 fue de 3,05), siguiendo con la tendencia descendente de los últimos años.

La tasa andaluza es algo más elevada que la media española (2,59), con valores similares a comunidades como Castilla y León (3,00) o Principado de Asturias (2,93).

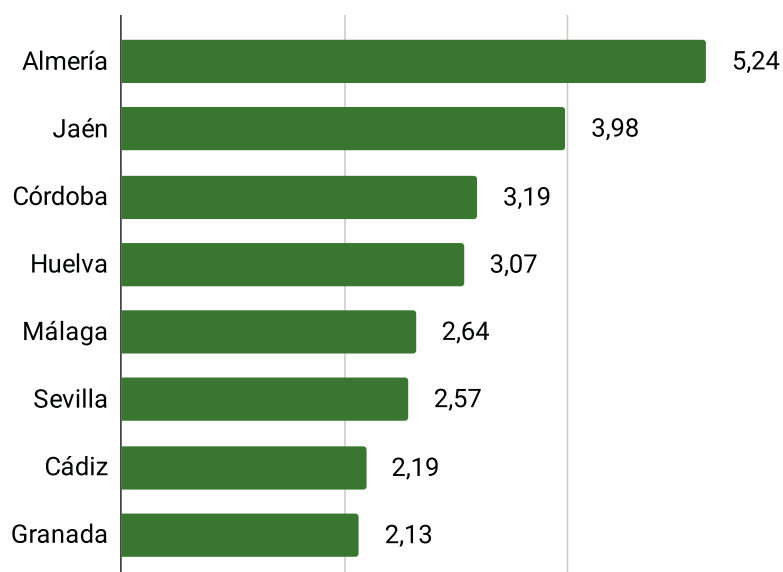
Gráfico 9: Tasa de mortalidad infantil según comunidad autónoma. España, 2020



Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de Indicadores demográficos básicos, edición 2020. INE

Almería (5,24) y Jaén (3,98) registran los datos más elevados de defunciones de menores de 1 año por cada 1.000 nacimientos. Granada registra la menor tasa de mortalidad infantil con 2,13 defunciones.

Gráfico 10: Tasa de mortalidad infantil según provincias. Andalucía, 2020



Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de Indicadores demográficos básicos, edición 2020. INE

## 2.4 Menores de edad en situación de vulnerabilidad

### 2.4.2 Salud mental infantil y juvenil

#### 2.4.2.1 Atención a la salud mental en personas menores de edad

El Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud marca la vía de acceso a los servicios de salud mental, que en población infantil y adolescente se realiza a través de la atención primaria (pediatría hasta los 14 años o medicina de familia). Una vez la o el profesional elabora su diagnóstico, deriva a las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC). El especialista elaborará un plan de tratamiento y, si lo considera necesario, remitirá a la persona menor de 18 años a alguno de los dispositivos más especializados, como son las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ).

El **III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020**, incluye entre sus objetivos favorecer la detección precoz de problemas de salud mental en la población infantil y adolescente y prestar una atención de calidad, que facilite el desarrollo evolutivo de niñas, niños y adolescentes y la construcción de su proyecto vital, una atención que incluya transversalmente la perspectiva de la infancia y adolescencia en todas las demás estrategias.

#### 2.4.2.2 Personas menores de edad atendidas en unidades de salud mental

De acuerdo con el informe de análisis de la atención sanitaria a la salud mental en 2019, a lo largo de 2019 se atendió en las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) a 26.044 personas menores de 18 años con historia clínica de salud mental abierta en Diraya Atención Hospitalaria (DAH), que suponen el 12,0% de las personas atendidas (217.037). Del total de menores de edad, el 60,8% son niños y el 39,2% niñas menores de 18 años.

En las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil o USMIJ -dispositivo básico de atención especializada a la salud mental de niñas, niños y adolescentes- se atendió a 21.164 <sup>1</sup> personas menores de 18 años en Andalucía y a 17.538 se les creó una hoja de registro en la historia clínica de salud mental abierta en DAH en dicho año (el 82,9% de las mismas).

En 2019, el 51,7% de los niños, niñas y adolescentes atendidos en USMIJ de Andalucía (con historia clínica abierta en DAH) no tenían un diagnóstico, el 45,5% presentaban algún trastorno mental diagnosticado, un 1,7% se diagnosticaron sin patología psiquiátrica o con factores relacionados con el ambiente socio-familiar (acontecimientos vitales estresantes y problemas para manejar dificultades vitales) y el 1,1% tenían un diagnóstico de trastorno mental sin especificación.

Un cierto número de chicos y chicas atendidos en USMC y/o en USMIJ en 2019 cumplió los 18 años ese mismo año, por lo que la siguiente información les incluye. En total se han contabilizado 28.354 personas de 0 a 18 años de edad atendidas en USMC con historia clínica abierta a lo largo de 2019, un 3,0% más que en 2018.

El 91,1% de las mismas fueron atendidas en este tipo de recursos de salud mental (25.819) solamente, las demás personas fueron atendidas tanto en USMC como en USMIJ (2.535).

En USMIJ se atendió a 17.343 personas menores de 19 años con historia clínica abierta en 2019, un 6,1% más que en 2018. El 85,4% (14.808) de estas personas fueron atendidas en este tipo de recursos de salud mental solamente, las restantes fueron atendidas en USMC y en USMIJ.

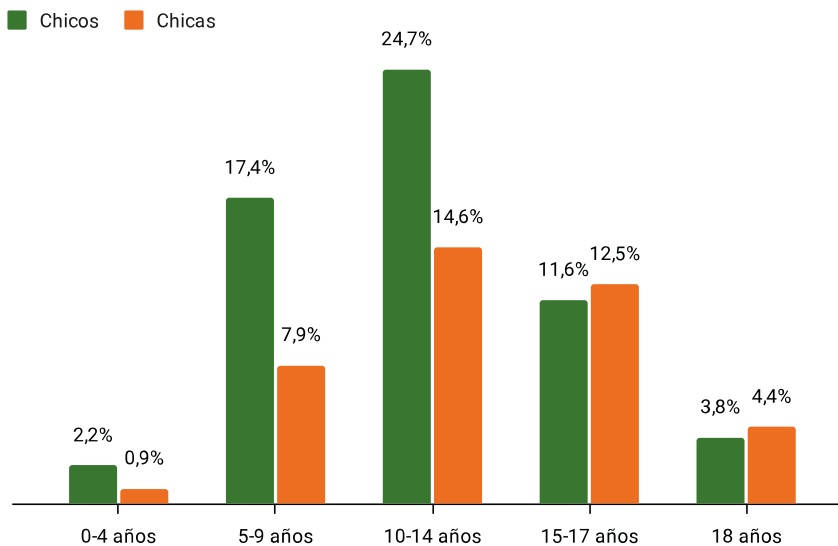
Según los datos registrados en Diraya Atención Hospitalaria de Andalucía, la tasa de atención en las USMC de personas de 0 a 18 años es de 1.825 por cada 100.000 personas menores de 19 años. La tasa de atenciones en USMIJ es de 1.117 por cada 100.000 personas de 0 a 18 años.

Son niños el 59,7% de las personas menores de 0 a 18 años atendidas en USMC de Andalucía en 2019 y el 72,5% de las y los atendidos de estas edades en USMIJ. Las edades más frecuentes de las personas

<sup>1</sup> Según los datos extraídos de Citaweb.

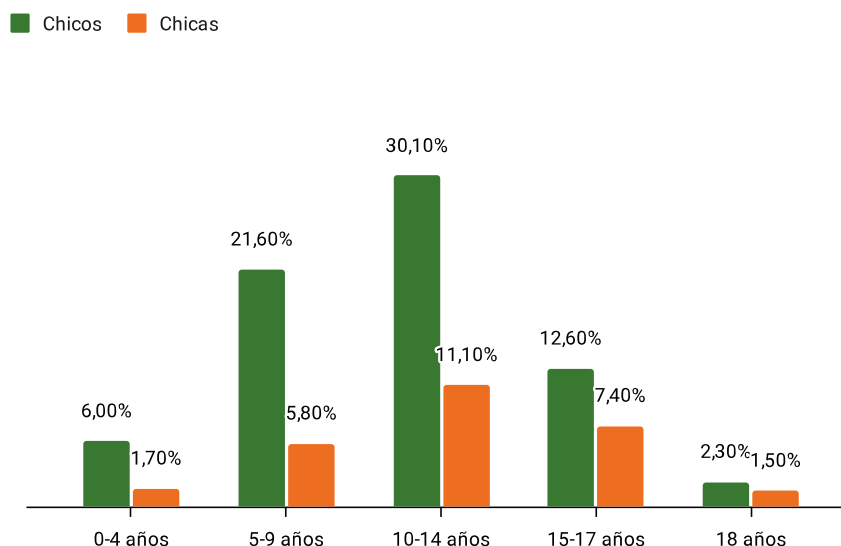
menores de 19 años atendidas tanto en USMIJ como en USMC son las comprendidas entre los 10 y los 14 años y las comprendidas entre los 5 y los 9 años.

**Gráfico 30: Distribución porcentual de personas de 0 a 18 años con historia clínica abierta en Unidades de Salud Mental Comunitaria según sexo y rango de edad**



Fuente: Elaboración OIA-A, a partir de datos del Informe Análisis de la atención sanitaria a la salud mental 2019. Consejería de Salud y Familias, 2021.

**Gráfico 31: Distribución porcentual de personas menores de 19 años con historia clínica abierta en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil según sexo y edad**



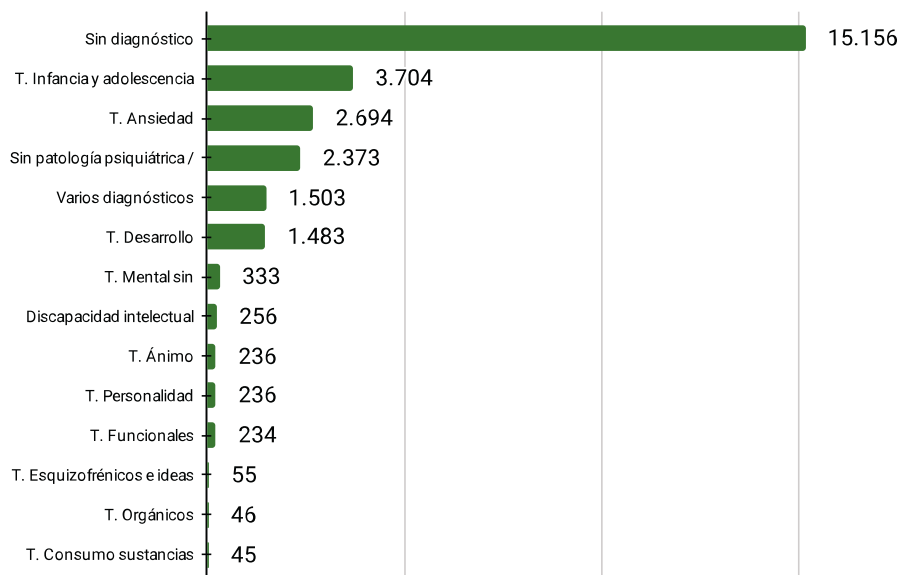
Fuente: Elaboración OIA-A, a partir de datos del Informe Análisis de la atención sanitaria a la salud mental 2019. Consejería de Salud y Familias, 2021.

El 53,3% de las personas menores de 19 atendidas en USMC y el 51,8% de las atendidas en USMIJ de Andalucía no tienen un diagnóstico registrado. El número de personas de estas edades sin diagnóstico se ha incrementado en 2019 respecto a otros años.

Los diagnósticos más frecuentes de las personas menores de 19 años atendidas en USMC de la Comunidad Autónoma son trastornos de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (13,1%), trastornos de

ansiedad (9,5%), diagnósticos sin patología psiquiátrica o "códigos Z"<sup>2</sup> (8,4%), varios diagnósticos (en diversos grupos) (5,3%) y trastornos del desarrollo (5,2%).

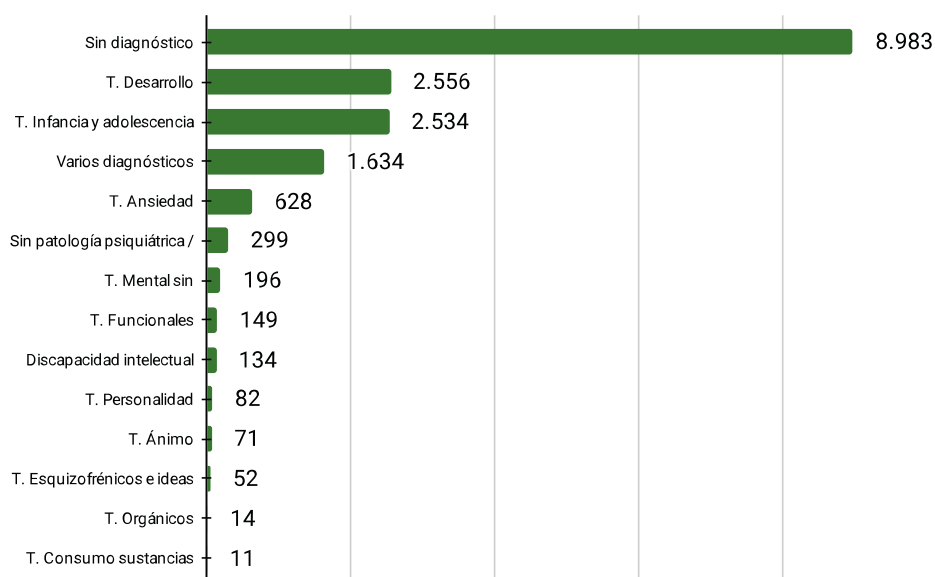
**Gráfico 32 Número de personas menores de 19 años atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria según grupo de diagnóstico**



Fuente: Elaboración OIA-A, a partir de datos del Informe Análisis de la atención sanitaria a la salud mental 2019. Consejería de Salud y Familias, 2021

Los diagnósticos más habituales entre las personas menores de 19 años atendidas en USMIJ de Andalucía son trastornos del desarrollo (14,7%), trastornos de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (14,6%), varios diagnósticos o en diversos grupos (9,4%) y trastornos de ansiedad (3,6%).

**Gráfico 33: Número de personas menores de 19 años atendidas en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil según grupo de diagnóstico**



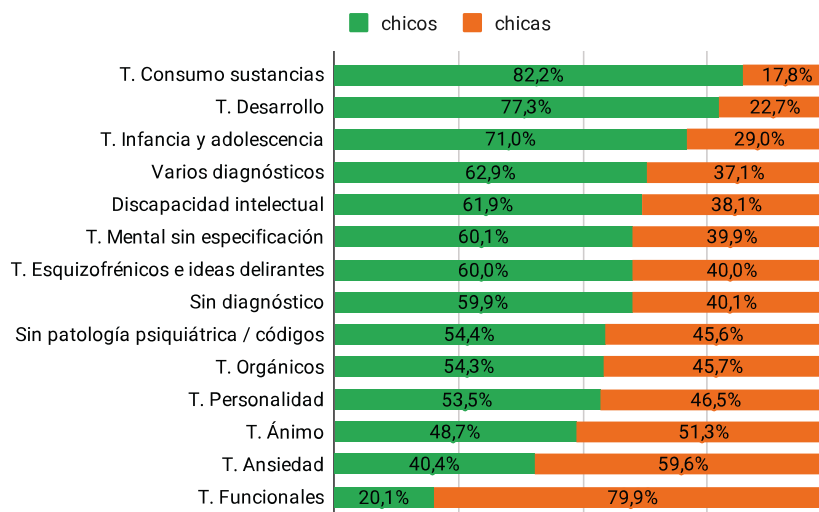
Fuente: Elaboración OIA-A, a partir de datos del Informe Análisis de la atención sanitaria a la salud mental 2019. Consejería de Salud y Familias, 2021

<sup>2</sup> Los códigos Z de la CIE-10-ES indican la presencia de factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios sanitarios. Suelen ser problemas asociados al ambiente familiar, social y/o laboral, acontecimientos vitales estresantes o problemas para el manejo de las dificultades de la vida.



Entre las personas de 0 a 18 años atendidas en USMC de Andalucía en 2019, es mayor el porcentaje de niños que el de niñas en la mayoría de los tipos de diagnóstico. En concreto, son chicos el 82,2% de las personas menores de 19 años diagnosticadas con trastornos por consumo de sustancias psicotrópicas, el 77,3% de las que presentan trastornos del desarrollo y el 71,0% de las diagnosticadas con trastornos de comienzo habitual en la infancia y adolescencia. En cambio, son más elevados los porcentajes de chicas diagnosticadas con trastornos funcionales (79,9%), trastornos de ansiedad (59,3%) y trastornos del estado del ánimo (51,3%).

**Gráfico 34: Distribución porcentual de chicas y chicos menores de 19 años atendidos en Unidades de Salud Mental Comunitaria según grupo de diagnóstico**

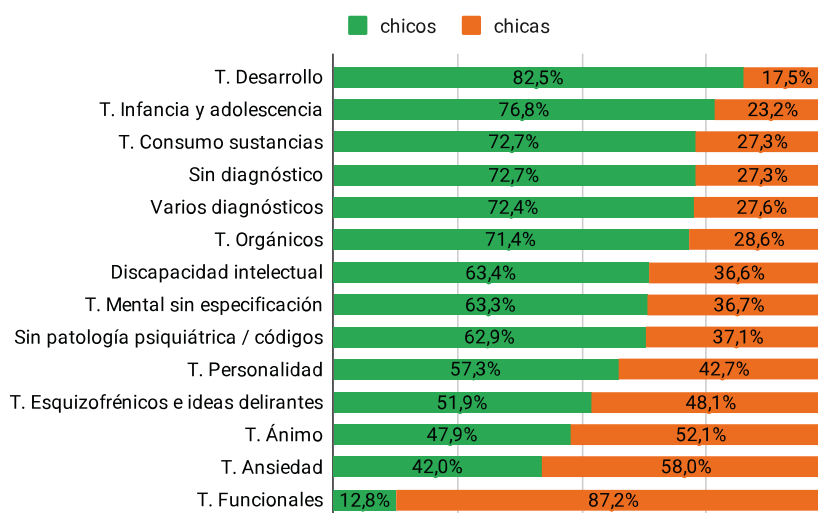


Fuente: Elaboración OIA-A, a partir de datos del Informe Análisis de la atención sanitaria a la salud mental 2019. Consejería de Salud y Familias, 2021.

Entre las personas menores de 19 años atendidas en USMIJ de Andalucía en 2019, en la mayoría de los tipos de diagnóstico es mayor el porcentaje de niños que el de niñas. Así, son chicos el 82,5% de las personas de 0 a 18 años diagnosticadas con trastornos del desarrollo, el 76,8% de las diagnosticadas con trastornos de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, el 72,7% de las personas menores de 19 años con trastornos por consumo de sustancias psicotrópicas, el 72,7% de las que no tienen diagnóstico, el 72,4% de quienes tienen varios tipos de diagnóstico y el 71,4% de quienes tienen trastornos orgánicos.

Solo es mayor el porcentaje de chicas que de chicos entre las personas de 0 a 18 años diagnosticadas con trastornos funcionales (87,2% chicas), con trastornos de ansiedad (58,0%) y con trastornos del ánimo (52,1%).

Gráfico 35: Distribución porcentual de chicas y chicos menores de 19 años atendidos en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil según grupo de diagnóstico



Fuente: Elaboración OIA-A, a partir de datos del Informe Análisis de la atención sanitaria a la salud mental 2019. Consejería de Salud y Familias, 2021.

Por último, el 2,4% de las 10.673 personas que ingresaron en Unidades Hospitalarias de Salud Mental (UHSM) de Andalucía a lo largo de 2019 tenían menos de 18 años (149 niñas y 107 niños). En 2018 eran menores de 18 años el 2,2% de las personas ingresadas en las UHSM andaluzas (136 chicas y 94 chicos).

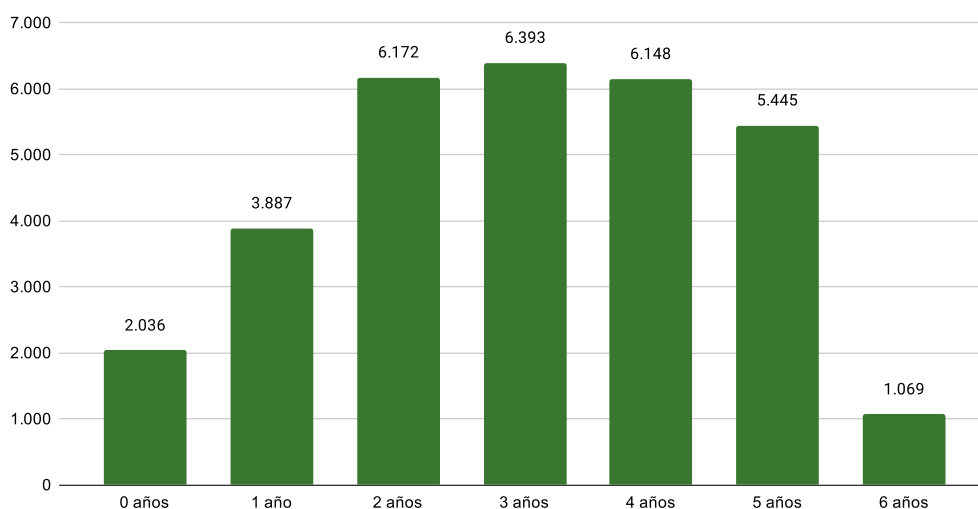
### Atención temprana

Atención Temprana es un conjunto de actuaciones dirigidas a la población de 0 a 6 años, a sus familias y al entorno, con el objetivo de dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan niños y niñas con trastorno en su desarrollo o con riesgo de padecerlos. Estos trastornos del desarrollo pueden ser trastornos del desarrollo cognitivo, trastornos del desarrollo del lenguaje, trastornos de la expresión somática, trastornos emocionales, trastornos de la regulación y el comportamiento o trastornos de la relación y la comunicación.

A lo largo de 2021 han recibido Atención Temprana 31.150 personas de 0 a 6 años en Andalucía, el 70,0% niños y el 30,0% niñas. Respecto a 2020 se ha incrementado en un 12,5% el número de niños y niñas que reciben Atención Temprana.

El 20,5% de estos niños y niñas tiene 3 años de edad en 2021, el 19,8% tiene 2 años, el 19,7% 4 años, el 17,5% tiene 5 años, el 12,5% tiene 1 años, el 6,5% 0 años y el 3,4% tiene 6 años de edad.

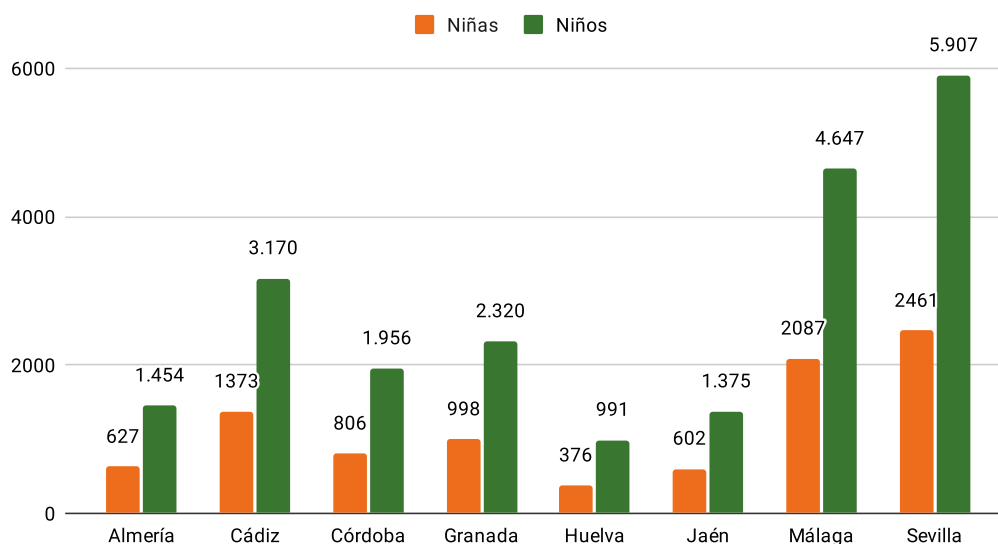
Gráfico 36: Número de personas de 0 a 6 años en Atención Temprana según edad



Fuente: Elaboración OIA-A, a partir de datos de la Consejería de Salud y Familia, 2022.

En Sevilla se encuentran el 26,9% de los niños y niñas de Andalucía que han recibido Atención Temprana en 2022, en Málaga el 21,6%, en Cádiz el 14,6%, el 10,7% en Granada. Huelva (4,4%), Jaén (6,3%), Almería (6,7%) y Córdoba (8,9%) presentan cifras más bajas niñas y niños en Atención Temprana.

Gráfico 37: Número de personas de 0 a 6 años en Atención Temprana según género y provincia



Fuente: Elaboración OIA-A, a partir de datos de la Consejería de Salud y Familia, 2022.

### 3 ACTUACIONES DE LA DEFENSORÍA. QUEJAS Y CONSULTAS

#### 3.1 Quejas

##### 3.1.2 Temática de las quejas

###### 3.1.2.1 Derecho a la protección de la salud

La necesidad de un enfoque particularizado de las necesidades de salud de la infancia y la adolescencia, dentro del sistema sanitario público, viene teniendo un dilatado reflejo normativo en Andalucía, que parte de la Ley de Salud de nuestra comunidad autónoma 2/1998, de 15 de junio, a tenor de la cual, en relación con los servicios de salud de Andalucía y sin perjuicio de lo dispuesto en la legislación básica del Estado, los niños disfrutarán de todos los derechos generales contemplados en la presente Ley y de los derechos específicos contemplados en el artículo 49 de la vigente Ley 4/2021, de 27 de julio, de Infancia y Adolescencia de Andalucía (artículo 6.3); teniendo asimismo derecho a actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes (artículo 6.2).

Precisamente la reciente Ley 4/2021, de 27 de julio, vigente desde el 30 de agosto de 2021, derogó expresamente la Ley 1/1998, de 20 de abril, de los Derechos y la Atención al Menor, salvo su título III, regulando ahora en su artículo 49 el derecho a la salud y a la atención sanitaria de los niños, niñas y adolescentes, respecto de los que subraya su preámbulo que «son titulares de todos los derechos humanos y es vital considerar que los derechos de la infancia ocupan una posición propia».

A ello podemos añadir el preexistente contenido del Decreto 246/2005, de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de los menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y se crea el Consejo de Salud de las personas menores de edad; así como las prestaciones singulares incorporadas al sistema sanitario público de Andalucía y financiadas por el mismo, mejorando la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, como la prestación de la asistencia dental a las personas de 6 a 15 años protegidas por el Sistema Sanitario Público de Andalucía, que data del año 2001 y que actualmente regula el Decreto 521/2019, de 23 de julio; o el Decreto 415/2008, de 22 de julio, por el que se garantiza a la población infantil menor de un año el derecho a la prestación farmacéutica gratuita del sistema sanitario público de Andalucía.

Este enfoque específico que la salud y la atención sanitaria a la infancia y a la adolescencia ha merecido en la regulación normativa andaluza, se ha plasmado a la postre en la iniciativa conducente a la formulación de una [Estrategia de salud 2021-2025](#), por Acuerdo del Consejo de Gobierno de 26 de enero de 2021.

*Quejas relacionadas con la conveniencia de vacunar a niños y niñas frente a la COVID-19*

Entretanto este proyecto culmina, el ejercicio 2021 ha suscitado algunas cuestiones relacionadas con el derecho a la protección de la salud de las personas menores de edad, en buena parte coincidentes con las que han afectado a las que se encuentran en la edad adulta, como las demoras en la atención especializada y el derecho de libre elección de facultativo, y otras más vinculadas a su consideración jurídica de personas de menor edad, como las manifestadas en el ámbito de la salud pública ligado a la pandemia o a la atención pediátrica en el nivel primario de salud.

Se han suscitado quejas relacionadas con la conveniencia de vacunar a niños frente a la COVID-19. Por lo que se refiere al plano de la **salud pública**, el dilema sobre la decisión de la conveniencia o inconveniencia del sometimiento de niños y niñas a la inmunización mediante la vacunación frente a la COVID-19 (Queja 21/5792), o sobre la práctica de prueba diagnóstica por PCR (Queja 20/8001), nos ha devuelto al terreno ya conocido de los instrumentos para dirimir el conflicto entre progenitores que discrepan sobre un aspecto tan esencial en la vida de sus hijos. Conflicto que, aunque planteado en un escenario de pandemia inédito, no difiere en lo sustancial de desencuentros previos ya conocidos.

Tratándose de la prueba PCR, avanzábamos en el Informe Anual de 2020 el supuesto planteado con ocasión de la comunicación al servicio de salud del contacto estrecho mantenido con persona contagiada por coronavirus en su núcleo familiar, que un padre había realizado respecto de su hija de 12 años de edad, con la finalidad de que fuera sometida a prueba diagnóstica, obteniendo cita pediátrica que puso en conocimiento de la madre.

Esta última, como referíamos, se opuso tenazmente a la realización de la prueba y, a pesar de ser advertida de su necesidad y obligatoriedad por la pediatra de la menor, refiere el Distrito de Atención

Primaria que la actitud de la madre determinó que las enfermeras del punto de Autocovid cedieran a sus presiones, viéndose el padre abocado a buscar el diagnóstico en el servicio de urgencias hospitalarias con resultado negativo y posteriormente el servicio de salud sometido a increpación por la madre.

Un sinsentido con una menor en el centro de un debate en torno a su derecho a la protección de la salud, que la Asesoría Jurídica del Servicio Andaluz de Salud informa remitiendo a la legislación civil de aplicación (artículos 154, 156 y 162 del Código civil) y al artículo 9.3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, para concluir que corresponde a ambos padres, si no han sido privados de la patria potestad, ejercer la representación del hijo común menor de edad.

En este sentido, aclara el informe que los progenitores pueden tomar las decisiones relativas a la salud del hijo o hija de forma individual o conjunta, en función de su importancia, siendo válido el acto realizado por un progenitor con patria potestad en ausencia del otro, si este acto es conforme al uso social y a las circunstancias, en los casos de visitas e intervenciones de carácter ordinario, rutinarias y sin riesgo. En caso de desacuerdo, sin embargo, solo cabe la decisión judicial que, en aras del principio de interés superior del menor, habrá de atribuir la toma de la decisión a uno u otro progenitor.

*Seguimos  
recibiendo  
quejas por la  
insuficiencia de  
especialistas en  
pediatría*

En opinión de esta Institución, aunque lo deseable es que los padres comprendan la conveniencia de afrontar de común acuerdo las decisiones que les competen en torno a un hijo o hija menor y tomando como única guía el beneficio del mismo, puede ser igualmente de utilidad recurrir a una vía alternativa a la judicial, recabando la intervención de profesionales de la mediación familiar.

Abundando sobre el particular y partiendo del contexto legal explicado, discrepaba un padre sobre la práctica seguida en el sistema sanitario público de Andalucía para la vacunación de menores frente a la COVID-19, dado que refería que puesto que en los puntos de vacunación únicamente se solicita la identificación de aquel progenitor que acompaña al hijo común menor de edad y la de éste último, sin exigir la exhibición del consentimiento suscrito por ambos, el progenitor ausente queda privado de la posibilidad de conocer y consentir la vacunación y de oponerse a ella planteando el oportuno procedimiento judicial dirigido a dirimir la cuestión.

Con todo, los anteriores planteamientos han sido meramente anecdóticos, siendo más relevantes las ya conocidas **deficiencias de la atención pediátrica en el nivel primario de salud**, afectada por la insuficiencia de especialistas de esta categoría desde hace muchos años, con manifestaciones más o menos agudizadas de tiempo en tiempo.

Ha sido el caso de La Alpujarra granadina (Queja 21/7522) y, entre otros, el del municipio sevillano de Gilena (Queja 21/6769), ambos del entorno rural, cuyas situaciones particulares mantenemos en vía de investigación, con la intención de auspiciar soluciones que puedan encuadrarse dentro de la mejora de los servicios básicos prevista en la anunciada Estrategia Andaluza frente al Desafío Demográfico, así como encontrar prácticas aplicables a través de la experiencia compartida por las Defensorías de España dentro las Jornadas de Coordinación que tendrán lugar en 2022 en torno a la problemática de la prestación de los servicios sanitarios públicos en el medio rural.

La **Atención Infantil Temprana**, que antes generaba planteamientos relativos a la demora en el acceso a algún centro, ha sido fuente de disconformidades en 2021 surgidas a colación de una cuestión más técnica, la de la convocatoria de las pertinentes licitaciones para la adjudicación de este servicio a los centros concurrentes por la vía del concierto social (por todas, Queja 21/3406).

El recelo frente al posible cambio del centro dispensador del servicio a resultas de este proceso, motivó las comunicaciones de algunas personas, a las que informamos del marco legal que sustenta la convocatoria y de los derechos reconocidos a las personas beneficiarias.

En este sentido, el Decreto 57/2020, de 22 de abril, regula el concierto social para la prestación de la Atención Infantil Temprana, estableciendo reglamentariamente los aspectos y criterios a los cuales ha de someterse, regulando los aspectos relativos a la tramitación de la solicitud, la formalización, las

condiciones de actuación de las entidades concertadas, la vigencia o la duración máxima del concierto y sus causas de extinción, las condiciones para su prórroga o modificación, así como las obligaciones de las entidades que presten el servicio concertado y de la Administración Pública otorgante del concierto social, a la sumisión del concierto al Derecho Administrativo, junto a otras cuestiones.

En el marco normativo descrito explicamos la adjudicación de las plazas de Atención Infantil Temprana en cada caso consultadas, aclarando que en el régimen previsto para la prestación del servicio se establecen las garantías de control oportunas por parte de la Consejería de Salud y Familias, así como la previsión de priorizar, con excepciones, la derivación al centro de atención infantil temprana que corresponde al menor en función de su centro de salud de referencia o zona básica de salud. Del mismo modo que se prevé que se pueda pedir motivadamente un cambio de centro a la Delegación Territorial, susceptible de autorización por la misma en función de la petición y conforme a la disponibilidad asistencial.

Partiendo de la regularidad organizativa de la Administración, conforme a la normativa aplicable, la única alternativa susceptible de intervención vendría dada por el planteamiento de posibles deficiencias en el tratamiento ofrecido en casos particulares que, sin embargo, no han sido trasladados a esta Defensoría en este ejercicio.

*Recibimos  
denuncias  
por demoras  
en el acceso  
a la atención  
especializada*

Un clásico en las cuestiones que habitualmente motivan las quejas de la ciudadanía, viene representado por las comúnmente llamadas listas de espera, o tiempos de respuesta asistencial, que no son más que las **demoras en acceder a la atención especializada** en cualquiera de sus modalidades (primeras consultas, procedimientos diagnósticos o intervenciones quirúrgicas), en algunas patologías que cuentan con esta garantía, vulnerando los plazos máximos fijados por las normas.

Este tipo de disfunciones más generales, susceptibles de afectar a todas las personas en la lista de espera sin distinción de edad, se presentan en proporciones poco relevantes en las personas menores de edad, en consonancia con la más reducida incidencia de la falta de salud en este tramo vital.

Supuestos diferentes, más relacionados con **errores humanos producto de elevadas cargas de trabajo del personal sanitario y con defectos de coordinación entre equipos**, admiten posibilidades de mejora que eviten percepciones negativas sobre la calidad del sistema sanitario. Así sucedió en el caso de la menor que se encontraba a la espera de los resultados de las pruebas realizadas en un estudio genético (Queja 21/4635), inicialmente demorados por un simple error en la mecanización de la solicitud de la analítica obtenida en el sistema informático, que requirió de nueva extracción de muestra, con una posterior incidencia adicional, en esta ocasión motivada por no haber sido cargados sus resultados en la historia clínica.

El **derecho de libre elección de pediatra**, que regula el Decreto 60/1999, de 9 de marzo en la Comunidad Autónoma de Andalucía, sobre los pilares sentados por la básica Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, también es invocado por los padres de personas menor edad cuya adscripción es modificada unilateralmente por la Administración.

Este derecho permite ejercer la libre elección de pediatra en el nivel primario de atención, entre los facultativos del Distrito de Atención Primaria o, de existir más de un Distrito, entre los facultativos que presten servicio en el término municipal.

Como es lógico, por las personas de menos de 16 años sin emancipación ni condiciones de madurez que lo permitan, eligen sus representantes legales, previendo la norma que dicha elección ha de mantenerse un mínimo de tres meses antes de ejercerla nuevamente, en virtud de facilitar la ordenación administrativa interna de los servicios.

Precisamente la reorganización de los servicios es la que, en ocasiones, comporta un cambio del facultativo al que las personas menores o mayores de edad están adscritos, con la consiguiente disconformidad de los afectados cuando han elegido expresamente a su médico de familia con anterioridad o la modificación dispersa la atención de la unidad familiar en el nivel primario.



Esto fue lo ocurrido con los dos hijos menores de un padre que explicaba que el pediatra del centro de salud elegido para sus hijos desde hacía tres años, había sido modificado por decisión unilateral de la Administración Sanitaria, comportando ello tanto el cambio de profesional como el del Centro de salud (**Queja 21/5117**), de manera que la unidad familiar, padres e hijos, se encontraba repartida en dos centros de salud distintos.

El interesado objetaba la limitación temporal de tres meses que la Administración le había comunicado como tiempo de espera para poder ejercer el derecho al cambio de pediatra, considerando, con razón, que este margen temporal normativo no puede ser de aplicación cuando el cambio ha sido operado por la Administración sin petición de parte y contraviniendo un derecho de elección, previamente ejercitado, que no se ha respetado.

El Distrito aludido en este caso no opuso resistencia y tras explicar que el cambio de pediatra había obedecido a una redistribución para organizar la atención pediátrica en la Zona Básica de Salud, ubicada en un área de expansión y crecimiento urbano con una tasa creciente de población infantil, valoró favorablemente la petición.

*Exigimos reforzar los instrumentos de salud mental infantil especialmente en el ámbito de la prevención*

Finalmente y a pesar de que no hemos contado con testimonios que nos hayan permitido analizar la situación, una tarea pendiente entre las personas que viven su infancia y adolescencia, es la que exige reforzar los instrumentos en torno a su salud mental, especialmente en el ámbito de la prevención.

La Estrategia de Salud de la infancia y adolescencia en Andalucía 2021-2025, dentro de su línea 1 sobre prevención y promoción de la salud, contempla áreas de intervención como el bienestar emocional y la parentalidad positiva que, como premisa, deben contribuir a la mejora de atención a la salud mental en sentido estricto, en cuyas líneas se contemplan aspectos subrayados en pronunciamientos previos de esta Institución, como la hospitalización en espacios pediátricos o la especialización profesional.

Un camino por recorrer en el que esta Defensoría seguirá acompañando a la infancia y adolescencia y apoyando las iniciativas de la Administración Sanitaria que decidan poner el enfoque en que nuestras futuras generaciones de personas adultas concienciadas de la importancia de que la salud sea no solo física sino también mental.

### 3.1.2.2 Derecho a la educación.

#### 3.1.2.2.4 Servicios educativos complementarios

*Recibimos quejas sobre la calidad de algunos menús escolares*

Respecto al servicio de **comedor escolar**, uno de los servicios complementarios que con mayor asiduidad es utilizado por las familias, hemos recibido algunas quejas que se refieren a **la cuestionable calidad de los menús que son servidos en algunos de los centros docentes** y, en particular, cuando esto afecta a menores con intolerancias alimenticias para los que se han de elaborar menús especiales (quejas 21/0745, 21/3261, 21/6517, 21/7286).

El problema radica en que para las empresas que prestan este servicio, y dada la heterogeneidad de intolerancias que puede sufrir el alumnado, a veces se produce cierto retraso en la elaboración de los menús individualizados, por lo que mientras estos se preparan el alumno o alumna afectados recibe lo que se denomina "menú basal", de los que, con el criterio de máxima prudencia, se eliminan también alimentos que, en principio, podrían ser tolerados.

En opinión de algunas familias, tanto estos menús básicos, como posteriormente una vez adaptados a las necesidades del menor, presentan escasa calidad por la limitada variedad y por la cantidad de los alimentos servidos. Consideran además, que no reciben puntualmente las comunicaciones e información que se les ha de ofrecer a los progenitores sobre los menús que recibirán sus hijos e hijas y, de esta manera, poder supervisarlos.

Sin embargo, hemos podido observar que, en la mayoría de los casos, las pequeñas disfunciones que se producen sí son corregidas por las empresas concesionarias, a las que se les exige por la Administración educativa la elaboración de los menús bajo la supervisión obligatoria de un nutricionista, además de estar supervisados y aprobados por las autoridades sanitarias competentes. En este contexto, y ante la insistencia de la familia en que la calidad de los menús no responde a las exigencias de una buena alimentación, no nos queda otra respuesta que la de que deben dirigirse, precisamente, a esas autoridades sanitarias quienes, en última instancia, son las que pueden valorar si los menús servidos cumplen con las exigencias nutricionales óptimas o si, por el contrario, necesitan ser rediseñados conforme a las exigencias del Plan de Evaluación de la Oferta Alimentaria en centros escolares de Andalucía (EVACOLE). No corresponde a esta Institución pronunciarse sobre aspectos técnicos que competen en exclusiva a los organismos administrativos especializados en esta materia.

...

### 3.1.2.5 Derecho a la protección en el seno familiar

#### 3.1.2.5.1 Conflictos en el seno de la familia

...

**Otro de los puntos de conflicto reside en el desacuerdo respecto de un viaje de estudios, la asistencia a determinada actividad extraescolar, celebración religiosa, o incluso respecto de la necesidad de que el menor reciba terapia psicológica o acuda a la consulta de determinada especialidad médica.**

La casuística es muy variada, y así en la queja 20/6596 tuvimos que solicitar la colaboración de la Fiscalía para solventar el problema que nos planteaba la madre de un menor con conductas disruptivas, que se daban tanto en el colegio como en casa, siendo así que la pediatra del sistema público de salud derivó su caso para que fuese tratado por el dispositivo de salud mental especializado (unidad de salud mental infanto juvenil), sin que llegara a beneficiarse de dicha terapia por la oposición del padre, que se negaba a firmar ninguna autorización al respecto. Gracias a la intervención de la Fiscalía se logró que el juzgado actuase con diligencia emitiendo una resolución que dejaba en manos de la madre la facultad de adoptar decisiones respecto de la terapia que habría de recibir el menor.

De tenor similar es la queja 21/3863 en la que una madre con custodia compartida se lamentaba de la oposición del padre a que su hijo recibiera tratamiento psicológico. En este caso orientamos a la madre para que acudiera a mediación familiar, ello sin perjuicio de que en el caso de no tener éxito pudiera presentar una demanda ante el juzgado para que le fuese asignada la facultad de decidir al respecto. Y de igual modo procedimos en la queja 21/1113 en la que la interesada nos mostraba su preocupación por la actitud del padre de su hijo, que insistía en seguir la misma rutina de visitas al menor, sin adoptar ninguna prevención especial, sin utilizar mascarilla en su casa, todo ello a pesar de que su actual pareja había dado positivo en un test por COVID-19.

...

### 3.1.2.6 Derecho a recibir protección de los poderes públicos

#### 3.1.2.6.4 Personas menores con especiales problemas de comportamiento

Nuestra Defensoría tramita **quejas en las que se demandan recursos especializados donde los menores, especialmente en edad adolescente, puedan recibir terapia especializada para reconducir sus problemas de comportamiento.** Se produce esta situación cuando la familia afectada se ve impotente para reconducir la conducta del menor, que no atiende las indicaciones de sus padres y altera por completo la convivencia familiar, llegando incluso a agredirles. En su entorno social suele repetir igual comportamiento, en una espiral de conductas cada vez de mayor gravedad, lo cual hace aventurar para el menor un futuro nada halagüeño.



Así en la queja 21/5846 la interesada nos decía que su hijo, de 16 años de edad, venía reiterando graves problemas de comportamiento, llegando incluso a ser encausado en procedimientos de responsabilidad penal pero que no llevaron aparejados su internamiento en un centro para menores infractores. Al no observar ninguna mejoría en el menor dirigió un escrito a la Fiscalía manifestando su impotencia para contener la conducta desadaptada de su hijo, por los daños que dicha conducta pudiera ocasionar a sus potenciales víctimas y por el perjuicio que esta conducta estaba causando al propio menor, que en ningún caso se responsabilizaba de sus actos, y a continuación se dirigió a esta Defensoría solicitando nuestra intervención para que lo ingresaran en un centro especializado donde pudiera recibir terapia especializada para reconducir dichos problemas de comportamiento.

*En supuestos extremos el Ente Público llega a asumir temporalmente la guarda de un menor para su ingreso en un centro de protección especializado en problemas de conducta*

Tras analizar los hechos expuestos por la madre le informamos que en casos extremos como el de su hijo, en que la conducta violenta e inadapta del menor imposibilita ejercer los deberes inherentes a su guarda y custodia, la legislación prevé la opción contemplada en los artículos 19 y 25.3 de la Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor; y también en los artículos 96.2 y 112 de la Ley 4/2021 de la Infancia y Adolescencia de Andalucía: De conformidad con esta previsión legal, **los progenitores de un menor pueden solicitar al Ente Público de Protección de Menores que asuma temporalmente su guarda (delegación voluntaria de guarda) para que el menor sea internado en un centro de protección de menores especializado en el abordaje de problemas de conducta.** Tanto el ingreso en dicho centro especializado como la posterior salida y regreso al hogar familiar requieren de autorización judicial. A tales efectos facilitamos a la madre los datos de contacto del Servicio de Protección de Menores para que pudiera gestionar esta posibilidad.

De igual modo en la queja 21/3721 la interesada se mostraba desesperada por los problemas de comportamiento de su hijo, de 16 años. Decía haber agotado todos los recursos públicos que pudieran ofrecer alguna alternativa de tratamiento al problema de conducta del menor, y como última opción solicita la intervención de esta Defensoría para que el Ente Público valorase la posibilidad de que fuese ingresado en un centro especializado en el abordaje de este tipo de problemática.

Tras interesarnos por su caso pudimos conocer que en el Ente Público no constaba ningún expediente de protección a favor del menor. Únicamente constaba una consulta realizada por la madre en la que solicitaba información para ingresar a su hijo en el centro de trastornos de conducta, siendo así que en esos momentos existía un litigio familiar de fondo, al encontrarse en curso la demanda judicial presentada por el padre para que le fuese asignada la guarda y custodia de su hijo. Por ello desde el Ente Público se orientó a la madre para que acudiese a los servicios sociales de su localidad al objeto de abordar la posible situación de riesgo y evitar la separación del chico de su entorno familiar.

En consecuencia, la viabilidad de la petición realizada por la madre quedaba a expensas del resultado de la intervención del Equipo de Tratamiento Familiar y de la valoración de que su situación obligaba a adoptar medidas de protección que conllevasen su ingreso en un centro de tales características.

También en la queja 21/6611 la interesada nos expresaba su desesperación por los problemas de comportamiento de su hijo, de 13 años, y por ello pedía ayuda para que fuese ingresado en un centro especializado donde pudiera recibir terapia adecuada. El menor estaba diagnosticado de trastorno de conducta desafiante y negativista; también de trastorno de déficit de atención con hiperactividad y síndrome de Tourette.

Nos decía la madre que el caso de su hijo estaba siendo abordado por el Equipo de Tratamiento Familiar pero que le habían indicado que resultaba inviable trabajar con él, siendo necesario que previamente recibiese un tratamiento especializado que redujera su agresividad.

El caso de este adolescente tuvo una solución favorable, siendo finalmente ingresado en dicho centro por decisión judicial, tal como prevé la legislación.

## 3.2 CONSULTAS

### 3.2.2 Temática de las consultas

#### 3.2.2.1 Derecho a la salud

*Hemos recibido consultas también sobre las pautas de vacunación y la obligación de administración a los menores de edad*

Es evidente que el tema central en lo relativo a la salud ha sido toda la problemática con respecto a la COVID-19 y la incidencia que la enfermedad y las vacunas han tenido con la población menor de edad. **Han sido muchas las consultas que nos han trasladado sobre las pautas de vacunación y la obligación de administración a los menores de edad.** Nos comentaban las familias que nos consultaban la imposibilidad de poder tener una información viable y la imposibilidad de contactar con el Servicio Andaluz de Salud a través de unos teléfonos que casi siempre estaban colapsados.

Otro de los temas que lleva durante años siendo trasladado por la ciudadanía es **la ausencia de especialistas en pediatría en determinadas zonas**, tanto a nivel médico como de enfermería, siendo numerosas las consultas y quejas demandando una mayor cobertura de estas plazas.

Citemos algunos ejemplos:

La interesada nos indicaba que en el Centro de Salud al que estaba adscrita no tenía, en su cartera de servicios, pediatría. Su hijo llevaba enfermo más de un mes. Le realizaron diversas pruebas y al acudir a recibir los resultados, el facultativo que le atendió le dijo que sería recomendable que le atendiera un pediatra y para ello le emitió volante indicando atención preferente en Pediatría en el Centro Hospitalario de referencia.

*Persisten las consultas por la ausencia de pediatras en determinadas zonas*

Al ver que no le llamaban del centro hospitalario contactó con este y le facilitaron dos teléfonos para pedir cita. De estos números de teléfono uno estaba continuamente comunicando y el otro no lo cogían (Consulta 21/5827).

En otra consulta la interesada nos llamó por la falta de especialista en pediatría en el Centro de Salud. Indicaba que hace más o menos tres años se movilizaron, incluso con visita de Canal Sur, y consiguieron que se les enviaran un especialista pero la persona que acudía a visitar a los menores era diferente cada vez, con horas y días que cambiaban, lo que entorpecía la atención de los menores. Sin embargo, llevaban tiempo sin que nadie atendiese a las consultas de pediatría, lo que hacía que los menores fueran visitados por especialistas de atención primaria, ocupando tiempo de otras personas. Cuando acudían a centros hospitalarios para urgencias y a los menores los atendían pediatras les decían que eran cuestiones de visita ordinaria, no de urgencia, añadiendo a esto que debían viajar hasta un lugar a más de 30 kilómetros en vehículos particulares pues no existía transporte público. El municipio tiene, aproximadamente, 3.000 habitantes.

*Las familias relatan su impotencia ante la falta de respuesta a situaciones extremas por los problemas de salud mental de sus hijos*

Las madres y padres de los menores habían querido presentar hojas de reclamación, y en el centro de salud les indicaban que debían presentar al menos 50 hojas para que los atendieran y en ese momento se habían quedado sin hojas de reclamación, por lo que no podían hacer esas reclamaciones en tanto no llevasen hojas nuevas.

Por nuestra parte se le indicó a la interesada que no existía un número mínimo de reclamaciones para ser atendidos, sino que debían atenderse todas; no es necesario un modelo concreto, valía con un escrito con datos personales y motivo de la reclamación. Se le orientó sobre la forma de remitirnos escrito de queja sobre el tema.

También han acudido a nuestra Institución **familiares que quieren información sobre determinadas enfermedades calificadas como "raras"**: *"Mi hija menor padece una enfermedad rara. Es el síndrome de Rhaman. Hay muy pocas personas en el Mundo que la padecen y el genetista nos ha solicitado que pidamos el reconocimiento de persona con enfermedad rara para tener más armas con las que luchar a la hora de investigar en la comunidad científica. Mi problema es que desconozco cómo solicitar ese reconocimiento. Ella tiene reconocida una discapacidad superior al 33%, pero no como persona con enfermedad rara. Toda la información que me puedan dar sería de gran ayuda para mí"*.

*Nos interesamos por la apertura de unidades para el tratamiento de los trastornos alimenticios*

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

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

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

*Recibimos reclamaciones por el cierre de los centros de atención temprana y por la demora en los tiempos de atención a niños y niñas*

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

También nos han llegado muchas consultas sobre **la falta de unidades para el tratamiento de los trastornos alimenticios**. Un grupo de familias nos pedía la apertura de las dos unidades multidisciplinarias de Atención Integral a los Trastornos de la Conducta Alimentaria que se habían creado, una para Andalucía Occidental y otra para Andalucía Oriental. El año anterior la Administración se había comprometido a abrirlas, pero en febrero nos llegaron desde RRSS más de 100 peticiones pidiéndonos la reapertura de la queja pues todavía no se había puesto en funcionamiento. Desde nuestra área de mediación nos reunimos con la asociación de trastornos de conducta y con la Consejería de Salud que se comprometió a la mejora de la atención de los pacientes con trastorno de conducta alimentaria, y a seguir mejorando los protocolos de derivación y la formación de los profesionales. Asimismo visitaron conjuntamente la Unidad de Trastorno de Conducta del Hospital Virgen de las Nieves de Granada para supervisar la puesta en funcionamiento de esa unidad especializada.

También es importante destacar **la problemática que atañe al cierre de centros de atención temprana**, asunto que ha afectado directamente al desarrollo y a la conducta de los menores que necesitan de este servicio. Asimismo, debemos destacar las numerosas consultas recibidas por la **demora en los tiempos de atención**. Dicha dilación es consecuencia de la falta de profesionales en este servicio público, debido a que el personal tuvo que dejar sus funciones para dedicarse a la atención de los miles de pacientes que se vieron afectados por la COVID-19. Esto tuvo como resultado que los diferentes niveles de atención del sistema sanitario quedasen bajo mínimos, imposibilitando así una asistencia plena y de calidad de todos aquellos usuarios que la requerían.

De modo que la suspensión de intervenciones específicas, el cierre de los centros, la atención no presencial o la saturación de las aplicaciones y líneas telefónicas para poder acceder a una cita durante el estado de alarma ha repercutido de nuevo muy negativamente en la salud de muchos niños y niñas.

## 4 RELACIONES INSTITUCIONALES

### 4.1 Colaboración con los agentes sociales

...

Destacamos asimismo la jornada organizada por esta Institución, en su condición de Defensor del Pueblo Andaluz, titulada «[Brecha digital: la nueva exclusión social](#)».

En la nueva sociedad digital quienes no disponen de un ordenador, no tienen acceso a internet o no saben utilizar las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, no sólo ven limitadas sus oportunidades de prosperar económicamente, de encontrar un empleo o de desarrollar sus relaciones sociales, sino que afrontan además serias dificultades para ejercer plenamente derechos tan básicos como la educación, la salud, el acceso a la vivienda o a la cultura. Relacionarse con la Administración se ha convertido en un difícil reto para quienes no utilizan medios electrónicos.

Por su parte en la nueva sociedad de la información quienes carecen de los medios o las habilidades digitales necesarias ocupan el lado equivocado de la denominada brecha digital y están llamados a integrar un nuevo colectivo de marginalidad y exclusión social. Encontrar soluciones que permitan superar esta brecha y seguir avanzando sin dejar a nadie atrás constituye, posiblemente, el principal reto que enfrentan hoy en día las sociedades avanzadas.

En la jornada mencionada se tuvo ocasión de debatir con destacados profesionales y entidades sociales expertos en la materia cómo afecta la brecha digital al ejercicio del derecho a la educación, a una educación inclusiva y de calidad; cómo ha incidido la pandemia, y la suspensión de las clases presenciales, de manera especial en el alumnado más vulnerable. En el mismo acto debatimos sobre si el Sistema educativo andaluz está preparado para la enseñanza digital e intentando ofrecer soluciones para combatir o al menos paliar la brecha digital en el ámbito de la educación.

Jornada: Brecha digital. La nueva exclusión social



Fuente: propia. Defensor del Pueblo Andaluz



## 4.2 Colaboración con otras Defensorías y Organismos Públicos

...

Por otro lado, como miembro de **ENOC (European Network of Ombudsman persons for Children, Red Europea de Defensores para la Infancia)**, hemos participado en su 25ª Conferencia, que se celebró en Atenas en el mes de septiembre, en formato híbrido, presencial y virtual, bajo el lema «Covid-19 y derechos de la infancia: lecciones para el futuro».

La Asamblea de miembros discutió y votó una declaración conjunta que dirige recomendaciones a las instituciones y administraciones correspondientes para adoptar todas las medidas y políticas necesarias para garantizar los derechos de la infancia, especialmente de los más vulnerables, y asegurar la implicación de los menores en el diseño y la implementación de estas medidas.

En el marco de la Conferencia, la Asamblea también aprobó una declaración en defensa de los derechos de los menores migrantes en el contexto de las devoluciones practicadas en algunos países, como España, Grecia, Italia, Polonia, Hungría, Eslovenia, Croacia, Rumanía, Serbia, Bulgaria, entre otros.

ENOC recomienda respetar los principios y los derechos de la Convención de los derechos de los niños, como el de no-discriminación o el del interés superior. Entre otros temas, ENOC reclama que los menores, ya sean acompañados, no acompañados o separados de sus progenitores, nunca puedan ser devueltos a la entrada de un país de acuerdo con el principio de no-devolución y recuerda la prohibición de las expulsiones colectivas.

25º Conferencia de ENOC 2020-2021



Fuente: propia. Defensoría de la Infancia y Adolescencia de Andalucía

**El Defensor de la Infancia y Adolescencia de Andalucía ostenta la representación de la zona europea en la Red de la Niñez de la Federación Iberoamericana de Ombudsman (FIO)**, organización que representa a más de 100 Defensorías del Pueblo, Procuradores, Proveedores, Comisionados y Presidentes de Comisiones de Derechos Humanos de países iberoamericanos junto con España, Portugal y Andorra.

Durante 2021 hemos mantenido, como coordinadores de la Red en Europa, diversos encuentros online con el resto de instituciones que forman parte de dicha organización para trabajar en la elaboración de un informe sobre la incidencia de la Covid-19 en los derechos de la infancia y adolescencia.

A tal efecto las instituciones participantes hemos trabajado sobre un extenso cuestionario de cuyas conclusiones se realizó un llamamiento a los Estados para privilegiar los principios de interés superior y desarrollo de niñas, niños y adolescentes al adoptar medidas de atención durante y después de la pandemia por la Covid-19, el cual fue posteriormente presentado, para su ratificación, ante la Asamblea General de la FIO celebrada en Santo Domingo (República Dominicana) en el mes de noviembre.

### Pronunciamento FIO 8/21

*La FIO hace un llamado a los Estados para privilegiar los principios de interés superior y desarrollo de niñas, niños y adolescentes al adoptar medidas de atención durante y después de la pandemia por COVID*

*Hacer frente a la pandemia por coronavirus ha implicado la suma de esfuerzos locales, nacionales, regionales e internacionales que trascienden al sector salud.*

*En ese sentido, atajar los impactos que esta pandemia ha tenido en la educación y -sobre todo- en niñas, niños y adolescentes, no debe seguir un curso distinto, sino que requiere los esfuerzos de todos los sectores y ámbitos -público y social- en su conjunto para regresar a una nueva normalidad.*

*Si bien ese sector de la población no es el más vulnerable al virus SARS-CoV-2, sí ha sido altamente impactado por las medidas de atención a la emergencia sanitaria tanto directa como indirectamente. De manera directa, el cierre de las escuelas representó la mayor afectación a su cotidianeidad y etapa de desarrollo en varios aspectos. El cierre prolongado de los establecimientos educativos por la pandemia afectó el bienestar integral de niñas, niños y adolescentes; fundamentalmente -y como toda crisis- a quienes se encuentren en contextos de desigualdad.*

*Lo anterior ha sido así puesto que las escuelas no son simples proveedoras de servicios educativos, sino que ofrecen condiciones para el ejercicio del derecho al juego y esparcimiento, la socialización entre pares, la identificación y prevención de violencias, el desarrollo de habilidades para la vida, el desarrollo emocional, entre otras fundamentales para el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes.*

*En lo que toca al aprendizaje, es preciso reconocer que, en la medida en que éste depende de otros muchos factores que no son exclusivos de la escuela, la población más afectada es y será aquella con menos acceso a éstos, como son el acceso a medios digitales, alfabetización tecnológica y, en buena medida, apoyo para las tareas escolares y reforzamiento del conocimiento.*

*Por su parte, y asociado con lo anterior, la deserción escolar constituye una realidad palpable en las regiones, lo que representa una amenaza para el ejercicio de otros derechos que favorecen un nivel de vida adecuado en el futuro o la adquisición progresiva de condiciones para ello.*

*Aunado a ello, es necesario mencionar que la salud integral de niñas, niños y adolescentes se ha visto impactada de manera significativa, lo que se observa en el aumento de padecimientos como depresión, ansiedad, suicidio e ideación suicida entre ese grupo etario. Ante tal escenario, el tiempo transcurrido ha dejado ya lecciones importantes, entre las que se encuentran el reconocimiento y valorización de la escuela como un espacio esencial para el desarrollo de niñas, niños y adolescentes, así como incluir procesos de consulta a las poblaciones afectadas por los sucesos, como niñas, niños y adolescentes, pues su opinión debe de ser considerada en la toma de decisión y atención de las problemáticas.*

*En función de lo antes expresado, las instituciones que integramos la Red Niñez y Adolescencias de la Federación Iberoamericana del Ombudsman (FIO) hacemos un llamado a las autoridades nacionales de los países que formamos parte de esta Red a:*

- Privilegiar el valor social de la escuela y reconocerlo como ámbito principal para el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes.*
- Focalizar esfuerzos para dar cumplimiento no sólo al contenido del derecho a la educación en términos de calidad, accesibilidad, disponibilidad y aceptabilidad, sino que, de manera principal, estén dirigidos a la satisfacción de las finalidades que lo guían, como son la consideración del interés superior como principio rector y el desarrollo.*
- Atajar el aumento en la brecha de desigualdad derivada de la disminución del aprendizaje o la calidad de éste, la deserción escolar, entre otros, mediante estrategias de acompañamiento para combatir el rezago del alumnado.*

- Llevar a cabo ejercicios de consulta y participación infantil y juvenil con la finalidad de escucharlos respecto a los temas que les afectan e involucran.
- Adoptar medidas para que el interés superior de niñas, niños y adolescentes sea realmente la consideración principal en la toma de decisiones, lo que implica garantizarlo como principio rector de las medidas públicas, como derecho y como norma de procedimiento.
- Implementar medidas de apoyo a las familias como principales proveedores de protección y cuidado de niñas, niños y adolescentes, dentro de las que se encuentran sistemas integrales de cuidados, medidas de prevención y atención a la violencia familiar, programas de apoyo a la alimentación infantil, políticas dirigidas a procurar la salud integral de las personas más allá de una visión de la salud entendida como ausencia de enfermedad sino como máximo bienestar.
- Asegurar el máximo de los recursos disponibles para garantizar el derecho a la educación para las niñas, niños y adolescentes durante y post pandemia.
- Recuperar lecciones aprendidas que permitan el diseño de acciones a futuro como medidas de atención a niñas, niños y adolescentes sobre sus derechos en los entornos digitales, con base en la Observación General nº 25 del Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas.
- Garantizar la atención integral, diferencial y prioritaria de las infancias y adolescencias como las que viven sin cuidado parental, con discapacidad, en contextos de movilidad humana, que son víctimas de violencias, de explotación laboral o que forman parte de pueblos y comunidades indígenas, afrodescendientes, entre otras.
- Atender la deserción escolar y rezagos académicos agudizada por el contexto actual, identificando prácticas exitosas a fin de que todas las infancias y adolescencias cuenten con igualdad de condiciones para ejercer y gozar el derecho a la educación.
- Continuar con los esfuerzos de contención de la pandemia que incluya a niñas, niños y adolescentes, y con relación a la vacunación, se brinde información científica, accesible, y veraz respecto a su importancia, así como que se evite cualquier forma de discriminación que condicione el ejercicio de otros derechos humanos, como es el de la educación.

Para concluir, en 2021 los integrantes de la Red hemos desarrollado y puesto en marcha un sitio web de la Red Niñez y Adolescencia y un boletín informativo trimestral que incorpora acciones de las instituciones que integran la Red, así como con un repositorio digital con información relevante del Sistema Universal y Regional.

**El Parlamento de Andalucía** solicitó la comparecencia del titular de la Institución, en mayo de 2021, ante la Comisión de igualdad, políticas sociales y conciliación para valorar el entonces [proyecto ley de infancia y adolescencia en Andalucía \(11-20/pl-000004\)](#), y aportar algunas ideas y propuestas a esta loable iniciativa, siempre desde la perspectiva de las funciones legalmente conferidas.

En dicho acto el Defensor señaló que la futura ley constituiría uno de los hitos más importantes en la tarea que ha venido realizando el Parlamento de Andalucía en el ámbito de la atención y protección de los niños y niñas andaluces. Se trataba de una ley necesaria. Y no solo para cumplir con los compromisos y mandatos internacionales o por su imprescindible adaptación a la Ley Orgánica 8/2015 y a la Ley 26/2015, de modificación del sistema de protección a la infancia y adolescencia; era necesaria también para actualizar y modificar la regulación hasta ahora vigente en relación con las nuevas demandas y circunstancias sociales que están incidiendo en este sector especialmente vulnerable de nuestra sociedad.

De igual modo el titular de la Institución, en dicho acto, destacó las bondades del proyecto por su innovación en materias tan importantes para niños y niñas como son el valor social de la infancia, la promoción del bienestar, el buen trato, el protagonismo de las medidas de sensibilización para promover la dignidad y bienestar de la infancia y los valores de respeto, convivencia y no violencia. También el impulso de la alfabetización digital o el protagonismo que se otorga a la formación y especialización de

los profesionales que trabajan con la infancia, la novedosa regulación de las situaciones de riesgo, o el destacado papel que el proyecto otorga a la parentalidad positiva fueron puestas en valor.

Asimismo se destacó que el proyecto sometido a debate hubiese contado con un amplio consenso de la mayoría de las formaciones políticas del Parlamento y que hubiese sido fruto del diálogo con organizaciones, entidades y agentes sociales que trabajan con la infancia y adolescencia

Muchas de las aportaciones y reflexiones en la comparecencia ante la Comisión, especialmente aquellas relativas a las nuevas competencias de la Defensoría de la Infancia y Adolescencia, fueron recogidas en la vigente [Ley 4/2021, de 27 de julio, de la Infancia y Adolescencia en Andalucía \(BOE nº 189, de 9 de agosto\)](#).

...

El II Plan de Infancia y Adolescencia 2016-2020, aprobado por el Consejo de Gobierno, ha constituido el instrumento encargado de concretar las políticas de atención a la infancia y a la adolescencia en Andalucía en dicho periodo de tiempo. Transcurrida su vigencia, durante el año 2021 se ha desarrollado **un proceso de evaluación del Plan liderado por el Instituto Andaluz para las Administraciones Públicas (IAAPP)**.

Para esta labor de evaluación se realizaron técnicas de recogida y análisis de resultados, a través de cuatro grupos focales, participando esta Defensoría en uno de ellos, en concreto, en el «Grupo focal externo otras consejerías» donde se tuvo la oportunidad de exponer las distintas deficiencias, problemas, retos y necesidades de las personas menores de edad en nuestra comunidad autónoma así como las vicisitudes acontecidas en el desarrollo del mencionado instrumento de planificación, desde la perspectiva y experiencia del trabajo que venimos desarrollando en la Institución.

Las consideraciones puestas de relieve servirán de apoyo en la elaboración y concreción del [III Plan de Infancia y Adolescencia, aprobado por acuerdo de 29 de junio de 2021, del Consejo de Gobierno](#) (BOJA de 5 de julio de 2021).

## 5 ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y DIVULGACIÓN DE DERECHOS

### 5.1 La voz de niños y niñas: El consejo de participación de la Defensoría de la Infancia y Adolescencia

...

Hemos de referirnos seguidamente a la participación en **ENYA (European Network of Young Advisors)**. Se trata de un proyecto participativo para niños y adolescentes que se lleva cabo con la colaboración de la Red Europea de Defensores para la Infancia (ENOC). El propósito de esta red es reunir a los jóvenes implicados con los miembros de ENOC y facilitar el intercambio de sus opiniones vinculadas al tema de trabajo anual de ENOC.

Su cometido es facilitar la promoción y la protección de los derechos de las personas menores de edad establecidos por la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos del menor, dar apoyo a los colectivos de defensa de los derechos de los niños y niñas, compartir informaciones y estrategias entre los estados miembros y promover la proliferación de oficinas de Ombudsman para infancia y adolescencia, sean independientes o integradas en instituciones de defensa de los derechos humanos.

El principal objetivo de ENYA es colocar a la niñez y la juventud en la vanguardia del trabajo que realiza ENOC asegurando el más alto nivel de participación infantil. Las recomendaciones de los jóvenes asesores formarían parte de la declaración de ENOC que se adoptó en la Asamblea General Anual (otoño de 2021).

Para reflexionar sobre este tema y elaborar la aportación del Consejo de la Defensoría de Infancia y Adolescencia de Andalucía a la reunión con ENYA en julio, éste se reunió los días 21, 22 Y 23 de mayo de 2021 en Granada.



Comenzábamos el trabajo del Consejo construyendo un Mapa Emocional que nos permitiera conocer de primera mano cómo se habían sentido los y las menores en las diferentes etapas de la pandemia de la Covid (confinamiento, vuelta al cole y postcovid), para poder identificar desde esas emociones cuáles habían sido los derechos de los niños y niñas que mayor impacto habían sufrido.

Partimos generando un relato utilizando para ello titulares reales de prensa: queríamos ver si lo que los adultos hemos ido diciendo sobre ellos en toda la pandemia corresponde a su percepción y emoción.

Una vez analizadas las noticias resultaba importante que conectaran con cómo se habían sentido en cada una de las fases, y que volcaran dichas emociones en un mapa: tanto emociones negativas, como todas aquellas emociones positivas que habían experimentado. El resultado nos permitió hacer una lectura general del estado de bienestar y las dificultades que han vivido nuestros y nuestras menores.

Ese mapa es la base de análisis para identificar cuáles han sido los derechos que mayor impacto han tenido en toda la pandemia no desde la lectura que hacemos las personas adultas, sino desde su realidad más cotidiana.

*Los derechos seleccionados por el Consejo han sido: derecho a la educación, derecho a la salud y derecho al ocio.*

### **DERECHO A LA EDUCACIÓN**

*Los mayores impactos que la COVID ha tenido sobre los y las menores en materia de educación se reflejan en tres ámbitos y aspectos significativos:*

*SEGUIMIENTO DEL CURSO: Dificultad de muchos menores para poder seguir el ritmo del curso y dar respuesta a los retos educativos desde sus realidades personales.*

*CONVIVENCIA EN EL AULA: Complejidad en la adaptación a la realidad de las aulas: grupos burbuja, medidas preventivas,...*

*MENOS OPORTUNIDADES: Muchos menores han contado con menos oportunidades: becas, comedor escolar,.....*

### **DERECHO A LA SALUD**

*Los mayores impactos que la COVID ha tenido sobre los y las menores en materia de salud se reflejan en tres ámbitos y aspectos significativos:*

*ATENCIÓN MÉDICA: El hecho de no ser un "grupo de riesgo" y no estar entre las prioridades sanitarias, ha impactado sobre el derecho a ser atendidos correctamente.*

*SALUD MENTAL: La nueva forma de vida en el confinamiento desde todas las coordenadas (educativa, familiar, social,..) ha impactado en el estado emocional y por defecto en la salud mental.*

*FORMA FÍSICA: La imposibilidad de poder desarrollar una actividad física al aire, y las posibilidades que ofrecen los hogares han impactado sobre la forma física y los hábitos saludables de los menores.*

### **DERECHO AL OCIO**

*Los mayores impactos que la COVID ha tenido sobre los y las menores en materia de ocio se reflejan en tres ámbitos y aspectos significativos:*

*SOCIALIZACIÓN: La falta de ocio ha impactado directamente en una de las necesidades psicosociales más importante en los menores para su desarrollo: en la socialización entre iguales.*

*ACTIVIDADES CULTURALES Y DEPORTIVAS: La falta de acceso a actividades culturales y deportivas ha mermado el derecho a decidir y por ende el mismo derecho a tener un ocio adaptado a sus intereses y necesidades.*

*DIVERSIÓN: La falta de ocio ha impactado en no poder divertirse de la misma manera con la que venían haciéndolo con anterioridad. La falta de diversión ha impactado directamente en su salud anímica y emocional.*

## **Desigualdades**

Una vez construido el mapa emocional, y habiendo identificado los derechos y los mayores impactos sobre el mismo, comenzamos a reflexionar y a identificar las desigualdades que habían tenido los niños y niñas en esos mismos impactos.

El Consejo es tremendamente consciente de las desigualdades que se han dado entre sus grupos de iguales, y más allá de haberlo vivido en primera persona o no, tienen la capacidad de identificar no tan solo los hechos, sino muchas de las causas de las mismas.

El reflexionar en relación a las desigualdades nos permite analizar mayores vulneraciones de los derechos de los niños y niñas. Son conscientes de que muchas de las desigualdades no tienen su origen únicamente en la Covid, pero sí concluyen que esta situación de pandemia ha agudizado las mismas.

Resulta imprescindible realizar este análisis ya que las recomendaciones van a tener mucha mayor eficacia e impacto si se enfocan en resolver las causas que han generado desigualdades en relación a sus derechos.

### **Desigualdades en la educación**

Los mayores desigualdades que la COVID ha tenido sobre la infancia y adolescencia en el Derecho a la Educación son las siguientes según el Consejo:

**FALTA DE RECURSOS (brecha digital):** La falta de acceso a tecnología (equipamientos, redes,...) ha generado una enorme desigualdad a la hora de poder desarrollar la actividad escolar con normalidad.

**DIFICULTAD DE COMPETENCIAS:** El formato virtual ha complicado el seguimiento de curso a muchos menores con dificultades en competencias de comprensión y seguimiento.

**DIFERENCIA DE ASISTENCIA:** Existen muchos menores con circunstancias socio-familiares peculiares que ha generado dificultades para seguir el curso escolar.

**MENORES CON DIVERSIDAD FUNCIONAL:** Esta pandemia nos ha servido para darnos cuenta de la exclusión y poca atención personalizada que han tenido los y las menores con diversidad funcional.

### **Desigualdades en la salud**

Los mayores desigualdades que la COVID ha tenido sobre los y las menores en el Derecho a la Salud son las siguientes según los y las menores:

**PREFERENCIAS POR EDADES Y DIAGNÓSTICO:** En tiempo de pandemia hemos sentido que hemos sido un colectivo de segundo nivel y que no hemos sido atendidos correctamente.

**DESATENCIÓN SALUD MENTAL:** La pandemia ha causado un mayor desajuste emocional y en salud mental de los menores, y el sistema no estaba preparado para dar respuesta al mismo.

**HÁBITOS ALIMENTICIOS:** La falta de comedor en colegios ha generado una enorme desigualdad en los hábitos de alimentación ya que para muchos la comida del colegio era su única comida del día.

**TIPOLOGÍA DE VIVIENDA Y FAMILIA:** El espacio de la vivienda y el tipo de familia ha fomentado una pandemia más dinámica o más sedentaria.

### **Desigualdades en el ocio**

Los mayores desigualdades que la COVID ha tenido sobre los y las menores en el Derecho al Ocio son las siguientes según los y las menores:

**RECURSOS ECONÓMICOS:** La falta de recursos y medios económicos ha dificultado el acceso a la cultura y al ocio (plataformas, juegos online, entradas virtuales,...)

**ACCESO A LA TECNOLOGÍA:** La brecha digital que han sufrido en la educación en cuanto a equipamiento, también ha tenido impacto en el ocio y en su capacidad para relacionarse y socializar.

**DIFERENCIA ENTRE ENTORNO RURAL Y URBANO:** La oferta de ocio y cultural del entorno rural no ha permitido a muchos menores acceder a actividades que si podían acceder en las ciudades por la dificultad de movilidad y cierre perimetral.

Y concluimos las jornadas de trabajo identificando una serie de recomendaciones por cada uno de los derechos que sirva de foco y guía en la toma de decisiones de las futuras normas y políticas si se vive una situación igual.

Entendemos que las recomendaciones están dirigidas no tan solo a garantizar el derecho de todos los niño y niñas, sino a concretar medidas que rompan las desigualdades de los menores que tienen como origen muchas veces en su entorno familiar: recursos económicos, situación sociofamiliar,....

Para el Consejo las recomendaciones tienen gran importancia no tan solo para garantizar sus derechos, sino porque entienden que **ellos y ellas tienen mucho que decir y opinar**, y porque **sus aportaciones tienen de base tanto su experiencia como su visión**.

Ellos y ellas reclaman un lugar en las reflexiones y en las tomas de decisión de la vida política, social y cultural de sus ciudades y países.

Entendemos que las recomendaciones deben servir de luz para que introduzcamos en los debates de los adultos la mirada y perspectiva de la infancia, adolescencia y juventud que tan necesaria es para el futuro.

### RECOMENDACIONES

Las recomendaciones de los y las menores ante las desigualdades que la COVID ha tenido sobre el **Derecho a la Educación** son las siguientes:

Garantizar que la modalidad de presencialidad/semipresencialidad no afecte a la igualdad de oportunidades de los niños, niñas y adolescentes.

Desarrollar planes de seguimiento haciendo énfasis en alumnos/as con diversidad funcional

Dotar de material (tecnológico y analógico) al alumnado que lo necesite

Implementar talleres formativos orientados al impulso académico y al desarrollo de conocimientos tecnológicos

Abrir el centro a realidades sociales, culturales, económicos, comunitarios... que permitan concienciar sobre el impacto de la covid

Las recomendaciones de los y las menores ante las desigualdades que la COVID ha tenido sobre el **Derecho a la Salud** son las siguientes:

Garantizar que seamos atendidos y atendidas independientemente de nuestra edad

Más personal especializado en salud mental para los niños, niñas y adolescentes

Programas específicos para fomentar el deporte y la vida saludable entre los menores

Sensibilizar los efectos de una alimentación equilibrada y saludable

Fomentar programas formativos y recursos que garanticen unos hábitos familiares saludables

Las recomendaciones de los y las menores ante las desigualdades que la COVID ha tenido sobre el **Derecho al Ocio** son las siguientes:

Fomentar la actividad cultural en zonas rurales

Garantizar el ocio y el acceso a la cultura con medidas excepcionales

Fomentar y proteger las zonas comunes de ocio ambientadas al deporte

Campañas de concienciación para adultos para trasladar el compromiso de los menores con un ocio seguro y responsable

Tener en cuenta la necesidad de la socialización en el ocio de los menores a la hora de tomar medidas

La jornada de trabajo del Consejo de Participación de la Defensoría de Infancia y Adolescencia de Andalucía ha servido para aproximarnos a la realidad de la pandemia de la COVID desde la mirada fresca y llena de valor de los y las menores que lo conforman.

Un espacio de **reflexiones y construcciones conjuntas** que han posibilitado realizar un proceso de diagnóstico de los derechos y sus desigualdades entre la población menor de edad.



Cabe destacar su **capacidad de análisis, de reflexión, de valorar y aprender de la diversidad y de aportar soluciones** en clave de mejora desde su compromiso como niños y niñas con el entorno más cercano.

Espacios como el Consejo resultan necesarios en estos tiempos de nueva gobernanza, porque no tiene ningún sentido implementar normas y medidas con impacto en los y las menores si no lo hacemos con, para y desde ellos y ellas.



Fuente: propia. Defensoría de la Infancia y Adolescencia de Andalucía



Fuente: propia. Defensoría de la Infancia y Adolescencia de Andalucía



El Consejo de participación de la Defensoría de la Infancia y Adolescencia de Andalucía, representado por Eva Alcaraz Hilinger, de la provincia de Córdoba y por Marcos Javier Montiel Delgado, de la provincia de Málaga, han participado en formato telemático en el **Forum ENYA**, que este año ha sido organizado por Malta durante los días 1 y 2 de julio, con el título **"Let's Talk Young, Let's Talk about the Impact of COVID-19 on Children's Rights"**.

Forum "Let's Talk Young, Let's Talk about the Impact of COVID-19 on Children's Rights"



Fuente: propia. Defensoría de la Infancia y Adolescencia de Andalucía

Los chicos y chicas participantes de diferentes territorios europeos (Albania, Andalucía, País Vasco, Bulgaria, Cataluña, Escocia, Francia, Gales, Grecia, Irlanda del Norte, Islandia, Italia, Malta, Montenegro, Noruega, Eslovaquia y Ucrania) debatieron sobre el impacto de la Covid-19 en los derechos de los niños y adolescentes.

Fruto del trabajo conjunto, han recogido diversas recomendaciones relacionadas con los ámbitos de la educación, la prevención de situaciones de violencia, la salud mental, la pobreza, las nuevas tecnologías, y el juego y el ocio, entre las que destacan querer mejorar la participación del alumnado, teniendo en cuenta que la crisis de la pandemia puso de manifiesto esta deficiencia sistémica, mejorar el aprendizaje en línea y adoptar medidas para evitar la exclusión de alumnado con necesidades educativas especiales, y también para responder a las necesidades de acompañamiento y de ayuda al alumnado y a sus familias.

Del mismo modo en este trabajo conjunto expusieron la necesidad de adoptar medidas para la prestación de servicios de prevención y soporte contra todas las formas de violencia en situaciones excepcionales como la pandemia Covid-19 que se puedan volver a producir, para garantizar un sistema holístico de protección de la infancia y una respuesta inmediata que impida la victimización secundaria de los menores, así como más recursos de salud mental infantojuvenil para dar respuesta adecuada a las necesidades de niños y adolescentes.

Los jóvenes han coincidido en reclamar que las instituciones tomen medidas para garantizar la participación de los niños, niñas y adolescentes en la toma de decisiones sobre cuestiones relacionadas con ellos en situaciones similares.

## ENYA 2021 RECOMENDACIONES

### EDUCACIÓN

- 1. Antes de decidirse por el aprendizaje a distancia, es necesario asegurarse de que todos los/las menores tengan acceso a Internet y el equipo adecuado para participar. Cuando sea necesario, también se deben proporcionar suministros varios, y materiales para crear un entorno de aprendizaje adecuado y propicio en el hogar.*
- 2. Se debe proporcionar asistencia y apoyo especiales a la infancia que lo necesite. Esto podría deberse a dificultades de aprendizaje, falta de un sistema de apoyo en el hogar, u otras desventajas que los/las menores puedan encontrar en sus estudios.*
- 3. Las lecciones on line deben grabarse para que los estudiantes que se hayan perdido una clase las puedan ver.*
- 4. Debería proporcionarse formación a los educadores sobre la enseñanza a distancia. La formación debería incluir cómo funcionan las herramientas tecnológicas; cómo brindar apoyo emocional a los niños y niñas; cómo interactuar de forma eficaz con los estudiantes on line.*
- 5. Se debe abrir un debate sobre las brechas en el sistema educativo reveladas por la pandemia, con el objetivo de crear un nuevo modelo acorde con las realidades de los intereses de la infancia. Este nuevo modelo debería incluir: más actividades al aire libre, un mayor enfoque en la/los estudiantes en su autonomía y en su desarrollo personal, pensamiento independiente, una gama más amplia de métodos, materiales y actividades y más actividades culturales.*
- 6. El enfoque del sistema educativo en general debe cambiar de centrarse únicamente en el rendimiento académico, a mejorar la participación y la expresión y permitir algo de tiempo libre. La crisis pandémica puso de relieve aún más esta sistémica deficiencia.*
- 7. Es necesario realizar esfuerzos para mejorar las relaciones maestro/alumnado, los/las docentes deben escuchar al alumnado y crear un clima propicio para el diálogo y, en consecuencia, propicio para el aprendizaje. Tales relaciones deben ser cooperativas para el logro de objetivos comunes, en particular la prevención de cualquier forma de violación de sus derechos, incluso en este período de pandemia inusual.*
- 8. Debe haber una estandarización del aprendizaje a distancia y asegurar que sea apropiado para todos los estilos y antecedentes de aprendizaje. Por tanto, el Gobierno debería adoptar una política unificada para las escuelas a este respecto.*
- 9. Los gobiernos deberían introducir una formación obligatoria para que los docentes y otros educadores tengan las habilidades y los conocimientos necesarios para reconocer y tratar adecuadamente al alumnado que se enfrenta a problemas físicos y mentales.*

### SALUD

- 1. Garantizar que las autoridades proporcionen información frecuente y clara durante la pandemia, exponiendo una visión realista de las dificultades que experimentan los jóvenes, tanto a nivel educativo como personal, incluyendo un grupo de jóvenes de diferentes procedencias para representar una imagen más sensible y precisa de los jóvenes en el futuro.*
- 2. Informar, ahora más que nunca, al alumnado sobre la Salud Mental en las escuelas, para saber detectar e interpretar cómo se sienten, aprender a relajarse y lidiar con el estrés.*
- 3. Los gobiernos deberían dar prioridad a permitir que la infancia viva de la manera más normal posible.*
- 4. Crear condiciones para asegurar la recepción ininterrumpida por parte de la niña, los niños y jóvenes con discapacidad de los necesarios servicios médicos y de rehabilitación y reducir los tiempos de espera para todos los diagnósticos y procedimientos pre COVID-19.*
- 5. Los gobiernos y las autoridades locales deben recopilar las opiniones de la adolescencia cuando se deban realizar cambios en las reglas para el control de infecciones y sobre qué servicios de salud deberían estar disponibles para estas personas.*

6. Se necesitan más recursos e inversión financiera para garantizar el acceso a una red de profesionales y servicios de salud mental especializados y médicos de cabecera para la infancia y adolescencia.

7. Fomentar y promover el acceso seguro a servicios de salud mental especializados a través de un enfoque personal presencial o consultas on line (como mínimo), permitiendo que personas menores de edad elijan su opción preferida.

8. Proporcionar a la infancia, especialmente en situaciones vulnerables (menores inmigrantes, incluidos persons menores de edad no acompañados, con discapacidad, niños y niñas sin cuidado de sus padres) información precisa y adaptada a esta en relación con la propagación del virus COVID-19.

### **POBREZA**

1. Las familias con hijos e hijas menores de edad que viven en condiciones socioeconómicas difíciles, deben ser identificadas para apoyarlas con alimentos, paquetes de desinfectantes, mascarillas, medicinas y otros materiales de higiene personal.

2. Brindar asistencia y apoyo a las familias en las que padre y madre han permanecido desempleados debido a las consecuencias de la pandemia.

3. Deben tomarse medidas para garantizar que todas las personas menores vivan en entornos adecuados, en particular la infancia sin hogar y los niños y las niñas en régimen de acogida. Es necesario identificar y apoyar a la infancia sin hogar, ya que es la más perjudicada y expuesta al contagio por la COVID-19.

1. Aumentar las prestaciones sociales y la asistencia a las familias numerosas, los niños y niñas acogidos, los y las menores con discapacidad, los y las niñas gitanas para superar las consecuencias negativas provocadas por las medidas restrictivas introducidas para prevenir la propagación de la enfermedad por coronavirus.

2. Las políticas deben apoyar a padres y madres que trabajan e intensificar la vigilancia para evitar violaciones y garantizar que se respeten sus derechos. Se debe brindar protección especial a los padres y madres que se enfrentan el peligro de discriminación y explotación.

3. Los servicios de preescolar y otras guarderías deben aumentar y se deben proporcionar horarios flexibles a los padres que trabajan (o incluso ayudar en el hogar).

4. Asegurar que se garantice el acceso gratuito a la educación.

5. Se debería proporcionar formación profesional para adultos a todos los padres y madres que buscan oportunidades en el mercado laboral.

### **VIOLENCIA Y ABUSO**

1. Los psicólogos escolares deben participar en una clase dedicada a apoyar el bienestar y la inteligencia emocional del alumnado. Estas clases también empoderarán a la infancia, les ayudarán a abordar los sentimientos de culpa y ayudarán a identificar violaciones.

2. Apoyo a las familias afectadas por la violencia doméstica, incluido el apoyo emocional y el apoyo policial, y un lugar al que puedan acudir las familias si sufren abusos. Las familias vulnerables deben tener controles, cuando sea necesario, de los servicios sociales y de salud mental para brindar apoyo.

3. La policía debe proteger a la infancia y adolescencia en una emergencia pública, en lugar de verlos como un problema. La policía debería recibir formación sobre cómo comunicarse de forma eficaz con las personas menores de edad.

4. Debería haber un aumento en la capacitación de profesorado y otros profesionales que trabajan en las escuelas sobre cómo prevenir situaciones de violencia contra los niños y las niñas, cómo identificar situaciones de abuso (incluido el abuso doméstico) y cómo introducir una respuesta adecuada.

5. Los gobiernos deben investigar adecuadamente el impacto de COVID-19 en la infancia y jóvenes vulnerables.

6. Si bien deben ofrecerse diversos servicios de apoyo a las personas menores de edad que sufren violencia, también deben existir servicios de apoyo para los niños y las niñas que cometen actos de violencia. Estos servicios deben proporcionarse en la escuela, a través de la atención médica y las comunidades locales.

7. Se debe crear conciencia para prevenir la violencia y el abuso de Internet durante el desarrollo del proceso de aprendizaje en plataformas on-line. Se deben hacer acuerdos con las empresas de redes sociales para la eliminación de fotos y videos abusivos.

8. Debe haber una fuerte campaña publicitaria a través de las redes sociales (especialmente en Instagram) para crear conciencia sobre las líneas de ayuda nacionales para la infancia que tienen como objetivo brindar anonimato, confidencialidad y apoyo emocional a los niños y las niñas que son víctimas de abuso.

### **JUEGO Y OCIO**

1. Las zonas comunes de ocio para las actividades deportivas Deben protegerse y fomentarse. Los deportes y actividades para los niños y niñas deben mantenerse abiertos siempre que sea posible.

2. La financiación de clubes juveniles y otras debe priorizar la actividades de diversión.

3. Las autoridades deben tener en cuenta las necesidades sociales y de esparcimiento de los niños y las niñas al implementar medidas para contener la pandemia. La adaptación de formatos (formatos híbridos) y espacios a la situación pandémica debe tener prioridad sobre la interrupción de actividades.

### **PARTICIPACIÓN**

1. El Ministerio de Educación debería establecer un comité especialmente capacitado para visitar las escuelas y escuchar las opiniones de los niños y las niñas en todos los aspectos de la vida escolar.

2. Los jóvenes deben participar cuando se deciden nuevas restricciones de COVID. En particular en lo que respecta a la reapertura de escuelas, exámenes y servicios de apoyo a la salud mental.

3. La participación infantil debe formar parte del plan de estudios y los protocolos escolares deben estar más orientados hacia la participación infantil.

### **INFORMACIÓN**

1. Se debe brindar más información sobre COVID-19, dicha información debe ser en un lenguaje amigable para las personas menores. La información debe ser sencilla y de una fuente fiable.

2. Cuando el gobierno proporciona información, no debe estigmatizar a los y las jóvenes y hacerles sentir que son un problema.

3. Los responsables de la toma de decisiones deben comunicarse de forma clara y eficaz y proporcionar a la infancia la información que necesitan de forma clara. Solo se debe proporcionar información precisa que no cambie. Los cambios repentinos y poco claros en las decisiones pueden tener un efecto en el bienestar de la infancia, especialmente en lo que respecta a los exámenes.

### **EL ENTORNO DIGITAL**

1. Deben crearse espacios virtuales, incluidos foros on-line, para que la infancia y la adolescencia se unan en grupo y se ayuden entre sí con los deberes y para abordar temas de interés común y actual, con cursos y encuentros que atraigan más a estas personas menores.

2. La sensibilización sobre cómo abordar la seguridad on-line para los y las menores debe actuar como prevención y crear un entendimiento total entre los y las menores y sus padres, madres/tutores. Los niños y las niñas los padres deben ser conscientes de los peligros que existen on-line, como el acoso cibernético, y cómo abordar los peligros encontrados.

3. Se deben realizar campañas de sensibilización en las escuelas, para estudiantes y profesores, sobre el entorno digital. Tales campañas deben involucrar a periodistas, streamers, músicos para estimular el aprendizaje aún más.

### **FAMILIA**

1. Debería haber personas cuidadoras de menores y servicios de relevo, como centros de acogida o actividades comunitarias, para apoyar a las familias que lo necesitan y a las familias con padres que trabajan fuera.

2. Debe proporcionarse un cronograma y cooperación internacional para garantizar que las familias que viven en otros países puedan verse.



Todas estas recomendaciones fueron presentadas en la 25ª Conferencia Anual de ENOC, los días 27 y 28 de septiembre de 2021, celebrada de forma híbrida en Atenas (Grecia).



...

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

### 6.1 Atender la salud mental en la adolescencia: un beneficio para toda la sociedad

*La salud mental es la base para el bienestar y funcionamiento efectivo del individuo y la comunidad*

*Los factores de riesgos inciden negativamente en el bienestar mental de la infancia y adolescencia*

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

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

Como se recoge en el Libro Verde de la Comisión de las Comunidades Europeas "Mejorar la Salud Mental de la Población"<sup>3</sup> «sin salud mental no hay salud; para los ciudadanos constituye el recurso que les permite desarrollar su potencial intelectual y emocional, así como encontrar y desempeñar su papel en la sociedad, la escuela y el trabajo; para las sociedades, la salud mental de sus ciudadanos contribuye a la prosperidad, la solidaridad y la justicia social;

<sup>3</sup> [https://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_es.pdf](https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf)

en cambio, las enfermedades mentales conllevan costes, pérdidas y cargas de diversa índole, tanto para los ciudadanos como para los sistemas sociales».

*Las enfermedades mentales inciden negativamente en los sistemas económicos, sociales, educativos, penales y judiciales*

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

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

*Se está dando la voz de alarma sobre las graves consecuencias que están teniendo los problemas de salud mental en la población más joven*

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

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

*El impacto que la enfermedad mental en la adolescencia tiene en la vida adulta exige priorizar su atención en beneficio del individuo y de la sociedad*

En los últimos años, se viene dando la voz de alarma sobre las graves consecuencias que están teniendo los problemas de salud mental en la población más joven. La propia Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que **los trastornos de salud mental representan una proporción considerable de la carga mundial de morbilidad durante la adolescencia y constituyen la principal causa de discapacidad entre los jóvenes.** Aproximadamente la mitad de los problemas de salud mental se manifiestan antes de los 14 años, y el suicidio es una de las tres principales causas de muerte entre los adolescentes más mayores. Los problemas de salud mental durante la adolescencia suelen ser precursores de varios comportamientos de alto riesgo, tales como las conductas autolesivas, el consumo de tabaco, de alcohol y de otras sustancias, los comportamientos sexuales de riesgo y la exposición a la violencia, cuyos efectos persisten y acarrear graves consecuencias durante toda la vida<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Directrices sobre las intervenciones de promoción y prevención en materia de salud mental destinadas a adolescentes: Estrategias para ayudar a los adolescentes a prosperar. Resumen ejecutivo. Organización Mundial de la Salud (OMS). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341147/9789240023864-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

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

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

Es por ello que las intervenciones eficaces durante la adolescencia protegen las inversiones de salud pública en la supervivencia infantil y el desarrollo en la primera infancia. Asimismo, la adolescencia ofrece la oportunidad de corregir problemas que hayan podido surgir en los diez primeros años de vida. Por ejemplo, se pueden aplicar intervenciones durante la adolescencia que mitiguen los efectos negativos a largo plazo de la violencia, el maltrato o la desnutrición sufridos en la infancia y eviten que afecten a la salud en el futuro<sup>5</sup>.

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

## 6.2 Una loable pero insuficiente e inconclusa reforma psiquiátrica

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

*Antes de la Reforma Psiquiátrica los problemas de salud mental se solucionaban con la reclusión de la persona enferma en una institución*

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

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

**En lo que a Andalucía se refiere, la Reforma Psiquiátrica tuvo un destacado impulso por parte de las autoridades públicas y en un amplio sector profesional**, procediéndose a la desinstitucionalización en la totalidad de los hospitales psiquiátricos provinciales y respecto a la totalidad de sus usuarios, tanto

<sup>5</sup> La Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década. Resumen. Organización Mundial de la Salud (OMS). [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141455/WHO\\_FWC\\_MCA\\_14.05\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141455/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

de las personas afectadas por trastornos mentales que pasaron a ser atendidas en la nueva y reformada red de salud mental, como también de los otros grupos allí institucionalizados: las personas con discapacidad intelectual y las personas mayores (con más de 65 años), que pasaron a ser derivados en su atención a los Servicios Sociales específicos.

*La Reforma Psiquiátrica en Andalucía tuvo un destacado impulso por las autoridades públicas y un amplio sector profesional*

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

El Informe realizado por la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica en 1985<sup>6</sup>, el cual propició el nuevo paradigma asistencial en Salud Mental, ya reconocía la Salud Mental Infanto-juvenil como una parte importante de los

programas de carácter permanente integrados en el marco asistencial, permitiendo a cada Comunidad Autónoma el desarrollo de estos programas según sus necesidades y prioridades.

Pues bien, la Ley de Salud Pública de Andalucía<sup>7</sup> ordena a las Administraciones Públicas de Andalucía a promover el interés por la salud desde la infancia (artículo 6), incidiendo en el medio educativo con la sensibilización de las personas menores de edad sobre la relevancia de la salud, y fomentando una cultura de la salud pública como fuente de desarrollo personal y autocuidados. Estas Administraciones Públicas están obligadas, también, a promover acciones divulgativas sobre la salud, adaptadas a las necesidades y al desarrollo madurativo de las personas menores. Asimismo, establecerán redes y espacios de salud para las personas menores de edad, que permita concienciarles sobre la importancia de la salud y de los estilos de vida saludables.

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

Por su parte, el Decreto de Apoyo a las familias andaluzas de 2002<sup>9</sup>, contempla una serie de medidas para satisfacer adecuadamente las necesidades de las familias desde una perspectiva global. Concretamente establece en su artículo 32 el desarrollo de dispositivos socio-sanitarios de salud mental al objeto de paliar la sobrecarga familiar que ocasionan determinadas psicopatologías en la población infanto-juvenil. Para ello la norma anuncia que se creará una red especializada para las patologías más complejas, que comprenderá hospital de día y hospitalización completa. Asimismo se establecerán medidas para consolidar la atención comunitaria desde los Equipos de Salud Mental de los Distritos de Atención Primaria de Salud.

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

Por último, el Decreto 77/2008, de ordenación de los Servicios de Salud Mental<sup>10</sup> viene a potenciar los recursos asistenciales a nivel ambulatorio, de hospitalización parcial y la atención domiciliaria;

<sup>6</sup> [http://wikiperver.es/public/upload/4/78\\_INFORME-DE-LA-COMISION-MINISTERIAL-PARA-LA-REFORMA-PSIQUIATRICA.pdf](http://wikiperver.es/public/upload/4/78_INFORME-DE-LA-COMISION-MINISTERIAL-PARA-LA-REFORMA-PSIQUIATRICA.pdf)

<sup>7</sup> Ley 16/2011, de 23 de Diciembre, de Salud Pública de Andalucía «BOJA» núm. 255, de 31 de diciembre de 2011. «BOE» núm. 17, de 20 de enero de 2012. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2012/BOE-A-2012-879-consolidado.pdf>

<sup>8</sup> Decreto 338/1988, de 20 de Diciembre. «BOJA» núm. 2, de 10 de enero de 1989. <https://www.juntadeandalucia.es/boja/1989/2/7>

<sup>9</sup> Decreto 137/2002, de 20 de diciembre, de apoyo a las familias andaluzas. «BOJA» núm. 52, de 4 de mayo de 2002. <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2002/52/1>

<sup>10</sup> Decreto 77/2008, de ordenación de los Servicios de Salud Mental. «BOJA» núm. 53, de 17 de marzo de 2008. [https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sinfiles/wsas-media-sas\\_normativa\\_mediafile/2019/D77\\_2008.pdf](https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sinfiles/wsas-media-sas_normativa_mediafile/2019/D77_2008.pdf)



realizándose las hospitalizaciones de pacientes, cuando se requiera, en unidades hospitalarias de salud mental.

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

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

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

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

1º.- *El Equipo Básico de Atención Primaria (EBAP)*. Se trata de un dispositivo en el que sus profesionales (Pediatras, Médicos de Familia, Enfermería) tienen el primer contacto con la población. Se realizan actividades de prevención y promoción de la salud mental, se resuelven determinadas demandas y se detectan y derivan los problemas psicopatológicos al nivel especializado, realizando en este caso el seguimiento de estos pacientes infantiles de forma coordinada con dichos dispositivos.

2º.- *La Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC)*. Representa el primer nivel de la atención especializada a la salud mental de niños, niñas y adolescentes, siendo el dispositivo básico en su ámbito de influencia con el que se coordinan el resto de los dispositivos. Presta atención ambulatoria a la demanda de salud mental infanto-juvenil derivada desde Atención Primaria y realiza actividades de apoyo y asesoramiento en programas de salud mental infanto-juvenil. Este segundo nivel deriva al nivel especializado superior (USMIJ) los problemas psicopatológicos que requieran atención en programas específicos por su gravedad, complejidad o necesidad de tratamiento intensivo.

3º.- *La Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ)*. Está destinado a desarrollar programas especializados de atención a la salud mental de la población infantil y adolescente de edad no superior a 18 años, desarrollando tres modalidades asistenciales: consultas externas, hospital de día, y hospitalización completa.

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

Por su reciente aprobación hemos de referirnos a la actual Ley de la Infancia y Adolescencia en Andalucía<sup>11</sup>. Una norma que nace con la vocación de garantizar una protección a la infancia y adolescencia en el ámbito del territorio andaluz, atender tanto a las necesidades que ya venían existiendo, como a las que han ido surgiendo en tiempos más recientes. Esta ley también incorpora la regulación de los derechos y deberes que asisten a las personas menores de edad y define el ámbito competencial de la Administración de la Junta de Andalucía en esta materia, creando escenarios para la participación infantil y definiendo un sistema de información e indicadores sobre infancia y adolescencia.

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

*A pesar de los avances, el camino recorrido desde la Reforma Psiquiátrica ha sido tortuoso, lento e incompleto para la salud mental infantil y juvenil*

Además de este cuerpo normativo, la Junta de Andalucía ha ido aprobando distintos planes para la atención a la persona enferma mental en Andalucía. Hemos de referirnos al II Plan Integral de Salud Mental en Andalucía 2008-2012<sup>12</sup> (II PISMA) que recoge una línea específica para la infancia y la adolescencia y contempla la elaboración de un Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y Adolescencia<sup>13</sup> (PASMIA). Se trataba de un Programa ambicioso y de envergadura que apostaba por los siguientes recursos: unidades de hospitalización, unidades de media estancia, centros de día, programas terapéuticos en familias de acogida, programa de acompañamiento terapéutico, así como otros dispositivos o programas a crear en colaboración con distintas instituciones.

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

*La demanda de atención a la salud mental infantil y juvenil se ha diversificado y ha crecido a un ritmo más acelerado que la dotación de nuevos recursos*

Posteriormente se ha aprobado el III Plan Integral de Salud Mental 2016-2020<sup>14</sup> (III PISMA) que reconoce la especial atención que han de recibir quienes se ven afectados por desigualdades sociales o por razón de género, y diferenciar los grupos de edad correspondientes a la infancia, adolescencia, juventud, edad adulta y mayores. La segunda línea estratégica de este documento aborda la atención a la infancia y la adolescencia, siendo esta una de las prioridades de este Plan, **apostando claramente por un enfoque integral e intersectorial, que aborde las desigualdades en salud mental y la preservación de los derechos de esta población**. Junto a las acciones de promoción y prevención, en el ámbito del tratamiento, se pretende abrir el abanico de opciones terapéuticas reforzando la colaboración con otros sectores implicados en la atención a la infancia y la adolescencia, así como seguir avanzando en la cooperación sanitaria, especialmente entre pediatría de Atención Primaria y los servicios de Salud Mental.

**El elenco de normas citadas, los planes y programas descritos así como el modelo de atención señalado, ponen de relieve el importante avance -al menos en teoría- en**

<sup>11</sup> Ley 4/2021, de 27 de julio, de Infancia y Adolescencia de Andalucía. «BOJA» núm. 146, de 30 de julio 2021. [https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/7572\\_d\\_BOJA21-146-00067-12769-01\\_00196573.pdf](https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/7572_d_BOJA21-146-00067-12769-01_00196573.pdf)

<sup>12</sup> II Plan Integral de Salud Mental en Andalucía 2008-2012. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/ii-plan-integral-de-salud-mental-de-andalucia-2008-2012>

<sup>13</sup> Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia. Año 2010. [https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf\\_publicacion/2021/PASMIA\\_Andalucia.pdf](https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/PASMIA_Andalucia.pdf)

<sup>14</sup> <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/servicios-y-centros/salud-mental/iii-plan-integral-de-salud-mental-2016-2020-en-revision>

## La atención a la salud mental de los menores y jóvenes desde que se puso en práctica la Reforma Psiquiátrica señalada al comienzo de este apartado.

*Andalucía ha aprobado la Estrategia de la salud de la infancia y adolescencia durante 2021-2025 para mejorar la salud y el bienestar de infancia andaluza, mediante la articulación de medidas y actuaciones de salud e intersectoriales*

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

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

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

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

**mentales recae de forma preferente en la familia.**

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

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

*Los problemas de la salud mental de niños y adolescentes destacan por la fragilidad de los afectados y ponen en evidencia los déficits del Sistema sanitario público*

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

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

En el actual contexto social y económico, el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía ha aprobado el Acuerdo de 26 de enero de 2021, por el que se aprueba la formulación de la Estrategia de la salud de la infancia y adolescencia en Andalucía durante 2021-2025<sup>15</sup>. Se trata de una estrategia integral e integradora que tiene como finalidad «mejorar la salud y el bienestar de infancia andaluza, mediante la articulación de medidas y actuaciones de salud e intersectoriales que favorezcan la salud de los niños, niñas y adolescentes, su sensibilización sobre la relevancia de crecer sanos, el fomento de una cultura de la salud pública como fuente de desarrollo personal y autocuidados, la intervención sobre los determinantes de la salud infantil y la óptima adecuación de las intervenciones sociosanitarias a su edad y características personales».

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

### 6.3 Defendiendo los derechos de niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental

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

*Uno de los principales motivos de queja se refiere a la saturación de las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ)*

*Se denuncia el predominio de los tratamientos farmacológicos frente a los terapéuticos por la saturación de los recursos públicos destinados a la salud mental de las personas menores de edad*

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

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

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

Por regla general, los principales problemas que plantean los ciudadanos se refieren a carencias de dispositivos específicos para los menores de edad así como a la **saturación de las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ)**, motivada por el aumento de la demanda asistencial y la insuficiente dotación de recursos personales y materiales lo que genera, en ocasiones, retrasos en la emisión de los diagnósticos y la iniciación de tratamientos correspondientes. Las principales deficiencias detectadas en estos dispositivos se concretan en la ausencia de periodicidad en las citas psicológicas y psiquiátricas, falta de revisión oportuna del tratamiento farmacológico, y en el uso indiscriminado de antidepresivos y ansiolíticos.

La insuficiencia de los servicios, unida a la presión asistencial existente en las USMIJ generan demoras en su acceso que provocan listas de espera para la

<sup>15</sup> Acuerdo de 26 de enero de 2021, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la formulación de la Estrategia de salud de la infancia y adolescencia en Andalucía 2021-2024.«BOJA» núm. 19, de 29 de enero.<https://www.juntadeandalucia.es/boja/2021/19/4>



exploración y diagnóstico y deficiencias en la intensidad del tratamiento con relación a la frecuencia de las sesiones terapéuticas.

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

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

*Recibimos denuncias por deficiente coordinación entre los distintos niveles asistenciales así como respecto de los dispositivos educativos y de servicios sociales que atienden a la infancia*

Una simple consulta de las distintas páginas web en internet, relativas a este fenómeno, nos permite conocer datos que, de ser verosímiles, deben movernos a reflexión y preocupación: España es el tercer país del mundo en recetar psicofármacos a menores de edad (por detrás de Canadá y EEUU); los medicamentos más utilizados en esta franja de edad son los relacionados con ansiolíticos y antidepresivos, y ello con el objetivo superar dificultades evolutivas comunes en determinadas etapas del niño o niña<sup>16</sup>.

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

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

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

Bajo esta premisa, la cuestión que debemos plantear son los espacios donde se detecta esa deficiente coordinación. No resulta tarea fácil la respuesta pues su complejidad viene dada por la propia estructura administrativa y la pluralidad de agentes y niveles de las Administraciones que intervienen. Sin embargo,

*Se viene denunciando la escasa formación específica en salud mental infanto-juvenil que se ofrece a los profesionales*

en un esfuerzo de síntesis podemos señalar que esta ausencia de coordinación es más patente entre los diferentes agentes del sistema educativo y entre éstos y los de los sistemas social y sanitario, tanto en la detección de los síntomas iniciales como en la propia atención educativa de las necesidades específicas que su tratamiento conlleva. Ello, en ocasiones, limita el ejercicio del derecho a la educación del niño, niña, adolescente o joven con problemas de salud mental.

Otra de las cuestiones que viene siendo objeto de reclamación, especialmente por asociaciones de familias con menores afectados por problemas de salud mental es **la escasa formación específica en salud mental infanto-juvenil que se ofrece a los profesionales**. Esta deficiencia se hace más patente en el caso de los profesionales de pediatría de atención primaria. Precisamente

<sup>16</sup> <https://www.diariosur.es/20071110/sociedad/espana-tercer-pais-mundo-20071110.html>

esa escasez dificulta la detección de patologías y su posterior derivación a los servicios especializados, a lo que debemos unir la ausencia de una especialidad en psiquiatría infantil que dé respuesta al incremento de los problemas de salud mental en la población infanto-juvenil.

*Solo se podrá intervenir eficazmente con los menores cuando se forme a los profesionales que trabajan con ellos*

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

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

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

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

*Los déficits en la atención a la salud mental constituyen elemento de desigualdad en el ejercicio del derecho a la salud de niños y adolescentes con menos recursos económicos*

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

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

Nos referimos, en primer lugar, al Informe Especial sobre menores con trastornos de conductas en Andalucía<sup>17</sup>, que elaboramos en 2017, donde reclamamos la elaboración de una investigación que permitiera conocer los datos básicos sobre la incidencia real del problema de los trastornos conductuales entre las personas menores andaluzas, partiendo de la información existente por aquel entonces en las Administraciones sanitaria, educativa, social y judicial. Asimismo, **exigimos que de forma coordinada entre las diferentes Administraciones (sanitaria, educativa y social) se elaborara un plan de intervención en niños, niñas y adolescentes con este tipo de problemas, que contemplara todas las cuestiones relativas a la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de los menores afectados por estos trastornos.**

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

<sup>17</sup> <https://www.defensordelmenordeandalucia.es/menores-con-trastornos-de-conducta-en-andalucia>

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

*Los problemas de salud mental de la infancia y adolescencia constituyen una prioridad en las actuaciones de la Defensoría*

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

Dentro de la línea de actuaciones para la defensa de los derechos de las personas menores de edad con problemas de salud mental, hemos de referirnos asimismo a las reuniones de trabajo celebradas con otras Defensorías con el propósito de debatir, analizar y poner en común las deficiencias, carencias, o medidas de mejora en la calidad de la atención sanitaria. Unos encuentros que comenzaron a fraguarse en 2010 y que culminaron en el año 2012 dedicando en Las XXVII Jornadas de Coordinación de Defensores<sup>18</sup>, un apartado específico de las mismas a la protección de las personas menores de edad con enfermedad mental.

A mayor abundamiento, esta Institución, en su calidad de Defensor del Pueblo Andaluz, presentó ante el Parlamento un Informe que bajo el título “La situación de los enfermos mentales en Andalucía desde la perspectiva del Defensor del Pueblo Andaluz”<sup>19</sup> realiza un recorrido por los distintos aspectos conformadores de los sistemas sanitarios y sociales (especialmente el referido a la dependencia en tanto que se ha convertido en la vía ineludible de acceso a determinados servicios y prestaciones económicas).

Como hemos señalado, los problemas de salud mental de la población menor de edad se extienden no solo al ámbito familiar, sino también al sistema de protección de menores o al sistema de justicia juvenil. En el informe sobre «La atención a los menores que cumplen una medida de privación en los centros de internamiento en Andalucía»<sup>20</sup>, esta Institución tuvo la oportunidad de denunciar cómo el fracaso de las medidas preventivas en materia de salud mental conlleva en muchas ocasiones el ingreso del menor en un centro de internamiento. O dicho de otro modo, **en demasiadas ocasiones la única vía posible para abordar los problemas de comportamiento del menor de edad se basa en medidas de responsabilidad penal.**

*En demasiadas ocasiones el abordaje de los problemas de comportamiento del menor de edad está en manos de los Tribunales de Justicia*

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

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

<sup>18</sup> <https://www.defensordelpuebloandaluz.es/proteccion-de-las-personas-con-enfermedad-mental-xxvii-jornadas-de-coordinacion-de-defensores-del>

<sup>19</sup> <https://www.defensordelpuebloandaluz.es/la-situacion-de-los-enfermos-mentales-en-andalucia>

<sup>20</sup> [https://www.defensordelmenordeandalucia.es/sites/default/files/informe\\_atencion\\_a\\_menores\\_infraactores\\_xs\\_0.pdf](https://www.defensordelmenordeandalucia.es/sites/default/files/informe_atencion_a_menores_infraactores_xs_0.pdf)

los acontecimientos y con escasos desplazamientos al lugar en que se produce la situación conflictiva. Ante la demanda de ayuda respecto de la situación de un menor con problemas de comportamiento lo usual es que la familia solo reciba información u orientación respecto de los recursos asistenciales existentes en otras Administraciones a los que se podría tener acceso, pero sin poder dispensar atención directa al menor, ni tampoco auxilio especial.

Para paliar este déficit, la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación tiene operativos programas específicos de tratamiento e intervención con menores en situación de riesgo. Dichos programas los ejecutan las Corporaciones Locales tras recibir la correspondiente financiación de la Junta de Andalucía <sup>21</sup>.

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

*Muchos menores conflictivos no disponen de recurso asistencial que aborde su problemática unificando la respuesta asistencial y ofertando recursos específicamente concebidos para ellos*

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

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

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

**unificando la respuesta asistencial y ofertando recursos específicamente concebidos para ello.**

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

En primer lugar se ha de reseñar que el acceso a los servicios de salud mental infantil y juvenil se ha de hacer por conducto de los servicios de salud mental de distrito. Si ya es pacífica la cuestión de que haya de ser un pediatra quien dispense la atención primaria a los menores en dicha edad, no parece haberse

<sup>21</sup> La implantación del Programa de Tratamiento a Familias con Menores se realizó a través de la [Orden de 20 de junio de 2005](#), por la que se regulaban las bases para otorgar subvenciones a Entidades Locales para la realización del mismo y que fue parcialmente modificada mediante [Orden de 25 de julio de 2006](#).



alcanzado el mismo consenso en materia de salud mental toda vez que las unidades de salud mental infantil y juvenil se conciben como de segundo nivel, tratándose de dispositivos de apoyo a la atención infantil de los equipos de salud mental de los distritos, los cuales, de por sí saturados, pueden restar importancia a cuestiones que en principio podrían parecer nimias, “de niños”, pero que miradas bajo el prisma especializado en salud infantil y juvenil bien pudieran ser objeto de una consideración y abordaje diferente.

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

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

*Nos encontramos con jóvenes que son diagnosticados una vez que cometen un ilícito penal de especial gravedad, a pesar de que su conducta antisocial era evidente desde muchos años antes*

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

Llegados a este punto volvemos a confluir en el recurso asistencial correspondiente al internamiento del paciente durante una estancia más o menos prolongada en un centro especializado para el abordaje de sus problemas conductuales. En tales supuestos (salvo los casos de internamiento de los menores en el correspondiente ala de psiquiatría del hospital para compensar la fase aguda de su enfermedad) la insuficiencia de medios es evidente, y **observamos como en ocasiones no se prescribe tal tratamiento ante la inexistencia de recursos y en los supuestos que se prescribe, la solución se obtiene gracias al concierto urgente de plazas con alguna institución privada.**

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

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

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

*No podemos esperar a que un menor delinca para que reciba una atención especializada en materia de salud mental*

Con todo, nos tememos que lo trágico de lo expuesto es que **si estas actuaciones se hubieran emprendido antes no hubiera resultado preciso este despliegue de medios e intervenciones en el ámbito de la jurisdicción penal.**

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

*Demandamos medidas de cooperación coordinadas entre los centros de internamiento con las Unidades de Salud Mental Infanto Juvenil*

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

*La compleja situación de los niños, niñas y adolescentes afectados por patologías mentales se ha visto agravada con la pandemia*

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

Pero lamentablemente el problema no se resuelve en todos los casos con la atención especializada en salud mental que reciben los menores en el centro de internamiento. No olvidemos que la estancia del chico o la chica está limitada en el tiempo, atendiendo a la gravedad de la actividad delictiva, y dicho periodo temporal no siempre coincide con el necesario para un correcto tratamiento de la patología. De este modo, si la medida de internamiento lleva aparejada una medida posterior de libertad vigilada, será el dispositivo encargado de hacerla cumplir, coordinado con los servicios sociales y sanitarios de zona, el que se encargue de proseguir la tarea educativa y resocializadora emprendida en el centro.

*La salud mental de la infancia y adolescencia debe ocupar un lugar destacado en las políticas de recuperación de la crisis provocada por la pandemia*

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

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

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

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

*Familias y profesionales se enfrentan a unos retos que no cuentan con el apoyo necesario y suficiente de los poderes públicos, repercutiendo negativamente en el derecho a la salud de niños y adolescentes con problemas de salud mental*

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

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

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

Durante la pandemia, el titular de la Institución fue llamado para comparecer ante el Parlamento de Andalucía<sup>22</sup>, y durante esta iniciativa demandó que la salud mental de la infancia y adolescencia ocupe un lugar destacado en las políticas que se diseñen para la recuperación de la crisis provocada por la COVID-19 en nuestra Comunidad Autónoma.

Y en este escenario abogó para actuar de forma urgente en la prevención y detección de los problemas de salud mental que hayan podido surgir tras el confinamiento o bien que se hayan visto agravados

<sup>22</sup> Derechos del la ciudadanía durante la pandemia. Primera ola de la pandemia. «BOPA» núm. 490, de 12 de enero de 2021. <http://www.parlamentodeandalucia.es/webdinamica/portal-web-parlamento/pdf.do?tipodoc=bopa&id=151235>

como consecuencia del mismo. **La salud mental no debe quedar olvidada o relegada a un segundo plano. Es necesario fortalecer la red de salud mental y de apoyo psicosocial para las personas menores de edad.** Una red que, por otro lado, parte de una endémica infradotación en el sector de la infancia y adolescencia.

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

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

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

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

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

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

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

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

En su relato, el padre insistía en que su hijo precisaba de un centro residencial donde pudiera permanecer interno el período de tiempo necesario para abordar y tratar sus problemas conductuales con el concurso de profesionales especializados de salud mental juvenil. No obstante, y a pesar de sus reiteradas peticiones, no obtenía respuesta positiva a sus demandas.

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Por referirnos exclusivamente a los más directamente aplicables en nuestro espacio autonómico, cabe mencionar, entre otros muchos, el Decreto 246/2005, de 8 de noviembre<sup>23</sup>, que se dedica a plasmar normativamente las condiciones en las que debe traducirse la adaptación de la asistencia sanitaria a las especiales circunstancias de las personas menores de edad. Así en concreto, por lo que hace a las personas en edad pediátrica (menores de 14 años), el artículo 15 determina que en los hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía serán atendidas e ingresadas en zonas pediátricas específicas y en condiciones de máxima seguridad para su protección, extendiéndose esta garantía de especificidad en razón de la edad respecto de la atención urgente, y para todo el proceso de la misma.

#### 4.- Prevalencia del tratamiento farmacológico frente al terapéutico

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

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

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

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

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

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

<sup>23</sup> DECRETO 246/2005, de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo y se crea el Consejo de Salud de las Personas Menores de Edad. <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2005/244/2>

Los programas específicos son aquellos a través de los cuales se atiende a menores cuyas necesidades exigen un abordaje segregado, diferenciado. Se desarrollan en centros que, por sus características especiales, profesionales e instrumentales reúnen las condiciones adecuadas para un acogimiento terapéutico, ya sea de forma temporal, destinado al retorno a un entorno normalizado o bien con carácter permanente, si así lo exigiera la situación de cada menor (Orden de 13 de julio de 2003). Este tipo de programa va destinado a menores cuyos comportamientos devienen en altamente conflictivos, no necesariamente asociados a patologías psiquiátricas, que son incompatibles con la normal convivencia en los centros, afectando tanto a los propios sujetos como a otros y otras menores con quienes puedan compartir centro. Se aplican técnicas y actuaciones basadas en la contención y corrección de carácter terapéutico y socioeducativo de aquellas conductas o comportamientos altamente contrarios al modelo de convivencia, provocando el aprendizaje de comportamientos positivos y la asimilación de las reglas sociales básicas.

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

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

#### 6.4 La pandemia incrementa y agrava los problemas de salud mental de niños, niñas y adolescentes

El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la COVID-19 como pandemia. Unos días más tarde el Gobierno de España decretó<sup>24</sup> el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por dicha enfermedad con el objetivo de proteger la salud de la ciudadanía, contener la progresión de la enfermedad y reforzar el sistema de salud pública.

*La pandemia está afectando a la salud física y psicológica de la población*

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

*La pandemia ha añadido nuevos riesgos y desafíos derivados de las medidas implementadas para afrontar la crisis sanitaria*

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

En consecuencia, **la pandemia de la COVID-19 ha añadido nuevos riesgos y desafíos derivados de las medidas necesarias que se han implementado para afrontar la crisis sanitaria**. Además de las consiguientes dificultades para acceder a los servicios de salud mental, la situación de pandemia ha supuesto la

<sup>24</sup> Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. «BOE» núm. 67, de 14/03/2020.

privación de los beneficios de la socialización, la frustración de las expectativas personales, la proliferación del miedo y la incertidumbre por la salud propia o familiar y el incremento de problemas económicos y laborales, entre otros perjuicios.

*La personas más vulnerables tienen mayores probabilidades de sufrir problemas psicológicos por la pandemia*

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

Los estudios sobre situaciones de estrés y emergencias resumen **las principales variables implicadas en el impacto psicológico como las siguientes:** el miedo a la infección por virus y enfermedades, la manifestación de sentimientos de frustración y aburrimiento, no poder cubrir las necesidades básicas y no disponer de información y pautas de actuación claras (Brooks et al., 2020) o la presencia de problemas de salud mental previos o problemas económicos (Wang, Zhang, et al., 2020). También el estigma y rechazo social en el caso de personas infectadas o expuestas a la enfermedad puede ser un desencadenante de una peor adaptación (Brooks et al., 2020). El grado de impacto dependerá de varios factores. De acuerdo con el estudio de Sprang y Silman (2013), la población que ha vivido una cuarentena durante enfermedades pandémicas es más propensa a presentar trastorno de estrés agudo y de adaptación y dolor (el 30% con criterios de trastorno de estrés postraumático)<sup>25</sup>.

*El 93% de los países ha visto cómo la COVID-19 afectaba a sus servicios de salud mental, ya de por sí lastrados por un déficit crónico de financiación (OMS)*

Pero los efectos adversos de la pandemia no afectarán a toda la población por igual. **Las personas que se encuentran en una situación de vulnerabilidad tienen mayores probabilidades de sufrir problemas de tipo psicológico que el resto.** Ciertamente la situación social y sanitaria que ha generado la pandemia por el COVID-19 ha afectado a toda la población. Pero, como ocurre en la mayoría de las crisis sociales, incide especialmente a las personas más vulnerables y con menos redes de apoyo.

*La pandemia está teniendo un fuerte impacto en la salud mental de niños, niñas y adolescentes aunque todavía carecemos de datos oficiales para medir su incidencia*

En este sentido, expertos<sup>26</sup> han señalado que cabe esperar que las personas en situación de vulnerabilidad serán aquellas que por sus características presentan una desventaja por edad, sexo, estructura familiar, nivel educativo, origen étnico, situación o condición física y/o mental, y que requieran de un esfuerzo adicional para incorporarse al desarrollo y a la convivencia. Dentro de este grupo se podrían englobar las personas con diversidad funcional, minorías étnicas, personas con trastornos psicológicos, migrantes, refugiados, personas con diversidad sexual y/o identidad de género, y las personas menores de edad.

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

Según el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS)<sup>27</sup>, desde el inicio de la pandemia hasta comienzos del año 2022, un 6,4% de la población ha acudido

<sup>25</sup> Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Informe de investigación. Servicio de publicaciones de la Universidad del País Vasco. [https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu\\_eines/noticies/docs/Consecuencias\\_psicologicas\\_COVID-19.pdf](https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu_eines/noticies/docs/Consecuencias_psicologicas_COVID-19.pdf)

<sup>26</sup> Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Informe de investigación. Servicio de publicaciones de la Universidad del País Vasco. [https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu\\_eines/noticies/docs/Consecuencias\\_psicologicas\\_COVID-19.pdf](https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu_eines/noticies/docs/Consecuencias_psicologicas_COVID-19.pdf)

<sup>27</sup> Encuesta sobre la salud mental de los/as españoles/as durante la pandemia de la covid-19. Estudio nº 3312, Febrero 2021. <https://www.cis.es/cis/>



a un profesional de la salud mental por algún tipo de síntoma, siendo el mayor porcentaje un 43,7% por ansiedad y un 35,5% por depresión. Más del doble de las personas que han acudido a estos servicios de salud mental son mujeres.

**En este contexto de crisis sanitaria, social y económica, las personas menores de edad han sido uno de los colectivos más perjudicados.** Durante el confinamiento se vieron obligados a quedarse en casa sin poder salir a la calle, ni acudir al colegio o instituto. No pudieron realizar ninguna actividad deportiva en espacios públicos o en otras instalaciones, ni reunirse y jugar con sus amigos de forma presencial. El cariño de familiares que no convivían en sus viviendas lo recibieron, en el mejor de los casos, de forma virtual.

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

*Los trastornos mentales de niños, niñas y adolescentes pasarían de un 1,7% en 2017 a un 3,7% en 2021 (Save The Children)*

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

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

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

A pesar de la ausencia de estos datos oficiales, algunas organizaciones que trabajan con la infancia han realizado diversos estudios e investigaciones sobre esta cuestión. Traemos a colación, en primer lugar, el análisis realizado por Save The Children<sup>28</sup> que señala el incremento de forma sustancial del porcentaje de niños y adolescentes con trastornos mentales y de conducta, a pesar de que solamente el 5% de los padres y madres entrevistados declaran que la salud de sus hijos fue regular, mala o muy mala en los últimos 12 meses (inferior al 8% de la media nacional).

*Los trastornos mentales de menores son superiores en familias con rentas más bajas especialmente por la crisis de la pandemia (Save The Children)*

Sin embargo, **según datos de la misma encuesta realizada por Save The Children, tanto los trastornos mentales como los trastornos de conducta han aumentado.** En el caso de los trastornos mentales, el porcentaje de niños, niñas y adolescentes pasaría de un 1,7% en 2017 a un 3,7% en 2021. Los trastornos de conducta, por su parte, se elevan también de un 3,2% hasta un 6,3%, cifras que indican un elevado aumento, parecido a la media nacional, de niños, niñas y adolescentes con problemas mentales en Andalucía. La pandemia,

<sup>28</sup> [export/sites/default/-Archivos/Marginales/3300\\_3319/3312/es3312mar.pdf](https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2021-12/Informe_Crecer_saludablemente_AnexoAndalucia_DIC_21.pdf)  
"Crecer Saludable(mente)". Un análisis sobre la salud mental y el suicidio en la infancia y adolescencia en Andalucía. Axexo Andalucía. [https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2021-12/Informe\\_Crecer\\_saludablemente\\_AnexoAndalucia\\_DIC\\_21.pdf](https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2021-12/Informe_Crecer_saludablemente_AnexoAndalucia_DIC_21.pdf)

además, ha tenido un impacto en las conductas y emociones de los niños, niñas y adolescentes de Andalucía, aumentando el porcentaje de aquellos que están nerviosos, preocupados, infelices o solitarios.

El trabajo elaborado por el citada organización analiza los **diferentes factores de riesgo para la salud mental de la infancia y adolescencia**: edad, sexo, origen y renta. Respecto de este último factor, se pone de relieve que **los hogares andaluces con rentas más bajas son aquellos donde hay más niños, niñas y adolescentes que tienen trastornos mentales y/o de conducta** (un 14%, respecto a un 13% de la media nacional). En cambio, es mucho menos probable que los niños, niñas y adolescentes que viven en hogares más acomodados presenten este tipo de problemáticas (un 3%, igual que la media nacional). Es decir, que viven en hogares pobres tienen una probabilidad casi 5 veces mayor de sufrir trastornos mentales y/o de conducta que aquellos que viven en hogares de renta alta. Se trata de un nivel de desigualdad por renta similar al de la media española. La relación entre salud mental y renta se daba ya antes de la pandemia, pero en un contexto en el que las desigualdades siguen acrecentándose por la crisis, y los trastornos mentales aumentan, se hace si cabe más importante aún.

*Aunque carecemos de datos oficiales y todavía no puede determinarse con exactitud las consecuencias de la pandemia en la salud mental infantil y juvenil, nos enfrentamos a un problema relevante que precisa de una atención prioritaria de los poderes públicos y de la sociedad en general*

También analiza Save The Children<sup>29</sup> en su informe el impacto en la salud mental de aquellos niños que se han enfrentado desde la pandemia a la incertidumbre laboral de sus familias. La encuesta realizada a 2.000 padres sobre la salud mental de sus hijos pone de manifiesto que los trastornos mentales han aumentado en Andalucía del 1,7% a un 3,7% en comparación con los últimos datos oficiales disponibles de la Encuesta Nacional de Salud de 2017. El informe pone de relieve, además, que la incidencia de estos problemas es tres veces mayor (10%) en las familias andaluzas sin empleo que entre la infancia y la adolescencia que vive en familias que han conservado el empleo (3%) tras la crisis del COVID. Los niños de familias vulnerables, según Save the Children, son más propensos a padecer problemas de salud mental: nada menos que cinco veces más que los de familias con rentas altas.

Otro estudio sobre el modo en que la pandemia ha alterado la salud mental de muchos adolescentes o ha agravado las ya existentes ha sido realizado por la Fundación ANAR<sup>30</sup>. Esta organización ha detectado un incremento de los problemas asociados a la tecnología que pasaron de un 23,2% a un 29,9%, en el 2020 afectando a temáticas como grooming, ciberacoso, violencia de género, pornografía, prostitución infantil, trastornos de la alimentación, autolesiones, ideaciones e intentos de suicidio y otros problemas psicológicos.

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

Hemos de referirnos asimismo al Sondeo COVID-19 realizado por el Instituto de la Juventud<sup>31</sup> que se hace eco del posible impacto psicológico que ha podido tener el confinamiento de los meses de marzo-mayo de 2020 en la población joven (de 15 a 29 años). Según este análisis, un 32,1% también declaró sentirse estresado, un 28,9% tenso, un 24,2% dijo que tenía dificultades para conciliar el sueño y un 23,2% que estuvo bajo de

<sup>29</sup> Crecer saludable(mente). Una análisis sobre la salud mental y el suicidio en la infancia y adolescencia en Andalucía. [https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2021-12/Informe\\_Crecer\\_saludablemente\\_DIC\\_2021.pdf](https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2021-12/Informe_Crecer_saludablemente_DIC_2021.pdf)

<sup>30</sup> "Informe anual 2020: el Teléfono/Chat ANAR en tiempos de Covid-19". Fundación ANAR. [https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/7559\\_d\\_Informe-ANAR-COVID.pdf](https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/7559_d_Informe-ANAR-COVID.pdf)

<sup>31</sup> "Informe Juventud en España 2020". Instituto de la Juventud. [http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2021/03/informe\\_juventud\\_espaa\\_2020.pdf](http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2021/03/informe_juventud_espaa_2020.pdf)



moral. Un 19,1% declaró sentirse deprimido durante el confinamiento con bastante frecuencia, si bien solo un 6% llega a declarar que se sintió solo.

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

*La pandemia ha incrementado la desigualdad ya existente en la garantía del derecho a la salud mental de la población infantil y juvenil*

Por su parte, el Grupo de Trabajo Multidisciplinar sobre Salud Mental en la Infancia y Adolescencia<sup>32</sup>, del que forman parte la Sociedad de Psiquiatría Infantil (SPI), dependiente de la Asociación Española de Pediatría; la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP) y la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) ha señalado que, desde el inicio de la crisis sanitaria, en 2020, la salud mental de los niños y adolescentes en España se ha deteriorado notablemente. Antes de la pandemia ya se estimaba que en torno al 10% de los niños y al 20% de los adolescentes sufría trastornos mentales, con consecuencias que se pueden prolongar a lo largo de toda su vida.

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

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

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

## 6.5 El suicidio: la pandemia invisible

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

*El suicidio supone un grave problema de salud pública y una tragedia para las familias, comunidades y países*

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

**La Organización Mundial de la Salud hace tiempo que alertó sobre el incremento de las muertes por suicidio a nivel mundial, especialmente en la población adolescente.** Cada año se suicidan cerca de 700.000 personas en el

<sup>32</sup> Asociación Española de Pediatría. <https://www.aeped.es/noticias/pandemia-ha-provocado-un-aumento-hasta-47-en-los-trastornos-salud-mental-en-los-menores>

mundo aunque por cada suicidio consumado hay muchas tentativas de suicidio. El 77% de los suicidios se produce en los países de ingresos bajos y medianos.

*Cada año se suicidan cerca de 700.000 personas en el mundo, de los cuales el 77% se produce en los países de ingresos bajos y medianos (OMS)*

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

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

La **OMS reconoce asimismo que el suicidio es una prioridad para la salud pública**. En 2014 se publicó el primer informe mundial de la OMS sobre esta cuestión<sup>33</sup>, con objeto de aumentar la sensibilización respecto de la relevancia del suicidio y los intentos de suicidio para la salud pública, así como de otorgar la máxima prioridad a su prevención en los programas mundiales de salud pública. Además, con este informe se procuró alentar y ayudar a los países a elaborar o reforzar estrategias integrales de prevención del suicidio en el marco de un enfoque multisectorial de la salud pública.

*Las tasas de suicidio son elevadas entre los grupos vulnerables y discriminados*

El suicidio es también uno de los problemas que aborda prioritariamente el **Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental**<sup>34</sup> (mhGAP, por sus siglas en inglés), que proporciona orientación técnica basada en la evidencia para ampliar la prestación de servicios y la atención en los países a los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias.

*Según la OMS el suicidio, a nivel mundial, es la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 19 años*

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

*Según el INE en 2020 se registraron 3.941 suicidios en nuestro país, siendo el año en que más suicidios se han registrado en la historia de España*

Pues bien, por mucho que nos pueda extrañar y nos resulte difícil de comprender, los adolescentes también se suicidan, no solo las personas adultas. Especialmente preocupantes son las cifras aportadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) según las cuales **el suicidio, a nivel mundial, es la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 19 años**<sup>35</sup>.

Uno de los mitos más conocido en torno a los suicidios en la adolescencia, es la afirmación de que cuando los jóvenes hablan de cometer suicidio o realizan un intento, lo hacen para llamar la atención, considerándolo tan solo "como un grito de ayuda". Sin embargo, **una amenaza de suicidio nunca debe ser descartada**: es importante responder a este tipo de amenazas y señales de advertencia de manera seria y atenta. Así lo indica el Instituto de la Mente Infantil<sup>36</sup> (*Child Mind Institute*) en un artículo publicado en su página web, a través del cual aborda el tema del suicidio en la adolescencia, así como los diferentes **factores de riesgo y protección que pueden incrementar o reducir la probabilidad de conductas suicidas** entre los jóvenes.

<sup>33</sup> «Prevención del suicidio: un imperativo global». OMS <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>

<sup>34</sup> <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52328>

<sup>35</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS), junio 2021. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

<sup>36</sup> <https://childmind.org/es/>

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

*En 2020 se suicidaron 14 menores de 15 años (7 niños y 7 niñas)*

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

*Según el INE el suicidio es la segunda causa de mortalidad, después de los accidentes, entre la población de 15 a 24 años*

Teniendo en cuenta lo señalado, el citado Instituto hace hincapié en **la trascendencia de prestar atención a posibles señales de alerta**, tales como cambios en la personalidad o el comportamiento (por ejemplo, cuando el niño o adolescente está más retraído, se le ve triste, más irritable, ansioso, cansado o apático, o comienza a actuar de forma errática, implicándose en acciones perjudiciales para sí mismo u otras personas), así como en los patrones de sueño o los hábitos alimenticios también.

*Después del confinamiento se ha producido un ‘efecto rebote’ en los suicidios (Observatorio del Suicidio en España)*

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

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

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

Según datos del instituto Nacional de Estadística (INE)<sup>37</sup> en 2020 se registraron 3.941 suicidios en España, siendo el año en que más suicidios se han registrado en la historia desde que se comenzaron a registrar en 1906. Ello supone un incremento del 7,4% con respecto a 2019, es decir, 270 personas más que el año anterior. También es la primera vez que España alcanza 14 suicidios de menores de 15 años (7 niños y 7 niñas), duplicando los casos de 2019. Además, el suicidio en personas mayores de 80 años ha aumentado un 20%.

*En Andalucía, el suicidio es, junto con los accidentes de tráfico, la primera causa de muerte, con un 35% de los casos (Save The Children)*

Este mismo Organismo destaca que para los grupos de edad 13-19 y 20-29 años, el número de varones supera significativamente al de mujeres, en ambos tramos de edades. Por otra parte, se ve que la distribución geográfica del suicidio de los jóvenes no sigue una distribución aleatoria, sino más bien concentrada en mayor medida en unas provincias que en otras.

El caso de los escolares españoles se sabe que **el suicidio es la segunda causa de mortalidad, después de los accidentes, entre la población de 15 a 24 años**: un 8% de los escolares de entre 11 y 15 años dice sentirse infeliz; un 14% de las chicas escolares de 15 años y un 9% de los chicos afirman haber tenido

<sup>37</sup> Instituto Nacional de Estadística. Estadística de defunciones según la causa de muerte. Últimos datos. [https://www.ine.es/dynqns/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175](https://www.ine.es/dynqns/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175)

sentimientos de soledad con mucha o bastante asiduidad; algo más del 50% de la población juvenil presenta cuadros depresivos, y las depresiones no tratadas conducen al suicidio en un 15% de los casos; en el 70% de los suicidios aparece el fracaso escolar como desencadenante.

*Han aumentado las ideaciones y tentativas de suicidio durante el confinamiento de los adolescentes, que se han incrementado un 244,1% respecto al año anterior a la pandemia (Fundación ANAR)*

Por otro lado, el Observatorio del Suicidio en España de la Fundación Española de Prevención del Suicidio<sup>38</sup> habla sobre algunos estudios epidemiológicos que han llegado a la conclusión de que **la ideación suicida podría afectar a lo largo de la vida a “entre el 5% y el 10% de la población española”**. **Lo que significa que en un año podrían producirse alrededor de 80.000 intentos de suicidio en el territorio nacional.**

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

Desde el Observatorio del Suicidio se esperaba para 2020 una disminución significativa de los suicidios, en coherencia con la disminución generalizada de muertes externas (accidentes de tráfico, homicidios, etc.) provocado por el confinamiento (ya que este dificulta enormemente estas conductas, tanto en la vía pública -al estar prohibido deambular por ella- como en los domicilios

-al estar en compañía-). No obstante, parece que después del confinamiento se ha producido un ‘efecto rebote’. Así, por ejemplo, mientras que en abril se registraron un 18,2% menos respecto al mismo mes de 2019, en agosto se produjo un aumento del 34,0%.

*Hemos pasado del silencio frente al suicidio al reconocimiento del problema. Pero ello no es suficiente, tenemos que ir del silencio a la acción*

Por lo que respecta a la Comunidad Autónoma de Andalucía, Save The Children<sup>39</sup> pone de relieve que en 2020 hubo 194 muertes de niños, niñas y adolescentes de entre 15 y 29 años por causas externas<sup>40</sup>, un 22% sobre el total español, correspondiendo el 78% a niños y el resto a niñas. **De las causas externas de muerte, el suicidio es, junto con los accidentes de tráfico, la primera causa de muerte, con un 35% de los casos.**

El mencionado estudio también pone de manifiesto que las intenciones de suicidio de niños, niñas y adolescentes, según sus padres, varían en función de la renta familiar. Así, para el total de España, si se desglosa por nivel de rentas, se advierte que, en aquellos hogares con rentas más altas, el porcentaje de padres y madres que consideran que sus hijos tienen intención de suicidarse

es del 1,25%. Sin embargo, este porcentaje se triplica hasta llegar al 4% para las familias con rentas más bajas.

También traemos a colación el informe elaborado por la Fundación ANAR<sup>41</sup> que señala que las consecuencias del COVID-19 han generado en niños y adolescentes una gran frustración fruto de la indefensión y desesperación, y esto explica el aumentado de las ideaciones y tentativas de suicidio durante el confinamiento de los adolescentes, que se han incrementado un 244,1% respecto al año anterior a la pandemia.

*Estamos obligados a buscar soluciones y trabajar para reducir esta “epidemia invisible”. Es una responsabilidad social irrenunciable*

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

<sup>38</sup> Observatorio del suicidio en España. Estadísticas 2020. <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2020/>

<sup>39</sup> Crecer saludable (mente). Save The Children. Anexo Andalucía. [https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2021-12/Informe\\_Creer\\_saludablemente\\_AnexoAndalucia\\_DIC\\_21.pdf](https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2021-12/Informe_Creer_saludablemente_AnexoAndalucia_DIC_21.pdf)

<sup>40</sup> En esta tasa se incluyen los accidentes de tráfico y de otro tipo de transporte, caídas accidentales, ahogamientos, accidentes por fuego, envenenamientos accidentales por psicofármacos y drogas de abuso, suicidios y lesiones autoinfligidas, entre otras.

<sup>41</sup> Op.Cit, nota 18.



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

*El Consejo Europeo ha solicitado mayor implicación para prevenir el suicidio en niños y adolescentes y convertirlo en una prioridad política*

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

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

vulnerables según nivel de riesgo para la prevención de la conducta suicida.

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

## 6.6 Algunas propuestas de mejora para la atención a los problemas de salud mental de la infancia y adolescencia

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

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

*Las personas con enfermedades mentales son víctimas de la ignorancia, los prejuicios, la falta de reconocimiento de derechos y, por tanto, de la insolidaridad*

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

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

Sin embargo, como hemos venido poniendo de manifiesto a lo largo de este capítulo, debemos lamentarnos de que el mencionado propósito no ha sido



suficiente y que aún queda un largo camino por recorrer para el efectivo ejercicio de todos los derechos de las personas con patologías mentales y para su verdadera inclusión social.

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

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

### 6.6.1 Incrementar la lucha contra el estigma de la enfermedad mental a través del conocimiento

*El estigma de padecer una enfermedad psíquica aumenta el sufrimiento personal, el familiar y también la exclusión social*

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

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

Ciertamente las personas que padecen una patología mental sufren, además de los efectos de su enfermedad, las consecuencias del desconocimiento y los prejuicios sociales que dificultan enormemente su integración e incluso su curación o mejoría. Este rechazo social hacia la persona, hacia su enfermedad, e incluso a su entorno familiar, levanta nuevas barreras adicionales que aumentan el riesgo de aislamiento y marginación, especialmente en etapas de la persona como es la infancia y adolescencia en las que se está en pleno proceso de formación de la personalidad.

*El rechazo social hacia el menor enfermo mental levanta nuevas barreras adicionales que aumentan su riesgo de aislamiento y marginación*

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

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

*Demandamos mayor concienciación social respecto de las enfermedades mentales*

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

la integración de las personas afectadas en la vida laboral, para que estas puedan generar una mayor aceptación y comprensión en el seno de la sociedad.

*Podríamos pensar que, motivada por la pandemia, nos encontramos en el comienzo de un cambio respecto del conocimiento de la salud mental que puede ayudar a romper la estigma*

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

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

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

*Existe un elevado grado de estigmatización en los niños, niñas y adolescentes con patologías mentales que dificulta gravemente su integración*

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

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

En esta situación nos encontrábamos hasta que llegó la pandemia. Una enfermedad que junto con los daños físicos provocados así como los fallecimientos de miles de personas, está ocasionando también serios problemas en el bienestar emocional y psíquico de la ciudadanía. Aunque aún no éramos del todo conscientes, sobre todo al principio de la pandemia, comenzaba en marzo de 2020 una de las etapas más duras para las personas en la historia reciente, no solo de España, sino de la humanidad, con todo el mundo, literalmente, encerrado en casa.

*Es necesario agilizar el debate político sobre la salud mental de la población afectada*

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

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

*Los poderes públicos adquieren un destacado protagonismo en la lucha contra la estigmatización fomentando el conocimiento de la enfermedad mental*

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

Ciertamente uno de los escasos aspectos positivos que ha traído la pandemia es que se haya comenzado a otorgar mayor visibilidad a los problemas de salud mental. Y si bien es cierto que esta predisposición se ha plasmado principalmente en la ciudadanía, en nuestro criterio, todavía no ha llegado a tener el protagonismo necesario en las agendas políticas acorde con la entidad del problema. **Es necesario, por tanto, agilizar el debate político en todos los niveles (europeo, nacional y autonómico) sobre la salud mental de la población afectada por este problema, especialmente en la infancia y adolescencia.**

*Demandamos de los poderes públicos medidas concretas de sensibilización y educación para promover el conocimiento de las enfermedades mentales en la infancia y adolescencia*

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

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

En consecuencia, **se necesita que los poderes públicos inicien un proceso estructurado de sensibilización y educación de los distintos colectivos para promover el conocimiento sobre los trastornos mentales,**

**favorecer la rehabilitación psicosocial en comunidad y la inclusión social del niño con patología mental.**

### 6.6.2 Un sistema de información de datos que permita conocer la realidad y magnitud del problema

**Una de las principales dificultades que atañen a la enfermedad mental infanto juvenil es la escasez de datos relativos a la incidencia real del problema.** Se trata de una deficiencia importante porque sin una información más detallada y rigurosa sobre el número de menores afectados, los tipos de patologías -algunas incluso de carácter dual- más allá de los datos contenidos habitualmente por "Citaweb"<sup>42</sup> y "Diraya"<sup>43</sup> no se podrá planificar adecuadamente.

<sup>42</sup> Servicio Andaluz de Salud. Pensado como una oficina virtual, proporciona a las personas con cobertura sanitaria pública en Andalucía información personal y la posibilidad de hacer gestiones en línea en su relación con la asistencia sanitaria. Para ello utiliza tecnologías que garantizan la seguridad en la transmisión de la información y la identidad de quien accede.

<sup>43</sup> Servicio Andaluz de Salud. Diraya es el sistema que se utiliza en el Servicio Andaluz de Salud como soporte de la historia clínica electrónica. Integra toda la información de salud de cada una de las personas atendidas en los centros sanitarios, para que esté disponible en el lugar y momento en que sea necesario para atenderle, y sirve también para la gestión del sistema sanitario.

**Necesitamos contar con una recopilación que sea ordenada y esté suficientemente sistematizada de la información como requisito indispensable para realizar un estudio epidemiológico de la enfermedad mental en la infancia y adolescencia,** conocer su incidencia real, analizar su evolución

*La escasez de datos sobre la incidencia real del problema es uno de los principales hándicaps de la enfermedad mental infanto juvenil*

en el tiempo y, por supuesto, poder evaluar la eficacia de las medidas que se han ido adoptando para ayudar a las personas afectadas. Sin embargo, la realidad es que, en la actualidad, carecemos de esos necesarios y rigurosos datos epidemiológicos señalados. Dicha carencia deviene por ser incompletos, no estar desagregados y ser de escasa utilidad para valorar la incidencia, la prevalencia y el impacto de los trastornos mentales en la población infantil y juvenil.

A las deficiencias descritas en materia de datos contribuye, sin duda, el estigma que pesa sobre el enfermo mental, como hemos señalado, a la par que representa un destacado obstáculo para conseguir el propósito de contar el sistema de información al que debemos aspirar. Ciertamente el rechazo social que provocan los problemas de salud mental en la sociedad conlleva que muchas familias silencien el problema o no busquen la ayuda necesaria

que precisan sus hijos para atender a las patologías mentales, por lo que, como señalamos, los datos epidemiológicos sobre la enfermedad en menores y adolescentes son incompletos, con las consecuencias que de ello se derivan.

*Es necesario información precisa, relevante y útil para hacer un seguimiento de la salud mental infanto juvenil*

Sin embargo **la existencia de información precisa, relevante y útil de cara a poder hacer un seguimiento de la salud mental de la población en general y, en especial, de la infantil y juvenil se hace cada vez más necesaria.** De forma paralela, esta información sistematizada puede contribuir, además, a eliminar los estigmas ligados a las propias patologías mentales.

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

*Demandamos adaptaciones en el sistema de información respecto de la salud mental de la infancia y adolescencia que permita prevenir los problemas emergentes, evaluar los datos, la suficiencia de recursos, y sus oportunidades de mejora*

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

La experiencia acumulada a lo largo de estos años ha demostrado que la recopilación de los datos epidemiológicos sobre la salud mental no es una tarea fácil. Y no lo es porque los sistemas de información han de tener en cuenta muchos aspectos que van desde la necesidad de lograr el apoyo de los implicados (profesionales de la salud, afectados, administraciones públicas, asociaciones, ONGs, etc.), hasta una revisión sistemática de los indicadores existentes, pasando por un diseño técnico impecable, que supone, a su vez, una clarificación adecuada de los conceptos relevantes dentro del ámbito de la salud mental <sup>44</sup>.

En este contexto, y por las razones señaladas, esta Defensoría debe **demandar del sistema sanitario público andaluz un nuevo impulso para realizar las adaptaciones necesarias en el actual sistema de información respecto**

<sup>44</sup> [http://www.injuve.es/sites/default/files/salud\\_mental\\_de\\_la\\_juventud.pdf](http://www.injuve.es/sites/default/files/salud_mental_de_la_juventud.pdf)



de la salud mental de la infancia y adolescencia que permita analizar y prevenir los problemas emergentes, que sea capaz de evaluar los datos, y con ello, la suficiencia de recursos en el sistema de atención a la salud mental, sus oportunidades de mejora y el reparto equitativo de los mismos en el territorio andaluz.

### 6.6.3 Incrementar las medidas de prevención y detección precoz de la enfermedad mental en las personas menores de edad

*La atención médica a niños, niñas y adolescentes debe contemplar la vertiente asistencial enfocada a combatir las enfermedades y también la labor preventiva y de promoción de la salud*

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

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

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

Siendo ello así, **las actuaciones en el ámbito de la salud mental infanto-juvenil no pueden quedar limitadas a las tareas asistenciales propiamente dichas una vez que el problema o el trastorno mental ha comenzado a manifestarse, sino que es preciso conseguir un desarrollo equilibrado de la función preventiva en la que se incluyan todas las áreas que configuran la vida del niño, niña o adolescente.** Nos referimos a la promoción de la salud mental de la madre en el período prenatal y de un vínculo adecuado después del nacimiento, a potenciar los factores protectores, a conocer las señales de alarma de la patología psiquiátrica de cada etapa, a reducir conductas de riesgo, o a la superación de situaciones de desventaja social y económica, entre otras muchas.

*La escuela es un entorno apropiado para una educación que promueva una salud mental positiva y minimice los riesgos de comportamientos insanos que pueden propiciar la aparición de patologías mentales*

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

Esta ingente y necesaria labor preventiva frente a las enfermedades mentales de la infancia y adolescencia no puede quedar circunscrita



exclusivamente al ámbito sanitario. **La escuela adquiere un destacado protagonismo en materia de prevención.** Y ello porque los centros escolares son entornos apropiados para una educación sana que promueva una salud mental positiva y minimice los riesgos de actitudes y comportamientos insanos que pueden propiciar la aparición de patologías mentales o agravar sus consecuencias. Expertos en la materia apuntan a que dichas actuaciones preventivas se integren de forma transversal en el currículo y se dirijan a toda la comunidad escolar, ya que las intervenciones que implican a las familias, el alumnado y profesorado resultan más eficaces.

*La familia representa un papel fundamental en la prevención de las enfermedades mentales de los hijos e hijas*

Acorde con este planteamiento, desde hace años se viene reivindicando una educación que apueste por los valores, que trabaje la diversidad y la inclusión y que tenga en cuenta los retos de una sociedad que cambia a una velocidad de vértigo, para que se consiga una salud mental más positiva de las generaciones futuras.

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

*Demandamos incrementar los programas de prevención y detección precoz de los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia en el ámbito sanitario y educativo y apoyo a la parentalidad positiva*

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

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

parental, para garantizar los derechos del menor en el seno de la familia y optimizar el desarrollo potencial del menor y su bienestar.

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

#### **6.6.4 La lucha contra el suicidio: una actuación específica de prevención del suicidio de la población infantil y juvenil en Andalucía**

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

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

*No existe sensibilidad social sobre el suicidio y el tabú impide hablar del problema abiertamente*

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

En concordancia con lo señalado, esa difícil tarea de lucha contra el fenómeno debe comenzar por **aumentar la sensibilidad de la sociedad y superar los tabús para avanzar en la prevención del suicidio**. Sería necesario también **disponer de datos rigurosos** y convenientemente tratados sobre el número de suicidios y los intentos de suicidio que se producen al año. Para mejorar estos datos estadísticos algunos países hacen constar los suicidios en los registros civiles y los intentos no consumados en los registros hospitalarios. **La coordinación entre las distintas administraciones** que trabajan con la infancia y adolescencia resulta crucial para el éxito

de cualquier medida o acción de prevención de las conductas suicidas de las personas menores de edad. Y ello sin olvidar la necesaria formación sobre este fenómeno con la que han de contar todos los profesionales que trabajan para niños, niñas y adolescentes.

*Andalucía debe desarrollar un Plan específico de prevención de suicidios en la población infanto-juvenil*

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

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

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

*Los ámbitos educativo y familiar han de cobrar un destacado protagonismo en el Plan andaluz de prevención del suicidio en la población infantil y juvenil*

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

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

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

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

Con independencia de este debate a nivel nacional, hemos de reseñar que **son muchas las comunidades autónomas que disponen de un instrumento de planificación en los términos que demandamos**, si bien el contenido de cada uno de ellos es bastante heterogéneo. Tal es el caso de la Castilla-La Mancha<sup>45</sup>, Castilla y León<sup>46</sup>, Cataluña<sup>47</sup>, Comunidad Valenciana<sup>48</sup>, Extremadura<sup>49</sup>, Galicia<sup>50</sup>, Navarra<sup>51</sup>, País Vasco<sup>52</sup>. En estos momentos, Andalucía ha de seguir el camino iniciado por otros territorios para avanzar en la prevención de las conductas suicidas, especialmente de los adolescentes y jóvenes.

### 6.6.5 Un nuevo impulso para mejorar la salud mental de la infancia y adolescencia en Andalucía

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

*Demandamos de los poderes públicos de Andalucía que la atención a la salud mental infantil y juvenil constituya una prioridad y que adquiera mayor protagonismo en las agendas políticas*

Ciertamente la COVID-19 ha puesto en evidencia con toda su crudeza la escasez -cuando no ausencia en otros casos- de recursos especializados dirigidos a la infancia y adolescencia con problemas de salud mental y a sus familiares. Los recursos destinados a salud mental en la infancia han venido siendo insuficientes y esta insuficiencia se ha hecho más patente tras la pandemia, que ha aumentado la congénita saturación que afectaba a determinados dispositivos como son las Unidades de Salud Mental Infante-Juvenil (USMIJ).

Conscientes de esta realidad, las sociedades científicas implicadas en el cuidado de la salud mental de menores llevan desde hace tiempo proponiendo aumentar los recursos de atención para atender las patologías mentales, tanto a nivel hospitalario como también en Atención Primaria y,

<sup>45</sup> [https://sanidad.castillalamancha.es/files/estrategias\\_para\\_la\\_prevenccion\\_del\\_suicidio\\_ok.pdf](https://sanidad.castillalamancha.es/files/estrategias_para_la_prevenccion_del_suicidio_ok.pdf)

<sup>46</sup> <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/prevenccion-atencion-conducta-suicida.ficheros/1110258-PROCESO%20DE%20PREVENCIÓN%20Y%20ATENCIÓN%20DE%20LA%20CONDUCTA%20SUICIDA.pdf>

<sup>47</sup> [https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1654/catsalut\\_instruccion\\_10\\_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1654/catsalut_instruccion_10_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

<sup>48</sup> [http://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevenció%3FB3n+de+suicidio\\_WEB\\_CAS.pdf](http://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevenció%3FB3n+de+suicidio_WEB_CAS.pdf)

<sup>49</sup> [https://saludextremadura.ses.es/filescms/smex/uploaded\\_files/CustomContentResources/I%20PLAN%20DE%20ACCION%20PARA%20LA%20PREVENCIÓN%20Y%20ABORDAJE%20DE%20LAS%20CONDUCTAS%20SUICIDAS%20EN%20EXTREMADURA.pdf](https://saludextremadura.ses.es/filescms/smex/uploaded_files/CustomContentResources/I%20PLAN%20DE%20ACCION%20PARA%20LA%20PREVENCIÓN%20Y%20ABORDAJE%20DE%20LAS%20CONDUCTAS%20SUICIDAS%20EN%20EXTREMADURA.pdf)

<sup>50</sup> <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Plan-de-prevenció%3FB3n-do-suicidio-en-Galicia?idioma=es>

<sup>51</sup> <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/1C0C8294-D0FD-405F-B7CC-85CAFFBDC9BB/291404/00ProtocoloPrevencionSuicidio3.pdf>

<sup>52</sup> [https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia\\_prevenccion\\_suicidio/es\\_def/adjuntos/plan\\_prevenccion\\_suicidio\\_cast.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_prevenccion_suicidio/es_def/adjuntos/plan_prevenccion_suicidio_cast.pdf)

además, ajustar el número de plazas hospitalarias y seguir desarrollando programas de hospitalización de día y domiciliaria para casos seleccionados.

En el actual contexto en el que nos encontramos, donde el número de niños, adolescentes y personas

*Una adecuada dotación del sistema de atención a la salud mental permitirá poner freno a la prevalencia de tratamientos farmacológicos frente a los asistenciales*

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

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

En este informe hemos comentado que España es uno de los principales países del mundo en consumo de medicamentos ansiolíticos y antidepresivos. Unos datos que se han incrementado exponencialmente durante la pandemia, especialmente en los momentos más duros del confinamiento. Así, la COVID-19 incrementó la prescripción y la venta de ansiolíticos y antidepresivos en la sociedad española, pero su consumo ya llevaba años creciendo: en la última década, las farmacias españolas han visto crecer un 27% la venta con receta de estos fármacos, según datos del Ministerio de Sanidad publicados en sus informes sobre Consumo de medicamentos en recetas médicas dispensadas en oficinas de farmacia con cargo al Sistema Nacional de Salud según clasificación AnatómicaTerapéutica-Química (ATC)<sup>53</sup>.

*Solicitamos un incremento de las plantillas de psicólogos y psiquiatras del sistema sanitario público de Andalucía que evite la saturación de los recursos*

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

*La salud mental infantil y juvenil constituye una asignatura pendiente para los poderes públicos*

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

*Proponemos que se potencien Programas de Acompañamiento Terapéutico y de respiro familiar para familiares de menores con problemas de salud mental*

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

Atendiendo a las reclamaciones que recibimos de la ciudadanía y de las múltiples organizaciones que trabajan con la infancia con problemas de salud mental y con sus familiares, a continuación anunciamos algunas de las propuestas deberían ponerse en práctica para cumplir el objetivo de

<sup>53</sup> Ministerio de Sanidad. [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/farmacia/ConsumoRecetasATC/ATC\\_2021.htm](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/farmacia/ConsumoRecetasATC/ATC_2021.htm)



avanzar y mejora a niños y adolescentes afectados por patologías mentales. Estas serían algunas de las demandas:

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

*Demandamos apoyo institucional a las asociaciones de familiares de menores con patología mentales*

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

*Proponemos medidas para mejorar la coordinación interinstitucional e intrainstitucional de los organismos que deben atender a la salud infantil y juvenil*

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

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

**como intrainstitucional de los organismos que deben atender a la salud infantil y juvenil.**

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

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