



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>12</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 redunda 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**.

*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*

### 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.

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

<sup>12</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 los profesionales sanitarios contrarios a la institucionalización que dominaba en aquellos años en España.

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

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 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.

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>13</sup>, el cual propició el nuevo paradigma asistencial en Salud Mental,

<sup>13</sup> [http://wikipersever.es/public/upload/4/78\\_INFORME-DE-LA-COMISION-MINISTERIAL-PARA-LA-](http://wikipersever.es/public/upload/4/78_INFORME-DE-LA-COMISION-MINISTERIAL-PARA-LA-)



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>14</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.

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

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>15</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>16</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

---

### [REFORMA-PSIQUIATRICA.pdf](#)

<sup>14</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>15</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>16</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>

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>17</sup> viene a potenciar los recursos asistenciales a nivel ambulatorio, de hospitalización parcial y la atención domiciliaria; 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

<sup>17</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/sincfiles/wsas-media-sas\\_normativa\\_mediafile/2019/D77\\_2008.pdf](https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-sas_normativa_mediafile/2019/D77_2008.pdf)



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>18</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).

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>19</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

<sup>18</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>19</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>



Salud Mental de la Infancia y Adolescencia<sup>20</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.

Posteriormente se ha aprobado el **III Plan Integral de Salud Mental 2016-2020**<sup>21</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.

*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*

<sup>20</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>21</sup> <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/servicios-y-centros/salud-mental/iii-plan-integral-de-salud-mental-2016-2020-en-revision>

**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 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.**

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.

*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*

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.

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

*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*

aprueba la formulación de la Estrategia de la salud de la infancia y adolescencia en Andalucía durante 2021-2025<sup>22</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,

*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*

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.

**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

<sup>22</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>