

aprueba la formulación de la Estrategia de la salud de la infancia y adolescencia en Andalucía durante 2021-2025²². 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

²² 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>

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 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**

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

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.

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

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.

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 niña²³.

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.**

²³ <https://www.diaariosur.es/20071110/sociedad/espana-tercer-pais-mundo-20071110.html>



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, 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 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.

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

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

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.

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

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.

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

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.

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 ²⁴, 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.**

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

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 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.

²⁴ <https://www.defensordelmenordeandalucia.es/menores-con-trastornos-de-conducta-en-andalucia>

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 ²⁵, 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” ²⁶ 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» ²⁷, 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

²⁵ <https://www.defensordelpuebloandaluz.es/proteccion-de-las-personas-con-enfermedad-mental-xxvii-jornadas-de-coordinacion-de-defensores-del>

²⁶ <https://www.defensordelpuebloandaluz.es/la-situacion-de-los-enfermos-mentales-en-andalucia>

²⁷ https://www.defensordelmenordeandalucia.es/sites/default/files/informe_atencion_a_menores_infractores_xs_0.pdf



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.**

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

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 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 Andalucía²⁸.

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.

²⁸ 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](#).



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.**^{vv}

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 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 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.

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.

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

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.

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.

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 ayudarlo 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.

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

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.

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.

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

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

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

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 Andalucía²⁹, 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.

²⁹ 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>



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 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:

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

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 noviembre³⁰, 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.

³⁰ 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>

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 asilo 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.

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 ³¹ 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 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**

³¹ 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.