

## ENTREVISTA AL DR. JUAN LARBÁN VERA SOBRE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES EN ESPAÑA.

LA REPERCUSIÓN QUE SOBRE ESTE COLECTIVO TIENE LA FALTA DE LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA CLÍNICAS INFANTE-JUVENILES EN NUESTRO PAÍS.

Antes de responder a sus preguntas creo necesario hacer un breve recorrido histórico para comprender lo que ha sucedido y está sucediendo en el campo de la atención a la salud mental de los niños y adolescentes en España.

Vamos a remontarnos a la Ley de Sanidad de 1985 que está vigente en su totalidad.

Antes de su aprobación, el Ministerio de Sanidad encargó a un grupo de psiquiatras la elaboración de un informe para la reforma de la atención a la salud mental en España, informe en el que se basó luego el Ministerio para la elaboración de la Ley de Sanidad en todo lo referente a la salud mental y la correspondiente inclusión dentro del Sistema Sanitario.

En dicho grupo había sobre todo psiquiatras de adultos y la reforma se hizo sobre todo para este sector de la población. Aunque en la Ley de sanidad se habla de atención específica a la salud mental de los niños y adolescentes de nuestro país, en la práctica, la atención a la salud Mental Infante-Juvenil y a la de los Ancianos quedó relegada al nivel que en el informe de los expertos se les atribuyó a la atención de ambos colectivos. Se les ha considerado largo tiempo como "Programas Específicos", cosa que todavía ocurre actualmente con los ancianos, al mismo nivel que la atención a las drogodependencias.

Esto supone que no se considera la atención a la salud mental de los niños, adolescentes y ancianos en España como una atención específica determinada por las diferentes necesidades asistenciales que presentan las diferentes franjas de edad del ser humano, (niños y adolescentes, adultos, y ancianos), como se ha hecho en Europa, sino que a diferencia de la atención a la salud mental de los adultos, se la sitúa como un programa específico, determinado más bien por la psicopatología y no por la edad.

Al ser un programa y no una prestación específica definida en función de la edad, su existencia y continuidad queda sin estar asegurada. Un programa se implanta y dota de más o menos recursos o no, en función de variables tales como la prevalencia y desarrollo de una determinada enfermedad y no en función de las franjas de edad por las que pasa durante su evolución y la evolución de su psiquismo el ser humano. Etapas evolutivas que por sus características especiales, requieren de una atención específica o especializada de los profesionales y servicios de salud mental que les atienden.

A esta carencia de un marco normativo sólido y adecuado en la Ley de Sanidad que sirva de apoyo al desarrollo de una adecuada atención a la salud mental de nuestros niños, adolescentes y ancianos dentro del modelo comunitario de atención a la salud mental, tal y como se viene haciendo desde entonces con los adultos, se une la falta de la formación específica o especializada, oficialmente reconocida y acreditada en España de los profesionales de la salud mental que atienden a nuestros niños, adolescentes y ancianos.

Si pensamos que el principal dispositivo asistencial es el profesional y que éste no está debidamente formado y acreditado en España, comprenderemos por qué en España la situación de estos colectivos en cuanto a la atención de su salud mental sea tan deficitaria y esté tan poco desarrollada. Se crea además un círculo vicioso de difícil salida. La falta de profesionales formados y de servicios acreditados en España, origina una carencia de recursos formativos en la especialidad que por tanto y a su vez, origina la carencia de profesionales debidamente formados.

Hasta ahora, la atención a la salud mental de los niños y adolescentes en España ha estado y está en manos de profesionales con la especialidad de psiquiatría que en realidad no son “psiquiatras generalistas” ni de niños y adolescentes sino de adultos. El otro colectivo implicado en la atención de la salud mental de nuestros niños y adolescentes es el de los pediatras. Hay pediatras en España que con la denominación de “paidopsiquiatras”, formados sobretudo en los servicios de pediatría de los hospitales, están atendiendo la salud mental de los niños y adolescentes en España.

Hay un tercer colectivo de profesionales que se han formado en el extranjero, en centros reconocidos y acreditados por la Salud Pública del país en que se forman y siguiendo las normas que para la especialización se requieren en dicho país y que en Europa implican de 4 a 5 años de formación especializada. En algunos países como Suiza, la formación especializada es de 5 años en Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes. La formación está estructurada de la forma siguiente: Un año de formación con prácticas en pediatría y/o neuropsiquiatría. Dos años en salud mental de adultos. Y tres años en salud mental infante-juvenil.

Desde finales de los años ochenta se está pidiendo incesantemente desde las diferentes asociaciones científicas que agrupan a los diferentes colectivos de profesionales que se ocupan de la salud mental de los niños y adolescentes en España al Ministerio de Sanidad el reconocimiento y la acreditación Oficial de la especialidad de psiquiatría infante-juvenil con los mismos criterios que se siguen en Europa y posteriormente, con la inclusión de España en la Unión Europea, con los criterios que rigen en la UE, para dicha especialidad. Todo ha sido hasta ahora un esfuerzo vano pues todavía estamos sin ella.

El reconocimiento de la especialidad ha estado hasta ahora bloqueado y paralizado en la Comisión Nacional de Especialidades Médicas del Ministerio de Sanidad por la influencia de dos de los colectivos que tenían representación en dicha Comisión; el de la psiquiatría de adultos por un lado y por el otro el de la pediatría. No hay en dicha Comisión ningún representante de la Psiquiatría infante-juvenil porque no existe en España. La Administración Pública, por omisión y haciendo negligentemente dejación de sus responsabilidades ha permanecido pasiva esperando inútilmente que este conflicto de poder entre psiquiatras de adultos y pediatras se resolviese.

La gota que ha desbordado el vaso, ha sido, la elaboración y presentación, hace poco, del Plan Estratégico Nacional para la Atención de la Salud Mental en España. De nuevo, y repitiendo la historia, en el grupo de profesionales que a petición del Ministerio de Sanidad se han reunido para elaborar dicho plan estratégico, hay una ausencia de profesionales que atienden a los colectivos (niños, adolescentes y ancianos), doblemente marginados; por un lado, del sistema sanitario y por otro, del modelo comunitario de atención a la salud mental. El de los niños y adolescentes sería un colectivo triplemente marginado pues dentro de la atención a la salud mental, el grueso de los recursos va a parar a la atención de los adultos.

En dicho plan estratégico, solamente hay unas líneas de texto que tienen carácter testimonial, como ocurrió con la Ley de Sanidad, dedicado a la atención de los niños y adolescentes en España, dejando para más adelante el desarrollo de la estrategia de sus cuidados y atención, tanto sanitaria como socio sanitaria, así como la formación y acreditación de los profesionales que les atienden.

Ante esta situación de repetición, que afortunadamente y a diferencia del pasado, no ha pasado desapercibida ni ha podido ser silenciada, ha habido colectivos de profesionales y de familiares que por primera vez, unidos, se han movilizado a favor del reconocimiento de la especialidad de psiquiatría infante-juvenil en España como paso previo y necesario para mejorar la lamentable situación que venimos padeciendo en la atención a la salud mental infante-juvenil desde hace tanto tiempo.

Este movimiento ciudadano ha tenido como consecuencia la creación de un grupo de trabajo formado por representantes de diferentes asociaciones científicas de profesionales de la salud mental infante-juvenil y por primera vez, incluyendo un representante de FEAFES en dicho grupo de expertos para que a petición del Ministerio de Sanidad elaboren y presenten un documento-informe que pueda servirle al Ministerio para introducir los cambios necesarios para terminar con esta injusta situación.

Por otro lado, se ha creado a nivel Nacional una Plataforma de familias pro-especialidad de psiquiatría infante-juvenil que está reuniendo y recibiendo un

apoyo masivo de colectivos de asociaciones y federaciones de familiares y de afectados en los diferentes ámbitos de la salud mental de nuestros niños y adolescentes que no hay que olvidar, serán los adultos y padres del mañana. Esta plataforma está recibiendo también apoyos importantes de colectivos de profesionales así como de profesionales de prestigio y sobre todo, de los ciudadanos de nuestro país.

El éxito de estos esfuerzos, si conseguimos el reconocimiento y acreditación de la especialidad en psiquiatría infante-juvenil, equivalente a la de nuestro entorno Europeo, tendría que animarnos a continuar trabajando y luchando por el reconocimiento de la especialidad de psicología clínica infante-juvenil que tampoco existe en España, a diferencia una vez más, de lo que ocurre en Europa. Las dos especialidades o formaciones específicas, acreditadas oficialmente, son en Europa el pilar en el que se apoya la atención a la salud mental de los niños y adolescentes de cada país, a través de los distintos dispositivos y recursos asistenciales, tanto sanitarios como socio sanitarios que se han ido creando y desarrollando para atenderlos adecuadamente.

En el caso de la atención a la salud mental de los niños y adolescentes en nuestro país se da la doble paradoja siguiente: De todos es sabido que se puede hacer prevención primaria y secundaria si se atienden adecuadamente y precozmente los trastornos que se presentan en el niño. Por otra parte se sabe que entre el 60% y 80% de los trastornos mentales del adulto tienen su origen en la infancia. ¿A qué esperamos para evitar que los trastornos mentales en nuestros niños y adolescentes se agraven y cronifiquen? ¿A qué esperamos para hacer una labor muy eficaz de prevención en la infancia con la finalidad de evitar la gravedad y cronicidad de los trastornos en el adulto por no haber sido tratados o tratados inadecuadamente en la infancia y/o en la adolescencia?

En cuanto a los profesionales que se han formado hasta ahora como han podido en España y los que se han formado con más medios en el extranjero, cabe destacar la paradoja y el agravio comparativo que supone que España haya legislado por imperativo de la Unión Europea la posibilidad de que los psiquiatras infante-juveniles que vengan del espacio de la Unión Europea a trabajar en su especialidad en España puedan hacerlo y que a cambio no puedan hacer lo mismo los que se han formado en España por no estar titulados ni reconocida oficialmente su formación especializada en España.

Tras este necesario preámbulo, paso a responder a las preguntas que se me han planteado.

#### **- ¿Por qué es necesaria la especialización en psiquiatría infante-juvenil?**

Los niños y adolescentes tienen unas características evolutivas y una forma de expresar su sufrimiento y los síntomas que lo acompañan, muy diferentes de las de los adultos y de los ancianos. Por eso requieren para sus cuidados de

profesionales especializados, de recursos y técnicas específicas para dar una respuesta adecuada a “su demanda” como ocurre por ejemplo con la pediatría, separada desde hace años de la medicina general y del adulto. Esta especificidad de la atención a los niños se da también desde hace tiempo en el ámbito educativo, con la especialización de maestra/o de Educación Infantil.

En el campo de la adolescencia, como los pediatras no pueden atender en la salud pública a los mayores de 14 años, se han preocupado de constituir una asociación científica llamada “Medicina del Adolescente”, para reconocer y tratar adecuadamente sus problemas de salud. Es una forma de evitar que el adolescente se encuentre, en el plano asistencial de tipo sanitario en “tierra de nadie”, como le ocurre con la etapa de transición en que se encuentra inmerso; no es un niño, pero tampoco es un adulto.

El hecho de que en la salud pública, los mayores de 14 años sean atendidos por los médicos de familia en lugar de por los pediatras está creando importantes problemas en la coordinación y continuidad de sus cuidados. Al no poder ser atendidos los adolescentes por los pediatras ni hospitalizados en los servicios de pediatría, en caso de ser necesaria una hospitalización por un problema de salud mental, que para mí lo es también un problema conductual; han sido y siguen siendo hospitalizados en unidades de psiquiatría de adultos. Situación aberrante y patógena que en algunas comunidades están intentando evitar creando unidades psiquiátricas de hospitalización de carácter regional para los adolescentes que lo necesiten.

Lo curioso y preocupante del caso es que las Comunidades Autónomas han empezado a reaccionar solucionando estas carencias de falta de unidades de hospitalización psiquiátrica para adolescentes, obligadas por la intervención de la Justicia que condenó a la Comunidad Autónoma de Madrid por la situación de desamparo de un menor ante la falta de recursos adecuados para atenderlo lo que motivó la denuncia de los padres y la intervención del fiscal.

En el caso de las Comunidades Autónomas constituidas por islas, la creación de un único dispositivo de hospitalización psiquiátrica específico para adolescentes (de 14 a 18 años), supone incumplir por razones económicas y no clínicas, uno de los principios fundamentales del modelo comunitario de salud mental, evitar la separación y el desarraigo de la persona afectada de su medio de vida habitual. Si el respeto de este principio es válido e importante para el adulto afectado, todavía lo es más para el adolescente y el niño.

#### **- ¿A niños de qué edades nos referimos?**

En las unidades de salud mental infante-juvenil no se está repitiendo el error de la pediatría y se están atendiendo en la mayoría de las Comunidades Autónomas, como se hace en el resto de Europa, a los niños y los adolescentes de 0 a 18 años.

## **¿Qué trastornos o enfermedades mentales pueden desarrollar estos niños y adolescentes que se puedan tratar desde la psiquiatría?**

Antes de responder a su pregunta, me parece importante señalar el malentendido que existe en España a propósito del trabajo clínico del psiquiatra y del psicólogo. Se tiende a pensar que el psiquiatra, como médico que es, trata los trastornos mentales con medicación y que el psicólogo trata los trastornos menos graves sin medicación puesto que no es médico y no puede prescribir ni tratar con medicamentos. Esta visión del trabajo de uno y otro me parece tan arraigada en España que en mi caso, aunque muchos pacientes y familiares saben que soy psiquiatra y psicoterapeuta tienen tendencia a llamarme psicólogo porque no prescribo medicamentos en muchos casos y porque trabajo con ellos como psicoterapeuta.

El hecho de que en España, a diferencia de otros países europeos, la psicoterapia tampoco esté reconocida como práctica clínica acreditada oficialmente en las especialidades de psiquiatría y de psicología clínica hace que se facilite el uso abusivo e inadecuado de la psicofarmacología en el caso de los psiquiatras y la utilización, muchas veces incontrolada e inadecuada en ambos casos, (psiquiatras y psicólogos), de una herramienta tan útil y valiosa como la psicoterapia.

Paso ahora a definir lo que es la psicoterapia en términos de la FEAP, Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas, organización que agrupa en España y por extensión en Europa a las asociaciones de psicoterapeutas, (individuales, familiares y grupales), que desde orientaciones teóricas y prácticas diferentes se han unido para elaborar y cumplir un código ético común, además de fijar un mínimo de exigencia formativa para sus asociaciones miembros de forma que se garantice un mínimo de calidad en los tratamientos psicoterapéuticos efectuados por sus profesionales asociados.

“Se entiende por psicoterapia todo tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, relaciones, cogniciones, adaptación al entorno, salud física y psíquica, integración de la identidad psicológica y en general el mejor equilibrio y bienestar bio-psico-social de las personas y grupos tales como la pareja o la familia” (Definición de FEAP, aprobada en 1993).

“El término psicoterapia no presupone una orientación o enfoque teórico-técnico científico único definido, siendo considerado denominativo de un amplio dominio científico-profesional especializado, que se especifica en diversas orientaciones teóricas, técnicas y aplicadas”

“Las intervenciones terapéuticas son de naturaleza verbal y no verbal, establecidas sobre la relación y el vínculo terapéutico y persiguen la reducción o eliminación de los síntomas a través de la modificación de patrones emocionales, cognitivos, conductuales, interpersonales, relacionales o de los sistemas en los que vive inmerso el individuo”

“La psicoterapia sola, o en combinación con otras intervenciones, constituye el tratamiento de primera elección de un gran número de trastornos mentales, un elemento coadyuvante en el tratamiento de otros y un instrumento de intervención en otra serie de problemas relacionados con la salud”

En respuesta a su pregunta, paso a exponer lo siguiente:

En los primeros meses de vida, los trastornos del bebé son de tipo psicosomático y también trastornos del desarrollo. Es decir, el bebé, responde a las situaciones traumáticas y patógenas, incluso si son de origen psicógeno o de tipo interactivo en la relación con su entorno cuidador, con manifestaciones físicas tales como trastornos del sueño, de la alimentación y también de la relación con su entorno.

Es en este primer año de vida que el bebé, más allá de lo constitucional y genético, y a través de la interacción que tiene con su entorno cuidador y gracias a él, **se** “construye” y se constituye progresivamente como ser-sujeto, separado y progresivamente diferenciado, (si todo va bien en la interacción), de su entorno cuidador. Es aquí que se construyen los fundamentos del ser del sujeto como base de su personalidad y se desarrolla lo que llamamos “psiquismo temprano” del bebé. Es aquí también que se pueden detectar precozmente los trastornos tanto somáticos como psicosomáticos y también psíquicos, con la posibilidad de intervenir terapéuticamente y evitar en muchos casos no solamente su agravación, (prevención secundaria) y cronificación, (prevención terciaria), sino también, evitar su instalación, (prevención primaria).

La respuesta terapéutica se centra en la relación psicoterapéutica con la díada formada por la persona que hace la función de madre y el bebé, sin excluir a la persona que hace la función de padre, (Triada=padres-bebé). El contacto estrecho y frecuente, así como la coordinación con el pediatra y la educadora infantil, si el bebé está en una guardería, es también fundamental para efectuar un trabajo terapéutico coherente y eficaz.

Cuando es más mayorcito y ya puede andar, los trastornos pueden ser también de tipo psico-motor, además de dificultades en el proceso de separación-diferenciación-individualización del niño/a con respecto a su entorno cuidador y que se pueden manifestar con episodios de angustia intensa y duradera en el niño/a en momentos de separación de quien es su cuidador de referencia o la separación demasiado fácil que parece dejar indiferente al niño/a, o la agitación e inquietud psicomotriz intensas que hoy día es llamada hiperactividad.

La respuesta terapéutica sigue siendo la psicoterapia de la díada, (madre-hijo/a) y de la triada, (padres-hijo/a), pero con la incorporación del juego como elemento diagnóstico y terapéutico y la colaboración y coordinación con el entorno familiar y profesional que se cuida del niño/a.

Más adelante, cuando el niño/a, puede vivir y expresar la experiencia del hecho de tener miedo, entramos dentro del terreno de los trastornos más específicamente psíquicos. Aquí, los cuentos de hadas clásicos juegan un papel preventivo y curativo de primer orden. Es el periodo del acceso al simbolismo y al mundo del lenguaje, tanto no verbal como verbal pero también el periodo de los terrores nocturnos.

El niño puede a estas edades comprenderse y comunicarse mejor con los otros y por tanto, hacernos saber con más precisión lo que le pasa. No obstante, para el profesional especializado, lo que le dice el niño/a con el juego es un material altamente valioso tanto para el diagnóstico como para el tratamiento que como se comprenderá es eminentemente de tipo relacional o psicoterapéutico, incluyendo en él a los padres y siempre en estrecho contacto y coordinación con los otros familiares o profesionales que se cuidan del niño/a.

A partir de los tres años se estima que el niño ha adquirido la capacidad suficiente de interiorizar y de guardar en su mundo interno, de forma más o menos estable y con carácter de permanencia, las experiencias vividas en su relación con el mundo exterior. Las experiencias dejan una huella que permanece en su psiquismo y por tanto, se puede empezar a trabajar terapéuticamente de forma individual con él, además de continuar haciéndolo con su entorno familiar, escolar y social.

La adquisición del control de esfínteres, junto con el progresivo dominio de su cuerpo y psicomotricidad tanto la gruesa, (coordinación y equilibrio psico-motor) como la fina, (pinza con los dedos de la mano, ensamblar objetos), puede poner de manifiesto tanto trastornos psicomotores como conductuales. También pueden presentarse en esta etapa del desarrollo del niño/a, trastornos fóbicos y obsesivo-compulsivos, retrasos en la adquisición del lenguaje verbal y en el control de esfínteres.

Si seguimos avanzando en su desarrollo, de más mayorcito/a, (5-6 años), muestran los niños/as, un interés creciente por lo que ocurre en su entorno, su curiosidad se extiende a dominios íntimos como la vida, la muerte y la sexualidad. Los trastornos psíquicos que podemos encontrarnos en función de esta etapa evolutiva tienen que ver con los complejos de superioridad e inferioridad, con problemas y confusiones en cuanto a la sexualidad y la diferenciación psico-sexual entre chicos y chicas. En la psicoterapia, se puede empezar a utilizar además del juego, los dibujos e historias, así como las fantasías que el niño expresa gráfica y verbalmente a través de los diferentes personajes de los mismos; fantasías que junto con los sueños se convierten progresivamente en elementos de comunicación privilegiados en la relación psicoterapéutica.

La continuidad de la relación y comunicación del terapeuta con los padres del paciente incluso si el tratamiento psicoterapéutico es individual sigue siendo primordial. Éstos, le proporcionan al psicoterapeuta una información muy valiosa sobre la vida del niño en otros contextos, además de contribuir con su apoyo al proceso de cambio en ellos y en el hijo/a. El psicoterapeuta, con la capacidad que se le supone de ponerse tanto en el lugar del niño como de los padres, sin



confundirse con ellos, ayuda no solo al niño sino también a los padres a comprender lo que viven ellos y su hijo internamente así como también a cambiar las actitudes, la comunicación y la relación entre ellos, facilitando el cambio esperado. La colaboración con el ámbito educativo en el que se encuentra inmerso el niño/a, tanto más si los trastornos que vive le afectan en el proceso de aprendizaje sigue siendo fundamental.

De 7 a 12 años, periodo evolutivo del niño/a en que la relación con sus iguales adquiere cada vez más importancia, podemos encontrar trastornos de adaptación social y problemas de integración grupal. También, patología ligada al control de impulsos como la inhibición o la impulsividad. Pueden presentarse o acentuarse los trastornos del comportamiento, la hiperactividad, el retraso escolar, la relación de dependencia excesiva con los padres o con los amigos.

Los trastornos psíquicos en el niño se manifiestan con frecuencia de forma "disfrazada" con lo que el diagnóstico para el psiquiatra de adultos y para el pediatra sería más difícil de hacer. Un proceso depresivo puede estar enmascarado por trastornos de conducta, por inhibición y por dificultades de aprendizaje, por ansiedad e hiperactividad por ejemplo.

La pubertad representa para el chico y la chica un cambio importante tanto a nivel físico como psíquico, con ansiedades y sufrimiento frecuentemente ligados al cuerpo que pueden enmascarar un sufrimiento más interno y de naturaleza psíquica. Tomemos como ejemplo la preocupación obsesiva por su peso, su cuerpo y su dieta de la joven que entra en un proceso anoréxico. Casi siempre hay tras esa pantalla que sería el cuerpo, un sufrimiento interno de tipo depresivo con una imagen interiorizada y desvalorizada de ellas mismas, de su imagen psíquica interna desplazada hacia lo corporal.

El adolescente presenta también unas características evolutivas y una forma de expresar su sufrimiento y sus trastornos psíquicos que hacen necesaria una formación específica para comprenderlo, atenderlo y tratarlo. La posibilidad de utilizar junto con el tratamiento psicoterapéutico, un tratamiento psicofarmacológico, en el caso del adolescente supone menos riesgos que su utilización en el caso de los niños que están en pleno periodo de crecimiento, maduración orgánica y desarrollo psíquico.

La gran capacidad de cambio que tienen los niños, tanto más, cuanto más pequeños son, hace muy rentables las intervenciones psicoterapéuticas en cuanto a resultados e innecesario en muchos casos el uso de medicamentos.

### **- ¿Existe una medicación específica para este tipo de pacientes?**

Básicamente, en lo que respecta a los psicofármacos, hay tres tipos que se utilizan en salud mental infante-juvenil.

Los antidepresivos, los neurolépticos o anti psicóticos y los derivados anfetamínicos utilizados para lo que ahora se llama TDAH, es decir, el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad.

La utilización de psicofármacos en los niños, no tanto en los adolescentes y adultos, supone un riesgo para su salud ya que la mayoría de los ensayos clínicos efectuados para validar la utilidad terapéutica del producto y saber de

sus posibles efectos secundarios y iatrogénicos se hace con personas adultas. Además, dichos ensayos clínicos se realizan sobre periodos de tiempo mucho más cortos que los utilizados en algunos de los tratamientos. Esto quiere decir que no podemos saber ni evaluar las consecuencias que su utilización pueda tener a largo plazo.

En mi opinión y experiencia clínica, se pueden utilizar en casos muy concretos y cuando la psicoterapia resulta ineficaz o insuficiente, algún antidepresivo de los muy antiguos y conocidos llamados Tricíclicos como el Clorhidrato de Maprotilina en el tratamiento de los niños mayores de 8 años para procesos depresivos graves y resistentes que necesitarían varias semanas de psicoterapia para lograr una mejoría significativa. En otros casos de ansiedad depresiva que ahora puede confundirse fácilmente con el TDAH, también es muy útil y exenta de riesgos para la salud del niño la utilización del mismo tipo de antidepresivo durante un corto periodo de tiempo, hasta que el proceso psicoterapéutico produzca el efecto esperado.

La utilización de los antidepresivos de la nueva generación tales como los inhibidores de la recaptación de la serotonina, además de los riesgos importantes de presentar trastornos de ansiedad, insomnio, agitación psicomotriz y anorexia por ejemplo, pueden producir efectos iatrogénicos más graves como alteraciones precoces en el metabolismo del calcio a edades en que el esqueleto óseo está formándose. Estudios recientes en adultos han puesto de manifiesto la aparición y agravación de osteoporosis en personas, sobre todo mujeres en la etapa de su climaterio o retirada de la menstruación, que llevaban varios años tomando este tipo de antidepresivos.

En el caso de los trastornos psíquicos y conductuales de los niños afectados por un funcionamiento psíquico de tipo psicótico, cuando los síntomas impiden o dificultan el tratamiento psico-educativo se utiliza y se puede utilizar también, a partir de los 8 años, uno de los nuevos neurolépticos o antipsicóticos, (Risperidona), a dosis adecuadas y por un tiempo limitado. El problema de los antiguos neurolépticos era la presencia de trastornos neurológicos como efecto secundario a corto plazo y también, su efecto iatrogénico a largo plazo. Esto hacía que estuviesen prácticamente contraindicados con los niños. Los nuevos no suelen tener estos efectos neurológicos y por eso se están utilizando a mi juicio demasiado “alegremente” con los niños.

Ya se sabe ahora, tras el poco tiempo que llevamos utilizándolos que los efectos secundarios y también iatrogénicos que pueden presentar son más bien de tipo metabólico como por ejemplo el aumento de peso y lo que es más grave, la diabetes. Estos posibles efectos secundarios hacen aconsejable un uso restringido y especializado de la medicación, además de hacerlo durante periodos de tiempo limitados y con los controles clínicos necesarios para prevenir y evitar los efectos negativos para la salud. Si tras un periodo de tiempo de tratamiento farmacológico se produce la mejoría clínica suficiente como para que el niño pueda beneficiarse de nuevo del tratamiento psico-educativo necesario, habría que plantearse la disminución progresiva de la dosis hasta su supresión.

En cuanto al empleo de derivados anfetamínicos en el tratamiento farmacológico del TDAH tales como el Metil-Fenidato u otros más recientes, la prudencia y el uso muy restringido y limitado de los mismos, tanto en el tiempo como en la indicación clínica tendrían que ser la pauta a seguir, cosa que no se está haciendo actualmente en España. Estos medicamentos, además ser estimulantes del sistema nervioso con el consiguiente riesgo de presentar fármacodependencia y efectos secundarios tales como ansiedad, nerviosismo, agitación psicomotriz, anorexia, insomnio ..., tienen también un efecto estimulante sobre el sistema cardiocirculatorio con el consiguiente riesgo de

desencadenar efectos iatrogénicos tales como taquicardia y arritmias cardíacas, hipertensión arterial, y en los casos más graves, sobre todo si hay en el niño una cardiopatía que había pasado desapercibida, riesgo de muerte.

Con frecuencia me he encontrado con niños a los que se les prescribe inadecuadamente un derivado anfetamínico con el diagnóstico de TDAH, cuando en realidad presentan un cuadro clínico de agitación psicomotriz con o sin dispersión de su capacidad de atención y con ansiedad de naturaleza psicótica o depresiva. A estos niños, si hay que medicarlos se les tendría que haber dado un antidepresivo o un neuroléptico antipsicótico a las dosis adecuadas y por un tiempo limitado.

Recientemente ha sido comercializado en España un conocido medicamento antidepresivo, la Atomoxetina, con la indicación específica de su utilización para el tratamiento del TDAH. Es un antidepresivo que en USA no ha tenido éxito como antidepresivo caracterizado por su efecto inhibitor sobre la recaptación sináptica de la noradrenalina, substancia que tiene un efecto estimulante sobre el sistema nervioso y cardiocirculatorio. El laboratorio que lo comercializa hace hincapié en la ausencia de riesgo de fármacodependencia como ocurre con los derivados anfetamínicos. Es otro de los nuevos medicamentos antidepresivos “reciclados” para una “nueva” indicación terapéutica al fracasar su utilización para la indicación original, la depresión nerviosa en este caso, para la que en principio estaba destinado.

El estudio clínico que avala su comercialización autorizada por la Agencia Española del Medicamento ha sido realizado con un número importante de niños y adolescentes, pero sin evaluar sus efectos por franjas de edad y con una utilización del medicamento no superior a los 6 meses en la gran mayoría de los casos. Un número reducido de casos lo ha tomado durante un año. En estas condiciones no sería prudente su utilización continuada más allá de los 6 meses y como mucho el año. Como estimulante del sistema nervioso y cardiocirculatorio puede presentar efectos secundarios adversos similares a los derivados anfetamínicos salvo el de crear fármacodependencia.

Cuando ya he comentado que otros antidepresivos conocidos desde hace muchos años y por tanto con menos riesgo en su utilización a largo plazo producen también un efecto de mejoría sintomática (que no es curación) en algunos casos de TDAH, me pregunto qué valor e importancia clínica tiene este conocido medicamento antidepresivo presentado como nuevo si no es por el efecto “esperanzador” que una buena política de Marketing se encarga de despertar como ocurre con la publicidad, a través de falsas y/o exageradas expectativas para estimular su consumo.

Eso sí, este “nuevo” medicamento es comercializado a muy alto precio a diferencia de los más antiguos para los que el plazo de cobertura de su patente ha expirado hace mucho tiempo y que por tanto pueden ser comercializados por otros laboratorios a un precio mucho más reducido. Ahora ya sólo hace falta, y vamos camino de ello, que las familias con el sufrimiento que conlleva el tener uno de sus miembros o un hijo afectado por este trastorno o por algo que se le parezca, piensen o crean que éste es el “remedio” contra la “enfermedad” de su hijo y presionen y exijan que sea incluido entre los medicamentos asumidos y subvencionados por el Sistema Nacional de Salud.

En cuanto a la utilización de antidepresivos en la adolescencia me parece importante señalar y recordar la “guerra oculta” que se desencadenó, para lograr mayor cota de mercado, entre laboratorios farmacéuticos que fabrican y comercializan diferentes fármacos antidepresivos de la misma familia y de la nueva generación de antidepresivos llamados así porque se utilizan para mejorar los síntomas de la depresión que no para curarla.

Me refiero a la alarma generada hace uno o dos años cuando se publicó y difundió a nivel mundial un artículo que asociaba el uso de la Paroxetina con el aumento considerable del riesgo de suicidio en adolescentes que lo tomaban.

De todo clínico experimentado y adecuadamente formado es sabido que el riesgo suicidario aumenta en la persona depresiva con ideas suicidarias cuando mejora de su depresión y está saliendo de ella ya que entonces puede encontrar en él la energía necesaria para pasar de la idea al acto suicidario.

La manipulación de la información en este caso que comentamos llevaba a pensar que el aumento del riesgo de suicidio en adolescentes que tomaban Paroxetina se debía, siguiendo una línea de causalidad directa y lineal al uso de dicho fármaco y que dicho riesgo no lo compartían otros fármacos de la misma familia y con efectos terapéuticos y iatrogénicos similares.

No se pusieron de relieve ni se tuvieron en cuenta a la hora de valorar el riesgo real de dicho fármaco variables tan importantes como el estudio comparativo con otros fármacos de la misma familia usados en condiciones similares. Tampoco se evaluó la calidad y cantidad del proceso de seguimiento terapéutico por parte del profesional que lo prescribía, en una situación de mejoría evolutiva del proceso depresivo con el riesgo que ya hemos visto supone dicha mejoría para el sujeto depresivo en cuanto a la posibilidad de concretar y realizar sus ideas suicidarias.

Este último elemento me parece el más importante de tener en cuenta en un caso como este ya que el riesgo suicidario existe y aumenta, (para el sujeto que contempla el suicidio como un acto de desesperación que le liberará definitivamente del sufrimiento y dolor que padece), en ese momento evolutivo crítico de mejoría de la depresión que comentamos, tanto si dicha mejoría se debe a la acción de un fármaco como si es fruto de un proceso psicoterapéutico.

Con una campaña como la que se desarrolló en este caso se consiguió que durante un tiempo, bien aprovechado por la competencia, se recomendase e incluso prohibiese en Estados Unidos y en varios países europeos, su prescripción en el caso de adolescentes depresivos.

Posteriormente y ante las manifestaciones más realistas y objetivas de varias asociaciones científicas de profesionales de la salud mental infante-juvenil que se pronunciaron sobre este caso, las Administraciones Públicas de los países que cayeron en la sutil manipulación-trampa que les tendieron, dieron marcha atrás y las aguas volvieron a su cauce.

La abusiva medicalización del sufrimiento y en especial del de los niños, está llevando consigo una indiscriminada y con frecuencia excesiva extensión del uso de psicofármacos con posibles e imprevisibles consecuencias a medio y largo plazo.

La extensión del concepto de enfermedad mental englobando y cubriendo el de trastorno mental o mejor dicho, trastorno psíquico, tiene como consecuencia la aplicación del modelo médico en su tratamiento y la consideración de que la causa es bioquímica y cerebral y por lo tanto, el tratamiento necesario es el farmacológico. De esta forma se suprimen de forma muy eficaz y sutil los elementos relacionales y ambientales que juegan un papel primordial tanto en el desencadenamiento como en el desarrollo de los trastornos psíquicos y por tanto, también en su tratamiento.

La atención y cuidados de la salud mental de los niños y adolescentes de nuestro país estaría mejor tratada si los profesionales que les atienden tuviesen la formación especializada necesaria. Los diagnósticos serían más precisos, los tratamientos más adecuados y la evolución de los trastornos psíquicos, mucho mejor. Los tratamientos psicoterapéuticos tendrían que ser priorizados y extendidos mucho más de lo que lo están actualmente, al mismo tiempo que por innecesarios, se disminuiría el uso y duración de los tratamientos psicofarmacológicos y por tanto, el elevado coste que éstos suponen para la sanidad de nuestro país.

La formación de los profesionales, que se cuidan de la salud mental de nuestros niños y adolescentes, además de la especializada de psiquiatría infante-juvenil y de psicología clínica infante-juvenil, tendría que incluir la de especialista en psicoterapia.

### **- ¿Cómo puede afectar a un niño con enfermedad mental el ser atendido por un especialista para adultos?**

La respuesta a esta pregunta la ampliaría incluyendo no solamente en ella al psiquiatra de adultos que trata los trastornos mentales de los niños sino también al pediatra, cuando ninguno de los dos tiene la formación especializada necesaria.

En cierta medida, esta pregunta creo que ya está contestada en lo dicho anteriormente.

No obstante, aprovecharé para precisar y resumir diciendo que la inadecuada atención que le puede prestar un profesional no especializado a un niño y adolescente con sufrimiento y trastornos psíquicos puede generar en el mejor de los casos un retraso e imprecisión en el diagnóstico que tendría como consecuencia un inadecuado tratamiento. Un inadecuado tratamiento puede llevar a la agravación y cronificación del trastorno así como a un sufrimiento innecesario en el paciente y su familia.

Hay que tener en cuenta además que los retrasos de este tipo en la infancia tienen consecuencias graves ya que el niño, acumula un retraso evolutivo y madurativo que luego es cada vez más difícil de recuperar. Pensemos por ejemplo en un niño con un trastorno psíquico que le impide el acceso al mundo del lenguaje. Podemos imaginar con facilidad cómo el retraso o inadecuación en el tratamiento puede llevarlo a acumular retrasos importantes en otras áreas de su desarrollo ya que para llegar a ellas hace falta en primer lugar el acceso al simbolismo y al lenguaje verbal.

En el peor de los casos ya hemos visto la posibilidad de generar con el uso abusivo, poco discriminado y poco limitado de los tratamientos psicofarmacológicos, trastornos y efectos secundarios así como iatrogénicos que en algunos casos, tienen graves consecuencias para la salud del paciente como sería el caso de los trastornos metabólicos que hemos comentado anteriormente.

La ausencia de profesionales formados y acreditados específicamente en la atención a la salud mental de nuestros niños y adolescentes está influyendo muy negativamente en el desarrollo no solamente de los recursos humanos y profesionales adecuados sino también en el desarrollo de los dispositivos asistenciales necesarios para atenderlos. Sin olvidar la grave carencia que ello representa en el desarrollo de la red asistencial y formativa.

**- ¿Cómo puede un psiquiatra especializado en niños y adolescentes ayudar a las familias de sus pacientes?**

En todo tipo de trabajo, se exige una formación adecuada al profesional que lo realiza. En el caso que nos ocupa no debe ser diferente, tanto más que lo que está en juego es la salud y la vida del cliente-paciente y de la familia, sin olvidar el coste social y económico que éste representa para todos.

**- A falta de una especialización en España, ¿cómo puede un estudiante de Medicina especializarse en esta área?**

No es posible hacer la especialidad de psiquiatría infante-juvenil ya que no existen ni recursos formativos ni servicios adecuados para que el médico que lo desee se especialice en este campo. Tampoco existe la titulación ni la acreditación correspondiente que permita su trabajo especializado en España y en la Unión Europea.

**- Hablando de cifras aproximadas, ¿cuántos especialistas habrá en psiquiatría infante-juvenil actualmente en España con la titulación? ¿Y que ejerzan la psiquiatría infantil sin tener la especialidad?**

Es imposible contestar a esta pregunta ya que los que se han formado como han podido aquí en España, no lo han hecho en centros reconocidos y acreditados oficialmente para ello ya que eso, como hemos visto, no existe oficialmente en España.

En cuanto a los que se han formado en el extranjero en centros debidamente acreditados por las autoridades académicas y administrativas del país donde se han especializado, tampoco les ha sido posible a muchos de ellos el venir a España con la titulación de especialista ya que eso suponía en la mayor parte de los casos el tener que convalidar en el país donde se forman, el título de médico para obtener después el título de especialista.

Por otra parte, incluso si lo obtienen o lo han obtenido en el país donde se han formado, no pueden convalidar ni homologar su titulación en España porque no existe el correspondiente título aquí.

## **- ¿Cuáles son los principales obstáculos que se encuentran las familias de niños y adolescentes con enfermedades mentales en España?**

El principal obstáculo deriva de una grave carencia que tenemos en España y que no se da en los demás países de nuestro entorno Europeo; la inexistencia de la psiquiatría de niños y adolescentes y de la psicología clínica infante-juvenil. Sin estas especialidades, la primera dentro de la Medicina y la segunda dentro de la Psicología, que son los dos pilares básicos sobre los que se asienta la adecuada asistencia a la salud mental infante-juvenil no existe garantía alguna de que los profesionales que atienden a nuestros niños y adolescentes así como a sus familias, tengan la formación y las competencias adecuadas para tratarlos.

La causa y consecuencia de todo ello es que en España la atención a la salud mental infante-juvenil está fundamentalmente en manos de psiquiatras de adultos y de pediatras que no cuentan con la formación adecuada ni la acreditación oficial correspondiente.

La especialidad de psiquiatría de niños y adolescentes tendría que ser una especialidad autónoma dentro de la medicina como lo es desde hace muchos años la pediatría con respecto a la medicina general.

De la misma manera que la pediatría y la existencia de pediatras adecuadamente formados y acreditados ha contribuido poderosamente en la disminución de la mortalidad y morbilidad infantil, la existencia de la psiquiatría infante-juvenil contribuiría poderosa y eficazmente en la mejora de la salud mental de nuestros niños y adolescentes.

Al ser el profesional el principal y básico dispositivo asistencial sobre el que se apoya toda la estructura de servicios en la red de salud mental de tipo comunitario, los fallos y carencias a este nivel repercuten sobre todos los demás.

Como consecuencia de ello nos encontramos en España con que la formación del médico en salud mental infante-juvenil es insuficiente. Su formación teórico-práctica durante sus estudios de Medicina y también durante la especialización médica es tan escasa que podría considerarse como meramente testimonial. Esto conlleva una inadecuada comprensión y atención a la salud mental de nuestros niños y adolescentes desde todos los ámbitos de la asistencia sanitaria.

La carencia de la especialidad y de especialistas de psiquiatría infante-juvenil está en la base de la ausencia de un desarrollo adecuado de la red de salud mental en nuestro país.

Para el ciudadano es difícil comprender lo paradójico de la situación que existe en España en cuanto a la atención a la salud mental infante-juvenil. Si es científicamente reconocido que entre un 60%-80% de los trastornos mentales del adulto tienen su origen en la infancia, ¿Qué grave irresponsabilidad, política, social, profesional, familiar, etc. estamos cometiendo sin intervenir preventivamente de forma suficiente y adecuada en las problemas de la salud mental de nuestros niños y adolescentes para evitarles y evitarnos tan graves consecuencias en su vida de adultos?

Si sabemos que los trastornos mentales de la infancia y adolescencia suelen tener muy buen pronóstico evolutivo si se tratan adecuada y precozmente, ¿Por qué estamos esperando tantos años para dar la respuesta adecuada a este grave problema de salud pública?

Nuestros niños y adolescentes están siendo tratados desde la psiquiatría de adultos como “pequeños hombres y mujeres”, aplicando sobre ellos un modelo de intervención válido para la salud mental de los adultos pero que en este contexto y en estas condiciones que describimos es altamente perjudicial para los niños y adolescentes.

En lo que respecta a los pediatras, por su formación de marcado corte organicista, con escasa formación psicológica y psicosocial, la atención que prestan a la salud mental infante-juvenil está fuertemente marcada por lo hospitalario más que comunitario y por lo biológico y psicofarmacológico más que psicoterapéutico.

La carencia en ambos casos, y en la mayoría de los profesionales tanto del ámbito de la psiquiatría de adultos como de la pediatría, de una formación y acreditación específicas en psicoterapia infante-juvenil contribuye poderosa y negativamente en la agravación y cronificación del problema de la salud mental infante-juvenil en España.

Una de las consecuencias de todo lo expuesto es la excesiva medicalización de la salud mental de nuestros niños y adolescentes con un uso excesivo de los psicofármacos a expensas de otros métodos de intervención de carácter psicoterapéutico y psicosocial.

Otra de las graves consecuencias es la proliferación de errores y retrasos diagnósticos con el consiguiente erróneo y tardío tratamiento en una etapa de la vida del ser humano en pleno y rápido desarrollo como es la infancia y adolescencia. Etapas evolutivas del niño y del adolescente en las que según sea la intervención diagnóstica y terapéutica sobre un aspecto determinado de su desarrollo ésta repercute sobre otros directa y estrechamente relacionados así como sobre su posterior evolución.



Si en la construcción de un edificio se cometen errores graves en la etapa de cimentación, su salud y su vida pueden verse comprometidas gravemente y para siempre. Esto hace que en salud mental infante-juvenil las intervenciones adecuadas y acertadas sean muy rentables en términos de coste-beneficio tanto en términos de salud-enfermedad como en términos de ahorro de sufrimiento inútil en los afectados y sus familias. Esto Implica también que las intervenciones erróneas y tardías tengan un efecto perjudicial de crecimiento exponencial y acumulativo de carácter patógeno sobre el desarrollo del afectado y de su familia en el presente y en el futuro.

Si la asistencia a la salud mental del adulto sigue siendo muy desigual y deficitaria en nuestro país, la atención a la salud mental infante-juvenil en España todavía lo es más. Si la primera se encuentra todavía insuficientemente integrada y por tanto de alguna forma marginada del sistema sanitario en cuanto a trato y recursos se refiere, la salud mental de nuestros niños y adolescentes, adultos y padres del mañana se encuentra doblemente marginada. Del sistema sanitario y de la salud mental ya que la mayoría de los escasos, desiguales y mal coordinados recursos que en salud mental se dan en España, la mayoría van destinados a la red de salud mental de adultos.

La inexistencia en nuestro país de la especialidad de psiquiatría infante-juvenil impide que nuestros profesionales con experiencia pero sin acreditación puedan trabajar en los otros países de la Unión Europea mientras que los que provengan de la Unión Europea, sí que pueden trabajar en España. Lo que está legislado en España por imperativo de la Unión Europea para los de fuera no existe en España para los de dentro.

**- ¿Las familias, cuentan con suficientes mecanismos de prevención para una detección temprana de posibles trastornos mentales de sus hijos?**

Si no hay recursos suficientes y adecuados para la asistencia, todavía los hay menos para la investigación, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en salud mental infante-juvenil.

**- ¿Cómo valora el grado de acompañamiento a las familias de niños y adolescentes con enfermedades mentales en España?**

Si la atención a los niños y adolescentes afectados es tan deficitaria como hemos visto, la atención a las familias todavía lo es más. Las familias de este colectivo se encuentran mucho más solas, aisladas y desamparadas que las de los adultos con problemas de salud mental. Las respuestas de las asociaciones y federaciones de familias que se ocupan de la salud mental infante-juvenil para paliar este problema son también mucho más dispersas, fragmentadas y descoordinadas que en el caso de los adultos.

Lo que para muchos ciudadanos es difícil de comprender es el hecho de que los problemas de salud mental del ser humano, sea niño, adolescente, adulto o anciano estén tratados de forma tan dispersa, fragmentada y descoordinada no solamente por el sistema socio sanitario sino también por el tejido asociativo formado por los afectados y sus familias.

### **- ¿Cuáles son los principales canales de intervención que se llevan a cabo?**

En el ámbito sanitario, y en los planes o estrategias de salud mental de las diferentes Comunidades Autónomas y también del Estado, la planificación, creación y desarrollo de los recursos en salud mental infante-juvenil ha sido habitual y frecuentemente relegada a un segundo plano y para un segundo tiempo con respecto a la salud mental de los adultos en lugar de hacerlo al mismo tiempo para paliar y recuperar el déficit histórico y agravio comparativo que padece este colectivo.

Las Unidades de Salud Mental Infante-Juvenil, creadas para el diagnóstico y tratamiento ambulatorio cuentan con una insuficiente e inespecífica dotación de recursos profesionales tal y como hemos visto. Normalmente se hallan ubicadas en un segundo nivel asistencial como lo es el especializado pero también hay Comunidades Autónomas como la de Andalucía que las tienen en un tercer nivel asistencial. Habitualmente, la demanda de atención en salud mental infantil se canaliza en los niños a través de la familia que consulta al pediatra que es el profesional sanitario que se halla en el primer nivel asistencial es decir, en atención primaria infantil.

En nuestro sistema sanitario es el pediatra que se ve así más implicado y con más trabajo; es también quien da respuesta a la demanda y/o la deriva al medio especializado que son las unidades de salud mental infante-juvenil. En otros países europeos, la demanda de asistencia al medio especializado puede hacerse desde las propias familias y la derivación puede hacerse también desde el ámbito educativo o jurídico, (Protección de menores).

Este sistema más abierto y flexible hace mas fácil, rápido y menos burocrático el proceso de dar respuesta a la demanda de ayuda. Cuando las unidades de salud mental están en un tercer nivel asistencial, la demanda pasa del pediatra a la unidad de salud mental de adultos y de allí a la de infante-juvenil. El proceso en este caso se hace más complicado, lento y con más posibilidades de que la demanda se pierda en el camino o se quede mal atendida en dispositivos no especializados.

Entre las unidades de salud mental infante-juvenil y las unidades de hospitalización se hallan los dispositivos asistenciales llamados intermedios tales como los Hospitales de Día que se sitúan en un tercer nivel asistencial y cuyo objetivo es el tratamiento y rehabilitación de los trastornos psíquicos graves. En

España, la insuficiencia de este tipo de recursos es más grave, desigual y deficitaria que la de las unidades de salud mental infante-juvenil.

En cuanto a la hospitalización de los niños (hasta 14 años), con problemas de salud mental, se tendría que hacer según la Ley de Sanidad en los servicios de pediatría. Este dispositivo asistencial que se situaría en un tercer nivel, en muchas Comunidades Autónomas no es operativo para este colectivo por falta de formación y preparación del personal del servicio de pediatría y por falta de especialistas en psiquiatría infante-juvenil que tendrían que apoyar, supervisar y formar al equipo de profesionales de pediatría.

En muchos casos, debido a estas deficiencias, se hospitaliza a los niños mayores de 14 años en las unidades de hospitalización psiquiátricas de adultos o en el caso de menores de 14 años, se les deriva a servicios pediátricos hospitalarios de otras comunidades con más recursos de este tipo, con el correspondiente desarraigo y desvinculación de su entorno de vida habitual que esto representa para el niño y su familia.

La hospitalización de adolescentes (14 a 18 años) en medio psiquiátrico se hacía hasta hace poco tiempo en unidades de hospitalización psiquiátrica de adultos. Ha empezado a hacerse en unidades de referencia especializadas, por lo general una unidad de hospitalización por Comunidad Autónoma desde que la Justicia intervino condenando a la Comunidad Autónoma de Madrid por dejar en situación de desamparo a los adolescentes que necesitaban hospitalización psiquiátrica en un medio adecuado.

En el ámbito socio sanitario, la carencia de dispositivos asistenciales con actividades de tarde para la rehabilitación psicosocial y la inserción socio-escolar de los niños y adolescentes con graves trastornos psíquicos es muy preocupante y alarmante. En muchos casos, su atención se deja en manos de las asociaciones de familiares de afectados. Lo mismo ocurre con los dispositivos residenciales de "respiro familiar".

En cuanto al ámbito educativo hay que decir que ha ocupado gran parte del espacio que le correspondía a la sanidad, que en este caso ha actuado con negligencia y por omisión, permitiendo que la mayor parte de los trastornos mentales de los niños y adolescentes fuesen tratados casi exclusivamente desde los equipos psicopedagógicos y de atención temprana del sistema educativo que como es lógico, tienen una formación y experiencia que no es ni psiquiátrica, ni psicoterapéutica; tampoco lo es en psicología clínica que es lo que se necesitaría para complementar su trabajo desde lo sanitario.

La política de integración escolar de niños y adolescentes con graves trastornos psíquicos fracasa en muchos casos por la falta del apoyo necesario, de los equipos de salud mental infante-juvenil a los equipos educativos.

Hay una grave carencia de programas terapéuticos educativos mixtos cosa que hace muy difícil el adecuado abordaje bio-psico-social y educativo de los trastornos mentales en la infancia y adolescencia.

La estrecha colaboración necesaria entre los equipos de salud mental infante-juvenil y los de protección de menores presenta también grandes lagunas y deficiencias.

Lo mismo podríamos decir de la necesaria colaboración entre los equipos de salud mental infante-juvenil y los de los servicios sociales.

**- Las familias, ¿se encuentran con el rechazo o la estigmatización social hacia sus hijos? ¿Cómo se trabaja en este sentido?**

Las familias de los niños y adolescentes con trastornos mentales viven el rechazo y estigmatización social no solamente hacia sus hijos sino también hacia ellos mismos como familia. La tendencia hacia la auto-exclusión y auto-marginación social es también muy frecuente en este colectivo.

El silencio y la ocultación de lo que todavía actualmente se considera socialmente como una “tara” o “estigma” es todavía mas frecuente entre este colectivo que en el de los adultos. No obstante, la capacidad de lucha reivindicativa, de trabajo y de implicación asociativa suele ser mayor que la que nos encontramos en el colectivo de las familias de adultos con trastornos mentales que en general se encuentran más desesperanzadas, menos motivadas y más “quemadas”.

Las dificultades para defenderse y protegerse de las actitudes hostiles del entorno, cuando no tolera la diferencia ni la discapacidad, son mayores en general en los niños que en los adultos por el grado mayor de dependencia que viven en su relación con el entorno del que tanto dependen no solamente para desarrollarse sino también para sobrevivir.

Las campañas que se realizan hasta ahora para combatir el estigma que sufre este colectivo no se encuentran lo suficientemente extendidas, globalizadas ni coordinadas como ocurre por ejemplo con la campaña de FEAFES de lucha y concienciación social contra el estigma.

**- ¿Existe suficiente concienciación y sensibilización social por las enfermedades mentales en infancia y adolescencia?**

No existe a mi juicio una suficiente y necesaria concienciación y sensibilización social hacia el sufrimiento psíquico que conlleva el hecho de padecer trastornos psíquicos en la infancia y adolescencia.

Desde la mentalidad adulta, se tiene tendencia a olvidar y negar las dificultades y sentimientos de impotencia y desamparo que se viven en esta etapa evolutiva de la infancia y adolescencia.

Se olvida y niega con frecuencia la angustia y sufrimiento que genera el importante grado de dependencia del entorno con el que uno se encuentra a estas edades. La tendencia a la idealización de este momento evolutivo hace que se recuerde la infancia como una etapa "feliz" de la vida del sujeto, sin los problemas y responsabilidades que implica la vida adulta.

Con frecuencia opera también en el adulto un mecanismo de defensa de tipo disociativo, (disociación = separar y desconectar partes o aspectos que generalmente están unidos y conectados entre sí) que produce una separación antagónica e irreconciliable entre la vida del niño, la del adolescente y la del adulto, como si no hubiese una solución de continuidad entre unas etapas evolutivas y otras.

### **- ¿Qué papel tienen el ámbito educativo formal y no formal en el acompañamiento a niños y adolescentes con enfermedad mental y sus familias?**

Ya hemos señalado anteriormente que las instituciones públicas del ámbito educativo han asumido responsabilidades asistenciales que sobrepasaban el ámbito de sus competencias, sustituyendo, "afortunadamente" y asumiendo competencias que correspondían exclusivamente o de forma compartida al ámbito sanitario y socio sanitario.

Han hecho y hacen lo que pueden y también, más de lo que pueden. Han creado importantes recursos profesionales y han apostado de forma firme y decidida por la integración escolar con apoyo, de los niños y adolescentes con necesidades educativas especiales. Quizás lo han hecho sin comprender ni adaptarse suficientemente a las necesidades no solamente "educativas" del colectivo de niños y adolescentes con trastornos mentales.

Las instituciones sanitarias y socio sanitarias los han dejado solos ante tamaña e ingente tarea.

En la política de integración de los niños y adolescentes con necesidades educativas especiales creemos que no se ha tenido suficientemente en cuenta la integración en los dos sentidos que toda visión interactiva reclama. Queremos decir con ello que la integración, está sobre todo pensada para intentar la adaptación e integración de los "diferentes" o "anormales" en el mundo de la pretendida normalidad de los que aparentemente no tienen problemas de salud mental.

No se tiene suficientemente en cuenta que la adaptación e integración de los niños y adolescentes "sin problemas de salud mental" al mundo de los

discapacitados por sus problemas de salud mental declarados y reconocibles puede ser también para ellos una extraordinaria escuela de aprendizaje de valores con frecuencia olvidados en nuestro entorno cultural y social. Valores que priman sentimientos como la solidaridad, el cariño, la comprensión, el respeto y la tolerancia hacia lo diferente, la defensa del más débil, el apoyo y ayuda de quien más lo necesita etc.

La experiencia vivida el pasado verano en APFEM con la escuela de verano llamada "Un verano diferente" en la que la integración se hizo desde la "diferencia" en lugar de hacerla desde la "normalidad" nos ha ayudado a comprender esto que estamos comentando. Se diseñó la escuela de verano pensando sobre todo en las necesidades evolutivas de nuestro colectivo de niños y adolescentes con trastornos mentales y generalizados del desarrollo. En ella se acogió a niños sin dificultades mentales manifiestas y con otro tipo de discapacidades como Síndrome de Down por ejemplo. La experiencia vivida con estos 16 niños y adolescentes y el excelente resultado tanto para unos como para otros ha sido para nosotros extraordinaria en cuanto a "capital" de aprendizaje se refiere.

Durante los meses de julio-agosto de 2008, se ha repetido, ampliado y mejorado la experiencia del pasado año con la Escuela de Verano de APFEM, desarrollada con el lema "Un verano diferente".

Transcribimos a continuación un extracto publicado en prensa sobre dicha experiencia:

"Este es ya el segundo año que nuestra asociación, APFEM, organiza una escuela de verano siguiendo la línea de la integración desde la diferencia, es decir, integrando no para igualar sino para enriquecer, respetando las particularidades y no teniendo como meta la normalidad, sino la diversidad. Este año, a modo de metáfora de esta idea, se realizó una pequeña representación del cuento "El patito feo", a cargo del grupo de la escuela de verano (27 personas-alumnos, desde los 3 a los 40 años entre adultos, adolescentes y niños, con y sin discapacidad)".

No podemos olvidar el importante papel que en la crianza y la educación tienen las familias para el adecuado desarrollo de sus miembros. Competencia y responsabilidad que demasiado a menudo trasladamos a las instituciones educativas, sobrecargándolas con tareas que no son de su exclusiva competencia. Les cuesta mucho trabajo a las familias reconocer el importante papel que tienen en el desarrollo sano o no sano, de sus miembros. Lo mismo podríamos decir del entorno profesional y social que también tiene sus responsabilidades que asumir tanto cuando las cosas van bien como cuando van mal.

**- ¿Es adecuado el proceso y coordinación entre el ámbito médico-sanitario, educativo y social para conseguir un acompañamiento eficaz?**

Por lo que hemos comentado hasta ahora, podemos deducir que la respuesta a esta cuestión, muy a nuestro pesar, es negativa. Los recursos necesarios para una adecuada atención a los problemas de salud mental de los niños y adolescentes en España no solamente son insuficientes y precarios sino que además, son desiguales entre las diferentes Comunidades Autónomas del Estado Español, están poco coordinados e integrados. El resultado es una atención insuficiente, inadecuada, fragmentada y no suficientemente coordinada ni integrada con el grave perjuicio que ello supone para una población y sus familias que por la naturaleza de sus trastornos está inmersa de por sí, en una problemática similar de desorganización, descoordinación, fragmentación y dispersión.

### **- ¿Cuáles son los retos de futuro en materia de salud mental infante-juvenil para los próximos años?**

El reto más importante que tenemos que asumir en los próximos años en materia de salud mental infante-juvenil es a nuestro juicio el desarrollo suficiente y adecuado de los recursos necesarios en materia de salud mental infante-juvenil en España.

Como hemos visto, esto supone en primer lugar el poder contar con el principal dispositivo asistencial que es el profesional de la salud mental, sea psiquiatra o psicólogo y profesiones afines que tenga la debida formación y acreditación especializada.

Supone también que los profesionales del ámbito sanitario, socio-sanitario, educativo, jurídico etc. que tienen la responsabilidad de proteger y cuidarse de este colectivo infante-juvenil en lo relativo a su salud y bienestar, tengan también la adecuada preparación, experiencia y formación.

Si nos dejamos llevar por una actitud de “ensoñación”, podemos llegar a imaginar en un futuro, que de forma realista imaginamos más bien lejano, un mundo diferente para la salud mental de nuestros niños y adolescentes que el que tenemos ahora. Un mundo en el que la prevención de los trastornos mentales, la promoción de la salud mental y su atención y cuidados evite no solamente el desarrollo de muchos de los trastornos que tenemos hoy día sino que también evite la cronificación y agravación de dichos trastornos no solamente en la infancia sino también y como consecuencia, en la edad adulta.

Que los sueños, aunque sueños son, puedan hacerse realidad un día no muy lejano.

Este texto íntegro, fue realizado en marzo de 2008 para responder a las preguntas planteadas para la elaboración y publicación de dos números monográficos dedicados a la salud mental infante-juvenil en España por las Revistas Punto de Encuentro N° 19 de 2008 de FEAFES y Monitor Educador, Revista N° 128 de 2008 de la Federación DIDANIA.

<http://www.feafes.com/FEAFES/DocumentosElectronicos/Capitulo3/Punto+de+Encuentro+19.htm>

<http://www.monitoreducador.org/index1.html>

Dicho texto ha sido revisado, ampliado y modificado por el autor en septiembre de 2008 para posteriores publicaciones.

#### JUAN LARBÁN VERA

Psiquiatra y Psicoterapeuta de niños, adolescentes y adultos. Socio colaborador y asesor de APFEM, Asociación Pitiusa de Familias de personas con Enfermedad Mental y de niños y adolescentes con autismo y otros trastornos generalizados del desarrollo. <http://www.apfem.com/>

Correo electrónico del autor: [juan.larban@gmail.com](mailto:juan.larban@gmail.com)

\* Texto original elaborado con la colaboración de Irene Escandell Manchón, Presidenta de APFEM.