

# Crisis y salud mental en niños y jóvenes: ¿causa o consecuencia?

FUNDACIÓ  
VÍCTOR  
GRÍFOLS  
i LUCAS

*Con la colaboración de:*



FUNDACIÓN  
PROBITAS

# Crisis y salud mental en niños y jóvenes: ¿causa o consecuencia?

Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas  
Crisis y salud mental en niños y jóvenes: ¿causa o consecuencia?. Nº 44 (2017)  
Edita: Fundació Víctor Grífols i Lucas. c/ Jesús i Maria, 6 - 08022 Barcelona  
fundacio.grifols@grifols.com www.fundaciogrifols.org  
ISBN 978-84-697-4240-2-0 Depósito Legal: B 22325- 2017

Cuadernos  
de la Fundació **44**  
Víctor Grífols i Lucas

## SUMARIO

Pág.

### **Introducción**

*Marta Segú y Núria Terribas* ..... 7

### **La infancia y la adolescencia en tiempos de múltiples crisis**

*Joan Canimas* ..... 11

### **La salud mental de niños y adolescentes, hoy**

**Introducción** ..... 24

#### **El impacto de la crisis económica en la salud de los niños.**

##### **¿Qué sabemos?**

*Luis Rajmil* ..... 25

#### **La atención en salud mental de los niños y adolescentes en**

##### **Cataluña: situación actual, retos y propuestas**

*Marta Poll* ..... 34

#### **Crisis económica y efectos sobre la salud mental infantil y adolescente**

*Adela Camí* ..... 41

#### **Trastornos de conducta: un problema a atender**

*Josep Matalí* ..... 47

### **Buenas prácticas en intervenciones de salud mental**

**Introducción** ..... 58

#### **Prevención y atención de la salud mental infantil y adolescente en el marco de los centros abiertos**

*Rosa Coscolla* ..... 59

#### **La identidad polifónica**

*Saïd El Kadaoui Moussaoui* ..... 65

<b>El aumento de los trastornos de salud mental en la infancia y adolescencia: su incidencia en el entorno escolar y en la actividad de los docentes. El papel de los EAP</b>	
<i>Manel Gener</i> .....	71
<b>Una breve introducción a AMBIT</b>	
<i>Mark Dangerfield</i> .....	79
<b>Programa de alfabetización en salud mental para adolescentes: «Espai Jove.net: un espacio para la salud mental»</b>	
<i>Juanjo Gil</i> .....	89
<b>¿Sirve para algo marginar activamente a un tercio de la infancia?</b>	
<i>Jorge L. Tizón</i> .....	95
<b>Relación de participantes</b> .....	132
<b>Títulos publicados</b> .....	134

## INTRODUCCIÓN

Una vez más, la colaboración entre la Fundación Probitas y la Fundación Víctor Grífols i Lucas dio lugar a una interesante jornada sobre una cuestión de relevancia social e interés transversal para distintos sectores profesionales, de la salud mental, la educación y el ámbito social. Uniendo focos de interés, por parte de la Fundación Probitas en la salud y protección de la infancia y su vulnerabilidad y por parte de la Fundación Grífols en la reflexión ética de todo aquello que atañe a las personas y a su contexto de salud, ofrecimos un foro de análisis y debate que resultó muy rico y provechoso para todos los participantes, ponentes y público asistente.

El objetivo de la jornada era debatir sobre el contexto de crisis que hemos vivido en los últimos años y que aún persiste a pesar de la leve recuperación, y la afectación que esta crisis económica y social ha tenido en la salud mental de nuestros niños y adolescentes más vulnerables, constatación confirmada por las entidades participantes y motivo principal de la organización de la jornada.

A partir de esta idea de fondo se debatió sobre la necesidad de una red sanitaria, social y escolar bien coordinada para fomentar la salud mental entre los niños y jóvenes, y poder detectar precozmente situaciones de riesgo. Se habló sobre si la pobreza y la vulnerabilidad social que sufren muchos menores en nuestra sociedad, es causa de que presenten más trastornos mentales y de conducta, o si estos son más graves por la falta de recursos en la prevención, por la poca coordinación, o por coincidir en contextos familiares en situación de máxima precariedad que no son capaces de gestionar. Y se comentó también si la combinación de ambos puede explicar este incremento importante de trastornos en el ámbito de la salud mental detectados e identificados en su día a día por los profesionales de la salud y del ámbito social.

Iniciamos la jornada con una interesante reflexión filosófica del profesor Joan Canimas, acerca de las múltiples crisis que deben afrontar hoy día nues-

tros menores, como la falta de referentes en sus distintas etapas de desarrollo, los cambios de roles familiares y la sociedad actual de la información y las nuevas tecnologías, que a menudo les hace más vulnerables.

A continuación, tuvimos una mesa redonda con distintas aportaciones que nos dieron datos relevantes para hacernos una idea de la realidad sobre el impacto de la crisis en los niños y jóvenes, la situación actual de la atención en salud mental infanto-juvenil en Cataluña y el incremento de los trastornos de conducta a distintos niveles, con afectación al rendimiento escolar, inserción social, etcétera.

Una segunda mesa redonda nos ofreció distintas experiencias que se están aplicando en el territorio para atender esas necesidades, con excelentes resultados en determinados ámbitos de especial vulnerabilidad y exclusión social, también en el ámbito educativo y en el propio contexto de salud mental con jóvenes adolescentes.

Finalizábamos la jornada con una excelente exposición del profesor Jorge L. Tizón, que reflexionó, a partir de cifras y estadísticas muy explícitas, sobre la realidad de la creciente marginación de un tercio de nuestra infancia que probablemente ya será una generación perdida sin posibilidad de mejorar su estatus.

La participación en los debates de un público experto e interesado, desde distintas disciplinas y aproximaciones al problema, permitió completar el panorama y favoreció el intercambio de experiencias y la reflexión sobre posibles mejoras en el sistema sanitario y educativo de nuestro entorno para ayudar más y mejor a estos niños y jóvenes vulnerables.

Se constató que la formación de los profesionales de la educación y del ámbito social en la identificación precoz y el manejo de niños y jóvenes con trastornos leves y moderados de salud mental pueden contribuir a crear dinámicas integradoras en beneficio de toda la comunidad. Asimismo, una mejor coordinación entre los distintos niveles del sistema de salud, con abordajes innovadores en la detección precoz y el tratamiento de los niños y jóvenes afectados, en que el profesional de la salud sea quien activamente y de primera mano conozca el entorno del menor y su complejidad, se identificó como modelo a seguir para una respuesta adecuada.

Una vez más, una experiencia provechosa para todos. Esperamos que la lectura de sus contenidos sea de su interés.

*Marta Segú.* Directora de la Fundación Probitas

*Núria Terribas.* Directora de la Fundación Víctor Grifols i Lucas

# La infancia y la adolescencia en tiempos de múltiples crisis

**Joan Canimas**

*Doctor en Filosofía, profesor de la Universidad de Girona*

### Introducción

El título propuesto para esta conferencia es, posiblemente, excesivo.<sup>1</sup> No solo por las múltiples crisis que invita a identificar y pensar, sino también por las múltiples infancias y adolescencias que se pueden dilucidar en cualquier sociedad multclasista y multicultural en este nuestro tiempo, que también es múltiple. A pesar de ello, es un título bien encontrado que no se deja abandonar con facilidad, porque obliga, insistente, a escuchar el murmullo de todo lo que anuncia.

El existencialismo y la fenomenología combinan muy bien lo que las artes han intentado captar durante milenios con aquello que las neurociencias hoy anuncian: que somos seres que vivimos en la contingencia de una vida *proyectada*. Estamos abocados al mundo con una corporeidad abierta que, con el paso del tiempo, va constituyendo un ser que se sabe, en la mayoría de los casos, en la finitud. El paso por los caminos del mundo depende del cuerpo que somos (que aquí incluye la mente), de la acogida que recibimos y de las contingencias del itinerario, y puesto que hay una gran variedad de cuerpos, de estructuras de acogida y de contingencias, hay también una gran variedad de infancias y adolescencias.

Entiendo por *crisis* un cambio profundo y de consecuencias importantes en un proceso, en una situación o en la percepción de algo. De las múltiples crisis que afectan a las múltiples infancias y adolescencias en este nuestro tiempo múltiple, me centraré en la crisis del cuerpo natural y de las estructuras de acogida; e intentaré defender que estas dos crisis configuran y afectan de manera significativamente diferente a los niños y adolescentes y que lo harán cada vez más si no somos capaces de crear un mundo justo y decente.

### La crisis del cuerpo natural

La crisis del cuerpo natural se inició con la creación de los primeros complementos o extensiones: el vestido y la cabaña empequeñecieron (o agran-

daron) la piel; las herramientas líticas, las manos; la lanza, los brazos y las piernas; la cerámica creó nuevos órganos; el lenguaje y la escritura ampliaron la mente; la medicina inició la corrección del cuerpo y la *paideia* del carácter humano. Estas creaciones humanas, que llamamos *cultura*, *ciencia* y *tecnología*, están tan arraigadas en nuestra historia que las consideramos una segunda naturaleza. Ahora bien, esta segunda naturaleza ha sido siempre, como su nombre indica, secundaria. Ha intentado corregir o complementar la primera naturaleza, siempre de forma imperfecta.

Finalmente se anuncia el dominio total de la naturaleza y el versículo bíblico que proclama «Contempla la obra de Dios. ¿Quién osará dirigir lo que Él ha torcido?»<sup>2</sup> puede ser respondido, ahora ya con seguridad, por el **corazón** de tecno-científicos: «Lo enderezarán los humanos, esta especie admirable que surca los mares espumosos, fatiga la Tierra con las máquinas y domina todo lo que hay en ella, encuentra remedio a enfermedades y modela su propio cuerpo y mente como libre ceramista a través de las ciencias y técnicas que su afán imparable crea sin tregua».

Los avances que se prevén en biología y biología sintética, neuropsicología, circuitos neuronales artificiales, cirugía, medicina regenerativa, farmacología, robótica, informática, nuevos materiales, nanotecnología, biotecnología, robótica androide, cibernética, inteligencia aumentada, etc., hacen prever cambios revolucionarios que hasta hace poco solo se atrevían a entrever las obras de ciencia ficción y los nombres que las acompañaban, por ejemplo *ciborg* o *transferencia mental* (*mind uploading*). Hoy, en cambio, ya son materia de reflexión en el ámbito científico conceptos como *transhumano* y *poshumano*, el primero para referirse a un ser en transformación que se implanta capacidades físicas e intelectuales superiores a las de un ser humano natural, y el segundo para referirse a un ser con capacidades que sobrepasan de forma excepcional las posibilidades humanas.

La crisis de la naturaleza humana impedirá una de las todavía hoy salvaciones posibles para los niños y adolescentes de buen natural de las clases depauperadas que, si disfrutaban de una inteligencia o belleza naturales, todavía tienen posibilidades en esta sociedad meritocrática y del espectáculo. Los avances en la modificación y complementación del cuerpo, no obstante,

anuncian que la meritocracia será sustituida por la aristocracia de laboratorio, de la misma manera que la aristocracia de cuna fue sustituida por la meritocracia educativa.

### La crisis de las estructuras de acogida

En una imagen bellísima, Kant dice que los humanos somos la única especie que anuncia clamorosamente su llegada al mundo con el llanto del nacimiento, porque no teme revelarla a aquellos que la amenazan.<sup>3</sup> La podemos anunciar porque estamos amparados por estructuras de acogida que, en palabras de Lluís Duch, articulan las respuestas salvadoras a la vulnerabilidad del cuerpo humano y a las contingencias de la vida, permiten la agregación de los individuos al mundo y a la sociedad y son elementos imprescindibles para la vida, la socialización y la construcción de la realidad.<sup>4</sup> Las tres principales estructuras de acogida de la primera modernidad y que hoy están en crisis son la familia, el colegio-trabajo-comunidad y la moral,<sup>5</sup> que las envuelve a todas, una crisis que queda bien apalabrada en conceptos como *ligereza* (Gilles Lipovetsky), *liquididad* (Zygmunt Bauman) y *apertura* (Karl R. Popper).

La crisis de la familia tradicional es una bendición para algunos niños y adolescentes, y una maldición para otros. Es una suerte para aquellos que son acogidos en estructuras familiares que han conseguido liberarse del peso, la densidad y el cierre de la familia tradicional. Familias en las que los padres y madres saben retirarse gradualmente, liberando —y por tanto creando— el lugar en el cual el niño y el adolescente pueden construir su propia personalidad, aprender a aprender, a gestionar su libertad, a ser flexibles, a dar respuestas creativas a los imprevistos, a controlar sus tonalidades emotivas y reflexivas y adquirir todas aquellas características que las sociedades democráticas y el capitalismo posfordista aprecian y reclaman.<sup>6</sup> En cambio, es una desgracia para aquellos niños y adolescentes dejados de la mano de Dios, acogidos en estructuras familiares en las que *ligereza* significa inestabilidad, *liquididad* hacer aguas y *apertura* ausencia de límites. Para estos niños y adolescentes, la crisis de la familia autoritaria significa crecer en la intemperie.

Durante la primera modernidad, extramuros de la familia había una segunda estructura de acogida: el colegio, el trabajo y la comunidad. En cuanto al colegio, en la década de 1970 se inició la primera y hasta ahora única gran crisis de la educación. De entre los autores que la captaron, cabe destacar a Ivan Illich y Jean-François Lyotard, que advirtieron la separación que se estaba produciendo entre enseñanza (aprender a hacer) y educación (aprender a ser). La enseñanza, entendida como el proceso a través del cual se adquieren habilidades técnicas y conocimientos, empezó a separarse de la educación, que hace referencia al proceso de aprendizaje de valores y actitudes que guían la vida. En el año 1979, Lyotard advirtió que, en la etapa que se inauguraba, la adquisición de saber se desentendía y desentendería cada vez más de la construcción del espíritu y de la persona y se convertía en un factor importantísimo de la economía productiva. La enseñanza pasaba a ser un valor de mercado y la educación dejaba de ser un valor político, con lo cual la función principal del sistema escolar ya no era educar, sino enseñar, formar.<sup>7</sup>

Esta crisis del sistema educativo, la gran esperanza de la Ilustración, ha dado paso a un sistema de enseñanza o de formación, lo que también es una bendición para algunos niños y adolescentes y una maldición para otros. Para aquellos niños y adolescentes bien educados por la familia, que el sistema de enseñanza formal disminuya significativamente su función educadora del espíritu y se centre en la enseñanza de las habilidades, competencias y contenidos necesarios para el acceso al mundo laboral posfordista, es una suerte porque los libera del peso del Estado. Es por ello que las clases medias y altas de Cataluña, que son las que deben dar respuesta a los retos económicos de este país en un mundo globalizado, celebrasen el cambio de denominación del *Departamento de Educación* por *Departamento de Enseñanza* que se produjo el año 2011. En cambio, para aquellos niños y adolescentes mal educados por la familia, la crisis del sistema educativo les supone otro abandono.

En la primera modernidad, a los hijos de estructuras familiares que fallaban en sus funciones educativas, los educaba el colegio, el trabajo y la comunidad. Ahora, en cambio, el sistema de enseñanza obligatoria intenta contenerlos como puede hasta la edad señalada y les da una formación que les servirá bien poco para el paro o los trabajos temporales que, si tienen suerte, realizarán. En



cuanto al trabajo, si acceden a él lo harán tarde y en condiciones de precariedad (de nuevo la ligereza, la *liquididad* y la apertura), lejos de aquella condición de obreros que configuró el carácter de las masas explotadas de la primera modernidad. No obstante, la mayoría de estudios de economía prospectiva anuncian que la destrucción de puestos de trabajo industriales, que son a los que pueden acceder, no es una situación coyuntural sino característica de la cuarta revolución industrial.<sup>8</sup> De aquí que se empiecen a prever medidas como la Renta Garantizada de Ciudadanía (o Renta Básica Universal) para contener este amplio sector de la población.

Respecto a la comunidad, es oportuno recordar que en el año 1945 Popper diferenció entre sociedades cerradas y sociedades abiertas. Las cerradas, decía, son sociedades mágicas, tribales y colectivistas caracterizadas por la obediencia al hábito y la tradición, por el sometimiento a las leyes naturales y sobrenaturales, por el apremio y control de la individualidad por parte de la colectividad. Sociedades comparables a una unidad orgánica cuyos miembros están unidos por vínculos semibiológicos: parentesco, convivencia, compartición de trabajos, peligros, alegrías o desgracias, etc. Las sociedades abiertas, en cambio, son aquellas que han iniciado el camino de liberarse de la tutela de la autoridad y de los prejuicios y avances por el camino de la libertad, el sentimiento de humanidad, la crítica racional y las decisiones personales responsables.<sup>9</sup> Pues bien: el paso de las sociedades cerradas a las sociedades abiertas afecta también de manera muy diferente a los niños y adolescentes: a algunos les posibilita la construcción y vivencia de nuevas formas de individualidad, colaboración y responsabilidad, mientras que a otros les empuja a refugiarse en grupos tribales de errantes nihilistas.

Para Hannah Arendt, la crisis de la primera modernidad se manifiesta principalmente en la crisis de autoridad, que, dice, supone la última y decisiva fase de un proceso que durante siglos socavó primero la religión, después la tradición y finalmente la autoridad. Un indicador de la gravedad de esta crisis es, según Arendt, que la desaparición de la autoridad no afecta solamente a la organización política, sino también a áreas pre-políticas como la educación de los niños y adolescentes, tanto en el colegio como en la familia. Para Arendt, vivir en una sociedad organizada sin ningún tipo de autoridad, solo con la vigilancia de la violencia del poder, significa enfrentarse

de nuevo con los problemas elementales de la convivencia humana, ahora ya sin el recurso de la fe religiosa o de las normas de comportamiento tradicionales.<sup>10</sup>

Finalmente, la tercera estructura de acogida, la moral, también ha sufrido el impulso del deseo de verdad que arrinconó la magia, la religión, la tradición y la razón pura. Aquello más característico de la primera modernidad es la secularización, un proceso que el poeta Friedrich Schiller definió como el retorno de los dioses a su hogar, inútiles en un mundo que a pesar de haber crecido bajo su tutela, ahora ya no los necesita;<sup>11</sup> y el sociólogo Max Weber como un proceso de desencantamiento del mundo, de racionalización cada vez más intensa y extensa que hace que ya no sea necesario recurrir a entidades metafísicas.<sup>12</sup> En esta larga historia de búsqueda de la verdad, la segunda mitad del siglo xx nos ha situado ante el reto que Nietzsche ya había constatado: que no hay ningún pájaro de razones inmensas que nos ampare, ni verdades para descubrir; solo un montón de verdades creadas por unos seres inteligentes que han inventado el lenguaje.

En la moral también se han desvanecido las cargas pesadas, densas y cerradas y en ella reina la ligereza, la *liquididad* y la apertura de la acción comunicativa. Esta situación incómoda y a veces horroriza a aquellos que necesitan principios absolutos bajo los que cobijarse y supone una gran posibilidad para los que nos sentimos amenazados por la metafísica y los dogmas y vemos en el perspectivismo la posibilidad de construir, finalmente, morales y éticas humanas.

La crisis de la moral también es una bendición para algunos niños y adolescentes y una maldición para otros. Para aquellos acogidos en estructuras que les cuidan, les posibilita construir un *éthos* responsable no sometido a la heteronomía, un carácter abierto al aprendizaje y la crítica permanentes, les posibilita incorporar las virtudes individuales y comunicativas que cada momento requiere. En cambio, para los niños y adolescentes acogidos en estructuras en las que *crisis* significa quiebra, la disolución de los absolutos morales y la autoridad les lleva a considerar que todo está permitido.

## Contingencias y epílogo

Las contingencias, aunque contingencias, dependen en gran medida del cuerpo que somos y de la calidad de las estructuras que nos acogen. En la vida no se encontrarán lo mismo, y si se lo encuentran no le darán las mismas respuestas, las personas con plurideficiencias graves que las que tienen una salud, inteligencia y belleza manifiestas o que han corregido y mejorado su inicial naturaleza a través de modificaciones pre y posnatales; ni las personas que han nacido en una familia rota de progenitores alcohólicos y maltratadores que aquellas que lo han hecho en una familia de gente sensata de la alta burguesía que los han amado y cuidado; ni las que han nacido en un Estado en guerra como Siria, o en uno de paz y bienestar como Suecia.

En las sociedades opulentas, los individuos, liberados de las imposiciones del cuerpo natural, de la familia tradicional, del sistema educativo de Estado, del trabajo alienante y de la moral heterónoma, funcionan como átomos sociales. El carácter individualizador y autónomo de la segunda modernidad implica, por lo tanto, una mayor responsabilidad individual, también de los niños y adolescentes, y ello hace que el éxito o fracaso de su itinerario de vida dependa, más que nunca, del lugar donde han nacido y de sus propias decisiones.

## Notas

1. Este texto recoge lo que se dijo y quería decir en la conferencia impartida el 21 de noviembre de 2016 en la Casa de la Convalescència de Barcelona, en el marco de la Jornada *Crisis y salud mental en niños y jóvenes: ¿causa o consecuencia?*, organizada por la Fundación Víctor Grífols i Lucas y la Fundación Probitas. El título que se me propuso desarrollar era *La infancia y la adolescencia en el tiempo de las múltiples crisis*.
2. Cohélet (Eclesiastés) 7, 13. Andrew Niccol la utiliza como encabezamiento de su película *Gattaca*.
3. Kant I. *Anthropologie in pragmatischer Hinsicht*; 1798. Traducción castellana de José Gaos: *Antropología en sentido pragmático*. Madrid: Revista de Occidente; 1935. p. 227-228.
4. Duch Ll. *La educación y la crisis de la modernidad*. Barcelona: Paidós; 1997. p. 26.
5. Lluís Duch, en *La educación y la crisis de la modernidad*, considera que las tres estructuras de acogida en crisis son la familia (condescendencia), la ciudad (corresidencia) y la religión (cotrascendencia).
6. Ver Virno P. *Grammatica della moltitudine. Per una analisi delle forme di vita contemporanee*; 2003. Traducción castellana de A. Gómez, J. Domingo y M. Santucho: *Gramática de la multitud. Para un análisis de las formas de vida contemporáneas*. Madrid: Traficantes de sueños; 2003. p. 15.
7. Lyotard JF. *La condition postmoderne. Rapport sur le savoir*; 1979. Traducción catalana de J. Pipó y F. Pons: *La condició postmoderna. Informe sobre el saber*. Barcelona: Angle Editorial y Centre d'Estudis de Temes Contemporanis; 2004.
8. Véase, por ejemplo: Frey CB, Osborne MA, et al. *Technology at Work v2.0. The future is not what it used to be*. Oxford: University of Oxford; Schwab K. *The Fourth Industrial Revolution*; 2016. Traducción castellana de D. Meléndez: *La cuarta revolución industrial*. Barcelona: Debate; 2016. Y Frey CB, Osborne A. *The future of employment: How susceptible are jobs to computerisation?* Oxford: University of Oxford; 2013.
9. Popper KR. *The open society and its enemies*; 1945. Traducción castellana de E. Loedel: *La sociedad abierta y sus enemigos*. Barcelona: Paidós; 1982.
10. Arendt H. *Between past and future*; 1954. Traducción castellana de A. Poljak: *Entre el pasado y el futuro. Ocho ejercicios sobre la reflexión política*. Barcelona: Ediciones Península; 2016. p. 145-225.

11. Schiller F. Die Götter Griechenlandes; 1788. Traducción castellana de D. Innerarity: Los dioses de Grecia. En: Poesía filosófica. 2a ed. Madrid: Hiperión; 1994.
12. Weber M. Die protestantische ethik und der «geist» des kapitalismus; 1904-1905. Traducción castellana de L. Legaz: La ética protestante y el espíritu del capitalismo. Barcelona: Península; 1969.



## La salud mental de niños y adolescentes, hoy

## Introducción

Los ponentes de esta mesa redonda nos exponen desde su conocimiento experto datos sobre la realidad en la atención a la salud mental de los niños y jóvenes en nuestro país, sus distintas manifestaciones y ámbitos de afectación como el educativo, la salud física o las problemáticas sociales, apuntando los retos a afrontar y medidas de mejora. De la mano de Luis Rajmil, Marta Poll, Adela Camí y Josep Matalí obtenemos una imagen fiel sobre estas cuestiones.

## El impacto de la crisis económica en la salud de los niños. ¿Qué sabemos?

Luis Rajmil

*Investigador senior. Colaborador en el IMIM-Hospital del Mar Instituto de Investigaciones Médicas (Barcelona)*

La pobreza infantil y las desigualdades sociales en la infancia, que ya eran preocupantes en Cataluña y España antes de empezar la Gran Recesión, no han hecho sino aumentar durante la crisis. En este artículo analizamos los efectos inmediatos y a largo plazo de las condiciones de vida y los determinantes sociales sobre la salud infantil. El aumento del paro y de la brecha social, así como el empeoramiento de las condiciones de vida familiares, afectan a la salud y los hábitos de la población infantil más vulnerable y a la larga pueden repercutir en toda la sociedad. En concreto, abordamos las predicciones relativas a su repercusión en la población en general y las respuestas de las políticas sociales y económicas, como la derogación de las disposiciones del Real Decreto Ley (RDL) 16/2012 de exclusión sanitaria, resumiendo finalmente las medidas propuestas para hacer frente a esta situación desde diferentes organizaciones sociales.

## Trayectorias de salud infantil: influencia de las condiciones socioeconómicas

La Comisión de Determinantes Sociales en Salud (CSDH) de la OMS ha señalado que la desigualdad social durante el crecimiento y las primeras etapas de desarrollo de los menores es uno de los principales factores que contribuyen a crear y perpetuar esa misma desigualdad al alcanzar esos mismos jóvenes la edad adulta.<sup>1</sup>

La mayor parte de los conocimientos referentes a la influencia de los determinantes sociales en la salud infantil provienen de estudios de cohortes, es decir

## El impacto de la crisis económica en la salud de los niños. ¿Qué sabemos?

de estudios de seguimiento de grupos de individuos desde el nacimiento —o antes de este— y durante una o más generaciones.<sup>2</sup> Otras evidencias han sido demostradas por experimentos «no naturales» que se han producido en momentos de conflictos bélicos y otras situaciones históricas.<sup>3</sup> Estas investigaciones, junto con las experiencias de otras crisis económicas del siglo pasado, han facilitado suficiente información para afirmar la repercusión de los condicionantes sociales en la salud de la población infantil y en su futuro.

Así, sabemos que la pobreza infantil y los gradientes sociales de salud en la infancia (cuanto más baja sea la posición social, peor salud) están asociados con peores resultados no solo en salud, sino también en rendimiento académico y estatus socioeconómico en la edad adulta.<sup>4,5</sup> Tales determinantes sociales de la salud adquieren un protagonismo más visible y crucial en la actual situación de crisis económica. Al respecto, el modelo propuesto por la CSDH de la OMS incluye como elemento esencial la perspectiva de la *trayectoria vital*. Esto es, la acumulación de efectos positivos y negativos individuales desde la etapa prenatal y la influencia de las condiciones ambientales y generales, de las relaciones de poder, las políticas públicas, etc., son factores que determinan la trayectoria de salud y bienestar de los individuos.<sup>6,7</sup>

Si se produce una crisis económica como la Gran Recesión —con una exposición a privaciones materiales individuales y familiares—, el grado de impacto en la población infantil dependerá de varias circunstancias: entre otras, de en qué momento del desarrollo se produce la exposición (pre o posnatal, primera infancia, adolescencia), de las políticas de protección social que se apliquen, del contexto en el cual se produce el crac económico y de la situación previa al inicio de este.<sup>8</sup> Asimismo, se debe tener en cuenta que los efectos de la exposición la mayoría de las veces son a medio y largo plazo, y que el impacto negativo a corto plazo afecta a la población más vulnerable.

## Las políticas públicas como reacción a la crisis

Desde el comienzo de la crisis económica las políticas gubernamentales han respondido con medidas mal llamadas de *austeridad*, pues estas han

## Crisis y salud mental en niños y jóvenes: ¿causa o consecuencia?

consistido en recortes presupuestarios y privatización de los servicios (con una progresiva incorporación de empresas con ánimo de lucro en los servicios públicos), en una retirada de la ayuda de 2.500 euros por nacimiento y en la obligatoriedad de respetar la estabilidad presupuestaria, lo cual ha supuesto reducir los presupuestos a expensas del pago de la deuda vía decretos, por ejemplo el Real Decreto 16/2012. Todo ello ha supuesto un retroceso del sistema sanitario y la exclusión de los grupos de población más vulnerables.<sup>9</sup> Asimismo, el aumento de la precariedad laboral, de los precios de la energía y de los bienes básicos, junto con otros factores, han contribuido a empeorar la situación de desigualdad. Así, las condiciones de la vivienda, por ejemplo, han acrecentado la inestabilidad, porque después de los desahucios las familias no están exentas de saldar la deuda con los bancos (incluso peor: los bancos rescatados practican desahucios activamente). En definitiva, estos recortes suponen que el gasto sanitario público ha sufrido una reducción del 6,5% al 5,1% del PIB, mientras que —en el tema que nos atañe— la inversión en protección de la infancia y la familia —que había aumentado un 8% en el Estado español entre 2007 y 2010— disminuyó un 15% en el año 2013.<sup>10</sup>

Más datos. Según el informe del Síndic de Greuges de 2014, la cobertura «teórica» de los comedores escolares teniendo en cuenta el riesgo de pobreza infantil sufrió reducciones de un 34% durante el curso escolar 2008-2009 y de un 24% en el de 2012-2013, justo en el periodo en donde hubo un aumento mayor de las familias con necesidades no cubiertas.<sup>11</sup> Más aún, el informe de UNICEF «Report Card 13 de Innocenti» sobre equidad en población infantil en países ricos ha puesto de manifiesto que el Estado español se encuentra entre los peores en cuanto al riesgo de pobreza y a la brecha entre ricos y pobres.<sup>12</sup>

En algunos casos —a fecha de hoy— estas políticas públicas se están intentando revertir, pero ya han producido un impacto muy acusado en el incremento de las desigualdades entre territorios, una gran variabilidad y diversos casos de ilegalidades en la aplicación de las medidas, así como un crecimiento de la inequidad.

## **Los determinantes sociales: producto interior bruto (PIB), paro, desigualdades de ingresos, acceso a los servicios sanitarios**

El producto interior bruto (PIB) ha empezado a mejorar en los últimos dos años, después de media década de recesión. No obstante, el paisaje que ha dejado a su paso es desolador. Las desigualdades según el nivel de ingresos económicos han aumentado más de un 20% desde el comienzo de la crisis económica y esta tendencia no ha cambiado en los últimos años. La tasa de paro en la población activa —que en 2005 estaba en un 8,7%— creció en 2013 a un 25,6%. La desocupación en la población menor de 25 años se incrementó del 19,6% en 2005 al 55,5% en 2013, decreciendo al 42% en 2015. Los menores que viven en familias sin ocupación aumentaron del 5,6% al 13,8% en el periodo 2008-2013, bajando a un 10% en 2015.

El porcentaje de niños que viven bajo el umbral de pobreza ha aumentado entre 2005 y 2015, siendo la población menor de 16 años la que presenta los porcentajes más elevados de riesgo de pobreza cuando se compara con los otros grupos de edad y según sexo. Así, uno de cada tres menores presentaba riesgo de pobreza en 2014. En este sentido, según la Encuesta de Condiciones de Vida de Eurostat la tasa de privación material grave ha experimentado un incremento desde el 9,9% en 2005 hasta cerca del 15% en 2013 en los menores con un nivel de educación familiar primaria, y del 1,6% al 2,3% en las familias con un nivel universitario. Estos resultados muestran también un mayor impacto en las unidades familiares con menos recursos.

Algunas ONG —como la Federación Banco de Alimentos de Barcelona— asistieron a cerca de 60.000 beneficiarios en el año 2008 y a más de 140.000 personas en 2015, la mayoría de ellas a cargo de familias con menores. El informe de Cáritas señala que en 2007 asistió a 370.251 personas, mientras que en 2011 esta cifra fue de 1.015.276. Al respecto, el 4% de la población española no tiene recursos para proveerse de la comida diaria básica. Un aspecto específico del impacto de la crisis sobre la alimentación infantil tiene que ver con las comidas escolares. Los comedores de las escuelas se han vuelto inaccesibles para muchas familias y esto podría estar asociado con dietas menos adecuadas.

## **Efectos sobre la salud infantil**

La mayoría de los estudios que analizan datos de salud infantil no encuentran ningún efecto inmediato en la población general infantil. En este sentido, la tendencia de los indicadores de mortalidad de este grupo de edad en Cataluña y en el Estado español no ha sufrido cambios desde los periodos previos al comienzo de la recesión,<sup>13,14</sup> así como tampoco los indicadores de salud general infantil. Sin embargo, hemos de tener en cuenta que hay una falta de datos específicos de la población infantil que impiden estudiar el impacto de la crisis en áreas pequeñas o según grupos poblacionales concretos. Más aún, el análisis de los indicadores a partir de las medias de la población puede enmascarar las desigualdades en subgrupos de la población. Además, también hay dificultades para establecer una relación causal entre el impacto de la crisis, las medidas tomadas por los gobiernos y los resultados de salud. Se sabe que se necesitan años para establecer una asociación entre la exposición a la privación y los efectos sobre la salud. De hecho, tal y como se ha comentado, los estudios de cohorte han analizado el impacto de la exposición a privación material y a las desigualdades sociales los primeros años de vida en la mortalidad por diferentes causas y su incidencia en enfermedades crónicas de los adultos. A pesar de esto, las experiencias anteriores y las comparaciones con situaciones parecidas proporcionan suficiente información para establecer las medidas necesarias para combatir y prevenir los potenciales efectos negativos de esta situación. Por otro lado, hay evidencia de un impacto muy acusado en los grupos de menores vulnerables. Así, el estudio del proyecto SOPHIE y Cáritas<sup>15</sup> llevado a cabo en familias con menores que se encuentran en riesgo de desahucio o que han sido desahuciadas ha mostrado que en este grupo de menores la salud percibida como regular o mala era mucho más elevada cuando se compara con el mismo grupo de edad y sexo de la Encuesta de Salud de Cataluña. Asimismo, la probabilidad de sufrir un problema de salud mental era más de diez veces superior en el grupo de niños en riesgo y cinco veces superior en las niñas. También se encontraron diferencias parecidas en conductas relacionadas con la salud como no desayunar antes de salir de casa.

En relación con la salud mental infantil no hay estudios específicos en nuestro país, pero una investigación realizada en Estados Unidos<sup>16</sup> ha encontrado

## El impacto de la crisis económica en la salud de los niños. ¿Qué sabemos?

que la población adolescente con menor nivel de ingresos familiares ha declarado más días con peor salud mental desde el comienzo de la crisis, con un aumento de las desigualdades en comparación con los de nivel de ingresos más elevados.

En población adulta sí se ha establecido una asociación entre la desocupación, el paro de larga duración y los indicadores de salud mental. Así, los suicidios y los intentos de suicidio han aumentado con la crisis económica.<sup>17,18</sup> Igualmente, muchos de los estudios han sido llevados a cabo en adultos jóvenes con familia y menores a su cargo. No obstante, faltan investigaciones que analicen la influencia de la salud mental del adulto sobre el estrés familiar y la salud infantil.

En cuanto al acceso y uso de los servicios de salud, a pesar de que la población de 0 a 18 años teóricamente sigue manteniendo la cobertura sanitaria universal por ley, se han detectado y denunciado casos de barreras de acceso y también una variabilidad en la aplicación de medidas políticas recientes, con un impacto potencial en los niños más vulnerables. Por otra parte, la ruptura de la cobertura universal de salud en la población adulta también se ha relacionado con casos de exclusión de la atención sanitaria en los menores cuando se les negó la atención en algunos hospitales, y el miedo de los padres en situación irregular de tener que pagar por la atención de sus hijos.

## Resumen de las propuestas presentadas por diversas entidades

Es importante que se tomen medidas urgentes para revertir el proceso actual y garantizar la disminución progresiva de la pobreza infantil. Varias asociaciones de defensa de la infancia, ONG y sociedades científicas como la Sociedad Catalana de Pediatría,<sup>19</sup> y la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS),<sup>20</sup> han solicitado una serie de medidas de carácter urgente. Entre otras, favorecer que todas las madres y padres participen en el mercado laboral con un trabajo digno; garantizar que los comedores escolares permanezcan abiertos durante todo el año para facili-

## Crisis y salud mental en niños y jóvenes: ¿causa o consecuencia?

tar, como mínimo, una comida sana y equilibrada diaria a toda la población escolar; impulsar la creación de plazas de educación infantil para mejorar las oportunidades educativas y sociales en edades iniciales; evitar los desahucios de familias con menores y promover la dación en pago; asegurar el suministro básico de agua, luz y gas de las familias con menores para combatir la pobreza energética; y permitir el acceso a los servicios sanitarios a toda la población, con la subsiguiente derogación definitiva del decreto Ley 16/2012.

## Conclusiones

La crisis económica y las medidas de austeridad implementadas por los gobiernos han aumentado el nivel de pobreza infantil y las desigualdades sociales en este grupo de la población, unas medidas con mayor impacto en estas edades si lo comparamos con el resto de grupos poblacionales. Al respecto, se ha detectado un efecto negativo sobre la salud infantil especialmente entre los menores de familias con menos recursos o en riesgo de perder la vivienda. Con todo lo expuesto, sugerimos proteger con urgencia a estos grupos de menores en situación de vulnerabilidad.

## Notas

1. Irwin L, Siddiqi A, Hertzman C. Early child development: A powerful equalizer. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009. Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/themes/earlychilddevelopment/en/](http://www.who.int/social_determinants/themes/earlychilddevelopment/en/).
2. Pillas D, Marmot M, Naicker K, et al. Social inequalities in early childhood health and development: a European-wide systematic review. *Pediatr. Res.* 2014; 76(5): 418-424.
3. Lumey LH, Stein AD, Kahn HS, et al. Cohort profile: the Dutch Hunger Winter families study. *Int J Epidemiol.* 2007; 36(6): 1196-1204.



4. Pickett KE, Wilkinson RG. Income inequality and health: A causal review. *Soc Sci Med.* 2015; 128: 316-326.
5. Starfield B. Social gradients and child health. En: Heggenhuogen HK, Quah SR, editores. *International Encyclopedia of Public Health.* San Diego, CA: Academic Press. 2008; 6: 87-101.
6. Commission on Social Determinants of Health (CSDH). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Ginebra: World Health Organization. 2008.
7. Starfield B. Pathways of influence on equity in health. *Soc Sci Med.* 2007; 64(7): 1355-1362.
8. Rajmil L, Fernández de Sanmamed MJ, Choonara I, et al. Impact of the 2008 economic and financial crisis on child health: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2014; 11: 6528-6546.
9. Repullo JR. Cambios de regulación y de gobierno de la sanidad. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit.* 2014; 28 (Suplemento 1): 62-68.
10. Centro de Estudios Económicos Tomillo (CEET). La infancia en los presupuestos. Estimación de la inversión en políticas relacionadas con la infancia en España y su evolución entre 2007 y 2013. Cuadernos para el Debate nº 4. Huygens Editorial: UNICEF Comité Español. 2015.
11. Síndic de Greuges de Catalunya. Informe de malnutrició infantil. Informe al Parlament. Barcelona: Síndic de Greuges. 2014. Disponible en: <http://www.sindic.cat/site/unitFiles/3506/Informe%20malnutricio%20infantil%20catala.pdf>.
12. Fairness for children. A league table of inequalities in child well-being in rich countries. UNICEF Report Card 13 Innocenti. 2016. Disponible en: <https://www.unicef-irc.org/publications/830/>.
13. Rajmil L, Medina-Bustos A, Fernández de Sanmamed MJ, et al. Impact of the economic crisis on children's health in Catalonia: a before-after approach. *BMJ Open.* 2013; 3(8), e003286. DOI: 10.1136/bmjopen-2013-003286.
14. Rajmil L, Siddiqi A, Taylor-Robinson D, et al. Understanding the impact of the economic crisis on child health: the case of Spain. *Int J Equity Health.* 2015; 14: 95. DOI: 10.1186/s12939-015-0236-1.
15. Novoa AM, Ward J, Malmusi D, et al. Condicions de vida, habitatge i salut. Mostra de persones ateses per Càritas Diocesana de Barcelona. Barcelona: Càritas Diocesana de Barcelona; 2013. Disponible en: [http://www.sophie-project.eu/pdf/salut\\_habitatge.pdf](http://www.sophie-project.eu/pdf/salut_habitatge.pdf).
16. Cui W, Zack MM. Trends in health-related quality of life among adolescents in the United States, 2001-2010. *Prev Chronic Dis.* 2013; 10: E111. DOI: 10.5888/pcd10.120334.
17. Parmar D, Stavropoulou Ch, Ioannidis JPA. Health outcomes during the 2008 financial crisis in Europe: systematic literature review. *BMJ.* 2016; 354: i4588. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.i4588>.
18. Reeves A, Stuckler D, McKee M, et al. Increase in state suicide rates in the USA during economic recession. *Lancet.* 2012.
19. Societat Catalana de Pediatria (SCP). Posicionament sobre la pobresa infantil. SCP. Disponible en: <http://www.academia.cat/files/204-4195-FI-TXER/PosicionamentpobresainfantilSCP.pdf>.
20. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). Posicionamiento sobre pobreza infantil y salud. SESPAS. Disponible en: <http://sespas.es/2015/03/27/219/>.

## La atención en salud mental de los niños y adolescentes en Cataluña: situación actual, retos y propuestas

Marta Poll

*Directora de la Federación Salud Mental Cataluña*

La salud mental es todavía una gran desconocida para muchos ciudadanos y uno de los grandes retos que tenemos aún por resolver como sociedad. Cuando nos referimos a la salud mental lo hacemos en relación con su contribución a todos los aspectos de la vida humana y, por lo tanto, desde una vinculación recíproca con el bienestar individual y comunitario.

Las sociedades que se preocupan y cuidan de la salud mental de sus ciudadanos generan un mayor bienestar colectivo, promoviendo que la ciudadanía tenga mayor capacidad y recursos para afrontar las adversidades y malestares de la vida de una manera más resiliente. Si nos centramos en los niños y adolescentes este aspecto todavía adquiere más relevancia, ya que estamos ante unas etapas de la existencia capitales en el desarrollo de las personas, en donde las consecuencias de una salud mental deficitaria pueden reducir significativamente sus oportunidades futuras en términos de salud física, educación y trabajo.

Debemos reflexionar y debatir acerca de la salud mental de los niños, adolescentes y jóvenes porque estamos ante los adultos del futuro, una cuestión que como sociedad no podemos eludir. Al respecto, tenemos que buscar soluciones y poner en marcha iniciativas que nos permitan una mejor respuesta a las necesidades y situaciones que ya estamos visualizando, las cuales deben alertarnos y preocuparnos.

Necesitamos generar oportunidades que propicien el desarrollo de proyectos de vida para cada uno de ellos, un porvenir que pueda ser ilusionante y lleno de sentido. La sensación actual es que intervenimos de forma muy reactiva ante las situaciones de malestar cuando estas ya ocasionan conflicto

y nos desbordan; hay que anticiparse e implementar un abordaje más primerizo.

Mi aportación se centrará en explicar brevemente los principales resultados, retos y propuestas que, de forma conjunta, la Fundación Pere Tarrés y la Federación Salud Mental Cataluña pudimos identificar en el informe «La atención en la salud mental de los niños y adolescentes en Cataluña», que se presentó en mayo de 2016.

Este informe nació de la voluntad de ambas entidades de disponer de una mayor información relativa a la situación actual de los niños y adolescentes con problemáticas de salud mental en Cataluña, una realidad que habíamos ido identificando en nuestra labor diaria, pero en la que nos hacía falta profundizar con objeto de adquirir una visión más amplia, más global, que nos permitiera no solo determinar la magnitud de la cuestión, sino además identificar retos y plantear posibles propuestas de mejora.

De entrada, para situar de qué estamos hablando y su importancia, me gustaría señalar que según la OMS estamos ante uno de los mayores retos de la salud pública, pues el 75% de los trastornos mentales comienzan antes de los 18 años. Asimismo, los estudios llevados a cabo nos indican que entre un 50% y un 60% de adultos con un trastorno mental habían recibido un diagnóstico al respecto antes de cumplir los 15 años.

Los datos apuntan a un aumento de los casos de niños, adolescentes y jóvenes que consultan acerca de dificultades de salud mental, y a que la mayoría de las necesidades no se están resolviendo de forma adecuada desde una perspectiva integral. En definitiva, estamos lejos de dedicar unos esfuerzos proporcionales a esta problemática y a las demandas que conlleva.

Vayan por delante primero algunos datos esclarecedores al respecto:

- El 20% de los niños tienen un problema de salud mental en un año determinado, de los cuales entre el 4% y el 6% son trastornos mentales graves.
- En 2014 se atendieron en los centros de salud mental infantil y juvenil (CSMIJ) un total de 62.634 niños y adolescentes, un 4,5% de la población catalana de 0 a 17 años. Este porcentaje se eleva al 6,3% si

tomamos como población de referencia la de 5 a 17 años (ya que los niños menores de cinco acostumbran a ser atendidos en los centros de desarrollo infantil y atención precoz CDIAP).

- A lo largo de los años la población atendida en los CSMIJ ha ido aumentando gradualmente. Tres años atrás se habían atendido a unos 8.000 niños y adolescentes menos. Del total de población atendida en los CSMIJ, una de cada ocho personas (11,7%) sufre un trastorno mental grave, proporción que ha aumentado un 53% en los últimos cinco años.
- El suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo de edad de entre 15 a 29 años.
- Entre los adolescentes, las tasas de depresión y ansiedad han aumentado un 70% en los últimos veinticinco años, siendo la depresión la enfermedad que más contribuye en la carga mundial de morbilidad entre los jóvenes de 15 a 19 años de edad.

Otros aspectos relevantes que deben ser considerados en el abordaje de estas situaciones son los siguientes:

- Una salud mental deficitaria implica un coste personal para aquellos que directa e indirectamente la viven, pero también un gasto muy alto para la economía global si no somos capaces de adoptar un abordaje adecuado. En este sentido, las políticas y actuaciones meramente reactivas acaban agrandando el problema a corto y largo plazo.
- Estamos ante una problemática transversal que afecta a diferentes ámbitos de la vida y en donde intervienen muchos recursos y dispositivos diversos y un gran número de profesionales. Este aspecto nos obliga y nos responsabiliza a trabajar de forma cooperativa, coordinando las acciones entre todos para dar respuestas conjuntas y coherentes.
- Es importante identificar los factores de riesgo y los determinantes sociales asociados con los problemas de salud mental, sobre todo para incidir en los elementos de protección que nos puedan ayudar a minimizarlos.

Los factores protectores son las condiciones personales o del entorno capaces de favorecer el desarrollo de la persona y de los grupos, y de reducir los efectos de las situaciones desfavorables. Devienen un elemento fundamental para el sostenimiento de los niños, adolescentes y

jóvenes. Al respecto existen factores protectores personales (habilidades sociales, capacidad para regular las emociones e incorporar aprendizajes, la buena salud física...), del medio familiar (interacciones positivas padres-hijos, relación de ayuda estable y positiva, habilidades parentales...), de relación entre iguales (aceptación e influencia positiva del grupo de iguales...) y del círculo social (colegios eficaces, oportunidades de ocio y relación con el entorno...).

- La estigmatización social es una problemática que afecta al bienestar, la adaptación y la participación social de las personas con trastorno mental; una situación que se agrava con el paso del tiempo, pues actúa como obstáculo, como barrera, y dificulta la participación, la búsqueda de ayuda y el acceso a oportunidades. En el caso de los niños repercute en las familias, que afrontan una coyuntura para la cual no están informadas ni preparadas, apareciendo confusión sobre cómo actuar y sentimientos de miedo, culpa y vergüenza, entre otros.

El ciclo negativo de la vulnerabilidad social explica que la pobreza puede aumentar el riesgo de sufrir un trastorno mental y, a la vez, que las personas con problemáticas de salud mental son más propensas a ser empujadas a la pobreza por razón de los costes de salud, por la pérdida de ocupación, por la reducción de horas de trabajo y por el estigma social.

## **El modelo de atención en Cataluña: dónde estamos y hacia dónde debemos ir**

No se puede olvidar que nuestro país arrastra un retraso histórico en el desarrollo del Estado del bienestar que nos coloca a la cola de la Unión Europea en cuanto a sistemas de protección social. El modelo público de salud mental en España inició su camino a raíz del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985) y la aprobación posterior de la Ley General de Sanidad (1986). En Cataluña, no será hasta principios de los años noventa cuando se empezará a ordenar y gestionar la atención a la salud mental desde la Generalitat de Catalunya, integrando en una red los recursos de atención mental con financiamiento público.

A pesar de que se ha hecho una apuesta por la atención comunitaria y la propia red de CSMIJ fue pionera como modelo, todavía tenemos la atención bastante invertida y destinamos muchos más medios a atender las situaciones ya identificadas —sobre todo en tratamiento clínico y hospitalario— desde una perspectiva muy asistencial, mientras que los recursos que tendrían que cumplir un papel más preventivo y de promoción son escasos.

Otro aspecto que detecta el estudio es la falta de datos, o bien la existencia de datos parciales y muy diferentes en función del ámbito. Esta información, sin embargo, es imprescindible para identificar con precisión un diagnóstico global de la situación, tomar decisiones, invertir y planificar con coherencia.

Podemos señalar que todavía hoy en día el lugar de residencia puede generar dificultades en el acceso a servicios y oportunidades de tratamiento, apoyo y atención desde los diferentes ámbitos de necesidad que pueda haber. En este sentido, tenemos un problema de saturación en algunos servicios claramente identificados, así como territorios en donde aún no disponemos de todos los recursos necesarios.

El mencionado informe señala siete retos en los que hay que invertir y apostar en los próximos años si queremos mejorar la atención, acompañamiento y apoyo de los niños, adolescentes y jóvenes que sufren problemáticas de salud mental, al tiempo que formula algunas propuestas para cada uno de ellos. A continuación, comentaré algunos de los aspectos más relevantes relacionados con varios de estos retos:

- Necesitamos generalizar la aplicación de programas y servicios de prevención y promoción, todavía muy limitados. Un ejemplo concreto lo encontramos en el despliegue del programa de apoyo a la primaria de salud, un programa que tiene como finalidad detectar y atender de forma no medicalizada ni psiquiatrizada los problemas o malestares de la vida, realizando intervenciones preventivas en los factores de riesgo asociados al desarrollo de trastornos mentales y apoyando a los servicios sociales de pediatría. Actualmente está desplegado solo en el 30% del territorio catalán.

A día de hoy, el abordaje terapéutico general de ciertos trastornos desde la Atención Primaria de Salud (APS) es principalmente farmacológico. Los

profesionales de atención primaria tienen que adoptar un papel más activo en la atención a los trastornos mentales no graves, utilizando herramientas y estrategias más allá de las farmacológicas. Al respecto, ellos mismos consideran que faltan programas de formación continuada en salud mental, ya que muchos de ellos tienen pocos conocimientos en este sentido, reconociendo que requieren de un mayor apoyo para poder acompañar y orientar bien las situaciones.

A pesar de que sabemos que las figuras parentales son factores protectores muy relevantes, se detecta una falta de programas que trabajen aspectos relacionados con la parentalidad positiva y que fomenten capacidades en el desarrollo de esta función.

- Tenemos que mejorar —y mucho— la coordinación entre los diferentes niveles de intervención y en todos los ámbitos. Esto implica ir mucho más allá del simple traspaso de información; implica un modo de trabajar conjunto, así como definir planes de trabajo donde la persona y la familia sean el eje y compartir herramientas diagnósticas y de evaluación. Plantear, en definitiva, una cultura y manera de trabajar mucho más integrada que la que tenemos actualmente. Esto supone destinarle tiempo y estructurar espacios que lo permitan.
- Las familias manifiestan sentirse con frecuencia muy desorientadas ante las situaciones y con una necesidad de mayor apoyo y acompañamiento por parte de los recursos y profesionales. Tienen que buscar soluciones y llamar a un montón de puertas hasta que alguna les da respuestas. En este sentido, se hace imprescindible articular mejor las intervenciones y hacerlo desde la perspectiva del acompañamiento, no poniendo tiritas, sino facilitando herramientas para que las familias y los niños, jóvenes y adolescentes se empoderen y sean capaces de buscar alternativas y plantear estrategias en su día a día.

Hay un déficit muy grande de espacios de apoyo psicológico y emocional, tanto en cantidad como en calidad, intensidad e idoneidad de las intervenciones.

- En la atención de los niños, adolescentes y jóvenes el ámbito educativo, formativo, adquiere una especial relevancia. Actualmente pode-

mos evidenciar que no disponemos de recursos suficientes ni de un modelo adecuado para atender desde este contexto las necesidades que se derivan, ni estamos dando ni garantizando los apoyos suficientes y adecuados para garantizar el proceso de aprendizaje de estos niños y niñas, chicos y chicas. Las dificultades son diversas: en concreto, hay una falta de conocimiento y competencias por parte del profesorado; los Equipos de Asesoramiento y orientación Psicopedagógica (EAP) tienen una función muy limitada y pocas herramientas y estrategias para actuar en estas situaciones, y el encaje con la red de salud mental todavía es muy insuficiente. Seguramente no se trata solo de invertir en recursos —que también es del todo imprescindible—, sino de hacerlo definiendo mejor la propuesta y diseñando un modelo específico para acompañar bien estas situaciones.

- Un último aspecto en el que deberíamos poner una atención especial son todos los elementos que guardan relación con las oportunidades de inclusión y participación en la comunidad y entre los iguales de estos niños y jóvenes. Un factor protector esencial es la relación entre iguales, las redes de apoyo informales, en espacios socioeducativos, de recreo, de ocio. Pero habitualmente nos encontramos con que estos niños y jóvenes sufren situaciones de exclusión en este sentido y no disponemos de mecanismos adecuados para poderlo revertir.

## Crisis económica y efectos sobre la salud mental infantil y adolescente

Adela Camí

*Psicoterapeuta sistémica. Directora general de Eduvic*

### Introducción

Baso mi aportación en el *Estudio sobre la afectación de salud mental infantil y adolescente* publicado por la Federación de Entidades de Atención a la Infancia y la Adolescencia (FEDAIA) en junio de 2014, como resultado de una investigación liderada por Violeta Quiroga, investigadora y docente de la Universidad de Barcelona.

Mediante la fórmula de *aprendizaje y servicio*, en el proceso de investigación participaron diferentes tipos de perfiles profesionales y servicios, buscando la máxima representatividad: pediatras y profesionales de la enseñanza y de entidades y organismos de Cataluña, en total más de ochenta personas.

Lo que hoy quiero compartir tiene que ver con mi bagaje profesional con familias, niños y adolescentes, con la experiencia de muchos de los profesionales a los que superviso tanto en contextos sociales como clínicos, pero también con las opiniones, valoraciones y percepciones de quienes trabajan con la infancia en Cataluña y participaron en el estudio publicado por la FEDAIA.

En un informe publicado por la FEDAIA en mayo del 2012 —este sobre la afectación de la pobreza en la infancia en Cataluña— se hace patente que no podemos entender la pobreza en Cataluña como la entendemos en otros países en vías de desarrollo. En el nuestro la pobreza es un concepto multidimensional enmarcado por diferentes factores: sobre todo de tipo económico, pero también relacionales, emocionales y políticos.

La perspectiva económica, en efecto, va acompañada de dificultades de carácter emocional-relacional, mientras que, desde una perspectiva social, la pobreza emocional-relacional, está conformada por:

- Un déficit de recursos emocionales-personales para hacer frente a las necesidades esenciales de la vida.
- Una falta de red y apoyo social y familiar.
- Una pérdida de relaciones sociales, lo cual provoca una disminución de la participación de la persona en la sociedad que, a su vez, supone una liberación que la hace aún más vulnerable.

Por su parte, la pobreza política es una nueva dimensión a la que nos ha llevado la crisis. Familias que han perdido su poder adquisitivo, inmersas en una sociedad de consumo. Estas pérdidas generan frustración y situaciones conflictivas. Una pobreza causada por los ideales que marca una forma de vida de una sociedad consumista.

## Principales conclusiones respecto a las consecuencias y afectación de la crisis en la salud mental infantil y adolescente

Serían las siguientes:

1. Una mayor prevalencia a sufrir problemas de salud en general y salud mental en particular. La situación de crisis ha comportado estados de angustia, depresión y estrés dentro de las familias. Un malestar emocional que se ha proyectado directamente a niños y adolescentes.
2. Dificultades de las familias para gestionar la pobreza sobrevenida y todo lo que implica, pues se enfrentan a un nuevo poder adquisitivo, una situación que les genera frustración, depresión, conflictos, etc. Además, el espectro de necesidades básicas se ha complicado: por ejemplo, disponer de un ordenador y conexión a internet es hoy una necesidad básica que las familias tienen que proveer a sus hijos para que estos puedan hacer las tareas escolares.
3. La desatención de las necesidades infantiles para poder sustentar económicamente a la familia supone un descuido del desarrollo infantil y juvenil y una mayor soledad de los hijos debido a las obligaciones de los padres para conseguir recursos económicos. En este sentido,

las familias que no tienen cubiertas las necesidades más básicas se caracterizan por el empobrecimiento de la atención que dan a sus hijos, puesto que —inmersas en la búsqueda de conseguir los recursos de subsistencia material— el estado emocional se descuida, disminuyendo la calidad del vínculo afectivo que los adultos de las familias ofrecen a sus hijos o hijas.

4. Hay sin embargo una brizna de esperanza: se han duplicado las familias que, a pesar de la merma de su poder adquisitivo, poseen un buen banco de recursos personales y ofrecen a sus hijos un tesoro rico en experiencias emocionales y relacionales que ayudan a prevenir la aparición de ciertas patologías mentales.
5. Saturación de los recursos. Una parte de la población que antes utilizaba la red privada de salud mental ahora no se lo puede permitir y tienen que acudir a la red pública.

## Perfil de la población

Veamos en primer lugar las tendencias que afectan el ciclo vital del desarrollo de los niños y adolescentes atendidos en los servicios de salud mental, que se convierten en problemáticas muy preocupantes:

- a) Un inicio de las patologías, cada vez más presentes.
- b) Un aumento de las categorías diagnósticas y, a la vez, un mayor número de niños y adolescentes con un diagnóstico con trastorno de salud mental.
- c) Un inicio cada vez más temprano de los jóvenes en el consumo de sustancias tóxicas.
- d) Un crecimiento de la relación entre consumo de alcohol o drogas y trastorno mental.
- e) Un incremento del malestar y la angustia de las familias a causa de las nuevas situaciones de pobreza y la falta de expectativas de futuro.
- f) Un aumento de las problemáticas de salud mental asociadas a la falta de pautas de crianza y las dificultades de muchos padres para poner límites.

- g) A edades primerizas se detecta en los niños un déficit de estimulación, así como problemas de desarrollo y aprendizaje.
- h) A partir de los siete años, hay un incremento de «supuestos» trastornos de TDAH, trastornos de conducta graves (de ansiedad y de depresión, desafiante).
- i) Desde 2004 —fecha en que se comenzó a comercializar— hasta el año 2012, el uso del metilfenidato en poblaciones infantiles se multiplicó casi por treinta, manteniendo un crecimiento exponencial constante que sitúa a este grupo poblacional entre los principales consumidores de dicho fármaco.
- j) A partir de los doce años hay un aumento de comorbilidad de trastornos (continúa la falta de límites y sus consecuencias son más «vistas»).

A grandes rasgos, estas tendencias implican una baja tolerancia a la frustración, una escasa capacidad de espera (lo cual supone un alto sentido de la inmediatez) y poca perseverancia.

## **Dificultades y preocupaciones: cambios que son señales de alarma detectadas**

- a) Con respecto al diagnóstico se observa una tendencia a psiquiatrizar los problemas de la vida cotidiana. Hay que limitar el uso de etiquetas diagnósticas y mejorar el diagnóstico en cuanto a precisión y necesidad de este; esta es la clave a la hora de seguir un tratamiento concreto y correcto y evitar problemáticas crónicas o de más gravedad. Las etiquetas falsas pueden comportar procedimientos perjudiciales y enmascarar el problema real.
- b) La sobremedicación, en ocasiones, no está complementada con un trabajo terapéutico suficiente. Y ello a pesar de que, desde una perspectiva sistémica, todos los trastornos mentales están vinculados con trastornos de carácter relacional; hay que ver, sin buscar culpables, qué relaciones están afectadas: las familiares, las escolares, la de los amigos, entre otras.

- c) La estigmatización: a menudo la intervención consiste en «des-etiquetar» a niños y jóvenes. Estos pueden tener una parte de su personalidad «comprometida» pero esta no es el todo. Es preciso, además, traspasar el tabú de la salud mental (esto especialmente en familias inmigradas), así como las reticencias a pedir ayuda y acceder a los recursos necesarios.
- d) Problemáticas de salud mental que no se detectan si no van asociadas a problemas de aprendizaje y generan una sintomatología claramente visible.

## **Necesidades de los niños y adolescentes con afectación en salud mental**

- a) Mantener referentes adultos claros que sostengan y acompañen sus procesos desde una vinculación emocional.
- b) Entornos que les proporcionen límites y seguridad sobre la base de un apoyo afectivo.

## **¿Qué hacer al respecto?**

Los diversos profesionales implicados en el *Estudio sobre la afectación de salud mental infantil y adolescente* ponen de relieve las siguientes medidas:

- a) La importancia de la prevención (psicoterapéutica y psicoeducativa).
- b) No detección precoz de las dificultades en los primeros años de vida. Prestar atención a no enmascarar problemáticas graves con sobrediagnósticos o sobremedicaciones.
- c) Atención integral hacia el niño y el adolescente (a las diferentes áreas de su vida).
  - Promoción de talleres de padres y espacios familiares.
  - Terapia familiar en contextos sociales y educativos.
  - Trabajo complementario entre toda la red de intervención.
  - Derivación acompañada.

- d) Entornos que proporcionen límites y seguridad desde el apoyo emocional.
- e) Trabajar para las parentalidades de segunda oportunidad.
- f) Apoyo a las familias (padres, madres y adultos disponibles) para que puedan sostenerse y sostener a sus niños y adolescentes en la vinculación emocional. Los niños, al ser pequeños, necesitan una regulación emocional externa. Cuando no la tienen, no aprenden a hacer la autorregulación.
- g) Trabajar recursos personales, emocionales y relacionales.
- h) Por último, como profesionales, debemos ejercitar una *presencia ligera*:
  - Una mirada orientada a la capacidad, no al déficit.
  - Practicar una proximidad relacional.
  - Procurar una calidez que empodere.
  - Confiar en el resurgir de la salud relacional cuando el ambiente es saludable.

No debemos olvidar nunca que, aunque a veces parezca que la crisis ha lapidado su capacidad de resurgir, los niños y adolescentes son semillas y todo es posible todavía para ellos.

Si todo el mundo mira lo que mira, no tendremos que educar la mirada para ver más allá del déficit.

*Josep Motadí*

## **Trastornos de conducta: un problema a atender**

**Josep Matalí**

*Coordinador de la Unidad de Conductas Adictivas del Adolescente del Hospital Sant Joan de Déu*

La sociedad contemporánea ha experimentado grandes cambios en las últimas décadas. Estas transformaciones han comportado más libertad, más comunicación, más oportunidades, más igualdad y un mejor acceso al conocimiento. Paralelamente, también se han ido forjando nuevos valores como la necesidad de obtener una recompensa inmediata, la poca tolerancia al malestar y el individualismo (Royo, 2012). Estos valores han contribuido al incremento de niños y adolescentes emocionalmente frágiles que pueden, con frecuencia, presentar síntomas de irritabilidad, agresividad, dificultad para establecer vínculos afectivos e impulsividad, y que, en muchos casos, viven en situaciones familiares precarias donde existen dificultades económicas (FEDAIA, 2014). Estos nuevos factores están produciendo un elevado impacto en el comportamiento de niños y adolescentes, aumentando de forma muy preocupante la prevalencia de los trastornos de conducta que, además de las consecuencias al menor, afectan también a su entorno familiar y académico.

Un claro ejemplo de lo descrito en el párrafo anterior se evidencia por la necesidad que tienen los jóvenes de experimentar a edades cada vez más tempranas. Si comparamos la generación actual con la de hace diez años, encontramos un aumento significativo de la precocidad en muchos de los comportamientos que realizan: salir, consumir, tener relaciones sexuales, etc. La realización de alguna de estas acciones a edades muy tempranas se relaciona con un aumento de los riesgos o las consecuencias asociadas a estos.

Conjuntamente, o como consecuencia de la situación descrita, en los últimos años también han aumentado las demandas de ayuda de padres que presentan dificultades para manejar el comportamiento de sus hijos. Actualmente los



padres suelen decir que están *desorientados*, *desbordados* o *perdidos* en relación con cómo educar a sus hijos ante los múltiples riesgos —o potencialidades— que tienen hoy en día. Un ejemplo de esta situación se observa de forma alarmante en nuestro país, donde existe una elevada problemática de agresividad juvenil, tanto intrafamiliar (hijos que pegan a sus padres) como de género (chicos que acosan a chicas) (INE, 2013). Cuando un adolescente presenta problemas comportamentales graves que afectan a la esfera familiar, social o escolar, podemos pensar en la existencia de una problemática en el ámbito de la salud mental. Al respecto, se estima que uno de cada cinco niños tendrá a lo largo de su infancia o adolescencia algún trastorno de salud mental y que una gran mayoría de ellos presentará un trastorno de conducta, siendo este, en la actualidad, el grupo de trastornos mentales que más motivos de consulta genera en los dispositivos de salud mental infanto-juvenil (Nice, 2013).

No obstante, la etiología de los problemas de conducta no está clara y seguramente responde a un fenómeno multicausal (Nice, 2013). Entre los factores de riesgo se han descrito los siguientes (Fernández et al., 2010):

- Los factores genéticos, principalmente los relacionados con el temperamento difícil, sobre todo en niños con rasgos inatentos, agresivos o de búsqueda de nuevas sensaciones.
- Los factores biológicos, que relacionan la problemática con una disfunción de la neurotransmisión, asociando la alteración en la función serotoninérgica con la agresividad, o con alteraciones neurobiológicas, apuntando disfunciones sobre todo de las funciones ejecutivas.
- Los factores cognitivos y de personalidad, que relacionan la agresividad de los niños con déficits en habilidades de resolución de conflictos, una menor empatía y un mayor egocentrismo.
- Los factores familiares se han vinculado con problemas de comportamiento, con la presencia de progenitores que padecen una enfermedad mental (fundamentalmente con problemáticas de personalidad antisocial o drogodependencia), con estilos de crianza extremos (permisivos o punitivos) e incluso con problemas referidos al vínculo paterno-filial. Dentro de los factores familiares, uno de los principales para el desarrollo de problemas de comportamiento es el modelaje parental y los estilos educativos que se transmiten desde la infancia.

- Los factores sociales, destacando la existencia de abusos o negligencias por parte de los progenitores, sobre todo en los primeros años de vida. Paralelamente también se ha señalado la relación con iguales que presentan conductas disruptivas.

A raíz del elevado impacto familiar, escolar y personal que generan los problemas de comportamiento en los niños y adolescentes, se han realizado varios estudios y revisiones, tanto en el ámbito familiar como educativo, sobre la prevalencia de los trastornos de la conducta y la eficacia de diferentes intervenciones para su tratamiento. Las investigaciones llevadas a cabo han utilizado aproximaciones metodológicas que van desde el consenso de expertos hasta el diseño de entrevistas para el diagnóstico precoz o las encuestas a profesores. Los estudios más destacados en nuestro entorno son:

- *Los problemas del comportamiento en los niños y adolescentes de Cataluña: Trastorno por déficit de atención/trastorno de conducta. Necesidades educativas que generan* (Moya y Anguera, 2010).
- *Estudio sobre los estilos educativos parentales y su relación con los trastornos de conducta en la infancia* (tesis doctoral de Antonio Raya, 2008).
- *Investigación sobre Trastornos del Comportamiento en niños y adolescentes* (Proyecto Esperí, Fundación Iberdrola, 2004).

Todos estos estudios reflejan el elevado impacto que acarrea dicha problemática en los ámbitos familiar, educativo y de salud, así como la necesidad de elaborar intervenciones precoces y más coordinadas para su detección y gestión.

Asimismo, estos trabajos confirman, en España, la alta prevalencia antes comentada de los trastornos externalizantes y enfatizan la necesidad de intervenir en los niños y adolescentes que presentan estos trastornos. Esta situación se ha visto agravada a causa de que, en nuestro país, la pobreza infantil se incrementó un 53% entre 2007 y 2010 (González-Bueno et al., 2012); aumentó el número de familias con problemas económicos graves y hubo una disminución de los recursos institucionales destinados a la prevención, detección y atención de los problemas de comportamiento. Los resultados existentes muestran un crecimiento de la prevalencia de problemas de salud mental entre los parados o los desahuciados (Gili et al., 2013), así como una relación

entre la precariedad laboral, la acentuación de la pobreza, unas peores condiciones de vida y un mayor sufrimiento mental (Milner et al., 2013). En relación con los niños y adolescentes, el informe sobre el impacto de la crisis en la población infanto-juvenil dice literalmente: «Es universalmente aceptado que la población infantil es uno de los grupos más vulnerables ante las situaciones de estrés que puede provocar una crisis» (Ruiz et al., 2014), provocando, entre otros problemas de salud mental, un aumento de la violencia infantil (Berger et al., 2011).

Esta situación ha generado unas nuevas necesidades y hace fundamental la coordinación e implementación de un abordaje multidisciplinar que englobe a pediatras, educadores, padres y profesionales de la salud mental para una correcta prevención, detección y gestión de la población infanto-juvenil con problemas de conducta. La importancia de la coordinación de estos cuatro ámbitos de actuación se explica a continuación:

- Es en la estructura familiar donde posiblemente los cambios sociales han tenido un mayor impacto, observándose que el modelo tradicional se ha visto alterado a consecuencia del aumento notable de la prevalencia de familias monoparentales o ampliadas (Valdivia, 2008). Además, los roles de los miembros de la unidad familiar también se han modificado, entre otras razones por la incorporación de la mujer al mercado laboral, la disminución del número de hijos por familia, el retraso en la edad de emancipación de los jóvenes o la implantación masiva de las tecnologías de la comunicación y la información (TIC), las cuales han generado nuevas formas de comunicación, nuevas maneras de ocio y de presentarnos ante los demás (Roca, 2015). Asimismo, las exigencias del mundo laboral han provocado que las figuras parentales estén más ausentes en los hogares, lo cual, como consecuencia, ha supuesto una mayor libertad sin regulación para los menores de edad (Casares García, 2008). En este ámbito, el entrenamiento de padres —uno de los recursos mejor investigados— es considerado por la literatura científica una de las modalidades de intervención de mayor calidad (Robles Pacho y Romero Triñanes, 2011). Este abordaje, que incluye a la totalidad de miembros de la familia, permite la promoción de cambios positivos en la conducta del niño y la mejora

de las interacciones diarias entre padres e hijos y de la comunicación, así como la resolución de problemas comunes y la disminución del estrés parental.

- La implicación de los pediatras en la gestión de los trastornos exteriorizados se fundamenta en varias razones. Para empezar se encuentran muy frecuentemente con esta situación, ya que es el motivo de consulta no orgánico más frecuente en la práctica clínica. Además, el pediatra es el profesional que realiza un seguimiento a lo largo de todo el desarrollo del niño, por lo que constituye una figura imprescindible en la detección precoz de dichos trastornos (Rodríguez Hernández y Barrau Alonso, 2012).
- Los profesores son una pieza clave en el manejo de los niños y adolescentes con trastornos exteriorizados. Los maestros cumplen un rol fundamental en la educación de estos tanto en el ámbito académico como en el social, siendo figuras reguladoras de las interacciones sociales entre los jóvenes. Es por este motivo que se consideran esenciales en la promoción de comportamientos saludables, así como también en la puesta de límites ante conductas que podrían derivar en trastornos comportamentales y de salud mental. Asimismo, el educador forma parte de la cadena que actúa a nivel preventivo, detectando a aquellos niños que requieren de una intervención precoz o tratamiento, evitándose así problemáticas de mayor complejidad a largo plazo (Rabadán Rubio y Giménez-Gualdo, 2012).
- Los profesionales en salud mental son los encargados de diagnosticar para diseñar un plan de intervención integral. Cuando se trata de trastornos externalizantes, se insiste en el trabajo en red porque su tratamiento implica un abordaje que logre abarcar la complejidad de dichos trastornos. La posibilidad de una detección precoz de las dificultades en los primeros años de vida permite prevenir problemas de mayor envergadura en el futuro, mejorando considerablemente el pronóstico (FEDAIA, 2014). Al respecto, existe suficiente evidencia científica acerca de la eficacia de los programas de prevención y promoción que demuestran beneficios considerables en la salud de los individuos y la sociedad en general (Jané-Llopis, 2004).

El estudio que coordiné (Matalí, 2016) confirma los resultados obtenidos en otros y evidencia que los trastornos de conducta suponen una de las demandas más destacables en los centros de salud mental y que estos han aumentado en los últimos años. Además, todos los profesionales reconocen que la actual situación de crisis ha generado un incremento de los problemas familiares y que estos pueden estar asociados al aumento de la prevalencia de estos trastornos y que, con toda seguridad, dificultan el tratamiento de estos pacientes.

Los profesionales también afirman que los recursos con los que se cuenta para abordar estos problemas, tanto desde la escuela como desde el ámbito de la salud mental, son buenos, aunque insuficientes. Esta falta de medios se ve perjudicada por la falta de coordinación y de conocimientos que los profesionales de cada ámbito tienen del otro. Esta necesidad de trabajar en equipo constituye uno de los principales retos en el tratamiento de estos jóvenes, siendo posiblemente aquello que requiere un mayor trabajo la coordinación entre la escuela y los padres.

En este sentido, los profesionales que se sienten más desamparados a la hora de dar respuesta a estos jóvenes son los profesores. Estos, si bien reconocen la necesidad de una mejor formación y de más recursos institucionales, consideran que los centros actúan con bastante agilidad cuando detectan estos casos. Al respecto, una de las consideraciones que el colectivo docente reclama es un mayor reconocimiento por parte de los padres y las instituciones en las que trabajan. Esta situación es importante, ya que los centros educativos y los pediatras son los principales agentes en la detección de estos pacientes.

El informe mencionado resalta los siguientes puntos clave:

1. Hay un aumento de las familias con problemas económicos.
2. La crisis ha tenido un impacto en el incremento de los niños y adolescentes con trastornos de comportamiento.
3. Los problemas de conducta se relacionan más bien con la disminución del tiempo que comparten padres e hijos (especialmente el tiempo compartido entre madres e hijos) que con la disminución de recursos económicos familiares.


4. Es importante destacar el incremento percibido de la prevalencia de los trastornos del aprendizaje.
5. Existe un déficit en los recursos asistenciales.
6. La relación padres-escuela, cuando existe un alumno con problemas de comportamiento, es mejorable.
7. Es clave que los profesionales de la salud mental realicen una evaluación, diagnóstico y tratamiento.
8. Destacan las necesidades formativas de los profesores.
9. Se evidencia la necesidad de un mayor apoyo del centro educativo al profesorado en el manejo de los alumnos con problemas de conducta.

## Bibliografía

- Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition, intervention and management. NICE clinical guideline 158. 2013.
- Berger RP, Fromkin JB, Stutz H, Makoroff K, Scribano P, Feldman K, et al. Abusive Head Trauma During a Time of Increased Unemployment: A Multi-center Analysis. *Pediatrics*. 2011; 128:637-43.
- Casares García E. Estudios sobre el cambio en la estructura de las relaciones familiares. *Portularia*. Vol. VIII, N 1, Universidad de Huelva. 2008. p. 183-195.
- Fernandez A, Gonzalez MA, Abeijon JA, Bravo B, Fernandez de Legaria JA, Guadilla ML, Gutierrez JR, Hernanz M, Larrinaga MA, Lasa A, Mugica MA, Palomo J, Rey F. Abordaje integrado intra y extrahospitalario de los trastornos de conducta en la adolescencia. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco, 2010. Informe nº Osteba D-10-01.
- Gili M, García Campayo J, Roca M. Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014; *Gac Sanit* 2014; 28 Supl 1:104-8.
- González-Bueno G, Bellos A, Arias M. La infancia en España 2012-2013. El impacto de la crisis en los niños. Madrid: UNICEF España; 2012.

- Investigación sobre Trastornos del Comportamiento en niños y adolescentes. Proyecto Esperi. Fundación Iberdrola. 2005.
- Jané-Llopis E. La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2004; n. 89.
- Matali JL (coordinador). Adolescentes con trastornos del comportamiento. ¿Cómo detectarlos?, ¿qué se debe hacer? Barcelona. Hospital Sant Joan de Déu (ed). 2016.
- Milner A, Page A, LaMontagne AD. Long-Term Unemployment and Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS One.* 2013;8(1):e51333.
- Moya J, Anguera T. Els problemes de comportament en els infants i adolescents de Catalunya: trastorn per dèficit d'atenció/trastorn de conducta, necessitats educatives que generen. *Educació Inclusiva.* 2010. Generalitat de Catalunya.
- Rabadán Rubio JA, Giménez-Gualdo AM. Detección e intervención en el aula de los trastornos de conducta. *Educación XX1.* 15.2, 2012, p. 185-212.
- Raya A. Estudio sobre los estilos educativos parentales y su relación con los trastornos de conducta en la infancia. Departamento de Psicología. Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Córdoba. 2008.
- Robles Pacho Z, Romero Triñanes E. Programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta: una revisión de su eficacia. *Anales de Psicología.* 2011, vol. 27, nº 1 (enero): 86-101.
- Roca G (coordinador). Las nuevas tecnologías en niños y adolescentes. Guía para educar saludablemente en una sociedad digital. Barcelona: Hospital Sant Joan de Déu (ed). 2015.
- Rodríguez Hernández PJ, Barrau Alonso VM. Trastornos del comportamiento. *Pediatr Integral* 2012; XVI(10): 760-768.
- Royo J. Los rebeldes del bienestar: claves para la comunicación con los nuevos adolescentes (2ª ed.) 2008. Alba editorial.

- Ruiz D, Garcia M, Boza J, Zaragoza M, Martínez S. L'afectació de salut mental en la població infantil i adolescent en situació de risc a Catalunya. Estudi FEDAIA. Federació d'Entitats d'Atenció i d'Educació a la Infància i l'Adolescència. 2014.
- Valdivia C. La familia: concepto, cambio y nuevos modelos. *La Revue du Rediv.* 2008; 1: 15-22.



**Buenas prácticas en  
intervenciones de salud  
mental**

## Introducción

Más allá de los recursos que ofrece el propio sistema social y sanitario, en esta segunda mesa se expone la iniciativa de entidades y profesionales sensibilizados en esta problemática generando acciones y programas específicos aplicados a la comunidad. Propuestas como la del programa que se realiza en los centros abiertos, el complejo trabajo de los Equipos de Asesoramiento Pedagógico (EAP), la Fundación AMBIT con su modelo innovador de intervención o el Espai Jove, son ejemplos de esta magnífica labor social que se viene llevando a cabo con muy buenos resultados.

## Prevención y atención de la salud mental infantil y adolescente en el marco de los centros abiertos

Rosa Coscolla

*Socióloga y psicóloga. Responsable de innovación y metodología de consultoría y estudios de la Fundación Pere Tarrés*

Este artículo tiene el objetivo de dar a conocer el trabajo que se lleva a cabo para la prevención y la atención de la salud mental de niños y adolescentes que están en situación de riesgo de exclusión social, en el marco de los centros abiertos y, por lo tanto, desde la acción socioeducativa.

### ¿Qué son y qué hacen los centros abiertos?

Los centros abiertos son servicios diurnos de carácter preventivo que trabajan conjuntamente con los servicios sociales municipales, de manera comunitaria y en red. Todos ellos son conscientes de su función transformadora y buscan que los niños puedan alcanzar su máximo desarrollo integral. Y lo hacen desde la acción socioeducativa, partiendo de las potencialidades y fortalezas que aquellos tienen y no solo de sus dificultades.

El servicio actual de centro abierto, tal como consta definido en la cartera de servicios sociales,<sup>1</sup> está centrado en atender las necesidades de la infancia y la adolescencia, prioritariamente la de aquellos que se encuentran en situación de riesgo social, con objeto de prestar apoyo y estimular y potenciar la personalidad, la socialización, el ocio y la adquisición de aprendizajes, así como para compensar déficits socioeducativos.

Si bien este tipo de centros tienen su foco de atención centrado en la población menor de edad, desde hace algunos años, y cada vez con más fuerza, se

ha empezado a incorporar el trabajo con las familias, impulsando programas de intervención dirigidos a empoderarlas como núcleo básico de socialización, protección y desarrollo de los menores.

## **¿Qué tipo de intervención psicológica hacemos desde estos espacios?**

### **Una función preventiva de salud mental**

En la función preventiva se da la oportunidad al niño de disponer de un espacio de relación terapéutica donde pueda elaborar las situaciones vitales por las cuales transita, ya sean estas derivadas de una crisis en la familia (por paro, rupturas, desahucios u otras causas), de unas relaciones familiares y sociales disfuncionales o desestructuradas, de la presión por el estudio y los deberes o de la violencia o acoso físico o verbal, entre otras.

Se trata de circunstancias con una incidencia significativa, pues se dan en una etapa de la vida donde la persona está en proceso de crecimiento y adaptación, pudiendo generar trastornos adaptativos.

Cuando además hay situaciones de pobreza económica en los primeros años de vida y durante periodos prolongados, el impacto en la salud física, cognitiva y social futura puede ser mucho más elevado.

Es importante tener en cuenta que las tasas de problemas de salud mental entre los niños aumentan a medida que llegan a la adolescencia, consolidándose en la vida adulta. Por este motivo, la OMS insiste en recordar que la mitad de los trastornos mentales aparecen por primera vez antes de los 14 años y un 75% de ellos antes de los 18.<sup>2</sup>

Así pues, los centros abiertos son espacios privilegiados donde poder identificar dificultades emocionales o conductuales, unas problemáticas que pueden abordarse con soporte psicológico precisamente acompañando al niño en la integración de los retos diarios que se presentan en su vida.

En esta función preventiva, la psicoterapia reeducativa también es un buen ejemplo de intervenciones que puede hacer el psicólogo. Es decir, acompañar al menor para que este pueda simbolizar, pensar y comunicarse y, en general, adquirir o fortalecer las bases para el aprendizaje.

### **Una función de atención a los problemas de salud mental**

Los centros abiertos son inclusivos y, por lo tanto, pueden integrar en sus grupos a niños que tienen algún tipo de trastorno, ya sea diagnosticado o no.

En estos casos, el psicólogo cumple diferentes funciones:

- De orientación, apoyo y acompañamiento del equipo educativo a la hora de llevar a cabo intervenciones con estos niños, ya sea individualmente o a través de la integración dentro del grupo.
- De tratamiento, con psicoterapia con el niño y su familia (si corresponde, y siempre en coordinación con el CSMIJ).

Tanto en la función preventiva como en la de atención a problemas de salud mental, el trabajo con las familias es fundamental con el fin de informarlas y orientarlas sobre cómo acompañar a sus hijos hacia un desarrollo pleno o con respecto a la intervención psicoterapéutica ante situaciones de conflictos relacionales y momentos de crisis familiares.

Esta visión sistémica comporta que la función del psicólogo se desarrolle a partir de intervenciones individuales y grupales, pudiendo ser estas solo con los niños, solo con los cuidadores o con ambos actores.

Además, el psicólogo siempre tendrá en cuenta y promoverá los recursos que tiene la comunidad y promoverá el trabajo conjunto con otros sistemas, principalmente el de salud (CSMIJ) y el escolar (maestros y EAP), así como con otros ámbitos de servicios sociales (EAIA), siempre que se requiera.

## **Retos de la integración de servicios de soporte psicológico en los centros abiertos**

Para identificar los retos de la integración de los servicios de soporte psicológico en los centros abiertos, hay que tener en cuenta el momento en que se encuentran estos.

En relación con la cartera de servicios sociales, hay una propuesta de nuevo modelo de servicio de intervención socioeducativa (todavía no publicada) que puede llegar a afectar fuertemente la estructuración y organización de estos, ya que, entre otros cambios incluye:

- Asegurar el apoyo a las familias con niños de 0 a 3 años, actualmente no incluido en los centros abiertos.
- Garantizar el trabajo con las familias de los niños que van al centro abierto, ya sea dentro del propio establecimiento o en un servicio especializado.

Con respecto al contexto social actual, los centros abiertos están potenciando la figura del psicólogo como miembro del equipo del centro. En buena medida, este apoyo psicológico nace de la necesidad de dar respuesta a una buena cantidad de niños y niñas que expresan un malestar psicológico a través de conflictos o dificultades emocionales y de relación que se han acentuado con la crisis económica.

Justamente, esta crisis y una mayor capacidad de detección de posibles casos ha hecho que los CSMIJ se hayan visto saturados, con un incremento de casos atendidos que ha provocado una reducción en las posibilidades de tratamiento. Esta saturación, junto con la casi inexistencia de servicios públicos de psicoterapia para niños y adolescentes, ha hecho que muchos centros abiertos acaben complementando el papel de los CSMIJ.

En este sentido, quisiera destacar aquí el papel complementario que con respecto a los CSMIJ están asumiendo muchos centros abiertos, en especial con familias que seguramente no asistirían, por prejuicios y por dificultades propias, a un centro de salud mental y que, en cambio, pueden acoger la propuesta de su centro abierto, con el que se sienten vinculados y con confianza. Por

lo tanto estamos hablando de una manera de acercar el servicio de salud mental a unas familias que difícilmente podrían seguir las pautas de un CSMIJ.

Por último, en relación con la práctica del soporte psicológico, me parece muy relevante destacar las trabas que muchos centros abiertos pueden tener a la hora de garantizar espacios físicos debidamente acondicionados que permitan el encuadramiento del trabajo del psicólogo. Por ejemplo, espacios que no estén destinados exclusivamente a este uso, con distracciones o alteraciones de la privacidad y un mobiliario no adecuado.

Dicho esto, los retos que considero que hay que abordar inmediatamente son:

1. Determinar cuál es el servicio público que, en la práctica, debe garantizar el acompañamiento en el malestar psicológico de los niños en situación de riesgo social; o bien un tratamiento intensivo en el tiempo de psicoterapia o un apoyo psicológico a sus familias.
2. Definir el modelo de intervención psicológica en el marco de los servicios de intervención socioeducativa y con él los condicionantes para desarrollarlo, ya sean aquellos relacionados con el espacio o con el perfil competencial y las funciones que deben desarrollar, diferenciadas de otros profesionales del mismo servicio.

Actualmente, los centros abiertos que disponen de un psicólogo están caracterizados por estilos y funciones de intervención diferentes que se han ido construyendo con la práctica, en función de las necesidades del equipo educativo y de la experiencia, competencias y orientación del psicólogo contratado. Si bien estamos lejos de tener un modelo de atención psicológica universal para estos centros, lo que es indiscutible es que cada uno de estos ha de tener muy claro el suyo propio y que este debería contar, entre otros, con una definición precisa de los siguientes elementos:

- ¿Qué intervenciones implementa el centro desde el apoyo psicológico?
- Cada tipo de intervención, ¿en qué casos está indicada? ¿Cuándo se debe derivar al CSMIJ?
- ¿Cuál es el circuito interno de derivación y coordinación con el equipo educativo?



- ¿Cuál es el mapa de recursos preventivos y de atención que tenemos en la comunidad?
- ¿Con qué agentes de la comunidad me tengo que relacionar?
- ¿Cómo han de ser las coordinaciones con estos servicios?
- ¿Con qué espacios físicos tenemos que contar para llevar a cabo las diferentes intervenciones?

En definitiva, y para concluir, a pesar de las condiciones en las que frecuentemente se realiza el apoyo psicoterapéutico y algunos riesgos de dificultad de coordinación con otros agentes, pienso que el papel del psicólogo en los servicios socioeducativos puede tener un largo recorrido, siempre que quede bien definido el modelo de financiamiento y de intervención, y se cuente con profesionales de la psicología que estén formados para adaptar su práctica clínica a un contexto de infancia y de familias en situación de mucha vulnerabilidad social. Asimismo, se deberá también trabajar para incrementar el reconocimiento de los centros abiertos por parte de los sistemas de salud y escolar como agentes activos de coordinación.

## Notas

1. Cartera de Servicios Sociales 2010-2011. Decreto 142/2010, de 11 de octubre. Generalitat de Catalunya.
2. Coscolla R, Martínez S, Poll M. Atenció a la Salut Mental infantil i adolescent a Catalunya. Informe de la Fundació Pere Tarrés y la Federació Salut Mental Catalunya. Barcelona; 2016. Disponible en: [http://www.salutmental.org/wp-content/uploads/2016/06/Informe-Salut-Mental-Infantil-i-Juvenil\\_FINAL.pdf](http://www.salutmental.org/wp-content/uploads/2016/06/Informe-Salut-Mental-Infantil-i-Juvenil_FINAL.pdf).

## La identidad polifónica

Saïd El Kadaoui Moussaoui

*Psicólogo y vocal de la Asociación Catalana de Profesionales de la Salud Mental (ACPSM-AEN)*

«¿Era posible ser —desarrollar la aptitud de ser— no desarraigado sino múltiplemente arraigado? ¿No padecer la pérdida de las raíces sino beneficiarse de un exceso de ellas?

La identidad se componía tanto de sus orígenes como de su viaje.

Eso era lo que la literatura sabía, lo que siempre había sabido. La literatura intentaba abrir el universo, aumentar, aunque fuera solo un poco, la suma total de lo que para los seres humanos era posible percibir, comprender y por tanto, en último extremo, ser.»

*Memorias. Joseph Anton, Salman Rushdie.*

A lo largo de este artículo trataré de articular un discurso acerca de la identidad invocando las dos disciplinas que más me han ayudado a comprender la naturaleza del comportamiento humano, las dos lentes que más han contribuido a fijar mi mirada en los humanos: la psicología y la literatura. De forma muy sucinta acudiré a dos grandes teorías que sobre la identidad ha dado la psicología y que trataré de refrendar con la aportación de cuatro escritores admirados, cuyas historias, la gran mayoría autobiográficas, utilizaré a modo de viñetas clínicas: Hanif Kureishi, Percival Everett, Edward Said y Philip Roth.

En un fabuloso ensayo, recopilación de artículos de eminentes psicólogos y psiquiatras, *L'enfant entre deux cultures*, descubrí que el reto que tenemos en Cataluña, y también en España, con la *integración* de la población migrante y la de sus hijos tenía muchas cosas en común con la experiencia francesa, que nos aventaja tanto en experiencia como en la elaboración de todo un corpus teórico sobre la complejidad identitaria.

Estudiando a los niños de la inmigración española, portuguesa, italiana y magrebí, Vinsonneau y Camilleri (y otros autores) habían postulado un *modelo dinámico de la identidad*, en el que afirmaban que el proceso identi-

tario de los grupos sociales, así como el individual, se construye en relación con el entorno social. Aquello que somos —la identidad, de hecho— busca entenderse con aquello que aspiramos a ser —la identidad reivindicada— y con aquello que los otros querrían que fuéramos (o piensan que somos) —la identidad prescrita—. Lo que caracteriza la estructura identitaria, pues, es su naturaleza dialéctica, integradora de contrarios. El mayor de los peligros es la construcción de una identidad *prisión*, puesto que recluye al individuo en una parcela muy pequeña de sí mismo.

A lo largo de buena parte de su obra, Hanif Kureishi ha reflexionado sobre la identidad del inmigrante, atrapada con frecuencia entre una mirada extranjerizante y excluyente y una reacción comunal defensiva que la reduce a su mínima expresión. Este autor nos habla tanto de la identidad *prisión* como, en su caso, de una identidad cuya naturaleza es dialéctica e integradora de pertenencias dispares, con frecuencia presentadas como contrarias.

### Algunos ejemplos de la identidad prescrita

«Mi padre también había sufrido abusos racistas en la India y en Gran Bretaña. Pero, en su cabeza, eso no le convertía en víctima. Trabajaba entre paquistaní y no tenía que sufrir ese racismo degradante y persistente que algunos de nosotros conocimos en la calle y en el colegio [...]. Por entonces parecía que nunca podríamos recuperarnos de aquel desencanto. Imagino que en parte esto era porque el racismo que sufrimos mis primos y yo se producía cuando éramos pequeños. Y por tanto acabamos creyendo que la exclusión y el vilipendio eran nuestro destino definitivo; nada iba a cambiar y nadie iba a hacernos un sitio.» (Biografía: *Mi oído en su corazón*.)

«Y cuando trató de hablar sobre Byron en los *pubs* de barrio, nadie le había avisado de que no todos los ingleses sabían leer y que lo último que querían aguantar era a un indio que les diera lecciones de poesía y encima de un loco pervertido. [...] Lo cierto es que, aunque se suponía que éramos ingleses, para los ingleses éramos moros, negros, paquis y todo lo demás.» (Novela: *El buda de los suburbios*.)

*Comentario:* muchos pacientes relatan estas mismas experiencias: jamás —se quejan— dejan de ser mirados como inmigrantes, moros, sudacas, etc.

### Un ejemplo de la identidad prisión

Conversación de Karim, el protagonista de la novela *El buda de los suburbios*, con Anwar, el padre de su amiga Jamila:

«—Quiero que se case con el chico que mi hermano y yo hemos elegido.  
—Pero eso está pasado de moda, tío Anwar, estás anticuado. Hoy en día, ya nadie hace esas cosas.  
—Esa no es nuestra costumbre, muchacho. Nuestras tradiciones son firmes. Así que hace lo que le mando o me moriré. Me habrá matado ella.»

*Comentario:* nuestra costumbre, nuestra cultura, nuestro mundo. ¿Cuántos hijos de personas inmigrantes se sienten culpables cuando cuestionan algunas tradiciones atávicas de los países de sus padres?

### Un ejemplo de la identidad dialéctica

«Para mí y para los otros chicos de mi generación, nacidos aquí, Inglaterra siempre fue el país al que pertenecíamos, incluso aunque nos dijeran —y a menudo en términos de maltrato racial— que eso no era así. Lejos de resultar un conflicto de culturas, nuestras vidas parecían sintetizar elementos dispares: el *pub*, la mezquita, dos o tres idiomas, *rock and roll*, películas indias. Nuestra amplia familia y nuestra individualidad británica se entremezclaban.» (Ensayo: *Soñar y contar*.)

*Comentario:* afortunadamente también, muchos de nuestros pacientes tienen experiencias similares. Son capaces de unir sus diferentes culturas, sus diversos imaginarios sociales. Cuando lo consiguen, están mucho mejor preparados para vivir en nuestro mundo contemporáneo; un mundo más globalizado.

Si bien la teoría del *self* dialógico es más reciente (Hermans, 1996), esta igualmente incide en la naturaleza dialéctica de la identidad. La construcción identitaria, dice, está influenciada por las relaciones frecuentemente asimétricas entre el país de acogida y el país de origen, así como por las experiencias de racismo, discriminación y *othering* (remitir siempre a la otredad y a la diferencia para marcar distancia).

Para entender este último concepto, el de *othering*, nada mejor que la novela de Percival Everett titulada *X*, en su traducción al castellano. Un breve resumen de la novela, tomado del crítico literario Alberto Manguel («En busca del éxito a través de una novela vergonzosa», *El País*, 20-8-2011), sería el que sigue:

«*X* (*Erasure*, el título original quiere decir “borradura”) fue publicada en inglés en 2001. El narrador es un cierto Thelonious *Monk* Ellison, nombre que combina el del célebre músico de *jazz* y el del igualmente célebre autor de la novela *Invisible Man*. Thelonious es un escritor de literatura “difícil”, inspirada (como la de Everett) por los clásicos, y cuyos libros no solo no se venden sino que ya nadie quiere publicarlos. En su vida privada las cosas tampoco andan bien: su madre sufre de Alzheimer, su hermano no acaba de definir su identidad sexual, su hermana debe enfrentarse a extremistas religiosos en la clínica donde hace abortos. Al mismo tiempo que Thelonious debe hacer frente a todas estas dificultades, una cierta Juanita Mae Jenkins, autora de una melodramática novela “afroamericana”, con su fárrago de lugares comunes (de los cuales Everett nos da desopilantes ejemplos) que implícitamente prolongan ancestrales nociones racistas, se ve consagrada como la gran estrella del mundo literario norteamericano. Para vengarse (del público, de la literatura, del implacable destino que los griegos llamaron Moira), Thelonious, bajo el seudónimo de Stagg R. Lee, trama una novela aún más convencional que la de Jenkins, que su agente vende por un adelanto gigantesco a Random House. Para colmo, su novela, bajo el título *Porculo* (los editores quieren que se llame *Porkulo*, para que quede menos ofensivo) es presentada a un prestigioso premio literario donde Thelonious forma parte del jurado; si gana, el pobre Thelonious deberá recompensarse a sí mismo por una literatura que abomina. *X* concluye con la célebre respuesta de Newton a quienes le preguntaban las razones de la ley de gravedad: “Hypotheses non fingo”. Tampoco Thelonious (y Everett) pretenden explicar nada.»

## Algunos fragmentos de *X*

«Como a todo en la vida, a las clases también les llegó su final, un final puntual y acompañado de la noticia de que mi ascenso a profesor titular estaba aprobado. Sin embargo, esa noticia no contribuyó a borrar la depresión en la que me había sumido el rechazo de mi novela, que a esas alturas ya era el decimoséptimo rechazo.»

—Lo que siempre dicen es que no eres lo bastante negro —me dijo mi agente.  
—¿Qué significa eso, Yul? ¿Cómo saben siquiera que soy negro? ¿Eso qué más da?

—Esto ya lo hemos hablado. Lo saben por la fotografía de tu primer libro. Lo saben porque te han visto. Lo saben porque eres negro, por el amor de Dios.  
—Y entonces, ¿qué? ¿Hago que mis personajes lleven un peinado a lo afro y se digan negro esto, negro lo otro para complacer a esa gente?

—Daño no te haría.»

«Las discusiones telefónicas con los miembros del jurado resultaron exasperantes, descorazonadoras y frustrantes. Todos como un solo hombre, se habían enamorado de la obra de Stagg Leigh, *Porculo*.

—La mejor novela de un afroamericano en años.

—Una obra auténtica, descarnada y absorbente.

—Tan real, tan como la vida misma.

—La energía y el salvajismo del negro arquetípico aportan tanta frescura al relato.

—Creo que, a pesar de la crudeza de su lenguaje, se convertirá en lectura obligatoria en los institutos. Es muy potente.

—Un libro importante.»

*Comentario:* muchos de nuestros pacientes —adolescentes y jóvenes especialmente— acaban sometiéndose a la mirada estereotipada de la sociedad y se identifican con algunas proyecciones de las que son depositarios, amputando así su riqueza identitaria.

Estamos influenciados, sostiene la teoría del *self* dialógico, por diferentes voces: padres, iguales, país de origen, de acogida, escuela, etc. Y dentro nuestro tiene que darse lo que denominan *proceso de polifonía*. Es decir, diferentes voces dialogando las unas con las otras (identidad compleja). Por el contrario, el *proceso de expropiación* es la dominación de una voz que vence al resto de voces contrarias (amputación en la identidad, identificación con el estereotipo).

En su libro autobiográfico titulado *Fuera de lugar*, Edward Said describe con gran belleza este proceso de polifonía:

«A veces, dice, me percibo a mí mismo como un cúmulo de flujos y corrientes. Prefiero esto a la idea de una identidad sólida, a la que tanta gente atribuye.»

ye una enorme relevancia. Esos flujos y corrientes, igual que los motivos recurrentes de la propia vida, flotan durante las horas de vigilia, y en el mejor de los casos no requieren ser reconciliados ni armonizados. Están “desplazados” y puede que estén fuera de lugar, pero al menos están siempre en movimiento, asumiendo la forma de toda clase de combinaciones extrañas y en movimiento, no necesariamente hacia delante, sino a veces chocando entre ellas o formando contrapuntos carentes de un tema central. Me gusta pensar que son una forma de libertad, aunque no estoy del todo seguro de que sea así. Ese escepticismo es uno de los motivos recurrentes a los que quiero aferrarme. Después de tantas disonancias en mi vida he aprendido finalmente a preferir no estar del todo en lo cierto y quedarme fuera de lugar.»

Por su parte, Philip Roth, en su autobiografía *Los hechos*, habla del proceso de expropiación, de una voz que trata de vencer a las otras, conformando una identidad siempre a la defensiva, cuando relata la reacción del *establishment* judío a uno de sus relatos:

«Sigo sin creer que fuera inocente por mi parte el hecho de quedarme tan atónito a los veintiséis años, cuando me encontré enfrentado a la oposición social más antagónica de mi vida, no integrada por gentiles de uno u otro extremo del espectro, sino por encolerizados judíos pertenecientes a la clase media y al *establishment*, así como por cierto número de rabinos eminentes, acusándome, todos ellos, de ser un antisemita y de odiarme a mí mismo. Algo que jamás se me había ocurrido que pudiera formar parte de la brega literaria, pero que ahora se manifestaba en toda su vital importancia.

Lo que desencadenó la ristra de acusaciones judías contra mi persona fue la publicación en el *New Yorker* de abril de 1959 de “El defensor de la fe”, relato sobre unos soldados judíos que, en tiempos de guerra, tratan de sacarle favores a su poco predisposto sargento, también judío.»

*Comentario:* aprovechemos todo este saber que tanto la psicología como la literatura nos brindan para tratar de que nuestros jóvenes desarrollen todo su potencial, adquiriendo, así, una identidad dialéctica, polifónica. Y seamos conscientes, como profesionales que atendemos a la población migrante, del gran reto que tenemos entre manos.

## El aumento de los trastornos de salud mental en la infancia y adolescencia: su incidencia en el entorno escolar y en la actividad de los docentes. El papel de los EAP

Manel Gener

*Psicopedagogo. Ex director del Equipo de Asesoramiento Psicopedagogo de Granollers*

### Previa

Es cierto, hay un aumento de los trastornos de salud mental en la infancia y adolescencia, pero yo no puedo entrar ahora a analizar las causas de porqué esto es así. Creo que este incremento no está documentado. Ha sido difícil llevar a cabo un registro, desconozco si hay alguno. De hecho, el Departamento de Enseñanza de Cataluña tiene datos de la intervención de los EAP (Equipos de Asesoramiento y orientación Psicopedagógicas), datos cuantitativos con los que se podría realizar un estudio de cuál ha sido la evolución de las situaciones que han reclamado la intervención de los EAP, por ejemplo para hacer dictámenes de escolarización de alumnos con este tipo de trastornos.

Un dato sería que en estos dictámenes (documentos oficiales de propuesta de escolarización de alumnos con necesidades educativas especiales) la categoría de alumno con necesidades específicas por trastorno mental grave no aparece hasta el curso pasado. No es que no los hubiese, sino que la percepción y la sensibilización hacia este tipo de trastorno ha crecido significativamente en los últimos años escolares: los de trastorno mental grave y el de trastorno de la conducta (esta categoría sí que hacía algunos cursos que la teníamos). A nosotros nos gusta hablar de alumnos con dificultades de regulación de su comportamiento.

## **Incidencia en el entorno escolar y en la actividad escolar**

Señalaré ocho puntos para explicar cómo entiendo esta incidencia en el colegio. Lo hago con percepciones que he tenido y evidencias que he encontrado:

1. Tenemos la impresión de que poco a poco la demanda se centra en alumnos de menor edad. En este punto sería bueno dejar claro que quizá el origen de las dificultades de los problemas de salud mental infanto-juvenil no está en el colegio. En los centros educativos es donde se hacen públicas, evidentes, si es que antes la familia no ha expresado «fuera» su preocupación por la situación de su hijo. ¿Tenemos que hablar del origen? ¿Se puede hablar de ello? De aquí debe surgir un primer objetivo implícito: «Si bien la causa primera de las dificultades de salud mental no está en las escuelas, estas han de garantizar que al menos las dificultades no aumenten, no vayan a más...».
2. Las situaciones de alumnos con dificultades de salud mental vienen acompañadas de esta calificación: la confusión. Normalmente, en todos los niveles, el factor común es el desconcierto, tanto en las personas como en las instituciones. Seguramente todavía no estamos suficientemente preparados para entender el fenómeno, pero este nos afecta, nos perturba especialmente y nos despierta un cúmulo de sensaciones que nos bloquean inicialmente. Es muy habitual ver cómo la aparición de una situación de este tipo despierta la necesidad de dar respuesta sin espera desde diferentes ámbitos. Mi hipótesis es que la misma naturaleza de estas situaciones hace que la confusión sea lo que caracterice la intervención inicial. Hay que parar, hay que pensar qué es lo que nos toca hacer para no caer en la trampa del desconcierto que la coyuntura conlleva. Y esto se produce, como decía, tanto en el nivel individual como en el institucional. Si no hay un momento para mirar bien, si no hay tiempo para entender lo que está pasando ni para extraer conclusiones, el riesgo de empeorar las cosas es muy grande. ¿Cómo hacerlo en un contexto, el escolar, donde parece que hay dificultades para encontrar un hueco en las agendas destinado a pensar cómo hacer las

cosas? He aquí un gran reto. Y en los otros contextos, ¿hay tiempo para reflexionar?

3. Dificultad de gestión de la convivencia y de la contención: alarma social. Aumento de la presión sobre la necesidad de encontrar respuestas. Esta sería una de las principales consecuencias de la situación de confusión. Aparición de grandes malentendidos, dogmatización de prejuicios...
4. La evidencia del «sin lugar». Este podría ser un calificativo descriptivo de la situación del alumno. Me gusta la significación que conlleva esta descripción: «los sin lugar». Es la culminación de todo lo que gira alrededor del concepto de «fracaso escolar», una construcción conceptual que no me agrada. (El colegio, tal y como está concebido, no fracasa, no hay fracaso escolar... En la concepción de la escuela como eje del sistema educativo no se contempla la posibilidad de que todos los usuarios puedan salir adelante. ¡Quizá aquí esté el drama! Los centros educativos de nuestro país no pueden dar respuesta a todos sus alumnos; pero no porque no quieran, sino porque no hay la suficiente flexibilidad estructural e institucional para conseguir el cien por cien del éxito que propugnan los que se recrean con la idea de fracaso escolar. A nadie tiene que extrañar pues que el 30% de los alumnos no consigan salir exitosos de los centros de enseñanza. Reflexionemos en cómo está pensado el colegio y veremos cómo es totalmente «esperable» que el 30% de los usuarios no salgan adelante.) Las escuelas necesitan ayuda, no presión; las escuelas precisan tiempo, espacios y recursos para ir disminuyendo el porcentaje de alumnos que no encuentran su lugar en el colegio.
5. La evidencia del «no lo entiendo» es el fruto de esta presión no querida, producto de antiguas concepciones, la muestra de una construcción rígida reactiva a la situación. Esta sería la «posición» en la que puede quedar el docente, la cual tiene diferentes grados: desde el que claramente manifiesta que no entiende y pide ayuda, hasta el que no acepta que no entiende y se fortifica en prejuicios o juicios aparentemente inamovibles. Cuando los docentes comprenden lo que pasa, encuentran alternativas para salir adelante. En el aula tienen que ser

ellos quienes hallen alternativas. Los otros profesionales no podemos estar allí, de hecho no estamos en el aula. Los otros tenemos que secundar al docente, al equipo de maestros y maestras. En este ayudar a entender, aportando información y reflexión, es donde podemos tener un papel los otros. El tiempo «para mirar» es el que nos puede aportar elementos para «el entender».

6. La evidencia del «no sé qué hacer», con un abanico de respuestas pragmáticas a partir de la incidencia emocional del docente. Aquí entramos en el siguiente nivel. Si hemos conseguido entender, ahora nos hace falta saber qué hacer. En las situaciones de salud mental infanto-juvenil, dada la incidencia que hay en el componente relacional docente-alumno, la posición emocional del que tiene que trabajar con el niño es determinante. Al respecto, las propuestas relacionales que hacen estos alumnos son muy cuestionadoras desde un punto de vista emocional, más que las que formulan los otros estudiantes de por sí. Por lo tanto, estoy diciendo que hay que entender al docente emocionalmente preparado para asumir lo que supone una relación con alguien con dificultades en la salud mental. Hay muchas maneras de estar emocionalmente capacitado, por suerte... Una principal es la de no sentirse solo. El docente, ante estas situaciones, tiene que estar acompañado... tiene que sentirse acompañado.
7. Estas coyunturas suponen un claro cuestionamiento del sistema educativo pero también del social. Estamos pues ante la evidencia de la necesidad de flexibilizar el sistema para poder dar respuesta a tales situaciones. Si entendemos aquel como una institución más allá del lugar donde se realiza la formación académica, y sin desvirtuar esta función:
  - hay que seguir con la revisión de los objetivos y metodologías educativas;
  - hay que continuar redefiniendo cuál tiene que ser la función de los docentes y, por lo tanto, cómo se tiene que gestionar su formación; y
  - hace falta acometer un replanteamiento de los aspectos estructurales (recursos materiales y personales: incorporación de profesiona-

les no necesariamente docentes; flexibilización horaria; planes de reacogida...).

8. La evidencia de la necesidad de tender puentes con otros ámbitos profesionales que tienen la población escolar en su punto de mira.

## **El papel de los EAP**

- En primer lugar nos encontramos con que la demanda aparece con mucha fuerza, acompañada claramente de confusión y de todos los elementos que comentábamos más arriba.
- Recopilar la historia escolar y clínica del alumno resulta complicado. Hay muy poca claridad en lo que ha pasado hasta llegar al punto actual. Acostumbra a no estar claro cuándo empezaron las dificultades. Hay mucha vaguedad. Todo el mundo está preocupado, perturbado.
- Acostumbra a haber una historia de problemas a la hora de definir un diagnóstico clínico, hay diferentes opiniones, por lo general contradictorias.
- En este punto, entramos en la siguiente consideración: «Hacer diagnósticos en la primera infancia es complejo». Bien, de hecho, con frecuencia, es muy complicado. Encontrar una «etiqueta» a lo que le pasa al niño es motivo de mucha controversia: nada puede ser definitivo en esta edad, todo puede y ha de evolucionar, y además no está clarificada su utilidad. Uno mismo puede pensar que según cómo puede ir bien y según cómo no. En el lado de las cosas positivas pondría el hecho de permitir saber a qué te estás enfrentando, lo cual, a menudo, facilita a los padres concretar su angustia: «mi hijo tiene un... (diagnóstico concreto)» es diferente a «no sabemos qué le pasa, quizá esto, quizá aquello...». Asimismo, a los maestros también les puede ayudar a saber dónde están. Es como si la existencia de un diagnóstico concreto activara intervenciones concretas de atención y una adaptación, también concreta, de las medidas al entorno...
- En el contexto escolar el diagnóstico clínico no es suficiente, aunque puede ser necesario. En cualquier caso, creo que el papel de los EAP

no es poner en duda diagnósticos clínicos. No es nuestro objetivo... Tenemos que ser capaces de estar al lado de los clínicos para poder trabajar con ellos, en beneficio de la intervención que deberemos llevar a cabo.

- En el colegio, tener una etiqueta que diga lo que le pasa a un alumno no acostumbra a ser sinónimo de saber qué es lo que tenemos que hacer para afrontar la intervención.
- Aquí es donde aparece la necesidad de evolucionar hacia un diagnóstico funcional. A mi parecer, nuestros esfuerzos deben ir encaminados hacia la construcción de un diagnóstico de este tipo, entendido como aquel que describe la situación concreta de un alumno en su realidad familiar y en su entorno escolar específico. A partir del cual podremos pensar qué estrategias ponemos en funcionamiento para conseguir los objetivos, también funcionales, deseados.
- Y aquí es donde tenemos que entrar desde la red: aquí nos necesitamos todos. Los del ámbito clínico, los del ámbito psicopedagógico y los del ámbito social. Esto presupone la necesidad de entender la intervención desde una mirada conjunta en la que como dice, entre otros, Ramon Almirall: «no se contempla la situación de manera segmentada, las acciones son intencionadamente coordinadas: el camino a seguir se ha tomado conjuntamente y se asume la responsabilidad de la acción de forma compartida».
- Creo que detrás de esta idea hay una clara estrategia de intervención: «la construcción del caso». Es el instrumento que nos puede facilitar la definición de un diagnóstico funcional, a la vez que nos ayudará al establecimiento de unas estrategias concretas de intervención con objeto de orientar la atención a las necesidades del alumno y, por lo tanto, a la construcción de un entorno que sea más favorable a la adaptación funcional del alumno. Ello tiene una doble consecuencia: sitúa al profesional, en este caso el docente, en una posición de «saber qué hacer» ya que, a partir de la comprensión de lo que está pasando en su interacción con el alumno, puede ofrecer alternativas educativas válidas para este y hacer que pueda ir «encontrando su lugar».
- Como se ve, la propuesta pasa por poner la mirada en la relación docente-alumno y, por consiguiente, estar en consonancia con el modelo

que explica que la función del docente hoy día es la de vehiculador y no la de instructor.

- A mi entender, el colegio tiene unas posibilidades enormes de intervención, lo que hace que tenga además unas necesidades muy grandes de saber qué hacer (básicamente porque el alumno está cada día en la escuela... tiene que estar...).
- Es por ello que parece consistente la idea de que los docentes tienen que ser el centro sobre los que la red profesional debe pivotar, ya que resulta la manera más efectiva de hacer que el alumno pueda estar bien atendido. Si nos centramos únicamente en este, si ponemos la mirada de los profesionales de la red solo en él y olvidamos la función del docente —y, por lo tanto, no fijamos la mirada en ellos, en su realidad, en sus posibilidades, en sus compromisos—, seguramente nos desviaremos del camino de la inclusión.
- Con esta idea de fondo —en colaboración con el EAP, el CRP, el CDIAP, el CSMIJ, un colegio de educación especial de la zona y los centros educativos de nuestra área de actuación— empezamos hace unos cinco años un trabajo conjunto en red, en el marco del Plan de Formación de Zona (PFZ) del Departamento de Enseñanza, para dar respuesta a las situaciones de alumnos con TEA, y ahora, desde este curso 2016-2017, hemos empezado a hacerlo en las situaciones de alumnos con TMG y ADRC. En momentos puntuales se han incorporado profesionales privados, y también de los servicios sociales. El formato utilizado ha sido el de seminario.
- Trabajamos el formato «presentación de caso»: el colegio construye una exposición de la situación, con la colaboración de los profesionales externos implicados. Se hace una sesión de trabajo en la que todos nos encontramos para escuchar la presentación, que culmina en la concreción de los aspectos que preocupan a los docentes. La segunda parte de la sesión es una conversación en la que, desde las diferentes posiciones, se construye una respuesta a las demandas planteadas por el colegio, las cuales pueden afectar el día a día en el aula (búsqueda de estrategias), o a la relación entre los docentes, con la familia o con el resto de compañeros. Todo esto en presencia de los representantes de otros colegios (que otro día harán su propia presentación).

## El aumento de los trastornos de salud mental en la infancia y adolescencia: su incidencia en el entorno escolar y en la actividad de los docentes. El papel de los EAP

Crisis y salud mental en niños y jóvenes:  
¿causa o consecuencia?

Como muestra adjunto algunos comentarios que los participantes del seminario han expresado en las evaluaciones realizadas al finalizar su participación:

- «Permite parar y pensar, tarea difícil en el día a día. E ir todos a una.»
- «Nos permite aproximarnos a la realidad del niño, tener una visión más global.»
- «Nos ayuda a abrir el ángulo de visión no solo de los niños TEA sino del resto de niños.»
- «El hecho de analizar los casos desde una vertiente real (práctica), y no solo teórica, crea un material muy útil para la tarea diaria.»
- «El intercambio de experiencias favorece nuevos métodos de trabajo, nuevas intervenciones y se abren nuevas inquietudes.»
- «El colegio dispone de un asesoramiento más completo, permite sumar conocimiento y experiencia en el desarrollo del niño tanto desde la vertiente pedagógica como clínica.»
- «Valoramos positivamente el intercambio de experiencias entre EO y EE.»
- «Nos ha permitido conocer mejor el colegio de educación especial y ver que es un colegio más.»
- «Unos ayudan a los otros: se desarrolla una actitud solidaria entre colegios y servicios.»
- «Permite sumar conocimiento y experiencia.»
- «Hemos podido constatar que se hace muy buen trabajo en los centros y que el día a día no permite ponerlo en común.»
- «Nos ha permitido conocer las funciones de cada miembro de la red y conocer las posibilidades de atención y las limitaciones de los diferentes servicios.»
- «El esfuerzo que supone para los colegios que los maestros puedan asistir al seminario revierte en una mejora de la calidad educativa que ofrecemos. Salir del colegio ayuda.»
- «Donde no llega este programa llega lo que ya existe, el seminario no es esto o nada. Es una manera de colaborar que complementa otras existentes y puede ser un punto de partida de futuros proyectos de cooperación entre servicios.»

## Una breve introducción a AMBIT

Mark Dangerfield

*Psicólogo clínico y psicoterapeuta en el Hospital de Día de Adolescentes de Badalona (Fundació Vidal i Barraquer)*

### Introducción

AMBIT —Adolescent Mentalization Based Integrative Treatment— (Bevington et al., 2012, 2015) es un modelo asistencial basado en la mentalización para equipos que trabajan con jóvenes de alto riesgo que presentan múltiples y complejas dificultades. Se trata de una aproximación innovadora que integra las intervenciones de salud mental, de enseñanza y de los servicios sociales para ofrecer ayuda directa a estos jóvenes que, además, presentan graves impedimentos para vincularse a los servicios asistenciales ordinarios.

### ¿Qué es la mentalización?

Desde principios de la década de 1990, un grupo de profesionales de salud mental del Centro Anna Freud de Londres, liderados por Peter Fonagy, propusieron un marco de referencia para la psicopatología y la psicoterapia a partir de una sólida evidencia proveniente de una copiosa investigación y un núcleo integrador basado en los últimos avances de la neurociencia, el psicoanálisis, la perspectiva cognitiva social y los modelos sistémicos. Se trata de un intento consciente de agrupar conocimientos de diferentes disciplinas académicas y prácticas clínicas, creando una terminología común y otorgando una importancia capital a la investigación y la evaluación de las intervenciones terapéuticas (Bateman y Fonagy, 2012, 2016).

Estos autores entienden la mentalización como un tipo de actividad mental imaginativa basada en la capacidad de percibir e interpretar la conducta



humana en términos de estados mentales intencionales: necesidades, deseos, sentimientos, creencias, objetivos, propósitos y razones. La mentalización tiene que ver con cómo utilizamos nuestra comprensión de los pensamientos y sentimientos para dar sentido a la conducta en las relaciones sociales. Todos mentalizamos cuando tratamos de comprender nuestro propio comportamiento y el del otro, es decir, cuando nos preguntamos sobre lo que está pasando en nuestra mente o la del otro. Hay numerosos estudios que demuestran que la capacidad de mentalización no se hereda biológicamente, sino que se desarrolla en el contexto de relaciones de apego o de vínculo primerizo (Fonagy, Gergely, Jurist et al., 2002). Así, dicha destreza evoluciona de manera óptima en el contexto de un vínculo seguro (Allen, 2013; Allen y Fonagy, 2008; Bleiberg, Rossouw y Fonagy, 2012) y, de la misma manera, la experiencia clínica nos muestra que las peores capacidades de mentalización se dan en las relaciones donde ha predominado un vínculo desorganizado.

Este es el drama de la transmisión transgeneracional del trauma relacional, ya que si una persona ha sufrido adversidades severas en su infancia sin haber recibido ayuda adecuada y suficiente, muy probablemente no tendrá los recursos internos necesarios para poder ofrecer una relación emocional mínimamente segura a sus hijos, con el consecuente impacto sobre el desarrollo de las capacidades de mentalización de estos. Para ser capaz de proteger y cuidar se deben haber tenido experiencias de cuidado suficientemente buenas en la infancia, se debe sentir la esperanza en las relaciones humanas como algo fiable, la posibilidad de confiar en alguien que nos pueda ayudar. Si no es así, la historia se repite: para un adulto que no haya conocido otra opción en esta vida, el mundo no es seguro y se convierte en un lugar inhóspito en el que se sobrevive construyendo una coraza que lo sostenga, pero que en verdad esconde una enorme fragilidad y déficits de carácter emocional. Las carencias en las capacidades de mentalización de los progenitores hacen que se muestren torpes en las relaciones afectivas profundas, con severas dificultades en la habilidad de gestionar su propia vida emocional y, en consecuencia, la relación con los otros.

## ¿Qué me lleva a AMBIT?

Mi interés por AMBIT y por el tratamiento basado en la mentalización para adolescentes parte de la necesidad de desarrollar mejores maneras de atender a los jóvenes de alto riesgo en el trabajo que desde hace unos cuantos años desarrollo en el Hospital de Día de Adolescentes de Badalona, de la Fundación Vidal y Barraquer. Gracias a la generosa ayuda de la Fundación Probitas, en 2014 Francesc Bosch —compañero del Hospital de Día— y yo mismo pudimos participar en la primera edición de la formación AMBIT para equipos extranjeros en Londres.

En el Hospital de Día trabajamos con adolescentes que presentan cuadros compatibles con trastornos mentales graves. También se ponen de manifiesto dinámicas familiares disfuncionales en un porcentaje muy elevado de los casos. Los datos que hemos recogido en los últimos años apoyan la evidencia ya existente que demuestra la relación entre el hecho de sufrir adversidades en la infancia y un mayor riesgo psicopatológico, así como el nexo entre los percances sufridos en la infancia de los adolescentes atendidos con el hecho de que sus progenitores también los sufrieran en su propia niñez. Esta circunstancia nos ayuda a entender la transmisión transgeneracional del trauma relacional y sus repercusiones conductuales, psicosociales y psicológico-relacionales, así como que la capacidad de mentalización se desarrolla más o menos adecuadamente en función del entorno relacional donde crece el niño.

La OMS presentó en 2014 unos datos alarmantes sobre las estimaciones que hacen del maltrato que sufren los menores en Europa. La OMS calcula que de los 190 millones de menores de edad censados en la UE en 2014, 18 millones sufren abuso sexual, 44 millones maltrato físico y 55 millones maltrato psicológico. Esto significa que un 30% de los menores europeos padece algún tipo de maltrato, sin contabilizar la negligencia parental, que es siempre más elevada (Dangerfield, 2012; Varese et al., 2012) y que también conlleva graves consecuencias en el desarrollo emocional de los niños. Son cifras muy preocupantes, pero lo más inquietante es que la misma OMS afirma que el 90% de los casos de maltrato nunca son detectados.

Quisiera citar brevemente algunos datos del proyecto de investigación que estamos llevando a cabo en el Hospital de Día donde, habiendo estudiado los casos atendidos entre 2008 y 2015 (N=182), encontramos que un 95% cumple criterios de inclusión en una o diversas categorías de adversidades en la infancia —abuso sexual, maltrato físico, maltrato psicológico, negligencia parental, muerte parental y acoso escolar—. Un dato muy preocupante es la falta de detección de las adversidades, encontrando por ejemplo, en el caso de los abusos sexuales, que solo un 22% habían sido detectados antes del ingreso en nuestro centro, mientras que el 78% restante fue descubierto durante este. Entre los casos detectados con anterioridad al ingreso no había ninguno de intento de suicidio; por el contrario, en el 78% de los casos donde los abusos no habían sido descubiertos nunca a pesar de estar siendo atendidos por diferentes servicios de salud mental, nos encontramos con que un 47% de los jóvenes nos llegaban después de un intento de suicidio. Los datos hablan por sí mismos, aunque no es la intención de este trabajo profundizar en esta cuestión.

Hay un número significativo de estos jóvenes que han sufrido adversidades severas en la infancia que se muestran muy reticentes a recibir ayuda desde los servicios de salud mental. Independientemente de la expresión clínica de las dificultades que presenten, podríamos decir que son jóvenes que viven el contacto con sus necesidades emocionales como algo muy amenazador, por cuanto desestabiliza su frágil sistema de supervivencia. Tolerar la dependencia y la necesidad de afecto es vivido a menudo como algo catastrófico, debido a la falta de confianza en una relación humana suficientemente disponible y fiable. Así, para estos jóvenes, el contacto con los otros revive el temor a una repetición traumática de la vivencia de abandono, rechazo y menosprecio. Una experiencia de no existir para los otros que los ha acompañado casi siempre y que, a la vez, les hace proyectar mucha rabia hacia el mundo.

Nos encontramos demasiado a menudo con jóvenes que no se fían de que algo bueno pueda llegar de una relación con otro ser humano, así que todavía menos se fiarán de la posibilidad de ir a consultar sus problemas a un servicio de salud mental. En este sentido, desde los servicios de salud mental de la red pública de Cataluña seguimos imponiendo a este perfil de jóvenes que se adaptan a nuestro marco de trabajo, es decir, que sean ellos los que cuenten

con los recursos emocionales y relacionales suficientes para adaptarse a lo que les podemos ofrecer. Al respecto, pienso que lo que deberíamos hacer es adaptarnos nosotros, los profesionales, a sus muy dañadas y limitadas capacidades de vinculación. Esta propuesta supone un cambio significativo en la organización de la asistencia, ya que implica que los equipos clínicos —psicólogos y psiquiatras— salgamos de nuestros despachos y vayamos a atender a los jóvenes en entornos que ellos sientan como seguros. Dicho de otro modo, en lugar de preguntarnos lo que normalmente hacemos en los servicios asistenciales cuando nos planteamos: «¿qué tenemos que conseguir cambiar en la mente del joven para ayudarlo a funcionar mejor?», desde AMBIT nos proponen que nos preguntemos: «¿qué tenemos que cambiar en nuestra propia mente-equipo-red-sistema para poder llegar a este joven que no espera nada bueno de una relación?».

## Algunas breves ideas sobre AMBIT

Un aspecto clave de AMBIT es el hecho de que hay que ser bastante activos de cara a tratar de construir un vínculo de confianza con el joven, lo cual, como sabemos, es la única vía para poder iniciar un trabajo con verdaderos efectos terapéuticos. Además, son casos que tampoco suelen tener un entorno relacional-familiar que facilite la vinculación con servicios de salud mental.

Tanto en Reino Unido como en diferentes países escandinavos y en algunos estados de Estados Unidos, hace ya años que se han desarrollado modelos de intervención *outreach* para facilitar la atención a jóvenes como los descritos, un modelo asistencial en el que el profesional tiene un papel activo a la hora de ir a encontrar al joven fuera del servicio de salud mental. En este sentido, AMBIT fue desarrollado por profesionales de reconocido prestigio internacional del Centro Anna Freud de Londres, entre los que destacan Peter Fonagy, Dickon Bevington y Peter Fuggle, en respuesta a la necesidad de una intervención bien estructurada y basada en la evidencia de que pudiera ser implementada de forma realista para atender a estos adolescentes de alto riesgo: jóvenes con trastornos mentales que presentan cuadros clínicos complejos y de riesgo, con conductas autodestructivas —autolesiones, consumo

de sustancias tóxicas, etc.—, a menudo excluidos socialmente y con poca o nula demanda de ayuda.

AMBIT proporciona una idea simple: formar y dar apoyo a una red de trabajadores de campo que puedan proveer de una ayuda accesible, asequible y sobre todo inmediata a estos jóvenes en situaciones de crisis. Es un abordaje terapéutico que se pone a disposición de los jóvenes estén donde estén. Dado que el adolescente con daños severos no suele ir hacia la persona que le puede ofrecer ayuda, es el profesional quien tiene que ir hacia él. De ahí que AMBIT sea altamente flexible, ya que el trabajo con el joven se puede llevar a cabo en la calle, en un parque o a domicilio. AMBIT busca operar en cualquier marco de actuación que el joven sienta como seguro.

Asimismo, AMBIT propone trabajar activamente para vincular al joven con un solo profesional. Sabemos que, a mayor gravedad del caso, más servicios asistenciales de la red intervenimos y, con demasiada frecuencia, de forma poco coordinada. El joven y su familia son tratados por profesionales de diferentes servicios, que trabajamos con objetivos no coincidentes, utilizando diversos modelos de tratamiento o intervención. Esto da lugar a lo que se llama el *efecto torre de Babel*: el adolescente y su familia reciben un *input* de múltiples servicios multidisciplinares en los que cada profesional ofrece implícita o explícitamente su propio marco explicativo. Son diferentes idiomas, diferentes miradas para nombrar una realidad confusa y fragmentada, algo que muy a menudo es vivido por el joven como si este nos dijera: «Yo, un adolescente fragmentado, con mi familia fragmentada, he de poder integrar lo que todos vosotros no habéis conseguido integrar en muchos años». Esto implica un efecto abrumador para el joven y la familia, de manera que la relación con la red asistencial puede acabar convirtiéndose en una vivencia que despierte aversión y desconfianza hacia todos los servicios, reviviéndose una experiencia de negligencia anterior en la relación asistencial.

Para estos jóvenes tan dañados psicológicamente, sostener apenas una sola relación con un profesional ya es harto difícil. Por este motivo, ante esta muy frecuente problemática, AMBIT propone un cambio de enfoque: del modelo típico de la red asistencial de muchos equipos alrededor del paciente y la familia, con el riesgo que se ha descrito que implica, a un modelo donde el

joven solo establece una única relación, en concreto con el llamado «profesional clave», que será el encargado de establecer los nexos con el resto de servicios e integrar sus aportaciones de cara al joven y su familia.

Este profesional clave pasará a ocupar el lugar central alrededor del cual se organizan y articulan las relaciones con el resto de servicios, de manera que el joven únicamente deberá mantener una sola relación —pero mucho más intensiva— con un solo profesional. El profesional clave tiene también un papel muy activo para establecer una vinculación lo más segura posible con el joven, ya que sabemos que para estimular, reparar y mantener la función de mentalización en una persona joven es esencial el desarrollo de algo parecido a un vínculo seguro con una figura de confianza. Esto puede ser experimentado por el joven como que el profesional tiene su mente «en mente».

En este modelo de intervención el profesional clave recibe el apoyo continuado del equipo de asistencia, el cual será la base segura que sostenga su intervención, a través de una serie de técnicas desarrolladas para articular la tarea del grupo de ayuda alrededor del profesional clave. En este sentido sigue siendo un abordaje en equipo —aunque basado en la figura del profesional clave—, donde cada miembro trabajará con menos casos pero con mayor efectividad.

Un objetivo central de AMBIT es mejorar la relación de los jóvenes con «la ayuda», incrementando de este modo la probabilidad de una actitud de búsqueda de apoyo por parte del joven en el futuro, así como su capacitación para afrontar las dificultades actuales en múltiples dominios.

En los servicios asistenciales hay una tendencia exagerada en torno a «todo aquello muy especializado que tenemos que hacer con el chico: ¿qué es lo que le tenemos que ofrecer y cómo intervenir?, etc.», pero demasiado poco énfasis en otras áreas. AMBIT propone poner el foco en otros dominios a los que hay que dar la misma importancia para que el trabajo sea efectivo. De todas formas, AMBIT no es el mismo modelo para todo el mundo, pues busca influir en los equipos asistenciales respetando la práctica local de cada uno.

El enfoque AMBIT proporciona herramientas para estimular la mentalización en diferentes niveles, aplicando principios y prácticas basadas en la mentalización en cuatro áreas principales:

1. En el trabajo directo con los jóvenes y sus familias o cuidadores, procurando recursos para mantener una posición y una actitud mentalizadora ante nuestros pacientes y estimular así su capacidad de mentalización.
2. En la formación y el apoyo a las relaciones entre los diferentes profesionales de un equipo, de manera que AMBIT nos propone medios para mantener nuestra propia capacidad a fin de seguir mentalizando y crear una cultura de equipo que apoye la mentalización de los compañeros del grupo asistencial.
3. En la prestación de herramientas y técnicas sistemáticas para identificar y abordar la desintegración en las complejas redes de múltiples servicios que se reúnen alrededor de este tipo de jóvenes, con objeto de facilitar que estos puedan dar sentido a la compleja red de servicios y profesionales que orbitan en torno a ellos.
4. En el apoyo a los equipos locales, con el fin de adoptar una posición de aprendizaje con respecto a su propia práctica, de manera que AMBIT no es simplemente el mismo modelo para todos, sino que brinda apoyo a la obtención de resultados en cada equipo asistencial local. En este sentido, busca cómo mantener la mentalización de la «mente del equipo», es decir, cómo crear una cultura en el grupo para seguir aprendiendo y buscando un equilibrio entre la evidencia y la experiencia local: lo que sabemos que funciona y lo que no. Como equipos, es realmente difícil aprender —especialmente de nuestros errores—, por lo que AMBIT plantea la necesidad de explicitar nuestros modos implícitos de trabajo, invitándonos a explorar las diferencias entre lo que «en teoría» hace un equipo y lo que realmente hace.

Las evaluaciones de AMBIT a escala local han obtenido resultados muy prometedores y, hasta el año 2015, más de ciento cincuenta equipos han sido formados en el modelo AMBIT —la mayoría en Reino Unido—. Asimismo, hay múltiples publicaciones en revistas de prestigio y presentaciones en conferencias internacionales que han tenido una buena acogida, así como el hecho de que la demanda de formación AMBIT en Reino Unido es muy alta.

AMBIT recibió en 2012 el Innovation Nation, un premio a la innovación en colaboración, otorgado por *The Guardian* y Virgin Business Media en Reino

Unido. En el mes de octubre de 2014, Dickon Bevington fue nombrado uno de los cincuenta mejores innovadores en salud del Reino Unido por su tarea al frente del proyecto AMBIT.



## Bibliografía

- Allen JG, Fonagy P, Bateman AW. *Mentalizing in clinical practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2008.
- Allen JG. *Restoring mentalizing in attachment relationships: Treating trauma with plain old therapy*. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.

- Bateman A, Fonagy P. Handbook of mentalizing in mental health practice. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2012.
- Bateman A, Fonagy P. Mentalization-based treatment for personality disorders. A practical guide. Oxford: Oxford University Press; 2016.
- Bevington D, Fuggle P, Fonagy P, Target M, Asen E. Innovations in practice: adolescent mentalization-based integrative therapy (AMBIT), a new integrated approach to working with the most hard to reach adolescents with severe complex mental health needs. Child and Adolescent Mental Health. 2012; 18(1): 46-51.
- Bevington D, Fuggle P, Fonagy P. Applying attachment theory to effective practice with hard-to-reach youth: the AMBIT approach. Attachment & Human Development. 2015. DOI: 10.1080/14616734.2015.1006385.
- Bleiberg E, Rossouw T, Fonagy P. Adolescent breakdown and emerging borderline personality disorder. En: Bateman, Fonagy, editors. Handbook of mentalizing in mental health practice. American Psychiatric publishing. Washington DC; 2012. p. 463-510.
- Dangerfield M. Negligencia y violencia sobre el adolescente: abordaje desde un Hospital de Día. Temas de Psicoanálisis. 2012; 4. Disponible en: [www.temasdepsicoanalisis.org](http://www.temasdepsicoanalisis.org).
- Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. Affect regulation, mentalization, and the development of the self. Nueva York, NY: Other Press; 2002.
- Rossouw TI, Fonagy P. Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2012; 51(12), 1304-1313.
- Varese F, Feikje S, Drukker M. Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective and cross-sectional cohort studies. Schizophrenia Bulletin. 2012.

## Programa de alfabetización en salud mental para adolescentes: «Espai Jove.net: un espacio para la salud mental»

Juanjo Gil

*Enfermero, CSMIJ de Les Corts y Sarrià-Sant Gervasi y coordinador del programa Espai Jove.net*

El proyecto «Espai Jove.net: un espacio para la salud mental» es un programa de alfabetización en salud mental que tiene como finalidad la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, la erradicación del estigma y la mejora en la búsqueda de ayuda en la población joven con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años. El programa también está dirigido a las personas adultas que están en contacto con ellos: familiares, profesionales del ámbito educativo y sanitario, de los servicios sociales y los recursos comunitarios.

El proyecto se inició en 2010 e integra una intervención plurimodal que combina actividades presenciales de sensibilización y formación en los centros educativos con la utilización de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) como la web [www.espaijove.net](http://www.espaijove.net), las redes sociales de Twitter y Facebook y la consulta en línea.

El programa consiste en: a) difundir información sobre salud mental; y b) organizar actividades presenciales formativas en los centros educativos dirigidas a los jóvenes y a los profesionales y familias.

Dispone de materiales educativos concretados en 26 fichas informativas para jóvenes y dos manuales para profesionales. El proyecto ha sido diseñado y llevado a cabo por profesionales especialistas en salud mental que se desplazan a los diferentes dispositivos y centros educativos para llevar a cabo las actividades formativas.

Durante los cursos escolares 2012-2015 se ha impartido formación a 5.231 jóvenes y adultos, de los cuales 2.813 cumplimentaron un cuestionario de satisfacción después de la actividad formativa, con los siguientes resultados: a un 91% le ha parecido interesante y útil, un 85% está satisfecho de haber participado y un 78% recomendaría realizar la actividad.

El proyecto ha recibido una subvención FIS PI15/01613 para evaluar la eficacia de la intervención durante el curso académico 2016-2017 mediante un ensayo aleatorizado basado en las escuelas de Barcelona.

## Antecedentes

El programa se inició en 2007 coincidiendo con la puesta en marcha del «Programa Salut i Escola» en los distritos de Les Corts y Sarrià-Sant Gervasi de la ciudad de Barcelona. Durante ese año se realizó una revisión de los programas de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales en niños y jóvenes que se estaban llevando a cabo a nivel internacional, y que debido a su envergadura y resultados podrían servir de base para nuestro programa.

Durante los años 2008-2009 un equipo de profesionales del CHM de Les Corts elaboró un conjunto de materiales educativos constituido por 14 fichas informativas sobre temas de salud mental orientadas a la población joven que estaba cursando la ESO y un manual de salud mental dirigido a profesionales del ámbito sanitario y educativo.

En 2010, se implementó un estudio cualitativo para la validación de los materiales educativos con participación de las tres poblaciones destinatarias del proyecto: adolescentes y profesionales del ámbito educativo y sanitario, como paso previo a su edición y publicación.

Los resultados de la validación permitieron en 2011-2012 la actualización y adaptación de los materiales educativos, ampliando el número de fichas informativas a 21 y diferenciando dos manuales formativos (uno para profesionales del ámbito educativo, social y comunitario, y otro para profesionales del ámbito sanitario). También en este periodo se diseñaron los módulos

formativos, los materiales que usaríamos en la campaña informativa del proyecto (díptico y póster) y se puso en funcionamiento la página web del proyecto ([www.espaijove.net](http://www.espaijove.net)), que contiene información relacionada con la salud física y mental de los jóvenes, una consulta abierta sobre estos temas e incorpora también las herramientas digitales de Facebook y Twitter para jóvenes (@EspaiJoveNet) y profesionales (@EspaiJovenetPro).

Durante 2013, 2014 y 2015 se llevó a cabo una campaña informativa de difusión del proyecto a través de los medios de comunicación, los recursos comunitarios y los centros educativos. Paralelamente, se organizaron actividades educativas de sensibilización y formación dirigidas a los jóvenes, a sus familias y a los profesionales de los ámbitos educativo, sanitario, social y comunitario. Y por último, se actualizaron y elaboraron nuevos materiales educativos.

## Población destinataria

La población diana del proyecto es la población joven escolarizada con edades comprendidas entre los 12 y 18 años que estén cursando ESO, bachillerato o ciclos formativos en los distritos de Les Corts y Sarrià-Sant Gervasi de Barcelona.

Las poblaciones de apoyo al proyecto son sus familias y los profesionales de los ámbitos educativo, sanitario, social, comunitario y de ocio ubicados en ambos distritos de Barcelona. Estas poblaciones tienen una función educativa y asistencial dirigida a los jóvenes y pueden contribuir a un mejor conocimiento de la salud y de los trastornos mentales.

## Materiales educativos

Actualmente se han elaborado 26 fichas informativas dirigidas a jóvenes. De estas, 15 tratan de temas generales vinculados a la adolescencia y la salud mental y 11 sobre diferentes trastornos mentales que pueden afectar a los jóvenes. Estas últimas disponen de un esquema básico que incluye los siguientes apartados: 1. ¿Qué es? (información sobre el trastorno); 2. ¿Cómo me siento? (señales de alerta y factores de riesgo expresados en primera persona);

3. ¿Cómo se presenta? (descripción de la normalidad evolutiva y la aparición de sintomatología); 4. ¿Qué puedo hacer? (prevención); y 5. ¿Cómo pedir ayuda? (contacto con los recursos disponibles). A continuación se adjunta una tabla con el listado de las fichas informativas:

1. Espacio joven de salud mental.	14. Trastorno psicótico.
2. Adolescencia.	15. Trastorno esquizofrénico.
3. Habilidades sociales.	16. Trastorno bipolar.
4. Acoso escolar.	17. Trastornos de la conducta alimentaria.
5. Concepto de salud mental.	18. Trastorno por déficit de atención.
6. Trastorno mental.	19. Trastorno límite de la personalidad.
7. Conductas saludables en salud mental.	20. Trastorno obsesivo-compulsivo.
8. Conductas de riesgo en salud mental.	21. Trastornos por abuso de sustancias.
9. Equipo de salud mental multidisciplinar.	22. Duelo.
10. Red comunitaria de servicios.	23. Estigma.
11. Ansiedad.	24. Nuestras emociones.
12. Depresión.	25. Estrés y ansiedad.
13. Autolesiones e ideación autolítica.	26. Suicidio.

Por otro lado, se elaboraron dos manuales, uno dirigido a profesionales sanitarios y otro a profesionales del ámbito educativo, social y comunitario.

Todos los materiales están editados en catalán y castellano y se pueden descargar en formato pdf a través de la página web: [www.espaijove.net](http://www.espaijove.net).

## Módulos de formación

Se han elaborado dos formatos de actividades educativas para jóvenes:

- actividades de sensibilización (talleres informativos puntuales sobre algún tema específico de salud mental con una duración mínima de una hora); y
- actividades de formación (talleres que tienen una duración mínima de seis horas).

Las actividades de sensibilización y formación están basadas en los contenidos de las 26 fichas informativas y se realizan durante la hora de tutoría de los alumnos. A continuación se adjunta una tabla con los temas trabajados en las sesiones:

Actividades	Tema del taller
<b>Sensibilización</b> (talleres de 1 hora)	Concepto de salud mental y trastorno mental.
	Habilidades sociales. Conductas antisociales: <i>bullying</i> y <i>ciberbullying</i> .
	Ansiedad, depresión y autolesión.
	Trastornos de la conducta alimentaria (TCA).
	Abuso de sustancias y trastornos psicóticos.
<b>Formación</b> (taller de 6 horas)	Incluye los cinco talleres de sensibilización y, además, una hora más sobre «Conductas saludables y conductas de riesgo en salud mental».

Las actividades educativas con los jóvenes las realizan dos enfermeros o enfermeras del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ), que se desplazan a los diferentes centros educativos y dispositivos comunitarios del distrito. Las actividades dirigidas a la población de apoyo las imparten profesionales especialistas en salud mental (psicólogos clínicos, psiquiatras y enfermeros) del CSMIJ.

# ¿Sirve para algo marginar activamente a un tercio de la infancia?

**Jorge L. Tizón**

*Psiquiatra y neurólogo, psicólogo y psicoanalista*



## ¿Sirve para algo marginar activamente a un tercio de la infancia?

Para esta comunicación desearía partir de un hecho: según muestran los datos de los informes de que disponemos: hoy en día está resultando marginada o marginalizada entre la cuarta y la tercera parte de la infancia en nuestro país. Cuando digo marginada, lo digo en toda la acepción del término: esa parte tan considerable de los niños y jóvenes de nuestra sociedad se ven empujados hacia la marginación, hacia una vida duramente acotada en casi todos los ámbitos y sin posibilidades de cambios importantes en sus formas de vida biológicas y psicológicas, de estatus y de clase social.

Para estas reflexiones, ciertamente muy preocupantes, me baso en los datos proporcionados por diversas entidades dedicadas al cuidado y protección de la infancia. A partir de esa información y de mi experiencia clínica y como organizador de equipos de atención en salud mental, añadiré una serie de consideraciones relativas a otras vías de marginar a un amplio porcentaje de niños y jóvenes menos tenidas en cuenta en los estudios habituales sobre el tema. En concreto, además de recoger algunos datos sociales referentes a cómo ha impactado la crisis en la infancia, me gustaría que reflexionáramos también acerca de las repercusiones psicobiológicas y psicológicas de la crisis, así como sobre algunas de sus repercusiones psicosociales, a menudo poco atendidas.

Espero que con ello podamos alcanzar una idea personal y de grupo o equipo sobre si:

1. Nuestra organización social está contribuyendo a marginar a ese tercio de la infancia.
2. Si eso es útil para nuestra sociedad o, al menos, para algunos de sus miembros.
3. Si hay alternativas a tal tendencia o no.

Parto de mi concepción de la crisis social actual como una crisis que no es un mero declive económico, puesto en marcha mediante abigarradas y confusas manipulaciones financiero-especulativas, sino una crisis política, estructural, es decir, una crisis del sistema que, para perpetuarse, ha puesto en marcha la recesión económica que está teniendo tan graves repercusiones en numerosos ámbitos, entre otros el que nos interesa hoy: la infancia.

## Crisis y salud mental en niños y jóvenes: ¿causa o consecuencia?

Recordaré pues algunos de los datos que nos hacen pensar en la grave crisis social que hoy viven los niños de nuestra sociedad, que les marca de nacimiento con barreras de clase casi irremontables para la mayor parte de los que tienden a ser marginalizados. Pero también me gustaría que todos ustedes pensaran conmigo sobre las consecuencias psicológicas y neurológicas del hambre y los déficits nutricionales, sobre las consecuencias psicológicas y psicosociales de los hábitos alimentarios inadecuados y sobre la marginación que suponen los trastornos mentales, relacionales y psicopedagógicos para una parte de la infancia. Y, además, que pudiera llamar su atención en relación con algunas de las repercusiones marginalizadoras de la *medicalización*, la *cronificación medicalizada* y la *psiquiatrización* abusivas de la infancia que hoy estamos padeciendo, en particular en algunos países que «nos tocan de cerca» como España, Estados Unidos y Suiza, entre otros.

Con respecto a la situación social en la cual la crisis ha colocado a cerca de la tercera parte de los niños y jóvenes de nuestro país, solo puedo destacar aquí los datos que siguen, extraídos todos ellos de las publicaciones citadas en la bibliografía de instituciones altamente relevantes dedicadas a la infancia: UNICEF, INE, Síndic de Greuges de Catalunya, FEDAIA, Save the Children, INTRESS...

En España, en 2014, sobre un total de 47 millones de habitantes según el INE, existían 9.206.814 menores de 19 años, y, de ellos, 7.066.095 eran menores de 15 años. Pues bien, en el informe de UNICEF «La infancia en España 2012-2013» se aclara que:

- 2,2 millones de niños viven en hogares por debajo del umbral de la pobreza. En 2008 eran dos millones, un 10% menos.
- Los niños son el grupo de edad más pobre en comparación con el resto de grupos (adultos en edad de trabajar y mayores de 65 años).
- La pobreza infantil, estabilizada durante años en un 22-24% de la población de menores de 18 años, aumentó de 2009 a 2010 del 23,7% al 26,2%. Ahora, abarca ya a un tercio de los niños, entre otras razones porque precisamente la población más vulnerable, tanto social como psicológicamente, tiene mayores índices de fertilidad y fecundidad que la población general (Tizón et al. 2009, 2013).

- El porcentaje de niños y niñas que están en «riesgo de pobreza o exclusión social» llegó a aumentar en un solo año, de 2009 a 2010, de un 26,2% a un 29,8%.
- Y luego ha seguido aumentando, pues la evolución de la pobreza infantil en 2013 en Europa, tomando como referencia «anclada» los datos de 2008, creció del 28,2% al 36,3%.
- El porcentaje de niños en hogares con un nivel de «pobreza alta» fue del 13,7% en 2010. Es la tasa más alta de todos los países de la Unión Europea, solo superada por Rumanía y Bulgaria.
- En 2009, España era el quinto país, de 35 analizados, que menor capacidad tenía para reducir la pobreza infantil. Desde entonces, la debilidad de la protección del sistema público hacia la infancia ha crecido por las reducciones en ayudas y servicios públicos. El resultado es que en 2012 era el tercero que menos capacidad tenía para reducir la pobreza infantil: basta con ver los recursos de los que disponen nuestros CSMIJ, según acepta la propia administración catalana (servicios que, por cierto, ni siquiera existen en otras autonomías del Estado).
- El número de hogares con niños que tienen a todos sus miembros adultos sin trabajo pasó de 324.000 en 2007 a 714.000 en 2010, lo que supone un crecimiento del 120% en hogares con niños. A finales de 2014, más de un millón (sobre 1.800.000 de hogares «en paro»).
- Entre otras cosas, ¿cómo se puede proteger a la infancia si no se protege ni tan siquiera su derecho a la vivienda? ¿Podemos hablar, como dice nuestra Constitución, del «derecho a la vivienda» con más de 80.000 ejecuciones hipotecarias de vivienda al año en 2014 según el INE?

En resumen:

- Un niño en España nace actualmente con una «deuda pública» de unos 15.570 euros.
- De entre los 41 países analizados por UNICEF (en octubre de 2014), los que tienen mayor tasa de pobreza infantil en 2012 son Grecia, Letonia y España.

Y aún más grave, como apunta el mismo informe de UNICEF, con el que coincidimos totalmente en esta apreciación: «En el ámbito de las decisiones políticas se ha instalado la sensación de que este tipo de ayudas a la infancia

son altamente prescindibles en los tiempos de crisis». Particularmente, en los ámbitos de la prevención en salud mental y de la prevención en general. Una muestra que nos afecta bien directamente son los *recortes-estafa* aplicados a programas como «El protocolo del niño sano» o el «Programa Formativo para la Prevención en Salud Mental desde pediatría» de la Generalitat de Catalunya y el Consejo Interterritorial de Salud (PF-PSMIP).

De aquí que sea urgente hacernos, junto con UNICEF, una pregunta básica: ¿cómo se convirtió la crisis financiera en una crisis para los niños?

De alguna forma, el informe del Síndic de Greuges de Catalunya (2014) respondía casi directamente a esa pregunta cuando decía que causas fundamentales de esa deriva han sido el paro en los padres, la disminución del nivel de renta y las medidas de «austeridad» que han llevado a los recortes (medidas que algunos preferimos llamar «medidas de *austericidio*», realizadas mediante fraudulentos «recortes-estafa»). Al respecto, en este último apartado, el informe del Síndic recoge los recortes en los servicios sociales y los programas de protección, «recortes» que han significado limitaciones de las ayudas económico-sociales, reformas legales regresivas de las retribuciones en el sector público, un aumento de los impuestos sobre los productos básicos, una menor inversión pública en los programas para niños dependientes, y una larga serie de medidas que recomendamos leer en el informe original. El informe del Síndic, por cierto, va acompañado de una larga serie de páginas con las medidas, acuerdos y planes sobre la infancia no cumplidos por diversas administraciones catalanas que se comprometieron a llevarlos a cabo.

Como consecuencia de todo lo anterior, tenemos que hacernos la pregunta de si nuestras *castas* dirigentes protegen a las familias (como reiteran en sus promesas, proclamas y programas), o si más bien no serán meras maniobras de distracción para aplicar políticas restrictivas e implantar una insolidaridad neoliberal pulcramente aderezada con medidas de «beneficencia y caridad», algo totalmente regresivo y que poco tiene que ver con unos servicios comunitarios y estructuralmente solidarios.

Todo lo anterior, con datos referidos al conjunto del Estado, no es menor en Cataluña, donde, en ocasiones, la coyuntura es aún más grave, según los datos de los informes del Síndic de Greuges, la Federación de Entidades de

Atención y Educación a la Infancia y la Adolescencia (FEDAIA) y el Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales (INTRESS), que, entre otros documentos, he tenido que manejar para ilustrarme antes de redactar este artículo.

Veamos, por ejemplo, algunos datos clave señalados por el informe de la FEDAIA, en 2012:

- Un 26,5% de los niños de España y un 23,7% de los niños de Cataluña viven bajo el umbral de la pobreza.
- En España hay 1.728.400 familias en las que todos sus miembros se encuentran en situación de paro, una cifra que en Cataluña se traduce en 243.900 hogares.
- El número de hogares que no pueden hacer frente al pago de la hipoteca o el alquiler se ha duplicado en Cataluña desde 2007.
- Al igual que se ha duplicado el número de hogares que no pueden permitirse comer carne o pescado fresco al menos una vez cada dos días.
- Lo que significa que esos niños no se alimentan de forma adecuada, ya sea porque no comen suficiente o porque tienen una dieta desequilibrada.
- En los últimos dos años ha crecido la cifra de familias que no tienen hogar, que viven en pisos insalubres o en una habitación realojados dentro de otra vivienda.
- Hay familias en Cataluña que subsisten únicamente con la renta mínima de inserción (PIRMI) de 423 euros o que han perdido todas las prestaciones.
- Los hogares afectados por la crisis no pueden hacer frente al pago de tratamientos, medicamentos y otros artículos de primera necesidad como audífonos y gafas.
- Los niños que se encuentran en situación de pobreza faltan más al colegio y tienen un rendimiento escolar inferior, lo que los predispone al fracaso escolar.
- Las cifras de 29% de fracaso escolar y de 51,1% de paro juvenil que se registran en España se concentran en este grupo de población que suele tener más factores de riesgo.

Todo ello configura un grupo de niños ya no separado de la sociedad por fronteras de clase, sino incluso por fronteras de *casta*, pues hay «saltos

hacia atrás», por ejemplo los biológico-cerebrales, que difícilmente podrán recuperarse. Y esto nos debe hacer pensar en qué modelo social difunde y mantiene tal situación, al tiempo que la oculta, disocia y embellece mediante los medios (¿de información?) y la *opinión publicada* (que no «opinión pública»).

Probablemente, esa parte de la infancia no solo está siendo marginada, sino que está siendo *irremediamente* excluida, anteponiendo a su desarrollo integral otra serie de intereses. De hecho, como demuestran las políticas de países como Chile, Polonia, Australia y países escandinavos, en plena crisis se podría haber seguido cuidando a la infancia, incluso con nuestro modelo de organización social dominado por los especuladores transnacionales.

Un modelo social transnacional en el cual:

- Los niños, según su clase social, padecen enormes diferencias entre lo que comen o pueden comer cada día (con lo que esto representa en la maduración de su cerebro y de su sistema nervioso y, por tanto, en la modulación de sus emociones, relaciones y capacidades cognitivas).
- Un resultado: la consulta en dispositivos de salud mental en Cataluña era más del doble entre los niños de clase social baja con respecto a la clase social alta.
- Este modelo social resulta agravado en el caso español y catalán, donde incluso la dedicación de fondos a la educación, a la protección social y a la familia e infancia ha sido reiteradamente de los tres más bajos de Europa, año tras año; y no solo con los gobiernos del PP, sino también con los anteriores.
- Un sistema social en el cual, entre 2007 y 2008, los precios mundiales de los alimentos se dispararon. El número de personas viviendo en la extrema pobreza alcanzó los 150 millones. Al respecto, la ONU encargó a Olivier de Schutter una investigación sobre las causas de esta crisis alimentaria. La conclusión de su informe es estremecedora: potentes especuladores internacionales provocaron una enorme burbuja en el mercado mundial de alimentos.
- Un modelo social en el cual en 2014 se gastaron 1,66 billones de euros en armas, es decir, ¡4.000 millones de euros al día en armamento!

## ¿Sirve para algo marginar activamente a un tercio de la infancia?

## Crisis y salud mental en niños y jóvenes: ¿causa o consecuencia?

- Por su parte, la propia UNICEF denuncia que 19.000 niños mueren cada día en el mundo por causas evitables, y que más de un tercio de ellos, unos 6.000, fallecen cada día, de manera directa o indirecta, por desnutrición.
- Pero también, y esto nos afecta directamente, que 180 millones de niños son víctimas de una desnutrición crónica que «mina para siempre su desarrollo físico e intelectual»; y otros 20 millones luchan para hacer frente a la desnutrición aguda severa.

En definitiva:

- Con el 1% del rescate bancario global se hubiera acabado con el hambre en el mundo.
- Con menos de un mes de gastos militares se alimentaba durante varios años a todos los niños en situación de desnutrición crónica del planeta.
- Uno de cada tres niños en España se halla en situación de pobreza y pasa graves privaciones que, como hemos visto, son sociales, psicosociales y, también, biológicas.

Debemos detenernos pues a pensar y, mejor aún, a compartir: ¿cómo son los primeros años para un tercio de la infancia?

## Algunas repercusiones psicobiológicas y psicosociales de la crisis política del sistema

¿Alguno de ustedes ha pasado dos días sin poder comer nada, nada en absoluto? Démonos cuenta de que es una experiencia totalmente extraña, ajena a la edad adulta en nuestras formaciones sociales. No obstante, con las debidas precauciones, les invito a sentir lo que es eso, la inquietud y la desazón que el hambre (pero también la mala alimentación) ponen en marcha.

El cuerpo humano posee unas necesidades de energía y nutrientes, mayores en el individuo en crecimiento, y hoy sobradamente conocidas y tabuladas para cada edad. Ningún niño, y menos en nuestras sociedades, debería quedarse sin cubrir esas necesidades.

En su conjunto los alimentos contienen macronutrientes, micronutrientes y fibra. Cada uno cumple sus funciones específicas para la salud, el crecimiento y el desarrollo. Los macronutrientes están conformados por las proteínas, los carbohidratos y las grasas, y su función es la construcción y reconstrucción de las estructuras corporales (células, tejidos y órganos). Los micronutrientes, conformados por el grupo de las vitaminas y minerales, son indispensables para el buen desarrollo de los procesos metabólicos, la protección y regeneración celular y las funciones inmunológicas. La fibra dietaria, si bien tiene poco valor nutricional o metabólico, posee un efecto positivo sobre la absorción intestinal y reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular, de cáncer de intestino y de otras muchas afecciones.

Es decir, que el valor de los alimentos es tanto calórico como metabólico (y luego veremos que también psicológico). Su valor calórico total (VCT) varía de acuerdo con los grupos de edad, necesitándose un mínimo de 565 kilocalorías entre 0 y 6 meses, 760 entre 6 y 8 meses y 940 entre 9 y 11 meses. Para las niñas y niños de 1 a 3 años el aporte diario de kilocalorías aumenta a 1.150, y a partir de esta edad y hasta los 6 años sube a 1.523, con una distribución porcentual idónea de un 12% de proteínas, un 28% de grasas y un 60% de carbohidratos. El aporte de energía de los alimentos se calcula considerando que un gramo de proteína, al quemarse, produce 4 kilocalorías, uno de carbohidratos 4 kilocalorías, y uno de grasas 9 kilocalorías.

Las dos primeras se queman más rápido, mientras que las grasas tienden a acumularse como reserva de energía, lo cual significa que, si no se utilizan, permanecen en forma de grasa acumulada, y mucho más bajo los efectos que en nuestra especie ha producido el «genotipo ahorrador» (que no quema las grasas sino que las acumula para la «hambruna» próxima: véase, por ejemplo, en Valenzuela, 2016). Por eso una alimentación deficiente, producida en nuestras sociedades sobre todo por errores en la crianza en familias no suficientemente atendidas a nivel psicosocial, contribuye decididamente a la epidemia de obesidad creciente en nuestro medio. Y no olvidemos que esta es otra forma de marginar a un porcentaje nada desdeñable de nuestros niños, alimentados con comida basura o precocinados con un valor metabólico altamente deteriorado y carbohidratos y grasas de pobre o negativo valor metabólico.

## ¿Sirve para algo marginar activamente a un tercio de la infancia?

Cuando la desnutrición producida por el hambre se hace crónica, tienden a aparecer dos formas clínicas de desnutrición proteico-energética (DPE). La forma de *kwashiorkor* es la que se presenta con edema, hinchazón, sobre todo abdominal, y está producida por la disminución de la ingesta de proteínas con consumo de calorías normal-bajo. La otra forma, el *marasmo*, se manifiesta con ausencia de edema y está originada por la disminución del consumo proteico y de calorías.

Estas dos últimas gravísimas realidades, paradójicamente, a menudo nos llevan a tranquilizarnos rápidamente, pues esos cuadros de desnutrición casi no se ven en nuestras sociedades «occidentales y cristianas». Pero, incluso para lo de «cristianas», ese tipo de pensamiento es deficitario, porque se basa en la disociación de que millones de niños en el mundo sí están en esa situación, y que eso podríamos evitarlo con una presión decidida sobre nuestros gobiernos en el tema de la fabricación, comercio y tráfico de armas y de la acción económica de las grandes trasnacionales sobre la alimentación.

Sin embargo, sea como sea, esas situaciones de déficit alimentario, si bien no tan extremas, no son en absoluto ajenas a nuestro medio social. Solo que no llegan a constituirse en cuadros clínicos *pre mortem*. De ahí que les recomendará más arriba experimentar la sensación de hambre, no durante unas horas, sino durante unos días. Los niños deficientemente alimentados —que se hallan en la época en la cual su cerebro está desarrollándose y consume cerca de una tercera parte de la energía que se administra al cuerpo, así como una buena parte de los carbohidratos y grasas de mayor valor nutricional— sí que sufren crónicamente los efectos de la desnutrición y la mala alimentación... Solo que ni ellos ni nosotros sabemos calificarlos como tales: la inquietud psicomotriz de esos niños, la estimulación continuada de sus centros cerebrales para la indagación-búsqueda (uno de los sistemas emocionales con los que venimos filogenéticamente dotados) hace que se hallen hiperactivados durante días y meses. Ello contribuye a que sean cuidados... como «hiperactivos». Otros de estos niños, por su temperamento anterior o por las características de su deficiente alimentación, son empujados hacia las primeras deficiencias del *marasmo*, por lo que son diagnosticados... de «depresivos», «dependientes», de «llanto fácil»...

## Crisis y salud mental en niños y jóvenes: ¿causa o consecuencia?

Eso sin olvidar que, biológicamente, hay efectos del hambre y la mala alimentación hoy más que conocidos y reconocidos. El sistema nervioso central es el órgano del cuerpo humano que depende más de las experiencias externas para su desarrollo: genética, aportes ambientales y cuidados en la crianza. De ahí que haya sobrada evidencia científica acumulada acerca de:

- La relación positiva entre nutrientes y desarrollo neurológico, en particular el papel del hierro, el yodo y los ácidos grasos esenciales en la conformación del tejido cerebral, en la migración y ubicación de las neuronas, y en la conducción de los impulsos nerviosos,
- Asimismo, se sabe que el cerebro tiene un fuerte componente de lípidos o ácidos grasos esenciales (AGE), básicos para la conformación de la mielina y, por tanto, de la conducción de los estímulos nerviosos, así como para la protección metabólica de las neuronas. Al respecto, por ejemplo, la leche materna es muy rica en AGE, y numerosos estudios la asocian con una mejora de los procesos de visión, audición y desarrollo mental. En diversos países en vías de desarrollo hay evidencias científicas de la ganancia de más de 3,16 puntos en el coeficiente intelectual de niños amamantados con respecto a los no amamantados, con un efecto mayor en los prematuros.
- Un apartado importante son los aminoácidos esenciales, como el triptófano y la tirosina, esenciales para la síntesis de neurotransmisores como la serotonina, la dopamina, la norepinefrina y la epinefrina.
- Las deficiencias de yodo, por ejemplo, son la principal causa de retraso mental prevenible en el mundo.

En resumen:

- El hambre o las diversas formas de inadecuación alimentaria conllevan una morbilidad asociada y un mayor número de enfermedades, tanto en la edad adulta como, desde luego, en la propia infancia: entre otras, obesidad, diabetes, hipertensión arterial y colesterol elevado, con sus correlatos de muerte y secuelas diversas.
- La deficiencia de micronutrientes (en especial por carencias de hierro, yodo, vitamina A y zinc) ocasiona una pérdida de las capacidades cognitivas porque limita irremediablemente el desarrollo cerebral, aumenta el riesgo de enfermedades y muerte, y retrasa el crecimiento.

## ¿Sirve para algo marginar activamente a un tercio de la infancia?

## Crisis y salud mental en niños y jóvenes: ¿causa o consecuencia?

- Por todo ello, se sabe que la mala alimentación y la desnutrición temprana, aunque sean leves, disminuyen la capacidad de aprendizaje, el rendimiento escolar, la productividad económica en la vida adulta y las capacidades para cuidar de las nuevas generaciones, lo cual atrapa a las personas en un círculo que perpetúa la desnutrición, la pobreza y el atraso en el desarrollo.
- Es decir, que la pobreza y la malnutrición infantil para los niños que la sufren hoy suponen una mayor morbilidad y mortalidad, así como déficits en el desarrollo del cerebro, en la modulación emocional y en el autocontrol, que suelen traducirse en seudodiagnósticos como «trastorno por déficit de atención», «trastornos de conducta»..., pero también en déficits escolares y mayores riesgos de negligencia y abuso.

¿Y a nivel psicológico? Pensemos solamente en el hambre de un niño y en cómo ello repercute en la manera en que se relaciona con sus padres, con su familia, con sus iguales... En este sentido, les recomiendo que piensen cómo resulta alterado el desarrollo psicológico de un niño aplicando al menos estos dos esquemas elementales:

1. El de las emociones o «sistemas emocionales» primigenios. Si todos venimos dotados de una serie de «sistemas emocionales innatos» (indagación, miedo, ira, ansiedad y pena, apego-crianza-cuidados, deseo y alegría-juego: Panksepp y Biven, 2012), repasen ustedes mentalmente cómo quedará de reforzada la indagación en un niño con temperamento activo o irritable que sufre desatención (alimenticia o emocional), y cómo quedará inhibida esa misma emoción en el niño tendente al marasmo o de «temperamento fácil» o de «temperamento inhibido».
2. O figúrense, también mentalmente, y repasen cómo puede quedar de alterada la relación con los padres y la introyección de las funciones mar-parentales si ese niño tiene una alimentación inadecuada o, más frecuente aún, si ese niño, debido a la marginación o a conflictos sociales y psicosociales de sus padres, vive crónicamente en una situación de negligencia afectiva. Para hacerlo, pueden utilizar ustedes el esquema que deseen... si lo encuentran, porque, es sumamente llamativo que nuestras sociedades, tan «familiaristas» y tan supuestamente preocupadas por la «familia cristiana», difundan tan poco esquemas funda-

mentales acerca de qué hay que cuidar en la infancia. Por eso, hace ya decenios, tuve que desarrollar el esquema que aparece en la tabla 1 (tomada de mi libro de 2014), que es el que solemos utilizar para valorar las *funciones mar-parentales*, su reparto en los diversos miembros de la familia o la sociedad, y cómo sustituir aquellas que no pueden ser adecuadamente cumplimentadas por la familia biológica con la ayuda de la organización social básica.

**Tabla 1.** Funciones mar-parentales en la familia (en nuestra cultura y desde el punto de vista psicológico). Si fallan, hay que sustituirlas lo mejor posible para un adecuado desarrollo del niño

	Aspectos	Concepto-resumen
1. Cuidados y sustentos corporales básicos	Provisión de alimento, vestido, refugio, ternura...	«Urdimbre afectiva»
2. Funciones (emocionales) introyectivas y proyectivas que son la base de la mentalización y el pensamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Amor-ternura predominando sobre desconfianza y odio*</li> <li>■ Esperanza predominando sobre desesperanza*</li> <li>■ Confianza predominando sobre desconfianza*</li> <li>■ Contención predominando sobre incontinencia*</li> </ul> <p>Esto significa el predominio y la modulación de las emociones primitivas agradables (placer-alegría, búsqueda, sorpresa...) sobre las emociones primitivas más aversivas (ira, miedo, asco, vergüenza, tal vez tristeza). Un predominio logrado, además, no mediante la eliminación de estas últimas emociones, sino mediante su modulación gracias al uso de las primeras en la relación.</p>	y Función de diada (madre-hijo)
3. Proporcionar las bases para la relación sujeto-objeto externa e interna	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Creación del objeto (del «otro» mental)*</li> <li>■ Creación del sujeto*</li> <li>■ Creación del espacio mental*</li> </ul>	

continúa en página siguiente

## ¿Sirve para algo marginar activamente a un tercio de la infancia?

## Crisis y salud mental en niños y jóvenes: ¿causa o consecuencia?

	Aspectos	Concepto-resumen
4. Funciones de límites y contención	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Capacidad de integrar límites*</li> <li>■ Tolerancia a la espera y la frustración*</li> <li>■ Capacidad de pensar*</li> </ul>	Triangulación originaria: madre-hijo-padre  (Complejo de Edipo «primitivo»)
5. Organización y desarrollo del superyó	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Conciencia moral: emociones primitivas versus sociedad:*                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- moral, motivación, premios, logros</li> <li>- objetivos, valores, lealtades</li> <li>- formas de apoyo en crisis familiares y sociales</li> </ul> </li> <li>■ Ideal del yo*</li> </ul>	
6. Identidades psicosociales fundamentales	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ En la psicosexualidad*</li> <li>■ En la agresividad-destructividad*</li> <li>■ En el conocimiento*</li> <li>■ En la modulación emocional*</li> <li>■ En los procesos de duelo ante las pérdidas afectivas*</li> </ul>	Las relaciones interior-exterior de la familia como «célula básica» de la sociedad
7. Modelos de relación con el exterior	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Perspectiva socio-conductual: familia estructurada, desestructurada, «en reversión», sobreimplicada o aglutinada, subimplicada, ansiosa-tensa, etc.*</li> <li>■ Perspectiva psicoanalítica: familia de pareja básica, matriarcal, patriarcal, «banda de chicos», «casa de muñecas», «en reversión», etc.*</li> </ul>	
8. Modelos para el aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ En especial, el aprendizaje placer-curiosidad-juego <i>versus</i> el aprendizaje obligación-acumulación-sufrimiento-robo...*</li> </ul>	
		El aprendizaje como resultado cognitivo-emotivo-relacional

\* Que deben repartirse en cada familia y día entre la figura masculina y la figura femenina, o entre el cuidador principal y (al menos) un cuidador secundario.

Estos niños sometidos a negligencia física o afectiva —o ambas a la vez— son niños que, si no mueren en la infancia, padecerán graves riesgos de ser diagnosticados como «portadores de trastorno mental». Y ello podría irles incluso bien, con el riesgo de una *cronificación medicalizada* subsiguiente, si no fuera porque ya están «destinados a ser marginados» o bien a defenderse mediante diferentes sistemas de «seudoidentidad» (*seudoself*). Después de ser seudodiagnosticados previamente con seudodiagnósticos marginadores y parciales, tales como TEA, TDAH, trastornos bipolares y otras lindezas, serán seudotrastados con dispositivos empobrecidos y empobrecedores tales como los que nuestra «psiquiatría para pobres» les tiene predestinados. Dispositivos aún más empobrecidos tras los recortes-estafa que, en este ámbito, han sido aplicados con fervor, hasta el extremo de que casi ninguno de estos niños o de estas familias puede recibir un adecuado apoyo psicoterapéutico por parte de los servicios públicos en una sociedad «desarrollada» como la nuestra.

Algunos de estos niños, para mayor marginación aún, pasarán a formar parte de los sistemas de tutela de nuestros Estados. Y estos se hallan tan enormemente empobrecidos de medios terapéuticos y de acompañamiento real, que se han dedicado durante decenios a proporcionar psicofármacos al por mayor a esos niños: desde hipnosedantes, hasta derivados anfetamínicos por supuestos TDAH y neurolépticos más tarde...

Y aquí sí que hay una ganancia económica de alguien: en concreto, de los fabricantes y expendedores de los susodichos psicofármacos. Su consumo en la infancia tutelada es tan amplio en países como Estados Unidos, Australia, Alemania o España, entre muchos otros, que, en el caso de los primeros, en los que sí existen sistemas de auditoría, les ha llevado a replantearse todo el sistema de seguridad social, en riesgo de ser quebrado por el consumo disparatado de psicofármacos (Leslie et al., 2000).

## Medicalización, cronificación medicalizada y psicofarmacologización de la infancia

Otras vías para la marginación de la infancia son la *psicofarmacologización* y *medicalización* abusiva de una parte de la misma. Como me he extendido

sobre ellas en otros momentos y publicaciones (véase, por ejemplo, *Psicopatología del poder* o *Entender las psicosis*), tan solo les recordaré aquí por qué hablo de *psicofarmacologización abusiva*, de *cronificación medicalizada* y de «burbuja sanitaria profesionalizadora» en este caso.

En primer lugar, por la extensión, a todas luces abusiva, del diagnóstico psiquiátrico en nuestros medios: como ya he repetido en distintas ocasiones, incluso con estudios sustentados en una similar metodología, la supuesta prevalencia de trastornos mentales en niños y adolescentes es del 21,7% de todos los niños en España, 22,5% en Suiza, 20,7% en Alemania... ¡y 15% en Japón, 12,7% en Brasil o 12,8% en la India...!

Incluso comparando solo la prevalencia en diversos países europeos, con estudios con metodología similar, podemos encontrar prevalencias de 9,5% en Reino Unido, 12,4% en Francia... y 21,7% en España.

En el caso del supuesto TDAH, hay CSMIJ en Cataluña que confieren tal seudodiagnóstico al 58,78% de los niños que les consultan (cifras oficiales del 2013), mientras que otros lo hacen al 2,48% de sus consultantes...

Lo abultado de estas cifras, así como la disparidad de las mismas en medios socioculturales cercanos, hace pensar que «hay un fantasma en la máquina». Dicho de otra forma, que en algunos casos la metodología y los investigadores están preparados para encontrar psicopatologías y clasificar como «casos psiquiátricos» a muchos niños y jóvenes.

Como digo a menudo, si ello fuera así, si estuviéramos manteniendo una sociedad que crea psicopatologías en cerca de la cuarta parte de sus niños y jóvenes, eso sería un motivo... para revolucionar el sistema, para «hacer la revolución». No obstante, también podríamos pensar que esa sobremedicalización de nuestra infancia es un intento torpe y primitivo de simplificar los complejos problemas que la prevención de esa situación y su calificación más contextual, más biopsicosocial y política, habría de suponer.

Sin olvidar, desde luego que, como han estudiado recientemente Vinuesa (2015), Laporte (2016) o nosotros mismos (2013, 2014 y 2016), vuelve a haber unos «beneficiados» de tal situación: una parte de la industria farmacéutica que está dispuesta a ello con tal de obtener beneficios; esa parte del consorcio

químico-farmacéutico a la que nosotros llamamos *Big Pharma*. Con el agravante, además, de que hay pocos sectores mercantiles que «fidelicen» tanto a los «clientes» como el uso de drogas psicoactivas... legales o ilegales.

Si a ustedes les parecen exageradas estas inferencias, tengan en cuenta los datos proporcionados por Laporte, catedrático de Farmacología en la Universidad Autónoma de Barcelona, a partir de los cuales describía en 2016 cómo España es un gran avanzado en la *psicofarmacologización de la población* (Barberá, 2016):

- España es el mayor consumidor de hipnosedantes por habitante del mundo (sobrepasó a Francia en 2010 y a Estados Unidos en 2012).
- En consumo de antidepresivos, nuestra población es la primera de Europa y la segunda del mundo, por detrás de Estados Unidos.
- Y con respecto al consumo de neurolépticos («antipsicóticos») —que se ha multiplicado por diez en diez años, sobre todo en la infancia y la adolescencia—, nuestra población es la segunda del mundo.

Que la *psicofarmacologización*, la *medicalización* y la *cronificación medicalizada*, así como otra serie de disparates antisaneitarios, vienen ya desde la propia infancia, hay numerosos datos que lo avalan. Por ejemplo:

- Los niños de clase baja tienen cuatro veces más probabilidades de estar ingiriendo neurolépticos (¿Paul Williams los tendría que haber tomado?).
- Eso significa que, en Estados Unidos, más de un millón de niños y adolescentes están tomando neurolépticos.
- En una investigación de Medicaid (una de las «miniseguridades sociales» norteamericanas) han aparecido tres niños de menos de un año que los estaban tomando. Y personalmente, ya he tenido que atender a una familia a la que le habían recomendado administrar un neuroléptico (un antipsicótico) a su hijo de 18 meses.
- Solo un 40% de esos niños psicofarmacologizados habían recibido una evaluación por parte de profesionales de salud mental. Al resto, le indican el uso de psicofármacos pediatras, médicos de familia, neurólogos, enfermeros y una larga lista de supuestos técnicos que es mejor no nombrar.



- Los neurolépticos son las medicinas *top-selling* actualmente en Estados Unidos, con una «cifra de negocio» mayor de 19,2 billones de dólares americanos en 2010.
- Según el National Center on Addiction and Substance Abuse norteamericano, en su informe de 2011: cinco millones de norteamericanos consumían analgésicos y drogas psiquiátricas, abusando de ellas más que de la cocaína, la heroína y las metanfetaminas combinadas; y 2,3 millones de adolescentes hacían lo mismo. El informe concluyó que el abuso en la adolescencia de estas drogas médicamente prescritas se correlaciona con doce veces más probabilidades de consumir heroína, catorce veces más de consumir éxtasis y veintiuna veces más de consumir cocaína.

Es decir, que tanto en nuestro país como en Estados Unidos y otros de similar sistema social al nuestro se está aplicando el principio básico opuesto a una política sanitaria *comunitarista*. Se está implementando el «too many, too much, too young» (psicofármacos para muchos, en dosis disparatadas, y a demasiado jóvenes). Esta psicofarmacologización es una de las formas más peligrosas, masivas y adictivas de profesionalización abusiva de la infancia, otra grave vía para la marginación de una parte de esta.

Y si nos extendiéramos en la «promoción de enfermedades» (el *disease mongering*) para luego medicarlas, nos encontraríamos con que, nuevamente, la asistencia psiquiátrica en la infancia es otra gran vía para aprovecharse de millones de potenciales consumidores... indefensos, además.

Con el agravante de que, como ya hemos dicho, y nosotros mismos hemos comprobado en nuestras investigaciones en el área metropolitana de Barcelona, las situaciones de marginación social en último extremo conducen no solo a la marginalización mediante seudodiagnósticos o medicalizaciones *ad hoc*, sino a una de las más grandes marginaciones que existen en nuestra sociedad: padecer una psicosis y ser diagnosticado como tal. Lo cual, como mostramos en estudios poblacionales realizados en el área metropolitana de Barcelona (Tizón et al., 2009, 2013), lleva a que los pacientes con psicosis de los barrios habitados por poblaciones con acumulación de factores de riesgo dupliquen a los pacientes con psicosis de otros barrios y aglomeraciones urbanas en la misma Cataluña.

Algo que, por otra parte, ha sido corroborado recientemente utilizando los más sofisticados métodos de investigación: las adversidades en la infancia son la única fuente demostrada de las psicosis de la edad adulta, así como de otros muchos trastornos mentales reales (Varese et al., 2012; Tizón et al., 2013; Debbané et al., 2016).

De tal forma que la frecuencia de psicosis, probablemente el trastorno mental más grave y marginador hoy, se sabe ya que, como recogíamos en 2013, es mayor precisamente en poblaciones marginalizadas o con graves riesgos de serlo. Esto es:

- entre los inmigrantes extracomunitarios,
- entre los sobrevivientes y descendientes de una catástrofe natural o social,
- entre los hijos de embarazadas sometidas a graves duelos o conflictos durante el embarazo,
- entre las clases y grupos sociales explotados o marginados,
- entre los adolescentes y adultos con enfermedades y lesiones tempranas del SNC,
- entre los adolescentes y adultos que han sido «niños raros y aislados»,
- entre las personas y grupos socialmente aislados que no poseen una amplia y viva «red social»,
- entre los descendientes de las familias gravemente disfuncionales,
- entre los habitantes de los barrios centrales en degradación y las periferias de las grandes urbes y megaurbes,
- entre los sin techo,
- entre ciertas tribus urbanas,
- entre los internados en cárceles,
- entre los niños y adolescentes sometidos a tutela legal,
- entre caribeños inmigrados y no inmigrados,
- entre los habitantes de los países tecnológicamente «desarrollados» en comparación con los de los países «en vías de desarrollo».

Para mayor gravedad, estamos hablando de poblaciones con mayores índices de fertilidad y fecundidad, tal como demostramos, incluso para las psicosis, en los trabajos del Equipo de Prevención en Salud Mental y Atención Precoz

a los Pacientes en Riesgo de Psicosis (EAPPP, del ICS de Cataluña). Por cierto, uno de los equipos que fue eliminado con los recortes-estafa, cuando ya había mostrado que proporcionaba una atención mucho más integral —además de más barata y eficiente— a las personas que padecen ese trastorno y a sus familias.

Y todo ello cuando ya se sabe, desde hace decenios, que la marginalización y la marginalidad producen graves repercusiones sanitarias y psicosociales, incluso en animales, como bien resumen los estudios de Marmot, Wolf, Wilkinson, Cole o Cacioppo. Al respecto, la soledad se correlaciona no solo con la falta de bienestar subjetivo, sino también con ampliamente documentados aumentos de mortalidad y morbilidad. Y más aún el «sentimiento de soledad», es decir, la soledad percibida, que es un predictor de manifestaciones negativas de salud más potente aún que la soledad objetiva (entre dos y siete veces más que otros factores de riesgo típicos: tabaco, sedentarismo, hipercolesterolemia...).

Asimismo, también sabemos que el sentimiento de soledad se asocia incluso con la expresión genética: concretamente con la infraexpresión de los genes que vehiculan los transcritores de la respuesta antiinflamatoria de los glucocorticoides y con la sobreexpresión de genes que vehiculan los transcritores NF-B/R proinflamatorios (Cole et al., 2007). Al igual que sabemos que la negligencia afectiva y social repercute en la expresión genómica (Feder, 2009), en los mecanismos de neuroinflamación y, por lo tanto, en los cambios cerebrales por las emociones y presiones ambientales. Y en los niveles de oxitocina, en la microorganización cerebral, en la regulación del eje hipófiso-pituitario-adrenal, en la regulación dopaminérgica... Y todo ello, con acciones y retroacciones múltiples sobre el tipo de apego y mentalización (Debbané et al., 2016).

Todo esto ya se sabía desde al menos el desarrollo del estudio Framingham (Cole et al., 2007; Cacioppo et al., 2007, 2009). Además, otras muchas investigaciones apuntaban hacia ahí desde hacía décadas. Sin embargo, los fondos de investigación y para la asistencia han estado «capturados» durante esos decenios (hablamos de billones de dólares) por una perspectiva que, como muestra Bentall (2013), ha estado obnubilada por tres mitos sobre los trastornos mentales (TM), a los que yo me permito añadir un cuarto:

1. El mito de la validez y fiabilidad de los diagnósticos psiquiátricos.
2. El mito de que los TM son «enfermedades genéticas».
3. El mito de que los TM son «enfermedades del cerebro».
4. El mito de que la psicofarmacología es casi siempre necesaria.

Todo profesional que receta psicofármacos para los trastornos de la infancia o la primera infancia debería reflexionar previamente sobre cómo esos productos, normalmente sedantes, afectarán al desarrollo neurológico y emocional, así como a las transiciones psicosociales y las fases del desarrollo psicobiológico del niño. La tabla 2 (véase la página siguiente) es un esquema que utilizo para recordar algunas de esas transiciones fisiológicas o accidentales que puede sufrir un niño y que pueden resultar gravemente alteradas por el uso crónico de «drogas para el cerebro» o psicofármacos.

Y todavía quedan otras muchas formas de marginar a la infancia vulnerable. Entre otras, la marginación a la cual puede verse sometida en un sistema escolar que —aunque *todavía* es un respetable sistema de instrucción e incluso formación en nuestra sociedad— está entrando en crisis en parte por la aplicación de los recortes-estafa también en este campo. Recortes que, desde luego, no se aplican por igual a todos los niños, sino precisamente a los más vulnerables, que se hallan obligados a tirar hacia delante en instituciones y situaciones en las que muchos (niños y adultos) acaban por tirar la toalla.

Pero más difícil es y será para esos niños y esos chicos. Una situación en la que, si no respondemos con una cierta indignación y un enfrentamiento con esas políticas educativas, estaremos colaborando en una cierta forma de corrupción (Bilbeny et al., 2014) y, desde luego, en la marginación de esos grupos de jóvenes y niños. Por supuesto que cada uno se posiciona ante ese dilema según su conciencia, pero hoy no hay duda de que una situación de más de quince niños por clase, máxime si son de seis, siete o hasta diez etnias o culturas diferentes, no es una buena forma de integración, sino una excelente manera de contribuir a la marginación.

Y todo ello en un mundo en el cual algunas instituciones europeas, incluso con el apoyo gubernamental europeo (2000), definieron que la promoción en salud mental de niños menores de seis años era un objetivo prioritario, prestando particular atención:

## ¿Sirve para algo marginar activamente a un tercio de la infancia?

## Crisis y salud mental en niños y jóvenes: ¿causa o consecuencia?

**Tabla 2.** Duelos y transiciones psicosociales principales en los niños. *(Todas ellas, si no se ayuda al niño, pueden provocar alteraciones en su desarrollo.)\**

Transiciones psicosociales propias del desarrollo de todo niño	Transiciones frecuentes, aunque accidentales	Pérdidas y duelos difíciles de elaborar
Nacimiento y «blues del posparto» (desequilibrio emocional del posparto) (Sonrisa social) Destete. Representaciones de la madre o cuidador principal como «objeto total y permanente»: <i>En consecuencia, puede estar o no estar, ser «bueno» o «malo» para el bebé...</i> Ansiedad ante el extraño: <i>Confía en los propios, desconfía de los extraños</i> Deambulación (autonomía creciente o bien <i>vergüenza y duda</i> crecientes por frustraciones a la autonomía) Integración verbal de las emociones (el niño narrativamente competente, que puede expresar mejor sus sufrimientos) Triangulación genérica: <i>Capacidades autónomas, iniciativa creciente, defensa de lo propio, celos de lo ajeno valorado, reconocimiento de las diferencias generacionales y genéricas, desarrollo de la culpa y la conciencia moral...</i> (capacidad de iniciativa creciente o bien frustración y culpa creciente) Integración escolar (industriosidad creciente o bien inferioridad creciente) Pubertad y adolescencia (logro de la identidad a través de conflictos o bien confusión, inseguridad en sí mismo, dudas con respecto a la propia identidad...)	Separaciones con respecto a los padres en la infancia Separación de los padres Deprivaciones afectivas Migraciones mal asistidas y elaboradas Pérdidas materiales: por ejemplo, ruina de la familia, paro de los padres... Inferioridad física o mental Divorcio o separación de los padres Separaciones o alejamientos demasiado largos del hogar Separaciones del ambiente escolar: repeticiones o cambios de institución reiterados	Pérdida de la madre Pérdida del padre Pérdida de un hermano u otro familiar altamente significativo Pérdidas psicofísicas importantes: lesiones, minusvalías, enfermedades con secuelas Abandono por parte de un progenitor Suicidio de un progenitor o hermano Privaciones o negligencias afectivas importantes Abuso por parte de un progenitor o familiar próximo Migraciones catastróficas Inferioridad física o mental importante

\*Derivada de Emde (1999) y Tizón (2013, 2014, 2015)

1. A los niños vulnerables, tales como aquellos en riesgo psicosocial o con salud frágil, prematuros, discapacitados o con enfermedades crónicas, y aquellos con problemas precoces de desarrollo y conducta.
2. A los niños con un entorno familiar vulnerable, tales como los niños víctimas de abusos o negligencias; hijos de familias monoparentales o de padres adolescentes; niños adoptados o en acogimiento; familias conflictivas, disfuncionales, multiproblemáticas, «multiservicios»; hijos de padres con trastornos de salud mental o toxicómanos.
3. A los niños en riesgo por sus condiciones socioculturales: refugiados, inmigrantes, padres en paro...

La crisis político-económica que nos han impuesto ha arrumbado con las pocas políticas que en este sentido se habían puesto en marcha, si bien ya antes de la misma era uno de los ámbitos en los cuales las administraciones autonómicas españolas, el Estado español y las organizaciones comunitarias europeas se habían mostrado más cicateras. En el momento actual, con esta Europa cuyo «patio trasero», el Mediterráneo, se ha convertido en uno de los mayores cementerios de la historia para beneficio exclusivo de los fabricantes y traficantes de armas y las empresas (privadas y elegidas a dedo) que trabajan las «reconstrucciones», las políticas de protección y apoyo a la infancia han naufragado en el mismo cementerio.

Lo grave, encima, es que todo esto sucede cuando su efecto beneficioso, su posibilidad y su eficacia y eficiencia han sido demostrados una y otra vez, desde Rae-Grant (1991) hasta Meissels y Shonkoff (2000) o Shonkoff y Garner (2012).

De ahí la pregunta con la que intitulábamos este escrito: ¿Sirven de algo esas políticas? ¿Marginar a casi un tercio de la infancia sirve de algo? ¿Sirve a alguien? ¿Sirven de algo o a alguien estas situaciones, o son meros «efectos colaterales»?

Pues tal vez sí. La organización económica capitalista, y más en su momento actual, necesita siempre de un excedente de trabajo, de un «ejército laboral de reserva» que permita un abaratamiento de los salarios, la competencia entre trabajadores y la instauración de conflictos sociales secundarios que impidan transformaciones fundamentales. Hasta ahora, ese «ejército laboral de reserva» se ha nutrido de:

## ¿Sirve para algo marginar activamente a un tercio de la infancia?

1. Trabajadores autóctonos con escaso nivel de formación y propiedades (proletarios).
2. Trabajadores inmigrados desprovistos de gran parte de sus derechos.
3. A través de la deslocalización-globalización, mediante el uso abusivo de trabajadores sobreexplotados en los países a los que han trasladado parte de sus negocios las empresas transnacionales.

Actualmente, la segunda y tercera vía para nutrir el «ejército laboral de reserva» se están cerrando. Al mismo tiempo, a escala mundial está irrumpiendo un nuevo reparto del poder económico y de todo tipo, con la entrada en ese mercado global de China (1.500 millones de habitantes), India (1.100 millones) y otros países emergentes con grandes potencialidades y futuro, tales como Brasil (380 millones). ¿Cómo podrán pues nuestras actuales élites y castas dirigentes perpetuar sus ganancias exorbitantes, mantener ese «ejército laboral de reserva»? Pues con sus propios pueblos: de ahí la necesidad de la crisis política y de la creación de un «*shock* neoliberal» que difunda un miedo colectivo. Lo cual significa además, estructuralmente, todo tipo de engaños, recortes-estafa y *austericidios*, pues para ello se parte de una perspectiva de la humanidad como «objeto parcial»: yo y los míos, la *econo-mía* y la *econo-nuestra*, y el resto, seres prescindibles...

Y todo ello hay que prepararlo desde la infancia: en este sentido, la psicopatología biocomercial puede proporcionar ayudas masivas, colocando ya desde la más tierna edad «a cada uno en su sitio» en el entramado social.

¿*Econo-mía* o *econo-suya*? Toda una disyuntiva. Podemos favorecer que se margine activamente a ese tercio de la infancia porque nos quedan los otros dos tercios, entre los que esperamos que estén nuestros hijos y allegados, claro. Por eso no los llevamos a esa «psiquiatría para pobres» en la que se han convertido progresivamente nuestros sistemas de salud mental.

O, por el contrario, podemos poner en marcha dispositivos y políticas que integren las capacidades y potencialidades de la mayoría de los niños y jóvenes. Si bien esto no impedirá la marginación de muchos de ellos —al menos en los tiempos que vienen—, podría proporcionar sin embargo todo un amplio porcentaje de seres humanos sin sus capacidades innatas mermadas por haber nacido en «el lado oscuro de la sociedad». Es decir, podemos

## Crisis y salud mental en niños y jóvenes: ¿causa o consecuencia?

intentar aprovechar al máximo la riqueza de nuestra infancia y nuestra especie, o bien seguir creando barreras infranqueables, de casta, para esa tercera parte de los futuros adultos.

Una vez más, se trata de una decisión política con unas vías técnicas para llevar adelante y realizar cualquiera de las dos alternativas.

¡Que no les cuenten cuentos! Si se quiere la primera, es preciso un cambio muy decidido no solo en los presupuestos, sino en las políticas de servicios sociales, sanitarios, comunitarios en general... No es que no se pueda, es que son otras las decisiones políticas. Es una elección. Y no se puede avanzar en esta dirección sin cambios políticos profundos que la antecedan y den sustento, tanto en la política parlamentaria como en la política ciudadana.

## Es posible una política comunitarista de la infancia (y de la vida)

Básicamente, desde el punto de vista psicológico y de salud mental, la vía de integración y aprovechamiento de las potencialidades de toda la infancia implica, por ejemplo:

1. Financiar y desarrollar programas de promoción de la salud (mental) de la infancia.
2. Sostener económicamente el desarrollo de programas preventivos realmente comunitarios, gran parte de ellos de prevención primaria, inespecíficos, programas para los que se necesita formar, orientar y sostener de otra forma a los profesionales.
3. Una organización social mucho más solidaria que fomente ese tipo de programas y, ante todo, los de conciliación de vida familiar y social («Más tiempo con los hijos») o servicios comunitaristas más desarrollados, entre muchos otros.
4. Inversiones decididas en equipos de orientación comunitaria preventivo-clínicos: no solo en personal, sino también en formación y supervisión, otra de las partidas decapitadas prontamente por los recortes-estafa.

Todo ello no es «muy costoso y complejo», sino cada vez más claro y, desde luego, menos gravoso que el despilfarro actual (y no digamos de la crisis económica que nos han impuesto). Viene aquí a cuento citar aquel programa de prevención primaria norteamericano (Hammons y Fiese, 2011) que promocionaba que los niños y familiares de familias vulnerables cenaran juntos más de tres veces por semana (!), con notables resultados sobre la obesidad infantil, el consumo de comida basura, los trastornos alimentarios y la tendencia a consumir alimentos sanos.

Dentro de mi campo profesional, hemos de tener muy en cuenta los datos sobre la pobreza de medios y el retraso en la detección precoz de los TEA (trastornos del espectro autístico) en nuestro país (Larbán, 2015; Tizón, 2016):

- Las familias son las primeras en detectar señales de alarma en el desarrollo de su hijo (entre el 30% y el 50% de los padres las descubren ya en el primer año de vida).
- Desde esas primeras sospechas, basadas en señales de alarma vivenciadas como tales por la familia, hasta el «diagnóstico oficial», pasan dos años y dos meses de promedio.
- La edad media en la cual, en nuestro país, un niño recibe un diagnóstico de TEA era de cinco años (al menos, hasta la implantación del DSM5).
- Hoy por hoy, el diagnóstico de TEA suelen hacerlo los servicios especializados precisamente en esa valoración: para este tipo de problemas se ha mejorado, todavía poco, la sensibilidad diagnóstica de la Atención Primaria.
- Es decir, que suelen pasar entre dos y cuatro años desde que el niño muestra las primeras señales de alarma hasta que es diagnosticado, aunque existen estudios internacionales y nacionales de cómo no es especialmente difícil un diagnóstico más precoz.
- Además, ese diagnóstico retardado actual suele hacerse más bien en servicios privados o especializados, manifestándose así nuevamente la dificultad de nuestros servicios sanitarios para implementar una *perspectiva relacional* de la asistencia (pues las primeras señales de alarma de TEA, como ya hemos visto, son relacionales, y se observan en la rela-

ción). Es otra consecuencia (asistencial y económica) sumamente negativa de esa falta de perspectiva relacional o, si se quiere, biopsicosocial.

- Y, para colmo, los medios que se ponen para el tratamiento, y no, para la prevención secundaria y terciaria, siguen siendo en nuestro país, en general, enormemente primitivos, pobres, poco integrados y actualizados, sometidos además a los recortes-estafa como en otros muchos campos de los servicios públicos.

En mi opinión, hoy en día debemos ya dejar de lado las inútiles controversias relativas al papel de lo genético y lo «social» en el desarrollo de la infancia. Ya sabemos que parte de lo connatal tiene que ver con las adversidades durante el embarazo y que la genética pesa, como poco, en las disposiciones generales innatas de los individuos, como por ejemplo el temperamento (y, por tanto, los rasgos de carácter, de personalidad). También, que una parte del genotipo se actualiza o no, se convierte o no en fenotipo e incluso en paratipo dependiendo del clima de adversidad biológica, psicológica o social en el cual vivan esos niños. Y que los factores de protección, contención y resiliencia, así como las capacidades *cuidantes* (fundamentadas en el apego establecido y en las capacidades de mentalización y contención de los cuidadores), pueden contrarrestar incluso tendencias muy marcadas hacia la psicopatología y otras enfermedades somáticas (Tienari et al., 2006; Mäkki et al., 2005; Shonkoff y Garner, 2012).

Solo el sectarismo o la ignorancia pueden seguir sosteniendo actualmente la contraposición *nature-nurture*. Lo cual es natural, porque hoy sabemos que «las adversidades se corporeizan, se inscriben en el cuerpo, en el soma, precisamente durante el desarrollo infantil». Por eso, como recuerdan en su revisión Shonkoff y Garner (2012), los costes a lo largo de la vida de los cuidados inadecuados de la infancia «son enormes, y se manifiestan en impactos negativos en los aprendizajes, los comportamientos y la salud, mientras que intervenciones efectivas en la infancia temprana proporcionan oportunidades críticas para prevenir esos resultados indeseables, produciendo así importantes devoluciones económicas a toda la sociedad».

¡Que no les cuenten cuentos! Para ello no se necesitan grandes recursos económicos (desde luego, menos que para saldar el «rescate bancario»), sino

servicios comunitarios mejor dotados de personal. Pero que no les cuenten cuentos: a pesar de lo que les digan, España es uno de los países europeos con menos funcionarios por habitante. Y no se trata tan solo de funcionarios o no, sino de personal dedicado a los servicios realmente comunitarios (y no a negocios privados o de mera caridad biempensante): hasta cerca de la tercera parte del empleo en algunos países del norte de Europa. Una excelente forma, además, de paliar el paro, más aún en países como el nuestro, irremediablemente sometidos ya al «decrecimiento industrial».

¡Que no les cuenten cuentos! El «crecimiento sostenible» es otro de ellos. Nuestro modelo social y económico ya es ahora mismo insostenible, como lo muestran sus salarios (de ustedes) y la pérdida de valor real de sus posesiones en solo ocho años. Al respecto, en determinados sectores y, en general, en profesionalismo y medicalización, hemos de ir hacia lo que prefiero llamar el «decrecimiento sostenible».

Además, este es uno de los «principios ideológicos clave» para cualquier alternativa a la marginación de un tercio de la infancia. Por necesidades de espacio, concluiré con un mero resumen o esquema de varios de ellos, en el bien entendido de que cada uno conlleva consecuencias teóricas (en nuestra concepción de los servicios comunitarios, de los servicios sanitarios, de los servicios de salud mental...) y consecuencias estrictamente técnicas. De ahí que tenga que limitarme aquí a una mera exposición de esos principios más vinculados con lo que venimos comentando, en el sentido de una vía alternativa integradora:

1. El principio de la «mínima profesionalización necesaria», procurando no exralimitarse en el uso de medidas profesionales por encima de las «profanas».
2. El principio del «decrecimiento sostenible».
3. El cuidado y desarrollo consecutivo de los «niveles no profesionalizados para la contención» biológica, psicológica y social.
4. El decrecimiento sostenible en la profesionalización, tendente a una menor medicalización de la cultura y la sociedad, lo cual implica una actitud activa para evitar la sobremedicación de la infancia.
5. Los principios psicosociales básicos de conciliación de horarios laborales y escolares o el más general de «Más tiempo con los hijos» (<http://mastiempoconloshijos.blogspot.com.es/>).

6. El principio de la necesidad de una participación más activa de la población en las decisiones políticas, tanto en este ámbito como en todos. Políticos y profesionales alternativos llevamos varios decenios siendo derrotados en todos los intentos de lograr servicios realmente más comunitarios: se han ido convirtiendo progresivamente en negocios privados, privatizadores y medicalizadores-profesionalizadores. Necesitamos pues de una población participativa y dinámica que plantee conflictos, discusiones, tal vez diatribas, tal vez derribos...
7. Entre otros ámbitos, en el de la promoción y prevención de la salud mental, un campo abonado para la medicalización. De ahí la necesidad de pensar activamente en la *prevención cuaternaria*, es decir, en estar muy atentos incluso a los malos usos de las actividades preventivas y de promoción de la salud.
8. Esto conlleva, por ejemplo, otro modelo de psicopatología, basada esta en la atención a las emociones y las relaciones en el desarrollo. Una psicopatología que tenga en cuenta tanto el ecosistema relacional como el ecosistema biológico del ser humano y, por lo tanto, enfocada hacia la emoción y sus correlatos sociales y neurocientíficos.
9. Sus derivaciones pragmáticas han de llevarnos hoy hacia una integración interservicios y con la comunidad, es decir a desarrollar el *dialogismo* y el *comunitarismo*: servicios mucho más proactivos que trabajen realmente en la comunidad, incluidos los domicilios de las personas necesitadas de sus «servicios», que dialoguen democráticamente con la población «atendida», que practiquen tratamientos tipo TIANC (tratamientos integrales adaptados a las necesidades del paciente y su familia en la comunidad), etcétera (Donelan et al., 2009; Turpeinen, 2007; Williams, 2015; Tizón, 2014, 2015; Seikkula y Arknil, 2016...).

Y todo ello porque hoy ya sabemos que:

1. La asistencia comunitarista —no solo orientada hacia la comunidad, sino basada en la comunidad— es mucho más eficaz y eficiente que la tecnocracia, el profesionalismo, la in-solidaridad social, la desintegración entre servicios y la sanidad-negocio.

2. Que la integración de servicios y la integración con la comunidad es más eficaz y eficiente que la disociación asistencial, los «multiservicios» y la fragmentación asistencial.
3. Que tener en cuenta las relaciones, las emociones y el mundo interno en la asistencia no entorpece sino que facilita ese modelo asistencial y una atención a las necesidades sociales más eficaz y eficiente que el biologismo, el conductismo estrecho, el asistencialismo desmedido, la caridad como sistema asistencial y la disociación afectivo-cognitiva y teórico-técnica.

Y sobre todo, que cuando todo ser humano debería tener claro lo que Rabindranath Tagore nos recordó hace casi un siglo:

El hombre es un niño;  
poder crecer es su poder.

## Bibliografía

- Ansermet F, Magistretti P. A cada cual su cerebro. Buenos Aires: Katz; 2006.
- Artigue J. El Lismen: un cuestionario para explorar los factores de riesgo en salud mental. *Temas de Psicoanálisis*. 2013; 5: 1-21. Disponible en: [www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2013/01/Pdf-Jordi-Artigue1.pdf](http://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2013/01/Pdf-Jordi-Artigue1.pdf).
- Artigue J, Tizón JL. Una revisión sobre los factores de riesgo en la infancia para la esquizofrenia y los trastornos mentales graves del adulto. *Aten Primaria*. 2014; 46(7): 336-356. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656713003077> y <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.11.002>.
- Artigue J, Tizón JL, Salamero M. Reliability and validity of the List of Mental Health Items (LISMEN), *Schizophr. Res*. 2016. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2016.04.048>.
- Bentall RP. *Medicalizar la mente. ¿Sirven de algo los tratamientos psiquiátricos?* Barcelona: Herder-3P; 2011.
- Bilbeny N, Camps V, Cruz M, García-Baró M, Rivière M, Talarn T. *Hartos de corrupción*. Barcelona: Herder; 2014.
- Brazelton TB, Cramer BG. *La relación más temprana*. Barcelona: Paidós; 1993.
- Brisch KH. *Treating attachment disorders: from theory to therapy*. Londres: The Guildford Press; 2004.
- Brun A. *Mediaciones terapéuticas y psicosis infantil*. Barcelona: Herder-3P; 2009.
- Cacioppo JT, Fowler JH, Christakis NA. Alone in the crowd: the structure and spread of loneliness in a large social network. *Journal of personality and social psychology*. 2009; 97(6): 977.
- Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Thisted RA. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and aging*. 2006; 21(1): 140.
- Cole SW, Hawkley LC, Arevalo JM, Sung CY, Rose RM, Cacioppo JT. Social regulation of gene expression in human leukocytes. *Genome biology*. 2007; 8(9): 1-18.
- De Schutter O. *El potencial transformador del derecho a la alimentación*. Ginebra: Naciones Unidas, Asamblea General; 2014.
- Debbané M, Salaminios G, Luyten P, Badoud D, Armando M, Tozzi AS, et al. Attachment, neurobiology, and mentalizing along the psychosis continuum. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2016; 10: 406.
- Direcció General de Salut Pública, Generalitat de Catalunya. *Protocolo de actividades preventivas y de promoción de la salud para la edad pediátrica*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Direcció General de Salut Pública. 2008. Disponible en: [www.scpediatrics.cat](http://www.scpediatrics.cat).
- Donelan-McCall N, Eckenrode J, Olds DL. Home visiting for the prevention of child maltreatment: Lessons learned during the past 20 years. *Pediatr Clin N Am*. 2009; 56: 389-403.
- FEDAIA. *Pobresa Infantil a Catalunya. Informe FEDAIA*. Barcelona: FEDAIA; 2012.

- Feder A, Nestler EJ, Charney DS. Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nature Reviews, Neuroscience*. 2009; 10(6): 446-457.
- Fonagy P, Gergely G, Jurist EL. *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Nueva York: Other Press; 2002.
- Hammons AJ, Fiese B-H. Family Resiliency Center, Human and Community Development, University of Illinois. Is frequency of shared family meals related to the nutritional health of children and adolescents? *Pediatrics*. 2011; 127:e000.
- García de Vinuesa F, González H, Pérez M. *Volviendo a la normalidad: La invención del TDAH y del trastorno bipolar infantil*. Madrid: Alianza; 2014.
- Harman JS, Childs GE, Kelleher KJ. Mental health care utilization and expenditures by children in foster care. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2000; 154(11): 1114-1117.
- Harris M., compiladora. *Su hijo, año a año*. Buenos Aires: Paidós; 1990.
- INTRESS. Informe Intress número 3: Salut Mental d'infants i adolescents: Diagnòstic i tractament a debat. Barcelona: Intress; 2016.
- Larbán J. *Vivir con el autismo, una experiencia relacional*. Barcelona: Octaedro; 2012.
- Laporte JR. La tristesa no és una malaltia. En: Barberá J. *Insatisfets*. Barcelona: Penguin-Random House; 2016. p. 27-57.
- Leslie LK, Landsverk J, Ezzet-Lofstrom R, Tschann JM, Slymen DJ, Garland AF. Children in foster care: Factors influencing outpatient mental health service use. *Child abuse & neglect*. 2000; 24(4): 465-476. DOI:10.1016/S0145-2134(00)00116-2.
- Magagna J, Saba M, editores. *El niño del silencio: La comunicación más allá de las palabras*. Londres: Karnac; 2012.
- Mäki P, Veijola J, Jones PB, Murray GK, Koponen H, Tienari P, et al. Predictors of schizophrenia, a review. *British Medical Bulletin*. 2005; 73(1): 1-15.
- Marmot MG. The importance of psychosocial factors in the workplace to the development of disease. En: Marmot MG, Wilkinson RG, editores. *Social determinants of health*. Nueva York: Oxford University Press; 1999. p. 24-38.
- Meisels SJ, Shonkoff JP, Zigler EF. *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.
- Meltzer D, Harris H, Hayward B. *El paper educatiu de la família*. Barcelona: Espaxs; 1989.
- Mental Health Europe-European Commission. *Mental health promotion for children up to 6 years*. Bruselas: European Commission; 2000.
- Panksepp J, Biven L. *The Archaeology of mind: neuroevolutionary origins of human emotions*. Nueva York: Norton Company; 2012.
- Read J, Hammarsley P, Rudegair Th. ¿Por qué, cuándo y cómo preguntar sobre el abuso infantil? *Rev. Psicopatol. S.M. Niño Adol*. 2015; 26: 9-23.
- Rholes WS, Simpson JA. *Adult attachment: theory, research, and clinical implications*. Londres: The Guildford Press; 2004.
- Rae Grant NI. Primary prevention. En: Lewis M, editor. *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook*. Baltimore, MD, US: Williams & Wilkins Co; 1991. p. 918-929.
- Roseboom TJ, Painter RC, van Abeelen AF. Hungry in the womb: what are the consequences? *Lessons from the Dutch famine*. *Maturitas*. 2011; 70: 141-145.
- Save the Children. *Pobreza infantil y exclusión social en Europa: 27 millones de niños y niñas están en riesgo de pobreza o exclusión social en Europa*. Bruselas: Save the Children; 2014.
- Seikkula J, Arnkil TE. *Diálogos terapéuticos en las redes sociales*. Barcelona: Herder-3P; 2016.
- SESPAS. *Crisis económica, pobreza e infancia. ¿Qué podemos esperar en el corto y largo plazo para los «niños y niñas de la crisis»?* Informe SESPAS 2014. Madrid: SESPAS; 2015.



- Shonkoff J, Garner AS, The Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health of Amer. Acad. Pediatrics. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 2012; 129(1): 232-246.
- Síndic de Greuges. El defensor de les persones. Informe sobre els drets de l'infant. Barcelona: Síndic de Greuges de Catalunya; 2014.
- Szyf M, McGowan P, Meaney MJ. The social environment and the epigenome. *Environ Mol Mutagen*. 2008; 49(1): 46-60.
- Talarn A, Saínez F, Rigat A. Relaciones, vivencias y psicopatología: Las bases relacionales del sufrimiento mental excesivo. Barcelona: Herder; 2013.
- Tienari P, Wynne LC, Sorri A, Lahti I, Laksy K, Moring J, et al. Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder. Long-term follow-up study of Finnish adoptees. *Br J Psychiatry*. 2004; (184): 216-222.
- Tizón JL. Editorial: Por una psicología y una política del cuidado personalizado de los bebés y los niños. *Rev. de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*. 2009; 14: 7-8.
- Tizón JL. Funciones psicosociales de la familia y cuidados precoces en la infancia. *Temas de Psicoanálisis* [Internet]. 2011; 1(1). Disponible en: [www.temasdepsicoanalisis.org](http://www.temasdepsicoanalisis.org).
- Tizón JL. Crianza de los hijos y actividad laboral. *Rev de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*. Primera parte: 2011; 17(4): 27-39. Segunda Parte: 2011; 18(11): 15-33.
- Tizón JL. Entender las psicosis. Barcelona: Herder; 2013.
- Tizón JL. Familia y psicosis. Barcelona: Herder; 2014.
- Tizón JL. Crisis social y parentalidad líquida: Problemas y oportunidades. Parte I: *Temas de Psicoanálisis*. 2015; 10: 1-38. Parte II: *Temas de Psicoanálisis*. 2016; 11: 1-51. Disponible en: <http://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2015/08/JORGE-L.-TIZ%C3%93N.-Crisis-social-y-parentalidad-1%C3%ADquida.-Parte-1.1.pdf>.
- Tizón JL. Psicopatología del poder: Un ensayo sobre la perversión y la corrupción. Barcelona: Herder; 2015.
- Tizón JL. El peligro de medicalizar aún más las relaciones con los niños. *Cuadernos de Pedagogía*. 2016; 463: 56-62.
- Tizón JL. Trastornos del espectro autístico y trastornos generalizados del desarrollo: Por una perspectiva relacional de su comprensión y cuidados. *Eipea (Escoltant i pensant els autismes)* [Internet]. 2016; 4-25. Disponible en: <http://www.eipea.cat/es>.
- Tizón JL, Amado N, Jufresa P, Gamiz A, Hernández I, Minguella I, et al. ¿Vidas paralelas?: Observación de un bebé en su familia y de uno coetáneo acogido en institución (Parte I). *Psicopatología y Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia*. 2009; 13: 41-51. Parte II: ¿Vidas paralelas?: Hacia el año de vida. *Rev. de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*. 2009; 14: 81-87.
- Tizón JL, Artigue J, Parra B, Sorribes M, Ferrando J, Pérez C, et al. Factores de riesgo para padecer trastornos psicóticos: ¿Es posible realizar una detección preventiva? *Clínica y Salud*. 2008; 19(1): 27-58.
- Tizón JL, Ferrando J, Artigue J, Parra B, Parés A, Gomá M, et al. Neighborhood differences in psychoses: Prevalence of psychotic disorders in two socially-differentiated metropolitan areas of Barcelona. *Schizophrenia Research*. (2009);112(1-3): 143-148. (DOI: 10.1016/j.schres.2009.04.008).
- Tizón JL, Morales N, Artigue J, Quijada Y, Pérez C, Pareja F, et al. Delusional disorders: Prevalence in two socially differentiated neighborhoods of Barcelona. *Psychosis*. 2013; 3: 1-10. DOI:10.1080/17522439.2013.773364.
- Tizón JL, San José J, Nadal D, compiladores. *Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental*. Barcelona: Herder; 1994, 2000.
- Turpeinen P. *Adolescencia, creatividad y psicosis*. Barcelona: Herder; 2007.
- UNICEF. *Los niños de la recesión: El impacto de la crisis económica en el bienestar infantil en los países ricos*. Florencia: UNICEF; 2014.
- Valenzuela A. Why we eat what we eat? *Rev Chil Nutr*. 2011; 38(2): 198-209.

## ¿Sirve para algo marginar activamente a un tercio de la infancia?

## Crisis y salud mental en niños y jóvenes: ¿causa o consecuencia?

- Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieverse R, Lataster T, Viechtbauer W, et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*. 2012; 38(4): 661-71. (Traducción al castellano: Las adversidades en la infancia aumentan el riesgo de psicosis: metaanálisis con pacientes control y estudios de cohortes prospectivos. *Rev de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*. 2013, 21: 51-64.)
- Villanueva R, Brun JM. Projecte AGIRA (Assistència Global a Infants en Risc d'Autisme) dins l'Atenció Precoç. *Revista de l'Associació Catalana d'Atenció Precoç*. 2008; 29: 31-49.
- Volkan V. *The infantile psychotic self and its fates*. New Jersey: Jason Aronson; 1995.
- Wilkinson RG. *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. Londres: Routledge; 1997.
- Williams P. *El quinto principio*. Barcelona: Herder; 2013.
- Wolf S, Bruhn JG. *The power of clan. The influence of human relationships on heart disease*. New Bruswick, NJ: Transaction Publishers; 1993.

## Relación de participantes

- Joan Canimas, doctor en Filosofía, profesor de la Universitat de Girona.
- Adela Camí, psicoterapeuta sistémica, directora general de Eduvic y miembro directivo de la FEDAIA.
- Rosa Coscolla, socióloga y psicóloga, responsable de Innovación y Metodología de Consultoría y Estudios de la Fundació Pere Tarrés.
- Mark Dangerfield, psicólogo clínico y psicoterapeuta en el Hospital de Día de Adolescentes de Badalona (Fundació Vidal y Barraquer), psicoanalista (SEP-IPA), profesor del Institut Universitari de Salut Mental (Universitat Ramon Llull) y supervisor MBT-A acreditado por el Centro Anna Freud de Londres.
- Said El Kadaoui Moussaoui, psicólogo, psicoterapeuta y escritor, vocal de la Junta de la Associació Catalana de Professionals de la Salut Mental (ACPSM-AEN).
- Manel Gener, psicopedagogo y terapeuta familiar, exdirector del Equip d'Assessorament Psicopedagògic de Granollers.
- Juanjo Gil, enfermero, CSMIJ de Les Corts y Sarrià-Sant Gervasi y coordinador del programa Espaijove.net.
- Josep Matalí, psicólogo clínico, coordinador de la Unitat de Conductas Adictivas del Adolescente del Hospital Sant Joan de Déu.
- Luis Rajmil, investigador senior. Colaborador en el IMIM-Hospital del Mar, Institut d' Investigacions Mèdiques, Barcelona.
- Marta Poll, directora de la Federació Salut Mental Catalunya.
- Jorge L. Tizón, psiquiatra y neurólogo, psicólogo y psicoanalista (SEP-IPA). Exdirector de las Unidades de Salud Mental de Sant Martí Nord (Barcelona) y del Equipo de Prevención en Salud Mental y Atención Precoz a los Pacientes en Riesgo de Psicosis (EAPPP, de la Atención Primaria de Salud de Barcelona). Profesor de la Universitat Ramon Llull (Barcelona).

## Títulos publicados

### Cuadernos de Bioética

44. *Crisis y salud mental en niños y jóvenes: ¿causa o consecuencia?*
43. *¿Debemos revisar el concepto de muerte?*
42. *Iatrogenia y medicina defensiva*
41. *Eutanasia y suicidio asistido*
40. *Ethical aspects of research with children*
39. *Discapacidad, nuevos enfoques y retos éticos a la luz de la Convención de la ONU*
38. *Ética, salud y dispendio del conocimiento*
37. *Determinantes personales y colectivos de los problemas de la salud*
36. *Ética y altruismo*
35. *Treinta años de técnicas de reproducción asistida*
34. *Ética de la comunicación corporativa e institucional en el sector de la salud*
33. *Alcance y límites de la solidaridad en tiempos de crisis*
32. *Ética y salud pública en tiempos de crisis*
31. *Transparencia en el sistema sanitario público*
30. *La ética del cuidado*
29. *Casos prácticos de ética y salud pública*
28. *La ética en las instituciones sanitarias: entre la lógica asistencial y la lógica gerencial*
27. *Ética y salud pública*
26. *Las tres edades de la medicina y la relación médico-paciente*
25. *La ética, esencia de la comunicación científica y médica*
24. *Maleficencia en los programas de prevención*
23. *Ética e investigación clínica*
22. *Consentimiento por representación*
21. *La ética en los servicios de atención a las personas con discapacidad intelectual severa*
20. *Retos éticos de la e-salud*
19. *La persona como sujeto de la medicina*
18. *Listas de espera: ¿lo podemos hacer mejor?*
17. *El bien individual y el bien común en bioética*
16. *Autonomía y dependencia en la vejez*
15. *Consentimiento informado y diversidad cultural*
14. *Aproximación al problema de la competencia del enfermo*
13. *La información sanitaria y la participación activa de los usuarios*
12. *La gestión del cuidado en enfermería*
11. *Los fines de la medicina*
10. *Corresponsabilidad empresarial en el desarrollo sostenible*
9. *Ética y sedación al final de la vida*
8. *Uso racional de los medicamentos. Aspectos éticos*
7. *La gestión de los errores médicos*
6. *Ética de la comunicación médica*
5. *Problemas prácticos del consentimiento informado*
4. *Medicina predictiva y discriminación*
3. *Industria farmacéutica y progreso médico*
2. *Estándares éticos y científicos en la investigación*
1. *Libertad y salud*

## **Informes de la Fundació**

6. *La interacción público-privado en sanidad*
5. *Ética y biología sintética: cuatro corrientes, tres informes*
4. *Las prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas*
3. *Clonación terapéutica: perspectivas científicas, legales y éticas*
2. *Un marco de referencia ético entre empresa y centro de investigación*
1. *Percepción social de la biotecnología*

## **Interrogantes éticos**

3. *La subrogación uterina: análisis de la situación actual*
2. *Afectividad y sexualidad. ¿Son educables?*
1. *¿Qué hacer con los agresores sexuales reincidentes?*

Para más información: [www.fundaciongrifols.org](http://www.fundaciongrifols.org)

FUNDACIÓ  
VÍCTOR  
GRÍFOLS  
i LUCAS