



Nº3: Salud Mental de niños, niñas  
y adolescentes: Diagnóstico y  
tratamiento a debate

Noviembre 2016





El presente documento es un informe resumen de la salud mental de niños, niñas y adolescentes y una introducción a la conferencia que realizará el Dr. Jorge L Tizón (en primer lugar, estudió psicología, psiquiatra de atención primaria y psicoanalista, y después neurólogo y un referente en salud mental) en el marco de los Desayunos con Contenido organizados por Intress.

## La salud mental de los niños y adolescentes

Los problemas de salud mental de niños, niñas y adolescentes se asocian a dificultades en el desarrollo emocional e intelectual. Según UNICEF, estas dificultades se pueden relacionar con resultados insuficientes en materia de educación, con relaciones sociales poco satisfactorias, con uso incontrolado de sustancias, con estilos de vida inestables, con una salud sexual y reproductiva deficiente, con conductas autolesivas y con una escasa cuidado y estima de sí mismos. Asimismo, los niños/as que tienen problemas de salud mental tienen un riesgo mucho más elevado de padecer enfermedades con el paso del tiempo, así como un riesgo significativo de tener complicaciones a nivel físico.

De esta manera, una vez el niño/a muestra indicadores de una salud mental deficitaria, la atención inadecuada o directamente la no intervención puede reforzar aún más la dimensión negativa que se deriva: alarga el sufrimiento del niño/a y se limita la oportunidad de disfrutar de una vida satisfactoria. Además, esta atención deficitaria puede potenciar las posibilidades de cronificación del trastorno.

En cuanto a los datos a nivel mundial de los países desarrollados, aunque hay una variación en los resultados referentes a la prevalencia dependiendo de las características metodológicas de los estudios, **las investigaciones afirman que el porcentaje de niños/as con una problemática de salud mental en un año determinado puede llegar a ser de un 20%**. De los cuales, según la Asociación Española de Neuropsiquiatría, entre el 4% y el 6% son trastornos mentales graves.

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 aparece por primera vez antes de los 14 años y un 75% de ellos comienzan antes de los 18 años. En este sentido, los estudios indican que entre el 50% y el 60% de adultos con un trastorno mental ha recibido un diagnóstico de salud mental antes de los 15 años.

Según datos de UNICEF:

- Entre los adolescentes, las tasas de depresión y ansiedad han aumentado un 70% en los últimos 25 años.

- El suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo de edad de entre 15 a 29 años. Asimismo, en Cataluña se suicidan entre 20 y 30 personas menores de 24 años anualmente, según las últimas cifras disponibles.
- La depresión es la enfermedad que más contribuye a la carga mundial de morbilidad entre los jóvenes de 15 a 19 años de edad.

En cuanto a los datos epidemiológicos en Cataluña, son muy escasas. La Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA) es la fuente principal de información en cuanto a la prevalencia de la salud mental infanto-juvenil, a pesar de que sus datos tienen la limitación de ser la declaración de los padres sobre comportamientos de los hijos/as en los últimos 6 meses y en una franja de edad que excluye una parte de los niños/as (0-4 años) y adolescentes (15-18 años). La ESCA, en su informe anual, puso de manifiesto que en 2014 la probabilidad de tener un problema de salud mental era del 3,8% en la población entre 4 y 14 años sin prácticamente cambios en los años de referencia (2010 a 2014).

Otra fuente de información es la que proporciona el Observatorio de Sistema de Salud de Cataluña referente a los Centros de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) que publica anualmente los resultados del estudio de una serie de indicadores. En 2014 se atendieron los CSMIJ un total de 62.634 niños/as y adolescentes, lo que supone un 4,5% de la población catalana de 0 a 17 años. **Esto significa que 1 de cada 22 menores de 18 años acudió a un CSMIJ a lo largo del 2014.** Este porcentaje se eleva hasta el 6,3% si tomamos como población de referencia la de 5 a 17 años (ya que los niños/as menores de 5 años suelen ser atendidos en CDIAP). A lo largo de los años, la población atendida en los CSMIJ ha ido aumentando gradualmente. Otra fuente de información está formada por los datos que se obtienen de los Centros de Atención Primaria, que nos dicen que en el año 2013 el 5,4% de los pacientes menores de 15 años asistieron por trastornos mentales.

Y, ya para finalizar, quisiéramos dar unos datos en relación a la infancia y adolescencia tutelada. La población menor de edad que ha sido separada de su familia y tiene medidas de protección de la DGAIA suma un total de 7.056 en el año 2014. El 38,5% de los menores (2.700) vive en los diferentes tipos de centros residenciales. Entre estos, la incidencia de problemas de salud mental es muy elevada. El único estudio publicado en España muestra que **el 27% de los menores entre 6 y 18 años acogidos en residencias están recibiendo tratamiento por problemas de salud mental.** En otros países, los estudios indican que estas cifras son más elevadas (por ejemplo, en Francia se ha calculado que hasta el 48% de los menores acogidos en centros residenciales presentan algún tipo de trastorno mental).

## La infancia medicalizada

La infancia y la juventud, una población considerada tradicionalmente sana mentalmente y, por tanto, casi virgen de diagnósticos psiquiátricos y medicación psicoactiva, era un mundo demasiado apetitoso como para que la industria farmacéutica y la psiquiatría lo dejaran escapar.

En España, como puso de manifiesto el informe del Boletín de información farmacoterapéutica de Navarra (Bitner) realizado por Luis Carlos Saiz Fernández, con polémica incluida, la utilización de estimulantes se retrasó una década respecto a los Estados Unidos. Su despegue en la utilización tuvo lugar en 2004, cuando se comercializó la forma retraso del metilfenidato (Concerta): “Actualmente nos encontramos entre los principales consumidores mundiales de metilfenidato. Entre los años 2000 y 2012, las DHD de metilfenidato y atomoxetina en población infantil se han multiplicado casi por 30, manteniendo un crecimiento exponencial constante”.

En este sentido, el Comité de Derechos del Niño de las Naciones Unidas ya manifestaba su preocupación por que en un corto período de tiempo había aumentado en España la prescripción de psicoestimulantes a niños diagnosticados con TDAH. Los pacientes menores de edad tratados con fármacos contra el TDAH a cargo de la red sanitaria pública en Cataluña el año 2014 fueron 17.151, de los cuales 6.471 eran menores de 12 años.

El Síndic de Greuges se pronunció a favor de aplazar la obligatoriedad del seguimiento del actual protocolo de atención en casos de trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) entre la población infantil y juvenil en Cataluña.

El Síndic comparte la voluntad del departamento de Salud de aportar criterios para garantizar la equidad en el tratamiento, pero constata que la realidad asistencial en Cataluña muestra unas fuertes discrepancias a la hora de diagnosticar y tratar pacientes con TDAH que no se han podido recoger en el protocolo. Actualmente, las cifras demuestran que la incidencia del trastorno varía mucho dentro de la red asistencial pública de salud mental, sin más explicación posible que los diferentes criterios diagnósticos utilizados. En la Región Sanitaria de Barcelona hay centros como el de Molins de Rei, que diagnostican un 2,48% del total de los pacientes con TDAH, mientras que un 58,78% de los pacientes atendidos en el de Sant Cugat obtienen este diagnóstico.

En cuanto al diagnóstico, en muchas ocasiones se afirma que existe una inflación diagnóstica respecto a ciertos comportamientos que alteran las conductas habituales de un hogar o una escuela. Hay profesionales de los servicios de atención infantil que reclaman un diagnóstico más preciso para evitar falsos positivos. Así, desde esta posición se defiende limitar el abuso de las etiquetas diagnósticas para no potenciar el efecto Pigmalión, es decir, la influencia que puede tener en el rendimiento de una persona la creencia de que tiene alguien sobre un aspecto concreto. No se puede reducir sólo el comportamiento de los niños y niñas a un diagnóstico y no se debería

pretender explicarlo todo a través de este. La detección a tiempo de un trastorno, así como el diagnóstico, es clave a la hora de seguir un tratamiento concreto y evitar que pueda desembocar en una problemática crónica o de mayor gravedad.

En un estudio internacional de 2004 se indicaba que España es el tercer país del mundo a recetar psicofármacos a menores de 17 años por detrás de Canadá y EEUU. En este sentido, existe una tendencia a psiquiatrizar los problemas de la vida cotidiana. El Dr. Jorge L. Tizón manifiesta que hay un sobre diagnóstico y sobre tratamiento de los trastornos mentales leves o medios y el inconveniente es que los trastornos graves no se detectan o no se tratan adecuadamente. El ejemplo más típico, nos cuenta Tizón, es el de la depresión, que es un éxito comercial brutal. En la medida que se diagnostican tantas depresiones, no se diagnostica la depresión real, que es un trastorno que provoca mucho sufrimiento propio y ajeno.

Según Jorge L. Tizón, todos los trastornos mentales tienen que ver con trastornos en la relación y hay que ver qué relaciones pueden estar alteradas: las familiares, las escolares, las de los amigos, etc. Explica que hay que hablar de ello, pero sin culpar a nadie. En los casos de chicos con trastornos graves, la mayoría de familias y maestros están superadas. En relación al TDAH, nos dice que es un invento para vender fármacos familias y escuelas angustiadas. En todo caso, no se trata sólo con medicamentos. Si se maximizan los psicofármacos en niños, perdemos los casos graves. Cada vez vemos más chicos con psicosis que han sido pseudodiagnosticats con TDAH y pseudotractats. Los pusieron una etiqueta falsa y un tratamiento perjudicial.

## La realidad de la salud mental de niños y adolescentes en nuestros servicios

Actualmente, en Intress gestionamos 33 servicios del área de infancia y familia que atienden a más de 7.000 niños, niñas y jóvenes:

- 12 Centros de Acogida y Centros Residenciales
- 7 de Mejora de las Relaciones Familiares
- 10 Servicios de Acogidas y adopciones
- 4 Servicios de Educadores en Medio Abierto

Hemos querido hacer una fotografía de la actual situación en el ámbito de la salud mental de los niños y adolescentes que acogemos y acompañamos. Así pues, de todos los servicios que hemos mencionado anteriormente, se han analizado los datos de una muestra de 416 niños y adolescentes. De esta recopilación de datos destacamos:

### En relación al tratamiento:

VAN AL CSMIJ	INGRESOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS	VAN A TERAPIAS PRIVADAS	VAN AL CDIAP	RECIBEN TRACTAMIENTO FARMACOLÓGICO
125	3	24	29	87

- Que un 30% acude al CSMIJ.
- Que 3 de cada 100 niños y jóvenes que atendemos han hecho algún ingreso en la UCA.
- Que casi un 6% acuden a terapias privadas.
- Que un 21% de los niños y adolescentes que actualmente atendemos reciben tratamiento farmacológico.

### En relación a la frecuencia de las visitas al CSMIJ u otras terapias privadas:

SEGUIMENT SETMANAL	SEGUIEMNT QUINZENAL	SEGUIMENT MENSUAL	SEGUIMENT BIMENSUAL
6	7	99	13

- Que un 80% realizan seguimiento mensual
- Que un 9,6% realizan seguimiento bimensual
- Que un 5,6% realizan seguimiento quincenal

- Que un 4,8% realizan seguimiento semanal

### **En relación al diagnóstico:**

En cuanto al diagnóstico de los niños y adolescentes atendidos destacaremos los que tienen más prevalencia. Aunque hay que tener presente varias variables:

1. En primer lugar, el hecho de que la muestra contemple centros de acogida de urgencias donde las estancias de los niños son por un período muy corto y que, por tanto, intentamos evitar que establezcan vínculos terapéuticos externos a los que no se podrá dar continuidad con el cambio de recurso o el regreso a casa.
2. En segundo lugar, dificultades de diagnósticos en MENA (Menores Extranjeros No Acompañados), que llegan con desconocimiento del idioma que nos permite comunicar.
3. En tercer lugar, que un niño y / o adolescente a veces tiene más de un diagnóstico, así como hay niños que acuden al CSMIJ o el CDIAP, pero no tienen todavía un diagnóstico.

Los más habituales son:

- Trastorno de adaptación con alteración mixta de las emociones.
- Disminución del 33% o más,
- Variaciones problemáticas de la personalidad (Trastorno del Vínculo),
- Otros trastornos disociales de las emociones mixtas.
- Severo deterioro en el funcionamiento de diversas áreas e incapacidad para funcionar en una de estas áreas.
- Trastorno de la vinculación en la infancia reactivo.
- Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar.
- Trastorno de la actividad y de la atención.
- Trastorno de la vinculación en la infancia desinhibido.
- Incapacitación funcional en la mayoría de las áreas.
- Trastorno de las emociones en la infancia sin especificación.
- Interferencia moderada en el funcionamiento de varias áreas o grave deterioro en el funcionamiento de un área.
- Reacciones al estrés grave sin especificación.
- Trastorno mixto ansioso-depresivo.
- Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia.
- Enuresis no orgánica.
- Retraso mental leve.
- Trastorno de adaptación con predominio de la alteración de OT.
- Trastorno de adaptación con predominio de la alteración de otras emociones.
- Trastorno esquizofrénico-afectivo de tipo mixto.
- Trastorno bipolar sin especificación.
- Trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad
- Autismo atípico.



- Trastorno del Espectro Autista (TEA).
- Trastorno de Hiperactividad e inatención comórbido (TDAH).
- Trastorno de la actividad y la atención.
- Episodio depresivo moderado, con síntomas somáticos.
- Trastorno de vinculación de tipo reactivo.
- Trastorno de tics motores crónicos o fonatorios.
- Deterioro mínimo del funcionamiento en casa, escuela o con sus padres.
- Trastorno de Hiperactividad e inatención (TDAH)
- Trastorno del desarrollo psicológico.
- Capacidad intelectual límite.
- Trastorno de la personalidad sin especificar.
- Consumo perjudicial de cannabinoides.

### **En relación al tratamiento farmacológico:**

En cuanto al tratamiento farmacológico, mencionar que, dado que muchos niños tienen más de un diagnóstico, también toman más de una medicación, así como un único fármaco puede prescribirse por más de una patología como por ejemplo ansiedad y depresión. Así pues, los medicamentos que hemos detectado que toman con más frecuencia:

- |               |               |
|---------------|---------------|
| • Mirtamylan  | • Topamax     |
| • Rivotril    | • Quetiapina  |
| • Fluoxetina  | • Minuro flas |
| • Risperdal   | • Eutirox     |
| • Strattera   | • Plenur      |
| • Transilium  | • Sertralina  |
| • Ritalin     | • Abilify     |
| • Risperidona | • Medikinet   |
| • Elvanse     | • Vequivit    |
| • Lorazepan   |               |

Si tenemos en cuenta estos datos que, como ya hemos dicho anteriormente, no dejan de ser más que una foto concreta de la realidad de nuestros servicios en el momento actual y las comparamos con los datos expuestos anteriormente, podemos decir:

- que nos aproximamos a los datos de prevalencia que mencionábamos en relación a que el porcentaje de niños y adolescentes con una problemática de salud mental en un año puede llegar a ser del 20%.
- que el índice de medicalización, pese a que desde INTRESS apostamos por otras terapias, es muy elevado y que detectamos un crecimiento en los últimos años; 20 de cada 100 niños atendidos están con tratamiento farmacológicos.

- que los datos confirman lo que decíamos en relación a que actualmente en España nos encontramos entre los principales consumidores mundiales de metilfenidato (Concerta, Ritalin, ...)

Aparte de estos datos más cuantitativos, también quisiéramos destacar algún dato que creemos es significativa:

- En los últimos años, hemos constatado un creciente número de adolescentes con graves problemas emocionales y de comportamiento, así como con trastornos mentales, que requieran hospitalización en un centro específico de la red de sanitaria de salud mental.
- Aumento de niños y adolescentes que llegan a los centros con una prescripción de psicofármacos, pero con dificultades para disponer de un seguimiento y un acompañamiento psicológico adecuado.
- Largas esperas para ingresos en la UCA o Centros Terapéuticos.
- El aumento de problemas de convivencia, propiciando situaciones difícilmente controlables por los profesionales.
- La necesidad de mayor formación de los profesionales en temas de salud mental infanto-juvenil.

Para más información, pueden visitar nuestra página web [www.intress.org](http://www.intress.org) o ponerse en contacto con el departamento de comunicación de INTRESS: Eva M Campabadal. T. 678273571 o [eva.campabadal@intress.org](mailto:eva.campabadal@intress.org)

