



A LA MESA DE LA ASAMBLEA DE MADRID

D. Diego Figuera Alvarez, Diputado del Grupo Parlamentario Más Madrid, al amparo de lo dispuesto en el artículo 205 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presenta la **PROPOSICIÓN NO DE LEY** que se acompaña, para su debate ante la **Comisión de Sanidad**.

Madrid, 21 de Noviembre 2022



Mónica García Gómez
Portavoz



Diego Figuera Alvarez
Diputado

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La OMS, señala que el aproximadamente el 20% de los niños y adolescentes del mundo tienen trastornos o problemas mentales, siendo el suicidio la segunda causa de muerte en jóvenes de 15 a 19 años y la primera no natural. En Madrid, se puede observar como los intentos de suicidio representa una alta proporción del 15,9 % del total de los intentos de suicidio, y se dieron en adultos jóvenes menores de 19 años siendo la mayoría mujeres.

Más de la mitad de los trastornos mentales de los adultos se manifiestan antes de los 14 años. Cada año, uno de cada diez jóvenes experimenta un problema de salud mental, siendo los más frecuentes los trastornos de ansiedad y depresión. Entre los universitarios un 35% manifestó tener alguno de estos trastornos comunes de salud mental.

El 5% niños de 5 a 10 años presenta un trastorno de conducta; este porcentaje se incrementa a un 7% a medida que los jóvenes se aproximan a la escuela secundaria

Los niños pertenecientes a familias de bajos ingresos tienen 4 veces más probabilidades de experimentar problemas de salud mental.

El 22% de los jóvenes de 15 años que se autolesiona, realizan intentos de suicidio serios. Los niños que tienen dificultades de aprendizaje, tienen 6 veces más probabilidades de experimentar un trastorno psicopatológico, así como dificultades funcionales en su día a día.

Tres de cada cuatro niños criados en centros de acogida tutelados, cumplen criterios para un diagnóstico psicopatológico. Los niños con medidas judiciales también tienen mayor riesgo de trastornos que el resto.

Las consultas sobre adicciones a nuevas tecnologías son cada vez mas frecuentes sabiendo que su inicio mayoritario se da en la adolescencia a edades cada vez mas tempranas y están directamente relacionadas con el creciente y preocupante aumento del ciberacoso en la escuela.

Los cambios cada vez más acelerados de estructuras familiares, separaciones, familias monoparentales, familias reconstruidas, etc., generan un gran número de consultas en salud mental al aumentar la vulnerabilidad por crianzas inseguras. Aunque tres de cada cuatro padres buscan ayuda cuando su hijo tiene un problema de salud mental, solo uno de cada cuatro niños recibe el apoyo adecuado.

En niños y adolescentes se estima por la OMS que los trastornos mentales producen una pérdida de entre 4 y 10 años por discapacidad.

Del 4% al 6% de los niños y adolescentes padecen un trastorno mental grave pero menos de la mitad de los centros de salud mental infanto-juvenil cuentan con programas de atención integral y de calidad para dichos trastornos, y el 75% de los profesionales que atienden a dichas patologías en el sistema público, señala que no están satisfechos con la intervención proporcionada.

Desde instituciones internacionales y nacionales se subraya que la salud mental de la infancia y adolescencia es un problema prioritario de salud pública, debido a su prevalencia y consecuencias negativas que tiene sobre el niño, niña o adolescente, su familia y la sociedad en general (Organización Mundial de la Salud, 2013).

El Plan Integral de Salud Mental de la OMS 2013-2020 indica que "Los niños y adolescentes con trastornos mentales deben ser objeto de intervenciones tempranas científicamente contrastadas, de carácter no farmacológico, evitando la hospitalización y la medicalización". En el Libro Verde de Salud Mental de la Unión Europea(2005), se señalan estrategias para la prevención y promoción de la salud mental en niños y adolescentes, mediante un enfoque holístico que tenga en cuenta a los padres, profesores y entornos en los que el menor se mueve.

A nivel nacional, ya en la Ley General de Sanidad (Cáp. III, art. 20, apartado I) se señala que "la Salud Mental en la Infancia es de especial relevancia y precisa de una atención específica y continua". En el Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia (2013) se señala la necesidad de un aumento de las intervenciones psicológicas y sociales ante el exceso de uso de fármacos. Asimismo, en la estrategia de Salud Mental 2022-2026, recientemente aprobada, se exponen detalladamente los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia, señalando la necesidad una atención temprana dirigida a la recuperación que se base en una intervención biopsicosocial centrada en tratamientos psicológicos contrastados, así como que las CC.AA dispongan y adecúen unidades y programas específicos con profesionales con formación específica para dar una intervención de calidad.

Sabemos que la Salud Mental Infanto-Juvenil en la Comunidad de Madrid está estancada, quizás a la espera durante los últimos dos años de un nuevo Plan de Salud Mental, anunciado desde hace meses pero que no termina de materializarse sin que tengamos las razones de ello.

No puede haber una adecuada atención a la salud mental infanto-juvenil si la espera a ser atendido por un especialista en psicología Clínica o psiquiatría para una primera consulta es de más de seis meses, o si el intervalo de entrevistas para una segunda o sucesiva es de dos o más meses. O cuando la espera media para entrar en un tratamiento de hospital de día se acerca a un año. Difícilmente ninguna depresión grave, trastorno autista, o intento de suicidio puede revertirse en estas condiciones.

Esta precariedad endémica, que se va agravando dramáticamente conforme crece la demanda desde el inicio de la pandemia, repercute en una alta tasa de ingresos por suicidios en la adolescencia o en ingresos de trastornos descompensados que no son lo suficientemente estabilizados en los centros ambulatorios, creando desconfianza en las familias hacia la red de salud mental, con un flujo constante hacia la asistencia privada en las que se lo pueden permitir. Por no hablar que otra importante causa para el favorecer el colapsado actual de la asistencia viene determinado por el aumento de las bajas cada vez mas largas y frecuentes de unos profesionales exhaustos.

La Salud Mental Infanto-Juvenil, es muy diferente a la de adultos, y necesitamos un abordaje diferente coherente con su esencia e identidad. Coordinación entre profesionales, tiempos de asistencia diferentes, profesionales con una capacitación específica,

intervenciones ajustadas al desarrollo psicoevolutivo de los niños, programas específicos...y un modelo de salud mental comunitaria real que pivote principalmente en el centro de salud mental ambulatorio y la coordinación fluida y eficaz con los centros educativos y las instancias judiciales de protección.

Consideramos en definitiva que la salud mental infantojuvenil sufre desde hace años las consecuencias de serias deficiencias ampliadas por la pandemia.

Por lo anteriormente expuesto, el Grupo Parlamentario de Más Madrid propone lo siguiente:

PROPOSICIÓN NO DE LEY

La Asamblea de Madrid insta al Gobierno de la Comunidad de Madrid a:

1. Elaborar un Plan de Salud Mental Infantojuvenil específico, independiente o asociado al anunciado Plan de Salud Mental y Adicciones 2022-2024, con participación activa de asociaciones científicas y representantes de los colectivos de la sociedad civil relacionados con el tema, con una línea claramente diferenciada para la prevención y atención al suicidio adolescente y dotado de una memoria con un presupuesto adecuado, para ser presentado en el plazo máximo de seis meses.
2. Reformular la Oficina Regional de Salud Mental y Adicciones, con el fin de que en su equipo de dirección estén suficientemente representados profesionales de Salud Mental Infanto-Juvenil.
3. Realizar un estudio en la Comunidad de Madrid, para su posterior protocolización en guías clínicas, de la evaluación y tratamientos eficaces y eficientes para los trastornos de salud mental en la infancia y la adolescencia, y el contexto asistencial que permita su aplicación.
4. Considerar la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia como eje central y primordial en la atención según el modelo comunitario, dotado con el equipo multiprofesional adecuado con ratios y estructura jerárquica suficientes para una atención precoz, integral y de calidad.
5. Mejorar y estandarizar la coordinación interna de la red de salud mental comunitaria tanto entre las unidades y dispositivos específicos para la infancia y la adolescencia como con los de adultos, a fin de asegurar una fluida transición. Así mismo con los recursos derivantes como Atención Primaria y especializada, servicios judiciales, sociales y especialmente los del ámbito educativo en todas sus etapas formativas.
6. Reforzar la atención especializada para el trastorno mental grave incluido los del espectro autista, con mas plazas en los recursos sanitarios y psicosociales como

hospitales de día, unidades de hospitalización breve y otras unidades para tratamientos específicos o residenciales, con el consiguiente aumento de plantillas de los equipos multiprofesionales a fin de disminuir las listas y los tiempos de espera, así como reforzar la asistencia a las familias y evitar la cronicidad.

7. Reforzar la investigación especializada en salud mental de la infancia y la adolescencia en todas las unidades y dispositivos de la red pública de atención en colaboración con entidades y asociaciones tanto públicas como privadas.
8. Reforzar las acciones formativas a ser posible coordinadas para todos los ámbitos de actuación tanto sanitarios, educativos o sociales para mejorar la prevención, detección precoz, coordinación y la atención a la salud mental en la infancia y la adolescencia.
9. Promover la participación activa del movimiento asociativo de familiares y profesionales en todos los niveles de la red con acciones como el funcionamiento permanente y eficaz del Observatorio para la Salud Mental.