

Salud mental infantojuvenil y familias en situación de vulnerabilidad social: un reto de nuestra sociedad

DRA. ELENA REQUENA VARÓN

Doctora en Psicología, Máster en Psicopatología
Clínica, habilitada como psicóloga general sanitaria.
Directora del Grado en Trabajo Social y profesora
de la Facultat d'Educació Social i Treball Social Pere
Tarrés – Universitat Ramon Llull

La salud mental debe ser el eje vertebrador de nuestras políticas

Desde la pandemia acaecida en el 2020, la salud mental ha sido una prioridad en los gobiernos, por lo menos en el denominado *primer mundo*. Por ejemplo, Pere Aragonès, el entonces presidente de la Generalitat de Catalunya, en el 2022, a propósito de la constitución de la Taula del Pacte Nacional de Salut Mental, declaraba la salud mental de la ciudadanía como una prioridad de país que debía disponer de todos los recursos sociales y servicios públicos necesarios (<https://govern.cat/salaprensa/notes-premsa/422352/el-pacte-nacional-salut-mental-prioritat-pais>). Por otro lado, hace unos meses, la ciudad de Nueva York demandó a varias redes sociales por “alimentar la crisis de salud mental juvenil” (*El País*, 14 de febrero de 2024). Más recientemente, el nuevo primer ministro francés, Michel Barnier, anunció que la salud mental sería la gran causa nacional en el 2025.

Está claro que hay un interés creciente en cuidar la salud mental de la población. Los estragos que supuso la pandemia en nuestra salud mental pusieron en evidencia varias cuestiones. Por un lado, algo ya conocido por los y las profesionales: y es que la salud mental es la “hermana pobre” del sistema de salud, si se compara con las inversiones y recursos de otras ramas de la sanidad. Y, por otro, que la clase socioeconómica, también aquí, marca diferencias en las posibilidades que una familia tiene para abordar los problemas de salud mental.

Sin embargo, un sistema público que todavía se centra más en el tratamiento que en la prevención, con intervenciones sobre todo basadas en una perspectiva individualista y excesivamente médica (en que el paciente es una persona cuyo malestar, esencialmente, deriva de alteraciones neuroquímicas) y con poco abordaje de lo social, no va a poder ser eficiente ni abordar el reto actual de la salud mental de la ciudadanía.

A esta limitación epistemológica, se suma que muchos de los recursos necesarios para la prevención y también para el tratamiento de problemas en salud mental son privados o bien las plazas públicas son escasas e insuficientes.

Por lo tanto, si de veras se quiere poner la salud mental (o, lo que es lo mismo, a la persona) en el centro de la sociedad, se van a necesitar políticas valientes no solo en lo sanitario sino especialmente en lo social. Mejorar la salud mental de la ciudadanía no va únicamente de aumentar el número de plazas en unidades de agudos, hospitales de día o centros de rehabilitación comunitaria o de contratar más profesionales (no solo de la especialidad de psiquiatría). Velar por la salud mental de la ciudadanía va sobre todo de mejorar las condiciones sociales de vida, como el acceso a la vivienda, tener un trabajo digno, unos horarios laborales que permitan la conciliación de la vida personal y familiar, tener tiempo de calidad y en cantidad para estar con nuestros hijos e hijas, disponer de programas específicos para colectivos en riesgo de exclusión social, zonas verdes, disminución de la violencia y del sexismo... Cuando políticamente se aborden estos temas sociales, realmente se estará trabajando por la salud mental. En caso contrario, iremos poniendo parches y los más desfavorecidos socialmente continuarán siendo los más afectados y los que, paradójicamente, menos acceso tendrán a la salud pública.

Las instituciones y las estructuras sociales condicionan la salud mental

La idea de que se debe cuidar la salud mental de la ciudadanía o, yendo aún más lejos, de que no hay progreso sin bienestar emocional, no es una idea nueva ni mucho menos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2009 (<https://iris.who.int/handle/10665/107925>) alertó de la necesidad de cambiar el paradigma biomédico imperante en salud mental y virar hacia un modelo auténticamente biopsicosocial, lo cual pasa necesariamente por identificar también los problemas estructurales, de tipo social, económico y cultural que están afectando a nuestra salud mental.

Así, la OMS recomienda a sus Estados miembros que si realmente quieren mejorar el bienestar emocional de sus poblaciones, deben mejorar las condiciones de vida. Un auténtico programa de prevención de problemas en salud mental debe desarrollar cuatro ejes:

1. Apoyo familiar a la crianza, con especial énfasis en la reducción de la pobreza infantil, programas de mejora de la nutrición, entrenamiento en habilidades parentales, mejora en la calidad de la educación preescolar, promoción de la salud en los entornos escolares y desarrollo del niño y la niña en los ámbitos social, creativo, deportivo y académico.
2. Reducción de la inseguridad económica. Supone una mejora en las condiciones de trabajo y de estabilidad laboral, prestaciones y apoyo cuando hay una pérdida del lugar de trabajo, asesoramiento en la gestión de las deudas, programas de prevención en salud mental en el mundo del trabajo y acompañamiento en el entorno laboral para personas afectadas por un trastorno mental.
3. Fortalecimiento de la red comunitaria: se da gran importancia a la creación de recursos comunitarios de carácter no médico o sanitario y acceso a zonas verdes y abiertas. El ocio, especialmente en las generaciones más jóvenes, se entiende como una oportunidad para educar en valores y para promocionar el bienestar.
4. Programas sociales específicos, con apoyo integral a los colectivos sociales más vulnerables y mejora de acceso a la vivienda.

Son ejes de intervención propuestos en el 2009, hace más de una década, y las políticas sociales no siempre han estado a la altura de esta agenda. Es más fácil perpetuarse en un paradigma teórico en que los problemas de salud mental se reducen únicamente a una cuestión individual, a pesar de la insuficiencia de esta mirada para resolver los retos actuales. En palabras de Miranda (2021):

En el campo del malestar psíquico, en demasiadas ocasiones los problemas públicos y sociales se transforman en individuales y privados, resultando más fácil cambiar una persona que el orden de las cosas, si bien una gran parte de estos problemas no tienen solución psiquiátrica. Esta quizás resulte una solución idónea para los síntomas, pero no para las causas. (p. 46)

Demasiado a menudo se obvia la importancia de lo social –lo que trasciende al individuo– tanto en la prevención como en la intervención. No estamos aquí alineándonos con la antipsiquiatría, sino recordando que la medicación psiquiátrica es solo una parte del tratamiento. La medicación permite controlar síntomas, pero ni cura ni cambia las condiciones de vida de una persona.

La familia, en el centro de la salud mental (y de la sociedad)

La familia, a pesar de las grandes transformaciones que ha sufrido en los últimos 50 años (piénsese, por ejemplo, en la diversidad actual de modelos de familia), continúa siendo el pilar de la sociedad. La familia es el grupo social prioritario de la sociedad y el medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, especialmente de niños, niñas y adolescentes. Por supuesto que existen otras instituciones e influencias importantes en la niñez, como la escuela, la relación con los iguales y otras familias, equipamientos de ocio y extraescolares, redes informales sociales... pero las influencias familiares son las más importantes porque son las primeras, porque tienen una intensidad afectiva especial y por su capacidad configuradora de las relaciones posteriores fuera de la familia.

En la tabla 1, se recogen las principales funciones que la familia desempeña.

TABLA 1. FUNCIONES DE LA FAMILIA

EN EL DESARROLLO DE MADRES Y PADRES	EN EL DESARROLLO DE HIJOS E HIJAS
<ul style="list-style-type: none">· Promueve un buen nivel de bienestar emocional· Prepara para afrontar retos, responsabilidades, compromisos· Espacio de encuentro intergeneracional· Red de apoyo en transiciones vitales	<ul style="list-style-type: none">· Asegura protección· Proporciona afectividad· Aporta estimulación· Promueve el desarrollo educativo

LA SOCIEDAD ESPERA DE LA FAMILIA QUE

- Ofrezca seguridad emocional y material
- Genere patrones de conductas sanas
- Facilite la adaptación a los cambios
- Satisfaga necesidades
- Promueva la individualización y la emancipación
- Establezca pautas y normas de convivencia adecuadas

Fuente: Fernández García y Ponce de León (2019)

Si se tuviera que destacar o priorizar una función de la familia, destacaríamos la función de apoyo emocional, apoyo emocional tanto el que se observa en la interdependencia que se da en los adultos que la forman como especialmente en la contención emocional que los adultos brindan a sus hijas e hijos, que es la base del desarrollo de la personalidad. Una niña que se siente segura emocionalmente será una niña curiosa intelectualmente, psicomotrizmente valiente, con interés por las relaciones sociales, porque confía en que los otros serán una fuente de satisfacción, y con estrategias para gestionar las frustraciones y las propias limitaciones.

Cuanto más pequeño es un niño, más necesita de una familia suficientemente sana y con capacidad de contención emocional. ¿Y qué necesitan los adultos para poder desarrollar adecuadamente aquello que espera la sociedad de ellos como familia (tabla 1)? Pues necesita una comunidad que cuide a la ciudadanía asegurando a sus miembros:

- Cobertura de las necesidades básicas
- Protección y seguridad
- Acceso a la vivienda
- Experiencias educativas (programas de parentalidad positiva)
- Apoyo social a la crianza
- Ausencia de conflicto y violencia
- Control de la propia vida
- Ocupación y condiciones dignas de trabajo

Este listado anterior son necesidades presentes en cualquier familia y es un derecho poderlas tener cubiertas. Sin embargo, en las familias en situación de vulnerabilidad social cubrirlas es una urgencia y una prioridad.

Por vulnerabilidad social entendemos tener unas condiciones de vida que son un riesgo o una amenaza, de manera inmediata o en el futuro, para el bienestar, la subsistencia y la calidad de vida de la familia. “Condiciones de vida” se refiere a equipamiento de bienes del hogar, inserción ocupacional, niveles de educación, acceso a beneficios sociales o posibilidad y participación en la vida pública, entre otros.

Las causas de la vulnerabilidad social son múltiples y complejas, e interaccionan entre ellas. Pueden ser de tipo estructural, coyuntural o de tipo personal. Entre las primeras, se encuentran la estructura socioeconómica local e internacional; los sistemas ideológicos y políticos; los recortes económicos en salud, educación y prestación de servicios sociales, y la falta de protección por parte del Estado. Causas de tipo personal que pueden colocar al individuo en situación de vulnerabilidad social son la falta de capacidades personales (físicas, psicológicas), la falta de capital social o la falta de conocimientos y de cualificaciones técnicas. Con excesiva frecuencia, se cargan las tintas en las causas personales tanto en el análisis de por qué una familia acaba siendo vulnerable como en la etiología de los problemas en salud mental. El informe de la Fundación Foessa (2022), además, pone de relieve que el incremento de las situaciones de exclusión social tiende a ser más importante en la población de 16 a 24 años.

Las familias con más probabilidad de encontrarse en una situación de vulnerabilidad social son familias migradas, recién llegadas al territorio, solas y con problemas de vivienda; familias monoparentales sin red social y situación económica precaria; padres y madres adolescentes sin apoyo para afrontar las tareas de la crianza; familias con problemas de salud mental y/o adicciones; familias con presencia de violencia, y familias con pocas capacidades parentales y con estilos educativos inapropiados. Cuando se diseñan planes directores y estrategias locales y nacionales en salud mental, estas son las familias que especialmente se deberían tener en cuenta.

Repensando la salud mental infantojuvenil: nuevas formas de atención

Hemos señalado antes que el modelo imperante de atención a la salud mental tiene sus limitaciones, por lo que se hace necesario superar el paradigma médico, especialmente si hablamos de salud mental infantojuvenil. Un paradigma basado en una concepción fundamentalmente biomédica de la salud está condenado a fracasar o a aportar soluciones parciales. El ser humano es un ser biopsicosocial, es decir, está influenciado por variables biológicas, psicológicas y sociales. Las personas nos desarrollamos en un entorno social. Las estructuras cerebrales que sustentan nuestra conducta y nuestra personalidad necesitan del andamiaje que aporta lo social para poder desarrollarse. Por ejemplo, para que el bebé consiga desarrollar la función simbólica que le permitirá superar las limitaciones de la inteligencia sensoriomotora necesita que las estructuras biológicas en que se sustenta la inteligencia y nuestro sistema cognitivo maduren, sí, pero sin un ambiente amoroso que lo cuide y esté atento a sus demandas, la capacidad de representación se retrasará y puede incluso quedar profundamente afectada si la negligencia en el cuidado es grave. Las personas, profesionales o no, sensibles a las necesidades infantiles saben de la influencia del trato amoroso en el desarrollo de la personalidad. Por eso, las leyes contemplan la medida de protección del desamparo, que es aplicable para situaciones en las que la familia no solo no fomenta la salud mental, sino que incluso es una amenaza real para el desarrollo integral. En estos casos extremos, se separa al menor de sus progenitores, a pesar del propio factor de riesgo que ello conlleva para el crecimiento infantil.

Con todo, necesitamos un modelo de atención basado en el paradigma biopsicosocial. Debe ser un modelo centrado en el territorio y en la persona que conviva, por supuesto, con dispositivos propios del modelo tradicional, lo que se denomina *de bata blanca*. De este cambio en el paradigma de atención, se beneficiaría toda la ciudadanía, pero especialmente aquel sector de la población que, por sus características, se escapa a los dispositivos actuales, porque sencillamente no acude a ellos o no es capaz de vincularse. Estamos pensando en una población diana adolescente y joven, de 12 a 25 años, con alto riesgo psicopatológico, con situaciones sociales y familiares complejas, con presencia de alteraciones no solo en el ámbito estrictamente clínico sino también social y educativo, incluso con consumo activo de sustancias, y con dificultades para vincularse con los recursos asistenciales tradicionales.

Es crucial poder atender a este sector de la población porque en la adolescencia y en los primeros años de juventud se acaba de formar la personalidad, entendida como una organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona que determina la adaptación única al ambiente (Eysenck y Eysenck, [1985]). Siguiendo a Millon (2008), existe un trastorno de la personalidad cuando (1) las estrategias que utiliza la persona para alcanzar sus metas, relacionarse con los demás y afrontar el estrés son escasas y rígidas; (2) las percepciones, las necesidades y los comportamientos habituales perpetúan e intensifican dificultades preexistentes y a la persona le falta flexibilidad para adaptarse a condiciones de estrés.

Es, por tanto, la adolescencia y los primeros años de juventud un momento crítico, ya que, según la OMS, el 50 % de los problemas en salud mental que presentan adultos se iniciaron antes de los 15 años y el 75 % antes de los 18 años, especialmente si nos estamos refiriendo a trastornos psicóticos, trastornos de ansiedad y trastornos de la personalidad. Así que parecería fundamental cuidar el paso de la niñez a la juventud o el inicio de la edad adulta, porque estar atento a este período y cuidarlo es invertir en bienestar futuro. Piénsese lo que reportaría en este período unos buenos programas de prevención y de detección precoz (en alteraciones de la conducta alimentaria, en estados mentales de alto riesgo, en problemas de ansiedad...) en cuotas de bienestar emocional a la ciudadanía y el ahorro económico que supondría en gasto farmacéutico, plazas hospitalarias y bajas laborales, por nombrar unos cuantos beneficios. A menudo nos preguntamos qué impide ejecutar algo que es archiconocido cuya aplicación rebajaría el sufrimiento mental de la ciudadanía, además de promover la igualdad en lo social y en derechos humanos, por no nombrar el ahorro en gasto público. ¿Desidia política? ¿Intereses económicos? Tizón (2015) lo tiene claro y habla de una psicopatología del poder, de unos poderes fácticos (poderes financieros transnacionales) que tratan de “detener la marcha creciente hacia la libertad, la igualdad y la fraternidad de la especie mediante nuevas formas de sumisión, crecientes desigualdades aterradoras y un ataque perverso al valor de la solidaridad-amor como fundamento de la evolución social” (p. 200).

Además de la propia adolescencia en sí, hay otros factores de riesgo que hacen de esta etapa vital un período crítico. Entre estos factores, los de tipo social son cruciales, por ejemplo las condiciones sociales (situaciones de exclusión social, experiencias traumáticas y de adversidad, condiciones socioeconómicas) y los factores familiares (respuesta a las necesidades infantiles, estilo de crianza, salud mental de los padres y estructura familiar).

Y este es uno de los grandes retos que tiene nuestra sociedad actual en salud mental: dar una respuesta integral a adolescentes y jóvenes de alto riesgo psicopatológico que no consiguen vincularse con los recursos asistenciales tradicionales, provenientes de un entorno social, familiar y educativo complejo, y que se pueden haber iniciado en el consumo de sustancias o presentan adicciones conductuales (por ejemplo, ludopatías).

¿Cómo deberían ser los recursos que atenderían a estos jóvenes? Nos atrevemos a apuntar algunas orientaciones de hacia dónde debe ir su atención, claro está, sin menospreciar o eliminar las intervenciones más tradicionales (psicoterapia y psicofarmacología).

- Interdisciplinariedad: los equipos deben estar formados por profesionales de diferentes disciplinas. A la psiquiatría, la psicología clínica y la enfermería psiquiátrica, como mínimo, deberían unirse el trabajo social y la educación social, dos disciplinas expertas en la detección y la intervención en desigualdades sociales con un buen conocimiento de los recursos sanitarios y no sanitarios del territorio. Atención al prefijo *inter-*: cada profesional aportaría su experticia y su saber para enriquecer el trabajo en equipo, sin jerarquías basadas en corporativismos o fruto del diferente estatus o prestigio social que cada una de las disciplinas nombradas actualmente tiene.

- Trabajo en red: ante estas situaciones de alta complejidad, es necesario un auténtico trabajo en red (Ubieto, [2016]) con todos los agentes implicados (profesionales de las diferentes redes, padres o referentes, chicos y chicas). El trabajo en red permite la articulación de objetivos de trabajo compartidos y una visión holística de la situación del chico o la chica sin visiones subjetivas que deriven en intervenciones parciales, que siempre serán parches a una situación. La coordinación entre las redes o sistemas de salud, justicia, educación, servicios sociales y ocio es esencial.
- Atención comunitaria en el territorio: en el escenario que hemos dibujado, no queda otra que abandonar la comodidad del despacho y salir al territorio, desplazarse *in situ* a donde sea necesario (al domicilio familiar, al parque o la plaza, a algún espacio seguro para el joven...), porque el colectivo de jóvenes del que estamos hablando difícilmente aceptará ir a un dispositivo identificado como de salud mental. Ellos y ellas no están locos: “si tú vivieras con mi familia”, como nos dijo una adolescente, “entenderías porqué estoy así”.
- Abordaje integral: un abordaje de las cuestiones en salud mental debe ir más allá de lo puramente clínico o sintomático. No se trata únicamente de hacer desaparecer el síntoma sino de promover el bienestar emocional. Así que tanto la prevención como la intervención debe alcanzar las diferentes facetas de la vida. Una persona no es únicamente sus síntomas clínicos; es también su familia, su tiempo de ocio, su vida en el instituto, las relaciones con sus profesores, con sus amistades...
- Prevención y transversalidad. No olvidarse de la prevención, ser proactivo. En este sentido, la salud mental no es patrimonio o propiedad de aquellos recursos o equipos que el sistema reconoce como equipos de salud mental; la salud mental lo es todo y siempre está presente. Por tanto, la prevención debe abarcar todos los sistemas por los que de manera natural se mueven adolescentes y jóvenes, como es la educación y el ocio, a los cuales se puede sumar los sistemas de justicia y de servicios sociales. Todos ellos pueden y deben ser agentes promotores de salud mental, siendo capaces de detectar situaciones de riesgo, y no deben precipitar o mantener problemáticas en salud mental. El “Pla de Prevenció del Suïcidi de Catalunya 2021-2025” (Generalitat de Catalunya, <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/6319>) es un buen ejemplo de prevención y transversalidad, pues incluye líneas estratégicas no solo en el ámbito sanitario sino también en entornos laborales, de ocio y educativos.

Por último, a este listado de deseos nos atrevemos a añadir otro: la creatividad. Creatividad para ensayar nuevas soluciones a viejos problemas.

Sin ánimo de exhaustividad, a continuación presentamos nuevas maneras de acercarse a adolescentes y jóvenes y cuidar su salud mental, algunas específicas para aquellos que provienen de entornos socialmente muy vulnerables cuya salud mental puede estar comprometida. Estas iniciativas son un claro ejemplo de que es posible un abordaje interdisciplinar, comunitario, de trabajo en red, con la prevención como objetivo irrenunciable y, sí, también creativas. Aquí hacemos constar una breve descripción de todas ellas.

- *Emociona't*, promovido por el Ayuntamiento de Santa Coloma de Gramanet, dirigido a jóvenes de 12 a 26 años. Ofrece un espacio seguro de orientación personal. Se puede contactar presencialmente llamando por teléfono, vía WhatsApp o por correo electrónico. Es un servicio gratuito y confidencial.

<https://ajuntamentinforma.gramenet.cat/es/info-local/emocionat-programa-de-apoyo-emocional-a-los-y-las-adolescentes-de-santa-coloma/>

- *Aquí t'escoltem*, del Ayuntamiento de Barcelona, que acompaña a chicos y chicas de 12 a 20 años, a los que proporciona recursos para mejorar las habilidades personales y sociales. Es confidencial y es necesario pedir cita previa vía correo electrónico o WhatsApp; también es posible enviar consultas por correo. En paralelo, trabaja con espacios de acompañamiento para padres y madres de adolescentes.

<https://ajuntament.barcelona.cat/joves/ca/canal/aqui-tescoltem>

- *Konsulta'm* es un servicio psicológico del Ayuntamiento de Barcelona dirigido a adolescentes y jóvenes a partir de la adolescencia atendido por profesionales de la salud mental. Es gratuito y no requiere de cita previa.

<https://ajuntament.barcelona.cat/sanitatissalut/es/canal/konsultam>

- *Equipos guía*: forman parte del programa de abordaje integral en casos de salud mental y adicciones de elevada complejidad en adolescentes y jóvenes, dentro de un modelo de tratamiento asertivo comunitario. Están especialmente diseñados para atender adolescentes que no han conseguido vincularse con los recursos asistenciales que deberían atenderlos. Entre sus funciones destaca la organización horizontal de estos equipos, que cuentan con cinco perfiles profesionales: trabajo social, psicología, educación social, enfermería y psiquiatría.

<https://canalsalut.gencat.cat/ca/vida-saludable/salut-mental/atencio-multidisciplinaria-problemes-complexos/>

- *ECID* (equipo clínico de intervención a domicilio), gestionado por la Fundación Vidal i Barraquer, ofrece asistencia en salud mental tanto a adolescentes (de 12 a 18 años) de alto riesgo psicopatológico y con alto riesgo de exclusión social como a sus familias fuera del entorno sanitario tradicional (en la calle, en el instituto, en el domicilio...), entorno al cual no han conseguido vincularse. En este perfil también es habitual el absentismo escolar. Normalmente, se accede a través de derivaciones de la red pública de salud mental, pero son posibles otras vías.

<https://www.fvb.cat/es/asistencia-publica/ecid-2/>

Bibliografía

EYSENCK, H. J. Y EYSENCK, M. W. (1985). *Personality and Individual Differences: A Natural Science Approach*. Plenum Press.

FERNÁNDEZ GARCÍA, T. y PONCE DE LEÓN, L. (2019). *Trabajo social con familias*. Alianza Editorial.

FUNDACIÓN FOESSA (2022). *Evolución de la cohesión social y consecuencias de la COVID-19 en España*. Fundación Foessa.

MILLON, T. y BLOOM, C. (2008). *The Millon Inventories: A Practitioner's Guide to Personalized Clinical Assessment*. Guilford Press.

MIRANDA, X. (2021). "La identidad proyecto: una propuesta de desarrollo para el trabajo social en salud mental". Dentro de MIRANDA, T. y GALÁN, F. J. (ed.), *Lo social en la salud mental (II). Trabajo social en psiquiatría* (p. 31-50). Prensas de la Universidad de Zaragoza.

TIZÓN, J. L. (2015). *Psicopatología del poder: Un ensayo sobre la perversión y la corrupción*. Herder Editorial.

UBIETO, R. (2016). *La construcción del caso en el trabajo en red. Teoría y práctica*. Editorial UOC.

