

**Rosa Calvo Escalona** 

Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona. CIBERSAM. Universidad de Barcelona, España.

Correo: [rcalvo@clinic.cat](mailto:rcalvo@clinic.cat)

---

*Innovación y Humanización en la Atención Psiquiátrica al Niño y al Adolescente en Crisis*

El espectacular aumento de las visitas a los servicios de urgencias por parte de niños y adolescentes en crisis psiquiátricas que comenzó en la década de 1990 ha persistido en el siglo XXI, y las últimas estimaciones de visitas a urgencias pediátricas por problemas de salud mental oscilan entre el 2% y el 5% de todas las visitas (1). La atención integral a la infancia y adolescencia requiere la presencia de una red asistencial compleja, preferentemente en el marco de un modelo de atención comunitaria que pueda garantizar la continuidad asistencial. Esta red se debería estructurar por niveles de intensidad de la atención y de acuerdo a la especialización asistencial. Se iniciarían en atención primaria, entorno escolar y social (primer nivel) y es muy útil contar con un nivel intermedio entre el centro de salud mental infanto-juvenil (tercer nivel) y la atención primaria, de enlace y encuentro entre los profesionales de ambos equipos, para atender los casos más leves (segundo nivel). Por último, el cuarto nivel correspondería al cuidado más intensivo, como los programas de hospitalización parcial, las unidades de atención psiquiátrica hospitalaria o las unidades de salud mental de estancia intermedia.

Según un reciente informe realizado por la Academia Americana de Pediatría, los recursos de salud mental pediátrica comunitaria son limitados en muchas zonas del país, incluso para pacientes de alto riesgo y las barreras para la atención ambulatoria, tanto para los equipos de urgencias como para las familias, contribuyen al aumento de ingresos, a las altas tasas de reingreso y al fracaso de los pacientes a comprometerse con el tratamiento

(2). También concluyen que la falta de indicadores de calidad que guíen la planificación al alta y el seguimiento perjudican la continuidad asistencial y el progreso clínico.

En España, las mayores disparidades en el desarrollo de los servicios de salud mental entre comunidades autónomas corresponden al último nivel de complejidad (3), pero también hay importantes diferencias en la implementación de la atención en niveles previos entre los diferentes territorios. Por todo ello, AEPNYA ha decidido este año dedicar su curso a ofrecer herramientas y reflexiones para comprender y mejorar la atención en situaciones de crisis en nuestra población de niños y adolescentes.

Por una parte, se examinará la planificación de los tratamientos farmacológicos ante la gravedad de la sintomatología y la falta de respuesta clínica, con frecuencia después del uso de múltiples tratamientos previos. No estará tan centrado en presentar novedades farmacológicas, como en la sistematización, basada en los principios de farmacología en niños y adolescentes, y la evidencia de los estudios disponibles. El objetivo es conseguir que se pueda proporcionar un tratamiento adaptado y personalizado, basado en la respuesta individual de cada paciente. También se estudiará el perfil de seguridad y uso de fármacos clásicos, como la clozapina, con importantes indicaciones para su uso en menores. El que los profesionales compartan información adecuada con las familias y los menores sobre los riesgos y beneficios de los psicofármacos, contribuye a la mejora del cumplimiento y a la monitorización de los potenciales efectos secundarios (4).

2

En esta misma mesa se ofrecerá una presentación sobre programas psicoterapéuticos dirigidos al manejo de la conducta suicida y las autolesiones. En un contexto en el que los ingresos son cada vez más breves, las autolesiones recientes, los intentos de suicidio a lo largo de la vida y la victimización por iguales emergen como predictores de mantenimiento de síntomas después del alta (5). Estos pacientes requerirán una atención diferenciada, con intervenciones adyuvantes que integren sus antecedentes clínicos y psicosociales para mejorar la tasa de reingresos y la adherencia posterior a los tratamientos comunitarios.

En este sentido, la segunda mesa la protagonizan representantes de diversos recursos hospitalarios que han organizado su infraestructura para facilitar, tanto la atención posterior a la urgencia que motivó la asistencia al hospital, como la continuidad de tratamiento al alta. También se abordará la innovación para incorporar enfoques humanitarios y respetuosos, alineados con los estándares internacionales y manteniendo la misión de proporcionar una atención segura y de calidad en las unidades de psiquiatría para menores (6). La implementación de algunos de estos enfoques alternativos requiere recursos adecuados, incluyendo personal suficiente y especializado, nuevo diseño de los espacios, que contribuya a minimizar el estrés y la ansiedad, y el acceso a tecnologías y terapias complementarias (6).

Finalmente, el curso introduce la importancia de la toma de decisiones compartidas (TDC) en situaciones clínicas complejas. La TDC promueve la participación activa de los pacientes y sus familias en el proceso asistencial y fomenta el que los tratamientos sean respetuosos y adaptados a las necesidades individuales (7). Esta colaboración entre los profesionales de la salud, los pacientes y sus familias, puede mejorar la adherencia al tratamiento, el empoderamiento del paciente y la satisfacción con la atención recibida. La escasa investigación realizada hasta ahora es de carácter cualitativo (8), sobre experiencias de participación de pacientes y profesionales y con escasos datos sobre cuestiones de seguridad (9). La implementación de

la TDC en menores con patologías psiquiátricas conlleva desafíos y consideraciones éticas, como la evaluación de la capacidad del menor para la toma de decisiones, el equilibrio entre la autonomía del menor y el asegurar su bienestar y protección y el manejo de la confidencialidad de la información del paciente manteniendo una comunicación abierta y transparente con la familia.

El programa del curso anual de AEPNYA se presenta como una herramienta indispensable para los profesionales de la salud mental de la infancia y la adolescencia. Al combinar enfoques teóricos sólidos con prácticas clínicas actualizadas, no solo proporciona conocimientos técnicos, sino que también fomenta una cultura de cuidado centrado en el paciente menor de edad y respetuoso con sus derechos. La capacidad de adaptarse a nuevas estrategias y modelos de atención, junto con el compromiso con la humanización de la atención médica, son claves para mejorar los resultados en salud mental en esta población vulnerable.

## REFERENCIAS

1. Lo CB, Bridge JA, Shi J, Ludwig L, Stanley RM. Children's mental health emergency department visits: 2007-2016. *Pediatrics*. 2020;145(6): e20191536
2. Saidinejad M, Duffy S, Wallin D, Hoffmann JA, Joseph MM, Uhlenbrock JS, Brown K, et al. The Management of Children and Youth With Pediatric Mental and Behavioral Health Emergencies. *Pediatrics*. 2023;152(3): e2023063256. <https://doi.org/10.1542/peds.2023-063256>
3. Faya Barrios M, Graell Berna M. La atención a la salud mental de la infancia y adolescencia en España. Un camino recorrido y un largo camino aún por recorrer. *An Pediatr (Barc)*. 2021;94: 1-3.
4. Lorberg B, Davico C, Martsenkovskiy D, Vitiello B. Principles in using psychotropic medication in children and adolescents. In Rey JM, Martin A (eds), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2019.
5. Zambrowicz R, Stewart JG, Cosby E, Esposito EC, Pridgen B, Auerbach RP. *Inpatient Psychiatric Care*

- Outcomes for Adolescents: A Test of Clinical and Psychosocial Moderators. *Evid Based Pract Child Adolesc Ment Health*. 2019;4(4): 357-68.  
<https://doi.org/10.1080/23794925.2019.1685419>.
6. World Health Organization. (2017). *QualityRights: Transforming services and promoting human rights in mental health*. World Health Organization.
  7. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*. 2012;27(10): 1361-17.
  8. Bjonness S, Viksveen P, Johannessen JO, Storm M. User participation and shared decision-making in adolescent mental healthcare: a qualitative study of healthcare professionals' perspectives. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2020 Jan 18;14:2.  
<https://doi.org/10.1186/s13034-020-0310-3>
  9. Viksveen P, Bjonness SE, Cardenas NE et al. User involvement in adolescents' mental healthcare: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022;31: 1765-88.  
<https://doi.org/10.1007/s00787-021-01818-2>