

INFORME

Trabajando por la Salud Mental de niños, niñas y adolescentes: Retos y desafíos a través de los cuidados especializados enfermeros.

Asociación Española de
Enfermería de Salud Mental
(AEESME)

AEESME

4ª Conferencia Estatal de Enfermería de Salud Mental



COMPONENTES DE LA REDACCIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO:

- Dr. Carlos Aguilera-Serrano (relator)
- Dr. Francisco Megías-Lizancos
- D. Eladio Holgado-Alegre
- D^a. Begoña Ibáñez-Jiménez
- D^a. Uxua Lazkanotegi-Matxiarena
- D^a. Eugenia Violeta Nadolu-Vélez
- Dr. José Prieto-Oreja
- D^a. Rocío Pérez-Campina

AGRADECIMIENTOS: El grupo de redacción quiere agradecer a todas aquellas personas que han contribuido con su esfuerzo y dedicación a que sea posible la elaboración y redacción de este informe:

- A la Junta Directiva de la AEESME.
- Dra. Meritxell Sastre-Rus y Dra. Ana Ventosa-Ruiz, coordinadoras generales de la IV Conferencia Estatal de Enfermería de Salud Mental.
- A la Universidad de Barcelona por prestar sus instalaciones y conformarse como sede para el desarrollo de la conferencia.

PARTICIPANTES EN LOS GRUPOS DE TRABAJO, sin cuyas aportaciones hubiera sido imposible este informe:

- | | | |
|---|---|--|
| • Dr. Carlos Aguilera-Serrano | • D ^a . Ana María Hernández-Naranjo | • D ^a . Rocío Pérez-Campina |
| • Dra. Miriam Alonso-Maza | • D. Eladio Holgado-Alegre | • D. Enrique Pérez – Codoy Díaz |
| • D ^a . Nuria Bravo-Garrido | • D ^a . Begoña Ibáñez-Jiménez | • Dr. José Prieto-Oreja |
| • D ^a . Karla Alexis Caballero-Bello | • D ^a . Marta San José-de León | • D ^a . Miriam Rosa-Orozco |
| • D ^a . Ana Belén Cubillo-García | • D ^a . Uxua Lazkanotegi-Matxiarena | • D ^a . Luisa Rosado-Tejero |
| • D ^a . Mónica Duarte-Berrocal | • D ^a . Mónica Lobo-Margarit | • D. Sergio Ruiz-Bonilla |
| • D. Pablo Torres Callego-de Lerma | • D ^a . Eva María Luján-Luján | • D ^a . Lucía Santonja-Ayuso |
| • D ^a . Sara Beatriz García-Herrero | • D ^a . Eugenia Violeta Nadolu-Vélez | • Dra. Maritxel Sastre-Rus |
| • Dra. Jessica Marian Goodman-Casanova | • D ^a . Ángela Narbona-Gálvez | • Dr. Jordi Torralbas-Ortega |
| • Dr. Julio González-Luis | • D. Diego Pérez-Calatrava | • D. Antonio Vaquerizo-Cubero |
| • D. Elías Guillén-Guzmán | | • Dra. Ana Ventosa-Ruiz |
| | | • D ^a . Esther Vivanco-González |

Como citar este documento: Asociación Española de Enfermería de Salud Mental. Informe. Trabajando por la Salud Mental de niños, niñas y adolescentes: Retos y desafíos a través de los cuidados especializados enfermeros. IV Conferencia Estatal de Enfermería de Salud Mental. Barcelona: AEESME. 2025.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	8
ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN.....	13
GRUPO 1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....	14
GRUPO 2. PREVENCIÓN DE AUTOLESIONES Y RIESGO SUICIDIO.....	15
GRUPO 3. ADICCIONES A SUSTANCIAS Y COMPORTAMENTALES.....	19
GRUPO 4. ESTADOS MENTALES DE ALTO RIESGO Y PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL	20
GRUPO 5. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA.....	23
GRUPO 6. CONDICIÓN DEL ESPECTRO AUTISTA	24
RECOMENDACIONES	28
REFERENCIAS:	34

INTRODUCCIÓN

La era de la pandemia de Covid-19 marcó el comienzo de una nueva serie de desafíos en salud mental, y en la salud en general, para los niños, niñas y adolescentes en todo el mundo, lo que ha derivado en lo que ya se denomina “crisis de salud mental de la población infantil y adolescente”. Los problemas de salud mental en la población infanto-juvenil conllevan para los y las que lo sufren, sus familias, y con frecuencia por muchos años o de por vida, una gran carga de malestar, sufrimiento, complicaciones, costes sociosanitarios directos e indirectos, y notable letalidad (1).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente entre el 10 % y el 20 % de los y las adolescentes experimentan problemas de salud mental en todo el mundo, y la mitad de todas las enfermedades mentales comienzan antes de los 14 años (2).

Múltiples estudios sugieren que los problemas de salud mental entre los niños, niñas y jóvenes de Europa aumentaron durante la pandemia de Covid-19 (3,4), aunque aún está por determinar el impacto a largo plazo de la pandemia en la salud mental en este estrato poblacional.

El informe «*Health at a Glance*» del año 2022 puso de manifiesto que casi uno de cada dos jóvenes europeos declaraba tener necesidades de salud mental no satisfechas, y que la proporción de jóvenes que comunicaban síntomas de depresión en varios países de la Unión Europea (UE) había aumentado en más del doble durante la pandemia (5).

Las estimaciones más actuales indican que alrededor de 11,2 millones (13 %) de los niños, niñas y jóvenes de 19 años o menos en la UE padecen algún problema de salud mental (6). Estas tasas aumentan con la edad, desde alrededor del 2 % de los niños y niñas menores de 5 años hasta alrededor del 19 % de los y las jóvenes de 15 a 19 años. En total, alrededor de 5,9 millones de hombres y 5,3 millones de mujeres de hasta 19 años padecen algún trastorno de salud mental. Las tasas son más altas para los hombres que para las mujeres de hasta 14 años y un poco más altas para las mujeres que para los hombres en el grupo de edad de 15 a 19 años (6).

España es uno de los países europeos con mayor prevalencia en problemas de salud mental entre niños, niñas y adolescentes (7). Según el Barómetro de Opinión de la Infancia y la Adolescencia 2023-2024, el 41 % de los y las adolescentes en España -4 de cada 10- manifestaba haber tenido o creer haber tenido un problema de salud mental en los últimos doce meses (8).

Así, en lo que respecta a la condición del espectro autista, en los últimos cuarenta años la prevalencia ha aumentado de manera notable, alcanzando actualmente 1 caso por cada 100 nacimientos (9). Esto sugiere que hay más de 470.000 personas con alguno de los trastornos del espectro del autismo en España. Sin embargo, si se considera el profundo impacto que este trastorno tiene en el sistema familiar, el número de personas afectadas podría superar el millón, ya que cada miembro de la familia se ve influenciado.

En relación a los problemas de la esfera psicótica, los datos epidemiológicos en niños, niñas y adolescentes son muy limitados. Aun así, el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE, del inglés *National Institute for Health and Care Excellence*) estima que la prevalencia de los trastornos psicóticos en infantes y adolescentes de edades comprendidas entre 5 y 18 años se sitúa en torno al 0,4 % (10).

La conducta autolesiva, por otro lado, ha sido tildada por la OMS como una de las cinco principales amenazas para la salud de los y las adolescentes dada su prevalencia y alta letalidad asociada. La OMS declara que 10,2 millones de personas en el mundo realizan algún tipo de conducta autolesiva que requiere atención sanitaria y 30 millones sería la cifra aproximada de los y las personas que no la reclaman (11, 12). Los resultados de un reciente metaanálisis, señalan una prevalencia estimada de un único episodio de conducta autolesiva en muestras no clínicas del 17,2 % entre adolescentes (de los cuales entre el 70 % - 93 % tienen 3 o más episodios de reincidencia), del 13,4 % entre adultos jóvenes y del 5,5 % entre adultos (13).

Junto con las autolesiones, el suicidio en adolescentes es otro grave y preocupante problema de salud pública (14). Antes de la pandemia por la Covid-29, se estimaba que el 30 % de menores habían presentado ideación suicida en algún momento, el 10 % lo habían intentado y un 2 % de forma seria, requiriendo atención sanitaria (15). La Fundación ANAR (Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo), alerta que durante la

pandemia empeoró la salud mental en la infancia y adolescencia en base a las consultas recibidas, llegando a atender en ese periodo un 145 % más de llamadas de menores con ideas o intentos de suicidio y un 180 % más de autolesiones con respecto a los dos años previos. Durante el confinamiento estricto la ideación suicida se incrementó en un 244,1 % y tras la vuelta al colegio las autolesiones se vieron aumentadas en un 242,6 % (13).

Otra cuestión preocupante que atañe a la salud mental de los niños, niñas y adolescentes en la sociedad contemporánea lo conforman los problemas de comportamiento y actitudes hacia la comida. Estudios recientes apuntan a una tasa de prevalencia de trastornos de la alimentación de un 4,1% - 4,5 % entre los 12 y los 21 años, situándose la anorexia en torno al 0,3 %, la bulimia en el 0,8 % y el trastorno de la conducta alimentaria no especificado alrededor del 3,1 % de la población femenina de esa edad (16).

También se han de destacar los datos referidos a los problemas por el consumo abusivo de sustancias y/o otras adicciones comportamentales, entendiéndose estas como la necesidad o dependencia obsesiva y compulsiva de infantes y adolescentes hacia una sustancia, actividad o relación que arrastra a la persona lejos de todo lo demás que le rodea. Según el informe OEDA 2024, el alcohol se sitúa como la sustancia psicoactiva más consumida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años, ya que 3 de cada 4 reconoce su consumo alguna vez en su vida. El tabaco se mantiene como la segunda sustancia psicoactiva con mayor prevalencia de consumo entre los estudiantes, seguido por el consumo de cannabis. Y es que el 26,9 % de los y las jóvenes admiten haber consumido cannabis en alguna ocasión (17). La ludopatía es un fenómeno en expansión, especialmente entre los y las jóvenes. El 0,9 % de los adolescentes en España (entre 14 y 18 años) muestra patrones problemáticos de juego, lo que podría indicar un riesgo de adicción al juego. El consumo es mayor en el sexo masculino que en el femenino. Se estima que entre el 15 % - 20 % de los y las adolescentes en España tiene un uso problemático de internet, especialmente vinculado a las redes sociales digitales (18); también el problema de las conductas compulsivas hacia las compras está viéndose incrementado en este estrato poblacional en los últimos años (19).

No sólo preocupan los datos epidemiológicos, sino también los referidos a la actividad asistencial. Estudios recientes informan del incremento en el número de hospitalizaciones

que se vienen dando por trastornos de salud mental en adolescentes, suponiendo el 5,9 % (118.609) del total de 2.015.589 ingresos por cualquier causa para este sector de la población en nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS). Este aumento ha sido constante desde el año 2000, pasando del 3,9 % al 9,5 % en 2021. En ese periodo, la edad media disminuyó de los 17 a los 15 años (20).

Lo hasta ahora reseñado confirma lo relevante y necesario de trabajar concienzudamente sobre la línea estratégica 5 (“Salud mental en la infancia y adolescencia”) que de manera tan acertada recoge la Estrategia de Salud Mental del SNS 2022-2026, y que destaca, entre otras prioridades, la atención específica a la salud mental infanto-juvenil reconociendo que la detección temprana y la intervención adecuada durante la infancia y la adolescencia son esenciales para reducir el riesgo de desarrollar trastornos más graves en la edad adulta (21). Además, la Estrategia del SNS promueve un enfoque centrado en los derechos de las personas con problemas de salud mental, buscando su integración social y luchando contra el estigma asociado a estos problemas. Así, tanto la Convención sobre los Derechos del Niño como la Estrategia de Salud Mental del SNS abogan por un modelo de atención que no solo trate los síntomas, sino que también promueva la recuperación personal y social de los y las infantes y adolescentes, respetando su dignidad y autonomía (21).

No menos importante es también seguir trabajando en el cambio de perspectiva o modelo, pues hasta el momento, la cuestión de la salud mental infanto-juvenil se ha venido abordando desde un enfoque o modelo deficitario o “negativo”, esto es, se han analizado en profundidad todo tipo de problemáticas de ajuste psicoemocional y comportamental, así como diferentes factores de riesgo, dejando de lado aspectos igualmente interesantes como los factores protectores, la promoción de la salud mental positiva o el estudio de las fortalezas para el desarrollo o asociados a la resiliencia (22).

Esta creciente y exponencial preocupación en torno a la salud mental infanto-juvenil lleva a la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME) a organizar en noviembre de 2024 su **IV Conferencia Estatal de Enfermería de Salud Mental** con el objeto de significar esta problemática sanitaria y social, y establecer una propuesta estratégica que sirva para guiar y ofrecer orientación en el abordaje de los retos y desafíos a través de los cuidados especializados enfermeros a futuro.

Basándose en una metodología participativa, y por medio de una combinación de debates en grupos pequeños, conformados por profesionales expertas y expertos, y desde los distintos ámbitos de actuación de la Enfermería (asistencial, docente, investigadora y de gestión), se han explorado estrategias para valorar, definir y mejorar la calidad de los servicios enfermeros de salud mental para niños, niñas y adolescentes en España.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

Los grupos de trabajo fueron predefinidos para cada una de las áreas temáticas priorizadas en relación al estado y situación de la salud mental para este sector poblacional infanto-juvenil, resultando 6 ámbitos tal como se recogen en la ilustración 1.



Ilustración 1. Grupos de trabajo

GRUPO 1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

En la asistencia a las personas con problemas y/o trastorno de la conducta alimentaria (TCA), las enfermeras deben tener en alta consideración la necesidad de reconocer a la persona de una forma holística cuyo eje de vida no es únicamente su problema y/o trastorno, sino que se trata de un ser con una vida y un rol familiar y social. Este ya es motivo suficiente para tratarlo/a con la mayor dignidad (23).

La atención y cuidado a las personas con TCA y las familias debe realizarse dentro de un marco ético y legal a semejanza de las prestaciones que se ejecutan en respuestas a las necesidades de las personas con otros problemas de salud, donde profesionales y las personas con experiencia establezcan relaciones basadas en ese marco.

Se destaca la vulnerabilidad de las personas con TCA en edades tempranas, así como la adolescencia, por lo que las enfermeras deben ser especialmente prudentes y tener en cuenta la ética del cuidado especialmente en población infanto-juvenil.

El grupo operativo de trabajo señala la existencia, bastante extendida a lo largo del territorio español, de protocolos generales básicamente enfocados a técnicas enfermeras, sin tener en cuenta la visión y abordaje holístico e integral del trabajo enfermero. No hay una documentación o guía específica sobre el cuidado de personas con TCA diferenciado por unidades de cuidados en los distintos niveles (ambulatorio, hospitales de día o unidades de hospitalización). Si que existe alguna guía sobre diagnósticos, objetivos e intervenciones, pero centradas casi exclusivamente en uno de los cuadros clínicos (anorexia) (24).

De igual forma, se objetiva la dificultad de acceder a los protocolos de las diferentes unidades, lo cual puede dar lugar a una gran diversidad de abordajes ante un mismo problema, además de confirmarse la visión biomédica que impera en los mismos. El propio Ministerio de Sanidad mantiene desactualizada la Guía de Práctica Clínica del año 2009 (25).

El estudio sobre la atención y cuidados a las personas con TCA en España lleva a ratificar la gran disparidad y variabilidad en cuanto a recursos humanos y dispositivos existente

por Comunidad Autónoma (CCAA). Mientras que la valoración inicial en algunas CCAA se suele realizar en Atención Primaria, con su posterior derivación a los equipos o Unidades Comunitarias de Salud Mental (algunos de ellas con supraespecialización en TCA), en otros se atiende de manera genérica en Salud Mental, por lo que puede resultar una merma en la atención y cuidados en estos problemas de salud de alta complejidad. Existiendo además una ubicación de estos dispositivos totalmente diferente por CCAA a pesar de tener la misma funcionalidad (mientras que algunos se ubican en centros de salud con carácter ambulatorio otros se sitúan en hospitales generales) (26).

En todas las CCAA existen recursos privados de atención a personas con TCA, pero en ninguno de ellos hay enfermeras especialistas en salud mental y probablemente en muchos de ellos ni siquiera hay enfermera.

GRUPO 2. PREVENCIÓN DE AUTOLESIONES Y RIESGO SUICIDIO

La conducta autolesiva no suicida (CANS) es un problema clínico grave, particularmente en adolescentes y personas adultas jóvenes, que se define según NANDA-I como “herida deliberada y autoinfligida a uno/a mismo/a sin motivo de suicidio o desviación sexual, y con fines no sancionados socialmente” (27).

Entre los múltiples y variados factores de riesgo, se conoce el impacto que tiene el incremento del estrés al que están expuestos niños, niñas y adolescentes en un contexto social cambiante, que exige adaptación rápida y un desarrollo de alto rendimiento (28, 29). Se destaca también cómo las dificultades en la regulación de las emociones por parte de esta población incrementan el riesgo de CANS.

La adolescencia es un período crítico para la adquisición de las habilidades esenciales para una vida adulta saludable, como son el afrontamiento de problemas, la gestión de las emociones y el desarrollo de las relaciones interpersonales. Durante la adolescencia, son numerosos los cambios físicos, emocionales y sociales, a los cuáles se suman cambios académicos y laborales con la llegada de la vida adulta; que pueden generar estrés, vulnerabilidad y aislamiento. La ausencia de adquisición de estas habilidades y afrontamiento de estos cambios puede aumentar el riesgo de aparición de problemas de

salud mental, como la ansiedad, la depresión o la soledad, que, si no se abordan, pueden llevar a pensamientos y conductas suicidas (30).

Las relaciones sociales son especialmente importantes en el aprendizaje de estas habilidades y en el afrontamiento de estos cambios brindando apoyo emocional entre iguales o *peer support*. Además, participar en actividades comunitarias permite desarrollar un sentido de pertenencia, propósito y agencia. En este contexto, y en plena era digital, es innegable el papel que juegan las redes sociales digitales en la salud mental de adolescentes y jóvenes (31). Con un acceso inmediato y casi constante a través de las nuevas tecnologías, los y las adolescentes y jóvenes están inmersos en el mundo digital, donde las relaciones sociales, el entretenimiento y la educación digital son una parte integral de su día a día. Pasan horas visualizando videos, desplazándose por *feeds*, compartiendo contenido y comunicándose con otras personas. Este uso diario de las nuevas tecnologías ha transformado profundamente la manera en que los y las adolescentes y jóvenes interactúan entre sí y con el mundo que les rodea (31).

En concreto, según señala un informe internacional en menores, los y las adolescentes y jóvenes dedican cuatro horas al uso de aplicaciones en dispositivo personales (móviles, tabletas y ordenadores). En España la mayor parte del tiempo es dedicado a plataformas de videos como *Youtube*, redes sociales digitales como *Tik Tok* e *Instagram* y aplicaciones de comunicación como *WhatsApp*, siendo mínimo el tiempo dedicado a aplicaciones educativas (32). Se ha evidenciado además diferencias de género en cuanto al uso, siendo más frecuente *Tik Tok* e *Instagram* en mujeres adolescentes y jóvenes frente a *Youtube* en hombres adolescentes y jóvenes (33).

Teniendo en cuenta el elevado tiempo que dedican adolescentes y jóvenes frente a las pantallas y el impacto ambivalente de las redes sociales digitales sobre su salud física y mental, se evidencia la necesidad de investigar intervenciones destinadas a promover un entorno digital saludable en el que puedan aprender estas habilidades, afrontar estos cambios y se sientan comprendidas y apoyadas (31).

Tanto la OMS como la Estrategia de Salud Mental del SNS proponen el uso de las nuevas tecnologías en la detección e intervención temprana del riesgo de suicidio en adolescentes y jóvenes junto con el fortalecimiento de las redes de apoyo mutuo o *peer support* y la

participación comunitaria (34, 21). Desde la perspectiva de género, parece que estas intervenciones de prevención del suicidio tienen una mayor efectividad en mujeres adolescentes y jóvenes ya que éstas suelen presentar mayor disposición a la búsqueda de ayuda (35).

Revisiones sistemáticas sobre el impacto de las redes sociales digitales ponen de manifiesto sus efectos positivos y negativos en la salud mental, en general, y sobre el suicidio, en particular. Por un lado, las redes sociales digitales ofrecen una herramienta para la expresión de experiencias relacionadas con problemas de salud mental, la conexión, el sentido de pertenencia y la participación social; elementos clave para el desarrollo personal. Además, ofrecen un espacio de aprendizaje de conocimientos y hábitos saludables para la vida diaria. Sin embargo, también pueden contribuir a crear o empeorar problemas de salud mental, ya sea a través de la visualización de contenido e imitación de conductas de riesgo, directamente relacionadas con el suicidio; la exposición a información engañosa, la sensación de aislamiento, la comparación constante con los demás o la exposición al acoso cibernético (31).

Respecto al uso de las redes sociales digitales como intervenciones para promover la salud mental y prevenir el suicidio en adolescentes y jóvenes se ha evidenciado que ofrecen ventajas como su atractivo, aceptabilidad, accesibilidad a un grupo demográfico más amplio, naturaleza no estigmatizante y capacidad para entregar contenido altamente personalizado directamente al *feed* de la persona. Las redes sociales digitales permiten compartir estrategias de afrontamiento guiadas por profesionales, historias personales de iguales y difusión de actividades comunitarias favoreciendo la promoción de conductas de autocuidado y búsqueda de apoyo profesional, apoyo mutuo y participación comunitaria. Esto puede resultar en un aumento en la toma de decisiones informadas, el empoderamiento y la esperanza en su proceso de salud-enfermedad; los sentimientos de pertenencia a un grupo y la participación social. Además, se destaca la importancia del rol moderador de profesionales, el rol de apoyo de iguales o *peer support* y el rol dinamizador de agentes locales como elementos de éxito de estas intervenciones. No obstante, a pesar de la efectividad demostrada por estas intervenciones en la detección e intervención temprana de la ideación y conducta suicida, la evidencia también señala que las investigaciones en este aspecto todavía son escasas y poco rigurosas (36, 37).

Acerca de programas de prevención, a nivel internacional se han desarrollado programas universales de prevención del suicidio en adolescentes que han demostrado mejorar el conocimiento sobre el suicidio, reducir la ideación suicida y otros problemas de salud mental, aunque su eficacia a largo plazo aún no está clara (38). En España, la mayoría de los programas se centran más en la intervención que en la prevención, careciendo de un enfoque homogéneo a nivel nacional, lo que supone un área de mejora (39). Según la Asociación Española de Psicología Conductual (2019), los programas escolares que involucran a estudiantes, profesores y familiares han mostrado los mejores resultados.

Entre las iniciativas destacadas en Europa se encuentra el proyecto SEYLE, que forma a jóvenes, educadores y familias para identificar y manejar conductas suicidas (40). En España, sobresalen el programa PositivaMente, orientado a la salud mental en centros escolares, y el proyecto SURVIVE 2 del Instituto de Salud Carlos III, que investiga estrategias de prevención secundaria (41). Además, el estudio Nextgen aborda los desafíos emocionales de los adolescentes en un contexto post-pandemia (42), mientras que el Episam-School Study analiza la prevalencia y factores de riesgo de la conducta suicida en jóvenes de 12 a 16 años mediante cuestionarios en escuelas (43).

Otras iniciativas, como ConRed, KIVA, TEI y ADA, centradas en prevenir el acoso escolar, también contribuyen indirectamente a la prevención del suicidio al fomentar un entorno escolar más seguro y respetuoso (44). Estas acciones se complementan con campañas de sensibilización y recursos en línea que apoyan la salud mental de los y las jóvenes.

Los y las profesionales de Enfermería en escenarios comunitarios y escolares resultan fundamentales, realizando búsqueda activa de jóvenes en riesgo, implementando programas de salud pública, formando equipos interdisciplinarios y capacitando a estudiantes y profesores para detectar problemas emocionales.

Sun et al. (2006) argumentan que las enfermeras en salud mental pueden facilitar la mejoría subjetiva y clínica mediante el entendimiento, soporte y aceptación, lo cual es vital en el cuidado de personas con conducta suicida (45). Además, Carvajal y Caro Castillo (2012) enfatizan que la Enfermería desempeña un rol significativo en la

valoración, manejo y educación preventiva en adolescentes, ofreciendo cuidado que fomenta seguridad, esperanza y respeto (46).

GRUPO 3. ADICCIONES A SUSTANCIAS Y COMPORTAMENTALES

Tal como se recoge en el Informe Mundial sobre las Drogas presentado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), el surgimiento de nuevos opioides sintéticos y de una oferta y demanda sin precedentes de otras drogas continúa agravando las repercusiones del problema mundial de las drogas, provocando un aumento de los trastornos por consumo de sustancias y de los daños ambientales (47). La producción, el tráfico y el uso de drogas siguen exacerbando la inestabilidad y la desigualdad, al tiempo que causan daños incalculables a la salud, la seguridad y el bienestar de las personas, y muy especialmente, del grupo poblacional infanto-juvenil.

La realidad social de las últimas décadas con respecto al consumo de sustancias en España, ha llevado a las diferentes entidades a buscar soluciones poniendo un especial énfasis en el campo de la prevención, con el fin de tratar de evitar las consecuencias sociales y personales del consumo de los adolescentes que, en muchos casos, se mantiene en la edad adulta. Aun así, parece que no es suficiente. El grupo operacional de trabajo señala como el abordaje de las adicciones está muy enfocado a aquellas variables directamente relacionadas con el consumo y/o comportamiento (tipo de sustancias, frecuencia, intensidad) y no tanto a aquellos factores implicados en su génesis y mantenimiento. Además, la falta de servicios especializados, y concretamente orientados a la desintoxicación y deshabitación en la población infanto-juvenil, las dificultades de acceso a estos servicios, unido a la deficitaria coordinación intersectorial, así como la disparidad en los modelos de atención entre CCAA, entre otros factores, pueden estar detrás de este hándicap.

En relación a la práctica profesional enfermera, se detecta una deficitaria formación y oferta académica específica que integre, concrete y capacite en el avance competencial de las enfermeras para la prestación de unos cuidados y atención de calidad a personas con problemas de adicciones con y sin sustancias y las familias. Es conveniente recordar que las enfermeras especialistas en Salud Mental, son profesionales especializados en adicciones y en los modelos y técnicas de motivación y modificación de conducta.

El Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024 del Ministerio de Sanidad, señala entre sus principios rectores lo relevante de la perspectiva intersectorialidad e interdisciplinariedad, tratando de ofrecer un enfoque y un abordaje multifactorial, intersectorial y multidisciplinar, y aspirar a una optimización de esfuerzos y recursos mediante la coordinación y cooperación de los distintos agentes (48). Sin embargo, no se determina con precisión el trabajo enfermero. Hay CCAA donde la red pública de atención a las drogodependencias y otras adicciones no contempla la figura profesional, y, por tanto, la cartera de servicios, que ofrece la enfermera especialista en Salud Mental en la respuesta a las demandas derivadas del consumo de drogas y otras adicciones. Esto lleva a generar estructuras sociosanitarias en muchas ocasiones fragmentadas que dificultan el trabajo integral en la atención y cuidados con las personas y familias afectadas. Los programas para la prevención son responsabilidad de cada CCAA, sin existir una estrategia generalizada por parte del SNS.

Es preciso unificar las actuaciones y actividades asistenciales y de prevención y promoción de la salud que realizan las enfermeras especialistas en Salud Mental, dentro del proceso de atención integral a las personas con problemas de adicción, y muy especialmente, con menores en situación de vulnerabilidad (49).

GRUPO 4. ESTADOS MENTALES DE ALTO RIESGO Y PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL

Se estima prioritario especificar la conceptualización de lo que el grupo operativo de trabajo entiende por estados mentales de alto riesgo (EMAR) y primeros episodios psicóticos (PEP). La población de referencia a la que se alude son niños, niñas y adolescentes que presentan malestares psicoemocionales con gran repercusión en la funcionalidad a consecuencia de la gravedad clínica y complejidad de su abordaje. El término EMAR, hace referencia a las fases previas de la psicosis, describe personas que presentan síntomas potencialmente precursores de psicosis (50), haciéndose importante recalcar que la aparición de la psicosis no es de forma abrupta (no se llega de golpe), sino que esta precedida de un tiempo anterior de determinadas señales precursoras y que puede prolongarse durante meses y/o años (51). El término PEP consiste en la presencia, por primera vez, de sintomatología psicótica definida como la existencia o sospecha

clínica en la persona (por desorganización conductual, catatonía, etc.) de delirios y/o alucinaciones, independientemente del tiempo de evolución de los síntomas (50).

El propio proceso madurativo de las etapas evolutivas infanto-juvenil viene a respaldar la necesidad de no precipitarse en el etiquetaje (diagnóstico) clínico. Distanciarse del peso del diagnóstico clínico permite a la enfermera ampliar su mirada hacia el cuidado integral de niños, niñas, adolescentes y las familias.

Sin embargo, en España las ratios enfermeras-personas usuarias son inferiores al resto de países de la UE (52, 53), detectándose además importantes inequidades en la dotación de los equipos multiprofesionales de atención tanto a nivel autonómico como estatal en la respuesta a las necesidades de atención y cuidados a infantes y adolescentes con EMAR y/o PEP. Aun así, se viene realizando un estrecho trabajo enfermero con las familias y resto de personas del entorno de niño, niña o adolescente (54, 55), eso sí, con serias dificultades en su cuantificación, y, por ende, en la evaluación del impacto (rendimiento / coste / efectividad) de la actividad enfermera en salud mental, restando reconocimiento y entidad a su propia acción e intervenciones. El sistema institucional no favorece la actividad enfermera generando desventaja y vulnerabilidades en la salud física y psicoemocional de la población infanto-juvenil.

Se corrobora cómo el estigma y autoestigma pueden estar limitando un despistaje precoz de determinadas expresiones que pueden alertar de una posible situación de crisis vital (56), y, por ende, inferir en la aparición de un EMAR.

Por otro lado, la realidad sociocultural lleva a un modelo de atención asistencialista e intervencionista, medicalizando malestares de la vida en la población infanto-juvenil y de sus familias (57). Las tendencias de políticas sociosanitarias, los medios de comunicación, la publicidad y marketing, encaminan a actuar sobre determinados problemas de salud mental en detrimento de otros. De igual forma, la orientación hospitalocentrista en la asistencia y atención a los problemas psicoemocionales de la población infanto-juvenil concuerda con las extendidas y generalizables experiencias y vivencias que reporta esta población y sus familias en relación a los ingresos hospitalarios en Unidades de Hospitalización de Salud Mental, tildándolas de traumáticas, y condicionando aspectos como la relación y vinculación con los y las profesionales sociosanitarios/as. La

hospitalización es reconocida como un espacio de cuidados y de recepción de ayuda por la población infanto-juvenil, pero, sin embargo, se manifiestan percepciones de ambivalencia al reportarse sensaciones de temor inicial al observar situaciones críticas, restricción, impotencia y de abandono (58).

A pesar de que la evidencia señala los beneficios de contar con unidades/programas comunitarios de atención y cuidados especializados, conformados por un equipo interdisciplinar, para dar atención y respuesta a las necesidades de este grupo poblacional, la realidad es bien distinta (50). La tendencia en la asistencia se centraliza en dispositivos alejados del modelo comunitario, desatendiendo la promoción y prevención en salud (55, 59). Los programas de transición a la vida adulta son insuficientes para la consecución de su objetivo en la continuidad de cuidados. De manera extendida en todo el territorio español se testa una tendencia a centralizar la figura del/la profesional referente de esta población en profesionales de la Psiquiatría y/o Psicología clínica, lo que dificulta el encuentro y prestación de cuidados profesionales.

Existe una falta de homogenización en la implementación y desarrollo de programas de salud destinados al cuidado de la salud física en la población de referencia (60). Muchas iniciativas innovadoras dependen del voluntarismo y motivación del propio profesional enfermero.

Se destaca la existencia de experiencias innovadora de Programas de Hospitalización Domiciliaria en población infanto-juvenil, pero no siendo generalizado en el conjunto de España (61).

Por su alta eficacia y eficiencia, se destaca como buena práctica en cuidados, el desarrollo de espacios grupales liderados por la enfermera desde donde se pueden abordar áreas con necesidades de intervención y/o potenciar áreas sanas en esta población (62-64). En contraposición, aún no está muy generalizado la facilitación del desarrollo de Grupos de Pares (GAM) en población adolescentes o con las familias.

GRUPO 5. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA

El patrón evolutivo normativo de la etapa infanto-juvenil, no es, por lo general, un factor de riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental, pero esto puede cambiar debido a la influencia de factores intrínsecos de los niños, niñas y adolescentes, y a factores ambientales, los cuales interactúan entre sí para configurar el comportamiento y la conducta de la persona.

A estas situaciones ambientales e internas, que pueden generar cambios en el desarrollo, aumentando el potencial del organismo para desarrollar cambios en el funcionamiento y/o conducta, e incluso en aquellos casos más graves, generar determinados procesos psicopatológicos, se les denomina situaciones de riesgo psicosocial. Apoyándose en autores como Mendoza (2012), estas podrían definirse como:

El conjunto de circunstancias, hechos y factores personales, familiares y/o socioculturales, relacionados con una problemática determinada (abandono, maltrato, violencia, baja escolaridad, explotación económica, vínculos familiares precarios, necesidades básicas insatisfechas, entre otros) que aumentan la probabilidad de que una persona en edad infanto-juvenil inicie o se mantenga en situaciones críticas que afectan a su desarrollo integral (abandono escolar, bajo desempeño y/o rendimiento académico, timidez o agresividad, delincuencia, problemas de adicción, deterioro del funcionamiento ocupacional, entre otros), o que sea víctima o autor de la violencia u otras situaciones mencionadas afectando sus derechos esenciales (65).

Las diferentes situaciones de riesgo psicosocial tienen en común que todas ellas son fenómenos complejos, resultantes de la interacción de múltiples factores de riesgo, tanto individuales, como relacionales o sociales. Los grandes cambios de las últimas décadas en la sociedad contemporánea, que han llevado a vivir en una situación de crisis múltiples (financiera, climática, sanitaria, social), sumados a los avances de la tecnología de la información y comunicación, están detrás y vienen contribuyendo al incremento de niños, niñas y adolescentes emocionalmente frágiles que pueden, con frecuencia, presentar síntomas de irritabilidad, agresividad, dificultad para establecer vínculos afectivos, impulsividad, etc.

Con el tiempo, los problemas graves de conducta tienen enormes implicaciones en las trayectorias de desarrollo de la población infanto-juvenil, con grandes costos para las familias, la sociedad, la atención sociosanitaria y los sistemas de justicia (66). Por lo tanto, una identificación temprana es fundamental para la necesaria respuestas rápida y eficiente en el trabajo conjunto de los y las profesionales sociosanitarios/as con la población infantojuvenil y las familias. Un adecuado enfoque integral en la atención y tratamiento depende en gran medida de una evaluación cuidadosa de las manifestaciones, las influencias de la familia y/o las personas cuidadoras, el entorno socioeconómico, el nivel de desarrollo del infante e incluso, la salud física. Para ello, se requiere enfoques multidisciplinarios y de múltiples niveles que incluyan entre los principales agentes clave a las enfermeras especialistas en Salud Mental. Por su competencia y formación, las enfermeras especialistas en Salud Mental contribuyen en la respuesta efectiva y eficiente, mediante intervenciones que incluyen el cuidado profesional en aquellos casos donde ya existe una problemática preestablecida, pero también con su trabajo desde la promoción y prevención en personas de riesgo y las familias, y siempre contribuyendo a garantizar un entorno que permite ofrecer cuidados seguros y de calidad.

Entre las limitaciones actuales, se constata la necesidad de contar con unidades terapéuticas de intervención especializada en población infanto-juvenil con graves problemas de conducta, así como de la existencia de programas específicos en la comunidad, de carácter ambulatorio, con profesionales específicamente formados. De igual forma, hay una escasez de programas de atención para poblaciones de riesgo; se destacan iniciativas pioneras, con una gran acogida e impacto en su momento de implementación, como fuera el Programas de seguimiento de hijos e hijas de progenitores con Trastorno Mental Grave en Andalucía (67), liderado por las enfermeras de las Unidades de Salud Mental Comunitaria.

GRUPO 6. CONDICIÓN DEL ESPECTRO AUTISTA

El trastorno del espectro del autismo (TEA) abarca un amplio rango de condiciones que afectan el neurodesarrollo y el funcionamiento cerebral, acompañando a las personas a lo largo de toda su vida (68).

El autismo se manifiesta de manera única en cada persona, pero todas comparten, en diferentes grados, dificultades en el desarrollo de habilidades sociales y comunicativas, así como patrones de comportamiento inflexibles y de intereses repetitivos.

El TEA tiene un profundo impacto en el sistema familiar. Hay factores que influyen en el estrés de las familias de personas con TEA, destacándose a continuación algunos de los más relevantes (69):

- Aspectos ligados al momento del diagnóstico clínico: El impacto en los primeros años tras la recepción del diagnóstico es especialmente importante. La desinformación o la falta de conocimiento sobre el TEA pueden llevar a malentendidos y a una gestión inadecuada de la situación, lo que puede aumentar el estrés.
- Dificultad para la obtención de recursos: Las personas con TEA y sus familias, en muchas ocasiones, carecen de atención por parte de los servicios públicos. La falta de recursos o de acceso a servicios adecuados puede incrementar la sensación de estrés.
- Estigmatización: Las familias pueden enfrentar prejuicios o malentendidos por parte de la sociedad, lo que puede llevar a sentimientos de aislamiento y estrés.
- Carga emocional: La preocupación constante por el bienestar y el futuro del miembro de la familia con TEA puede ser una fuente significativa de ansiedad y estrés.
- Relaciones familiares: El impacto del TEA en la dinámica familiar puede causar conflictos entre los miembros de la familia, lo que puede aumentar el estrés general.
- El acceso a diferentes servicios educativos y sanitarios: Durante los años de escolarización las familias asumen diferentes roles en función de los servicios que reciben sus hijos. Aquellos cuyos hijos se encuentran en programas ambulatorios a menudo ven como su hogar se convierte en un segundo espacio educativo, desde donde se tienen que reforzar y en algunos casos, enseñar los aprendizajes que no han adquirido en la etapa educativa.
- Preocupación por el futuro y los apoyos recibidos.

El grupo operativo de trabajo destaca la grave problemática relacionada con el acoso escolar que afecta a millones de niños y niñas en todo el mundo. Tener una discapacidad o “ser diferente” puede aumentar hasta cuatro veces el riesgo de ser víctima de acoso escolar. En este contexto, el alumnado con TEA se encuentra entre los más vulnerables y con mayor riesgo de sufrir acoso escolar, afectando su calidad de vida y bienestar emocional de las siguientes maneras:

- Acentuando los problemas de aprendizaje que puedan experimentar.
- Disminuyendo el rendimiento escolar.
- Representa una barrera adicional para sus oportunidades de interacción social, limitando su participación en el entorno escolar y aumentando el riesgo de marginación y exclusión del grupo de iguales (70).

También se destaca otra cuestión de transcendencia en lo referido a la accesibilidad al sistema de salud y humanización en la atención. Las personas con TEA enfrentan diversas dificultades que complican su acceso a la atención sanitaria (71, 72). Estas incluyen: baja tolerancia a la espera y a conceptos abstractos como el tiempo, problemas de comunicación verbal y no verbal, y un alto porcentaje con discapacidad intelectual o sin lenguaje oral. Además, dependen de familiares para interpretar síntomas, presentan comorbilidades psiquiátricas, y tienen dificultades para identificar y expresar su malestar físico o emocional. También experimentan reacciones negativas ante cambios de rutina, conductas repetitivas, autolesiones, y problemas para desarrollar hábitos saludables.

Otras características que dificultan la relación con el sistema sanitario y pueden impactar directamente en su atención incluyen: frecuente polimedicación y efectos adversos debido a su mayor morbilidad, ansiedad y fobias relacionadas con procedimientos sanitarios, así como alteraciones sensoriales comunes.

En relación a los cuidados profesionales, se determina cómo las enfermeras especialistas en Salud Mental son el profesional enfermero que poseen un mayor conocimiento específico sobre el manejo y cuidado de las personas con autismo. Sin embargo, el desarrollo de intervenciones específicas aún no posee la envergadura y reconocimiento que debería tener, como para poder ser profesionales referentes en su cuidado (73). Los cuidados de Enfermería en salud mental se deben centrar en el plan de cuidados diseñado para él o la usuario/a y su familia, adaptándose a la situación en la que se encuentran. El

objetivo no es otro que el promover al máximo el bienestar tanto físico como mental del niño, niña o adolescente y su entorno familiar (74), favoreciendo la adaptación y mejora de la atención en los distintos niveles de asistencia.



RECOMENDACIONES

Tras analizar las percepciones, actitudes, opiniones y las necesidades expresadas de los y las profesionales expertos/as respecto a la situación y estado de la salud mental de los niños, niñas y adolescentes en España, la AEESME propone una serie de recomendaciones a fin de dar respuesta a las demandas sociales y desafíos detectados en relación a la atención y cuidados especializados enfermeros imprescindibles para la mejora de la salud mental, y la salud en general, infanto-juvenil, promoviendo además un entorno más favorable para el desarrollo psicoemocional, físico, social y espiritual de esta población y las familias. Estas recomendaciones han sido agrupadas en base a los tres principales pilares o niveles en gestión socio-sanitaria:

A nivel MACRO:

- Adoptar un enfoque de salud mental infanto-juvenil de amplio espectro, que reconozca tanto los cambios sexuales y de desarrollo neurológico específicos de los niños, niñas y adolescentes como las características generalizadas de su sistema socioecológico: mercantilización de la educación, precarización laboral, inicio precoz de consumo de tabaco, alcohol y cannabis y otros consumos, adicciones comportamentales, ansiedad climática y redes sociales digitales no reguladas, entre otros.
- Incrementar el presupuesto destinado al cuidado de la salud mental, y muy particularmente, el gasto en protección social para abordar la pobreza infantil y otros factores de riesgo a gran escala.

- Mantener un acceso equitativo a los servicios públicos de salud mental, y particularmente, a los servicios enfermeros, en las zonas rurales que se están despoblando.
- Constituir comunidades con capacidad de respuesta, con espacios seguros y prósperos, con infraestructuras y apoyos para niños, niñas y adolescentes vulnerables, incluidos aquellos con algún tipo de discapacidad.
- Mejorar el conocimiento y comprensión de la situación actual de la salud mental de los niños, niñas y adolescentes.
- Profundizar en el estudio de la situación epidemiológica de los malestares y/o sufrimiento psíquico en este estrato poblacional, así como en el análisis sociológico de los modos y/o nuevos estilos de vida, y los determinantes sociales de la salud mental de los niños, niñas y adolescentes.
- Potenciar la participación y escucha activa de los niños, niñas y adolescentes en clave de salud mental en todos los espacios de toma de decisiones.
- Crear conciencia para abordar los determinantes sociales, económicos y comerciales de la salud de los y las jóvenes y fortalecer la alfabetización en salud mental.
- Fomentar un espacio digital en clave de bienestar emocional para la población infanto-juvenil.
- Crear un observatorio estatal de salud mental infanto-juvenil, como herramienta de información y fuente de difusión del conocimiento específico para esta población.
- Unificar, mejorar y consolidar programas basados en la evidencia que den respuesta a las necesidades de salud física y psicoemocional de los niños, niñas, adolescentes y sus familias.
- Reivindicar para normalizar el cuidado especializado enfermero y la atención a la salud mental y combatir el estigma.
- Crear guías y protocolos unificados sobre cuidados enfermeros en población joven con problemas de adicciones, especialmente las comportamentales.
- Actualizar el programa formativo de las enfermeras especialistas en salud mental, adecuando su área competencial en consonancia a los cambios en los patrones demográficos y epidemiológicos de la población infanto-juvenil, así como también organizativos y digitales.

- Avanzar en el desarrollar competencial de las enfermeras para aplicar enfoques innovadores en entornos digitales y educativos que promuevan la salud mental, reduzcan el riesgo de conductas suicidas y fomenten el bienestar emocional de la población infanto-juvenil en la comunidad.

A nivel MESO:

- Fortalecer los programas y servicios enfermeros de promoción, prevención, detección precoz, atención y cuidados a la salud mental para los niños, niñas y adolescentes en ámbito de la Atención Primaria y los sistemas sanitarios autonómicos.
- Mejorar la coordinación desde la Atención Primaria con otros recursos, como colegios, asociaciones, servicios sociales y servicios de atención a la salud mental.
- Aumentar los recursos de atención a la salud mental, tanto a nivel hospitalario como extrahospitalario y con los recursos de la comunidad.
- Mejorar la equidad del acceso para población infanto-juvenil, incorporando herramientas tecnológicas de evaluación de bajo costo y accesibles.
- Trabajar sobre un modelo de intervención escalonada, potenciando los recursos de la comunidad, y sólo cuando éstos no sean adecuados para atender las necesidades de la población infanto-juvenil, derivar a intervenciones más especializadas, sin menoscabo de que vuelvan o sigan utilizándose los recursos de la comunidad.
- Integrar en la práctica el modelo de salud mental positiva en población infanto-juvenil el cual plantea el desarrollo de las competencias personales como un factor de protección que proporciona más resistencia y previene el surgimiento de problemas psicoemocionales y comportamentales.
- Reconocer e implementar en el conjunto de recursos y dispositivos de atención a la salud mental infanto-juvenil, así como para la población en general, la categoría profesional de enfermera/o especialidad en Salud Mental.
- Dotar y equiparar las ratios de enfermeras especialistas en Salud Mental en base a los estándares de la UE, así como de otros países extracomunitarios.
- Implementar el rol clave de la enfermera especialistas de Salud Mental en el ámbito educativo para la promoción de la salud mental de niños, niñas y

adolescentes, siendo urgente optimizar las competencias de estas profesionales como referentes en este ámbito.

- Diseñar y participar en campañas de sensibilización con la comunidad para educar sobre determinadas condiciones graves de salud en la infancia y adolescencia, y promover un entorno más inclusivo y comprensivo.
- Fomentar la colaboración entre enfermeras especialistas, enfermeras generalistas, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales y otros profesionales de la salud.
- Desarrollar programas de hospitalización de día y domiciliaria para aquellos perfiles de niños, niñas y adolescentes con necesidades complejas de atención y cuidados especializados.
- Elaborar un programa estandarizado de acogida y acompañamiento a las y los infantes y sus familias en los procesos de transición, tanto entre dispositivos y recursos de la red de salud mental, así como en los distintos niveles de atención a la salud, y a nivel intersectorial.
- Incrementar la inversión que permita mejorar la oferta de actividades grupales lideradas por las enfermeras de salud mental, específicamente sobre el trabajo en habilidades sociales con niños, niñas y adolescentes, el fomento de la autonomía y de los autocuidados, hábitos de vida saludable, prevención del consumo y adicciones, salud afectiva-sexual, en grupos de iguales de la misma franja etaria y sus familias /entorno, etc.
- Crear la figura de enfermera referente en TEA en los centros Hospitalarios para formación del personal y ser consultora en casos de niños, niñas y/o adolescente con TEA que ingresan a demanda de profesionales y/o de las figuras parentales.

A nivel MICRO:

- Integrar intervenciones de prevención universal, selectiva o indicada en entornos cotidianos, pudiendo aumentar la salud mental positiva y contribuir a mejorar los resultados sanitarios, sociales y académicos para niños, niñas y adolescentes.
- Desarrollar programas de formación en salud mental en colegios e institutos, dirigida tanto al profesorado como a las familias, en relación con identificación y regulación de emociones, respeto a la diversidad, etc.

- Participar activamente en programas universales de prevención del suicidio en el ámbito escolar, colaborando en la planificación e implementación de estrategias educativas, la detección temprana de riesgos y el fomento del bienestar emocional.
- Entrenar a otros profesionales en habilidades de comunicación efectivas para explorar y abordar el riesgo de suicidio, promoviendo una atención sensible, centrada en la persona y basada en la evidencia.
- Establecer comunicación efectiva con el profesorado y personal docente, y garantizar la presencia activa de la psicoenfermera en el entorno educativo, fomentando la colaboración interinstitucional y contribuyendo al desarrollo de políticas educativas en salud mental.
- Evaluar el impacto de las campañas y programas de prevención del suicidio, tanto en redes sociales digitales como en el ámbito escolar, utilizando datos científicos para optimizar su efectividad.
- Desarrollar programas para fomentar la parentalidad positiva y entornos domésticos positivos.
- Desarrollar planes de atención individualizados que consideren las fortalezas, intereses y desafíos específicos de cada niño, niña y/o adolescente.
- Promover la conciencia de los factores de estilo de vida o comportamiento que influyen en la aparición de enfermedades, fundamental para cualquier enfoque de promoción de la salud.
- Trabajar con los y las menores y adolescentes con algún problema de salud mental el fomento de actividades que promuevan su inclusión social en la comunidad.
- Apoyar a las familias y personas cuidadoras en la atención de la salud mental de los niños, niñas y adolescentes.
- Estrechar la relación y participación con los medios de comunicación, incluyendo las redes sociales digitales, en proyectos de educación sanitaria, y muy particularmente, en lo referido a contenidos divulgativos que promuevan la salud mental infanto-juvenil.
- Incorporar herramientas tecnológicas que faciliten la comunicación y el aprendizaje en diversos aspectos del desarrollo, habilidades y destrezas de la persona con autismo.
- Elaborar una guía enfermera de buenas prácticas para el desarrollo de un entorno digital seguro para la infancia y la juventud.
- Colaborar en la implementación de programas de reducción del daño.

- Generar evidencias para estrategias contextualizadas que satisfagan diversas necesidades. Desde la primera infancia hasta la adolescencia, el acceso a una atención y cuidado especializado de salud mental basada en evidencia es fundamental para el aprendizaje y el progreso.
- Participar en investigaciones sobre mejores prácticas en la atención enfermera para personas con autismo, así como con otras condiciones y/o estados que incidan en la salud, especialmente en la salud mental, de la población infanto-juvenil.

REFERENCIAS

- 1.- McGorry PD, Mei C, Dalal N, Alvarez-Jimenez M, Blakemore SJ, Browne V, et al. The Lancet Psychiatry Commission on youth mental health. *The Lancet Psychiatry*. 2024. Sep 1;11(9): 731-74.
- 2.- Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general [World mental health report: transforming mental health for all. Executive summary]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022.
- 3.- Wolf K, Schmitz J. Scoping review: longitudinal effects of the COVID-19 pandemic on child and adolescent mental health. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2024. May;33(5):1257-1312.
- 4.- Ludwig-Walz H, Dannheim I, Pfadenhauer LM, Fegert JM, Bujard M. Increase of depression among children and adolescents after the onset of the COVID-19 pandemic in Europe: a systematic review and meta-analysis. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2022. Dec 31;16(1):109.
- 5.- OECD/European Union. Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing; 2022.
- 6.- United Nations Children's Fund (UNICEF). The State of Children in the European Union. Moldovan: UNICEF; 2024.
- 7.- Crecer Saludable(mente). Un análisis sobre la salud mental y el suicidio en la infancia y la adolescencia. Save the Children España; 2021.
- 8.- Ramos P, Luna S, Rivera F, Moreno C, Moreno Maldonado C, Leal-López E, Majón-Valpuesta D, Villafuerte-Díaz A, Ciria-Barreiro E, Velo-Ramírez S, Salado V. La salud mental es cosa de niños, niñas y adolescentes. *Barómetro de Opinión de la Infancia y la Adolescencia 2023-2024*. Madrid: UNICEF España; 2024.
- 9.- Autismo España - TEA, Trastorno del espectro autista [Internet]. Autismo España. Confederación Autismo España; 2022. Disponible en: <https://autismo.org.es>
- 10.- National Collaborating Centre for Mental Health. Psychosis and schizophrenia in children and young people. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2013. Jan. 51 p.
- 11.- World Health Organization. Health for the World's Adolescents: a Second Chance in the Second Decade. Executive Summary; 2014. Available from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/second-decade/en/

- 12.- Dick B, Ferguson BJ. Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade. *J Adolesc Health*. 2015. Jan;56(1):3-6.
- 13.- Fundación ANAR. ANAR. [Online]; 2020. Available from: <https://www.anar.org/wp-content/uploads/2021/12/Memoria-ANAR-2020-Definitiva.pdf>
- 14.- Clarke S, Allerhand L, Berk. M. Recent advances in understanding and managing selfharm in adolescents. *Faculty Rev*. 2019.
- 15.- Asociación Española de Pediatría. AEP. [Online]; 2022. Available from: https://www.aeped.es/sites/default/files/20220126_comunicado_aep_grupo_salud_mental_de_la_infancia.pdf
- 16.- Arijá-Val V, Santi-Cano MJ, Novalbos-Ruiz JP, Canals J, Rodríguez-Martín A. Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutr. Hosp*. 2022; 39(spe2): 8-15.
- 17.- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2024. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2024. 294p.
- 18.- Informe sobre adicciones comportamentales y otros trastornos adictivos 2023. Indicador de admitidos a tratamiento por adicciones comportamentales. Juego con dinero, uso de videojuegos, uso problemático de internet y otros trastornos adictivos en las encuestas de drogas en España EDADES y ESTUDES. Madrid: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2023.
- 19.- Granero R, Fernández-Aranda F, Mestre-Bach G, Steward T, Baño M, Del Pino-Gutiérrez A, Moragas L, Mallorquí-Bagué N, Aymamí N, Gómez-Peña M, Tárrega S, Menchón JM, Jiménez-Murcia S. Compulsive Buying Behavior: Clinical Comparison with Other Behavioral Addictions. *Front Psychol*. 2016 Jun 15;7:914.
- 20.- Soriano V, Ramos JM, López-Ibor MI, Chiclana-Actis C, Faraco M, González-Cabrera J, González-Fraile E, Mestre-Bach G, Pinargote H, Corpas M, Gallego L, Corral O, Blasco-Fontecilla H. Hospital admissions in adolescents with mental disorders in Spain over the last two decades: a mental health crisis? *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2024. Aug 4.
- 21.- Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud Período 2022-2026. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022.

- 22.- Fonseca Pedrero E, Díez A, Pérez Albéniz A, Lucas Molina B, Falcó R, Al-Halabí S. Fortalezas psicológicas de la adolescencia. Resultados del estudio PSICE en La Rioja. Logroño: Universidad de La Rioja. 2024.
- 23.- Collazo Chao E, Girela E. Problemas éticos en relación a la nutrición y a la hidratación: aspectos básicos. *Nutr. Hosp.* 2011 Dic; 26(6): 1231-1235.
- 24.- Recomendaciones del grupo técnico de trabajo sobre los trastornos del comportamiento alimentario. Navarra: Departamento de Salud. Gobierno de Navarra, 2007. Disponible en: https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/B31A650F-3952-4E42-A4C2-1439ED42F72D/147810/trastornos_alimentarios.pdf
- 25.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. 1ª ed. Barcelona: 2009. Edita: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya.
- 26.- Prieto-Oreja J, Alonso-Maza M. Guía de recursos enfermeros en el cuidado y atención a las personas con trastornos de la conducta alimentaria en España. Madrid: AEESME. 2025.
- 27.- Hether Herdman T, Kamitsuru S, Takáo Lopes C. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2024-2026, 13.ª Ed., de NANDA Internacional. Barcelona: Elsevier. 2025.
- 28.- Althoff RR, Hudziak JJ, Willemsen G, Hudziak V, Bartels M, Boomsma DI. Genetic and environmental contributions to self-reported thoughts of self-harm and suicide. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2012 Jan;159B(1):120-7.
- 29.- Maciejewski DF, Creemers HE, Lynskey MT, Madden PA, Heath AC, Statham DJ, Martin NG, Verweij KJ. Overlapping genetic and environmental influences on nonsuicidal self-injury and suicidal ideation: different outcomes, same etiology? *JAMA Psychiatry.* 2014 Jun;71(6):699-705.
- 30.- World Health Organization. Comprehensive Mental Health Action Plan. Geneva: WHO; 2021. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1371507/retrieve>
- 31.- Schønning V, Hjetland GJ, Aarø LE, Skogen JC. Social Media Use and Mental Health and Well-Being Among Adolescents - A Scoping Review. *Front Psychol.* 2020 Aug 14;11:1949.
- 32.- Qustodio. Nacer en la era digital: generación IA. 2023. https://static.qustodio.com/public-site/uploads/2024/01/19122643/ADR_2023-24_ES.pdf

- 33.- Suárez-García Z, Álvarez-García D. Use of social networks in preadolescence: gender differences. *Psychol. Soc. Educ.* 2023;15(1):30-39.
- 34.- World Health Organization. *Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries.* Geneva: World Health Organization; 2021.
- 35.- Hamilton E, Klimes-Dougan B. Gender differences in suicide prevention responses: implications for adolescents based on an illustrative review of the literature. *Int J Environ Res Public Health.* 2015 Feb 23;12(3):2359-72.
- 36.- Kruzan KP, Williams KDA, Meyerhoff J, Yoo DW, O'Dwyer LC, De Choudhury M, Mohr DC. Social media-based interventions for adolescent and young adult mental health: A scoping review. *Internet Interv.* 2022 Sep 28;30:100578.
- 37.- Ridout B, Campbell A. The Use of Social Networking Sites in Mental Health Interventions for Young People: Systematic Review. *J Med Internet Res.* 2018 Dec 18;20(12):e12244.
- 38.- Soto Sanz V, Ivorra González D, Alonso J. Revisión sistemática de programas de prevención del suicidio en adolescentes de población comunitaria. *Rev. Psicol. Clin. con Niños Adolesc.* 2019; 6(3):62-65. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7041029>
- 39.- González Sánchez M, Gil Madrona P, Losada Puente L, García Perales R. Programas de prevención del suicidio en adolescentes: una revisión sistemática. *European Journal of Education and Psychology.* 2024; 17(1):1-28. Disponible en: <https://revistas.uautonoma.cl/index.php/ejep/article/view/2470/1767>
- 40.- Fundación Salud Mental España. Programas de prevención: SEYLE. Centro de Documentación sobre Conducta Suicida. Disponible en: <https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/seyle/>
- 41.- Instituto de Salud Carlos III. SURVIVE 2: Estudio de la conducta suicida en España y la eficacia de estrategias de prevención secundaria. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2023. Disponible en: <https://www.isciii.es/w/survive-2-estudio-de-la-conducta-suicida-en-esp%C3%B1a-y-la-eficacia-de-estrategias-de-prevenci%C3%B3n-secundaria>
- 42.- Plataforma Nacional de Prevención del Suicidio. Anuncio del proyecto Nextgen: Comprendiendo los desafíos emocionales de los jóvenes españoles. Madrid: Plataforma Nacional de Prevención del Suicidio; 2023. Disponible en: <https://www.plataformanacionalsuicidio.es/estudios-de-cohorte/anuncio-del-proyecto-nextgen-comprendiendo-los-desafos-emocionales-de-los-jvenes-espaoles>

- 43.- Plataforma Nacional de Prevención del Suicidio. Detection of suicidal behavior in the educational context: The Episam School Study. Madrid: Plataforma Nacional de Prevención del Suicidio; 2023. Disponible en: <https://www.plataformanacionalsuicidio.es/estudios-de-cohorte/detection-of-suicidal-behavior-in-the-educational-context-the-episam-school-study>
- 44.- Haro Olmo F. Acoso y ciberacoso como fenómeno delictivo. Protocolos de actuación en España. Scientia Omnibus Portus. 2021. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8180671>
- 45.- Sun F, Long A, Boore J, Tsao LI. A theory for the nursing care of patients at risk suicide. J Adv Nurs. 2006; 53(6): 680-690.
- 46.- Carvajal G, Caro Castillo C. Familia y escuela: escenarios de prevención de la conducta suicida en adolescentes desde la disciplina de enfermería. Revista Avances en Enfermería. 2012; (3): 102-117. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8990942>
- 47.- UNOD. Word Drug Report 2024. Vienna: United Nations Publication; 2024.
- 48.- Plan de Acción sobre Adicciones 2021–24. Aprobado en Conferencia Sectorial, 25 de enero de 2022. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022.
- 49.- Gamonal García, A y Mateo Pérez, C. Manual para la elaboración de protocolos de detección precoz e intervención breve con menores en situación de vulnerabilidad. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2024. 115 p.
- 50.- Arango López, C (coord.) Guía clínica y terapéutica para primeros episodios psicóticos en la infancia y adolescencia Informe de consenso de Recomendaciones. Madrid: Centro de Investigación Biomédica en Red – CIBER; 2015.
- 51.- Vispe Astola A, Hernández González M, Ruiz-Flores Bistuer M, García-Valdecasas Campelo J. De la psicosis aguda al primer episodio psicótico: rumbo a la cronicidad. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2015 Dic; 35(128): 731-748.
- 52.- Consejo Internacional de Enfermería. Fuerza laboral mundial de Enfermería de Salud Mental: es el momento de priorizar e invertir en salud mental y bienestar. Ginebra: CIE; 2022.
- 53.- Consejo Internacional de Enfermería. Directrices sobre la Enfermería de Salud Mental 2024. Ginebra: CIE; 2024.

- 54.- Maddigan J, LeDrew K, Hogan K, Le Navenec CL. Challenges to recovery following early psychosis: Nursing implications of recovery rate and timing. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018 Dec;32(6):836-844.
- 55.- Gouveia M, Costa T, Morgado T, Sampaio F, Rosa A, Sequeira C. Intervention Programs for First-Episode Psychosis: A Scoping Review Protocol. *Nurs. Rep*. 2023; 13(1):273-283.
- 56.- Murvartian L, Saavedra-Macías FJ, Martínez-Cervantes RJ. Estigma público en niños hacia personas con enfermedad mental. *Apunt. Psicol*. 2023; 42(1):33-40.
- 57.- Ribeiro R. Patologización de la infancia cotidiana. *Teor. crít. Psicol*. 2015;5:148-156.
- 58.- González Urbina A. Experiencias de niños y adolescentes en unidades psiquiátricas: Revisión sistemática de literatura. *Revista de psicología (Santiago)*. 2024;33(1): 1-14.
- 59.- Caretti Giangaspro E, Guridi Garitaonandia O, Rivas Cambronero E. Prevención en la infancia: no toda intervención hoy es más salud para mañana. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 2019 Jun;39(135): 241-259.
- 60.- Abarca M, Pizarro H, Nuñez R, Arancibia M. Physical exercise as an intervention in people at clinical high-risk for psychosis: A narrative review. *Medwave*. 2023 Sep 15;23(8):e2724.
- 61.- Llinàs-Mallol L, Blanco Silvente L, Barajas Vélez A, Lobo Polidano E, Estrada Sabadell MD, Vivanco- Hidalgo RM. Evaluación de los programas de intervención temprana en psicosis dirigidos a adolescentes y adultos jóvenes. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2023.
- 62.- Pacheco-Borrella G. Los espacios de la enfermera de Salud Mental. *Metas de enfermería*. 1999; 2(16): 41-49.
- 63.- Megías-Lizancos F. Los cuidados a través de las redes de apoyo social: los grupos de ayuda mutua. En Fundación para el Desarrollo de la Enfermería, Editor. *Psicopatología, diagnosis y terapéutica psiquiátrica*. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica I. Madrid: FUDEN; 2007. Pag. 349-369.
- 64.- Carballal Balsa C. El grupo como espacio de cuidados. Repositorio Universidad de A Coruña. 2010.
- 65.- Mendoza CL, Sánchez ML, Temoche HF, Silva L, Castillo DP, Villegas P, et al. Guía para una intervención integral en Prevención de los Riesgos Psicosociales en Niño,

Niñas y Adolescentes. Alianza para la Protección y Prevención del Riesgo Psicosocial en Niños, Niñas y Adolescentes; 2012.

66.- Goulter N, Hur YS, Jones DE, Godwin J, McMahon RJ, Dodge KA, Lansford JE, Lochman JE, Bates JE, Pettit GS, Crowley DM. Kindergarten conduct problems are associated with monetized outcomes in adolescence and adulthood. *J Child Psychol Psychiatry*. 2024 Mar;65(3):328-339.

67.- Grupo Director de Infancia y Adolescencia del Programa de Salud Mental. Programas de seguimiento de hijos e hijas de progenitores con trastorno mental grave. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2010.

68.- Medina Alva María del Pilar, Kahn Inés Caro, Muñoz Huerta Pamela, Leyva Sánchez Janette, Moreno Calixto José, Vega Sánchez Sarah María. Neurodesarrollo infantil: características normales y signos de alarma en el niño menor de cinco años. *Rev. perú. med. exp. salud publica*. 2015 Jul; 32(3): 565-573.

69.- Martínez Martín MÁ, Bilbao León MC. Acercamiento a la realidad de las familias de personas con autismo. *Psychosocial Intervention*. 2008; 17(2): 215-230.

70.- ConecTEA F. La participación social de las personas con autismo. Fundación ConecTEA - Juntos en el Autismo. FUNDACION CONECTEA; 2021. Disponible en: <https://www.fundacionconectea.org/2021/07/07/la-participacion-social-de-las-personas-con-autismo/>

71.- Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Protocolo para mejorar la accesibilidad de las personas con trastorno del espectro autista (TEA) al sistema sanitario público de Andalucía. Protocolo. Junta de Andalucía; 2018. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Protocolo_TEA_2018.pdf

72.- Álvarez Pérez R, Lobatón Rodríguez S, Rojano Martins M. Las personas con autismo en el ámbito sanitario. Una guía para profesionales de la salud, familias y personas con TEA. Federación Autismo Andalucía; 2007. Disponible en: <https://recursos.autismosevilla.org/documentos/recursos/las-personas-con-autismo-en-el-mbito-sanitario>

73.- Khanlou N, Khan A, Kurtz Landy C, Srivastava R, McMillan S, VanDeVelde-Coke S, Vazquez LM. Nursing care for persons with developmental disabilities: Review of literature on barriers and facilitators faced by nurses to provide care. *Nurs Open*. 2023 Feb;10(2):404-423.

74.- I Plan de Acción. Estrategia Española en Trastornos del Espectro del Autismo 2023-2027. Madrid: Centro Español sobre trastorno del espectro del autismo; 2024.