

Astrid Morer Liñán 

Jefa de sección de Hospitalización, Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantojuvenil, Hospital Clínic de Barcelona. Facultad de Medicina, Universitat de Barcelona. IDIBAPS, CIBERSAM-ISCIII, España.

DOI: [10.31766/revpsij.v40n1a1](https://doi.org/10.31766/revpsij.v40n1a1)

Correo electrónico: amorer@clinic.cat

Urgencias en Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia: ¿Dónde está el límite?

El incremento de las urgencias hospitalarias de psiquiatría de niños y adolescentes ha sido continuo en la última década (1) y en muchos casos puede considerarse el reflejo de la necesidad no cubierta por recursos asistenciales comunitarios. Este incremento se venía observando ya en los años previos a la pandemia (2,3), pero la crisis postCOVID-19 lo ha acelerado (llegándose a cifras del 50% de aumento durante el 2021 y de hasta del 83% respecto a cifras previas a la pandemia en la provincia de Lleida) (4,5). Este incremento parece que se ha estabilizado en los últimos meses. Sin duda la pandemia ha ayudado a aumentar la conciencia social de la salud mental de niños y adolescentes, pero el dato relevante es que el incremento de las visitas a urgencias sigue una pendiente continua desde la crisis económica de 2009 y no en forma de “oleada” derivada de la pandemia (1,3,6). Aún así, son escasos los estudios longitudinales publicados al respecto y es difícil contrastar los datos generados en diferentes entornos geográficos y sociales. Aunque parece claro que ha habido aumento de casos tanto en niños como en adolescentes, más del 90% de estas consultas suelen ser en jóvenes mayores de 12 años.

El primer problema con el que nos encontramos es la dificultad en la cuantificación de las urgencias y en la capacidad predictiva de las cifras. Sabemos que dependen de numerosos factores cualitativos: en líneas generales, son más frecuentes en los días laborales que en los festivos y, claramente, en algunas épocas del año más que en otras (se repiten picos asistenciales en el último trimestre del curso escolar y bajan en periodos de vacaciones). Por razones como esta, de lo único que generalmente nos sentimos legitimados a nivel cuantitativo es hablar de tendencias. Tendencias que han sido claramente al alza. Dentro de estas variables cualitativas también parece claro que el tiempo

invertido en una urgencia de un niño o adolescente es mayor que el tiempo de valoración e intervención de la urgencia de un adulto. Suele ser necesario visitar al niño o adolescente y a sus cuidadores, a menudo observarlo durante un periodo de tiempo y muchas veces acordar una intervención o plan de forma conjunta (1-3).

Las presentaciones clínicas urgentes suelen derivarse de la descompensación de un trastorno mental ya diagnosticado, o en una gran mayoría reflejan un momento complicado de un episodio de crisis vital, pueden ser reacciones a condiciones patógenas del medio y estar complicadas con las condiciones sociales del menor y su familia, por el consumo de sustancias, u obedecer a diferentes factores estresantes que desencadenan respuestas emocionales dolorosas e inadecuadas, muchas veces, en individuos ya vulnerables. A menudo, son los padres o cuidadores quienes evalúan la situación como “urgente” y esto puede responder a su nivel de tensión emocional o dificultad para resolver la situación planteada. Dato especialmente relevante cuando observamos las visitas a urgencias de los menores tutelados en centros residenciales (7). Con cierta frecuencia, las urgencias hospitalarias son la puerta de entrada del paciente a la red de salud mental. La mayoría pueden agruparse en dos categorías: aquellas que se producen por conductas perturbadoras acompañadas de agresividad o aquellas que ponen en riesgo la vida del sujeto, principalmente los intentos de suicidio. El incremento del suicidio y de las tentativas en población adolescente es otro de los datos alarmantes. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, 22 menores de 15 años se quitaron la vida en España en 2021, cifra mucho mayor que la del 2020 (14 menores) que ya duplicaba la del 2019 (prepandemia COVID-19). Y entre los 15 y los 29 años, el suicidio

es la principal causa absoluta de muerte, provocando en el mismo año 316 defunciones anuales. Sabemos que intervenciones rápidas que incluyan estrategias de seguimiento proactivo y comunitario consiguen altas tasas de efectividad en la prevención de las tentativas autolíticas y el suicidio (8).

Quizá la complejidad del análisis ha llevado a que las urgencias psiquiátricas hospitalarias de la infancia y la adolescencia hayan sido un terreno del que nadie quiere hablar a la hora de planificar recursos, pero al que todos los recursos asisten cuando esperan una respuesta inmediata a una situación crítica: una cosa es el deseo y otra la realidad. Una de las paradojas de la salud mental de la infancia y la adolescencia es que a medida que crece la inversión en recursos asistenciales comunitarios, crece también el número de urgencias relacionadas con la salud mental de la infancia y la adolescencia en los entornos hospitalarios.

En el análisis reflexivo de las causas de este incremento, están en primer lugar las que se deben a la propia red de salud mental comunitaria, a las derivadas de la crisis postpandemia COVID-19 y, más genéricamente, a los cambios socioculturales de nuestro momento histórico que actúan como factores de riesgo de trastornos mentales y que han motivado un cambio del concepto de infancia y de adolescencia. Cuando nos referimos a dificultades sistémicas en la red comunitaria nos referimos a la incapacidad de dar respuesta urgente a los usuarios cuyo estado mental lo requiere por motivos diferentes: dificultades de accesibilidad urgente y posibilidad de continuidad terapéutica intensiva del psiquiatra o psicólogo clínico infantil en los centros de salud, plazas sin cubrir por ausencia de profesionales con formación específica, dificultades en la transición y la continuidad de cuidados desde el entorno hospitalario al comunitario o, muchas veces, dificultad para dar respuesta a problemática social, escolar o familiar que precipita las situaciones de crisis en salud mental (entre otras, problemas de salud mental o incapacidad para ejercer las funciones parentales en los cuidadores principales de los menores, violencias intrafamiliares sostenidas, situaciones de abuso, dificultades con la vivienda, exposición a diferentes eventos traumáticos que propician migraciones desesperadas, condiciones laborales precarias u otras situaciones de pobreza que impiden dar tiempo y supervisión a la crianza). Es, por este motivo, que los usuarios que utilizan las urgencias y requieren ingresos en la planta de agudos son menores que, en numerosas ocasiones, corresponden a estas poblaciones altamente vulnerables. La pérdida del tejido familiar extenso y la ausencia de redes de apoyo primario propiciadas por estos cambios sociales

se traduce en una crianza de los menores mucho más individualizada. Las urgencias de psiquiatría infanto-juvenil son la única respuesta inmediata a las necesidades de un entorno sociofamiliar poco contenedor o que puede patologizar. En numerosas ocasiones de urgencia se utiliza el entorno hospitalario para poner los límites y la contención que no se pudieron implementar en el entorno familiar o comunitario, y se convierte en el lugar donde los derechos y/o obligaciones del menor pueden ser restituidos. Respecto a la escuela, que exista una clara relación entre la presión escolar y el número de urgencias (1) nos lleva a la reflexión sobre la exigencia que representa dicho entorno para personas vulnerables con problemas de aprendizaje o de adaptación social y las dificultades para sostener a alumnos con trastornos mentales en entornos educativos ordinarios focalizados en el rendimiento y los logros. El acoso escolar y los problemas derivados de este son uno de los principales factores de riesgo de estas crisis.

El cuestionamiento de valores éticos tradicionales ha hecho modificar una relación de perfil más autoritario entre niño o adolescente y adulto (madre, padre o educador), por un niño o adolescente hipotéticamente “más libre” para elegir, decidir y afrontar tareas que clásicamente habían hecho los padres y que, en ocasiones, no existe la madurez emocional suficiente como para poder abordar. La definición de infancia en un determinado momento histórico, la sitúa en un lugar respecto al adulto desde donde se definen los límites, los derechos, las obligaciones y se define lo “saludable” o “patológico” en términos de salud mental. El límite de la normalidad es cada vez más borroso.

Por otro lado, nuestra realidad es que la mayoría de las consultas relacionadas con urgencias psiquiátricas infantiles son atendidas por pediatras, médicos de urgencias o psiquiatras de adultos, habitualmente con formación limitada en este campo. En nuestro entorno conocemos las dificultades que ha tenido el reconocimiento de la especialidad de psiquiatría de la infancia y de la adolescencia, y la necesidad de que profesionales específicamente formados puedan hacerse cargo de la atención de estos pacientes.

Queda patente que el uso creciente de servicios de urgencias de salud mental infanto-juvenil, más allá de permitirnos especular sobre los cambios antropológicos de los conceptos de infancia y adolescencia en esta época de *digimodernismo* (9), llama a la reflexión de profesionales y planificadores políticos sobre la necesidad de tener presente a los servicios de urgencias hospitalarios como recurso único en la capacidad de contener situaciones de crisis,

así como considerar la atención urgente en los nuevos programas y dispositivos asistenciales comunitarios en los que se está invirtiendo.

REFERENCIAS

1. Dror C, Hertz-Palmor N, Yadan-Barzilai Y, Saker T, Kritchmann-Lupo M, Bloch Y. Increase in Referrals of Children and Adolescents to the Psychiatric Emergency Room Is Evident Only in the Second Year of the COVID-19 Pandemic-Evaluating 9156 Visits from 2010 through 2021 in a Single Psychiatric Emergency Room. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jul 22;19(15): 8924. <https://doi.org/10.3390/ijerph19158924>
2. Taastrøm A, Klahn J, Staal N, homsen PH, Johansen A. Children and adolescents in the Psychiatric Emergency Department: A 10-year survey in Copenhagen County. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2014;68: 385-90. <https://doi.org/10.3109/08039488.2013.846410>
3. Porter M, Gracia R, Oliva J-C, Pàmias M, Garcia-Parés G, Cobo J. Urgencias Psiquiátricas en Pediatría: características, estabilidad diagnóstica diferencias de género. *Actas Esp Psiquiatr*. 2016;44: 203-11.
4. Díez Suárez A, Rivera Luján J, y cols. Un año de pandemia COVID y Repercusiones psicoemocionales de la pandemia COVID en la infancia y adolescencia. II Congreso Digital Asociación Española de Pediatría (AEP). Presentado el 5 de junio de 2021.
5. Llorca-Bofi V, Irigoyen-Otiñano M, Sánchez-Cazalilla M, Torterolo G, Arenas-Pijoan L, Buil-Reiné E, Adrados-Pérez M, Nicolau-Subires E, Albert-Porcar C, Ibarra-Pertusa L, Puigdevall-Ruestes M. Urgent care and suicidal behavior in the child and adolescent population in a psychiatric emergency department in a Spanish province during the two COVID-19 states of alarm. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2022 Jun 15. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2022.03.003>
6. Fernández-Quintana A, Novo-Ponte A, Quiroga-Fernández C, Méndez-Iglesias R, Pereiro-Gómez C. Urgencias psiquiátricas infanto-juveniles: 7 años de seguimiento. *Revista De Psiquiatría Infanto-Juvenil*. 2018;35(1): 17-30. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v35n1a2>
7. Sagué-Vilavella V, Anmella G, Pons Cabrera MT, Madero Gómez S, Vázquez Vallejo M, Soler Catà V, Solé Roigé E, Méndez Blanco I. Urgencias psiquiátricas infanto-juveniles: ¿Quiénes son los hiperfrecuentadores?. *Revista De Psiquiatría Infanto-Juvenil* 2020;37(3): 8-19. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v37n3a2>
8. Kennedy A, Cloutier P, Glennie JE, Gray C. Establishing best practice in pediatric emergency mental health: a prospective study examining clinical characteristics. *Pediatr Emerg Care*. 2009;25(6):380-6. <https://doi.org/10.1097/PEC.0b013e3181a79223>
9. Kirby A. Digimodernism: How new technologies dismantle the postmodern and reconfigure our culture. Bloomsbury Publishing; 2009.