



CORTES GENERALES
**DIARIO DE SESIONES DEL
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS**
COMISIONES

Año 2024

XV LEGISLATURA

Núm. 194

Pág. 1

SANIDAD

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. AGUSTÍN SANTOS MARAVER

Sesión núm. 13

celebrada el miércoles 23 de octubre de 2024

Página

ORDEN DEL DÍA:

Celebración de las siguientes comparecencias para informar sobre el objeto de la Subcomisión para mejorar la Protección, la Promoción y la Atención Integral de la Salud Mental (número de expediente 154/000002):

- Del subdirector científico del Centro de Investigación Biomédica en Red, CIBER, en el Área de Epidemiología y Salud Pública del Instituto de Salud Carlos III e investigador del Instituto Hospital del Mar de Investigaciones en Salud (Alonso Caballero). Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000159) 2
- Del director del Grupo de Investigación sobre Desigualdades en Salud, GRED-SEMCONET, y coordinador del Informe PRESME sobre Precariedad Laboral y Salud Mental del Ministerio de Trabajo y Economía Social (Benach de Rovira). Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000160) 8
- De la señora Parramón Puig, psiquiatra y miembro de la Comisión de Garantía y Evaluación de la Eutanasia en Cataluña. Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000161) 16
- De la jefe del Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica Infantil y de la Adolescencia del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Universidad Autónoma de Madrid (Graell Berna). Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000162) 24

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 194

23 de octubre de 2024

Pág. 2

Se abre la sesión a las seis y veinte minutos de la tarde.

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a empezar, porque alguno de nuestros comparecientes tiene que irse pronto.

Tenemos un pequeño problema hoy con la interpretación. Por cuestiones formales del Reglamento tengo que leer que, como la presente sesión no cuenta con el servicio de interpretación, de conformidad con el Acuerdo de la Mesa del Congreso de los Diputados de 16 de enero de 2024, relativo al régimen lingüístico de los debates en los órganos parlamentarios: «Los oradores que deseen intervenir en cualquiera de las lenguas que, junto con el castellano, tengan el carácter de oficial en alguna Comunidad Autónoma, podrán hacerlo siempre que, en la misma intervención, el orador realice oralmente la correspondiente traducción al castellano. Alternativamente, los oradores podrán intervenir [...] siempre que, con carácter previo y antelación suficiente, hayan facilitado traducción escrita de su intervención».

CELEBRACIÓN DE LAS SIGUIENTES COMPARENCIAS PARA INFORMAR SOBRE EL OBJETO DE LA SUBCOMISIÓN PARA MEJORAR LA PROTECCIÓN, LA PROMOCIÓN Y LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD MENTAL (número de expediente 154/000002):

— **DEL SUBDIRECTOR CIENTÍFICO DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED, CIBER, EN EL ÁREA DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III E INVESTIGADOR DEL INSTITUTO HOSPITAL DEL MAR DE INVESTIGACIONES EN SALUD (ALONSO CABALLERO). POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000159).**

El señor **PRESIDENTE**: Sin más preámbulo, le doy la palabra a don Jordi Alonso Caballero, subdirector científico del Centro de Investigación Biomédica en Red, CIBER, en el área de Epidemiología y Salud Pública del Instituto Carlos III, e investigador del Instituto Hospital del Mar de Investigaciones en Salud.

Muchísimas gracias por estar aquí con nosotros.

El señor **SUBDIRECTOR CIENTÍFICO DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED, CIBER** (Alonso Caballero): Muchísimas gracias por la invitación. Me hace mucha ilusión, no lo había hecho nunca.

Vengo aquí como investigador en salud pública mental y, por lo tanto, es una oportunidad para trasladar, desde la investigación, información relevante para la política. Eso espero. Les quiero hablar de algunas cosas: Dimensionar la carga de la enfermedad mental dentro de la escasa cultura que tenemos, de la cultura mal informada que teníamos históricamente, sobre la importancia relativa de los problemas de salud en la sociedad o en la comunidad. También de diferentes tipos de factores importantes de riesgo, de mala salud mental, de trastornos mentales en la población que van más allá de lo genético y lo biológico, y que son los factores sociales o socioeconómicos. Me han de perdonar si soy un poco académico, estoy acostumbrado; no sé si es relevante, pero querría explicarles algunos detalles técnicos de estos aspectos. Acabaré con la importancia de la promoción de la salud y la prevención de los trastornos mentales, la importancia de la intersectorialidad y la existencia de intervenciones efectivas para hacerlo. **(Apoya su intervención en una presentación digital).**

Históricamente, los problemas de salud se han medido por la mortalidad que causan; las enfermedades mentales no causan mortalidad y, por lo tanto, históricamente se ha pensado que son marginales en cuanto a problemas de salud. En el año 1993, el Banco Mundial hizo un encargo de hacer un PIB en salud para valorar los sistemas de salud de las naciones y determinó que deberían poderse medir todos los problemas de salud, no solo la mortalidad, que causan los trastornos físicos, médicos, etcétera. Si ustedes miran esta lista que agrupa los problemas de salud en veintidós causas, los trastornos mentales son los menos importantes en años perdidos de mortalidad prematura. Es verdad que en el número 10 aparece el suicidio y en el número 13 el uso de sustancias. Pero, además, no solo los trastornos mentales están mal medidos, sino que están desagregados del uso de sustancias y del suicidio, y para mí los trastornos mentales y las adicciones son el mismo problema.

Ese estudio intentó promover la medida de la discapacidad, es decir, buscar un indicador de años de vida perdidos por la discapacidad que causan los trastornos. Estos datos que ven aquí son datos de España, en 2021. Los trastornos mentales en discapacidad son la primera causa de años perdidos equivalentes por discapacidad y las causas clásicas de mortalidad —las neoplasias, enfermedades cardiovasculares, los trastornos neurológicos— son mucho menos importantes. El PIB que han propuesto,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 194

23 de octubre de 2024

Pág. 3

y que se está utilizando por la OMS y por las fuentes de información de muchos países, es la combinación de los años perdidos por mortalidad prematura con los años perdidos equivalentes por discapacidad, y eso nos da un *ranking* que coloca a los trastornos mentales como la tercera causa de problemas de salud en España en el año 2021. Verán que el número 6 son infecciones respiratorias; todavía estamos midiendo efectos de la COVID.

Otra cosa importante es que, además de esto, los trastornos mentales están asociados a una pérdida de esperanza de vida. En este gráfico —son datos de Dinamarca, todavía no publicados— en el eje vertical están los años de esperanza de vida: en azul para la población general danesa y en rojo para el subgrupo de esa población que tiene trastornos mentales. Hay una diferencia entre la población general y entre aquellos que tienen trastornos mentales de entre cinco y siete años, unos seis años y medio de diferencia. Por varias razones, porque los trastornos mentales no solo son discapacitantes, sino que crean enfermedades físicas, son causa de mortalidad y se asocian con menor esperanza de vida. Tanto es así que en esta gráfica lo que se ve en el eje horizontal es la población, pero en centiles de ingresos per cápita ajustados por número de personas en el hogar —Dinamarca— y fíjense que hay una relación continua más favorable para aquellas personas con mayores ingresos; el centil que tiene más esperanza de vida entre los que tienen trastornos mentales —eso son estimaciones— es aún más bajo que el más bajo de los centiles en la población general. Es decir, que los trastornos mentales son una causa más importante de carga de enfermedad de la que pensábamos.

La otra cosa que les quiero comentar es que la Comisión Lancet propone un modelo en el que, precisamente porque los trastornos mentales empiezan muy pronto en la infancia, hay que tener una visión de ciclo vital y empezar a entender los problemas de salud mental desde muy pronto. Por eso propone que hay fases prenatales, del parto, de la infancia, juventud y adolescencia que son importantes, y para ello propone un modelo en el que los factores genéticos son esenciales. Se sabe que hay enfermedades que están, se han encontrado alteraciones genéticas que se transmiten y son hereditarias en gran parte, con una alta heredabilidad —la esquizofrenia, el trastorno bipolar, el espectro autista—, pero también se ha visto que hay muchos genes asociados con los trastornos mentales, pero de muy leve asociación, y que tiene que haber una interacción con otros factores —de esto quiero hablar después— que son ambientales, económicos y sociales.

Es importante también tener en cuenta que el cerebro humano, el cerebro en general, es un órgano importante que es muy inmaduro en el momento del nacimiento y que además sufre dos fases importantes de poda sináptica entre los 2 y los 3 años, y la preadolescencia —que todos sabemos que cambia el carácter— que hace que sean muy sensibles a muchos factores: físicos, químicos, relacionales, económicos, materiales. El 50% de las fobias ya ha aparecido a los 8 años y el 50% del espectro autista ya ha parecido a los 9 años, es decir, se da un movimiento muy activo en los primeros años de vida y por eso son importantes a la hora de la promoción y la prevención de trastornos mentales.

Les voy a hablar de determinantes sociales, que se pueden más o menos ajustar a cada una de estas etapas, pero lo voy a hacer ligándolos también, como se ha propuesto recientemente, con los *Sustainable Development Goals*, que son... **(Pausa.—El señor presidente: Los Objetivos de Desarrollo Sostenible)**. Eso es, los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Muchísimas gracias, presidente.

Por esa similitud se hacen grupos variados, *clusters* de factores de riesgo determinantes: sociales, demográficos, económicos, comunitarios, ambientales, sociales o culturales y más proximales, es decir, que tienen que ver más con el individuo mismo o con la familia y el entorno inmediato: la edad, la etnia, el sexo. Otros son también inmediatos: los ingresos, las deudas, las propiedades, la privación relativa, el desempleo, etcétera. Comunitarios también proximales y, sobre todo, un aspecto muy importante: los ambientales relacionados con los entornos personales, es decir, el trauma y el estrés, ya sea individual o colectivo. Hablamos normalmente de factores proximales, que son aquellos que están más cerca del individuo, y de factores distales, que son más estructurales; afectan igual, pero están más lejanos en el tiempo. Yo creo que el segundo compareciente, el doctor Joan Benach, les hablará con mayor conocimiento de la importancia de estos determinantes.

Una cosa académica, ¿por qué son importantes los determinantes socioeconómicos? Esto es un estudio de estudios, una revisión sistemática con un metaanálisis, que intenta estimar los estudios poblacionales con diversos factores de riesgo de suicidio. Lógicamente, las enfermedades mentales tienen un altísimo riesgo de suicidio. En la primera columna está el riesgo relativo, que es la medida para decir cuál es la probabilidad o el exceso de probabilidad de suicidio que tiene una persona con esquizofrenia: doce veces más que quien no tiene esquizofrenia. Y así sucesivamente para otras

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 194

23 de octubre de 2024

Pág. 4

enfermedades mentales. El estado de ánimo, fundamentalmente el trastorno bipolar y la depresión, también altísimo.

En los socioeconómicos, vemos también asociaciones que van en contra de los ingresos más bajos, de menor nivel de educación, de las ocupaciones más básicas y duras, y del desempleo. Pero fíjense que los números son muy diferentes. ¿Qué pasa? Que no solo es la fuerza de la asociación de un factor, sino también si ese factor es muy frecuente o no es frecuente en la sociedad, porque al final aparecerán más suicidios que tienen relación con aquellos factores que, aunque tengan poca asociación, son muy frecuentes. La contaminación ambiental, por ejemplo, que es un factor de exposición casi universal con pequeños riesgos relativos, afecta a tanta gente que se le acaba atribuyendo más mortalidad o más problema —en este caso más suicidios—, y eso es lo que se ve en la tercera columna, que es el riesgo atribuible poblacional. Esa es una aproximación que tiene sus limitaciones, pero que es una visión poblacional del impacto de los factores de riesgo de salud mental. Estos datos señalan la importancia de los factores socioeconómicos a nivel de números globales dentro de la sociedad.

Creo que tengo que acabar pronto.

El señor **PRESIDENTE**: Tres minutos, pero vamos...

El señor **SUBDIRECTOR CIENTÍFICO DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED, CIBER** (Alonso Caballero): ¿Tres minutos? Perfecto.

Lo que quiero decir es que ante esto es un imperativo la prevención, la promoción de la salud mental, porque otro tema sería el continuo de salud-enfermedad que es muy importante y que sirve para otros programas de salud. Me centraré aquí en la promoción del bienestar y la prevención primaria de la salud mental. Lógicamente, lo primero hay que decir que hay conocimiento, hay intervenciones, hay aproximaciones eficaces para hacer una promoción y una prevención universal; es decir, intervenciones que han de ser para toda la población y pueden ser en la etapa prenatal o la primera infancia, en las escuelas y en los hogares, en la adolescencia y en la adultez.

Hay intervenciones que también evitan la aparición de trastornos mentales que se llaman selectivas porque se aplican a personas o colectivos con riesgo elevado; sin síntomas, pero con riesgo elevado. Por ejemplo, por zona geográfica, por nivel de educación, por tipo de ocupación, por tipo de espacio donde viven, etcétera. Y hay prevención primaria indicada en aquellos que empiezan a tener síntomas y todavía no han desarrollado una enfermedad florida, pero que es importante. Aquí les pongo los tipos conocidos y probados de intervenciones. Lo que quiero decir de estas intervenciones, si se fijan en el contenido, es que apelan a que son intersectoriales, que son multidisciplinarias, que han de ser integrales y que se han de coordinar y, por lo tanto, es importantísimo —estamos en la Comisión de Sanidad— el Ministerio de Sanidad, pero hay que pensar que Educación, Trabajo, Asuntos Sociales, etcétera —pero estos tres son importantísimos— no podemos dejarlos fuera.

Quería acabar simplemente diciendo que es importante tener indicadores poblacionales de la salud mental. En la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, en su versión 2022-2026, se proponen una serie de indicadores sociodemográficos y otros factores, y yo creo que está muy bien. Lo que diría que es importante añadir a la estrategia: Primero, hay que poner más factores socioeconómicos, porque hemos visto que son determinantes importantes de la salud mental y, por lo tanto, hay que hacer encuestas o mediciones más exhaustivas, con instrumentos de medida de la salud mental más rigurosos y que incluyan indicadores sociodemográficos. La otra cosa que diría de la estrategia es que no veo aquí los indicadores de abuso de drogas, que es un determinante muy importante y además es un problema de salud mental, no es un problema de salud comercial o de industria.

Con esto daría por acabados los consejos o la idea que les quiero transmitir: Que la carga global de los trastornos mentales es muy alta, más de lo que pensamos; que el enfoque ha de ser de curso vital precoz; que los factores socioeconómicos son muy importantes; que es necesaria la interdisciplinariedad y los diferentes sectores, dispositivos y programas para abordarlos; que existen intervenciones de promoción y prevención que son efectivas y, por último, que hay que implementar y mejorar la vigilancia epidemiológica y la evaluación. Y, por supuesto, la investigación; ahí sí que barro para mi casa.

Muchas gracias por su atención.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, señor Alonso.

Vamos a hacer una pequeña ronda de portavoces y tendrá usted oportunidad de contestar.

Empezamos por el Grupo Parlamentario Mixto. **(Pausa)**. No hay nadie.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 194

23 de octubre de 2024

Pág. 5

Grupo Parlamentario Vasco. **(Pausa)**. Tampoco.
Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu.

El señor **RUIZ DE PINEDO UNDIANO**: Muchas gracias por la síntesis y la panorámica, ha sido totalmente accesible.

Según estoy oyendo esto, digo ¿por qué no lo estamos haciendo? Porque a la hora de hacer el plan o el pacto sobre el tema de salud mental, yo creo que puede haber bastante consenso científico de que esto es así, que se puede prevenir o por lo menos detectar la salud mental desde las primeras fases. ¿Dónde tenemos los principales obstáculos? ¿El principal obstáculo es que históricamente no tenemos la suficiente conciencia de la importancia de la salud mental? ¿o que en las instituciones no lo hemos sabido captar? Yo estoy recordando los años ochenta, después de la reforma psiquiátrica en la que estas ideas tuvieron importancia, y luego históricamente se ha relegado porque no llegamos.

Me gustaría conocer su parecer en este sentido, por dónde empezar.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias.

Grupo Parlamentario Junts per Catalunya. **(Pausa)**. No está.

Grupo Parlamentario Republicano. **(Pausa)**. No está.

Por el Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR, el señor Cofiño Fernández.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Muchísimas gracias por las aportaciones.

Quizá un poco al hilo de la pregunta anterior, tanto cuando hablamos de salud mental como del pacto —ayer tuvimos una proposición no de ley relacionada con la salud mental, redes sociales y protección digital— hablamos también claramente de la importancia del marco de determinantes, la importancia del abordaje de los síntomas, pero sobre todo de la importancia de ir hacia las causas de las causas y hacer políticas aguas arriba en nuestras intervenciones sin olvidar los síntomas. Esto también es importante para no generar una especie de confrontación.

Uno de los elementos claves que también nos preocupa mucho en determinantes es el tema de la vivienda. Por las evidencias o lo que sabemos ahora mismo de la importancia que tiene —además, desde esa perspectiva del ciclo vital de modelo de Brofenbrenner, del ciclo vital y el modelo ecológico— el entorno y de la vivienda en aspectos relacionados con la salud mental.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario VOX, el señor García Gomis.

El señor **GARCÍA GOMIS**: Muchas gracias, presidente.

Muchísimas gracias, señor Alonso. Bienvenido a su casa, a la casa de todos.

Viendo los cuadros que nos ha enseñado del informe de la Comisión Lancet, del informe que usted ha presentado, ¿cómo piensa que puede afectar a la salud los españoles? Mejor aún, reformulo con algunos datos. Actualmente, en España —viendo lo que usted ha señalado como factores de riesgo— hay trece millones personas que viven en riesgo de pobreza o exclusión social, 400 000 más que el año pasado; hay diez millones de hogares que sobreviven con 916 euros, prácticamente la mitad de los hogares españoles, un 48,7%, y uno de los datos más alarmantes y más graves que sufrimos ahora mismo en España es que uno de cada tres menores de doce años sufre pobreza severa, a lo que sumamos el problema de vivienda y emancipación con cuatro de cada diez jóvenes. Con esos datos que ha presentado, ¿usted se atrevería a pronosticar cuánto puede crecer exponencialmente la situación de la salud mental en España? Porque trabajamos con una foto fija ahora mismo, según los datos, pero, claro, estos datos están yendo en aumento proporcionalmente, y a mí me gustaría saber si usted, o ustedes en su círculo, están contemplando cómo pueden afectar, porque nos ha dado una serie de recetas que ni de lejos vamos a poder implantar en el 2025; queda muchísimo por andar, y viendo la falta de profesionales sanitarios en el ámbito de salud mental, más todavía. Si puede, quisiera que nos informara a este respecto porque esto se ha debatido, pero sin ningún tipo de compromiso, por supuesto, señor Alonso.

Le agradezco la exposición tan clara y tan precisa que ha realizado.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Socialista, la señora Andrés.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 194

23 de octubre de 2024

Pág. 6

La señora **ANDRÉS AÑÓN**: Muchas gracias, doctor Alonso.

Le agradecemos también su paciencia por este retraso que hemos tenido por causa del Pleno.

Usted ha aportado una visión desde el punto de vista de la salud pública respecto de la salud mental muy importante. Ahora mismo la salud mental, a raíz de la pandemia y después de la pandemia, está en boca de todos, está en la conversación pública, está en las agendas políticas. Esta visión desde la salud pública es fundamental para entender que estamos hablando de algo que puede afectar y afecta a una gran parte de la población, y además incide en la esperanza y en la calidad de vida, en la mortalidad y en la discapacidad, y es muy muy importante. Muchas gracias por las explicaciones, que han sido muy muy accesibles.

El Gobierno de coalición ha tomado varias medidas, una de ellas es la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, hemos anotado lo que ha echado en falta al relacionarlo con el consumo de drogas, y la primera pregunta, la primera cuestión, iría en este sentido. ¿Estamos hablando solamente de consumo de drogas o estamos hablando de adicciones? ¿Estamos hablando de adicciones con sustancia o también comportamentales? ¿Cómo podemos incidir más desde la política para que haya un mayor entendimiento de esta relación de las adicciones comportamentales y la salud mental? ¿Cómo lo podemos abordar desde un punto de vista más riguroso?

La segunda cuestión estaría relacionada con la importancia de la red comunitaria. Nuestro Gobierno de coalición ha trabajado, tanto en la anterior legislatura como en la actual, en el abordaje de los determinantes sociales de la salud mental como vivienda, educación, renta, pensiones, salario mínimo. Está trabajando con intensidad, y esperemos que también con éxito, pero es necesaria una red comunitaria para que todas las personas tengamos ese sentimiento de pertenencia, no vivamos aisladas, no sintamos soledad y podamos recurrir a una sociedad solidaria cuando estemos en una situación de especial vulnerabilidad y no caigamos en problemas de salud; más tarde, en trastornos o llegar incluso a enfermedades.

¿Cómo podemos desde la política realizar políticas que fomenten estas redes comunitarias, más allá del discurso participativo que tenemos todos muy instalado? ¿Cómo podemos hacer algo más efectivo en la línea que mencionaba usted de prevención efectiva?

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Popular, el señor Cavacasillas.

El señor **CAVACASILLAS RODRÍGUEZ**: Muchas gracias, presidente.

Muchas gracias, señor Alonso. Agradecemos su presencia, su intervención y también su paciencia por el retraso a causa del Pleno. Nos parece más que necesario que se investigue en salud mental, y nos han parecido interesantes muchos los datos que ha facilitado esta tarde, sobre todo aquellos que surgen de la influencia de los factores socioeconómicos en salud mental y lo importante que es también la participación de otras áreas, de otros ministerios, además del de Sanidad, como pueden ser el de Educación o el de Trabajo.

Queremos plantearle una serie de preguntas por si puede respondernos. La primera de ellas alude al último informe del sistema sanitario 2024, que presentó recientemente el presidente del Consejo Económico y Social, en el cual se describe, y se cita textualmente, que España pasa actualmente por una crisis de salud mental. Según su opinión, ¿cuál sería el mayor desafío actual en el campo de la salud mental en nuestra sociedad? Es cierto, y así lo avalan todos los estudios, que la pandemia ha provocado un aumento de los casos de salud mental, pero, atendiendo a su experiencia como investigador, ¿cómo cree que ha impactado la pandemia del COVID-19 en la salud mental de la población?

También se habla mucho de estrategias, se configuran, pero no llegan a cumplir las expectativas, ante ello, ¿qué estrategias recomendaría para mejorar el acceso a servicios de salud mental? Las políticas públicas son necesarias para la asistencia a todos los ciudadanos de nuestro país, pero, según su opinión, ¿cómo cree que estas políticas pueden contribuir a la prevención de trastornos mentales? Un investigador no ceja en su empeño, continua con su investigación, es constante, minucioso, pero ¿podría hablarnos de los avances recientes sobre salud mental? Sobre todo, de la investigación o investigaciones en las que está usted trabajando en estos momentos.

Finalizo. En esta Subcomisión de Salud Mental, además de en las comparecencias, todos los grupos políticos vamos a trabajar en preparar un documento de consenso que sirva para mejorar la situación de la salud mental en nuestro país, por lo que quisiera saber qué es aquello que cree necesario que debe estar sí o sí en este documento.

Muchísimas gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 194

23 de octubre de 2024

Pág. 7

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.
Tiene la palabra el señor Alonso para responder.

El señor **SUBDIRECTOR CIENTÍFICO DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED, CIBER** (Alonso Caballero): Muchísimas gracias por sus comentarios. No son fáciles las preguntas, es mucho más difícil esta parte que la primera.

Respecto de la relegación histórica y qué ha pasado con la transformación de la atención psiquiátrica, en su momento no todos los profesionales sanitarios especialistas, por ejemplo, psiquiatras y psicólogos, estaban de acuerdo respecto a que la atención primaria o los centros de salud atendieran todos los problemas, tanto médicos, como físicos y mentales, ya que hay un paradigma predominante en la medicina que es muy biomédico, por lo que muchas de las cosas que hemos dicho aquí para trastornos mentales se pueden aplicar a otras enfermedades. Por tanto, esa predominancia inquieta. Creo que es cuestión de trabajarlo y de encontrar espacios comunes.

Después hay otro problema histórico, y es que la salud mental siempre ha sido la cenicienta de la salud, siempre ha estado relegada a las acogidas fuera de los circuitos necesarios y suficientemente dotados. Esa desventaja histórica, a su vez, tiene una desventaja histórica, digamos, de conocimiento, y la ha puesto en un lugar difícil, pero yo creo que ha habido otro problema, y es que no se ha invertido lo suficiente y todo esto cuesta, entendiéndolo que hay muchas prioridades para hacer esa unificación con los servicios comunitarios. Ahora estamos hablando del individuo con trastorno mental severo, grave, que necesita no estar veinte años en un manicomio, sino estar de manera funcional en la comunidad. Es un cambio importante en el que se podría haber incidido más, pero implica mucho gasto. Por tanto, la idea de recuperación, la idea de servicios comunitarios está ahí, pero la dotación no está porque los números que indican que estamos bien en España se refieren a profesionales como médicos, psiquiatras, psicólogos, pero empezamos a flojear con enfermería psiquiátrica y continuamos con trabajadores sociales, etcétera, donde estamos totalmente bajo mínimos.

Es un problema complejo, pero también es un problema económico importante y de visibilidad. Por eso he insistido en la visibilidad de los problemas mentales no solo como un problema de salud a nivel sanitario de los médicos o del Ministerio de Sanidad, sino como un problema de salud de la sociedad.

En cuanto a las preguntas sobre las redes comunitarias, hay algún ejemplo que está funcionando en Cataluña con estos pactos que se buscan con muchísimos sectores, donde no hay mucho presupuesto, pero sí mucha voluntad, y se están haciendo muchas cosas. Una de las cosas más importante es buscar foros conjuntos —por eso insistía en la intersectorialidad— en los que se facilite identificar recursos, personas, modelos, y construir procedimientos de colaboración, tener a alguien que sea referente en un problema, que puede venir, por ejemplo, de asuntos sociales. Y toda esta serie de recursos que van mucho más allá de los recursos sanitarios típicos, han de estar conectados y ser accesibles, aunque, evidentemente, con las limitaciones de las dotaciones presupuestarias. A esa red de proveedores, a esa red de trabajadores en los distintos campos, hay que sumar a la gente que tiene problemas y se organiza; y aquí me vienen a la cabeza las asociaciones de pacientes, pero pacientes como acompañantes de otros pacientes. Evidentemente, hay muchos trabajadores sociales y hay muchos otros ámbitos donde se les puede incorporar, pero eso debe tener apoyo económico y, digamos, un sostenimiento institucional.

Sobre el tema de la vivienda y la salud mental, es evidente que la pobreza se refleja en las viviendas mal dotadas que no se pueden calentar en invierno o ventilar bien en verano, es decir, se juntan muchas cosas. La vivienda es un problema importantísimo de magnitud creciente; se ha demostrado que los déficits de vivienda son un factor determinante y que las ayudas para mejoras de la vivienda son eficaces para los síntomas y para los trastornos mentales.

En cuanto a la exclusión y la pobreza severa, no puedo pronosticar, pero yo, de entrada, soy pesimista porque veo estos problemas, que seguramente serán mucho mayores en otros sitios. Es una foto fija, pero lo que les he presentado es la foto más reciente hay. Otro problema que no está resuelto a nivel internacional es que para hacer vigilancia de la salud mental hay que tener datos más inmediatos, no solo los datos de suicidio, que están mal y hay que bajarlos porque tenemos la idea de que se pueden evitar, pero no sabemos si suben porque hay oscilaciones cíclicas y no estamos fuera de esas oscilaciones.

Yo creo que la información debería ser sobre todo información accionable. Juntar la información de salud con la información sociosanitaria de los individuos nos puede permitir programar intervenciones preventivas, por ejemplo, escoger de entre aquellas que tenemos que hacer o que nos gustaría hacer las que son más importantes, pero no puedo pronosticar.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 194

23 de octubre de 2024

Pág. 8

Ha habido intervenciones que se han referido a los efectos de la pandemia, de su importancia, y la pandemia no es más que un gran trauma colectivo en el que han sufrido mucho más algunas partes de la población y algunos profesionales, no solo los sanitarios. En un mundo con tanta información estamos sometidos a un cierto trauma informativo, pero es que son problemas importantes; es la crisis económica, es el precio de la vivienda y cómo va a seguir aumentando, es la pandemia, es la emergencia climática, y todo esto los jóvenes lo tienen muy muy interiorizado, o sea, tienen poca esperanza, pero debemos transmitir optimismo, a mí me cuesta, pero hay que plantar cara a los problemas más importantes. Estoy de acuerdo en que los factores que han señalado son importantes, pero también es verdad que mejorar la educación y las rentas de las personas que no las tienen es muy eficaz a nivel de trastornos mentales, por ejemplo, para prevenirlos y mejorar los síntomas.

Yo no soy experto en la red comunitaria, aunque participo en el plan contra la soledad del Ayuntamiento de Barcelona donde, por ejemplo, primero aprendes cuál es el problema y los recursos de los que se dispone, pero no les sabría responder, y me sabe mal porque creo que es muy importante. Lo que sí conozco es todo ese trabajo conjunto del pacto de salud mental en Cataluña, que incluye muchísimos recursos sociales dentro de lo que son prevenciones de malestar mental y de trastornos mentales, facilitando que chavales jóvenes puedan acudir a un sitio porque están solos o porque están con síntomas, y donde no se les pregunta ni el nombre ni se les registra. En ese contexto, veo que hay muchas posibilidades, pero, claro, no podemos apelar al voluntarismo porque hay que conocer los recursos, mapear, y sobre todo juntar a las personas y dotar con una visión un poco más global de fuerza a estos programas.

Creo que la pandemia supone un estrés importante, y, además creemos que se puede repetir, y eso es una de esas cosas que perpetúan un poco el trauma, del que yo creo que no nos hemos recuperado, aunque considero que se reaccionó bastante bien dando soporte económico directo a algunos colectivos, y eso se hizo mucho mejor que en 2011. Por tanto, ante problemas agudos, hay que reforzar los apoyos a los más vulnerables en general, pero cuando no hay un problema agudo hay que seguir pensando que esta vulnerabilidad sigue existiendo y que hay que darle soporte y atención.

¿Cuál es la crisis más importante, el mayor peligro para la salud mental? No lo sé, creo que hay muchos, y el conjunto de todos ellos en algún momento puede hacer que sea todavía peor, que llegue a un momento de ebullición. Hay muchos ámbitos y he citado algunos como las redes sociales, también el abuso y las adicciones de sustancias, pero, como digo, creo que va a ser un conjunto lo que nos ha de obligar a estar preparados para afrontarlo.

Respecto a los avances recientes, hay uno que es importante, y es todo este movimiento de empoderar a los individuos para reconocer las emociones, saber cómo plantear los conflictos y las estrategias para afrontar los problemas personales, y en ese sentido está la teleasistencia, pero la generalización del acceso a programas que ayudan a lo que llamamos alfabetización en salud mental es importante porque puede reconocer los problemas, puede desestigmatizar los problemas de salud mental, puede evitar la discriminación, que es importante, y también puede hacer ver que hay recursos y que estos recursos no solo son sanitarios sino también comunitarios, y que en muchos de esos programas de coalición entre salud, educación y sociedad hay intervenciones que se dan no solo para la salud mental sino para la salud física, pero hay que dejar de prescribir porque un problema muy importante es la prescripción.

Tendría que ir dejándolo aquí porque me tengo que retirar.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, señor Alonso.

— **DEL DIRECTOR DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN SOBRE DESIGUALDADES EN SALUD, GREDS-EMCONET, Y COORDINADOR DEL INFORME PRESME SOBRE PRECARIEDAD LABORAL Y SALUD MENTAL DEL MINISTERIO DE TRABAJO Y ECONOMÍA SOCIAL (BENACH DE ROVIRA). POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000160).**

El señor **PRESIDENTE**: Damos paso a don Joan Benach de Rovira, que es nuestro siguiente compareciente, director del Grupo de Investigación en Desigualdades en Salud y coordinador del Informe PRESME sobre precariedad laboral y salud mental del Ministerio de Trabajo.

Muchas gracias, Joan.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 194

23 de octubre de 2024

Pág. 9

El señor **DIRECTOR DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN SOBRE DESIGUALDADES EN SALUD, GREDS-EMCONET** (Benach de Rovira): Buenas tardes. Muchas gracias por la invitación.

En primer lugar, quiero felicitar al Ministerio de Sanidad por esta iniciativa, esta subcomisión de salud mental, un tema de tanta importancia. La salud es un tema fundamental, y la salud mental también. Cuando pensamos en salud, en realidad deberíamos pensar no tanto en el resultado, que es nuestra salud, sino en cómo vivimos, cómo trabajamos, qué servicios sociales tenemos, qué oportunidades, etcétera.

Voy a hacer una intervención que creo que va a ser complementaria a la de Jordi Alonso —que es un gran epidemiólogo, uno de los mejores de España en salud mental, y buen amigo— en bastantes sentidos. Mi comparecencia se basará sobre todo en mi experiencia como persona que ha trabajado en salud pública durante muchas décadas y también como la persona que ha coordinado el Informe PRESME, del que creo que tienen ustedes el resumen, y que pronto se va a publicar —y voy a hablar enseguida de ello— como libro, como un informe mucho más extenso. **(Apoya su intervención en una presentación digital).**

Quiero tocar cuatro puntos, y espero poder hacerlo rápidamente porque son temas difíciles. En la salud mental como epidemia social emergente y, además, desigual, los determinantes sociales, a los que ha hecho referencia a Jordi Alonso y otros muchos comparecientes, son fundamentales, son críticos. Si no nos ponemos los determinantes sociales en la cabeza al hablar de salud mental, no creo que vayamos a tener demasiado éxito —algún éxito, seguro que sí, pero no demasiado— sobre todo a largo plazo, como luego comentaré.

Dentro de los determinantes sociales, en mi opinión, hay uno que es fundamental —ha salido el tema de la vivienda, que lo es—, que es la precariedad laboral, cómo trabajamos y en qué condiciones, es un tema crítico, por lo que me voy a centrar en él, pero también es fundamental el asunto de las políticas intersectoriales, al que también se ha hecho referencia.

Quiero empezar mi intervención diciendo, al igual que Jordi, que todo lo que voy a presentar tiene un elemento científico detrás. La ciencia no es la verdad, pero desde luego es mucho más poderosa que una opinión o una valoración sin más, si bien es cierto que dentro de la ciencia también hay ideología, opiniones y valoraciones, como nos recordaba el científico Carl Sagan.

Como les decía, voy a hablar sobre todo desde el punto de vista del Informe PRESME, un trabajo extenso que fue realizado durante de año y medio por mucha gente; es un trabajo transdisciplinar donde han participado juristas, sociólogos, politólogos, médicos, etcétera, casi cuarenta personas en total. Es un trabajo realmente extenso, del que ustedes solo tienen el resumen cien páginas, pero el libro completo va a tener quinientas páginas aproximadamente. Hay temas que ya ha comentado Jordi, por lo que voy a ir muy rápido en algunos puntos. Él ha hablado de lo que se llama la carga de la enfermedad en salud mental, que es un tema muy serio, muy grave, que él ha abordado desde varios puntos de vista, entre ellos el de la discapacidad. La Organización Mundial de la Salud nos ha recordado en todos sus informes que estamos ante una situación prácticamente pandémica, pero epidemias hay muchas: ahora mismo hay una epidemia de obesidad y sobrepeso; hay una epidemia de diabetes, lo que pasa es que es más o menos silente; hay una epidemia de algo sobre lo que tampoco se habla nada, que es el hígado graso, que es un tema que está afectando a muchísima gente. Hay muchas epidemias, y creo que la salud mental es una de ellas porque tiene un impacto realmente notable en nuestra salud y también en el trabajo, en la economía, en muchos aspectos.

Otro elemento clave que quiero tocar —y esto ya se refiere también al caso español— es el tema de la desigualdad, a la que también ha hecho referencia Jordi hace un momento. Hay múltiples temas de salud mental —trastornos graves, trastornos leves, fobias, ansiedad, depresión, un montón de cosas—, por eso es tan complejo, pero un elemento importante que hay que retener, y que es un tema clave en las desigualdades en salud, es que no afecta a todos por igual, por lo que, desde mi punto de vista, siempre que entremos en los temas de salud debemos de tener una doble mirada, una mirada poblacional, global —luego haré más referencia a esto—, y una mirada de ciertos grupos sociales, no solo de los enfermos, sino de las causas que hacen que muy probablemente sean enfermos.

Aquí tenemos el tema de género, tenemos el tema de clase social, el tema favorito de los sociólogos —no hay sociologías en estudiar la clase social, que se puede estudiar de mil maneras diferentes—, pero un tema clave al hablar de la salud mental, y que está repetido y repetido en la literatura científica una y mil veces, o sea, lo tenemos tan claro, es que hay un gradiente social de la salud. Dicho de otra manera, a veces pensamos que esto de la salud es un problema de ciertas personas que son muy ricas, una gran clase media, y luego una serie de personas que sufren determinados problemas porque no tienen vivienda,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 194

23 de octubre de 2024

Pág. 10

están en la calle, etcétera, y es verdad, pero al mismo tiempo también es verdad que existe un gradiente. ¿Qué quiere decir el gradiente? Quiere decir que, a peor situación social, en sentido amplio, peor situación de salud. Esto puede chocarle a mucha gente, porque estamos acostumbrados a pensar en la salud —como después también explicaré— como un tema biológico y biomédico, y lo es, pero también lo es desde un punto de vista social por cuestiones que a lo mejor no podré explicar en estos pocos minutos que tengo.

Por tanto, quiero hacer frente a la idea de las causas y los grandes elementos que influyen a largo plazo, porque piensen ustedes que la salud se genera a lo largo de los años. Por ejemplo, si una persona fuma, a lo mejor tendrá un problema de salud o un cáncer, pero puede que pasen diez, veinte o treinta años o, a lo mejor no tendrá ese problema, tendrá otro. Con la salud mental puede ocurrir exactamente lo mismo. Es un goteo permanente de cuestiones que inciden, muchas de las cuales son sociales. Hay una manera de comprender las causas y soluciones de la mala salud mental —también se ha hecho referencia creo que por varios comparecientes y también por Jordi—, y es el modelo biomédico. ¿Por qué es un problema el modelo biomédico? Porque si uno está enfermo, claro que necesita un psicólogo, un médico o un cirujano. Eso es necesario, es imprescindible, pero es una visión individual, básicamente, y es una visión biomédica. Y repito, es útil, pero tiende a patologizar, a medicalizar, a estigmatizar e, incluso, a sobrellevar los problemas cotidianos que más o menos cada cual puede padecer. La evidencia científica es abrumadora y la evidencia no apoya esa visión. La evidencia apoya una visión mucho más compleja y, por otra parte, mucho más interesante: el modelo biopsicosocial. Hay una interrelación constante, incluso entre los factores genéticos, porque uno suele pensar que los factores genéticos son algo fijo, estable, y no es así. Hay una ciencia que se llama epigenética, que nos sirve para entender que, excepto unas pequeñas cantidades de genes, el resto, en gran medida, son genes que se activan y se desactivan en función de nuestro entorno, de nuestra vida. Y repito, no son opiniones, si fueran opiniones más, ustedes pueden creerlo o no, pero no son opiniones, eso está realmente explicado extensísimamente en la literatura científica, sociomédica, etcétera. Ese modelo ve el trastorno mental como una respuesta normal a las adversidades sociales; también ha hecho alguna referencia Jordi. Por ejemplo, parece que hemos normalizado que haya contaminación en las ciudades. Es lo que se llama por parte de algunos antropólogos la normalización patológica o la patología normalizada, si ustedes lo prefieren. Hay determinantes sociales, muchos y muy variados, de los que sabemos muchísimas cosas hoy día. Esa visión prioriza la prevención y la promoción de la salud mental actuando sobre esos determinantes, sin olvidar que hace falta mucha mejor vigilancia. Estamos pobres de vigilancia, muy pobres. No sabemos muy bien lo que ocurre en salud mental ni en precariedad —de lo que voy a hablar enseguida— y, si no sabemos bien lo que ocurre, necesitamos hacer un esfuerzo importante de vigilancia, sin olvidar, por supuesto, el tratamiento y el cuidado.

Por tanto, si todo esto que digo es verdad, dado que el trastorno mental no es un fenómeno personal, sino un problema social y colectivo, la solución tiene que ser política. Piensen ustedes que en España somos de los primeros consumidores de ansiolíticos y antidepresivos, y eso obedece a algo. Además, es un proceso que ha ido creciendo a lo largo de los últimos años, y eso tiene alguna explicación más allá de la accesibilidad que muchas personas puedan tener por presiones de varios tipos o, simplemente, porque los profesionales de la salud mental tampoco tienen el tiempo suficiente para atender los problemas serios que muchas personas tienen.

En estos pocos minutos que me quedan, voy a hablarles de la precariedad laboral. Aunque recuerdo que la precariedad social es mucho más amplia, me parece que vale la pena incidir un poco en la precariedad laboral. Voy a poner algunos ejemplos y dar algunos datos, y siempre digo que detrás de los datos y de los números, hay personas y hay mucho sufrimiento. Por tanto, los datos son números, son análisis, son estadísticas, pero detrás están todos estos problemas. Por ejemplo, el impacto de la duración de la jornada laboral sobre la calidad de vida. España es la peor de Europa. En ese sentido, tenemos un nivel muy elevado de personas que tienen menos de once horas de tiempo entre jornadas laborales. Muchas veces no tenemos tiempo de recuperación. En cambio, realizar jornadas laborales más cortas es muy positivo para todo: para nuestra vida, para la conciliación, reduce el desempleo, aumenta la calidad de vida. Por eso, me parece oportuno que eso esté en la agenda política desde hace algún tiempo y que podamos avanzar en ese sentido. También está la participación social. Muchas personas no tienen tiempo, porque están demasiado cansadas y, en muchas ocasiones, no tienen ni tiempo ni energía para hacer las cosas que deberían o podrían hacer. Eso es solo una pequeña parte de lo que llamamos la precariedad laboral.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 194

23 de octubre de 2024

Pág. 11

La precariedad laboral es un fenómeno complejo. No es el contrato de trabajo, eso es solo una parte. Por tanto, si varía el contrato de trabajo, si el contrato temporal disminuye, es un avance, pero es mucho más complejo y hemos de ser capaces de analizarlo. Es un tema dinámico, relacional, multinivel y, sobre todo, multidimensional, que tiene elementos como los que ven aquí en la pantalla —hay muchos estudios—: los contratos, la capacidad de poder decidir sobre condiciones de trabajo, la vulnerabilidad o la indefensión ante el abuso, el maltrato, la discriminación, el nivel salarial... Y uno puede decir: pero ¿qué nivel salarial? De acuerdo, se puede discutir, pero también estamos todos de acuerdo en que el nivel salarial de muchísimos trabajadores es muy bajo. Antes se ha hecho referencia al último informe de Oxfam de hace muy pocas semanas, que nos señala un fenómeno muy conocido: el fenómeno de los trabajadores pobres, personas que trabajan, pero que son pobres y sufren problemas debido a esta cuestión.

Un ejemplo lo hemos utilizado en el Informe PRESME, informe que ya tiene algunos años y que dio lugar a una tesis doctoral. Hemos hecho un montón de tesis doctorales sobre estas cuestiones. Aquí tienen ustedes reflejado algo interesante antes de la crisis de 2007 o 2008, que liga con el punto que tocaba Jordi de la interseccionalidad. En rojo oscuro está señalada la precariedad elevada; en rosado, la precariedad moderada. Fíjense ustedes en que ya en ese año la precariedad era mucho más alta que el nivel de contratos, que era prácticamente la mitad de la población asalariada, y eso se mantiene, aunque mejora un poco con la reforma laboral, ha bajado un poquito. Eso hay que evaluarlo para saber qué está pasando. Y fíjense ustedes, en la parte izquierda tienen la desigualdad de la precariedad, con esa multidimensionalidad que he comentado: el 20% si la persona era un hombre, un profesional español y de más de 30 años; en el lado de derecho, si una persona era una mujer obrera, migrante, joven, 90% de precariedad. Eso afecta a la salud mental en forma de gradiente —otra vez—, y eso está también demostrado con estudios científicos y con los mejores datos. Eso tiene que ver —lo podemos mirar desde otro punto de vista— con algunas de esas dimensiones y estos elementos que tienen en la pantalla y que tienen que ver con impactos en salud mental, que también han sido revisados por la literatura científica. No es una opinión, es lo que sabemos por los estudios. En el Informe PRESME también hemos hecho algún análisis donde hemos documentado que hace pocos años había un número muy elevado de personas con casos de depresión. Hicimos una estimación —siempre es complicado hacer este tipo de modelos matemáticos y estadísticos— y vimos que se podría haber evitado un número muy elevado de personas con casos de depresión, si su situación laboral hubiera sido mejor. Aquí tienen —no lo voy a leer, porque ya he dicho algunas cosas y también lo tienen en el Informe PRESME— un pequeño resumen de lo que sabemos sobre este tema de la precariedad laboral.

Voy acabando. Ante este panorama tan complejo —que lo es—, que tiene que ver con la salud mental, con todas las cuestiones, todos los problemas, y todas las causas, ¿qué hacemos? Antes de contestar a esta pregunta, me refiero a una cuestión un poquito técnica sobre la que ya ha dicho algo Jordi Alonso. Esto me gusta señalarlo, porque hay unos elementos de complementariedad, que se ven cuando, por ejemplo, él ha hablado del riesgo atribuible poblacional, que es una medida epidemiológica. Voy a explicarlo de una manera muy simple. Miren, aquí tienen ustedes un gráfico que representa —quizá no es obvio de entrada— el continuo poblacional de la salud mental en la prevención. La salud mental no es un problema de sanos y enfermos. Esa es una visión dicotómica que suelen tener los médicos, porque a veces hay que tomar decisiones —usted está bien, usted está mal—, y es la visión que tienen muchas veces las personas. Pero aquí ven ustedes que hay un continuo de la salud mental. Primero, entre la parte izquierda, donde vemos que hay algún tipo de trastorno mental, algún tipo de malestar, algún tipo de sufrimiento, y más a la derecha, bienestar mental o máximo bienestar, hay un continuo, hay una distribución poblacional que muchas veces sigue una curva normal, como ven ustedes. Si eso es así, entonces lo más grave de la salud mental debería ser esto que les muestro aquí en color rosado: personas con trastornos mentales y malestares. Pero resulta —lo ha dicho Jordi, quizá muy rápido— que en salud pública pequeños problemas, pequeños riesgos en gran cantidad de población pueden generar una enorme cantidad de casos y, además, una enorme cantidad de problemas económicos. Por tanto, en las políticas que tenemos que llevar a cabo —además de ir a buscar a la gente con más vulnerabilidad o más problemas de trastornos mentales— lo que tenemos que hacer es mover la curva hacia la derecha. Eso es algo que sabemos desde hace muchos años y ha habido epidemiólogos sociales, como Geoffrey Rose, que fue uno de nuestros maestros, entre otros, que nos enseñó esto, que hay que mover la curva. Si movemos la curva hacia el bienestar de toda la población, vamos a ganar mucho, y esto quiere decir que, a lo mejor, también vamos a poder reducir el número de personas que están en el extremo izquierdo de la

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 194

23 de octubre de 2024

Pág. 12

curva, que son los que están peor. Lo que quiero decir con todo esto es que hemos de tener una mirada compleja, que ataque, haga frente a los factores de riesgo de la población en peor situación y que, al mismo tiempo, lo haga en toda la población.

¿Cómo hacerlo? Pues les hablo —y ahora sí voy acabando— de algunas recomendaciones generales del Informe PRESME. Este es el resumen que ustedes deben tener, pero el libro es este, que es mucho más grande, de quinientas páginas. Hay muchísima información y recogemos unas doscientas recomendaciones específicas —próximamente, esperamos publicarlo en formato de libro— y más de treinta propuestas concretas. Aquí están recogidas cuatro, en concreto: desarrollar políticas estructurales reguladoras y participativas en el mercado laboral y en la protección social, donde la vivienda es un punto clave; desarrollar políticas, a la vez, de salud pública y de atención sanitaria. Esto hay que repetirlo una y mil veces: la salud pública no es lo mismo que la sanidad pública. La salud pública es cómo atender a los problemas de salud de la colectividad, y eso quiere decir: el ambiente, la prevención, mil cosas. La tercera propuesta es implementar políticas e intervenciones intersectoriales. Ese es un reto descomunal, porque poca gente lo hace, pero sí hay algunos ejemplos en la literatura de salud pública, claro está. Por ejemplo —y luego me voy a referir un momento a esto—, cuando en Suecia el problema de los accidentes de tráfico fue muy grave, hubo un consenso político global para hacerles frente y reducir los accidentes de tráfico, y se logró. Otro ejemplo es cuando en Finlandia hubo un problema muy serio de alto nivel de colesterol y otros problemas, hubo un cierto consenso, muy potente también, de una sociedad durante un largo tiempo para poder mejorar esa situación. La cuarta propuesta es desarrollar sistemas de información, vigilancia e investigación. Este no es un tema baladí, es un tema muy relevante, y repito lo que he dicho: no sabemos medir bien. Yo escribí un artículo en *El País*, el 11 de febrero de este año —si no recuerdo mal—, donde, justamente, decía esto: hay que medir bien la precariedad laboral para poder entender lo que está ocurriendo y cómo está evolucionando. Por un tema de tiempo, no lo voy a leer, solo voy a decir alguna de esas recomendaciones: la lucha contra la precariedad laboral y sus efectos en la salud mental; la mejora en las condiciones de protección, salud y cuidados; la medición, análisis y evaluación de la precariedad laboral y sus problemas de salud mental.

Acabo con una última diapositiva que, en mi opinión, son requisitos para lo que podemos llamar un plan integral —cada palabra pesa—, efectivo y equitativo de salud mental. Desde mi punto de vista, hemos de tener en cuenta cinco grandes puntos. El primer punto —ya lo he dicho— es meternos en la cabeza los determinantes sociales de la salud. Sin eso no vamos a avanzar demasiado, porque eso es lo que está provocando una gran cantidad de problemas en los jóvenes, en mujeres con una situación laboral muy mala y tantas otras cosas. El segundo es realizar políticas e intervenciones intersectoriales, que es lo que en salud pública supone —y eso es relativamente fácil de decir y muy complejo de hacer— meter la salud en todas las políticas. Hace falta una coordinación entre los ministerios, con la población, con los sectores profesionales, con los movimientos sociales, etcétera. Y eso se tiene que evaluar, porque si llevamos a cabo acciones, pero no las evaluamos, no vale de nada. Y aquí evalúa muy poca gente, por lo que nos gastamos mucho dinero, pero no sabemos si eso funciona o no funciona. Hay que evaluar las cosas que se hacen. Hay elementos de costeefectividad, de coste-equidad, etcétera, suficientes para poder hacer esto. Hay que reformar el sistema sociosanitario, y tenemos un montón de recomendaciones en el informe sobre ello. También están la cobertura, el acceso, porque no basta la calidad, la equidad para prevenir y atender integralmente los trastornos de salud mental. Ya he hecho referencia a la información, investigación y evaluación, y no voy a repetirlo. Por último, un tema clave: hace falta un consenso, un compromiso legal y político, no partidista, para realizar un plan integral, porque nos va la vida de todas las personas, a lo mejor de nuestro hijo, de nuestra hija, de nuestro padre, de nuestra tía o de quien sea. Necesitamos un plan integral de salud mental con recursos adecuados y planificado a largo plazo. Tiene que ser a largo plazo, porque a corto plazo poco vamos a hacer, solo podríamos conseguir alguna mejora, quizá en unos meses, en un año o en dos. En mi opinión, como he dicho antes con los ejemplos sueco y finlandés, el plan tiene que ser a largo plazo. No sé cuánto es el largo plazo, ustedes lo dirán, pero esa es mi recomendación.

Muchas gracias por la atención.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Ahora, es el turno de los grupos. El representante de Euskal Herría Bildu acaba de salir un momento de la sala.

Señor Pose, ¿quiere intervenir antes?

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 194

23 de octubre de 2024

Pág. 13

El señor **POSE MESURA**: Si el presidente lo tiene a bien y los demás grupos no tienen problema, me gustaría intervenir antes, porque tengo un problema, que sale mi avión ya.

El señor **PRESIDENTE**: Por supuesto, adelante.

El señor **POSE MESURA**: El Grupo Socialista le da la enhorabuena. Estamos agradecidos no solo por el trabajo que hizo coordinando el Informe PRESME, sino por lo que se dedica a la investigación y a ese abordaje tan global de todo. Ya ni recuerdo en qué año, cuando era estudiante, me leí el informe que hizo para la LOMCE.

El señor **DIRECTOR DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN SOBRE DESIGUALDADES EN SALUD, GREDS-EMCONET** (Benach de Rovira): En 1974. Hace muchos años.

El señor **POSE MESURA**: No, no lo leí cuando salí, sería alrededor de 1978.

Lo que quiero decir es que en medicina determinamos hasta la predisposición genética para tener el HDL de una manera o el LDL de otra. Digo esto como podría decir cincuenta mil ejemplos. La cuestión es que gastamos muchísimo dinero en eso y resulta que, después, no sabemos muy bien cómo manejarnos con el estrés, con la felicidad o con el trabajo. Claro, como acaba de comentar, cómo no va a influir en la situación anímica la situación laboral, una alimentación incorrecta o una vivienda no saludable para vivir. Resumiendo, lo importante es que fuéramos capaces de aunar la salud pública, la asistencia sanitaria en todas sus modalidades, la política y la investigación y, además y fundamental, medir, pero medir para mejorar, no para meternos el dedo en el ojo unos a otros, sino medir para corregirnos y mejorar. Desde luego, celebro que haya gente como vosotros, dedicándose a esta tarea, porque vivimos todos tan absortos en el día a día de la vida, que somos incapaces de poner las luces largas y no hay manera de arreglar esto y de mejorar. No vamos a buscar soluciones ideales que mejoren todo, pero sí intentar llevar un camino adecuado para llegar a ese estado que reflejabas en tu exposición, a lo que tú te has referido de mover esa campana de Gauss.

Termino diciendo que en el Grupo Socialista estamos muy agradecidos y que es una lástima, presidente, que esto no lo podamos hacer con más pausa, porque andamos todos a todo. Esta es otra cosa que habría que corregir en nuestro mundo del Parlamento.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.
Grupo Plurinacional SUMAR.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Muchísimas gracias.

Doctor Benach, es un placer y también un honor tenerle aquí en una comparecencia. Y poco más puedo decir, la verdad, porque muchos aprendimos muchísimo de todo vuestro trabajo y, de hecho, hoy ha sido un placer poder ver en una comparecencia la curva de Geoffrey Rose moviéndose hacia la derecha, porque es un referente en políticas poblacionales.

Ayer hicimos una intervención sobre salud mental, que seguramente le gustará escuchar por el tema de los factores determinantes, y había una reflexión sobre el modelo de determinantes. Una mujer joven, compartiendo piso, en una zona urbana; una esclava sofisticada, porque tiene varias carreras, tiene un máster, sabe varios idiomas, pero, al final, trabaja a ochenta y cinco paradas del lugar donde vive, tiene una nómina, que el 70% se la lleva el alquiler del piso y encima está viviendo en un modelo de sociedad hipercompetitiva desde que es muy cría, por tener las mejores notas y los mejores resultados, y tiene una serie de síntomas que la etiquetan como una enferma mental, cuando quizá la enferma no es ella, sino que la enferma es la sociedad que hemos construido.

Mi primera reflexión y pregunta tiene relación con eso. Esto lo comentó muy bien en su comparecencia la comisionada de Salud Mental: nuestras etiquetas del modelo biomédico, de hablar de malestares y ponerse etiquetas de enfermedad mental, cuando hay otras cosas detrás, teniendo en cuenta un poco esa reflexión de que somos cuerpos biológicos y que hay una confluencia de nuestra biología, nuestra genética, nuestra epigenética y los condicionantes sociales. Pero ese modelo también condiciona que a una enfermedad la llamen fibromialgia, porque parece que es un proceso biológico, cuando realmente igual hay algo mucho más fuerte detrás.

La otra reflexión y pregunta sería en relación con el tema de los consensos que ha comentado. Hay comisiones con cierta calma dentro de esta casa, y la de Sanidad es una comisión donde hay cierta calma y voluntad de alcanzar consensos y acuerdos, pero es verdad que también es complicado cuando las

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 194

23 de octubre de 2024

Pág. 14

propuestas que hoy se han comentado son dos propuestas clave, por ejemplo, para nuestro grupo parlamentario. Hay más, pero hay dos que son fundamentales para nosotros: vivienda y mejora de condiciones laborales. Pero ¿qué ocurre cuando no nos ponemos de acuerdo? Porque hay modelos políticos que plantean el bienestar solo para unas élites y hay otros modelos políticos que lo que plantean es el todo para todos, que los beneficios sean para las mayorías sociales. Esa dualidad también es compleja para que podamos llegar a alcanzar acuerdos.

Y una reflexión final. Yo vengo de salud pública y tengo la impresión de que, pese a que demos recomendaciones en los documentos de salud pública, nos cuesta todavía plantear medidas concretas. Podemos dar medidas sobre el trabajo, incluso sobre algunas cuestiones del trabajo, como la reducción de jornada, pero nos cuesta afinar cuáles tendrían que ser las medidas legislativas o ejecutivas concretas. Este ha sido un descubrimiento mío de este año en la parte parlamentaria, y es que, pese a que concretemos algunas cuestiones, no somos tan finos como cuando damos un tratamiento farmacológico, que damos concretamente la dosis del fármaco, la indicación, el nombre o la hora. Quizá esa sería una tarea de salud pública que habría que trabajar mejor con, precisamente, eso, con la parte más legislativa o ejecutiva. Es decir, se trata de plantear modificaciones legislativas concretas para alcanzar algunos resultados que buscamos en salud pública con este modelo.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.
El Grupo Parlamentario VOX, por favor.

La señora **DE MEER MÉNDEZ**: Muchas gracias, señor presidente.

Gracias al compareciente por su tiempo y por estar aquí esta tarde en el Congreso con nosotros para tratar un tema que todos consideramos muy relevante y, además, muy transversal en nuestra sociedad. Mi pregunta es muy sencilla. La salud mental está muy relacionada con la precariedad laboral. De hecho, esto es cierto, claro que lo creemos y sus datos, además, lo ilustran. Pues si la salud mental está tan relacionada con la precariedad laboral y la salud mental ha empeorado en los últimos años, ¿podemos concluir que también la precariedad laboral ha empeorado en los últimos años?

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.
El Grupo Parlamentario Popular, por favor.

El señor **CAVACASILLAS RODRÍGUEZ**: Muchas gracias, presidente.

Muchas gracias al señor Benach. Le agradecemos muchísimo su comparecencia, los datos con los que nos ha ilustrado en esta tarde, así como el envío del resumen del Informe PRESME a nuestros correos electrónicos, al que le echaremos un vistazo, aunque ya ha apuntado grandes líneas en su intervención.

Queremos plantearle una serie de cuestiones que consideramos relevantes, como la importancia de la investigación. Ya se ha hablado aquí de que es clave para poder avanzar y conseguir logros en un campo tan importante como la salud mental. En su opinión, ¿cuáles son las principales desigualdades en salud mental que ha podido observar en sus investigaciones?

En cuanto a salud laboral, nos gustaría saber cómo influyen las condiciones laborales en la salud mental de los trabajadores, así como aquellos cambios que se han podido incorporar recientemente en el mundo laboral, como pueden ser la digitalización o, incluso, el teletrabajo.

Una de las características que los pacientes presentan en sus cuadros de problemas de salud mental deriva también de los niveles de renta. Por eso, le queremos preguntar: ¿qué relación existe entre la pobreza y los trastornos mentales? Y, en este sentido, queremos saber cómo cree que puede mejorar la atención en salud mental para poblaciones vulnerables, que además se pueden observar en situaciones de precariedad laboral, como ha comentado en su comparecencia.

Por último, nos ha hablado de los requisitos para la elaboración de un plan integral, efectivo y equitativo de salud mental, pero, según sus investigaciones, ¿cuáles son las medidas que considera imprescindibles para abordar las desigualdades en salud mental en nuestro país?

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.
Doctor Benach, cuando quiera.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 194

23 de octubre de 2024

Pág. 15

El señor **DIRECTOR DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN SOBRE DESIGUALDADES EN SALUD, GREDS-EMCONET** (Benach de Rovira): Muchísimas gracias por todas las intervenciones, reflexiones y preguntas. Voy a intentar, de la manera que pueda, contestar a algunas de ellas o, en todo caso, haré algunas reflexiones que pueden ser de utilidad.

Yo soy médico, estudié Medicina, y después estudié salud pública, por tanto, no tomen para nada en un mal sentido cuando digo que el tema biomédico no es lo esencial. Cuando una persona tiene una enfermedad, un dolor, un sufrimiento, quiere ayuda, y esa ayuda, obviamente, muchas veces es una ayuda que puede ser técnica, farmacológica o lo que sea, pero otras muchas veces no es así. Pero es que, en cuanto a la salud mental, estamos ante un problema de salud pública que es un problema poblacional, lo cual no quiere decir que no haya grupos —como he comentado— que tienen unas condiciones mucho peores que otros y que, por tanto, han de ser objeto de una intervención especial; son las dos cosas a la vez.

A veces —y esto va por uno de los primeros comentarios— al intentar actuar ante la salud mental, nos encontramos en una situación como la que describía un salubrista hace muchos años, cuando decía: Esto es como un río. Nosotros vamos sacando del río a los que se van ahogando y en la cabecera del río van cayendo y van cayendo, con lo cual avanzamos muy poco. Por tanto, hay que hacer todo: hay que salvar a los que se están ahogando y hay que evitar que vayan cayendo muchos más en la cabecera del río, que es un poco lo que ocurre.

¿Por dónde ir? Les he dicho, y con toda la conciencia, la palabra integral y tener visión. No se trata de buscar la medida. Es un error pensar que una medida nos va a ayudar. Entiendo que, políticamente, en un momento dado, hay que ir a por una medida, luego otra y luego otra; estamos de acuerdo. Sin embargo, la idea tener un plan integral, a largo plazo y con consenso es un plan mucho más complejo, sistémico, porque el problema al que nos enfrentamos es un problema sistémico. En el Foro de Davos, hace un par de años, ya dijeron: tenemos una policrisis delante, y pusieron la salud mental también ahí. Por tanto, personas muy relevantes desde el punto de vista económico y de las grandes corporaciones, han puesto la salud mental ahí, porque se han dado cuenta de lo que está pasando y de que hay una cantidad de problemas que, al mismo tiempo, están incidiendo, están interaccionando. Por tanto, podemos tocar alguna cosa. En el Informe PRESME, si lo leen con atención —yo se lo recomiendo—, hay muchas propuestas, muchas conclusiones y muchas recomendaciones. Les pueden gustar más o les pueden gustar menos; algunas tocarán más o menos con sus visiones políticas o ideológicas, pero me parece que hay que empaparse de esa visión. Ese es un comentario que quería hacer.

Otro comentario que quería hacer es que podemos avanzar más rápido o más lento, pero hay que ir en la buena dirección. Es decir, no se puede solucionar en unos pocos meses ni en pocos años. No, en mi opinión, esto va a ser un esfuerzo de país muy importante, que debería durar muchos años. Por eso la idea del consenso, es que, si no, difícilmente se solucionará. Mi visión —coincido con lo decía Jordi Alonso— es que la situación muy probablemente va a empeorar porque los retos sociales, ecológicos, ambientales, tecnológicos que tenemos delante, son de tal magnitud que mucha población no va a poder hacer frente a este tipo de cosas desde un punto de vista psicológico y con condiciones materiales, muchas veces, muy difíciles de soportar.

Si uno tiene que decir qué hay que hacer, yo lo primero que diría es desprecariar; hay que desprecariar el trabajo y desprecariar la vivienda, y eso muchas veces requiere una incidencia pública mucho más importante. A mí me parece obvio, pero además podría traerles aquí un montón de datos y de información sobre este tema. Y desde luego también habría que aumentar los servicios sociales de protección; es de cajón, sin esto no vamos a ninguna parte. Por eso a veces la oposición que hay —que yo puedo entender la cuestión ideológica ante determinada política porque hay que desgastar al contrario y demás— me parece totalmente inadecuada. Y si hemos de avanzar como país realmente creo que hay que dar un paso adelante un poco transversal —tanto como se pueda, ya sé que siempre va a haber diferencias y todo lo que ustedes quieran— políticamente hablando. Por tanto, avanzar en la buena dirección, vayamos más rápido o vayamos más lento.

Un elemento que no he tocado pero que me parece que también es pedagógico para entender, porque liga con algunas de las cuestiones que también salen, es que cuando yo digo que esto es biopsicosocial lo digo porque en salud pública sabemos bien que lo social se te mete en el cuerpo. Esto puede parecer muy raro. Hay algún autor que decía: Yo tengo un hígado que está relacionado con el desempleo. Es obvio, los desempleados padecen muchos problemas de salud mental, duermen peor, toman más pastillas, toman más alcohol, va a ser más fácil que sean alcohólicos. Por lo tanto, los elementos sociales,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 194

23 de octubre de 2024

Pág. 16

familiares, de la comunidad, de los barrios, se nos van metiendo en nuestro cuerpo y se expresan en forma de enfermedad, en forma de mortalidad, en forma de salud mental y en forma de malestares. No nos olvidemos —creo que algún compareciente lo ha dicho antes—, esto es un iceberg inmenso: tenemos la ansiedad, la depresión y las fobias, y tenemos un montón de malestar social que no sabemos entender ni medir bien. Por eso, la investigación me parece esencial, es uno de los elementos esenciales porque necesitamos comprender mucho mejor qué está pasando con esos determinantes sociales de la salud que no pueden separarse tan fácilmente. Fíjense ustedes, si una persona está con un nivel de precariedad muy alto, que quiere decir que trabaja al día, que tiene muy pocas horas para descansar, que llega hasta el límite de la jornada, que le falta energía, que tiene un salario muy bajo, que llega a casa y a lo mejor tiene tres críos y a lo mejor no sé qué... ¿Qué pasa con la vivienda? Pues todo está enganchado, se engancha la precariedad laboral con la precariedad habitacional, con precariedad social y con muchas otras cosas. ¿Esto lo hace muy complejo? Sí, pero es que es así de complejo. Luego ustedes me dicen: Pero simplifiquemos. Sí, se puede simplificar, pero —como decía el señor Einstein en algún momento— se puede simplificar, pero no sobresimplificar porque si sobresimplificamos no entendemos y, si no entendemos, la política no va a ser efectiva. Entonces, yo espero —y ahí tienen una tarea muy importante— que, de todas las comparecencias que están recibiendo, puedan hacer realmente una síntesis adecuada. Pero no es fácil, no es nada fácil. En mi opinión, si no salen algunos de los elementos que estamos repitiendo muchas personas, no vamos a ir muy lejos.

Más o menos he contestado a sus preguntas. Bueno..., ahora al final usted me pregunta por temas muy complicados como el de la digitalización. La digitalización es una bendición y es una catástrofe. Lo vemos con los adolescentes y el uso de los móviles, o sea, uno tiene una capacidad tremenda de entrar. Yo me he pasado millones de horas en las bibliotecas, haciendo fotocopias, mirando libros y mirando cosas, y ahora les digo a mis estudiantes toca un clic, entras Internet y ya lo tienes, pero claro tienes que saber qué buscas y tienes que saber leer bien. Leer bien es muy difícil. La gente cree que lo hace bien, pero leer bien es muy difícil, tienes que saber lo que hay y lo que no hay, tienes que saber leer críticamente las cosas. En mi opinión, necesitamos una democratización de las tecnologías y de cómo usar la inteligencia artificial, porque hay personas en ese campo que te dicen que están asustadas. Por tanto, en ese sentido, me parece que hay que hacer una reflexión muy importante, y probablemente merecería, si no la hay, una comisión o una subcomisión de análisis de este tipo de cuestiones.

También me preguntaba por el teletrabajo. El teletrabajo tiene elementos positivos y tiene elementos negativos. Somos seres sociales, trabajamos en comunidad, nos gusta mirar a los demás y hablar y distraernos y cooperar. El teletrabajo es una oportunidad para trabajar desde casa, pero también tiene muchos efectos secundarios, muchas cuestiones negativas. La pandemia también nos lo ha mostrado, esperemos que no, pero puede volver otra pandemia en cualquier momento. Es así de complejo el mundo que vivimos.

No sé si me dejo cosas, seguramente alguna. Aparte de contestar las preguntas, he tratado de darles un poco de panorama complementario, de mi opinión sobre el asunto.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, doctor Benach, por estar aquí con nosotros y por su contribución, que recogemos.

— DE LA SEÑORA PARRAMÓN PUIG, PSIQUIATRA Y MIEMBRO DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN DE LA EUTANASIA EN CATALUÑA. POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000161).

El señor **PRESIDENTE**: La siguiente compareciente es doña Gemma Parramón Puig, psiquiatra y miembro de la Comisión de Garantía y Evaluación de la Eutanasia en Cataluña.

La señora **PARRAMÓN PUIG** (psiquiatra y miembro de la Comisión de Garantía y Evaluación de la Eutanasia en Cataluña): Buenas tardes o ya casi buenas noches.

Muchas gracias por invitarme. **(Apoya su intervención en una presentación digital)**. Me han ido muy bien las presentaciones que se han realizado. Bueno, no sé si me han ido bien o si me han complicado mi presentación porque yo les vengo a hablar de la prestación de ayuda para morir en salud mental.

Como me han presentado, soy Gemma Parramón Puig. Trabajo en el Hospital de La Vall d'Hebrón y soy psiquiatra de enlace. Un psiquiatra de enlace es aquel psiquiatra que trata a las personas que tienen una enfermedad mental y que también pueden tener otro tipo de enfermedades, estoy muy especializada

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 194

23 de octubre de 2024

Pág. 17

en temas de salud mental de la mujer, en salud mental perinatal, por lo que estoy al inicio y al final. Aquí vengo porque soy miembro de la comisión de garantía y evaluación de Cataluña, que es quien verifica que el procedimiento de solicitudes se ha hecho según marca la ley.

Lo primero que tenemos que tener en cuenta es que la LORE, la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia, no excluye a las personas que tienen un problema de salud mental para que puedan solicitar la prestación. Esto es muy importante que lo tengamos en cuenta y no tiene que ser un tema ideológico, porque las personas que tienen un problema de salud mental históricamente han estado discriminadas, excluidas, estigmatizadas, sin embargo, gozan de los mismos derechos y también de los mismos deberes que todos los ciudadanos, y esto es importante que lo tengamos en cuenta, porque si no caeremos otra vez en la exclusión.

Yo veo a personas con trastorno mental grave, no tanto con malestar emocional, y realmente estas personas siguen siendo excluidas. Esto no puede seguir ocurriendo. Sí que es cierto que probablemente cuando hablamos de la prestación de ayuda para morir, tendremos que tener en cuenta algunas especificidades en este tipo de población, tendremos que adaptarnos a sus necesidades y a sus características. No son ellos los que tienen que adaptarse a nosotros, sino que son el sistema y los profesionales y las profesionales que les atendemos y hacemos este tipo de evaluación los que debemos adaptarnos a sus características.

Cuando hablamos de trastorno mental nos referimos a aquellos síndromes, al conjunto de síntomas que afectan a la cognición, a la emoción, a la conducta y que suponen una limitación muy importante para la vida de las personas. Y aquí hay un *continuum*, desde poca limitación a tanta limitación que te hace totalmente dependiente de otras personas y te resta total autonomía.

¿Qué no es un trastorno mental? A veces poner el límite es difícil. Mis compañeros han hablado de malestar emocional; el malestar emocional evidentemente no es un trastorno mental, por lo tanto, todos aquellos síndromes o síntomas psicológicos que ha salido en la sentencia del Tribunal Constitucional en el recurso de inconstitucionalidad de la PRAM, evidentemente no son un trastorno mental que reúna un contexto eutanásico. Pueden hacer la solicitud, claro que sí, pero es importante valorar todas estas características que harán que se cumpla o no se cumpla el contexto eutanásico. Hablamos de personas que tienen problemas de salud mental, o una edad avanzada, o padecen soledad, o no sufren la precariedad laboral de la que se hablaba antes.

Quiero señalar que los datos que tenemos, por lo menos en Cataluña, nos indican que las personas que solicitan la PRAM tienen niveles socioeconómicos y educacionales mucho más altos que la población general. Esto es algo que llama la atención y también nos hace pensar que a más instrucción, a más educación, más información sobre qué derechos puede uno solicitar. Esto es importante.

Evidentemente el duelo. También hay un grupo de personas que llamamos cansados y cansadas de vivir, que esto en los Países Bajos —que nos llevan mucha ventaja en temas de eutanasia— también ha abierto mucho debate. Evidentemente, no es un contexto eutanásico. ¿Y que tenemos en los otros países? Esto es muy chiquitito, pero supongo que pueden acceder a la presentación, se lo digo porque hay enlaces de todas las legislaciones que hay en el mundo sobre eutanasia. En esta línea... No ven el puntero, pero hay una línea que indica cuáles de estas legislaciones incluyen el trastorno mental. Todas excepto un par: Colombia, que tiene una legislación bastante diferente, y Australia, pero todas las otras incluyen la salud mental y también ahí estas especificidades se han adaptado también al trastorno mental, muy diferente a un proceso oncológico, por ejemplo.

Datos. ¿Quién solicita esta ayuda para morir? En nuestro país —saben que la ley empezó a aplicarse en junio de 2021—, aún no tenemos muchos datos y los que tenemos son datos de población general, por lo que no podemos llegar a conclusiones sobre qué trastorno mental es más frecuente o menos frecuente. Pero, sin demasiados estudios, ya podemos intuir que las personas con el trastorno mental más frecuente son el que va a solicitar más PRAM y las que también van a acabar teniendo la prestación, y son los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad, pero también los trastornos del neurodesarrollo como los trastornos del espectro autista.

Estos son datos de los Países Bajos. Nuestra ley es distinta porque es garantista, porque tenemos estas comisiones que verifican que todo esto se ha hecho según nuestra norma. En los Países Bajos hay clínicas de eutanasia, o sea, hay una especialización, hay médicos que se dedican en exclusiva prácticamente a esto; es decir, es muy diferente, no nos podemos comparar. Probablemente nuestra ley es más similar a la canadiense.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 194

23 de octubre de 2024

Pág. 18

¿De qué hablamos cuando hablamos de contexto eutanásico en salud mental? En salud mental nos podemos encontrar con distintos escenarios, principalmente son tres. Tener una persona que solo tenga problemas de salud mental es muy poco habitual, las personas no somos contenedores estancos de enfermedades y la misma enfermedad se interrelaciona. Por ejemplo, ya sabemos que la esquizofrenia es una enfermedad sistémica y que las personas con esquizofrenia tienen más probabilidad de tener diabetes, tienen más problemas de síndrome metabólico, y eso mismo sucede con otras enfermedades si hablamos de trastorno mental grave. Una comorbilidad sería una persona con una esquizofrenia que además pueda tener un proceso oncológico; son dos enfermedades muy diferentes, pero que una puede complicar la otra. Tenemos que valorar, si en este caso la esquizofrenia puede poner en duda la capacidad de hecho de esta persona para tomar esa decisión. Cuando el trastorno mental es secundario a la enfermedad que hace que la persona solicite la PRAM, también tenemos que mirar si esto puede estar dificultando o interfiriendo en la solicitud. Y cuando hay una enfermedad psiquiátrica —que sería el escenario que nos ocupa— es importante valorar principalmente el contexto eutanásico, esto es lo que la ley nos dice en los dos supuestos. Probablemente una enfermedad mental nunca entrará en el supuesto de una enfermedad grave e incurable, que tenga un pronóstico de vida limitado. Sin embargo, sí que tenemos enfermedades de conducta alimentaria muy graves y muy crónicas con un pronóstico de vida limitado. Podría entrar en este supuesto, pero la mayoría entran en el supuesto de sufrimiento grave crónico e imposibilitante.

Y en estos casos, ¿qué es lo que debemos tener en cuenta? Las limitaciones, lo que antes he comentado del trastorno mental. Consideramos un trastorno mental cuando hay una limitación, pero ¿cuándo va a cumplir un contexto eutanásico? Cuando esta limitación pone en riesgo la autonomía y esa persona necesita de otras personas para seguir viviendo.

También otra característica que tenemos que valorar es el sufrimiento, en este caso psíquico, que sea constante e intolerable para quien la sufre. La única persona que nos puede decir si esto es así es la persona que sufre. No podemos valorar el sufrimiento de otras personas. Borges decía: El dolor más intenso es el mío, el de al lado siempre se queja de vicio. Pues con esto pasa igual, el sufrimiento psíquico es uno mismo quien lo puede valorar.

Supuestos sin posibilidad de curación o mejora apreciable. ¿Hablamos de curación en enfermedades mentales? Como en la mayoría de las enfermedades, no curamos; curamos las infecciones, curamos algunas enfermedades o algunos trastornos con cirugía, pero el resto de las enfermedades no las curamos, las mantenemos crónicas y con una mejor calidad de vida. Y esto es importante tenerlo en cuenta porque muchas veces hablamos de la salud mental y de la psiquiatría como si fuera muy diferente de la medicina, pero no es así.

Algo importante es que también hablamos de este sufrimiento grave y crónico. ¿Qué es crónico en psiquiatría? En psiquiatría consideramos crónica aquella enfermedad, aquella situación o aquel estado que dura más de dos años, no es como en el resto de las enfermedades. Y para ser congruentes con la definición de cronicidad en psiquiatría también debemos tener en cuenta esta definición cuando hablamos de contexto eutanásico en salud mental.

Probablemente lo más complicado que vamos a tener —y supongo que ya pueden ir intuyendo el porqué— es el poder evaluar la mejora-curación de la enfermedad psiquiátrica. La curación ya digo que no la vamos a conseguir. La mejora se evalúa a lo largo del proceso deliberativo que se hace; hay una primera solicitud de la persona que solicita la PRAM y, entre esta y la segunda, el médico responsable tiene que hacer este proceso deliberativo que es muy similar a la toma de decisiones compartidas. Se evalúan los tratamientos que se han hecho y los tratamientos que se pueden hacer, no solo estamos hablando de tratamientos biológicos, fármacos u otro tipo de intervención, estamos hablando también de tratamientos psicológicos y también prescripción social. Todas estas áreas las tenemos que evaluar cuando hacemos el proceso deliberativo.

Existen tratamientos psicológicos de muchos modelos diferentes. Se ha hablado mucho de la evidencia científica, sin embargo, en psicología hay muy poca evidencia científica, es decir, estamos ofertando tratamientos que no han demostrado ser eficaces. Muchos de ellos tampoco han demostrado lo contrario. Pero ¿nosotros compraríamos algún tipo de tecnología o de electrodoméstico incluso que no estuviera demostrado que realmente hace lo que nos dicen que hace? Pues estamos comprando tratamientos psicológicos que no han demostrado que estén haciendo lo que dicen que hacen. Por ello aquí ya tenemos una primera dificultad, hay muy poca evidencia científica en psicología. Tenemos un

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 194

23 de octubre de 2024

Pág. 19

poquito más cuando hablamos de fármacos, hay más estudios, pero también son estudios que a veces pueden tener sus limitaciones.

Y luego está la cuestión del acceso, de la falta de profesionales y de que no en todas las áreas se puede acceder a los mismos tratamientos. Por ejemplo, si hablamos de la esketamina —un tratamiento que puede ayudar a un número muy pequeño de personas que padecen trastornos depresivos muy graves que suponen una limitación tal que no pueden conservar una autonomía mínima que les permita vivir— hay zonas en España que aún no tienen acceso a este fármaco, cuando es un fármaco que está en el mercado. La terapia hidroconvulsiva está accesible en todos los sitios, pero no la estimulación magnética transcraneal y menos la estimulación cerebral profunda. Esto implica insertar electrodos en las áreas del cerebro y se ha visto que puede ser eficaz en algún tipo de trastornos muy muy muy graves, aunque con limitaciones. Pero ¿aplicando estos tratamientos vamos a conseguir una mejora relevante como para que aquella persona recupere su autonomía en un plazo razonable? Porque estamos hablando de tratamientos que ya están en algunos países, pero que a lo mejor no van a llegar aquí hasta dentro de diez años y cuando lleguen aun será con algunas limitaciones. Fíjense en la carga que eso implica para aquella persona que a lo mejor puede ser un buen candidato para una estimulación cerebral profunda, pero en ningún momento ha pensado que la neurocirugía pueda ser una opción.

Otra cuestión muy importante es el respeto a la voluntad de la persona. La libertad de las personas prevalece sobre la obligación de hacer un tratamiento, al final, son ellas quienes van a elegir. Pero si hay un tratamiento que puede implicar la curación o la mejora apreciable de la que estamos hablando ya tampoco reúne el contexto eutanásico y por tanto no podría acceder.

Cuando valoramos la capacidad, un error clásico es considerar inmadura o incapaz a toda persona que tiene un sistema de valores diferente al nuestro. Siempre descalificamos de muy diferente manera —incluso presuponiendo una enfermedad mental— a las personas que piensan diferente que nosotros. Por eso he empezado diciendo que esto no se trata de ideología ni tampoco de opinión, se trata de hechos que debemos objetivar y debemos tener todas estas herramientas para poderlos objetivar. La capacidad —aunque aquella persona proponga algún tipo de solución que esté en las antípodas de lo que nosotros podamos pensar— debemos valorarla de una forma objetiva. Sabemos que la capacidad de hecho es diferente a la capacidad jurídica, es decir, una persona puede no tener capacidad jurídica y tener capacidad de hecho. La capacidad de hecho es aquella que nos permite entender qué enfermedad tenemos, poder razonar, poder conocer las consecuencias que va a tener nuestra decisión y nos permite también expresar nuestra decisión. Si la capacidad de hecho está preservada, evidentemente aquella persona puede elegir.

Conclusiones y recomendaciones. Es importante no excluir la enfermedad mental de este proceso; la LORE no la excluye. En consecuencia, debemos dar todas aquellas herramientas necesarias para que puedan continuar solicitándola, pero va a ser muy difícil establecer un protocolo muy específico porque tendremos que ir caso por caso. Cuando intentamos imaginarnos escenarios y llegar a soluciones nos perdemos, es muy complicado. Cuando analizamos caso por caso es mucho más sencillo. Necesitamos estas herramientas para valorar todas estas especificidades o características particulares que tendrá aquella persona con un problema de salud mental.

Esto es todo lo que quería explicarles.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.
Vamos a empezar con el turno de los grupos.
El Grupo Euskal Herria Bildu es el primero.

El señor **RUIZ DE PINEDO UNDIANO**: Muchas gracias, doctora.

La verdad es que esta intervención da para mucho, porque estamos hablando solo en el caso de la eutanasia, pero esto nos lleva a toda la reflexión de la capacidad de decisión que tienen las personas enfermas.

Hay también un tema con el que estamos totalmente de acuerdo, el de la evaluación, porque estamos hablando del extremo de la vida y del extremo de las decisiones, el extremo de la decisión de la vida o no vida, de morir voluntariamente. Pero hasta llegar a eso hay toda una cadena de decisiones, y una de ellas es —y yo creo que estamos de acuerdo— es cómo hacer que la persona enferma gestione su enfermedad. En los diferentes estadios o diferentes gravedades —desde el malestar psicológico hasta la enfermedad aguda—, una de las cuestiones que tenemos que planificar y consensuar sobre la salud mental es cómo darle a la persona enferma instrumentos y apoyos, pero de manera que se sienta protagonista de su vida.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 194

23 de octubre de 2024

Pág. 20

Y en este caso la eutanasia es un elemento importante porque el que uno se sienta dueño de decidir si quiere vivir o no vivir es algo que muchas veces te hace agarrarte a la vida. Yo suelo decir que en el momento que a una persona que está enferma y que está sufriendo le dices: Tú decides, en ese momento casi todo el mundo decide agarrarse a la vida, vives porque tú quieres y luchas contra el dolor, porque es tu decisión. Y también en la enfermedad mental, el sentirse protagonista hasta donde se puede por lo menos, el saber cuándo estas entrando en una crisis, saber que puedes pedir ayuda, yo creo que es importante en la enfermedad mental. El caso de la eutanasia nos trae la realidad cruda en ese sentido.

No tengo la respuesta para solucionarlo todo, cómo dar esos instrumentos, pero yo creo que por ahí tendríamos que trabajar.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

El Grupo Republicano, por favor. **(Pausa)**. No hay intervención.

El Grupo Plurinacional SUMAR.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Buenas tardes.

Muchísimas gracias, doctora, por la intervención.

Como decían, yo creo que hace falta un poquito más de tiempo y más reflexión sobre todo lo planteado.

Me he quedado alguna duda con el concepto de capacidad de hecho. Me gustaría que lo desarrollara un poco mejor porque me quedó alguna duda con el concepto.

Y la siguiente pregunta, desde el punto de vista de necesidades y retos que tenemos a corto y medio plazo en relación con la exposición, qué retos y necesidades tenemos y también cuál puede ser nuestro papel como parlamentarios en ese sentido.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

El Grupo Parlamentario VOX.

La señora **DE MEER MÉNDEZ**: Muchas gracias, señor presidente.

Yo la verdad es que, aunque le agradezco su tiempo y que haya venido aquí esta tarde, no tengo ninguna pregunta. Solo quiero dejar constancia de que en nuestro partido volveríamos a votar con las dos manos en contra de la ley de la eutanasia, de la prestación de ayuda a morir, y fundamentalmente para las personas con trastornos mentales.

La dignidad humana es nuestro vértice y nos horroriza que hayamos llegado a un punto en que normalicemos que, en lugar de ayudar a solucionar los problemas de la gente, solucionemos a la gente básicamente. Sencillamente nos parece aberrante.

Muchísimas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **SAINZ MARTÍN**: Muchísimas gracias.

En primer lugar, quiero agradecerle enormemente la exposición, porque además toca una de las partes quizá más complicada a la hora de la evaluación, no solamente de la petición, sino de la evaluación y del proceso ante la demanda. A través de mi experiencia de cuarenta años de actividad como médica clínica en un hospital terciario y por haber estado de participante durante veinte años en el Comité de Ética Asistencial, puedo decir que afortunadamente hemos evolucionado muchísimo en nuestro país y, precisamente, desde la Ley de Autonomía del Paciente se ha avanzado enormemente desde el año 2002. Esto lo pudo poner en marcha la ministra, doña Ana Pastor, por lo que, a continuación, en las universidades y en la formación médica se aceptó el tema del consentimiento informado. Ha nombrado muy bien al profesor Diego Gracia, alumno predilecto del profesor Laín Entralgo, del cual yo he sido discípula, lo cual para mí ha sido un gran honor en mi trayectoria profesional. Es cierto que la parte de las enfermedades mentales, en relación con el tema de la eutanasia, que es un derecho que hemos aceptado y consensuado en nuestro país, como en otros muchos países del mundo, sí me gustaría saber en su experiencia las facilidades o dificultades, desde el ámbito multiprofesional, desde su servicio, en relación con esa posible demanda, sabiendo que en nuestro país hay un porcentaje de potenciales pacientes que pudieran solicitarlo. Sabemos que, desde la parte biológica, es mucho más fácil y comprensible la situación de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 194

23 de octubre de 2024

Pág. 21

enfermedad grave, que no tiene diagnóstico, porque el diagnóstico es mortalidad sin ninguna posibilidad de retroceso, no ya la cronicidad, sino que se trabaja enormemente en la parte biológica de la persona, pero también en la dignidad humana de la persona. Efectivamente, sobre el tema mental, desde el momento en que es solicitado el procedimiento, con la demanda del médico que atiende a ese paciente más la opinión del médico responsable que tiene que hacerle los test, cuál es su experiencia y qué dificultades hay en el entorno profesional.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.
Ahora es el turno Grupo Parlamentario Popular.

La señora **NAVARRO LACOPA**: Muchas gracias.

Bienvenida a esta comisión, doctora Parramón. La verdad es que pensábamos encaminar su comparecencia más hacia su especialidad, hacia la asistencia psiquiátrica y al contexto que tiene en relación con el género, que han sido también sus estudios, pero este es un tema muy interesante. He sido ponente de la ley de eutanasia aquí en el Congreso, que fue un debate en el que todos los grupos políticos pusimos mucho de nuestra parte y en el que votamos muy en conciencia y este ha sido el resultado. A la vista de su intervención hoy aquí me surgen dudas que me han llevado a hacer una pequeña reflexión. Primero, porque ha dicho que aquellos que se encuentran en un contexto eutanásico y que se acercan a esta posibilidad tienen niveles económicos más altos y además tienen una mayor formación cultural. No sé si este es el momento o no de hacernos la pregunta, pero por su especialidad médica, a mayor nivel cultural y a mayor nivel económico hay menos resiliencia al sufrimiento, por tanto, ¿si habría ahí alguna posibilidad de equilibrar una cosa con la otra? Quizá también el número de personas que se encuentran hoy en este contexto eutanásico y que quieren acceder a este derecho que fue reconocido en una ley, que democráticamente se votó en este Parlamento, si no necesitan una buena red de cuidados paliativos, que todavía hoy no existen, para que tengan plena accesibilidad en cualquier rincón del territorio de España, que estén desarrollados y garantizados en una ley y que ese sea el marco normativo que, a lo mejor, les permita disuadirles de otra opción que se ve muy atractiva, muy fácil, con derecho consolidado y con una puerta que casi te la tienen abierta y con una alfombra roja. Después de formar parte de esta comisión de evaluación, insisto, cuál es su posición respecto a una ley de cuidados paliativos y a la necesidad de reforzar los cuidados paliativos previos que, a lo mejor, eliminarían otras situaciones y considerar el contexto eutanásico. Esto va relacionado con otra pregunta que le quería hacer, se atiende a los enfermos de salud mental, que tienen todos los derechos, por supuesto, éste también —y mi grupo parlamentario está a favor de los derechos de las personas con enfermedad mental y que sufren, por supuesto—, pero ¿qué hay de la atención a quien se encuentra en un contexto eutanásico? ¿Se les da también el apoyo necesario desde la especialidad psiquiátrica sin que esto suponga una estigmatización? Porque no creo que nadie que se encuentre en un contexto eutanásico y a la puerta de acceso a un derecho, como si lo fuese, no se encuentre en una situación de sufrimiento o de apoyo que, desde la especialidad médica de aquellos que conocen ese contexto, a mí sí que me gustaría saber cómo se les ayuda a esas otras personas o cuál es la intervención de los médicos especialistas en esta materia. Igual que me gustaría también preguntarle sobre esta doble petición que hay en el propio proceso: se pide, en el medio se hace una evaluación, pasan unos días y luego se reitera la petición, ¿qué porcentaje está desistiendo, al menos, en la comisión en la que usted participa?

Por último, quería decirle la importancia de la determinación de la capacidad y una cosa fundamental, a la que también ha hecho referencia la portavoz del Grupo Socialista, sobre todo para los enfermos mentales, pero, en general, para cualquier persona que se encuentre en este contexto eutanásico, que es la importancia del testamento vital. Si usted es partidaria de reforzar el testamento vital, sobre todo ante la perspectiva del deterioro de su capacidad para decidir en el futuro y si a las personas con trastorno mental o con enfermedad mental, cuando son diagnosticadas, se les puede prever el tiempo de deterioro cognitivo que pueda determinar su capacidad evolutiva.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.
Tiene la fácil tarea de contestar a todo esto.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 194

23 de octubre de 2024

Pág. 22

La señora **PARRAMÓN PUIG** (psiquiatra y miembro de la Comisión de Garantía y Evaluación de la Eutanasia en Cataluña): Necesito mucho más tiempo del que supongo que tengo, pero intentaré sintetizar mucho.

Primero, qué herramientas tenemos que dar a los pacientes para que puedan gestionar su enfermedad mental. Esto supondría hacer un plan de salud mental, creo que en Cataluña tenemos un modelo escalonado de atención a la salud mental, que probablemente no es el mejor, pero es un modelo que nos ayuda a que se atienda a todo el mundo, pero según el nivel de gravedad. El trastorno mental grave tiene que ser tratado en los Centros de Salud Mental y el malestar emocional no debe llegar a los Centros de Salud Mental. De esta manera probablemente podremos atender mucho mejor a las personas, porque estamos hablando de personas que tienen trastornos mentales graves y, probablemente, si los profesionales pudieran dedicarse en exclusiva a este tipo de trastorno podrían gestionar mucho mejor su enfermedad, porque, evidentemente, cuando hablamos de salud mental y de un modelo biopsicosocial, desde que soy psiquiatra — desde mi residencia, ya hace unos veinte años que lo estamos tratando—, un 50% de mis pacientes toman fármacos. También me dedico mucho a la salud mental perinatal, con lo cual les doy otras herramientas también para poder gestionar sus enfermedades. Esto necesita tiempo y especialización y plantear la atención a la salud mental desde niveles menos leves, incluso en la comunidad, hasta niveles graves en los Centros de Salud Mental. Podríamos estar hablando mucho rato, pero ya digo que intentaré sintetizar.

Me ha preguntado por la capacidad de hecho o competencia, esto es lo que permite a la persona ser consciente de lo que está sufriendo, de la enfermedad que tiene y de las consecuencias que va a tener según las decisiones que tome. Por ejemplo, en una hipertensión arterial, que es más fácil, hay que entender que una hipertensión arterial puede producir accidentes cerebrovasculares si no realiza el tratamiento adecuado, por lo que hay que conocer todos los tratamientos que puede realizar y tomar una decisión: sí, voy a tomar antihipertensivos. Si aquella persona no sabe lo que es una hipertensión arterial y no sabe las consecuencias que tiene el no tratarse esa enfermedad, pues es difícil que pueda tomar decisiones que le sean favorables. ¿Qué es lo que le permite tomar estas decisiones? Entender lo que le estamos explicando, por eso la capacidad intelectual es importante aquí y la educación también, lo que sabe aquella persona. Si aquella persona en ese momento tiene una idea obsesiva, que es una idea absurda, y que hace que no pueda llevar una dieta sin sal, por ejemplo, va a poner también en duda su capacidad de hecho. Esto es lo que tenemos que valorar caso por caso. Por eso he comentado que es muy difícil generalizar, porque hay que valorar caso por caso, porque una persona que tenga una afasia cómo va a expresar su elección. Hay una serie de síntomas que nos van a dificultar mantener preservada esa capacidad de hecho o competencia. También hay escalas, pero el Gold Standard siempre supone la evaluación de un clínico.

A mí me gusta mucho participar en grupos donde haya personas que piensan de forma muy distinta, porque creo que así crecemos y así nos hacemos preguntas, por lo que agradezco también el comentario del Grupo VOX.

Respecto a mi experiencia sobre las facilidades y dificultades de las demandas, hay mucha pseudoobjeción. Hay comunidades autónomas que son igual o incluso más pobladas que Cataluña que tienen una centésima parte de las solicitudes que, por ejemplo, hay en Cataluña. Probablemente hay mucha ideología en todo esto. Estas pseudoobjeciones dificultan que aquella persona que solicite la prestación pueda obtenerla. Si el médico responsable no inicia el procedimiento, allí se queda. La tendencia que tenemos a infantilizar o a quitar credibilidad a los pacientes con enfermedades mentales hace muchas veces que no puedan acceder, porque no se tiene en cuenta lo que está solicitando. Creo que las pseudoobjeciones son una dificultad y una limitación muy importante.

En cuanto a las clínicas privadas, hay personas en nuestro país que nunca han hecho ningún tipo de tratamiento ni de intervención en la sanidad pública, siempre han estado en las clínicas privadas, y cuando llega el momento derivan a la sanidad pública con la dificultad que tenemos luego para acceder a informes, a información, etcétera. En Cataluña —y creo que en el resto de España—, hay muchas instituciones religiosas que son las proveedoras de los servicios de salud mental, por lo que las personas que se visitan allí no van a poder acceder o acceden con más dificultad. Muchas veces el médico responsable es el médico de familia, con lo cual el médico de familia, como la mayoría son del ICS, del Instituto Catalán de Salud, no hay problemas. Pero cuando es el psiquiatra y están en una institución religiosa, esto también supone una limitación para poder acceder.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 194

23 de octubre de 2024

Pág. 23

Respecto a las facilidades, en cada región tenemos referentes. Cuando el profesional se encuentra en esta situación que, a lo mejor, se encuentra una vez en la vida, cuando hacemos una cosa en la vida como profesionales nos es difícil, pero si tenemos ese apoyo o ese referente que nos guía es más fácil poder seguir con el procedimiento.

Hablando de lo que he comentado del nivel educativo y la resiliencia, en personas con problemas de salud mental, sabemos que el nivel educacional, aunque han hablado mucho de la precariedad laboral, pero hay estudios que he hecho recientemente que correlacionan mucho más el nivel educacional con la salud mental que no la precariedad laboral, o sea, que tenemos que invertir en educación. ¿Quiénes son las personas que probablemente tienen niveles educativos más bajos? Las mujeres. ¿Por qué tienen más problemas de salud mental? Aquí hay una brecha importante que debemos considerar. Estas personas que solicitaron la PRAM y a las que realmente luego se les realizó la prestación, probablemente tenían una buena resiliencia, pero tenían trastornos mentales súper graves. Los que he valorado, por lo que me siento privilegiada de ser miembro de la comisión y de poder hablar con estas personas, porque realmente es un sufrimiento el que tienen. Podría dar ejemplos, de estar tres años tumbada en un sofá y no poderse levantar y que con una edad de 50 años. Estoy hablando de este tipo de trastornos. Cuando lo miras desde lejos y desde fuera te haces una imagen que no tiene nada que ver con la realidad. Son pacientes realmente muy muy graves, por lo que, aunque tuvieran todos los recursos del mundo, no podríamos solucionar la situación en la que están. Esto es lo que he aprendido estando en la comisión y por eso lo agradezco, porque es muy digno poder terminar con vidas que son indignas. Ya digo, los que yo he visto ni con todos los recursos del mundo hubieran podido sobrellevar su enfermedad, después de tres años de no moverte de un sofá difícilmente vas a poder recuperar nada.

En cuanto a la red de paliativos, en Cataluña tenemos una muy buena red de paliativos y justamente en la zona donde más se solicitan hay una muy buena red de paliativos y la gente está muy satisfecha y lo valora muy positivamente. Probablemente se puede mejorar, pero no estoy segura de que mejorándola en zonas donde no está como debería de estar pudiéramos conseguir que se tuvieran menos solicitudes. Porque, a veces, lo solicitan justamente los servicios de paliativos. Muchas veces el médico responsable es el médico de paliativos que es el que ha estado haciendo el seguimiento con aquella persona. Otra cosa es en el caso de problemas de salud mental, porque hay algunos casos, como la paciente más grave que yo vi que tenía un problema de salud mental y enfermedades derivadas de ese problema de salud mental y tenía paliativos con asistencia en el domicilio, pero muchos otros no cumplen los criterios y tienen un entorno que sí que les ayuda, porque no tienen esta limitación y esta falta de autonomía.

También me preguntaba cuántas personas se desestiman una vez se ha dictado un informe favorable. No lo podría decir. El problema es que tenemos datos, pero son muy pocos. Al final sacar conclusiones con ratios tan pequeñas es muy difícil. Además, llevamos tres años lo que tampoco es un largo recorrido. En grupos de otros países está en torno al 30% y creo que también es, más o menos, el porcentaje que tenemos aquí. No es que se desestimen es que lo pagan. Lo pagan y luego pueden volver a solicitarlo al cabo de tres meses.

Otro aspecto es lo del testamento vital, que es básico, todo el mundo debería tener el documento de voluntades anticipadas, todo el mundo. No solo cuando hablamos de salud mental, porque no solo se trata del testamento vital, sino que también deberían de tener el documento de decisiones compartidas, que ya no va ligado tanto a la eutanasia, porque esto facilitaría mucho el trabajo a los profesionales evidentemente, pero también sería una satisfacción para la persona el poder elegir qué es lo que quiero cuando esté en crisis, dónde quiero ingresar o qué tratamientos quiero que se me administren. El documento de decisiones compartidas es importantísimo y el documento de voluntades anticipadas es básico. Porque muchas veces cuando llegamos al contexto eutanásico ya no mantenemos esa capacidad de hecho que nos permita elegir, con lo cual debería potenciarse.

Y creo que más o menos podemos concluir.

La señora **NAVARRO LACOBIA**: Una última pregunta, no ha hablado del apoyo a los que no tienen enfermedad mental.

La señora **PARRAMÓN PUIG** (psiquiatra y miembro de la Comisión de Garantía y Evaluación de la Eutanasia en Cataluña): ¿A los que no tienen, o sea, a las familias?

La señora **NAVARRO LACOBIA**: No, a aquellas personas que están en un contexto eutanásico, que lo solicitan, y cómo incide su especialidad, la psiquiatría, vamos a decirlo así...

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 194

23 de octubre de 2024

Pág. 24

La señora **PARRAMÓN PUIG** (psiquiatra y miembro de la Comisión de Garantía y Evaluación de la Eutanasia en Cataluña): Vale.

La señora **NAVARRO LACOB**A: ... porque estas personas, junto a su contexto eutanásico, vivirán un sufrimiento.

La señora **PARRAMÓN PUIG** (psiquiatra y miembro de la Comisión de Garantía y Evaluación de la Eutanasia en Cataluña): Sí.

La señora **NAVARRO LACOB**A: No es: Voy a abrir la puerta a una alfombra roja que me lleva a hacer una gala en los Goya.

La señora **PARRAMÓN PUIG** (psiquiatra y miembro de la Comisión de Garantía y Evaluación de la Eutanasia en Cataluña): Más que psiquiátrico probablemente es psicológico, aunque a lo mejor alguno es psiquiátrico, pero principalmente es psicológico. Sabemos el gran déficit de psicólogos que hay, los equipos de paliativos tienen psicología, o sea, que si hay un equipo de paliativos que acude al domicilio de aquella persona a lo mejor hay psicología y puede recibir este apoyo, pero la mayoría de las personas no lo reciben y es algo que también debe valorarse, evidentemente. Hay situaciones en las que a veces tampoco se requiere un tratamiento psicológico en concreto. No es que tengamos un tratamiento con evidencia científica para las personas que solicitan la PRAM. Será el mismo apoyo que le pueda dar el médico de cabecera. Probablemente agradecerá mucho más ese apoyo que le dé el médico responsable, que ha estado allí en todo el proceso, que el de una persona extraña que no conoce de nada. No estamos hablando de que ese apoyo sea una técnica psicológica complicada. El apoyo psicosocial lo pueden dar muchos profesionales e incluso no profesionales, la misma familia o el mismo entorno. Cuando hay estos procesos, tanto la familia como el mismo paciente, lo agradecen. A mí muchas veces me han agradecido la asistencia. Me lo han agradecido muchas veces en este proceso, tanto la familia como las personas que han solicitado la prestación. Esto es muy significativo cuando ven que este sufrimiento es escuchado y se comprende.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, señora Parramón, por su paciencia hoy a estas horas y por su capacidad de mantenernos a todos atentos a sus palabras.

La señora **PARRAMÓN PUIG** (psiquiatra y miembro de la Comisión de Garantía y Evaluación de la Eutanasia en Cataluña): Gracias a ustedes.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

— DE LA JEFE DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA DEL HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO NIÑO JESÚS, UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID (GRAELL BERNA). POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000162).

El señor **PRESIDENTE**: Tenemos nuestra última compareciente, que también ha hecho hoy un ejercicio de gran paciencia esperando hasta este momento. La doctora Monserrat Graell Berna es la jefa del Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica Infantil y de la Adolescencia del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, de la Universidad Autónoma de Madrid.

Doctora Graell, puede usted empezar.

La señora **JEFE DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA DEL HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO NIÑO JESÚS** (Graell Berna): Muchas gracias.

Gracias por haberme invitado a esta comparecencia donde se habla de salud mental e imagino que será para elaborar algunos planes de salud mental integrales y nacionales. **(Apoya su intervención en una presentación digital)**. Voy a hablar de infantojuvenil, porque es a lo que yo me he dedicado casi treinta años o más. Ya se habrá hablado aquí de infantojuvenil, porque he oído algunas comparecencias en las que se ha hablado, pero voy a hablar de esto exclusivamente. Primero voy a dar voz a los adolescentes simplemente con dos datos de uno de los barómetros realizados en España, para hablar

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 194

23 de octubre de 2024

Pág. 25

luego de la importancia de la promoción y la prevención primaria en salud mental infantil y, finalmente, hablaré brevemente de la atención integral en la infancia y la adolescencia.

Respecto a la opinión de los adolescentes en cuanto a su salud mental, a la pregunta de si han tenido algún problema de salud mental en los últimos doce meses, de estos casi 5000 adolescentes estudiados, entre 13 y 18 años, en 168 centros educativos españoles, un 41 % ha dicho que sí o que no lo saben. De ellos, un 30 o un 35 % aproximadamente no se lo han contado a nadie por diferentes motivos. Lo que también es más interesante es que la mitad no han pedido ayuda a nadie. Cuando se les pregunta cuál es la percepción de los factores externos o sociales que pueden influir en el bienestar y en la salud mental, tanto que se ha hablado aquí hoy de los determinantes sociales, los muchachos nos dicen que sufrir acoso o acoso por Internet es uno de los factores que más les ha influido junto a tener problemas familiares, además de tener problemas de violencia o inseguridad en su entorno y —atención a este dato— sentir presión para tener un físico determinado, esto muy especialmente en las mujeres.

Con este *flash*, como una pequeña foto o un pequeño *flash* que hemos dado, vamos a hablar de promoción de la salud. Para hablar de promoción o prevención primaria está claro que debemos conocer cuáles son los factores de riesgo específicamente de la edad infantojuvenil. Para ser muy didácticos lo repartimos en tres grupos. El primero es la propia etapa del ciclo vital, especialmente la adolescencia es una etapa vulnerable neurobiológicamente, es un cerebro en crecimiento, es un cerebro muy abierto al entorno, que es muy bueno para aprender, pero si está abierto también entran todas las informaciones positivas o negativas. Los propios comportamientos de riesgo que son evolutivos y naturales en la adolescencia son un factor de riesgo. Luego están los determinantes individuales de cada uno, desde el propio riesgo genético; nadie duda ahora mismo que, además del ambiente, la heredabilidad de la mayoría de los trastornos mentales es alta y por eso es un factor de riesgo la genética, por supuesto, en relación con el ambiente, que es lo que llamamos la epigenética. Otros factores individuales de riesgo serían la pubertad de aparición precoz. Este es un factor que hay que tener muy en cuenta, especialmente en las mujeres y menos en los hombres. Después la obesidad, nosotros tenemos varios estudios en los que demostramos que aumenta hasta siete veces el riesgo de padecer trastornos emocionales, sobre todo en los niños obesos, especialmente en la adolescencia. Por último, haber sufrido individualmente acontecimientos vitales adversos, de todo tipo, o traumáticos. Por supuesto, están los determinantes ambientales. Nosotros, en salud mental infantil nunca hemos dudado de que los determinantes ambientales influyan en su salud mental. Es algo que me extraña que los que se dedican a adultos lo duden. Nosotros siempre tenemos muy en cuenta el ambiente del niño a la hora de pensar en su salud mental. La baja calidad de vida familiar, escolar o social va a influir negativamente en la salud mental en aspectos tales como la escasa supervisión educativa, por ejemplo, de unos padres que no pueden realizar la función educativa por diferentes motivos; que haya en un entorno con violencia, lo decían los muchachos en el barómetro, o que haya acoso. Por supuesto, la facilidad de acceso a alcohol u otros tóxicos va a ser un factor de riesgo y también los contenidos *online* no autorizados, con esto me refiero a juegos que no están permitidos en la edad infantil o incluso a la pornografía. La adversidad económica está muy relacionada con la salud mental de la infancia y la adolescencia. Nos referimos a la pobreza, a la exclusión social, al estigma y, cómo no, a las crisis humanitarias, como, por ejemplo, en las guerras, etcétera. No quiero dejar pasar la ocasión para recordarles que el consumo de cannabis está más que demostrado en metanálisis, es decir, en análisis de muchos estudios, que está relacionado con la aparición de síntomas mentales, tanto psicóticos como emocionales e incluso de intentos de suicidio y también está relacionado con alteraciones neuropsicológicas, es decir, especialmente de la atención, de la concentración y de la memoria.

Respecto al uso de Internet, cuando hablamos de niños tenemos que hablar ahora mismo del uso de Internet y saber qué es lo que están haciendo. Hay muchos datos de literatura, pero he querido traer esta encuesta española para saber lo que ocurre con los niños españoles. Son 41000 adolescentes, entre 11 y 18 años, que han sido estudiados y lo que nos dicen es que, aproximadamente, el 30 % hacen un uso excesivo de Internet diariamente, es decir, más de cinco horas al día. Tengan en cuenta que, además, tienen que ir al colegio y hacer sus tareas, y que esto aumenta al 50 % de los niños cuando hablamos del fin de semana. Si les preguntas qué hacen durante tantas horas en la Red, los cuatro usos más frecuentes están relacionados con fines lúdicos o relacionales, y la tan consabida excusa de que necesito Internet para los deberes está en quinta posición. Pero aquí lo que es más dramático son los usos que vemos al final: un 25 % lo usan para ver pornografía —estamos hablando de niños de entre 11 y 18 años—, y para apostar, hasta un 5 %.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 194

23 de octubre de 2024

Pág. 26

Cuando hablamos de Internet, por supuesto, la digitalización ha sido muy positiva en toda la sociedad y no hay ninguna duda de que tiene grandes beneficios en información, en socialización, etcétera. También lo ha sido para los niños y adolescentes, pero tiene algunos perjuicios, como la amplificación del acoso escolar, a través del ciberacoso, que sabemos perfectamente que tiene un gran impacto emocional, incluso influye en la aparición de síntomas depresivos y que cuadruplica la ideación suicida en aquellos que lo sufren. Por eso, nos preocupa el uso de medios digitales y, actualmente, se está hablando —no está ninguna clasificación, pero hay que tenerlo en cuenta— del uso problemático de medios digitales. Se cifra que, aproximadamente, un tercio, un 33 % de los adolescentes hacen un uso problemático, es decir, excesivo, con muchas horas, con malestar y quejas si no es posible la conexión, con una necesidad imperiosa de conectarse e intentar hacerlo, aunque no sea posible. Este tipo de uso provoca: alteración, tanto en el sueño, como en la alimentación y en el ejercicio físico; disminuye el rendimiento escolar; disminuye la socialización; aparecen síntomas depresivos, específicamente, irritabilidad y síntomas ansiosos; se incrementa la insatisfacción con la imagen corporal, y aparece también impulsividad. Probablemente — hay que tenerlo en cuenta—, tiene relación con lo que han comentado antes de las adicciones no comportamentales.

Además de factores de riesgo, por supuesto, hay factores de protección, que es necesario conocer si queremos hacer cualquier programa de prevención primaria. Entre los factores de protección encontramos, igualmente, la etapa del ciclo, porque, a la vez que un adolescente es vulnerable, también algunas características suyas, como esa alegría, esa pasión, esa creatividad, ese entusiasmo que tienen pueden ser un factor de protección. Por otro lado, algunos determinantes individuales, como ser muy sociable, ser resiliente o haber aprendido a hacer una buena gestión emocional —eso se aprende a lo largo de toda la infancia, no lo vamos a aprender solamente en la adolescencia—, todo eso puede ser protector. Por supuesto, la buena calidad de vida familiar o buen trato, como nos gusta llamarla, que tiene que ver con un trato cálido, con apoyos y con límites, con una buena comunicación pueden ser un factor determinante de protección. También un ambiente académico seguro. Los colegios tienen que ser un lugar seguro para los niños, no pueden ser un lugar inseguro donde haya violencia. Por supuesto, la disponibilidad y accesibilidad de los medios sociosanitarios para afrontar los problemas de salud, que tienen que ser accesibles para todos.

¿Cuáles son los agentes de promoción de la salud? Ya en el año 1986 —hace muchísimo— la Organización Mundial de la Salud nos decía en la Carta de Ottawa que las acciones para la promoción de la salud no solo dependen del sector sanitario. Es que, evidentemente, ni las de promoción ni ninguna acción de salud mental depende solo del sector sanitario, siempre va a haber una interrelación con todos los sectores que están en relación con el niño, como son la educación, los servicios sociales, incluida la familia, además del sanitario y, por supuesto, todas aquellas políticas que puedan establecer entornos saludables. Ya mucho más cercano en el tiempo que la Carta de Ottawa, el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, que está vigente hasta el año 2030, nos dice en su tercer objetivo —hay cuatro— que es un objetivo implementar estrategias de promoción y de prevención en el campo de la salud mental. Específicamente, en niños y adolescentes estaríamos hablando de las estrategias o actividades que han demostrado eficacia —son las que les señalo aquí—, que son las actividades escolares preventivas, es decir, acciones preventivas en el ámbito escolar con los programas que se llaman de aprendizaje socioemocional —SEL en la literatura—, que han demostrado que mejoran el bienestar emocional de los niños y de los profesores. Estas actividades preventivas escolares, además de hacer un aprendizaje socioemocional, también pueden ser útiles para la detección precoz de los problemas emocionales, incluidos —los señala específicamente la OMS— los TCA. Incluyo los TCA porque, desgraciadamente, los trastornos de alimentación, la anorexia nerviosa es la enfermedad mental con la mortalidad más elevada de todas las enfermedades mentales, y no hay que pensar que no es un trastorno mental grave, ni mucho menos. Por supuesto, dentro de estas estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental para niños y adolescentes, entrarían otros programas para la primera infancia vulnerable; la prevención para la violencia doméstica y el maltrato, como uno de los factores sociales determinantes más importantes; programas para niños con padres afectados de trastornos mentales, que sabemos que tienen un 55 % de posibilidades de padecer ellos mismos un trastorno mental a lo largo de la vida por ser hijos de padres afectados de trastorno mental, y programas para niños con discapacidad intelectual, que también tienen una prevalencia de trastornos mentales tres veces superior a los otros niños. Por supuesto, se incluirían planes nacionales de prevención de suicidio. Otras organizaciones, como Unicef o la OMS, en otro informe, incluso la ley educativa actual, en su artículo 11,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 194

23 de octubre de 2024

Pág. 27

nos señalan la importancia de llevar a cabo acciones preventivas en la escuela. Por tanto, hay que ver la escuela como lugar de establecer acciones preventivas, sobre todo, con lo que les decía antes, el currículum socioemocional, que pasa por la formación de profesores, porque serán ellos los que, finalmente, implementarán este currículum socioemocional en los alumnos.

En atención primaria, nosotros tenemos muy claro que la atención primaria es el lugar de detección e intervención precoz más importante de todo el sistema sanitario, es la puerta de entrada del sistema sanitario. Está claro que, si queremos que hagan ese papel, hay que reforzarla con profesionales médicos, pero hay que reforzarla con profesionales de salud, con psicólogos, como en algunas experiencias que se están llevando a cabo en Cataluña y también hay alguna pequeña experiencia en Madrid. Los facultativos necesitan formación para que la atención primaria sea un lugar de prevención y detección. También hay algunas iniciativas muy interesantes —que les traigo aquí— y hay que realizar *screenings* de salud mental rutinarios en atención primaria para niños y adolescentes mediante cuestionarios, igual que se realizan para enfermedades de otro tipo.

Otros agentes de promoción de la salud mental, que no tienen que ver ni con el sistema educativo ni con el sistema sanitario específicamente, sino que están puramente en la comunidad, serían los centros comunitarios de apoyo a la familia, que existen y que, probablemente, son una buena vía. También otros centros comunitarios de atención a la salud, incluida la mental del adolescente, que están muy desarrollados en otros países, sobre todo anglosajones, con el modelo de Headspace; en Francia, Les Maisons des Adolescents, que tiene desde los años noventa más de doscientos centros comunitarios de atención específica de la salud de adolescentes en la comunidad, con una accesibilidad directa máxima del adolescente. En Madrid tenemos el Centro Joven de Madrid Salud desde hace unos veinte años, pero no atiende a la salud mental, aunque, probablemente, la atenderá, dada la crisis en la que nos encontramos.

Para finalizar, en la atención integral en la infancia y adolescencia hemos hablado de la promoción, pero también quiero hablar de la atención. Yo trabajo en atención directa a ese segmento de la población infantojuvenil, que tiene un trastorno mental. Hay que distinguirlo muy bien —han hablado ustedes de esto— del malestar o el sufrimiento, que es parte de la vida. Así se lo decimos a los adolescentes y que, por supuesto, hay que aceptar el malestar, hay que gestionarlo. Además, hay que tener cuidado, porque en el adolescente es especialmente difícil a veces distinguirlo, porque es normativo que el adolescente tenga miedos evolutivos: tiene miedo al futuro, a ser rechazado, tiene miedo a su cuerpo, es inestable —cualquiera que haya vivido con adolescentes lo sabe—, son personitas que buscan sensaciones, que se arriesgan más, que a veces no tienen perspectiva, que quieren hacer cosas distintas, rechazando a los adultos. Todo eso es evolutivo y eso no es enfermedad mental. Hay que conocer bien el funcionamiento del adolescente para poder distinguir lo que es enfermedad mental. Pero cuando hay enfermedad mental, la hay, y aquí tenemos las cifras que les quiero traer. La OMS, basándose en estudios como este que les presento —hay muchos más estudios de cohortes, por ejemplo, en este caso, de 1 300 000 nacidos en un mismo año; los estudios nórdicos que son tan interesantes— nos dice que uno de cada siete niños y adolescentes, entre 10 y 19 años, padece un trastorno mental —en España, estamos hablando de unos 900 000— o, dicho de otra forma, que tienen un riesgo de un 15% de padecer un trastorno mental antes de los 18 años. Y hay que tener en cuenta que ya en la adolescencia —ya lo ha dicho la anterior compareciente y aquí lo vemos en la zona azul oscura— la salud mental en mujeres es peor globalmente, pero sobre todo a costa de trastornos emocionales y de la alimentación. Hay mucho que hablar sobre los factores que influyen en eso. Cada trastorno mental tiene su curva de incidencia y sus diferencias respecto al sexo. Aquí se las traigo por si ustedes tienen curiosidad y quieren consultarlas. Por tanto, sabemos que muchas veces todos los trastornos mentales que vamos a sufrir durante la vida van a tener su inicio en la adolescencia, aproximadamente entre un 51% y un 65%.

Seguramente se habrán preguntado una cosa: ¿es cierto ese aumento de la prevalencia del que estamos hablando, que está encima de la mesa, que está en los medios? ¿Qué nos dicen las investigaciones? No tenemos investigaciones en España, por eso, les tengo que traer investigaciones de países anglosajones y de algún país europeo, en los que ellos, teniendo datos de prevalencias hace diez años, las comparan con prevalencias en el año 2021 o 2022. Como pueden ustedes observar, tanto en hombres como en mujeres —cada uno es un estudio en hombres y en mujeres—, en todos los estudios se observa un incremento de la prevalencia de trastornos mentales en la última década, no en la pandemia, en la última década. Lo que se observa es que la pandemia lo que hizo fue acelerar este incremento que ya se venía observando. Por eso, ante esta situación, se ha creado la Comisión Lancet sobre salud mental

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 194

23 de octubre de 2024

Pág. 28

—varios autores—, que nos dice muchas cosas, pero que las vamos a resumir en cuatro principales: primero, parece cierto que existe lo que podemos llamar una crisis global de salud mental. Dados los datos —nos fijamos aquí—, parece que sí. Parece que la pandemia ha amplificado y agravado esa tendencia que ya veíamos desde hace aproximadamente una década. Que esta crisis requiere un análisis importante no solo de los factores biológicos —que, por supuesto—, sino también de los factores sociológicos, de los factores de riesgo y de los factores protectores que tienen que ver con esta crisis de salud mental en la adolescencia. Ha habido muchos cambios sociales, económicos, tecnológicos, de todo tipo. La digitalización es muy positiva, pero es una digitalización que ningún país ha conseguido regular. Eso sí que está en sus manos, porque ustedes son los legisladores, los que regulan; entonces, ahí tienen una tarea importante. Ahora, con la inteligencia artificial vienen aún más retos que los jóvenes viven muy directamente y te los cuentan muy bien, por ejemplo, no saben qué expectativas laborales pueden tener ante la aparición de la inteligencia artificial. Esto puede crear aún más problemas de expectativas laborales, más de las que ya tienen. La Comisión Lancet concluye que se requiere una estrategia de salud mental global, que incluya medidas. Desde luego, hay que ponerse a hacer medidas de prevención o promoción de la salud de algún tipo —ellos dicen de intervención precoz—, de tratamientos accesibles y de calidad, y esto solo es posible, por supuesto, teniendo tratamientos de calidad contrastada a través de la inversión en investigación. También exhortan, también animan a cambios políticos y económicos, con una inversión muchísimo mayor en promoción de la salud, en intervención precoz, en modelos de tratamiento costeefficaces y en políticas de apoyo a la familia, porque ya hemos visto que era uno de los determinantes sociales importantes para la salud mental infantil. Por supuesto, también la mejora de las condiciones sociales y económicas relacionadas con el deterioro de la salud mental. Por supuesto, nunca hemos dudado en salud mental infantil de que eso influye.

Voy a dar unos datos respecto al suicidio en la adolescencia. Estas son las gráficas de suicidio en España en este siglo. Observamos que, de forma general, ha aumentado un 25 % en lo que llevamos de siglo. Si nos fijamos en la población adolescente, sabemos que durante la adolescencia es cuando se incrementa el número de intentos autolíticos dramáticamente —es la línea roja— y que el número de muertes se incrementará menos —afortunadamente— que el número de intentos, pero el riesgo autolítico es una de las de las atenciones principales que, por ejemplo, nosotros tenemos en nuestra sala de hospitalización. Y hablando de la mortalidad por suicidio en la adolescencia, a día de hoy —al menos en el año 2022— el suicidio es la primera causa de muerte en la franja de edad entre 15 y 29 años —estos sí son datos de España— y con estos incrementos bastante dramáticos del año 2021 al 2022, que en 2023 se han moderado. Estos son los datos que nosotros ahora mismo barajamos. Está claro, y no es de extrañar viendo estos datos, que todas las estrategias y guías de prevención del suicidio, por ejemplo, *Live Life* de la OMS, nos hablen de que, entre las intervenciones básicas que tienen evidencia científica, esté el fomento de las habilidades socioemocionales para la vida en adolescentes. Desde luego, con esto acertaron muy bien. Ante estos datos, por qué no un plan nacional contra el suicidio. Nosotros no tenemos un plan nacional contra los suicidios —lo vamos a tener, pero no lo tenemos—, pero está claro que hay una serie de ventajas en tenerlo, porque coloca la conducta suicida como un problema prioritario de salud pública, genera un compromiso gubernamental, proporciona un marco estructural coherente para las iniciativas, para monitorizar y evaluar, para identificar a todas las partes implicadas, para identificar también las carencias y también forma un marco para la agenda de investigación. Por tanto, es una ventaja tener un plan nacional contra el suicidio.

Finalmente, hablaré de los recursos de atención a la salud mental infantil y de la adolescencia, que considero necesarios a día de hoy. Primero, programas de promoción de la salud: escolares, que son los que han demostrado que funcionan, y comunitarios. Acuérdense de estos centros comunitarios de promoción muy accesibles, que tienen como ventaja la accesibilidad. Estos centros son muy interesantes. También estos programas de promoción tienen que funcionar en atención primaria con los pediatras y con los médicos de familia, si se les dota de formación y personal. Todos estos programas deben incluir lo que llamamos la parentalidad positiva. La Unión Europea hace ya quince o veinte años habló de la necesidad de incluir estas prácticas en la parentalidad. Deben incluir también educación digital —esto sí es una novedad— y deben incluir actuaciones contra la violencia en el colegio, es decir, contra el acoso, y sobre la violencia intrafamiliar.

Respecto a la atención a la salud mental, la que mejor funciona es la comunitaria, sin ninguna duda. En nuestro centro tenemos ya la expresión máxima de atención comunitaria, que es la atención a domicilio; ya más comunitaria y humanizada no puede ser. Esta atención debe estar presente en las diferentes

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 194

23 de octubre de 2024

Pág. 29

condiciones de los niños. No todos los niños están en las mismas condiciones, por ejemplo, hay que tener en cuenta niño migrante, niño en acogimiento, grupos de especial vulnerabilidad. La atención debe ser en todas las edades, no a partir de los 6 o de los 14 años, sino en todas las edades, por ejemplo, la primera infancia es un momento muy sensible. Además, debe darse en todos los niveles asistenciales y en todos los niveles de complejidad, es decir, también se necesitan unidades de alta complejidad para problemas tan complejos como la anorexia nerviosa o los trastornos psicóticos. Necesitamos servicios, unidades o secciones de salud mental infantil y de la adolescencia. Hace solo dos años que tenemos la especialidad infantojuvenil —aunque les parezca mentira, es así— y, ante esta crisis de salud mental infantil, necesitamos desarrollar rápidamente unidades independientes; tenemos que cortar ya el cordón umbilical con los servicios de adultos. Este no es nuestro caso, porque somos un hospital infantil monográfico, pero sí es el de muchos compañeros. Por supuesto, también tenemos que garantizar la detección precoz, pero también la continuidad de cuidados entre los diferentes niveles asistenciales, porque no puede ser que alguien salga de un ingreso y no tenga una continuidad de cuidados que impida el reingreso y que le ayude a seguir mejorando en su enfermedad. Aquí, en la continuidad de cuidados, incluimos la transición a los adultos, porque es un momento muy vulnerable para las recaídas. Por supuesto, tenemos que profundizar en la coordinación y, sobre todo, en la atención compartida de los servicios sanitarios con los servicios sociales, con la escuela e incluso con los servicios judiciales, con los que trabajamos estrechamente también. Es que no es solo coordinación —y les aseguro que, si lo pongo aquí, es porque no es fácil—, sino coordinación y atención compartida; la parte importante sería esa. Y, por supuesto, invertir en modelos que sean escalables, es decir, que yo pueda tener en mi entorno, que sean aplicables en mi entorno, que sean coste-eficaces, accesibles, que estén encajados en mi entorno, que sean de calidad, pero porque yo he contrastado la calidad y he contrastado la eficacia mediante estudios de investigación. También es necesario que sean humanizados —hay muchas prácticas en las que tenemos que seguir trabajando en la humanización— y con equidad.

Termino, hablando de los recursos profesionales necesarios para todas estas atenciones. Tenemos una ratio de psiquiatra infantil/población muy inferior a la media europea, incluso inferior a nuestro vecino de Península —como la mitad o menos—, con enormes desigualdades territoriales, y esto puede ir a peor porque casi un 30% de los psiquiatras infantiles tenemos 60 años o más, así que lo que puede venir dentro de cinco años es bastante peor que lo que tenemos ahora. Se precisan, aproximadamente, unos ochocientos psiquiatras infantiles en los próximos cinco años. Por tanto, hay que facilitar la titulación de los nuevos psiquiatras infantiles con la vía extraordinaria que figura en el real decreto, que hay desarrollar adecuadamente. Por la vía normal, actualmente, solo se forman cuarenta profesionales en toda la geografía. Por supuesto, hay que facilitar la acreditación de unidades docentes multiprofesionales para la formación de estos psiquiatras y no entrar en círculos viciosos de: no acredito unidades, porque no tengo psiquiatras, y no tengo psiquiatras, porque no acredito unidades. Por favor, eso no. El panorama con los psicólogos es muchísimo peor. No existe la titulación ni la especialización en infantojuvenil en España y la necesidad es aún mayor. Se calcula que, en los próximos cinco años, se necesitarán unos novecientos psicólogos clínicos infantiles. También hay que facilitar la especialización de psicólogos clínicos, porque el número de psicólogos es escandalosamente bajo históricamente. También son necesarios otros recursos profesionales, porque la atención comunitaria a la salud mental infantil es interdisciplinar de verdad, por lo que se necesitan otros perfiles laborales, como orientadores y enfermeras escolares, que puedan hacer el trabajo de promoción en la escuela, enfermeras de salud mental, terapeutas ocupacionales, y educadores y trabajadores sociales.

En mi opinión, la salud mental infantil y de la adolescencia es la gran inversión de futuro, porque son los que van a estar ahí en el futuro y, evidentemente, esto es cosa de todos.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, doctora Graell.

La señora **JEFE DE SERVICIO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA DEL HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO NIÑO JESÚS** (Graell Berna): Siento haberme alargado a estas horas.

El señor **PRESIDENTE**: No, por favor. Ha estado usted esperando, heroicamente, para poder intervenir desde las cuatro hasta las ocho de la tarde, así que lo menos que podemos hacer es escucharla para que se pueda usted explicar.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 194

23 de octubre de 2024

Pág. 30

La señora **JEFE DE SERVICIO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA DEL HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO NIÑO JESÚS** (Graell Berna): También he disfrutado mucho escuchando a los demás.

El señor **PRESIDENTE**: Me alegro muchísimo.
Grupo Euskal Herria Bildu.

El señor **RUIZ DE PINEDO UNDIANO**: A pesar de la hora y de que llevo doce horas metido en esta casa, le agradezco su comparecencia, porque he visto un panorama muy completo de las necesidades que tenemos, pero sigo teniendo una pregunta: ¿por qué ha aumentado en estos años el desarreglo, la enfermedad, el malestar psicológico? Además, ¿es uniforme en toda la sociedad europea en estos momentos? Porque cuando llegamos a los factores de protección, eso de la alegría, del grupo de iguales, de la atención familiar, las notas, el ambiente bueno en la escuela, pienso: ¿no será que esos, en vez de ser factores de protección, son los factores de llegada y que no están funcionando? Porque estamos abocando a un adolescente totalmente inseguro a tener que elegir una carrera, a un estrés de decidir, de gustar a las iguales, a los iguales, en definitiva, a un estrés por un mundo inabarcable de exigencias que les estamos poniendo los adultos, sobre todo, diciéndoles: Mira, que te estás jugando tu futuro.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias.
Grupo Republicano.

La señora **ESTREMS FAYOS**: Buenas noches.
Tengo la traducción pedida, pero como son las nueve de la noche...

El señor **PRESIDENTE**: Ya no hay traducción.

La señora **ESTREMS FAYOS**: Bueno, lo iba a hacer en castellano, igualmente, para ponérselo fácil a todos, ya que la hora lo requiere.

Quería aportar algo que ha salido en prensa esta semana y que hemos estado hablando con el Gobierno y con nuestro partido en Cataluña, y es que se está implantando en las universidades catalanas, precisamente, para la prevención del suicidio, la figura del psicólogo. La compareciente ha hecho un análisis y una proposición de soluciones que es magnífica, por lo que no aportar mucho aquí, pero sí quiero reforzar la idea de que en la etapa de la universidad somos posadolescentes. Yo nací en el mes de octubre y entré en la universidad con 17 años. A esa edad me fui sola de un pueblo de la Costa Brava de 10000 habitantes —me oirán mucho hablar de él— a Barcelona, a vivir en un piso compartido, en un momento en que, aunque ya hayas escogido carrera, estás decidiendo un poco qué quieres ser cuando seas mayor. Parece ser que en esta etapa también está muy presente la presión y todo el tema del suicidio. Solamente quería compartir esta idea con la compareciente y preguntarle qué le parece esta figura —evidentemente, se necesitan muchas otras— como complemento de todo lo que ha comentado.
Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.
Grupo Plurinacional SUMAR.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Muchísimas gracias, doctora, y enhorabuena por la presentación. Ha sido muy completa en todos los sentidos.

Repito que ayer tuve una intervención sobre el tema de salud mental, y la verdad es que me gustaría contar con más detalle algunas cosas, pero los compañeros ya me escucharon. Ayer poníamos un ejemplo de diferentes elementos de salud mental, y uno era la historia de un doctor norteamericano que, a principios del siglo XIX, cuando estudia enfermedades en la población esclava del sur de Estados Unidos, describe una enfermedad a la que llama drapetomanía. Dice que había como un especial rasgo que tenían los negros esclavos que era de querer escaparse y huir, que algo les pasaba. Entonces le pone ese nombre: *drapetes* es huida y *mania* es locura. Dice que si tú les das un consejo médico puedes evitar que se escapen y da una serie de recomendaciones y demás. También tiene que ver con un etiquetado, porque a veces hablamos de esta gran misión, cómo nuestra sociedad también genera esclavos, y, como decía Franco —Franco el bueno, Franco Battiato, no el otro— se quiere otra vida y quizás también está en nuestros modelos de vivir lo que queremos.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 194

23 de octubre de 2024

Pág. 31

Me ha gustado mucho la aportación de los factores protectores. Creo que es un buen ejemplo y además, como decía, en algunas disciplinas lo biopsicosocial, lo integral, lo comunitario, los determinantes ya están muy integrados y los factores protectores son un elemento clave. Ayer mencionamos también a un compañero, profesor y salubrista español, que es Mariano Hernán, que tiene alguna investigación preciosa sobre el tema de salud, Internet, adolescencia en niños y niñas hablando de los factores protectores. Cómo nuestra mirada de adultos siempre es más hacia el riesgo y hacia lo malas que son las tecnologías mientras que los niños y las niñas, en general, destacan lo positivo como oportunidades, precisamente porque ya han nacido en un mundo en el que nosotros mayoritariamente no hemos nacido, sino que nos hemos incorporado más tarde.

También la importancia de mirar el análisis desde el contenido, el contacto y la conducta; esa visión, las personas, la resiliencia, las resiliencias del entorno y demás. Es importante como factor determinante, clave también para nosotros, el tema de las políticas; lo mencionaba al final, la importancia de las políticas que hacemos en ese marco ambiental. Un estudio de Feinstein muy bonito con una cohorte británica en los setenta se hizo con críos de 22 meses y de 8 años, y el tema era cómo evolucionaba el desarrollo cognitivo en familias ricas y en familias pobres. Las familias ricas, incluso las que partían de muy poco desarrollo cognitivo, acababan mejorando a los 8 años, y las familias pobres que tenían un desarrollo cognitivo alto acababan bajando. Decía que había un tema de estimulación en el marco de las familias, pero había un hecho muy importante que eran las políticas thatcherianas que habían hecho desaparecer servicios públicos en los años setenta. Quien no pueda acceder a esos servicios públicos... Entonces hay que tener políticas de vivienda, políticas de protección de infancia, políticas de prestación universal por crianza, políticas de tiempo libre. Venimos a hacer políticas para mejorar la vida, no para estar trabajando hasta los 65 años y que nos queden luego siete años y nos vayamos. Esas políticas son fundamentales en todo esto.

Termino. Un elemento clave también, que yo creo que ha mencionado, es el tema de la infancia y la adolescencia como agentes activos, ellos son los protagonistas; cómo hay un elemento de la salud también clave que es cuando tenemos capacidad de control de nuestras vidas, cuando se nos mejora y se nos educan en autonomía y en autoestima. Mariano, que es el compañero y amigo que antes mencionaba, cita a un pedagogo que no sé quién era, que dice una frase fantástica: Lo que un niño y una niña necesitan es saber que por lo menos hay una persona en el mundo que les quiere totalmente. A lo mejor luego las cosas no van bien y se pueden torcer, pero por lo menos ese es el punto clave para que las cosas puedan ir mejor.

Muchísimas gracias por la intervención.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias.
Grupo Parlamentario VOX.

El señor **GARCÍA GOMIS**: Gracias, señor presidente.

Muchísimas gracias por la exposición tan clara. Llevamos aquí doce horas, algunos estamos muy acostumbrados a estas jornadas tan maratónicas fuera del mundo laboral. Yo creo que nos ha presentado usted una gráfica muy dura, no solo por los datos sino sobre todo por las carencias. Básicamente está todo por hacer.

Me han llamado la atención varias cosas. Los que llevamos el tema de salud mental, incluso antes de llegar aquí al Congreso, antes de la subcomisión, y que incluso presentamos de manera pionera en la Comunidad Valenciana el tema del suicidio, lo primero por lo que se nos atacaba era porque hablábamos del suicidio, porque hablar del suicidio provocaba un efecto llamada. Yo celebro que aquí en esta Comisión, en estas cuatro paredes del Congreso, podamos hablar libremente del suicidio como uno de los grandes males del siglo XXI y de la actualidad. Creo que poder hablar del Plan nacional para la Prevención del Suicidio es algo muy importante, muy interesante y me gustaría preguntarle por su posición. Si usted considera que hablar públicamente del plan de suicidio, de protección contra él, de que haya un teléfono de la esperanza y demás es una forma de ayudar a la población, porque yo creo que hay muchísima población que no tiene ni siquiera dónde acudir. Usted está hablando de foros sociales, hemos estado hablando toda la tarde de diferentes programas, pero yo creo que la población realmente no sabe, que no se ha invertido desde este Gobierno y desde los gobiernos anteriores prácticamente ni un euro contra el suicidio. Hemos visto las cifras tan alarmantes en las gráficas: 4300 personas, 1100 mujeres y 3700 hombres más o menos.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 194

23 de octubre de 2024

Pág. 32

También me ha chocado mucho que hace diez años las gráficas ya estuvieran recogiendo datos, y eso que hay muy pocos datos realmente sobre el tema de la salud mental y que es una pandemia a nivel mundial. Yo me pregunto si en su opinión esto se debe a la destrucción de la unidad familiar, a la desestructuración familiar que vivimos actualmente, a la saturación de nuestros barrios, de nuestras ciudades, de todas aquellas cosas que nos hacían tener sensación de pertenencia. Creo que nos estamos convirtiendo en unas personas más individualistas, más centradas en nosotros mismos, vamos a decir más de Netflix, más de momento, más de inmediatez —y quizás eso se ha agravado con la pandemia—. Me gustaría saber si tiene usted datos de falta de personal por comunidades, por provincias. Usted ha manejado datos de la Comunidad de Madrid, pero quizá podamos conocer esos desequilibrios y si existe algún estudio de prevalencia a la hora de falta de profesionales.

Me ha alarmado muchísimo la falta de ochocientos psiquiatras, solamente cuarenta al año más, aparte de los psicólogos. Aprovechando que ha nombrado a los psicólogos, la importancia de que ante la carencia exista un plan público-privado de apoyo, de acudir a los psicólogos en sus clínicas privadas, que suelen ser los que están más al alcance de la población. Ciertamente, las personas que no tienen recursos no se pueden permitir el acceder a una consulta psicológica que estará, dependiendo de la comunidad, entre 40, 50 o 60 euros. Pero si vamos al nivel psiquiátrico nos vamos por encima de los 100 euros cada consulta.

La sensación que ha dado es que tenemos que construir prácticamente todo desde cero. Usted ha dado varios *tips* diciendo las muchas cosas que están por hacer, y me voy a quedar con una reflexión sobre el mundo tecnológico y una frase que se nos decía hace mucho tiempo. No solamente hablo de los videojuegos; hablo de la música, hablo de las películas, de todos los soportes digitales que teníamos en nuestra época. Por ejemplo, a las personas que sufríamos acoso la música no nos chillaba, los videojuegos no nos chillaban, no nos pegaba la televisión y era un mundo tecnológico en el que no estabas tan conectado como ahora, que prácticamente lo llevas encima veinticuatro horas. Acceder a él incluso era muy complicado, porque todo costaba mucho dinero y no era tan de inmediatez. Creo que desde el mundo tecnológico se han generado unas herramientas que son demasiado agresivas con nuestros jóvenes, con nuestros niños.

¿Existe un estudio o una reflexión ahora mismo sobre el problema, no solamente de la tecnología mal utilizada, sino de la utilización de algoritmos que hacen que los jóvenes estén más tiempo conectados, que sean incapaces de conectar? ¿Ese cambio, ese paradigma que llevas encima todo y no puedes desconectar en ningún momento? ¿Existe alguna herramienta o programa piloto de desconexión, de desintoxicación y demás? Creo que hemos permitido entrar dentro de nuestra sociedad, dentro de nuestras familias algo que está desestructurando completamente las unidades familiares, la sensación de pertenencia y, sobre todo, nuestros jóvenes están recibiendo durante veinticuatro horas *inputs* que los están llevando a una situación límite.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.
Grupo Parlamentario Socialista, por favor.

La señora **ALMODÓVAR SÁNCHEZ**: Coincido con mis compañeros: una exposición muy completa.

En primer lugar, quería felicitarla por ser un centro de referencia nacional, por vuestra experiencia y vuestra forma de trabajo. Ha merecido la pena esperar tanto tiempo para poder escucharla.

Yo traía muchas cosas, pero no voy a decir nada de eso, me voy a salir del guion. Con referencia a los factores tanto de riesgo como de protección que nos has expuesto y que se vienen exponiendo a lo largo de todas las sesiones, uno de los usos que se está haciendo en las redes sociales, que vemos que se repiten y que ha dicho en concreto uno, es el del aspecto físico tal vez en las niñas. Hasta ahora no lo había mencionado ningún otro compareciente. ¿Se puede decir que el uso problemático de las redes sociales sea causante multifactorial de problemas en salud mental?

Por otra parte, también quería hacer referencia a esa promoción y esa prevención primaria del sistema educativo. Sí tenemos orientadores laborales y esas encuestas, y en varias aparece que los jóvenes no confían en el sistema educativo, no confían a la hora de contar sus problemas, de contar su acoso. ¿Por qué sucede eso? ¿Por qué no se llega desde estos programas de educación a los jóvenes? ¿Dónde se debería incidir? ¿O nos estamos equivocando y no es ese el planteamiento, y el que estamos llevando a cabo es erróneo?

Por otra parte, también quería hacer referencia, una vez que se llega a la puerta de acceso de la atención primaria y ya sí hay, como has dicho, una enfermedad, cuando la hay y pasa a un hospital donde

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 194

23 de octubre de 2024

Pág. 33

tiene que ser tratado, tiene que ser diagnosticado, pasa un tiempo, la hora de volver a la vida cotidiana, de volver a la realidad. ¿Esos recursos están funcionando o vuelven a entrar en el sistema con la misma problemática, como si fuese una ruleta? ¿Está funcionando la inserción en la comunidad?

El señor **PRESIDENTE**: Gracias.
Grupo Parlamentario Popular.

La señora **VÁZQUEZ JIMÉNEZ**: Muchas gracias, presidente.

Lo primero es dar las gracias a la doctora Graell por habernos acompañado en esta tarde tan larga. Para nosotros es un privilegio poderla escuchar. La presentación ha sido muy completa, nos la tendremos que estudiar muy bien.

Yo quería preguntarle no tanto por la parte general, por la parte de la exposición de la salud mental de la infancia, de la adolescencia, sino cosas más concretas. Me explico. ¿Qué diferencia hay entre la atención de la infancia y la adolescencia y la de los adultos? Porque el adulto accede al sistema solo — puede ir acompañado por un familiar, por un amigo— es adulto en plenas capacidades, accede al sistema: va a su médico de cabecera, a urgencias, pide cita. Pero en la infancia y en la adolescencia son menores y entonces el sistema de detección de la posibilidad de que pueda haber un problema que luego se convierta en un trastorno o la presencia de un trastorno directamente no procede del propio paciente y entonces esto tiene que gestionarse también en la familia, que tiene que decidir acceder. Lo pregunto porque el objetivo que tenemos en la subcomisión es elaborar un informe conjunto de consenso y, por ejemplo, a mí me surgen dudas de si la parte de salud mental de la infancia y de la adolescencia tiene que ir separado de la atención... No los determinantes, que tienen sus connotaciones, lógicamente, pero yo me refiero ya aterrizando en lo que es la atención, en la detección precoz, en la promoción de la salud. Cuáles son las diferencias y si esas diferencias nos llevarían a ponerlas en epígrafes separados o juntos, porque lo mismo son iguales. La pregunta es: ¿hay diferencia o se aborda igual?

Otra cuestión. El Hospital Niño Jesús es un referente y es un hospital de la infancia y de la adolescencia, pero en el resto no solo de la comunidad sino de España hay diversidad, no ya porque la especialidad esté implantada o no, o sea porque la especialidad se cree —ya se atendían antes— y ahora se va convirtiendo, se va haciendo la vía extraordinaria. Bueno, su proceso. Pero no todos los centros tienen una unidad. ¿Debería existir, por ejemplo, en los hospitales comarcales? ¿O esto requiere de una especialización tal que solo podría ser en hospitales de referencia, provinciales, por ejemplo? ¿Y en los centros donde no hay pediatría cómo ingresan los niños? ¿Cómo se produce el acceso al sistema en esa población, cuando la unidad de pediatría está en un centro y la unidad de salud mental es de adultos? A lo mejor la consulta está en la zona de pediatría, pero la hospitalización no. ¿Cómo hace entonces el psiquiatra de guardia para atender a un niño que está en pediatría? ¿O es el pediatra el que tiene que atender? ¿Cómo se hace este engranaje asistencial?

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.
Señora Graell.

La señora **JEFE DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA DEL HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO NIÑO JESÚS** (Graell Berna): Muchas gracias por todas las preguntas y por el interés en la salud mental infantil, de verdad.

Habíamos hablado, primero, de si el aumento de la prevalencia era real; sí, es real, los datos nos lo dicen, otra cosa es saber a qué se atribuyen. Por eso ponía esta diapositiva de la Comisión de Salud Mental de *The Lancet*. No es fácil, probablemente tenga que ver con cambios sociológicos. Un cambio sociológico muy potente que ha habido, yo supongo que ustedes lo saben, hace entre diez y quince años en nuestra sociedad es la digitalización. Eso es así, aparecieron los teléfonos inteligentes; es decir, que tú puedes estar conectado todo el tiempo, abierto a redes sociales o a todo lo que ha venido después. Hay estudios que nos dicen cómo desde ese momento hay un incremento de síntomas emocionales depresivos, ansiosos, en la población adolescente, sobre todo, que está usando estos teléfonos sin supervisión. Porque la digitalización no es mala en sí misma, lo que es malo es no estar educado para usarla, hacer un mal uso de los dispositivos. Es llamativo, no se puede establecer una relación causal directa porque no lo permite aún, pero sí que coincide en el tiempo la digitalización y una digitalización no regulada y no educada, que son las dos cosas: no está regulada por los legisladores y no está educada

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 194

23 de octubre de 2024

Pág. 34

por unos padres que tienen una brecha muy importante muchas veces con sus hijos, que no saben cómo hacerlo. No es que no quieran hacerlo, sino que a veces no saben cómo hacerlo. Ese sería un dato.

Otro dato derivado de este, efectivamente, pero también de otros factores —lo ponemos aquí— es la presión. Yo creo que lo has dicho, ¿verdad? La presión por el éxito, por el más, el más; el perfeccionismo de la sociedad. Hay escritos de filósofos contemporáneos que hablan de esta sociedad enferma de perfeccionismo, una sociedad cansada. Esto influye sobre estos adolescentes y en las encuestas revelan que se sienten muy presionados para el éxito. Esto ha aumentado en las últimas encuestas con la inteligencia artificial, porque lo viven como una amenaza; a la vez que les gusta —a todos nos gusta y todos sabemos que eso va a estar ahí y va a ser muy potente— les amenaza en sus propias expectativas. ¿Qué van a hacer ellos? ¿Cómo van a aprender de eso? ¿Les va a influir para sus expectativas laborales, sobre todo de aquellos jóvenes con menos formación, por ejemplo? Y tienen miedo a que la inteligencia artificial pueda suplantar algunos trabajos. La globalización que tenemos aquí presente; la globalización puede generar igualdad, pero también mucha desigualdad. Esto también puede cargar sobre la generación adolescente. Todos estos factores sociológicos puede que tengan que ver y no es fácil demostrar que eso influye.

Han hablado —y mezclo todas las preguntas— de los modelos familiares. Está claro que han cambiado los modelos familiares en las últimas décadas —esto no es en la última década, sino en las últimas décadas— y en algunos puede haber cierta confusión, familias que se constituyen varias veces, etcétera. Cuando algún padre me pregunta: ¿Eso le va a afectar al adolescente, a mi hijo? Yo le digo siempre: Sí, claro, ¿cómo no le va a afectar? Lo que pasa es que sabremos superarlo, lo que tenemos es no tanto que hablar de qué es lo adverso, sino de cómo superarlo. Pero, sobre todo, lo que ha cambiado es la forma de educar más que el modelo familiar, que también; hemos pasado de un modelo más autoritario, que era en el que nos hemos educado casi todos los que estamos aquí, más o menos autoritario dependiendo de nuestras familias, a un modelo que decíamos de parentalidad positiva o que se llama democrático, donde los límites, las normas no se imponen de una manera directa, se ponen, pero no se imponen. Cuidado, no es que no se pongan, pero ahí puede haber mucha confusión porque puede parecer que si las reglas no se imponen no existen. No, no pasamos a ese extremo.

Hay familias que se encuentran en esta situación, que no saben cómo poner límites y normas a sus adolescentes. Son adolescentes que entonces crecen muy vulnerables porque nunca han conocido dónde está el límite y si nunca te han puesto los límites difícilmente te los puedes poner tú a ti mismo, porque no has aprendido cómo se ponen. A veces hay estilos parentales que, con el buen ánimo de todas las familias de hacerlo bien, pueden generar modelos, por ejemplo, sobreprotectores en exceso o demasiado negligentes, o al menos sin una normativa clara, y esto también puede influir en las alteraciones emocionales que pueden padecer algunos de estos adolescentes. Preguntabas si no funciona la protección. A eso me refería, es justo esto lo que estamos diciendo, que a veces el buen trato familiar no acaba de funcionar porque tiene muchos matices que a veces pueden influir, entre otras muchas cosas.

También una cosa interesante para decirles a las familias, y quizá eso también influye en el número de diagnósticos —y enlazando con tu pregunta—, es que las familias tienen más educación sanitaria en general, o sea, no está todo tan mal. En general, la sociedad tiene más educación sanitaria y tiene, aunque nos parezca que no, más accesibilidad que antes a los servicios de salud mental —aunque falta mucha, pero tiene más que antes— y se presentan con sus hijos a consultar acerca de la posibilidad de tener un problema. Eso ha mejorado mucho la detección precoz y muchos trastornos pueden ser diagnosticados antes, o algunos que antes no serían diagnosticados y pasarían como bien se podía ahora son diagnosticados y tratados. Eso también puede tener influencia positiva. Esto se ve muy bien en los trastornos de la conducta alimentaria. Hace treinta años, la mayoría de los que acudían a tratamiento por anorexia debían ser ingresados, más del 80 % decía mi jefe en aquel momento. ¿Por qué? Porque venían tan mal que la única cosa que se podía hacer era ingresar y ahora ha cambiado justo al revés, solo tenemos que ingresar un 20 %, con el resto podemos hacer tratamientos en hospital de día o tratamientos ambulatorios intensivos. ¿Por qué? Porque las familias nos traen antes a sus hijos. Eso está bien, eso es una buena cosa. Eso es un ejemplo de cómo funciona bien la educación sanitaria, que es uno de los aspectos, como bien sabemos los médicos, de la promoción de la salud.

Otros temas. El psicólogo en las universidades está bien. Siempre ha habido centros de atención psicológica en las universidades. Yo estudié en Barcelona y no me acuerdo si había o no, pero aquí ya en las universidades —la nuestra, la Autónoma, todas— sí que hay centros de atención psicológica que prestan servicio a los estudiantes o familiares incluso también, a veces se amplía porque no vas a decir que no. Eso ha existido siempre. La figura nueva es un psicólogo que está encargado —así lo entendí yo

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 194

23 de octubre de 2024

Pág. 35

cuando lo leí— de un programa muy específico, que es la prevención del suicidio. Bien, si tiene claro cuál es el programa, qué es lo que tiene que hacer y con quién lo va a hacer... Porque un psicólogo solo para 5000 estudiantes o 6000 o 7000 es algo que hay que ver; supongo que estará bien previsto, si no no estaría. Pero también te digo que la prevención del suicidio no es cosa solo de un psicólogo, es cosa del grupo, de más de un psicólogo y de toda una estructura que haga que no sean posible esas reacciones.

Pero está bien la iniciativa, está bien poner encima de la mesa la prevención del suicidio en la universidad, en el adulto joven que, como tu muy bien dices es como un adolescente y no es como un adolescente. De hecho, están diciendo en la OMS que la adolescencia no es hasta los 18, sino hasta los 21. Va a ser pronto hasta los 25 años. ¿Por qué? Porque se están alargando mucho todos los procesos adolescentes: la formación escolar, se tarda mucho más en la incorporación a la vida laboral, a formar una familia independiente, es decir, la vida que se tiene de adolescente funcionalmente se alarga mucho más y esto coincide con la biología. El cerebro acaba de formarse en su etapa adolescente hacia los 30, o sea, las funciones superiores del todo, el máximo nivel de abstracción y de toma de decisiones y juicio finaliza cerca de los 30 años, o sea que tampoco es tan raro todo esto de lo que estamos hablando. En nuestra sociedad se alarga y funciona a veces aparentemente igual un chaval de 25 años que uno de 17. Es una buena iniciativa si está avalada por un programa —que supongo que lo estará, por supuesto— y por una accesibilidad a recursos sanitarios cuando sea preciso. Porque, claro, una cosa es detectar en la comunidad, pero yo tengo luego que dar una respuesta. En un programa de prevención en el que estamos trabajando eso es lo que yo dije: no voy a detectar nada a un colegio si yo no tengo medios para responder a lo que estoy detectando. Eso creo que es lo lógico.

Con relación a lo cultural, los esclavos de los que hablabas, los esclavos de la cultura, eso creo que ha sido siempre. Todos los humanos somos esclavos de nosotros mismos, nos generamos esta autocárcel y esto lo relacionabas con el etiquetado como trastorno mental de algunos malestares. Sí, y esto fijate que hasta los de la comisión lo dicen; lo dicen bonito —bueno, lo he traducido yo así—, como la hipótesis de la inflación de la prevalencia, que puede darse. O psiquiatrización en exceso por exceso de divulgación de la salud mental. Es decir, eso debemos tenerlo en cuenta; para los que somos clínicos no es tan difícil, porque nosotros tenemos muy claro lo que es un trastorno o no —más nos vale tenerlo claro—, pero sí es cierto que en otros niveles más sociales o educativos pueden no tenerlo claro. A veces es más, los jóvenes y los adolescentes ponen etiquetas psiquiátricas, está introducido en el lenguaje, tienes toda la razón. Te dicen: Es que estoy bipolar. Yo no lo decía cuando tiene su edad. ¿Bipolar? Eso es una enfermedad muy grave. Entonces ellos dicen: Tú estás bipolar, entre otras cosas, y no como nada malo, sino simplemente cuando tienes la inestabilidad emocional. Entonces, sí, hay que aclarar perfectamente cuál es el etiquetado, qué es un trastorno, qué no es un trastorno, y lo que no es un trastorno es un malestar, y el malestar hay que gestionarlo.

Por eso son tan importantes los programas de gestión emocional durante la infancia y la adolescencia. Durante la infancia ya empiezan en la edad escolar, un niño empieza a saber gestionar sus emociones desde la infancia, desde que tiene 4 y 5 años se le puede hacer toda la regulación emocional. Entonces está claro que ahí tenemos un asunto a solucionar, que es que nuestra generación sepa regular sus emociones. Esto en el lugar más fácil donde te vas a encontrar más adolescentes es en las escuelas y ahí los programas de aprendizaje socioemocional y de resiliencia son muy interesantes. Han demostrado hace muchísimos años y en metanálisis que funcionan y no están implementados en nuestro país, son anecdóticos. Muchas veces no están implementados porque las condiciones escolares no lo permiten. No sé quién decíais que parece que los alumnos no confían en los profesores, y es cierto, en las estadísticas sale eso, pero ¿por qué no confían? Los profesores lo hacen lo mejor que pueden, lo que pasa es que muchas veces están bastante sobrepasados y, sobre todo, está muy sobrepasada una figura que debería ser esencial para este tipo de intervenciones: el orientador escolar.

He estado trabajando con muchos orientadores escolares en cursos porque ellos han pedido formación y la verdad es que las tasas son peores que las de psiquiatría. Estamos hablando de que hay algún orientador que tiene 5000 alumnos para él solo. ¿Qué tipo de promoción de la salud va a hacer alguien con esas tasas? Es decir, tenemos que poner el foco ahí también, en qué es lo que está pasando en la escuela, cómo mejorar la atención de todos esos profesionales, que son distintos a los psicólogos y a los psiquiatras, pero que van a hacer muy buen trabajo en la promoción de la salud.

Igual que la figura de la enfermera escolar. Aquí en Madrid tenemos un buen número —para nada es suficiente, pero es un buen número— y hay una experiencia muy demostrada en otros países de que es una figura que puede ayudar a la promoción de la salud, así como atender a aquellos niños que, teniendo

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 194

23 de octubre de 2024

Pág. 36

una enfermedad mental, por supuesto continúan su escolarización y a veces necesitan un apoyo escolar. La figura de la enfermera escolar es además un apoyo en la escuela en algunos momentos.

Hablabais de los mitos del suicidio, he apuntado muchas cosas. Preguntabais si es bueno hablar del suicidio. Esa era la pregunta que nos hacíamos antes. Es verdad que antes no nos enterábamos bien, a veces era culpa de los propios profesionales de la salud, que no habíamos estudiado bien qué pasaba si se hablaba del suicidio en la comunidad. Ahora se sabe perfectamente que el hablar del suicidio de una determinada manera —es decir, sin dar detalles, sino hablando de ello como una expresión de sufrimiento— es una manera de que la gente conozca, se sensibilice e incluso pueda ayudar a personas cercanas que estén en esta situación. Es decir, el no hablar está absolutamente desterrado; es más, el esconder que existe el suicidio es muy negativo y no es ninguna acción preventiva para evitarlo.

Hablabas de los teléfonos de suicidio, tanto del público, el estatal, como otros de fundaciones que llevan muchísimos años trabajando en ello. El otro día estábamos trabajando con la Fundación ANAR, porque nos pidieron una formación de salud mental infantil, y estuvimos allí y me di cuenta del trabajo que están haciendo desde hace tantísimos años. Creo que este tipo de actuaciones son positivas, siempre y cuando sean capaces de derivar adecuadamente y con buena accesibilidad al sistema sanitario cuando sea preciso. Tienen unos protocolos excelentes todos los que tienen un teléfono de este tipo. Yo creo que es una buena práctica, entre otras muchas, de prevención del suicidio. El plan nacional de prevención del suicidio creo que es algo obligatorio porque en veinticuatro años han aumentado un 25% los suicidios en España. Por lo tanto, es bastante evidente que necesitamos un plan de suicidio. Ya cuando las cosas son tan evidentes, entonces sí, y lo va a haber por lo que sabemos.

Hablabas de la familia con estos modelos distintos y me decías que estamos un poco desde cero. Bueno, vamos a ver, la atención a la salud mental infantil, aunque la especialidad es del año 2021, como os imaginareis los niños con problemas mentales existían en España y eran tratados por personas que nos formábamos donde podíamos, la mayor parte de las veces en el extranjero. Actualmente —y lo enlazo con la pregunta de cómo acceder a los sistemas—, la salud mental es comunitaria, es decir, la atención ambulatoria se da en los centros de salud mental, que deben tener todos un programa de atención ambulatoria infantojuvenil. Esto está muy claro en al menos tres comunidades: Cataluña, Euskadi y Madrid. En otros lugares existen, por supuesto, los programas infantojuveniles, pero de forma un poquito menos desarrollada. Por supuesto, tienen que ser programas diferentes a los de salud mental del adulto porque las técnicas terapéuticas son distintas, la aproximación es diferente, la especialidad ahora ya es diferente y lo es también en la mayoría de los países, de hecho, éramos el único país de Europa que no tenía la especialidad. Sí, los servicios tienen que ser distintos y mayormente comunitarios, tal como entendemos al menos nosotros la salud mental en España. Y el acceso tiene que ser a través de la atención primaria, a través de pediatría —en la medida que haya— o a través de médicos de familia en función de pediatra, que aún quedan. Tenemos tratamientos intermedios, hospitales de día —que son tratamientos intensivos intermedios—, tenemos unidades de hospitalización que tienen que ser específicas, como la ley indica. La ley establece que los niños no pueden ingresar con los adultos porque hay que proporcionar al paciente las condiciones que necesite, según la condición de sanitaria clínica y de edad. Por eso tienen que ser unidades separadas. Aún quedan algunas unidades un poco a la mezcla en España, es decir, hay que homogeneizar muy bien a lo largo de todos los territorios.

Existen planes de salud mental en ocho o nueve comunidades de España, planes de salud mental específicos que incluyen una estrategia para salud mental infantil. Creo que el plan puede ser independiente perfectamente y que en cualquier guía de recomendación de cualquier patología —si te sirve un poco para contestar a tu pregunta— siempre se dan recomendaciones distintas para menores y para mayores, por ejemplo. Creo que eso hay que separarlo si queremos ser precisos, si no queremos hacer una cosa general así sin más o hacer como que el niño es un adulto en pequeñito, que este es el fallo que siempre se nos ha atribuido.

Hablaba alguien —creo que eráis vosotros también— de las herramientas tecnológicas y la influencia en la salud mental. Las redes sociales tienen algoritmos que lo que pretenden es que te quedes en la red, y lo han reconocido los propios que las han diseñado, que han tenido que hacer como indemnizaciones o están pensándose. ¿Quién tiene el cerebro más sensible a descargas de dopamina, hedonismo, placer y entusiasmo con el algoritmo? Los adolescentes. Por tanto, son los que más van a quedarse con ese algoritmo. Hay controles parentales, en la educación digital hablamos de limitar el tiempo, o sea que no estén, cinco, seis o siete horas, hay limitar sobre todo el tiempo nocturno. El tiempo nocturno es muy importante porque quita el sueño, además, la pantalla de luz hace que no se pueda segregarse la melatonina

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 194

23 de octubre de 2024

Pág. 37

por razones puramente biológicas. Es decir, hay que limitar el horario y los contenidos, que es lo que hacen sobre todo los sistemas de control parental, que las familias tienen que conocerlos y los conocen. En los juegos está el código PEGI, que sería como aquello de los rombos que teníamos nosotros en la tele, es el código europeo para orientar sobre la edad. Lo que pasa es que las familias no lo conocen, pero tenemos que hacer un esfuerzo para que lo conozcan, o sea, la educación digital es algo que debemos tomarnos en serio. Es decir, la tecnología va a seguir estando y nosotros vamos a aprender a convivir con ella y también nuestros adolescentes y niños sin que sea un problema. Hay que romper la brecha digital en las familias; siempre les digo a las familias: No me digas que tú no sabes de esto; aprende, tienes que aprender. ¿Dónde aprendo?, me preguntan. Y ahí es donde nosotros tenemos que publicar muchas cosas para que puedan aprender fácilmente y romper esta brecha digital.

Me gusta mucho la pregunta de la insatisfacción por la imagen corporal porque en nuestro servicio trabajamos una unidad de trastornos de la conducta alimentaria desde el año 1992. Es de las decanas del país, la primera o la segunda, estamos ahí ahí, compitiendo con Barcelona y con Clínic. En las mujeres hay una peor salud mental en la adolescencia, sobre todo a costa de los trastornos emocionales y los de la insatisfacción de la imagen corporal. La satisfacción de la imagen corporal es igual en chicos y en chicas hasta la adolescencia, es muy similar, pero en la adolescencia se dispara la insatisfacción en las mujeres, mientras que en los hombres es magnífica la satisfacción con su propio cuerpo. Entonces, ¿qué es lo que hemos visto? Que las redes sociales han amplificado esta cuestión que ya conocíamos de antes de hace doce años, que fue cuando vinieron todas las redes. Ya existía, no es que sea algo nuevo, simplemente han aumentado las horas de uso viendo cuerpos idealizados y además varios modelos de cuerpos idealizados. Ahora no tenemos solo el delgado, sino que tenemos muchos más diferentes, lo que hace que se incremente esta tendencia a la insatisfacción corporal. Es bastante serio y carga principalmente sobre las mujeres. El de las mujeres adolescentes es un grupo bastante vulnerable en este aspecto, porque la insatisfacción corporal unida a cuatro o cinco factores más puede organizar un problema de alimentación que, como ya les he dicho, puede ser bastante grave.

La cuestión relativa a que no confía en el sistema educativo ya la hemos contestado, y yo creo que no me dejó nada. No, ¿verdad? Yo he intentado responder a todo.

No sé si quedaba algo sobre las diferencias de atención con el adulto. Creo que son muy claras, los protocolos son distintos. No es lo mismo. Pondré un ejemplo: en urgencias cuando hay un psiquiatra de adultos y viene un niño se asusta un montón porque no sabe el protocolo a seguir, a veces le cuesta abordar la urgencia de un niño de 9 o 10 años porque son absolutamente diferentes, las recomendaciones son distintas en todas las guías. Creo que no es por un capricho el querer distinguirnos, sino porque es que realmente el corpus teórico es diferente y no podemos adaptar lo que está pensado para adultos a los niños, del mismo modo que la medicina interna no se adapta a la pediatría, sino que la pediatría tiene un corpus científico y la medicina interna tiene otro.

No sé si he podido contestar a todo, pero gracias por escucharme a estas horas.

El señor **PRESIDENTE**: Al revés, muchas gracias a usted. Le agradezco la paciencia que ha tenido al esperarnos a nosotros, que estábamos en una sesión sobre el Parlamento y salud mental, pero versión local. **(Risas)**. Y eso es lo que nos ha retrasado un poco. Pero para nosotros es un placer escucharla.

Muchísimas gracias porque hemos aprendido muchísimo y estoy seguro de que intentaremos integrar sus lecciones en nuestro balance final.

Muchísimas gracias a todos por estar aquí.

Se levanta la sesión.

Eran las diez de la noche.