

Situación actual de la Salud Mental de niños y adolescentes en el Perú.

Dr. Yuri Cutipé Cárdenas¹

Muy buenas noches. Quiero en principio agradecer al doctor Rolando Pomalima, a la Academia Nacional de Medicina por la invitación para participar en este simposio, con un tema que es tan vigente, tan del momento, como es la salud mental; más aún en un segmento poblacional, en una etapa de vida tan sensible a los acontecimientos vitales como es la infancia y la adolescencia. También deseo agradecer la posibilidad de compartir este espacio con el doctor Pedreira y con el doctor Lecannelier, con quienes también hemos compartido otros espacios y recibido soporte para los procesos que el Ministerio de Salud viene implementando. Hablar de actualidad en la salud mental de niños, niñas y adolescentes en realidad es un decir, porque esta actualidad es una continuidad de lo que ya venía ocurriendo. No es que fuera un jardín de rosas la situación de la salud mental de la población en general y en particular de la infancia y la adolescencia previamente a la pandemia. Sin embargo, la pandemia, como en muchos aspectos de la vida de los seres humanos, ha venido a constituir una especie de aumento respecto a nuestras debilidades, no solamente personales sino fundamentalmente sociales. También ha debilitado fundamentalmente nuestras fortalezas personales y comunitarias.

He dividido la exposición en dos partes. Una da cuenta de algunos datos. Muchos se han mantenido y algunos se han remarcado mucho más sobre indicadores de la salud mental en estas dos etapas de la vida. Previamente

a esto, debemos decir que la salud mental es muy sensible en el curso de la vida de las personas, en cualquiera de sus etapas, a los determinantes sociales del ambiente. Son reconocidos factores, por ejemplo, la propia edad, o sea, la etapa de vida, el pertenecer a un grupo étnico, la diversidad de género, la igualdad de género, así como el ingreso económico, la inseguridad alimentaria, la presión financiera tan vigente en estos momentos, la tenencia y la calidad de trabajo. Estos son identificados como aspectos trascendentes que favorecen o debilitan la salud mental de las personas en cualquier etapa de la vida, directa o indirectamente. En la infancia y adolescencia fundamentalmente, a través del bienestar que genera el trabajo, por ejemplo, sabemos que, dentro de todos estos factores, el principal factor protector de la salud mental de un niño o una niña es la salud mental de sus padres o sus cuidadores. Esto es muy dependiente, por ejemplo, de la posibilidad de tener un trabajo.

También influyen factores como la propia seguridad en la ciudad, en la vía pública, la estructura y calidad de la vivienda, la densidad poblacional, el acceso a la recreación y eventos ambientales, que van desde los propios desastres naturales como el que estamos viviendo hasta por ejemplo fenómenos migratorios internos o externos. Son factores que pueden generar violencia y trauma; así también ciertas características sociales, culturales y políticas, como por ejemplo el

¹ Director ejecutivo de Salud Mental del Ministerio de Salud; especialista en psiquiatría por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; especialista en psiquiatría de niños y adolescentes por la Universidad Peruana Cayetano Heredia; egresado del doctorado en salud pública de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; exdirector ejecutivo de la Dirección de Salud Colectiva del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado Hideyo Noguchi".

capital social individual o comunitario, la confianza, la participación social, el soporte social, la calidad educativa y otros aspectos asociados a la estabilidad social y cultural. Son una variedad de factores que se intersecan de manera diferente en cada persona, en cada etapa de vida, y que van generando posibilidades de un mejor afronte a las situaciones que se presentan o también de debilitamiento de la salud mental.

En virtud de estos factores, en diferentes etapas, ya previamente se reconocían efectos validados de intervenciones en los espacios familiares, comunitarios, y en el espacio educativo escolar, el cual prácticamente se ha retraído totalmente al hogar. Son factores difíciles de ser acometidos en estos momentos, pero implican un reto para poder instalarlos y desarrollarlos a futuro de manera que constituyan también un cinturón de protección en el cuidado de la salud mental de las poblaciones en edades tempranas. En nuestro país un tercio de la población son niños, niñas y adolescentes, cerca de 10 millones. Uno de los problemas que arrastramos históricamente, y en el que en realidad hacemos muy pocos avances –lo que ha sido mucho más manifiesto durante la pandemia– es, por ejemplo, la violencia, la violencia en el entorno familiar. Sabemos que 7 de cada 10 niños, de 9 a 11 años, alguna vez en su vida fueron víctimas de violencia psicológica o física por parte de las personas con las que viven, es decir, en su entorno familiar.

Sabemos también que esto ocurre en los adolescentes. La proporción es mayor, de 8 sobre 10, y también sabemos que la violencia sexual sigue haciendo presa de la adolescencia. Conocemos que, por ejemplo, 3 de cada 10 adolescentes son víctimas de violencia y que, en el último año, aproximadamente el 20% fue víctima de violencia sexual, inclusive en el entorno familiar. También tenemos conocimiento de situaciones de violencia o experiencias de violencia, como la propia trata de personas: se enfoca o golpea en esta etapa de la vida, en la adolescencia, especialmente entre los 13 y 17 años, donde se concentra aproximadamente el 50% de los casos de trata de personas en el Perú.

Otro tema muy importante a tener en cuenta como un factor mediador de bienestar en estos tiempos de aislamiento, y que es mediador de la educación y del cierre de brechas, es el acceso a internet. Datos nacionales señalan que aproximadamente solo el 60%

de la población de seis a más años accede a Internet. Son datos de enero del primer trimestre de este año 2020 que nos sitúan a seis puntos más que el año pasado, pero también significa que hay un 40% de personas mayores de seis años que no accede a ese espacio, es decir, que son 10 millones de habitantes y aproximadamente 4 millones de menores de 18 años que no tienen acceso a internet. El acceso a internet es en realidad un vehículo de cierre de brecha educativa, tanto en nuestro país como en el mundo, y esto es mucho más agudo en las áreas rurales, donde el acceso llega sólo a cerca del 24%. Asimismo, a nivel nacional, cuando analizamos la data entre 6 y 11 años, es decir, desde la escolaridad primaria, vemos que solamente 3 o 4 de cada 10 niños tienen acceso a internet.

Este es un tema muy importante, y también el señalar que este acceso fundamentalmente es por medio del celular, lo que implica grandes dificultades al no tener una computadora o un dispositivo que pueda generar mejores facilidades para la interacción. Además, es importante tener en cuenta que ha habido un escalonamiento desde el año 2014, cuando sólo el 12% de menores de 17 años tenía acceso a internet, a un 75% en que se ha llegado en el primer trimestre de este año.

Esto implica un riesgo de sobreexposición, al ser tanta en este momento la población infantil y adolescente que demanda tener acceso a estos dispositivos. Hay un estudio de hace mucho tiempo, pero muy bien formulado por el Instituto Nacional de Salud Mental. Su autor es el doctor Pomalima, quien informa cuántos menores de 10 años en sus poblaciones tenían algún problema de salud mental. Sabemos que aproximadamente el 20% de adultos tiene algún indicio de patología, que presentan patologías inclusive los menores de 5 años, lo cual se expresa en problemas fundamentalmente de carácter externalizante. Esto requiere el apoyo a los cuidadores para que puedan ayudar a resolver las dificultades que tienen los niños, las niñas que tienen estos sufrimientos, estos malestares o estas dificultades para su desempeño frente a las demandas de su etapa de vida.

En adolescentes también la depresión empieza a aparecer y requiere respuestas, porque inclusive el riesgo de suicidio va incrementándose según va empeorando o haciéndose severo el episodio. El sistema

tiene que estar preparado para esto. Sabemos que las brechas de atención son enormes en Latinoamérica y en nuestro país, como que estamos a la cola respecto a las coberturas de atención. Solo en los últimos años hemos podido empezar a descentralizar los servicios de salud mental y mejorar el primer nivel de atención en todo el territorio nacional. Vemos que esto se refleja en ciertos avances, pero también da cuenta de una necesidad muy insatisfecha. Al observar las curvas de atención en las distintas etapas de la vida, vamos viendo que hay un incremento de los casos atendidos por algún problema de salud mental, incluidos los efectos de la violencia. Vemos que la línea azul es la curva que corresponde a niños menores de 10 años, y es la que se ha incrementado desde 2012 con la inclusión de las coberturas por el Seguro estatal. En 2015 dio otro impulso con la expansión de servicios que vamos desarrollando en el Perú, siendo el grupo etario que más se está atendiendo en nuestros servicios, en todos los niveles de atención.

Ahora, la pandemia ha significado un estresor inicialmente inadvertido. Pensábamos que era como la extensión de las vacaciones de verano y que esto iba a terminar pronto. Creo que ha sido una percepción generalizada, pero que todavía el horizonte está muy lejano respecto a que esto pueda terminar en algún momento, como habríamos pensado en este proceso. Esto cobra importancia para tener en cuenta las posibilidades de respuesta al estrés, las reacciones de respuesta al estrés de niños y niñas y adolescentes, con sus particularidades. Esto confirma que los adultos, en realidad, o los cuidadores contribuyen justamente a reducir la intensidad y prolongación de las respuestas al estrés. Cuando la respuesta al estrés es extrema y persistente en un niño, y no existen relaciones de amortiguación disponibles para él, puede haber una mayor probabilidad de daño y debilitamiento de la salud mental en esta etapa.

Sabemos que hay diferentes respuestas al estrés y que dependen de las características personales, pero fundamentalmente dependen del entorno familiar y el entorno social y comunitario. Hay respuesta al estrés positivo que prácticamente se autolimita, como la hay al estrés tolerable. Suelen tener mayores dificultades en cuanto a gravedad y durabilidad; depende mucho la amortiguación de las relaciones con adultos que ayuden a adaptarse al niño. Pero también hay, digamos, una

configuración diferente, como es la respuesta al estrés crónico que se prolonga, que implica adversidades fuertes frecuentes, como por ejemplo cuando niños o niñas son sometidos a violencia de manera prolongada, asociada a la afectación de la salud mental de los adultos que son cuidadores. Sabemos que, en el mundo, entre el 15 y 25% de los padres de niños y niñas tienen algún trastorno mental, un problema severo en su salud mental y que requieren el apoyo para mantener un equilibrio relacional en el proceso de crianza, en el proceso de acompañamiento al desarrollo del niño o niña. Cuando no se dan estos apoyos y se instala una respuesta al estrés tóxico, una respuesta prolongada, los daños pueden ser múltiples a largo plazo.

Probablemente, durante la pandemia, gran parte de la población menor de 18 años está sometida a este tipo de efectos que seguiremos viendo en el futuro. También está claro que esta pandemia es muy particular, tan particular que será seguramente una de las más estudiadas por los diferentes ámbitos de la ciencia, incluidas las ciencias de la Salud. Por pandemias anteriores sabemos que, en epidemias, la cuarentena, el aislamiento es un factor de riesgo muy importante en los niños, niñas y en sus cuidadores. Ha habido estudios tempranos que han aparecido, revisiones sistemáticas que dan cuenta de la asociación entre el aislamiento social y la soledad, del riesgo de depresión y también de ansiedad, especialmente de conductas autolesivas, ideas de suicidio y problemas de alimentación. Especialmente quiero subrayar esto de las conductas autolesivas. Ya veníamos teniendo un incremento importante de ellas en el Perú, sin que ello necesariamente significara una tendencia concreta al suicidio. Como se ha visto en muchas partes del mundo, parecería que es una conducta compensatoria de frente a la ansiedad que, de manera poblacional en determinados segmentos, va reemplazando al consumo de alcohol y otras drogas. Hay que recordar que en nuestro país la tasa de consumo de drogas ilegales es bastante baja respecto a los países de la región. También unos primeros estudios dieron cuenta de estos efectos, estos malestares emocionales adaptativos. Iremos viendo cómo van generando problemas de convivencia en el proceso de desarrollo, pero también iremos viendo sus efectos a largo plazo en Perú.

Desde la Asociación Psiquiátrica Peruana -con atención a niños, niñas, adolescentes- se realizó una encuesta

temprana antes de los tres meses de iniciada la cuarentena. Ya los padres daban cuenta de que había una proporción importante (69%) con estos malestares emocionales. La semana pasada se dio cuenta de un estudio hecho durante el mes de octubre en menores de 6 años por la Universidad Católica y la Fundación Baltazar y Nicolás que da algunos datos muy importantes para tomar las previsiones desde el Estado y, en general, desde la sociedad para atenuar o mitigar los efectos de la pandemia. Se sabe, por ejemplo, de acuerdo con algunos de estos datos, que aproximadamente el 46% de los padres reconocieron que sus hijos estaban mucho más demandantes que previamente a la pandemia, que el 41% de los niños incrementó su demanda durante la pandemia y que, además, este porcentaje se eleva al 65% cuando los niños tienen algún tipo de discapacidad. También es importante destacar el siguiente hallazgo, proporcionalmente muy notorio: aproximadamente 4 de cada 10 padres o cuidadores han tenido tanto dificultades de afrontamiento como también de soporte para las tareas parentales, lo cual nos va mostrando las dos caras de una misma moneda respecto a las necesidades de intervención. Es decir, el soporte emocional de la competencia parental proviene del soporte emocional que podrían recibir los padres, pero también del soporte social que es tan necesario, más aún en esta situación multiproblemática que venimos viviendo. Los adultos justamente son los primeros que han experimentado estos malestares. De abril a septiembre, según una encuesta nacional, la proporción de malestares adaptativos emocionales había aumentado en los adultos. Fundamentalmente estos malestares se concentran en niveles socioeconómicos bajos, los más bajos de quienes tienen trabajo independiente, es decir, muy vulnerable, y en quienes no trabajan; asimismo, también en mujeres que se han sobrecargado durante esta época justamente por los patrones machistas que todavía hay en la dinámica familiar.

De otro lado, en las respuestas obtenidas desde los Estados en el Perú y el mundo se ha observado inmediatamente la retracción de la oferta y de los servicios por el cierre de la movilización. Un ejemplo lo tenemos en las llamadas a la línea central 113 opción 5, de soporte por salud mental del Ministerio de Salud.

En cada región también se han abierto todos estos servicios para dar el soporte inmediato en situaciones críticas y el Ministerio "hizo pico" con estas llamadas

en el mes de mayo, pero esto ha ido disminuyendo paulatinamente como ha ido cayendo la pandemia y aumentando la movilización social. De tener alrededor de 600, actualmente estamos en alrededor de 300 llamadas diarias. Los servicios de salud mental en nuestro país, como en el resto del mundo, se han retraído. Fundamentalmente pensamos que los niños, las niñas que venían atendiéndose, como vimos en la anterior gráfica, son los más perjudicados.

Esta es una curva general que se compara con la producción del año anterior. Allí aparece que, en el mes de abril, caímos prácticamente el 26% de la capacidad de operación que teníamos antes. Esto se ha ido recuperando, y ya, para el mes de octubre, hemos recuperado en un 80% la capacidad de operación en todo el sistema y en todos los niveles de atención. La atención presencial es la más usada, porque -dadas las dificultades para el acceso de gran cantidad de la población a los medios virtuales, como hemos podido ver- es muy difícil esta instalación. Haber tenido que implementar estos servicios ha sido como "sacar un conejo del sombrero", o sea, casi operar por arte de magia, porque esta situación obviamente no había sido prevista por nadie. En los centros de salud mental comunitaria -uno de los servicios que en cada territorio se viene implementando, junto a las unidades de hospitalización y los hogares protegidos, para generar una mayor capacidad de cobertura en cada territorio respecto a las personas con sufrimientos psíquicos o mentales- vamos viendo que también hubo una caída muy importante. Pero ya tempranamente, desde el mes de agosto, se pudo sobrepasar la capacidad de respuesta del año pasado y estamos en pleno ascenso.

Obviamente hay la ventaja de que estos servicios están territorializados. De igual manera, la implementación de los medios virtuales hizo posible que la curva se elevara de manera sorprendente; sin embargo, esto va cayendo, se va instalando la atención presencial en niños y niñas y vamos viendo que el perfil de problemas que se van atendiendo es similar al perfil de años anteriores. Por ejemplo, trastornos emocionales y del comportamiento y trastornos del desarrollo abarcan aproximadamente el 75% de la demanda que se atiende, y en adolescentes aparecen obviamente los trastornos de ansiedad, depresión, y son mucho más manifiestos los síndromes de maltrato en esta etapa.

También las muertes por suicidio entre los 10 y 17 años han “cobrado pico” en el año 2020, inclusive previamente a la pandemia. Es este un año bastante particular. Perú tiene una tasa de suicidios, aun con el dato corregido, de las más bajas de Latinoamérica. Sin embargo, dado que somos 32 millones de habitantes, cada año mueren desgraciadamente por suicidio alrededor de 1,500 niños o personas entre 10 y 17 años. En este año, en los dos primeros trimestres, ha habido un buen número de casos, una casuística importante que hace que se demanden servicios de salud que tengan como característica muy importante la continuidad de cuidados que estamos impulsando a través del nuevo modelo. Es un modelo territorializado, porque estas personas no solamente están acá en Lima, están en todo el país; muchas veces requieren también un soporte permanente, e inclusive a veces de hospitalización breve, lo que es necesario advertir en todo el territorio nacional. Nuestras recientes unidades de hospitalización fueron retraídas para instalar servicios de atención a pacientes COVID y, desgraciadamente, en espera de la segunda ola, aún no las podemos recuperar totalmente.

Finalmente, con respecto a la casuística de violencia, comparando este año con el anterior -según datos del Ministerio de la Mujer en sus servicios de protección social- tenemos la mitad de la casuística del año pasado. Fijense: en abril, mayo y junio es cero. En realidad, no es que no haya habido casos, sino que los servicios se cerraron, y los servicios ambulatorios itinerantes que se instalaron fueron obviamente del todo insuficientes. Ahora bien, el perfil –comparativamente hablando- no ha cambiado, la violencia sexual en adolescentes sigue siendo un principal factor de peso en los casos registrados por este sistema. Y son los padres y las madres, desgraciadamente, los principales agresores cuando se trata de violencia económica, psicológica y física. Hay encuestas que se están realizando actualmente.

El Ministerio de Salud y UNICEF están llevando a cabo una encuesta, cuya muestra se ha cerrado el día de ayer y todavía está en proceso. En ella se evalúan algunos aspectos de la salud mental tanto de los hijos como de los padres; asimismo, algunos aspectos psicosociales importantes a tener en cuenta para las estrategias que puedan implementarse con los escasos recursos que

aún tenemos. También está por empezar un estudio epidemiológico en niños, niñas y adolescentes en Lima. Lo va a realizar el Instituto Nacional de Salud Mental con el equipo del doctor Pomalima. Dicho estudio promete tener una mayor fortaleza en el diseño mediante una muestra por viviendas que podría ofrecer un mayor valor predictivo. El Ministerio ha venido emitiendo una serie de documentos para orientar la acción desde los servicios de salud mental con una perspectiva comunitaria, territorial, multidisciplinaria y de trabajo con la comunidad. De esta forma se trata de volver a articular la comunidad en el territorio; esto, en zonas donde nuestros equipos han tenido, inclusive, que promover ollas comunes para poder llevar alimentos, lo cual tiene mucho mejor efecto tranquilizador o adaptativo que cualquier otra intervención, sin que ello suponga dejar de dar el soporte correspondiente.

Ha habido también una epidemia de capacitaciones a partir de estos documentos y con miles de participantes profesionales, especialmente del primer nivel, tanto con la Escuela Nacional de Salud Pública como con el Colegio Médico. Articuladamente con el MINEDU se ha procurado la instalación de una serie de actividades para promover el bienestar a través de una serie de cartillas que se han difundido en sus redes sociales; de este modo se ha procurado articular todas estas redes con los servicios ya actualmente implementados en todos los territorios. Requerimos seguir con la expansión porque muchos territorios todavía no tienen estos servicios. Es necesario que orienten sus esfuerzos, tanto al cuidado como a la atención de las personas con problemas de salud mental, focalizándonos en los sectores más vulnerables, como son los niños y las niñas. Como promoción se está impulsando el desarrollo de intervenciones en la residencia individual, la parentalidad positiva, el manejo del estrés y el afrontamiento positivo, el entretenimiento saludable y seguro, pero también y, fundamentalmente, el apoyo mutuo, la solidaridad y la cohesión comunitaria. Creo que esta pandemia está reafirmando que en realidad es el entorno racional y relacional, el entorno social que va definiendo el bienestar en nuestras vidas y que -como decía Antonovsky hace muchos años- “la salud se crea donde se vive, se estudia, se trabaja, se juega y se ama”; y la salud mental, también. Muchas gracias.