

## LA CONDUCTA AUTOLESIVA Y SUICIDA EN LA ADOLESCENCIA.

ENTREVISTA A PROFESIONALES DE ASISTENCIA PÚBLICA INFANTO-JUVENIL

Carmen Saavedra y Rafael Ferrer (TdP)



Sra. Dèlia Escarmís

Dra. Meritxell Fortea

Dr. Miguel Ruiz

Asistimos en los últimos tiempos a un aumento alarmante de las conductas autodestructivas entre los adolescentes, hasta llegar a niveles casi epidémicos. Más allá de la lógica alarma que este hecho produce y que se refleja en los medios, creemos importante acercarnos a este tema con sensibilidad y cautela debido a su repercusión social. Queremos hacerlo dando la voz a profesionales situados en primera línea, que trabajan en centros públicos de asistencia en salud mental infanto-juvenil.

El impacto que tiene en nosotros el suicidio de un adolescente es devastador. Nos preguntamos cómo es posible que, en el camino desde la infancia hacia la adultez, alguien decida que no encaja en esta sociedad, que su cuerpo o mente son incapaces de afrontar los desafíos futuros y opte por hacerse daño o quitarse la vida. Esta realidad nos remite a una escena de la película “Alemania, año cero” de Rossellini, en la que un adolescente alemán de 14 años se suicida al sentirse impotente ante la visión de una realidad que se le avecina y a la

que no puede hacer frente. Esta escena simboliza el fin de un mundo. Como nos recuerda Luis Feduchi (ver artículo en este mismo número de Temas de Psicoanálisis), el adolescente, enfrentado a un momento de grandes cambios y pérdidas, debe poder contar con un entorno capaz de brindarle un acompañamiento adecuado. Nos planteamos si sabemos ofrecer respuestas adecuadas a los nuevos desafíos a los que se enfrentan los adolescentes en la actualidad y si, de alguna manera, somos responsables de este aumento en su autodestructividad.

Cuando un adolescente contempla quitarse la vida, lo hace desde un profundo sentimiento de desesperación y tristeza, emociones difíciles de gestionar debido a su inmadurez emocional natural. Estos sentimientos pueden estar relacionados con conflictos, como la identidad, las relaciones interpersonales, la pérdida del sentido de la vida y el deseo de poner fin al sufrimiento. Las autolesiones y el suicidio en adolescentes son indicadores alarmantes de este profundo sufrimiento emocional. Son conductas que pueden surgir como un intento desesperado de encontrar alivio, liberación o control en medio de una tormenta de emociones abrumadoras.

Entrevistamos a:

- Sra. Dèlia Escarmís i Gàmez, psicóloga, Coordinadora del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) de Sants-Montjuïc, Barcelona, Grupo Sant Pere Claver.
- Dra. Meritxell Fortea i Vila, psiquiatra infanto-juvenil del mismo centro.
- Dr. Miguel Ruiz Veguilla, psiquiatra, coordinador de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Área V. Del Rocío de Sevilla. Ha participado activamente en los protocolos del programa de prevención del suicidio de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

*TdP. — ¿Existe actualmente un aumento de las conductas suicidas y autolesivas en los adolescentes?*

Escarmís y Fortea. — A nivel general de Cataluña se ha observado un aumento, tanto de las consultas a salud mental infanto-juvenil, como un aumento de su gravedad. Comparando los

datos de la prepandemia (2019) y la pospandemia (2021) destaca un aumento del 24% del número de visitas, un 40% más de hospitalizaciones, un 80% del número de diagnósticos relacionados con Trastornos de la Conducta Alimentaria y un 300% del número de activaciones del Código Riesgo Suicidio (CRS) en menores de 18 años. Estos datos generales coinciden también con lo que hemos observado en nuestro centro. También hemos observado un cambio en la forma de entrar en la red de Salud Mental. Durante y después de la pandemia hemos atendido pacientes adolescentes, sin consultas previas a Salud Mental, que han llegado al Centro después de una visita a urgencias o incluso después de un ingreso. Asimismo, aumenta de manera muy significativa la derivación urgente y preferente.

Ruíz Veguilla. — Efectivamente, se ha destacado un importante aumento en la demanda de asistencia por parte de adolescentes que enfrentan conductas autodestructivas. Esta problemática se ha multiplicado por dos en comparación con años anteriores. Sin embargo, hay una preocupante discrepancia entre este incremento y la falta de avances en la estructura de asistencia, la cual no evoluciona al ritmo que lo hace la demanda asistencial. En nuestra área de salud, que representa una parte importante de la población de Sevilla, se reveló que los intentos de suicidio han aumentado de manera significativa, pasando de 70 casos a 150 entre 2019 y 2022, lo que representa un incremento del doble. Este aumento es más predominante entre las mujeres, siempre ha sido así, lo tenemos muy bien recogido por barrios. No obstante, al examinar los suicidios consumados, se observó que la mayoría de ellos involucra a adolescentes varones. En Sevilla habrá al año 3 o 4 muertes por suicidio y en España ha aumentado, en el último año han sido unas 4000 muertes por esta causa. Estos datos resaltan la necesidad urgente de abordar adecuadamente la problemática de las conductas autodestructivas en los adolescentes. Además de ofrecer una asistencia integral, resulta imperativo mejorar y modernizar la estructura de atención para poder responder de manera efectiva a las necesidades de esta población vulnerable. La prevención, la detección temprana y la provisión de recursos y apoyo adecuados son elementos clave para revertir esta preocupante tendencia y brindar el apoyo necesario a los adolescentes que enfrentan estos desafíos.

*TdP. — Feduchi decía que uno de los temores de los adolescentes es quedarse encerrados en la infancia, ¿crees que la pandemia les ha podido afectar en este sentido a través de la obligada mayor convivencia con sus padres y hermanos?*

Ruíz Veguilla. — Eso parece, es muy posible que el uso de aplicaciones de mensajería en diferentes redes sociales les haya brindado a los adolescentes una forma de comunicarse con sus pares y les haya proporcionado cierto alivio. Sin embargo, es importante destacar que esta no es una solución completa, ya que no reemplaza la interacción y la experiencia de la realidad. Lo que hemos observado en nuestra área de salud es que, tras la pandemia, hemos presenciado un aumento significativo en las peticiones de asistencia y en los intentos de suicidio. Aunque en este momento estamos viendo una disminución en los números de intentos, la demanda de asistencia continúa en aumento. Esto nos indica que, si bien las cifras de tentativas pueden ser fluctuantes, el problema subyacente sigue presente y requiere atención urgente. Es crucial abordar de manera integral esta creciente necesidad de asistencia y proporcionar recursos adecuados para apoyar a estos jóvenes en situaciones de vulnerabilidad emocional.

Escarmís y Fortea. — Durante el confinamiento al adolescente le faltaban factores de protección y *detección* como son el entorno escolar, el grupo de iguales, etc. Por tanto, falló el sistema de detección precoz y derivación que permiten programas que tenemos en Cataluña, como Salud y Escuela o el Programa de Colaboración con Atención Primaria. Una vez restablecida la “presencialidad” en las escuelas, salud y ocio, se mantiene, aunque en menor medida, el aumento de la demanda urgente o preferente. Pensamos que este es uno de los cambios que se han mantenido, que la expresión del malestar o sufrimiento psíquico se presenta de forma aguda y sin encontrar un continente en el entorno natural que la pueda acoger, sostener o acompañar. Profesionales, familiares y adolescentes buscamos una respuesta desde la urgencia. Nos preocupa cómo respondemos, en algunos casos, al malestar o al sufrimiento psíquico, inherente al ser humano.

*TdP. — ¿Los adolescentes lo pasan peor ahora que antes? ¿Se puede prevenir?*

Escarmís y Fortea. — Hay que referirse al hecho de que los adolescentes se han visto privados de los factores de protección, tan fundamentales en esta etapa evolutiva. Con el confinamiento el adolescente permanece aislado en la habitación, sin grupo de iguales y sin referentes, más allá de los referentes que pueden ofrecer las redes sociales.

Los modelos que ofrecen las redes sociales tienden a ser modelos polarizados y disociados. Pasan de la felicidad y la perfección a etiquetas diagnósticas y exhibición de sufrimiento y síntomas. Esta *dualidad sin matices* lleva al adolescente a tener dos modelos extremos en los que no hay término medio, la felicidad ideal sin sufrimiento o la “psiquiatrización” del malestar psíquico. En esta polarización, ¿cómo puede sostener un adolescente el sufrimiento propio de esta etapa evolutiva? La inseguridad, el duelo y la pérdida por la infancia, la ambivalencia, la rabia, la tristeza, ... Parece que como sociedad tendemos a negar los estados mentales que comportan sufrimiento, aun no siendo patológicos, y por tanto, el adolescente se ve abocado a funcionar como los modelos de las redes sociales, ausencia de sufrimiento psíquico o búsqueda de una identidad en la patología.

La situación de confinamiento no solo tiene un impacto en el adolescente, sino también en las *familias*. La situación de crisis puede tener un impacto en la función de “holding”, ya precaria en algunas familias. Hemos podido detectar situaciones en que el padre o la madre han tenido problemas laborales, económicos, han perdido a sus propios padres, han tenido que confinar a toda una familia en una sola habitación, han tenido que confinarse con un maltratador, un abusador o un padre o una madre con problemas de alcoholismo. Los adolescentes nos relatan unas vivencias traumáticas de las que no hemos podido protegerlos. En todos estos casos ha aumentado el sentimiento de inseguridad hacia el entorno familiar y social.

Los confinamientos y la crisis generada por la pandemia han afectado de una manera desigual en función de la situación socioeconómica y esto ha impactado directamente en la salud mental. En nuestro Centro, que es público, hemos podido comprobar esta desigualdad en las consecuencias sobre la salud mental de nuestros pacientes. No hay que olvidar que

uno de los mayores predictores de patología mental son los factores socioeconómicos y es evidente que en esta crisis la población desfavorecida ha sido la más afectada.

Ruiz Veguilla. — Bueno, considero que hemos desarrollado una mayor sensibilidad a su sufrimiento en comparación con años anteriores. Antes, los padres no solían reaccionar de la misma manera frente al bajo rendimiento escolar. Se castigaba, y el sufrimiento se vivía en silencio. Ahora, contamos con más herramientas y recursos disponibles. Sin embargo, actualmente nos enfrentamos a un nuevo problema: la banalización de los intentos de suicidio entre los adolescentes, como si fuera una moda. Es por eso que considero importante abordar el tema de las emociones y los sentimientos en las escuelas, detectar qué chicos están pasando por momentos de depresión, pero sin enfocarnos directamente en el suicidio, ya que esto podría trivializar un acto que es extremadamente grave. Lo mismo ocurre con las autolesiones. Si un adolescente se hace una autolesión en forma de pequeño corte, buscando salida a su malestar, y comenzamos la conversación abordando ese aspecto concreto, estamos dándole luz a un cauce erróneo de liberación de ansiedad que esa persona puede recorrer nuevamente en un segundo intento, pero esta vez con lesiones más profundas debido a una mayor ansiedad. Por lo tanto, la prevención debe centrarse siempre en los sentimientos y las emociones: si estás pasando por un mal momento, estoy aquí para ayudarte. No debemos iniciar el diálogo mencionando directamente el suicidio, ya que se ha vuelto una moda en algunos grupos, como sucedió en los años 80 con el grupo urbano de “los góticos” que banalizaban las autolesiones y las practicaban cada vez más. Por eso, debemos abordar la tristeza en primer lugar.

En cuanto a la prevención, es cierto que al realizar la autopsia psicológica y al preguntar a familiares y amigos, se evidencia que existían sentimientos de sufrimiento desde hace tiempo: problemas para adaptarse, bajo rendimiento académico, etc. Pueden existir otras causas, pero los casos de suicidio debido a la falta de control o la ira son una minoría, y la capacidad de intervención en esos casos es también menor. Aunque se están implementando diversas medidas, como la presencia de enfermeros en las escuelas y la detección de emociones, es necesario organizarse y establecer a quién deben acudir los jóvenes cuando atraviesen situaciones difíciles. Por lo tanto, no debemos pasar por alto estos

indicadores tan importantes: un bajo rendimiento académico, menciones recurrentes sobre la muerte y el aislamiento de sus amigos.

A veces, los padres pueden no percatarse de estos problemas debido a la dinámica familiar existente. Por lo tanto, resulta fundamental contar con personal capacitado y debidamente formado en las escuelas para detectar estas señales. Con frecuencia, los niños pasan más tiempo en el entorno escolar que con sus propios padres, ya que generalmente están en la escuela desde las 8 de la mañana hasta las 5 de la tarde, a excepción de los fines de semana. Por tanto, las escuelas han asumido una responsabilidad más amplia: no solo enseñar a leer, escribir y adquirir conocimientos, sino también identificar situaciones de acoso escolar, depresión y sufrimiento emocional que los alumnos puedan estar experimentando.

*TdP. — ¿Crees que ha cambiado también la expresión de las autolesiones que antes parecían casi patognómicas de Trastorno Límite de Personalidad?*

Ruíz Veguilla. — Sí, definitivamente se han popularizado. Creo que la prensa también tiene su parte de responsabilidad en esto, aunque su cautela ha ido creciendo últimamente. Las autolesiones y la violencia entre los adolescentes ya no pertenecen a un grupo diagnóstico. Generalmente, además, ocurren en grupo... y es complicado, porque cuando cometen un acto violento, la gente tiende a decir: “Deberían encarcelarlos”. Pero en realidad, ese chico no es inherentemente malo, la atrocidad la comete mientras está inmerso en un grupo, y usualmente, suele ser el más joven y, en realidad, el más vulnerable. Los jóvenes corren riesgos en grupo, mientras que los adultos asumen riesgos individualmente. Hay un experimento interesante que ilustra esto que estoy diciendo: se les indica a los participantes que van a conducir a 100 km por hora y que los semáforos se pondrán en rojo de repente. En el experimento, los adolescentes solo tomaban más riesgos cuando tenían un compañero a su lado, pero cuando se realizaba con un adulto, éste solo asumía riesgos cuando estaba solo, no cuando iba acompañado. Los adolescentes son más propensos a cometer actos delictivos cuando están en grupo y rara vez lo hacen solos. Con el suicidio está sucediendo

algo similar, se está volviendo un acto grupal.

Escarmís y Fortea. — Efectivamente, hay un aumento significativo de las autolesiones -especialmente en forma de cortes con objetos punzantes- y un aumento de la ideación o los intentos autolíticos entre adolescentes. En Catalunya cuando un adolescente acude al hospital por un intento autolítico o una ideación, se activa el Código Riesgo Suicidio (CRS) y tenemos constancia de que las activaciones del CRS han aumentado un 300% después de la pandemia. También hay que decir que, a pesar de este aumento de CRS, no han aumentado las muertes por suicidio en la población infantil y juvenil.

Un dato también importante es la edad de inicio de estas conductas, que observamos cada vez es menor. En 2023 hemos atendido pacientes de 11 años que han consultado después de una tentativa autolítica llegando incluso a la ideación autolítica con 10 años. En el número de pacientes con autolesiones, ideación y tentativas autolíticas destacan las chicas por encima de los chicos, especialmente en la franja de 13 a 18 años. También se observa una feminización de la demanda a partir de la adolescencia, etapa en la que las chicas consultan más que los chicos.

Hay un cambio en el significado de las autolesiones. Hasta ahora, la autolesión se asociaba fácilmente a un posible diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. Actualmente, atendemos jóvenes con autolesiones en las que la autolesión ha sido una forma puntual de expresión de malestar, sin necesidad de padecer una perturbación mental. Es crucial poder dar una comprensión para ofrecer el tratamiento adecuado. En estos casos, la autolesión puede ser el resultado de una falla en la capacidad de mentalización y una tendencia al paso al acto para aliviar el sufrimiento.

Existe otro cambio en la *presencia del cuerpo o la corporalidad*. Un denominador común de muchas patologías, diagnósticos o sintomatología que hemos visto aumentar durante y después de la pandemia es la manera en que se expresa el sufrimiento a través del cuerpo. En los trastornos de la conducta alimentaria y en las autolesiones, el cuerpo se convierte en el escenario.

Un rasgo distintivo de nuestra sociedad occidental es esta extensión del cuerpo como escenario, deviniendo una forma de expresión. Esto se puede ver en el uso cada vez más

frecuente y normalizado de los tatuajes o los piercings o con el culto a la imagen corporal. Por tanto, las autolesiones se pueden ver como una catarsis del malestar emocional, pero también en ocasiones como una muestra o exhibición de este malestar.

*TdP. — ¿Qué recursos habéis puesto en marcha en salud mental frente a este aumento de la demanda?*

Escarmís y Fortea. — Durante los meses posteriores al confinamiento de la primavera de 2020 vimos un aumento en la demanda de consultas, sobre todo de adolescentes. Al principio era paulatino, pero después aumentó de forma más acelerada. Aquel fue un momento duro para el equipo porque nos enfrentábamos a una ola de patología mental infanto-juvenil sin ningún tipo de refuerzo. Pero también fue un momento creativo en el que pudimos pensar en fórmulas para atender de la mejor manera posible a los pacientes con los recursos que teníamos, aprovechando el potencial de nuestro equipo.

A lo largo de 2021 implementamos nuevos programas psicoterapéuticos para dar respuesta a esta nueva realidad asistencial. Pusimos en marcha iniciativas como Menta-Covid, Programa de Atención Intensiva Ambulatoria (AIA), Programa de atención al Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) y recientemente la implementación del Programa de Atención a la Crisis (PAC) que incorpora a los CSMIJ el *Pla Director de Salut Mental i Addiccions* de la Generalitat de Catalunya.

Una de las iniciativas, que hemos denominado *Menta-Covid*, consiste en una intervención grupal corta (12 sesiones), utilizando técnicas de la terapia basada en la mentalización con adolescentes que han sufrido un debut de patología mental después del inicio de la pandemia del Covid. Pacientes sin antecedentes de patología mental. Uno de los objetivos de esta intervención, y como novedad, ha sido poner el foco en una experiencia social común como generadora de sufrimiento y potencial desencadenante de trastorno mental. El contexto social del individuo es central en su experiencia subjetiva y en su vulnerabilidad hacia trastornos mentales. Dimos un espacio y un sentido grupal a una experiencia común como pasar por una pandemia y sus consecuencias. Poder mentalizar el

contexto social puede ayudar a entender síntomas individuales y, por tanto, mejorar la capacidad de resiliencia.

Como mencionábamos antes, hay adolescentes que se confinaron en una habitación con toda la familia, en situaciones de maltrato o precariedad económica extrema, condiciones insalubres de vivienda. Algunos de estos pacientes del CSMIJ han participado en esta experiencia piloto y han podido elaborar desde la mentalización los síntomas que habían desarrollado.

Hemos realizado 3 ediciones de Menta-Covid con una valoración muy positiva y enriquecedora de la experiencia. De hecho, estamos pensando en reconvertirla en una oferta permanente en el CSMIJ como grupo de mentalización de adolescentes en crisis.

Otra de las iniciativas nacida en aquel momento ha sido la de la *Atención intensiva ambulatoria*, que llamamos AIA. Un programa de tratamiento para pacientes adolescentes con trastorno límite de la personalidad o posible evolución a este trastorno. Consiste en 15 meses de psicoterapia grupal semanal e individual quincenalmente. También utilizamos en este programa la terapia basada en la mentalización. Hemos adaptado los formatos ya existentes de adultos a la población adolescente y hemos partido de algunas experiencias piloto realizadas en centros.

Dado que parte de nuestro equipo está formado en la MBT (terapia basada en la mentalización), pudimos aprovechar ese potencial para poder iniciar todas estas experiencias. Son tratamientos con una técnica específica y validada, que requiere de formación y experiencia para poder desarrollarlos.

En el caso de la AIA ha habido un despliegue de recursos muy importante del CSMIJ, ya que no sólo participábamos las terapeutas del grupo, sino que también han participado otros miembros del equipo realizando las psicoterapias individuales. Por la complejidad de estos casos se ha requerido un tratamiento interdisciplinario con otros profesionales como enfermería, educación social, trabajo social y psiquiatría. Es decir, que la atención ha sido ambulatoria, pero con una intensidad que se aproxima a la de recursos de mayor contención.

También en 2021 estructuramos un programa para pacientes con diagnóstico de Trastorno de Conducta Alimentaria, que incluye una psicoterapia de grupo de

psicomotricidad, basado en el modelo de Aucouturier. En este sentido, y frente al aumento de patología en la que la corporalidad es un elemento importante, hemos ofrecido más tratamientos partiendo del trabajo con el cuerpo. Antes de llegar al pensamiento o lenguaje, a veces debemos trabajar con el cuerpo a niveles más precoces.

Ruíz Veguilla. — En un primer momento, tuvimos que hacer un esfuerzo de adaptación al aumento de la demanda, coordinando los diferentes dispositivos para rentabilizar la asistencia y creamos grupos de supervisión para pediatras y médicos de atención primaria, haciendo un cribaje anterior a la derivación al Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ). A partir de 2021, en los centros de salud mental, se puso en marcha un plan para el *abordaje del suicidio*, incorporando una nueva figura: *psicólogo clínico dinamizador* de las interacciones con Atención Primaria, e incrementando el número de facultativos en los centros.

TdP. — *¿Creéis que harían falta todavía más recursos?*

Ruiz Veguilla. — Por supuesto. La prevención del suicidio y las autolesiones en adolescentes requiere de una atención cuidadosa y una organización efectiva de los recursos disponibles. Creo que debemos actuar conjuntamente, con diferentes estamentos, policía, servicios sociales, jueces, fiscales, educación, sanidad, cada uno en diferentes momentos....

Además, debemos adaptarnos a las nuevas realidades tecnológicas, las cuales han cambiado la forma en que los jóvenes se comunican y buscan apoyo. Es esencial que las intervenciones sean accesibles, respeten la confidencialidad y se ajusten a las necesidades y preferencias de los adolescentes. Como comentábamos antes, el sentimiento de pertenencia que encuentran los adolescentes en el grupo puede ser positivo, pero lamentablemente también puede generar una dinámica de normalización de la conducta suicida. Por esta razón, es de vital importancia abordar este tema desde diferentes enfoques, como la prevención y la educación emocional en las escuelas, así como la promoción de entornos seguros y de apoyo para los jóvenes. Ignorar las señales de advertencia y no estar atentos a los cambios en el comportamiento de los adolescentes, especialmente en cuanto a

expresiones de malestar emocional y pensamientos suicidas, no es una opción. En nuestras consultas en las que tratamos emociones, donde la IA no llega, habrá que invertir más en personal porque los pacientes quieren el contacto físico, presencial, emocional.

En resumen, es fundamental proporcionar a los jóvenes las herramientas necesarias para enfrentar los desafíos emocionales, fomentar la empatía y la comprensión, y garantizar que cuenten con recursos de apoyo adecuados cuando atraviesen momentos difíciles. Abordar el tema del suicidio en los adolescentes requiere un enfoque integral que involucre a la sociedad en su conjunto y se ajuste a las nuevas realidades de nuestra era digital.

Escarmís y Fortea. — Hay un claro déficit en la oferta psicoterapéutica de los CSMIJ. Es cierto que la administración ha hecho grandes esfuerzos para aumentar recursos y programas asistenciales dirigidos a diferentes niveles asistenciales. Son un ejemplo de ello el Programa de Atención a la Crisis que se ha implementado en los CSMIJ, el Programa de Bienestar Emocional y Salud Comunitaria, que tiene por objetivo incidir en la prevención y promoción de la salud. Pero sigue habiendo un vacío asistencial en Programas de Psicoterapia en la red pública para niños y adolescentes.

En la red de Salud Mental también existe un cierto riesgo de reproducir esta polarización similar a la que antes hacíamos referencia. Es el caso de la figura del REBEC (Referente de Bienestar Emocional y Salud Comunitaria, programa de la Generalitat de Catalunya) para acompañar en el malestar emocional inherente a los diferentes acontecimientos vitales que sufrimos las personas; o bien, los programas de atención a la gravedad, a la urgencia o crisis para Pacientes con diagnóstico de Trastorno Mental Grave/severo, pero dejando un vacío asistencial en programas psicoterapéuticos para otras patologías.

No podemos acabar sin hacer una reflexión que vaya más allá del ámbito de la salud. La salud mental de los adolescentes nos interpela a todos y no hemos de buscar respuestas, programas e intervenciones únicamente en la sanidad. Nos preguntamos si el bienestar emocional es un derecho y si es competencia de “Salud”. Creemos que como sociedad tenemos el reto de poder generar espacios en el propio entorno natural de la persona que sean más contenedores y que permitan un auténtico acompañamiento emocional. También

tenemos el reto de mejorar y dotar de recursos a otros equipos, no sólo los de salud mental, como por ejemplo equipos educativos y la red de protección a la infancia.

Los datos son muy claros. Hace pocas semanas, el profesor Maurice Corcos, hablaba de la relación entre los acontecimientos traumáticos sufridos en la infancia y la posible evolución a un Trastorno Límite de la Personalidad. El 80% de los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad tienen un padre o madre con este mismo trastorno. El 50% de los pacientes con TLP tienen un progenitor que ha cometido un intento o un suicidio consumado. El 80% tiene el padre o la madre con antecedentes de toxicomanía. Según estos datos, en la adolescencia ya llegamos tarde.

Siguiendo con algunos datos a que se refería el profesor Maurice Corcos en la Jornada “Crisis y Trastornos Límites en la Adolescencia” organizada por la AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría) el 40% de pacientes diagnosticados han sufrido negligencia emocional y un 30% negligencia física. Sabemos también que el 90% de personas maltratadas y con carencia reproducirá este vínculo con sus hijos.

Existen programas como *Kids@me* o *Lighthouse* (LPP) especialmente indicados para fomentar las habilidades parentales, la mentalización y la resiliencia de los niños en estas familias. En el CSMIJ de Sants-Montjuïc desarrollamos ambos programas y pensamos que la prevención en estos casos es una pieza fundamental, pero a la vez difícil de mantener con la alta presión asistencial a la que estamos sometidos. No obstante, creemos que es fundamental implementar más intervenciones que incluyan la atención a las familias.