

LOS SUICIDIOS DE JÓVENES AUMENTAN DE FORMA PREOCUPANTE EN ESPAÑA



INTRODUCCIÓN

La presencia de la muerte en la mente de un adolescente es muy frecuente y los padres, advierte Soto, tienen que "estar muy pendientes", como los están "de las drogas, el sexo o el cáncer". Sienten inquietud y curiosidad por ella, buscan información e imágenes sobre autolesiones en internet, comparten su sufrimiento e imploran ayuda en las redes. Y muchos se atormentan con un discurso interno autodestructivo ("Qué hago, para qué sirvo. Si no me quieren") e incluso llegan a pensar que lo mejor es quitarse la vida. En 2019, 75 de ellos lo hicieron. Siete tenían entre 10 y 14 años y otros 68 entre 15 a 19 años, según datos recogidos por el Instituto Nacional de Estadística. El suicidio es la segunda causa de fallecimiento de menores desde los 15 años (41,94% %) tras el cáncer.

El suicidio en la adolescencia es un "auténtico problema de salud pública" No es una enfermedad sino "una acción ligada al dolor" y, por lo tanto, prevenible. No quieren morirse sino dejar de sufrir. De ahí la importancia de acompañarles para que ese dolor no les sobrepase, subraya Luengo: "Hay que mirarles a los ojos, estar cerca de sus corazones. Nosotros sabemos también lo que es la tristeza".

En este número de Dossiers Gadeso queremos abordar esta problemática con el fin de visualizarla y entender por qué muchos adolescentes y jóvenes toman la decisión de quitarse la vida.

FRENAR EL SUICIDIO DE JÓVENES PASA POR ROMPER EL SILENCIO

"Si no se habla de este problema de salud, seguirá siendo una muerte ignorada". "Frenar el suicidio de jóvenes pasa por romper el silencio.

Por Paula M. González

En los últimos tiempos han sido varios los famosos que han protagonizado titulares por haber intentado quitarse la vida o por haberse suicidado. El DJ Avicii, Inés Zorreguieta (hermana de Máxima de Holanda), el actor Jackson Odell, el actor Ahmed Best (Star Wars), la diseñadora Kate Spade, el presentador y cocinero Anthony Bourdain o la protagonista de Melrose Place Heather Locklear han sido algunos de ellos. La actualidad se está convirtiendo así en un arma de doble filo: los psiquiatras insisten en la necesidad de acabar con el silencio sobre el suicidio en los medios para ayudar a combatirlo, aunque también alertan sobre el peligro de la lectura romántica que los jóvenes pueden hacer de esta muerte autoinfligida, llegando a imitarla.

Esto se traduce en un aumento de titulares con la palabra suicidio que no responde a otra cosa más que a la ruptura con el tabú que ha omitido a lo largo del tiempo este tipo de sucesos. Y puede también fomentar la imitación. "Todo lo que implique idealizar esta conducta puede ser peligroso, tanto como idealizar el uso de la droga, tabaco, alcohol o conducir a altas velocidades", explica Víctor Pérez Solá, un referente del suicidio en el campo de la psiquiatría en España. El médico fue uno de los ponentes del seminario Millennials y Generación Z, organizado por Lundbeck.

Respecto a este mismo asunto, Pérez Solá (coordinador del Programa de Investigación en Depresión y Prevención del Suicidio del CIBERSAM) habla de la existencia de un efecto llamada, que se produce cuando se ignora que la mayor parte de estas muertes se da en el contexto de la enfermedad mental y cuando "se presenta el suicidio como una conducta a admirar".

Algunos jóvenes se quedan con la parte romántica y no con el sufrimiento que suele haber detrás

El único inconveniente de contarlo es que no se hable "bien" de ello, pero si se omite "seguirá siendo una muerte ignorada", explica Víctor Pérez: "En Cataluña muere el doble de jóvenes por suicidio que por accidentes de tráfico, y como 50 veces más que por violencia de género. Ambas son

muertes horribles, pero el suicidio no es menos importante". Y del mismo modo que se informa de las primeras, se busca que también se haga del suicidio, aunque los médicos insisten en que se haga huyendo del morbo. Además, indican que evitemos hablar de estas historias de una forma que estimule que los jóvenes se queden "con la parte romántica y no con el sufrimiento que suele haber tras esta conducta".

Según un estudio realizado por las investigadoras de la Universidad de Cantabria Maite Santurtún y María Teresa Zarrabeitia, la cifra de hombres que se suicidan aumenta un 29% con la llegada del verano, en julio. En cambio, las mujeres se suicidan un 37,5% más en el mes de marzo.

En los últimos 45 años la muerte autoinfligida ha aumentado un 60%

El suicidio supone un gran problema de salud pública que representa la segunda causa de muerte en personas de entre 15 y 29 años a nivel mundial. En Europa, según la Organización Mundial de la Salud, es la principal causa de muerte entre los adolescentes y en nuestro país es la primera causa externa, según los datos del Instituto Nacional de Estadística.

Los números aportados por el médico señalan que en España se suicidan 3.500 jóvenes al año. A nivel mundial, son más de un millón y en los últimos 45 años las tasas han aumentado un 60%. Cada 40 segundos una persona se quita la vida en el mundo, según la OMS, que indica que en 2020 las víctimas podrían ascender a un millón y medio.

Factores de riesgo

Los jóvenes suelen escoger para quitarse la vida la intoxicación o precipitarse desde las alturas. El factor de riesgo más relacionado con el suicidio es haberlo intentado antes, que suele darse en casos de personas que sufren enfermedades mentales como la anorexia, esquizofrenia, trastorno bipolar o depresión. Esta última es de las más asociadas a la conducta suicida, según los datos de Marina Díaz Marsá —jefa de psiquiatría del Hospital Clínico San Carlos y también ponente del seminario—, que explica que el riesgo es cuatro veces mayor en las personas que padecen esta enfermedad y 20 veces mayor si el cuadro es grave.

Cada vez son también más los jóvenes famosos que confiesan padecer depresión, como Kiko Rivera, Blas Cantó o El Rubius, y que están

ayudando con ello a romper el estigma que pesa sobre la enfermedad. De hecho, muchos españoles, a día de hoy, siguen sin comunicar en su lugar de trabajo estar enfermos por miedo al despido o a que no se les tome en serio.

Pérez Solá apunta que un 90% de los jóvenes que se han suicidado tenían un trastorno mental, un 42% habían tenido un ingreso por motivos psiquiátricos y un 80% de los suicidios consumados presentan síntomas depresivos.

Por otro lado, Díaz Marsá señala que un gran número de intentos en jóvenes se asocian al bullying, una realidad con cifras también preocupantes: "En la Unión Europea se estima que lo sufren alrededor de 24 millones de niños y jóvenes al año, es decir, 7 de cada diez. Esto también incluye el sexting, la difusión de imágenes o vídeos de contenido erótico para humillar a la víctima".

El silencio ayuda a invisibilizarlo, a estigmatizarlo y a idealizarlo, de ahí el intento de romper esa barrera que nos impide hablar de suicidio también en la ficción. Sin embargo, la emisión de series como *Por trece razones* ha sido tan aplaudida como cuestionada, hasta el punto de que una madre de Florida (EE UU) acusó a la producción de Netflix de que su hija intentara copiar a la protagonista. El psiquiatra indica que "es difícil relacionar directamente el suceso, pero hay mucha información sobre el efecto imitación de la conducta suicida".

El mismo Jay Asher, autor del libro en el que se basa la serie, explicaba en una entrevista en *El HuffPost* que "el suicidio lleva ahí toda la vida y tristemente va a estar ahí hasta los restos. No hay una forma correcta de hablar de suicidio, pero la forma errónea es decir 'no hablemos de ello'. Respecto a las críticas de los padres, indicaba que "muchos dicen que se sienten incómodos" porque también creen que está "romantizando" la historia. Precisamente por eso, en Netflix se decidió que la chica terminará con su vida cortándose las venas y no con pastillas como en el libro, para que fuera "más difícil de ver".

Falsos mitos

Además, el tiempo ha ido reforzando algunos falsos mitos, como que cuando un joven verbaliza sus deseos de quitarse la vida solo quiere llamar la atención. Esto representa un peligro más, debido a que puede bloquear la prevención. De hecho, la mayor parte de los jóvenes que lo han llevado

a cabo habían avisado a su familia o al sistema sanitario. "El problema es que nos cuesta mucho hablar de ello", explica el psiquiatra.

"De 10 personas que se suicidan, ocho han advertido de sus intenciones", explica Pérez Solá. Precisamente, las personas que lo llevan a cabo están indecisas sobre si vivir o morir. En enfermos de depresión, con frecuencia, los suicidios tienen lugar dentro de los tres meses siguientes al periodo de mejora, cuando el individuo tiene la energía de llevar a término sus pensamientos.

Díaz Marsá (presidenta de la Sociedad de Psiquiatría de Madrid) indica que hay que tomar en serio cualquier comportamiento por parte del adolescente. Comentarios como "mi familia estaría mejor sin mí" o "me quiero morir" son muy habituales. Estos jóvenes tienen pensamientos recurrentes de muerte: una ideación suicida sin un plan concreto, una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

En Cataluña muere el doble de jóvenes por suicidio que por accidentes de tráfico, y como 50 veces más que por violencia de género. Todas ellas son muertes horribles, pero el suicidio no es menos importante

Hasta tal punto es tabú que en muchas sociedades, incluida la española, durante muchos años se ha carecido de datos fiables sobre la magnitud del problema, ya que no se recogían las muertes por suicidio. "En todas las sociedades se estima que hay una infranotificación del suicidio, aunque los datos actuales son muy fiables".

Por tanto, la única forma de prevenir el suicidio es hablar del tema de forma adecuada y "convertir a la sociedad en los radares de velocidad que hemos utilizado para disminuir la muerte por tráfico", explica Víctor Pérez Solá. Y para ello, los expertos piden acabar con el silencio que envuelve estas muertes y las causas que llevan a ella.

CÓMO DETECTAR IDEAS SUICIDAS EN LOS MÁS JÓVENES: QUÉ PUEDEN HACER FAMILIAS Y CENTROS EDUCATIVOS

José Antonio Luengo Latorre. Decano del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. 10/09/2021

La población infanto-adolescente representa una franja vulnerable. Los desajustes emocionales y psicológicos se han incrementado significativamente durante y, especialmente, en la actual fase de desarrollo de la pandemia. Entre las consecuencias más significativas se encuentra, asimismo, el aumento notable de la ideación suicida y de los intentos de acabar con la propia vida en la población adolescente.

Representa una evidencia inquietante e incontestable. El aumento de la presión en la atención especializada de salud mental, tanto en el ámbito público como privado, para dar respuesta a las necesidades de desajuste emocional y psicológico de la población adolescente ha alcanzado cotas de especial preocupación en los últimos meses.

Las noticias en prensa relacionadas con este escenario se han sucedido sin solución de continuidad, Tal como ha detallado la Asociación Española de Pediatría, desde el otoño pasado se ha producido un incremento del 50% de las urgencias psiquiátricas en menores por ansiedad, depresión, trastornos obsesivo-compulsivos, autolesiones y cuadros de somatización e ideación e intentos autolíticos en la población infantil y adolescente como consecuencia de la crisis generada por el coronavirus.

“Se ha producido un incremento del 50% de las urgencias psiquiátricas en menores por ansiedad, depresión, ideación e intentos autolíticos...”

Organizaciones como ANAR han alertado del notorio aumento de solicitudes de ayuda a través de sus líneas y programas. De especial relevancia es, asimismo, el informe elaborado por UNICEF para España en el que se detalla cómo actores y organizaciones tan relevantes como la Plataforma de Asociaciones de Psiquiatría y Psicología Clínica de la Infancia y Adolescencia, el Consejo de Psicología de España o la Confederación de Salud Mental de España han alertado sobre el impacto que la pandemia y el confinamiento tienen y van a tener en la salud mental de la población general, incidiendo en la importancia de fortalecer con urgencia la red de salud mental y de apoyo psicosocial con un foco especial en los más vulnerables, entre éstos, de modo singular, la población infanto-adolescente.

La población infanto-adolescente representa una franja etaria vulnerable, muy expuesta a los vaivenes y ritmos de la sociedad en la que crecen y maduran. Una sociedad, en muchos casos, enloquecida, que discurre a velocidades, estilos y formatos, en no pocas ocasiones incompatibles con los parámetros que deberían guiar la buena educación. Entre los cuales, sin duda, se encuentran el sosiego, el tiempo en cantidad y calidad en las relaciones entre padres e hijos y los modelos de crianza y educación asentados en la parentalidad positiva. Y esta población, enmarcada en un espacio de vulnerabilidad reconocida, se ha visto también especialmente afectada por la situación planteada. Este es un hecho que no puede pasar desapercibido y debe llevarnos a la acción.

La denominada ola de salud mental derivada de las consecuencias e impactos de la pandemia supone un hecho imposible de obviar o arrinconar y, también, difícil de medir. El aluvión de demandas de atención a la población adolescente, por distintas causas y en diferentes niveles de gravedad, está superando las posibilidades de atención especializada, marcando una tendencia que, de modo urgente, debería ser controlada.

¿Cómo podemos detectar situaciones ligadas a la ideación suicida?

Las ideas sobre la muerte propia rondan las cabezas de muchas personas, y de muchos de nuestros adolescentes, inmersos en procesos vitales complejos o en situaciones de enfermedad mental. Afectados por 1) el dolor y el sufrimiento, emocional o psicológico y/o físico (relacionado éste con el sufrimiento por una enfermedad física, por ejemplo), 2) la percepción y experiencia de desesperanza (no existe conciencia de opciones para salir de esa situación, incapacidad de vislumbrar salidas a la misma) y 3) la desconexión (tanto de la experiencia personal de crecimiento y autonomía, como de la siempre necesaria relación interpersonal con iguales, amigos, familia...), transitan en un proceso en el que puede aparecer la idea de la posibilidad de la conducta suicida.

Tal es el sufrimiento y dolor que invade a la persona que, en determinadas circunstancias, la ideación suicida puede surgir, puntualmente o de manera más estable, en la mente de la persona, como una referencia, más o menos recurrente. El paso siguiente en este doloroso proceso supondría la toma en consideración de esta opción como una posibilidad, no solo como una idea, más o menos marginal. La secuencia podría tener continuidad con los procesos mentales y acciones de planificación de una posible acción.

¿QUÉ CONTRIBUYE A PROTEGER CONTRA ESTE FENÓMENO Y CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO?

Factores protectores

Ambiente familiar y modelos educativos:

Buena relación con los miembros de la familia.

Apoyo de la familia.

Buenas habilidades sociales.

Confianza en sí mismo, en su propia situación y logros.

Capacidad para la búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades: en las relaciones interpersonales, situaciones afectivas, convivencia en la escuela, rendimiento escolar...

Capacidad para la búsqueda de consejo y orientación ante decisiones importantes.

Receptividad hacia las experiencias y orientaciones aportadas por personas del entorno cercano.

Interés por nuevas experiencias y conocimientos.

Factores culturales y sociodemográficos:

Integración social: actividades deportivas, culturales, ocio con iguales...

Buenas relaciones en el entorno escolar, con sus compañeros de clase y amigos.

Buenas relaciones con sus profesores y otros adultos.

Factores de riesgo:

Una pérdida reciente o seria. Esto puede incluir la muerte de un miembro de la familia, un amigo o una mascota, la separación o el divorcio de los padres, una ruptura con la pareja o la pérdida del empleo de uno de los padres.

Un trastorno psiquiátrico, particularmente un trastorno del estado de ánimo, como la depresión, o un trastorno relacionado con estrés.

Intentos de suicidio anteriores aumentan el riesgo para otro intento de suicidio.

Trastorno de consumo de alcohol y otras sustancias, así como también tener problemas disciplinarios o involucrarse en comportamientos de alto riesgo.

Experiencia de homofobia, transfobia, racismo o xenofobia.

Un historial familiar de suicidio es algo que puede ser realmente significativo y preocupante, como lo es también un historial de violencia doméstica, abuso o negligencia infantil.

La falta de apoyo social.

Sufrir experiencias de acoso escolar o ciberbullying.

Tener acceso a productos y/o artículos letales, como armas de fuego y pastillas.

El estigma asociado a pedir ayuda.

La persona que piensa en la posibilidad de realizar la conducta suicida da señales de su sufrimiento y dolor. No siempre somos capaces de identificarlas y detectarlas y, en ocasiones, cuando éstas son percibidas, pueden ser interpretadas, de manera dramáticamente errónea, como llamadas de atención.

“La persona que piensa en la posibilidad de realizar la conducta suicida da señales de su sufrimiento y dolor”

Incluso, la idea puede ser rechazada por quien escucha o detecta la ideación, abrumado por la responsabilidad y colapsado por la incapacidad de dar una respuesta adecuada a tal demanda, más o menos explícita.

Es necesario mostrar una actitud de escucha incondicional, mostrarse empático, explicar que podemos llegar a entender su sufrimiento y que surjan esas ideas en su mente. Cualquier muestra de rechazo a la idea o de bloqueo por nuestra parte puede ser interpretada por la persona con la que hablamos como un signo de que esa conversación, una vez más, no lleva a nada...

Es imprescindible preguntar. Sobre qué piensa, la recurrencia del pensamiento. Hacerlo con afecto, sin abrumar. Dando tiempo a sus respuestas y aceptando los silencios.

Necesitamos tranquilidad para darle espacio, para que sienta que le apoyamos, que entre todos vamos a encontrar ayuda. Poco a poco. La incondicionalidad del apoyo es fundamental. Y saber mostrarla, más.

Necesitamos ganar tiempo, que sienta que hay espacios para hablar, compartir, dar pequeños pasos en la dirección adecuada.

Todo lo que contribuya a disminuir el sufrimiento, la sensación de que no hay salida y la desconexión personal, con pequeños pasos, es una buena solución.

Es necesario que sientan que estamos ahí. Debemos estar presentes, acompañándole en el día a día. Con una actitud de escucha. Sin abrumar o atosigar.

Cuidar su seguridad en el día a día.

Compartir lo que estamos viviendo con personas que puedan ayudarnos. Importantísimo trasladar nuestra preocupación por el sufrimiento que observamos en personas de confianza en el centro educativo, de modo discreto pero conscientes de que es necesario encontrar nexos que permitan habilitar nuevas perspectivas en el adolescente que sufre.

Buscar ayuda profesional. Por supuesto.

El papel clave de los centros educativos

Los centros educativos han sido, asimismo, testigos preferentes de las necesidades psico-emocionales del alumnado durante el pasado curso escolar, detectándose un marcado aumento de las solicitudes y demandas de ayuda por parte de las familias y del propio alumnado.

Es de capital importancia avanzar en el diseño y desarrollo de planes y programas para la prevención y detección de la ideación suicida y la violencia autoinfligida (en forma de autolesiones e intencionalidad suicida) en esta franja de población especialmente en estos espacios, donde desarrollan gran parte de su actividad durante el año.

Los programas para la prevención de los trastornos del estado de ánimo y del comportamiento suicida en los centros educativos deberían contar, al menos, con los siguientes principios:

Deben recoger la evidencia científica y estar apoyados institucionalmente.

Han de esmerar la coordinación local o sectorial entre atención especializada en salud mental y centros educativos.

Deben implicar a toda la comunidad educativa e incorporarse a los planes de convivencia de cada centro.

Han de incorporar acciones para la promoción de la salud en general.

Han de incorporar sesiones de trabajo con padres, profesorado y alumnado, incluyendo actividades de formación previas para los colectivos de profesores y familias.

Deben disponer de tiempos y espacios específicos para su desarrollo.

Deben contar inicialmente con profesionales que colaboren y asesoren en el diseño de los planes, con el objetivo de capacitar al personal del centro.

La figura del psicólogo/a educativo se considera imprescindible en el diseño, desarrollo y evaluación de los planes.

Deben contar con contenidos específicos que aborden la sensibilización e información sobre la salud emocional, los factores de riesgo y protección, el manejo y control de la ansiedad y agobio emocional, las relaciones entre pensamiento y emoción y la lucha contra el estigma.

Deben disponer de módulos de atención individual según necesidades.

Debe incorporar un procedimiento y materiales para la evaluación pre y post implementación, para todos los colectivos implicados, que combine técnicas cualitativas (grupos de discusión, por ejemplo) y cuantitativas.

Deben disponer de materiales de cribado de trastornos estado de ánimo e intencionalidad suicida.

La importancia de insertar la intervención en el marco de la acción tutorial.

La respuesta no debería esperar mucho. Disponemos ya de experiencias en nuestro entorno, basadas en la evidencia, que pueden representar un marco de ejemplificación y buenas prácticas imprescindible.

LA ANSIEDAD ROMPE LA VIDA DE NIÑOS Y JÓVENES

Las urgencias psiquiátricas en menores se han disparado desde el inicio de la pandemia. La depresión y los intentos de suicidio se intensifican entre unos jóvenes cada vez más desarmados frente a la frustración y la incertidumbre

MAITE NIETO 21 JUN 2021

Javier tiene 16 años, buenos amigos, vive en una familia armónica formada por sus padres, Félix y Ana, y dos hermanos, uno de 20 años y otro de 10. En su bonita casa con jardín, situada en un pueblo de la sierra madrileña, todo transcurre diferente desde que las pasadas Navidades Javier comenzó a darse cuenta de que tenía “sensaciones muy raras”. “No quería seguir”, explica, “no veía más allá y yo iba pensando en quitarme la vida”. No hay drama en su discurso, solo reflexiones profundas, silencios entre frases que parecen dedicados a poner orden en sus pensamientos, y una mirada viva y al mismo tiempo profundamente triste. La ansiedad no le deja vivir ni ver que lo que ahora siente puede no durar eternamente. Sabe que su situación no es única, que les ocurre a muchos otros jóvenes. Demasiados y en continuo aumento desde que la pandemia “hizo explotar todo”, como explican los psiquiatras. Pero no encuentra en las cifras ningún consuelo. Sin estridencias, argumenta: “Nunca tengo la cabeza calmada. Para mí el suicidio es una solución”.

“Hemos pasado de cuatro intentos de suicidio semanales de jóvenes a más de 20”

No existen datos globales actualizados sobre el aumento de los problemas en la salud mental de los jóvenes porque, como reconoce una fuente del Ministerio de Sanidad, llevan “año y medio desbordados por la covid-19 y las estadísticas llegan siempre muy a posteriori”. Pero los médicos que asisten en urgencias hablan de “explosión”, de “preocupación”, y de cómo en algunas comunidades autónomas se han tenido que adelantar todos los planes previstos para aumentar las camas hospitalarias de psiquiatría infantil y juvenil con el objetivo de hacer frente a un problema al que tampoco ayuda el silencio, el miedo y la vergüenza que todavía provoca reconocer que se sufre un trastorno relacionado con la salud mental.

Javier Quintero, jefe del servicio de Psiquiatría del Hospital Infanta Leonor de la Comunidad de Madrid, explica que ya había un panorama preocupante pero que “la pandemia lo ha reventado todo”. “En mi hospital podíamos ver dos casos graves de adolescentes a la semana y ahora llegan tres o cuatro

cada día. Esa es la escala”, asegura. Una afirmación que corrobora un reciente informe de la Asociación Española de Pediatría, que refleja que las urgencias psiquiátricas en menores desde el inicio de la pandemia se han incrementado un 50%. El Gobierno no es ajeno al problema y la ministra de Derechos Sociales y Agenda 2030, Ione Belarra, avanzó el 10 de junio que durante 2021 se elaborará el plan Escuchar y acompañar, que analizará en profundidad cuál es la realidad de la salud mental de los niños y jóvenes españoles. Aunque en el mismo acto en el que habló de este proyecto, reconoció que “se están produciendo situaciones en las que los niños y jóvenes españoles no están recibiendo el apoyo necesario para poder salir adelante ante situaciones difíciles”.

Un informe publicado a principios de junio por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) también advirtió a sus países miembros sobre la urgencia de dedicar más medios económicos y humanos a la salud mental. El estudio recordaba que antes de que el problema se disparara, los costes individuales y sociales causados por estas patologías ascendían a un 4,2% del producto interior bruto (PIB) —incluyen gastos directos para el tratamiento de las patologías mentales, el impacto por la reducción de la tasa de empleo y la caída de la productividad—, por lo que consideraban una necesidad buscar remedios más eficaces para mejorar la situación.

Verdades y mentiras sobre salud mental y pandemia ¿Está afectando la pandemia a la salud mental de nuestros hijos?

Para Javier, estudiante de 2º de bachillerato que va un curso adelantado a su edad por tener un coeficiente intelectual por encima de la media, todo se detuvo cuando comenzaron las crisis de ansiedad. “La siento constantemente, pero me sigue sorprendiendo porque me han dado picos con ataques muy fuertes en los que suelo perder el conocimiento. Durante ellos, por lo que me cuentan mis padres, puedo estar durante dos horas convulsionando, me intento autolesionar, me pego puñetazos, me intento morder... Luego no me acuerdo de nada y solo me duele todo el cuerpo. Ahora también han aparecido las migrañas que me producen ansiedad que a su vez provoca las migrañas, es como un círculo vicioso”. Félix, su padre, cuenta que en enero se lo encontró en el baño con un bote de lejía y que les dijo que había mirado en Internet cómo quitarse la vida: “Creí que era una llamada de atención, una situación delicada, y fuimos a un psiquiatra que nos recomendó que empezara a tomar Orfidal”. Pero las cosas se desarrollaron muy rápido y un sábado, tras decir que iba a dar una vuelta, les llamó desde las vías del tren.

“Empezó con ataques más leves, hiperventilas, se te agarrota el cuerpo”, explica Javier. “Después aparecieron las apneas, más tarde comencé a autolesionarme. Son impulsos. Un buen amigo había pasado por una circunstancia muy mala y, como soy muy empático, no poder ayudarlo me generó un malestar muy grande. Llegué a las vías del tren, que están cerca de casa, y sabía que pasaba uno en un minuto. No sé por qué llamé a mi madre. Es todo muy inconsciente. La escuché llorar y me aparté. Recuerdo que el tren me pasó a centímetros. Luego tuve una crisis y me dejaron ingresado en el Hospital Puerta de Hierro. Al principio fue horrible: 24 horas aislado, a las 48 horas te dejan hablar 10 minutos con tus padres..., me desmayé varias veces. Todo está vigilado, las ventanas son de metacrilato, después estás en una habitación con un compañero, te medican, haces terapia, te enseñan... Me vino muy bien. Aprendí a controlar la ansiedad, llegas ahí, no eres nadie y te medio encuentras y encima conocí gente en muchas peores circunstancias que la mía”.

Javier es consciente de que puede considerarse privilegiado, pero considera que analizarlo todo es uno de sus problemas: “Desde muy pequeño me parece que es bastante mejor vivir en la ignorancia. Siempre me he preocupado del futuro, de situaciones que no me corresponden por edad... Es una sensación de impotencia. No me llama la atención lo que está por descubrir porque considero que en la vida hay más cosas malas que buenas y solo te queda contentarte para que todo no sea negativo. Mis padres son cristianos y nos lo han inculcado a mis hermanos y a mí, por eso tengo cierto miedo a que si muero por suicidio puedo ir al infierno, y si voy al cielo puede que vea el sufrimiento que les puedo causar. Es lo que provoca esta enfermedad, que en momentos no piensas de manera correcta y actúas impulsivamente sin tener en cuenta todos los factores”.

Irene Bautista, psicóloga y experta en gestión emocional en Psicología IBH, explica sobre la ansiedad: “Es un mecanismo que nos invita a la lucha y a la huida cuando algo va mal y, cuando no gestionamos bien los conflictos y las emociones, nos desbordamos, y la pandemia ha venido a agravar la situación”. “Los adultos”, continúa, “creemos que las preocupaciones de los niños, adolescentes y jóvenes son banales porque tienen la vida por delante. No sabemos validar lo que sienten”. Quintero añade otra visión: “Pensamos que solo es la adversidad psicosocial lo que condiciona el bienestar mental, pero no es así. Ciertos cuadros aparecen con más frecuencia en situaciones de adversidad pero los ricos también lloran, y no sabes cómo. Además, disponer de dinero añade otro problema porque abre el acceso precoz a conductas como el consumo de alcohol y drogas”.

Psiquiatra y psicóloga están de acuerdo en un aspecto que a su juicio es básico: “Estamos generando generaciones cero resilientes, les hemos enseñado que el no no existe, y es mentira; que la frustración hay que dulcorarla, y lo que hay que hacer es afrontarla; que la cultura del esfuerzo es un rollo... Todo esto hace que el niño sufra menos, pero crea personalidades más débiles a los 15, a los 16 o a los 18”, sentencia Quintero. “Son unos analfabetos emocionales, los adultos también”, añade Irene Bautista. “No estamos conectados, no sabemos lo que sentimos y vamos sobreviviendo a las demandas. Me voy encontrando mal pero no me escucho y no tengo recursos para saber qué me pasa. Los hemos sobreprotegido porque no nos gustan las emociones desagradables, pero al resolverles los problemas mermamos sus capacidades, sienten que no son capaces, comienzan a quedarse en casa, a aislarse, a no hacer nada, llega la depresión, como no tienen ganas no salen a hacer cosas y se refuerza el círculo”, explica esta experta.

Falta de resiliencia, problemas de comunicación, incapacidad para el esfuerzo, falta de autoridad, la poderosa influencia de los modelos idealizados que proliferan en las redes sociales y el poder de las críticas despiadadas, la sobreprotección y la dificultad para tolerar la incertidumbre son argumentos que se repiten. Pero todos los especialistas coinciden en que lo más peligroso es cuando el problema no se verbaliza. “A mí me encanta cuando el chaval pide ayuda porque hay un punto de conciencia, una agarradera para trabajar”, reflexiona Quintero. “La mayoría de las veces eso no ocurre y no siempre resulta fácil que el entorno lo detecte porque frecuentemente el cambio no es extremo. Es como la teoría de cocer una rana: si la metes directamente en agua hirviendo, salta y se escapa, pero si la metes en agua fría y vas calentando el agua despacito, se queda quieta y se cuece sin que nadie haga nada”.

Laura Romero acaba de cumplir 31 años y es abogada en una multinacional que prefiere no citar. A los 28 años comenzó su batalla con la ansiedad y está de acuerdo con los especialistas en que uno de los problemas es ocultarlo. “Tenía mucha presión, notaba que trabajaba demasiado. Siempre he sido muy deportista y no tenía tiempo para el deporte, ni para el ocio. Era vivir en el día de la marmota, todos los días trabajar 12 o 13 horas, dormir, comer y volver a empezar. Un día iba conduciendo para ir al funeral del padre de una de mis mejores amigas y después a la oficina; no llegué ni a un sitio ni a otro. Se me empezó a dormir el brazo izquierdo, comencé a sentir hormigueo en las manos, me quedé helada, sentía el corazón en la cabeza y no podía respirar. Paré el coche para intentar relajarme, pero el nivel subió y no sé cómo llegué a un centro de salud pidiendo ayuda. Entré con la sensación de que me estaba muriendo de verdad”.

Antes de ese momento nunca había sentido algo parecido ni le había asustado la responsabilidad de su trabajo. Tras seis días yendo a hospitales, fue su médico de cabecera quien le dijo: “Tienes ansiedad de libro. Deberías ir a un psiquiatra y tomar unos ansiolíticos”. Laura recuerda que dos días después estaba en la cita con el psiquiatra acompañada por su madre. Quería tenerla a su lado porque sentía que ella no estaba equilibrada. Ahora relata su experiencia acompañándola de una amplia sonrisa y la disecciona como una experta porque los años que ha batallado con la ansiedad han cambiado su vida hasta el punto de que compatibiliza su trabajo con un máster en coaching y crecimiento personal.

Ahora continúa en su trabajo pero se ha puesto límites al horario y a su autoexigencia, y está enfrascada en un proyecto que le ha dado vida y un propósito. “Mi proyecto representa como soy, se llama Orbis Viatorum (viajero del mundo, en latín). Como siempre he sentido pasión por viajar y para mí es una terapia, he lanzado una forma de organizar viajes que mezclan aventura, actividad, risa y toques de desarrollo personal y ayuda. Ya tengo dos en marcha, uno para verano y otro en noviembre. Quiero tender una mano para que la gente no se sienta sola ante este problema porque da mucho miedo pensar que eres el único al que le pasa. Existe mucho estigma sobre la salud mental y todo empieza por emociones que se enquistan. Yo me he visto obligada a ponerle remedio, pero muchos necesitan lo mismo y aún no lo saben. Ahora estoy en el mejor momento de mi vida”.

Javier todavía no ha encontrado la salida a su conflicto, pero su padre, Félix, ha notado algo de cambio en ese proceso que está afectando a toda la familia. “Sientes rabia, dolor inmenso, frustración, impotencia. Nuestro hijo es ahora nuestra prioridad, ha habido días de estar alerta las 24 horas. El colegio ha quedado aparcado y después de dos meses sin tocar temas esenciales por prescripción facultativa, por fin tenemos la oportunidad de hablar con él y tratar de aportar positividad. Solo esperamos que deje de considerar como verdad patente que la vida es una mierda, que deje de huir para que pueda empezar a afrontar el problema”.

La ansiedad rompe la vida de niños y jóvenes

Los psicólogos y psiquiatras tienen más trabajo que nunca, incluso notan que entre los jóvenes está cambiando la percepción que tenían de su labor y ya no les resulta tan raro comentar con los amigos que necesitan de su ayuda. Aun así, son más féminas las que acuden a sus consultas porque, como explica la psicóloga Irene Bautista, “las mujeres somos más verbales y entendemos mejor la acción de ayuda”. Los chicos lo tienen más difícil

porque entre ellos no es tan frecuente hablar de emociones y aún pesa esa idea ancestral de que los hombres no lloran o no deben hacerlo.

Para esquivar la ansiedad hay que evitar especialmente estar más preocupados por lo que pasa fuera que por lo que pasa dentro. Bautista recomienda dejar a un lado todos los tengo y debería: tengo que encontrar un trabajo, debería estar más delgado, tendría que conectar más con la gente..., y centrarse en lo que uno quiere y necesita. Buscar relaciones reales, trabajar en casa con las emociones buenas y malas, educar y no salvar, preguntar de forma abierta para acompañar no para juzgar y, sobre todo, conocernos y escucharnos. "No hay una varita mágica para conseguirlo", sentencia, "nos tenemos que dedicar tiempo y somos cada uno de nosotros los que tenemos que hacernos cargo de nuestra vida. Escucharnos para saber qué nos gusta y que no y luego pararnos a pensar qué vamos a hacer para conseguirlo".

Javier Quintero, psiquiatra, hace hincapié en la necesidad de tener una buena comunicación en casa: "Estamos demasiado ocupados y no nos dedicamos tiempo. Nos hemos equivocado cosificando el afecto, hemos creído que dar cosas sustituye a la necesidad de dar abrazos. Educar es un rollo, pero ser padres es un acto de inmensa generosidad. Los padres no son el centro del problema, pero esta sí es la parte que afecta a la familia y su implicación es fundamental".

A su juicio, la pandemia tampoco ha ayudado porque solo se es capaz de aguantar por un tiempo –que varía en cada persona– la sensación de excepcionalidad. "Nos vendieron esta situación como temporal y nunca nos contaron desde el principio que lo que estaba pasando era muy grave", afirma el psiquiatra. A Quintero le preocupan también las consecuencias en el momento actual: "Espero equivocarme pero estamos viendo mucho adolescente que se está rompiendo, con cuadros muy severos, abruptos. Responden al tratamiento, pero queda la duda de cuánto de lo que estamos haciendo es una curación total o un a ver qué pasa mañana".

LA SALUD MENTAL, EL GRAN DESAFÍO DE UNA SANIDAD PÚBLICA AL LÍMITE

Los trastornos psiquiátricos se han disparado durante la crisis del coronavirus. ¿Cómo puede el maltrecho sistema sanitario en España, falto de recursos y de manos, enfrentar esta pandemia silenciosa?

JESSICA MOUZO

08 AGO 2021 - 05:30 CEST

La crisis sanitaria de la covid ha sacudido los cimientos del mundo: en poco más de un año, ha cambiado la forma de socializar y las dinámicas de vida, ha colapsado los sistemas de salud y ha puesto contra las cuerdas la economía mundial. Pero esto es solo el principio. La pandemia es, de hecho, una especie de “crisis matrioska”, en palabras de Pedro Gullón y Javier Padilla, autores de Epidemocracia (Capitán Swing, 2020): solo una pieza más del juego de muñecas rusas, una crisis “cubierta por otras crisis, como la económica o la ecológica”, y donde “las emergencias van a ser la nueva normalidad”, auguran. Por lo pronto, la resaca del coronavirus volverá a vaciar los bolsillos de la calle y aflorarán las heridas psicológicas de un año de dolor e incertidumbre, el caldo de cultivo para avivar una emergencia de mala salud mental que ya asoma en las consultas de psiquiatría. Los expertos alertan de que faltan recursos y manos para atender el tsunami de trastornos mentales que se les viene encima.

Cuando la covid colapsó los hospitales, en aquel convulso marzo de 2020, la atención a la salud mental de medio mundo se paró en seco. Una encuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 130 países constató que el 60% sufrió interrupciones en los servicios de psicoterapia para personas vulnerables y, además, un tercio de los Estados reportó también un freno en el acceso a tratamientos psiquiátricos y en intervenciones de emergencia, como síndromes de abstinencia.

El parón en la atención a la salud mental y el colapso del sistema sanitario —aderezado con los confinamientos, la incertidumbre de una amenaza invisible, el goteo incesante de muertes y duelos mal gestionados y la desesperanza sobre un futuro incierto— configuraron el cóctel perfecto para alentar la nueva epidemia de mala salud mental que se cierne sobre la calle.

“Ya está pasando, pero es una pandemia silenciosa”, advierte Shekhar Saxena, profesor de Salud Mental Global de la Escuela de Salud Pública de Harvard y exdirector del Departamento de Salud Mental de la OMS. “Las personas con trastornos de salud mental los sufren en silencio. La gente

no reconoce que esto es una crisis, pero ha sido una crisis antes de la covid y lo es mucho más tras la covid”, subraya. Un estudio canadiense publicado en la revista *Psychiatry Research* reveló, tras analizar datos de 55 estudios internacionales entre enero y mayo de 2020, que la prevalencia del trastorno por estrés postraumático alcanzó el 22%, la de la ansiedad llegó al 15% y la de la depresión se situó en el 16%. Esto es, estas patologías fueron, respectivamente, cinco, cuatro y tres veces más frecuentes de lo que suele reportar la OMS.

Sistema desbordado

Con la atención primaria (la puerta de entrada al sistema sanitario) completamente desbordada y los hospitales volcados en la atención a la covid, el acceso al circuito sanitario se ha complicado para los trastornos mentales. Los pacientes llegan tarde y mal, advierten los psiquiatras, con cuadros muy agudizados y pronósticos más complejos. Celso Arango, jefe de Psiquiatría del Hospital Gregorio Marañón de Madrid y presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría, avisa de que los servicios de psiquiatría rozan el colapso. “Tiene que venir una catástrofe y una crisis para desnudarnos. Estamos absolutamente desbordados”, sentencia.

En la práctica, el que tiene posibilidades recurre a la sanidad privada, y el que no, se aguanta. El sistema público está al límite, lamenta Víctor Pérez, jefe de psiquiatría del Hospital del Mar de Barcelona: “Hemos priorizado la atención a los trastornos graves, pero hay pocos medios para tratar los casos moderados o leves, el malestar emocional, que es lo que viene derivado de la covid. No tenemos capacidad para atender a esa población. El puente con la atención primaria, que era la línea por la que circulaba la enfermedad mental leve hasta los hospitales, se ha roto porque están desbordados y ahora estas personas no llegan al sistema”.

MÁS INFORMACIÓN

“El que puede, se paga un psicólogo; el que no, se aguanta”

Las cifras confirman el impacto de la pandemia sobre la salud mental

Cómo mejorar la salud mental tras la pandemia del coronavirus

Crece la depresión y la ansiedad, se descompensan trastornos graves, como la esquizofrenia, y brotan los trastornos de la conducta alimentaria y las tentativas de suicidio entre los jóvenes, enumera Antoni Ramos Quiroga, jefe de Psiquiatría del Vall d’Hebron de Barcelona: “La ola la estamos viendo ahora. En Cataluña, en 2019, hubo 473 tentativas de

suicidio en menores y en 2020 fueron 601. En los últimos seis meses, las tentativas en chicas han crecido un 195%. Es nuestro covid”.

La pandemia ha sido la chispa que ha prendido la mecha de mala salud mental, pero el camino ya venía abonado desde hace años, coinciden los expertos consultados. Según la OMS, a pesar del auge de los trastornos mentales en todo el mundo, la media mundial de inversión en este ámbito es del 2% del gasto público en sanidad.

“Ya antes de la pandemia, los recursos para salud mental eran mucho menores de lo que se necesitaba. Muchos países destinan el 3% del presupuesto sanitario a esto cuando, en realidad, la carga de salud mental supone el 10%. En países de ingresos bajos o medios, la inversión está por debajo del 1%”, observa Saxena, de la Escuela de Salud Pública de Harvard. Varios elementos, aduce el experto, están detrás de esta infrafinanciación crónica: la atención a la salud mental no estaba considerada como parte del sistema de salud, sino que estaba aislada. La gente, argumenta Saxena, tiende a ver el dinero que los gobiernos dedican a salud mental como una pérdida en lugar de como una inversión. Según Eurostat, los costes en salud mental en la Unión Europea suponen el 4% del PIB de la UE, esto es, 600.000 millones de euros. Hay una brecha entre países pobres y ricos, pero incluso entre los de renta alta hay diferencias. Arango, presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría, señala que hoy España dedica apenas el 4% de la inversión en sanidad a salud mental, mientras que la media de la UE es del 5,5% y hay países que llegan al 10%.

Crisis ‘matrioska’

Falta infraestructura y recursos técnicos, pero, sobre todo, manos. En España hay 11 psiquiatras por 100.000 habitantes, casi cinco veces menos que en Suiza (52) y la mitad que en Francia (23). Alemania tiene 27, y Países Bajos, 24. También los psicólogos clínicos escasean y en 2018 apenas eran unos 6 por 100.000 habitantes en la red pública (tres veces menos que la media europea). En cuanto a camas psiquiátricas, España no llega a 40 plazas por 100.000 personas, mientras que la media europea está en 75 y en Bélgica y Alemania hay más de 125. Queda mucho por hacer, coinciden los expertos, y el reto por delante es inmenso. “La pandemia de covid ha creado una pandemia de enfermedad mental, que ha incrementado la demanda de servicios de salud mental y de tratamientos. Necesitamos mejorar el acceso a los servicios de salud mental y tener tratamientos innovadores que hagan mejorar a los pacientes en pocos días”, reflexiona Roger McIntyre, profesor de Psiquiatría y Farmacología de la Universidad

de Toronto y coautor de una investigación que asoció la pandemia a un incremento de los niveles de estrés psicológico.

En ese mundo matrioska, las crisis son vasos comunicantes: a más dificultades económicas, mayor será el riesgo de pobreza y, por tanto, la amenaza de mala salud mental. Arango alerta de que esta crisis es global: “El confinamiento que ha producido daños en la población y muertos a los que no le hemos hecho el duelo: no ha habido entierros, ni despedidas ni abrazos. Según un estudio que hemos hecho en el hospital, el duelo patológico en familiares de primer grado, que suele estar en el 2%, ha llegado al 25% en familiares de fallecidos por covid”. Por otro lado, prosigue, están los propios sanitarios “tocados” tras enfrentar el miedo y la incertidumbre sin herramientas ni protección. Y vendrán además los infectados por covid, los que han estado en la UCI y los que tienen covid persistente. Por no hablar de los ancianos que sufrieron una demencia tras los confinamientos y toda la gente que aguarda, con un cuadro leve o moderado, a ser atendido en una atención primaria colapsada.

Pacientes en el centro de salud mental Ville-Evrard, en Saint- Denis (Francia), en noviembre de 2020.

Pacientes en el centro de salud mental Ville-Evrard, en Saint- Denis (Francia), en noviembre de 2020. CHRISTOPHE ARCHAMBAULT / AFP VIA GETTY IMAGES

España mira al norte de Europa para tomar ejemplo. A Dinamarca, que llegó a tener unos índices de suicidio de 24 por 100.000 en los noventa y, tras una inyección de recursos en un programa de prevención comunitario, ha rebajado la prevalencia a 9,4, según la OCDE. En España mueren más de 3.600 personas al año por suicidio (7 por cada 100.000), pero aún no hay un plan de prevención estatal. Los expertos buscan también el espejo de Países Bajos, con una fuerte red comunitaria y vinculación con la atención primaria, señala Ramos Quiroga, del Hospital Vall d’Hebron; o el Reino Unido, donde disponen, por ejemplo, de potentes unidades de primeros episodios psicóticos, recuerda Celso Arango. Todos los países con programas de éxito, agregan los expertos, tienen algo en común: invierten más en salud mental.

Víctor Pérez, del Hospital del Mar de Barcelona, apuesta por la prevención: “Hay que impulsar un plan de prevención del suicidio y potenciar la salud mental desde atención primaria para que no lleguen a los hospitales. Falta enfermería experta y psicólogos clínicos”, advierte. El Gobierno está actualizando la estrategia de salud mental y asegura que es “una prioridad” para el Ejecutivo. Unidas Podemos va a presentar una propuesta de ley

general de salud mental en el Congreso que se encuentra ahora en debate con la sociedad civil y los partidos. El borrador de la norma contempla que haya 18 psiquiatras por cada 100.000 habitantes y un protocolo de prevención del suicidio.

Un ojo en los colegios

Además de recursos, el gran desafío de la salud mental pasa por un abordaje multidisciplinar, transversal e integrado en el sistema público de salud. “En los países avanzados, el sistema sanitario está en los colegios. Aquí sanidad, educación y servicios sociales son compartimentos estancos. No tenemos una visión global”, lamenta Arango. El 50% de los trastornos mentales brotan antes de la edad adulta y, sin embargo, protesta el psiquiatra, España es el único país de la Unión Europea sin la especialidad médica de Psiquiatría infantojuvenil. Precisamente, el Consejo de Ministros aprobó este martes la creación de este título y en los próximos meses se desarrollarán los programas formativos, que tendrán una duración de cinco años.

La atención, en cualquier caso, debe trascender a los especialistas de psiquiatría y será preciso reforzar la formación de médicos y enfermeras generales para reconocer los trastornos mentales comunes y tratarlos, conviene Shekhar Saxena, de Harvard. Como ya ocurrió durante la pandemia, las nuevas tecnologías pueden ser, además, un aliado para responder a la demanda creciente, apunta Víctor Pérez, que cree que un 25% de la atención podrá ser telemática, aunque las primeras visitas han de ser en persona. “El contacto social y el cara a cara es importante”, matiza.

Los expertos insisten en la necesidad de alentar estrategias de prevención. El psiquiatra canadiense Roger McIntyre apuesta por “mejorar la resiliencia de la gente”. Para ello, asegura, es preciso una estructura social robusta y multidisciplinar, con programas que reduzcan la inseguridad alimentaria, económica y de vivienda. Celso Arango, del Gregorio Marañón, reclama por su parte una atención más humanizada, con, por ejemplo, enfermeras comunitarias que vayan a los domicilios. “Faltan centros para gente joven que sean agradables, no hospitales. Garajes donde ellos jueguen al billar y haya un trabajador social que los ayude, que vean al médico sin bata”, propone.

En este campo desempeña un papel también la prescripción social, que consiste en recurrir a actividades del entorno comunitario para mejorar la salud del paciente y evitar la medicalización de la vida cotidiana. “La gente también necesita que le prescriban más actividades sociales, actividades físicas, mejor dieta. Para muchos también encontrar un trabajo es una parte importante de su tratamiento”, sostiene McIntyre. Se trata de combatir potenciales problemas de salud, como la soledad, con iniciativas comunitarias, como participar en el club de lectura del barrio, por ejemplo. Cataluña es una de las comunidades que ha desplegado programas piloto de prescripción social para reducir el aislamiento, aumentar la actividad y modificar hábitos.

Los psiquiatras también reclaman recursos económicos de apoyo a los pacientes y a sus cuidadores. Como la pescadilla que se muerde la cola, la pobreza genera mala salud mental, pero los trastornos mentales también pueden abocar a la pobreza. La depresión será la primera causa de discapacidad en 2030, recuerda el psiquiatra Víctor Pérez, y si el trastorno debuta a edades muy tempranas, los pacientes se empobrecen: no han tenido tiempo de cotizar y obtienen pensiones bajas. Además, la carga económica de los trastornos alcanza al cuidador, que suele ser un familiar, por las dificultades para conciliar el trabajo con la atención al enfermo o la falta de recursos. “Uno de los grandes dilemas de padres con hijos autistas es qué pasará cuando ellos no estén”, resume Ramos Quiroga.

El otro gran frente abierto, no obstante, es el estigma que rodea a la salud mental. Empezando por los prejuicios institucionales que supone, en opinión de Arango, la falta de inversión en salud mental. “No somos enfermedades con patas”, protesta Mercè Torrentallè, vicepresidenta de Obertament, una entidad que lucha contra el estigma. La activista denuncia la falta de perspectiva de género en la atención y las dificultades de las mujeres con trastornos mentales para encontrar un trabajo, por ejemplo. Según McIntyre, las mujeres tienen más riesgo de desarrollar depresión, probablemente porque están más expuestas a factores de riesgo, como haber sufrido un trauma físico y sexual, padecer dolencias, como la obesidad, o el propio embarazo.

Quedan muchas tareas pendientes, pero el desafío de la salud mental es inaplazable, avisa Saxena: “El mayor error con la salud mental es ignorarla. Y el coste de hacer eso es muy alto”.