

**libro blanco**  
de la **psiquiatría**  
del **niño**  
y el **adolescente**

Fundación  
**Alicia Koplowitz**



Cátedra de **Psiquiatría Infantil**  
Fundación Alicia Koplowitz - UCM



**libro blanco**  
de la **psiquiatría**  
del **niño**  
y el **adolescente**



**libro blanco**  
de la **psiquiatría**  
del **niño**  
y el **adolescente**

Fundación  
**Alicia Koplowitz**



Cátedra de **Psiquiatría Infantil**  
Fundación Alicia Koplowitz - UCM

La decisión de la Fundación Alicia Koplowitz de publicar el presente libro no implica responsabilidad alguna sobre su contenido ni sobre la inclusión, dentro de esta obra, de documentos o información complementaria facilitada por los autores.

No se permite la reproducción total o parcial de esta publicación, incluido el diseño de la cubierta, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión por cualquier forma o medio, sea electrónico, mecánico, reprográfico, fotoquímico, óptico, de grabación u otro permiso previo y por escrito del titular del copyright.

Libro Blanco de la Psiquiatría del niño y del adolescente

PUBLICA:

© Fundación Alicia Koplowitz, 2014.

[www.fundacionaliciakoplowitz.org](http://www.fundacionaliciakoplowitz.org)

ISBN: 978-84-695-9753-8

Depósito Legal: M-5627-2014

Impreso en España – Printed in Spain  
por Origen Gráfico, S.L.

# Índice

1. <b>Introducción</b> .....	9	10. <b>Situación estatal de la psiquiatría del niño y el adolescente</b> .....	39
2. <b>Presentación</b> .....	11	Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013.....	39
3. <b>Glosario de acrónimos</b> .....	13	Plan Estratégico de Infancia y Adolescencia 2013-2016.....	41
4. <b>Metodología de trabajo para la elaboración del libro blanco</b> .....	15	Estrategias implantadas en las Comunidades Autónomas.....	42
5. <b>Delimitación del campo de conocimiento Salud mental</b> .....	17	11. <b>Organización asistencial de la psiquiatría del niño y el adolescente</b> .....	45
Principales datos de la salud mental y los trastornos mentales.....	17	Posicionamiento en los servicios de salud y disponibilidad de recursos.....	45
Situación actual de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente .....	18	Proceso de admisión, tratamiento y derivación de pacientes .....	46
Breve historia de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente .....	19	Principales protocolos y programas diferenciados.....	47
6. <b>Datos demográficos y de salud de la población española menor de 18 años</b> .....	21	12. <b>Recursos disponibles</b> .....	51
Datos generales de población .....	21	Recursos materiales disponibles.....	51
Datos de salud .....	22	Recursos humanos disponibles.....	54
Morbilidad hospitalaria - Altas hospitalarias	22	13. <b>Volumen de actividad</b> .....	59
Morbilidad hospitalaria - Estancias causadas	23	Análisis de la actividad ambulatoria .....	59
Morbilidad hospitalaria - Estancias medias.	24	Análisis de la actividad hospitalaria.....	63
Morbilidad hospitalaria - Tasa de morbilidad hospitalaria .....	24	14. <b>Formación y docencia</b> .....	67
7. <b>Principales patologías englobadas en los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia</b> .....	27	Situación a nivel estatal de la formación en Psiquiatría del Niño y el Adolescente .....	67
Clasificación DSM-5.....	27	15. <b>Investigación</b> .....	73
Clasificación CIE-10 .....	28	Políticas de I+D+i .....	74
8. <b>Situación de la psiquiatría del niño y el adolescente a nivel internacional</b> .....	29	Estructuración de la I+D+i a nivel estatal....	75
9. <b>Condicionantes legislativos en el campo de la psiquiatría del niño y el adolescente</b> .....	33	Situación particular de la I+D+i en Psiquiatría del Niño y el Adolescente en España.....	75
Legislación y normativa más relevante de ámbito internacional .....	33	16. <b>Relación del sector profesional con colectivos de pacientes y sociedad</b> .....	79
Legislación y normativa de ámbito estatal..	34	Agentes y principales colectivos profesionales y personales relacionados con la Psiquiatría del Niño y el Adolescente	79
Legislación que apoya la constitución y desarrollo de dispositivos específicos en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente .....	35	Relación con otros colectivos profesionales	81

Relación del sector profesional con colectivos de pacientes y familiares y otros agentes.....	82	ANEXO III.	Principales grupos de patologías infanto-juveniles definidas en el DSM-IV-TR.....	119	
<b>17. Recomendaciones y áreas de mejora para el futuro de la psiquiatría del niño y el adolescente.....</b>	<b>85</b>	ANEXO IV.	Mejores prácticas a nivel internacional en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente .....	129	
1. Constitución y acreditación de la especialidad en Psiquiatría del Niño y el Adolescente.....	86	Reino Unido .....	129	Canadá.....	130
2. Dotación de estructuras y recursos a las Redes autonómicas de Psiquiatría del Niño y el Adolescente.....	88	ANEXO V.	Principales iniciativas de formación en Psiquiatría del Niño y el Adolescente .....	135	
3. Fomento de la prevención y promoción de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente .....	90	ANEXO VI.	Políticas y principales agentes de I+D+i a nivel estatal .....	139	
4. Coordinación entre los colectivos implicados en la Psiquiatría del Niño y el Adolescente.....	90	Políticas y estrategias de I+D+i.....	139	Estructuración de la I+D+i a nivel estatal....	142
5. Homogenización y definición de funciones de los perfiles profesionales implicados en la Psiquiatría del Niño y el Adolescente.....	92	ANEXO VII.	Agentes y principales colectivos profesionales y personales relacionados con la Psiquiatría del Niño y el Adolescente .....	145	
6. Mejora de los sistemas de información y el registro de datos de los pacientes ...	92	ANEXO VIII.	Información específica de las Comunidades Autónomas.....	151	
7. Organización y optimización de los recursos locales.....	93	Situación de la PNA en Andalucía.....	152	Situación de la PNA en Aragón.....	165
8. Desarrollo y mejora de la forma de trabajo propia en las Comunidades Autónomas.....	94	Situación de la PNA en Asturias.....	174	Situación de la PNA en Cantabria .....	180
9. Desarrollo de guías clínicas y terapéuticas basadas en la evidencia científica y su implantación en la práctica clínica.....	95	Situación de la PNA en Castilla y León .....	188	Situación de la PNA en Castilla-La Mancha .	199
10. Implantación de programas de transición al colectivo de adultos .....	95	Situación de la PNA en Cataluña.....	208	Situación de la PNA en la Comunidad de Madrid.....	217
11. Fomento del desarrollo de actividades formativas a todos los niveles .....	96	Situación de la PNA en la Comunidad Valenciana .....	229	Situación de la PNA en el País Vasco .....	234
12. Impulso de las actividades de Investigación, Desarrollo e Innovación..	97	Situación de la PNA en Extremadura.....	245	Situación de la PNA en Galicia .....	255
Principales recomendaciones y áreas de mejora identificadas por el colectivo profesional .....	97	Situación de la PNA en las Islas Baleares .....	262	Situación de la PNA en Canarias.....	270
ANEXO I.		Situación de la PNA en La Rioja .....	279	Situación de la PNA en la Región de Murcia	287
Guión-cuestionario utilizado como base para la recopilación de la información cualitativa y cuantitativa .....	101	Situación de la PNA en Navarra .....	293	ANEXO IX. Principal bibliografía.....	303
ANEXO II.					
Datos generales de población y salud de la población joven en España .....	105				



Este libro blanco es una de las primeras iniciativas de la Cátedra Fundación Alicia Koplowitz-UCM de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. La Cátedra tiene como objetivos fundamentales promover la formación y conocimiento en todos aquellos aspectos relacionados con la salud mental infanto-juvenil. Después de tantas décadas de lucha por convencer a las autoridades sanitarias y educativas del país sobre la necesidad de una formación específica en Psiquiatría del Niño y del Adolescente en forma de especialidad vía MIR, y a punto de ver cumplido ese deseo, pocas iniciativas son tan necesarias como recopilar la situación actual de la psiquiatría infanto-juvenil en nuestro país.

En este libro blanco hemos cuantificado los recursos humanos y materiales disponibles, así como los dispositivos asistenciales y su actividad desarrollada, en cada una de las Comunidades Autónomas. Hemos revisado la situación actual de la formación específica en Psiquiatría del Niño y del Adolescente a todos los niveles: formación de grado, postgrado, sanitaria especializada y continuada. También hemos analizado la actividad investigadora en aquellos centros que la llevan a cabo. Cada uno de estos apartados se ha comparado con estándares internacionales, lo que ha permitido realizar recomendaciones justificadas en base a las principales carencias detectadas. Tenemos por delante un reto importante en el que sólo se puede mejorar la situación actual. De ello se beneficiarán sin duda los niños de hoy y los adultos del mañana, nuestras futuras generaciones.

Gracias, ante todo, a Alicia Koplowitz y a su Fundación, que con su generosidad y compromiso con la Psiquiatría del Niño y del Adolescente ha hecho posible esta Cátedra y este libro blanco. Agradezco también a todo el Comité Asesor de esta iniciativa por su trabajo y análisis crítico, a todas las Comunidades Autónomas por facilitarnos la documentación necesaria para su elaboración y a todas las personas que de forma anónima rellenaron los cuestionarios que facilitaron la labor de identificar áreas no cubiertas.

Por último, mi reconocimiento a las personas que en PwC, llevaron a cabo la tarea logística de recopilar y sintetizar toda la información recogida, en especial Tomás Montalbán, Marta Salinas, Manuel Carrasco y Román Barredo.

CELSO ARANGO

*Director de la Cátedra Fundación Alicia Koplowitz-UCM  
de Psiquiatría del Niño y del Adolescente.*



El documento que a continuación se presenta es el primer libro blanco de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en España. Este libro blanco pretende ofrecer el estado de situación actual de este campo de conocimiento en nuestro país, y surge de la necesidad de dar a conocer a la Administración Pública, a la comunidad asistencial, científica y docente y a la sociedad en general, el grado de desarrollo que presenta actualmente este ámbito, mayoritariamente asistencial, y los nuevos retos y áreas de mejora que debe afrontar en los próximos años.

La Psiquiatría del Niño y el Adolescente es un campo de conocimiento con una trayectoria no tan consolidada como otros ámbitos asistenciales, ya que tradicionalmente no ha tenido una autonomía propia, al encontrarse englobado tanto en el contexto de Pediatría como en el de la Psiquiatría general.

No obstante, en los últimos años y debido a diferentes condicionantes que se desarrollan en los siguientes capítulos del presente libro blanco, el campo de conocimiento ha ido adquiriendo mayor visibilidad y autonomía. Esto ha sido posible principalmente mediante la dotación de recursos propios para este campo de conocimiento, tanto humanos como materiales, así como por la definición de una cartera de servicios y protocolos específicos en el ámbito de los niños y los adolescentes. Finalmente, su consolidación ha sido posible gracias al impulso institucional recibido, concretado en la definición e implantación de diferentes estrategias e iniciativas tanto a nivel autonómico como estatal.

En este sentido, los objetivos prioritarios de este libro blanco de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente son los siguientes:

- Conocer el estado actual en la que se encuentra la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en España. Para ello, no se debe abordar únicamente los aspectos asistenciales del campo de conocimiento, sino que se deben considerar todos aquellos ámbitos que, en mayor o menor medida, contribuyen a su desarrollo. Estos ámbitos engloban los aspectos de formación y docencia, las actividades de investigación e innovación y la relación del sector profesional con los diferentes colectivos relacionados (asociaciones de pacientes y familiares, colegios, etc.).
- Conocer el grado de desarrollo particular de las Comunidades Autónomas en este campo de conocimiento, poniendo de manifiesto las posibles diferencias existentes en cada uno de los ámbitos analizados. De esta forma, se podrá poner de manifiesto la necesidad de disminuir las diferencias detectadas en los recursos destinados a los colectivos relacionados, tanto a nivel profesional como social.
- Involucrar a todos los profesionales relacionados con el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente a nivel estatal a través de su participación en el presente libro blanco, con el fin de impulsar actividades conjuntas y coordinadas a todos los niveles.
- Definir y consensuar los principales retos y áreas de mejora en las que deben centrar sus esfuerzos los profesionales de la Psiquiatría

del Niño y el Adolescente en los próximos años. El cometido del libro blanco no es únicamente ofrecer un estado de situación del campo de conocimiento, sino abordar los temas y líneas de trabajo que deberán acometerse para garantizar su correcto desarrollo en el futuro.

- Contribuir a incrementar la visibilidad y presencia de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en España, de forma que vaya equiparándose su reconocimiento y desarrollo a los niveles observados en los países de nuestro entorno. Como se comenta de forma más detallada en siguientes capítulos, otros países del entorno cercano presentan una trayectoria mucho más consolidada de este campo de conocimiento, por lo que se deben poner en marcha diferentes iniciativas para mantener su desarrollo continuo.

Para la correcta consecución de sus objetivos, el libro blanco de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente se ha estructurado en los siguientes apartados.

- Inicialmente se ha descrito la metodología de trabajo utilizada para su elaboración, así como los principales agentes y profesionales implicados en su desarrollo.
- Posteriormente, se ha realizado una contextualización del campo de conocimiento, concretado en la definición de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, la presentación de diversos datos demográficos y de salud a nivel infantil y juvenil, la definición de las principales patologías que abarca, y por último la identificación de otras experiencias y mejores prácticas internacionales.
- Se ha realizado un estudio de los condicionantes legislativos que mayor implicación tienen en el desarrollo de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en España. Para ello, se han considerado tanto las recomendaciones internacionales relacionadas como la propia normativa y legislación a nivel estatal.
- A nivel asistencial, se ha realizado una profunda descripción de la organización de la

Psiquiatría del Niño y el Adolescente en España. Esta descripción ha abarcado tanto la implantación de estrategias e iniciativas autonómicas y estatales como la propia organización de los dispositivos asistenciales presentes en cada Comunidad Autónoma.

- Una vez identificada la organización asistencial, se han cuantificado los recursos disponibles en cada una de las Comunidades Autónomas, tanto a nivel de recursos humanos como de recursos materiales (unidades ambulatorias, hospitales de día, unidades de hospitalización y otros centros relacionados con la Psiquiatría del Niño y el Adolescente). Por otra parte, se ha cuantificado la actividad desarrollada en cada una de las Comunidades Autónomas.
- Tras la descripción del ámbito asistencial, se ha realizado un análisis de la situación actual de la formación específica ofrecida en el campo de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente a todos los niveles: formación de grado, formación de postgrado, formación sanitaria especializada y formación continuada.
- De igual forma, se ha analizado la situación de la investigación desarrollada a nivel estatal en este campo de conocimiento, así como el grado de desarrollo particular en cada una de las Comunidades Autónomas.
- Se ha realizado una descripción de los principales agentes relacionados con el ámbito social de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, área en la que se detecta un elevado grado de atomización. Entre los agentes se encuentran asociaciones profesionales, sociedades científicas, agrupaciones de afectados y familiares, entidades de apoyo al campo de conocimiento, etc.
- Finalmente, se han recogido los principales retos a afrontar por el colectivo de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente para los próximos años, de forma que puedan servir de base para la definición de las principales líneas de trabajo de futuro de este campo de conocimiento.

### 3

## Glosario de acrónimos

---

A continuación se recogen los principales acrónimos utilizados con mayor frecuencia a lo largo del libro blanco de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente:

- AE:** Atención Especializada.  
**AEN:** Asociación Española de Neuropsiquiatría.  
**AEPNyA:** Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente.  
**ANSHDA:** Asociación de Niños con Déficit de Atención con o sin Hiperactividad.  
**AP:** Atención Primaria.  
**CAMHS:** Child and Adolescent Mental Health Services.  
**CCAA:** Comunidades Autónomas.  
**CI:** Cociente Intelectual.  
**CIBERSAM:** Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental.  
**CIE-10:** Clasificación Internacional de Enfermedades. 10ª edición.  
**CSM:** Centro de Salud Mental.  
**CSM IJ:** Centro de Salud Mental Infanto-juvenil.  
**DSM-5:** Manual Diagnóstico y Estadística de los trastornos mentales. 5ª edición.  
**EEl:** Espacio Europeo de Investigación.  
**FEAADAH:** Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad.  
**FEAFES:** Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental.  
**FEAP:** Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas.  
**FESPAU:** Federación Española de Autismo.  
**FSE:** Formación Sanitaria Especializada.  
**HD IJ:** Hospital de Día Infanto-juvenil.  
**I+D+i:** Investigación, Desarrollo e Innovación.  
**INGESA:** Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.  
**INSALUD:** Instituto Nacional de Salud.  
**ISCIll:** Instituto de Salud Carlos III.  
**MSSSI:** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.  
**N.D.:** dato no disponible.  
**NHS:** National Health Service.  
**OMS:** Organización Mundial de la Salud.  
**PAI:** Procesos Asistenciales Integrados.  
**PNA:** Psiquiatría del Niño y el Adolescente.  
**RTA:** Red de Trastornos Adictivos.  
**SEMPyP:** Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia.  
**SEPYNA:** Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y el Adolescente.  
**SM:** Salud Mental.  
**SNC:** Sistema Nervioso Central.  
**SNS:** Sistema Nacional de Salud.  
**TC:** Trastornos de Conducta.  
**TCA:** Trastorno de la Conducta Alimentaria.  
**TDAH:** Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.  
**TEA:** Trastorno del Espectro Autista.  
**TMG:** Trastorno Mental Grave.  
**TOC:** Trastorno Obsesivo-Compulsivo.  
**UCM:** Universidad Complutense de Madrid.  
**UE:** Unión Europea.  
**USMC:** Unidad de Salud Mental Comunitaria.  
**USMI:** Unidad de Salud Mental Infantil.  
**USMIJ:** Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.



## 4 Metodología de trabajo para la elaboración del libro blanco

La elaboración del libro blanco de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente se lleva a cabo ante la necesidad de realizar una revisión del estado actual en el que se encuentra este campo de conocimiento en España, tanto a nivel estatal como autonómico. Finalmente, se recogen los principales retos y áreas de mejora a los que se debe enfrentar el colectivo de profesionales relacionados con la Psiquiatría del Niño y el Adolescente para impulsar su desarrollo en los próximos años.

El libro blanco de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente ha contado con la participación de diversos colectivos, desarrollándose una metodología con tres grandes niveles de participación.

### *Nivel 1: Constitución del Comité Asesor del libro blanco*

El Comité Asesor del libro blanco de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente se constituyó con el objetivo de realizar un seguimiento a lo largo de su elaboración. Adicionalmente, los miembros del Comité Asesor han aportado datos de actividad, su experiencia y opiniones en aspectos cualitativos y cuantitativos del libro blanco

Forman parte del mismo diversos expertos del campo de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, pertenecientes a centros representativos del Estado. Los integrantes del Comité Asesor del libro blanco son los siguientes:

- Dr. Celso Arango López, Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid, CIBERSAM, Cátedra de Psiquiatría Infantil Fundación Alicia Koplowitz-UCM (coordinador del Comité Asesor).

- Dra. Josefina Castro Fornieles, Directora del Instituto Clínic de Neurociencias. Hospital Clínic de Barcelona. CIBERSAM.
- Dr. Carlos Imaz Roncero, LE Psiquiatría, Sección Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínic Universitario de Valladolid. Profesor asociado Universidad de Valladolid.
- Dra. Aránzazu Fernández-Rivas, Hospital Universitario de Basurto.
- Dr. Tomás J. Cantó, Hospital General Universitario de Alicante.
- Dra. M<sup>a</sup> Dolores Domínguez Sánchez, Profesora Titular de Psiquiatría. Unidad de Saúde Mental da Infancia e da Adolescência (CHUS).
- Dr. Javier Royo Moya, Psiquiatra Infanto-Juvenil. Centro de Salud Mental Infanto-juvenil Sarriguren de Pamplona. Servicio Navarro de Salud.
- Dr. Francisco Díaz-Atienza, Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil de Granada.
- Dr. Mariano Velilla, Hospital Clínic Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.

### *Nivel 2: Responsables de salud mental del Niño y el Adolescente en las Comunidades Autónomas*

Con el objeto de conocer de forma pormenorizada la situación actual de las Comunidades Autónomas en la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, se ha contactado con responsables regionales en este ámbito. En la gran mayoría de los casos existe un único responsable autonómico que coordina tanto la Psiquiatría del Niño y el Adolescente como la de Adultos.

Los responsables de las Comunidades Autónomas que han participado en la elaboración del libro blanco de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente han sido los siguientes:

- *Andalucía*: Sr. Rafael del Pino López y Sr. Gonzalo Fernández Regidor.
- *Aragón*: Dr. Mariano San Juan, Dr. Antonio Lobo y Dr. Pedro Manuel Ruiz.
- *Asturias*: Sra. Susana García Tardón.
- *Cantabria*: Dr. Jesús Ángel Artal, Dra. Soraya Otero, Dra. Beatriz Paya, Dr. Roque Prego, Dra. Antonia Molino, Dra. Belén Bolado, Dra. Emma Noval, Dra. Inmaculada de Mier. Dra. Sandra Alonso y Dra. Susana Samaniego (Equipo de salud mental infanto-juvenil de Santander-Laredo. Equipo de salud mental infanto-juvenil de Torrelavega).
- *Castilla y León*: Sra. M<sup>a</sup> Concepción Velasco Velado.
- *Castilla-La Mancha*: Sr. Jaime Domper Tornil.
- *Cataluña*: Dra. Cristina Molina.
- *Comunidad de Madrid*: Dra. Mercedes Navío.
- *Comunidad Valenciana*: Sr. Juan José Moreno.
- *País Vasco*: Dr. José Antonio de la Rica.
- *Extremadura*: Sra. Taciana Valverde.
- *Galicia*: Dr. Manuel Arrojo.
- *Islas Baleares*: Dr. Jaume Morey Canyelles.
- *Canarias*: Sr. José Luís Hernández Fleeta, Sr. José Pereira Miragaia, Sra. María Adelaida Gutiérrez León y Sr. Francisco Acosta Artilles.
- *La Rioja*: Dr. Miguel Ángel Ortega.
- *Región de Murcia*: Sr. Carlos Giribert Muñoz.
- *Navarra*: Sra. Adriana Goñi Sarriés y Sra. Clara Madoz Gúrpide.

No ha sido posible obtener información detallada de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.

### *Nivel 3: Profesionales del ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente*

Finalmente, en un tercer nivel de participación, se ha contado con la colaboración de numerosos profesionales de la Psiquiatría del Niño y el

Adolescente, a través de la realización de una encuesta donde han podido ofrecer datos cuantitativos y cualitativos de sus respectivos campos de actividad.

Los canales de distribución de esta encuesta han sido: las páginas web de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNyA), Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEYPNA) y la Cátedra Alicia Koplowitz-Universidad Complutense de Madrid de Psiquiatría Infantil, y el envío a los asistentes al último congreso de la AEPNyA, celebrado entre los días 16 y 18 de mayo de 2013.

Para recopilar la información a incluir en el libro blanco de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, tanto a nivel cualitativo como cuantitativo, se ha elaborado un guión-cuestionario, adaptado para cada uno de los niveles de participación previamente definidos. El modelo general de guión-cuestionario utilizado se puede encontrar en los anexos de este libro blanco.

La revisión de información se ha completado a través de búsquedas bibliográficas en diversas fuentes para poder recoger, con la mayor fiabilidad posible, el estado de situación actual de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en España. Para ello, se han revisado informes, estrategias, iniciativas, bases de datos y otras fuentes, tanto a nivel internacional como estatal y autonómico, que han permitido completar la información cualitativa y cuantitativa de todos los capítulos en los que se estructura el libro blanco de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente.



# 5 Delimitación del campo de conocimiento

## Salud mental

La salud mental es parte integral de la salud y el bienestar, tal como recoge la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS): *“La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”*.

La salud mental, como otros aspectos de la salud, puede verse afectada por una serie de factores socioeconómicos que tienen que abordarse mediante estrategias integrales de promoción, prevención, tratamiento y recuperación que impliquen a todo los colectivos implicados. La exposición a las adversidades en edades tempranas es un factor de riesgo prevenible bien establecido de los trastornos mentales.

En este contexto, se han definido los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales:

- *Características individuales:* capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás.
- *Factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales:* tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad, entre otros.

Los problemas de salud mental tienen un peso significativo en la morbilidad y la mortalidad

en los jóvenes en todo el mundo. Así, el suicidio es la tercera causa de muerte en los jóvenes, y los trastornos neuropsiquiátricos, incluyendo específicamente la depresión, la esquizofrenia y el abuso del alcohol, son la principal causa de discapacidad en los jóvenes de todas las regiones a nivel internacional.

La actual crisis financiera mundial es un excelente ejemplo de factor macroeconómico que genera recortes en la financiación destinada a la salud mental, a pesar de la necesidad simultánea de más servicios sociales y de salud mental debido al aumento de las tasas de trastornos mentales y suicidio, así como a la aparición de nuevos grupos vulnerables, como los jóvenes desempleados.

Si no se trata adecuadamente, la mala salud mental durante la infancia y adolescencia, aumenta la vulnerabilidad al funcionamiento psicológico deficiente a corto y largo plazo lo que conduce a la pérdida de productividad económica y al aumento de costes para la sociedad. Sin embargo, en muchos países, sólo una pequeña minoría de los jóvenes con problemas de salud mental son capaces de acceder a los recursos necesarios para el reconocimiento, el apoyo, la atención y el tratamiento.

## Principales datos de la salud mental y los trastornos mentales

- Aproximadamente la mitad de los trastornos mentales aparecen por primera vez antes de los 14 años. Más del 70% de todos los trastornos mentales comienzan antes de los 18 años.

- Aproximadamente el 20% de los niños a nivel mundial (independientemente de la cultura o región) presentan trastornos mentales. No obstante, las regiones con mayor porcentaje de población menor de 19 años son las que presentan menor volumen de recursos en salud mental.
- La depresión, caracterizada por una tristeza y una pérdida de interés mantenidos en el tiempo, está clasificada como la causa más importante de discapacidad en el mundo.
- Una media de 800.000 personas se suicidan anualmente (los trastornos mentales son una de las principales causas de suicidio), dándose el mayor volumen en países con ingresos medios o bajos. La edad media de estas personas se sitúa principalmente entre los 15 y los 44 años.
- Los trastornos mentales son considerados uno de los factores de riesgo relevantes tanto de enfermedades transmisibles como no transmisibles.
- El estigma de los trastornos mentales y la discriminación de los enfermos mentales provoca la resistencia de los pacientes a recibir tratamiento médico especializado. Los niveles de estigma son mayores en las regiones y países con un nivel de educación más elevado.
- Existe una elevada incidencia de denuncias por violaciones de los derechos humanos de los pacientes psiquiátricos, entre las que destacan la coerción física, la reclusión y la privación de las necesidades básicas y la intimidad. Esto es debido, principalmente, a que sólo un número limitado de países cuentan con un marco legal que regule la situación de este colectivo.
- Existen grandes diferencias en cuanto a la distribución de recursos (principalmente recursos humanos) dedicados a la salud mental a nivel internacional. La falta de perfiles profesionales específicos, tales como psiquiatras, enfermeras psiquiátricas, psicólogos y trabajadores sociales, supone en numerosas ocasiones una barrera importante para ofrecer un tratamiento y atención en los países más desfavorecidos (generalmente, de menores ingresos).
- El desarrollo de los servicios de salud mental en los sistemas sanitarios debe tener como objetivo superar los siguientes obstáculos clave:
  - ♦ La no inclusión de la atención en salud mental en los programas de salud pública y las consiguientes consecuencias desde el punto de vista de la financiación.
  - ♦ La actual organización de los servicios de salud mental.
  - ♦ La falta de integración de la salud mental con la atención primaria.
  - ♦ La escasez de recursos humanos para la atención de salud mental.
  - ♦ La falta de iniciativas y propuestas en el terreno de la salud mental pública.
- Se debe contar con la participación de todos los colectivos implicados en el ámbito de los trastornos mentales para potenciar su desarrollo y garantizar la salud mental de la población. Esta colaboración debe ser aún mayor en los países y regiones con menores ingresos.

### ***Situación actual de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente***

La Psiquiatría del Niño y el Adolescente es una rama de la Psiquiatría, relativamente reciente, y un campo de conocimiento con una progresiva demanda de atención médica por parte de niños y jóvenes.

Se estima que una quinta parte de los adolescentes menores de 18 años padece algún problema de desarrollo emocional o de conducta, y que uno de cada ocho tiene en la actualidad un trastorno mental. Hasta hace poco tiempo, se negaba que los niños sufrieran trastornos mentales, o se minimizaba su importancia. Actualmente se cuenta con suficientes evidencias que demuestran la

existencia de relación y continuidad entre los trastornos mentales infantiles y los de la vida adulta.

Se detecta, por tanto, un importante potencial de mejora en la concienciación sobre la magnitud y la gravedad de los problemas causados por los trastornos mentales en niños y adolescentes, tanto en la toma de decisiones políticas, como en aquellas tomadas por profesionales de la salud y la sociedad en general.

La actuación en el ámbito de la salud mental de los niños y jóvenes es crítica y de gran relevancia para conseguir un desarrollo normal de estos pacientes. Además existe un importante número de casos de niños y jóvenes con problemas que pese a no cumplir con los criterios diagnósticos de un trastorno mental son fuente de sufrimiento. La carencia de diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud mental de los niños y adolescentes condiciona seriamente su futuro, teniendo serias consecuencias negativas, como la disminución de las oportunidades educativas y profesionales, además de suponer un sufrimiento elevado para familiares y cuidadores y una carga económica y social para la familia y la sociedad.

### ***Breve historia de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente***

La introducción del campo de conocimiento de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en España se produce con cierto retraso con respecto a otros países europeos de su entorno. Mientras que en países como Francia, Inglaterra o Alemania ya se habían implantado actuaciones e iniciativas específicas en la segunda mitad del siglo XIX, en España no se consolidan hasta principios del siglo XX.

Las primeras iniciativas promovidas en España van dirigidas especialmente a niños con trastornos del comportamiento y del aprendizaje, aunque el seguimiento se realiza inicialmente en el ámbito educativo. Más tarde, se va consolidando el tratamiento de los niños y adolescentes con problemas mentales, principalmente de la mano de Francisco Pereira y Augusto Vidal Perera.

En España, después de la guerra civil, se crea el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, gracias al cual se ponen en marcha diversos centros de atención terapéutica. Estos centros, aunque no específicos, sí reconocen entre sus pacientes a los niños y adolescentes con trastornos mentales. Posteriormente, se construyen en Ciudad Real, Madrid, Teruel y Zamora cuatro hospitales psiquiátricos para niños con deficiencias psíquicas graves.

Tras esta iniciativa, se van creando unidades específicas y consultas externas de atención psiquiátrica de niños y adolescentes, inicialmente dependientes de los Servicios de Pediatría y posteriormente de los Servicios de Psiquiatría. Aparecen médicos insignes como Julián de Ajuriaguerra, pero no se crean escuelas ante la falta de formación reglada en esta rama de la medicina.

Desde el desarrollo del Estado de las Autonomías, las competencias se han derivado a las Comunidades Autónomas, siendo cada una de ellas responsables de la implantación de dispositivos de tratamiento de niños y adolescentes con problemas psiquiátricos.

De esta forma, en toda España se puede ofrecer una atención a niños y adolescentes, aunque ésta no se encuentra homogeneizada en todas las Comunidades Autónomas. Adicionalmente, al no existir a día de hoy una especialidad propia de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, la calidad de la atención ofrecida en cada Comunidad Autónoma depende de la formación particular de cada profesional, ya que el personal implicado en esta atención no ha recibido normalmente una formación reglada y estandarizada en el campo infantil y juvenil.



## 6 Datos demográficos y de salud de la población española menor de 18 años

### Datos generales de población

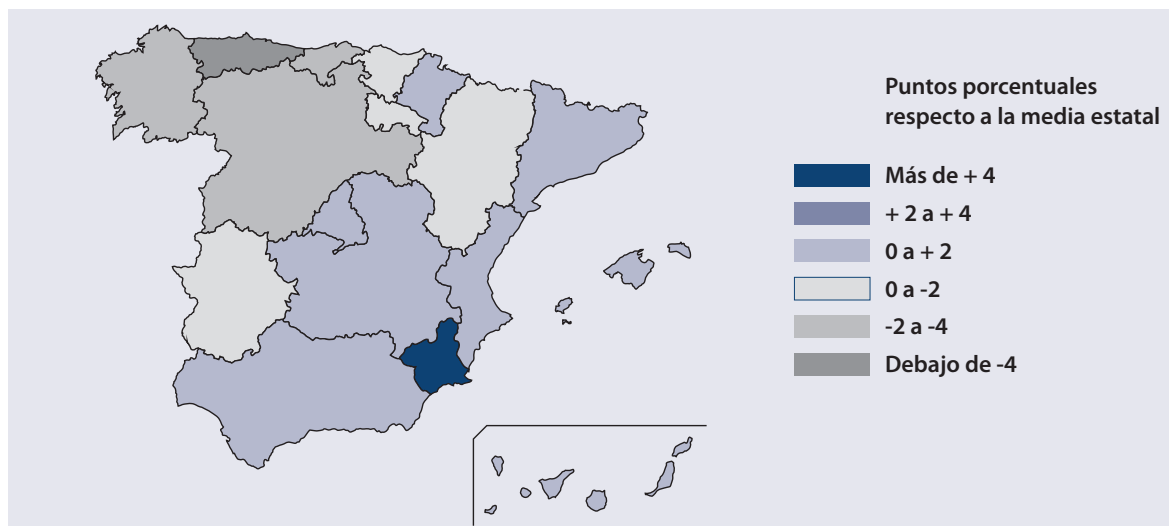
La Psiquiatría del Niño y el Adolescente es un campo de conocimiento con aplicación en los pacientes menores de edad. Por tanto, inicialmente debe concretarse la población total que puede beneficiarse de las Redes de Psiquiatría del Niño y Adolescente implantadas actualmente en todo el territorio estatal.

En el año 2012, España contaba con una población total de 46.196.278 personas, de las que 8.309.801 eran menores de edad (con edades comprendidas entre los 0 y los 17 años), lo que supone un 18,0% del total de la población. De este porcentaje, hasta un 20% podría beneficiarse a lo

largo de su infancia de atención en salud mental (podría ser a través de pediatra o médico de familia en casos no graves).

Analizando la distribución de población menor de 18 años por Comunidades Autónomas, se aprecian diferencias significativas entre las mismas. Los menores porcentajes de población infantil se encuentran en Asturias, con sólo un 13,0% del total de la población por debajo de 18 años, lo que supone 5 puntos porcentuales por debajo de la media. En el extremo opuesto se sitúa Melilla, con un 26,0% de su población menor de edad, lo que supone 8 puntos porcentuales por encima de la media.

### Distribución de población infantil (menor de 18 años) por CCAA respecto al valor medio a nivel estatal (2012)

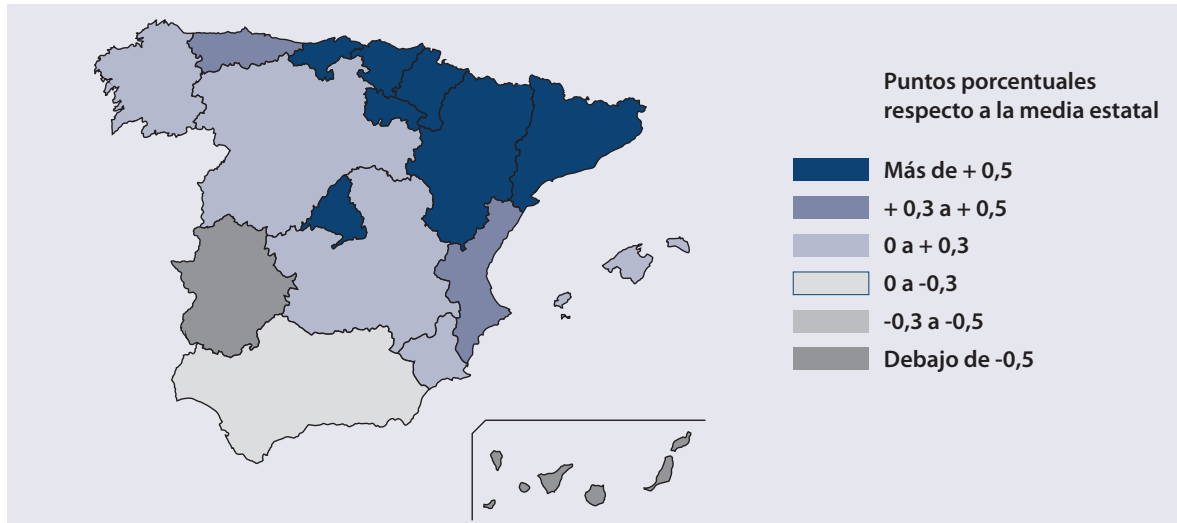


Fuente: INE 2013 (datos 2012). Estimaciones de la población actual de España calculadas a partir del censo de 2001. Datos de 1 de enero de 2012.

Respecto a la evolución de la población menor de 18 años, se ha producido un incremento de este segmento de población en la mayoría de las Comunidades Autónomas en el periodo 2008-2012, a excepción de Extremadura, Andalucía y Canarias, donde el porcentaje ha descendido.

En la siguiente figura se recoge la evolución de población menor de edad en cada una de las Comunidades Autónomas durante el periodo 2008-2012.

*Evolución de población infantil (menor de 18 años) en las CCAA (2008-2012)*



Fuente: INE 2013 (datos 2008-2012). Estimaciones de la población actual de España calculadas a partir del censo de 2001. Datos de 1 de enero de cada año.

**Datos de salud**

El análisis de los datos de salud de la población menor de edad en nuestro país, se ha centrado en los siguientes indicadores:

- Morbilidad hospitalaria: Altas hospitalarias.
- Morbilidad hospitalaria: Estancias causadas.
- Morbilidad hospitalaria: Estancias medias.
- Morbilidad hospitalaria: Tasa de morbilidad hospitalaria.

**Morbilidad hospitalaria – Altas hospitalarias**

Los trastornos mentales generan un número reducido de altas hospitalarias a nivel estatal entre la población infantil y joven (de 0 a 24 años), en relación a otros grupos de patologías. Con un total acumulado de 13.170 altas hospitalarias durante el

año 2012, se encuentran en duodécima posición al analizar los grupos de patologías (clasificación OMS).

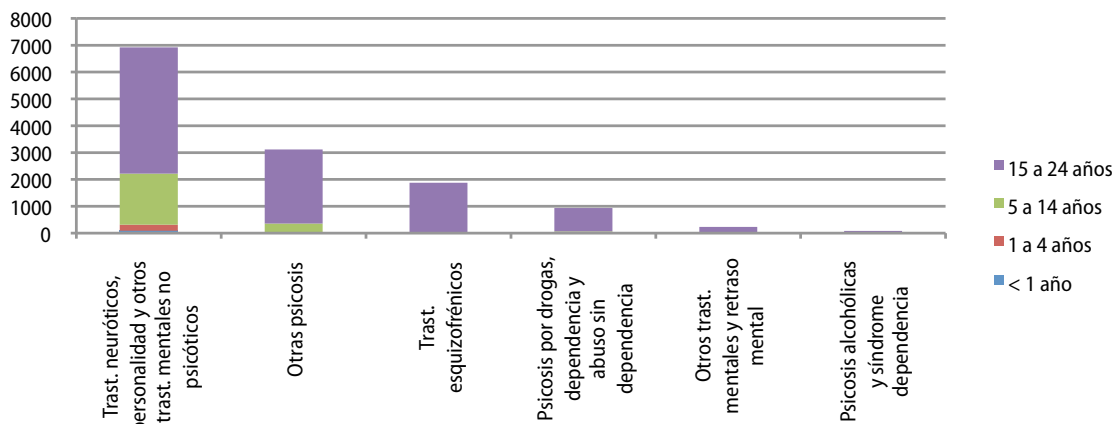
El mayor número de altas hospitalarias corresponden al grupo de edad comprendido entre los 15 y los 24 años, con 10.479 altas.

Analizando el grupo de trastornos mentales, con las limitaciones que tiene la arcaica nomenclatura utilizada por las administraciones sanitarias para este efecto, las patologías relacionadas con los trastornos neuróticos, de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos (excepto los provocados por drogas y alcohol) son las que tienen un mayor volumen de altas hospitalarias, con 6.920 altas en 2012, de las cuales 4.704 corresponden a pacientes comprendidos entre los 15 y los 24 años de edad.

En un segundo grupo se encuentran otras psicosis y trastornos esquizofrénicos, con 3.118 y 1.879 altas hospitalarias, respectivamente.

En la siguiente figura se recoge la distribución por patologías y grupos de edad.

*Altas hospitalarias de trastornos mentales por grupo de patología y grupo de edad – 0 a 24 años (2012)*



Fuente: INE 2014 (datos 2012). Encuesta de morbilidad hospitalaria 2012. Altas hospitalarias según el sexo, el grupo de edad y el diagnóstico principal.

### **Morbilidad hospitalaria – Estancias causadas**

Aunque los trastornos mentales en la población infantil y adolescente no generan una elevada morbilidad en términos de altas hospitalarias, es importante analizar la carga que supone para el Sistema Nacional de Salud el tratamiento e ingreso hospitalario de pacientes que presentan algunas de estas patologías.

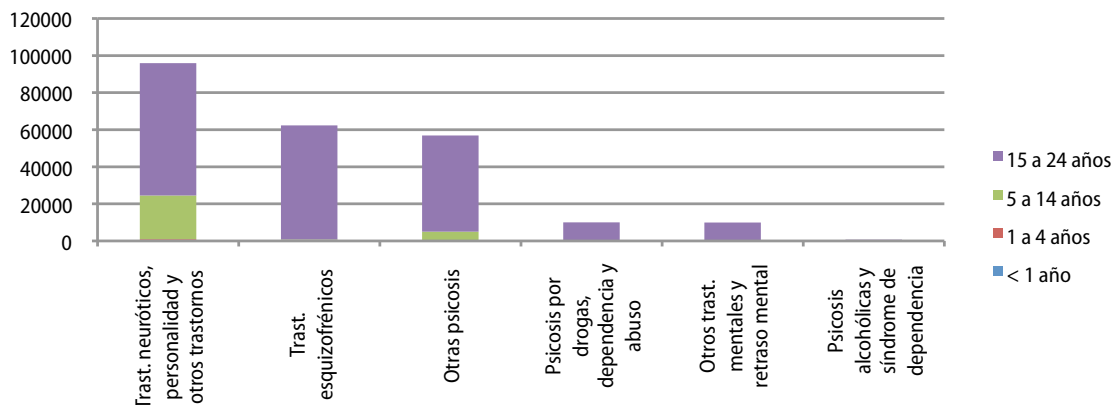
En términos de días de estancias totales por ingresos hospitalarios de los diferentes grupos de patologías, se observa que los trastornos mentales ocupan una de las primeras posiciones, con un total de 235.802 días de estancia, siendo únicamente superados por las enfermedades con origen en el periodo perinatal (592.781 días) y las enfermedades del aparato respiratorio (351.058 días). Este número total de estancias es debido principalmente al grupo de edad entre los 15 y los 24 años, con un total de 205.084 días de estancia.

El desglose por grupo de patologías relacionadas con los trastornos mentales muestra que

las patologías que requieren un mayor número de días de estancia de ingreso son los trastornos neuróticos, de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos (excepto drogas y alcohol), los trastornos esquizofrénicos y otras psicosis, con unas estancias totales de 95.890 días, 62.366 días y 56.865 días, respectivamente.

En la siguiente figura se observa la distribución de los días totales de estancia de estas patologías relacionadas con los trastornos mentales, desglosadas por grupos de edad.

### Número total de días de estancia en trastornos mentales por grupos de patologías – 0 a 24 años (2012)



Fuente: INE 2014 (datos 2012). Encuesta de morbilidad hospitalaria 2012. Estancias causadas según el sexo, el grupo de edad y el diagnóstico principal.

#### Morbilidad hospitalaria – Estancias medias

En términos de duración media de las estancias, los trastornos mentales son, con diferencia, el grupo de patologías que mayor estancia media provoca en el grupo de edad 0 a 24 años.

La estancia media de los ingresos por trastornos mentales es de 9,74 días, seguido de las neoplasias, con una estancia media de 7,70 días, y de las enfermedades del sistema circulatorio, con una estancia media de 5,89 días.

Analizando las estancias medias de los trastornos mentales por grupo de edad (de 0 a 24 años), se observa que a mayor edad, mayor es la duración de la estancia media, siendo de 5,83 días para los pacientes menores de 1 año, 3,14 días para pacientes entre 1 y 4 años, 12,04 días para pacientes entre 5 y 14 años y finalmente de 22,34 días para los pacientes comprendidos entre 15 y 24 años.

Analizando el desglose de los trastornos mentales, destacan especialmente los trastornos esquizofrénicos, con una estancia media de 30,71 días.

Cabe destacar además la estancia media provocada por otros trastornos mentales y retraso mental en el grupo de pacientes de 15 a 24 años, con una estancia media de 46,65 días.

#### Morbilidad hospitalaria – Tasa de morbilidad hospitalaria

Se analiza a continuación la incidencia y prevalencia de los trastornos mentales en términos de tasa de morbilidad hospitalaria (definida como el número de personas por 100.000 habitantes que han ingresado en un centro hospitalario para ser atendidas, diagnosticadas u observadas en

Los trastornos mentales presentan una tasa de morbilidad hospitalaria discreta en el grupo de edad de 0 a 24 años (112/100.000 hab.), situándose en la duodécima posición respecto al resto de grupos de patologías de diagnóstico principal (según la Lista Reducida Internacional de agrupación de diagnósticos, consensuada por Eurostat, OCDE y OMS, para la difusión de datos de Morbilidad Hospitalaria).

No obstante, si se analiza la tasa de morbilidad hospitalaria exclusivamente en el grupo de edad de 15 a 24 años, los trastornos mentales incrementan su peso, ubicándose en séptima posición respecto al resto de grupos de patologías analizados (225/100.000 hab.).

Los datos desagregados por tipo de trastorno mental, muestran que la mayor contribución a la

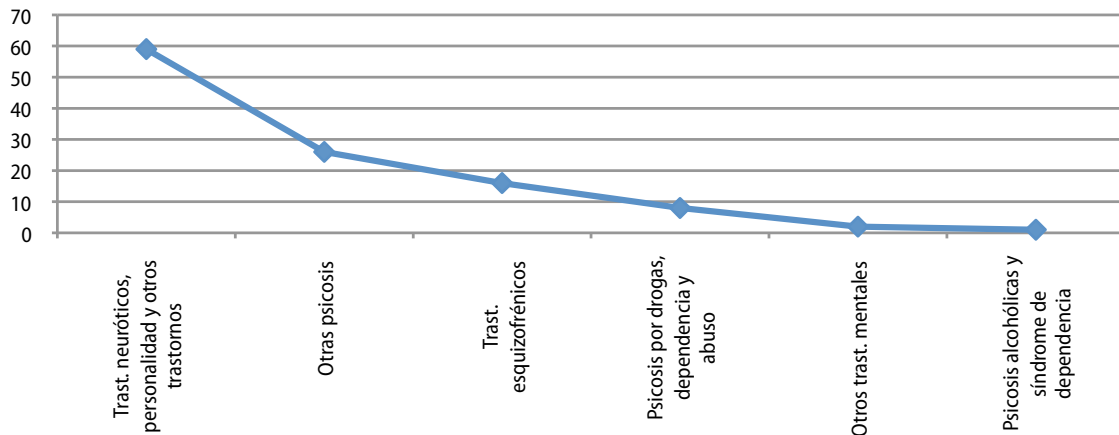


tasa de morbilidad hospitalaria de los trastornos mentales corresponde a los trastornos neuróticos, de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos (excepto por drogas y alcohol), que presentan una tasa de morbilidad hospitalaria de 59/100.000 habitantes, seguido de otras psicosis y

los trastornos esquizofrénicos, con unas tasas de 26 y 16 por cada 100.000 habitantes.

En la siguiente figura se recoge el desglose de la tasa de morbilidad hospitalaria de los trastornos mentales por grupos de patologías.

*Tasa de morbilidad hospitalaria (por 100.000 habitantes) de los trastornos mentales por grupos de patologías -0 a 24 años (2012)*



Fuente: INE 2014 (datos 2012). Encuesta de morbilidad hospitalaria 2012. Tasas de Morbilidad Hospitalaria por 100.000 habitantes según el diagnóstico principal, el sexo y el grupo de edad.

La información recogida previamente hace referencia a la asistencia clínica en niños y adolescentes en relación a la actividad hospitalaria. Sin embargo, la actividad ambulatoria y la realizada en hospitales de día no se centralizan a nivel estatal y no estando esta información disponible a través de las diferentes fuentes e instituciones estadísticas nacionales. Por tanto, el análisis de la actividad asistencial ambulatoria se ha abordado en base a la información disponible en cada una de las Autonomías y se desarrolla de forma pormenorizada en posteriores capítulos del presente libro blanco.

La Encuesta Nacional de Salud (que recoge los principales problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución padecidos en los últimos doce meses por la población infantil) incluye el análisis de dos patologías relacionadas con la Psiquiatría del Niño y el Adolescente: los trastornos de la con-

ducta (incluyendo hiperactividad) y los trastornos mentales (incluyendo depresión, ansiedad, etc.).

Según última Encuesta Nacional de Salud, 2011-2012, en España, un 2,6% de la población infantil sufrió trastornos de la conducta, y un 1,1% sufrió trastornos mentales.



# 7

## Principales patologías englobadas en los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia

---

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades. Por tanto, la salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos.

En este contexto, es importante describir y clasificar los trastornos mentales, y específicamente aquéllos que mayor incidencia tienen entre la población infantil y juvenil.

### Clasificación DSM-5

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM) es un manual específico en el ámbito de la salud mental, elaborado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría.

Se configura como una herramienta de consulta para los clínicos y el personal científico relacionado con este campo de conocimiento.

La primera versión de este manual surge de la necesidad de estructurar y consensuar información sobre el abordaje y conocimiento de los trastornos mentales. El desarrollo de esta primera versión se basó en una serie de hitos y eventos:

- La necesidad de recopilar datos estadísticos de la población, para incorporarlos al censo de los Estados Unidos en 1940.
- La colaboración entre la Asociación Estadounidense de Psiquiatría y la Academia de Medicina de Nueva York para la definición de

unos términos comunes en el campo de la salud mental.

- La necesidad de identificar una nueva tipología de pacientes tras la finalización de la II Guerra Mundial.
- La inclusión en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de un apartado sobre patologías mentales.

De esta forma, se publicó en 1952 la primera edición del Manual (DSM-I). Actualmente, la versión vigente a nivel internacional es la DSM-5 publicada en el año 2013, para cuya elaboración se contó con la participación de diversos grupos de trabajo, que reportaron a un comité responsable de la elaboración del documento.

Los principales grupos de patologías de aplicación en el campo infanto-juvenil definidas en el DSM-5 son:

- Trastornos del desarrollo neurológico (que incluye discapacidades intelectuales, trastornos de la comunicación, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno específico del aprendizaje, trastornos motores y otros trastornos del desarrollo neurológico).
- Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Trastorno bipolar y trastornos relacionados.
- Trastornos depresivos.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados.

- Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés.
- Trastornos disociativos.
- Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados.
- Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos.
- Trastornos de la excreción.
- Trastorno del sueño-vigilia.
- Disforia de género.
- Trastornos destructivos, el control de los impulsos y de la conducta.
- Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.
- Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos.
- Retraso mental.
- Trastornos del desarrollo psicológico.
- Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia.
- Trastornos mentales sin especificar.

Una descripción más detallada de cada uno de estos grupos de patologías o trastornos se puede encontrar en los anexos del presente libro blanco. En ellos, se indican las patologías concretas incluidas en cada grupo, así como una breve descripción de las mismas.

### **Clasificación CIE-10**

La clasificación de enfermedades CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión), elaborada por la OMS, incluye el conjunto de patologías no siendo específica del campo de la Psiquiatría y la salud mental.

Los grupos de patologías en el ámbito de la salud mental, en los que se organiza la CIE-10 son los siguientes:

- Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos.
- Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de psicotrópicos.
- Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes.
- Trastornos de humor (afectivos).
- Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos.
- Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos.

## 8

## Situación de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente a nivel internacional

En Europa existe una gran disparidad en las normas y prácticas en el ámbito de la Psiquiatría Infantil y del Adolescente. Mientras en algunos países la Psiquiatría del Niño y el Adolescente es una especialidad independiente, en otros, la asistencia sanitaria a este tipo de pacientes se lleva a cabo por psiquiatras generales o pediatras.

Dado que los servicios y programas de formación están actualmente en un proceso de cambio, es importante analizar estas diferencias para asegurar el cumplimiento de estándares y buenas prácticas.

En este contexto, a nivel europeo, la Directiva 2005/36/CE reconoce la Psiquiatría del Niño y el Adolescente como especialidad médica con una

duración mínima de formación sanitaria especializada de cuatro años.

Esta Directiva, publicada el 7 de septiembre de 2005, recoge el reconocimiento de titulaciones de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad Europea, facilitando la libre circulación de los profesionales que estén en posesión de las mismas, sin que sea necesario realizar exámenes de aptitud y formación adquirida.

La siguiente tabla recoge el listado de países con la especialidad de Psiquiatría del Niño reconocida por la CE, indicando su compatibilidad con los requisitos solicitados para garantizar la libre circulación de los profesionales.

Listado de países con especialidad PNA reconocida por la CE

Países	
Alemania	Eslovenia
Bélgica	Finlandia
Bulgaria	Francia
Chipre	Grecia
Irlanda	Hungría
Italia	Reino Unido
Letonia	República Checa
Lituania	Rumanía
Luxemburgo	Suecia
Dinamarca	Eslovaquia
Portugal	Polonia



Fuente: DIRECTIVA 2005/36/CE DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO, de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales.

Para analizar la situación de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente a nivel europeo, en 2012, se llevó a cabo el estudio *“Trainee experiences of Child and Adolescent Psychiatry (CAP) training in Europe: 2010-11 Survey of the European Federation of Psychiatric Trainees (EFPT) CAP working group”* (Meinou Simmons et al, European Child & Adolescent Psychiatry, 2012). Las principales conclusiones del estudio incluyen:

*En cuanto a estructura y organización de la formación:*

Una elevada proporción de Estados miembros de la Unión Europea presentan un Programa Nacional de Formación en psiquiatría infanto-juvenil, entre los que se encuentran Francia, Alemania, Italia, Grecia, Suecia y Dinamarca, entre otros.

A nivel de estructura, los estudios en psiquiatría infanto-juvenil comparten un periodo formativo con la psiquiatría de adultos o se inician como especialidad.

*En cuanto a la calidad y contenido de la formación*

Aunque han sido definidos estándares de calidad para la evaluación de la formación ofrecida en psiquiatría infanto-juvenil, pocos países los aplican rigurosamente.

Las tres principales modalidades de evaluación son los exámenes orales, los escritos y los realizados en el puesto de trabajo. En esta formación está generalizada la figura del tutor, aunque la frecuencia de su supervisión varía entre los Estados miembro de la Unión Europea. A su vez, no se ha extendido la implantación de competencias científicas en este ámbito.

Finalmente, el acceso y la calidad de las prácticas realizadas por los alumnos varía significativamente dependiendo del sistema educativo presente en cada Estado.

*En cuanto a las condiciones de trabajo y la contratación*

En general, se sigue la *European Working Time Directive (EWTD)*, actualmente de 48 horas de trabajo por semana. Los salarios medios se corres-

ponden a los percibidos por los profesionales de psiquiatría de adultos, no existiendo diferencias significativas.

### **Recomendaciones internacionales**

La OMS, principal organismo encargado de realizar las recomendaciones internacionales en el ámbito de la salud en general, y en la salud mental en particular, publicó en 2013 el Proyecto de Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020, en colaboración con los Estados miembros de la Unión Europea, que abarca recomendaciones relativas a servicios, políticas, leyes, planes, estrategias y programas a desarrollar.

Este proyecto de plan de acción integral, elaborado mediante consultas con los Estados miembros, la sociedad civil y los asociados internacionales, tiene un enfoque integral y multisectorial, con coordinación de los servicios de los sectores sanitario y social, y concede especial atención a la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, atención y recuperación. Asimismo, establece acciones claras para los Estados miembros, la Secretaría y los asociados a nivel internacional, regional y nacional, y propone indicadores y metas clave que se pueden utilizar para evaluar la aplicación, los progresos y el impacto. En el núcleo del plan de acción se encuentra el principio mundialmente aceptado de que «no hay salud sin salud mental».

El Plan de Acción define una serie de objetivos y las acciones a poner en marcha para lograr su consecución:

1. Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental a través de acciones en términos de política y legislación, planificación de los recursos, colaboración con las partes interesadas y fortalecimiento y emancipación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales, y de sus organizaciones.
2. Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental

completos, integrados y con capacidad de respuesta, incluyendo acciones en los siguientes ámbitos:

- a. Reorganización de los servicios y ampliación de la cobertura.
  - b. Atención integrada y adaptable.
  - c. Salud mental en las emergencias humanitarias (conflictos y otras catástrofes).
  - d. Desarrollo de los recursos humanos.
  - e. Corrección de las disparidades.
3. Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental y en especial en la prevención del suicidio.
  4. Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.

Adicionalmente, desde la OMS se han definido recomendaciones generales basadas en evidencia científica, para el tratamiento de niños y adolescentes con trastornos mentales en centros asistenciales no especializados. Estas recomendaciones se estructuran en los siguientes grupos de actividad tanto de prevención y promoción como de tratamiento de pacientes:

- Intervenciones de salud mental dirigidas a las madres para mejorar el desarrollo de los niños.
- Intervenciones para prevenir el maltrato infantil y para la atención de los niños con discapacidad intelectual.
- Rehabilitación en la comunidad.
- Capacitación de los padres para la asistencia de los trastornos emocionales y conductuales en los niños.
- Enseñanza de aptitudes paternas para la asistencia de los niños con discapacidad intelectual y trastornos generalizados del desarrollo.
- Intervenciones farmacológicas y de otro tipo para el tratamiento de los niños con trastornos de déficit de atención con discapacidad.

- Intervenciones farmacológicas para los niños con trastorno de conducta perturbadora, trastorno de la conducta o trastorno negativista desafiante, y en los trastornos somatomorfos de niños y adolescentes.
- Antidepresivos en niños de 6 a 12 años y en adolescentes que sufren un episodio depresivo o depresión moderada o grave.
- Intervenciones farmacológicas contra los trastornos por ansiedad de niños y adolescentes.
- Técnicas de modificación de la conducta para promover la salud mental.

En el año 2005, la Comisión Europea elaboró el libro verde, titulado "Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental".

Este libro propone el establecimiento de una estrategia de la UE en materia de salud mental para aportar un valor añadido: crear un marco de intercambio y cooperación entre los Estados miembros, así como ayudar a incrementar la coherencia de las acciones emprendidas dentro de las políticas sanitarias y no sanitarias, permitiendo que participen en la búsqueda de soluciones una amplia gama de partes interesadas.

Para diseñar esta estrategia conjunta, los esfuerzos deberían centrarse en los siguientes aspectos:

1. Promover la salud mental de toda la población.
2. Hacer frente a las enfermedades mentales mediante la prevención.
3. Mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por enfermedades o discapacidades psíquicas integrándolas en la sociedad y protegiendo sus derechos y su dignidad.
4. Desarrollar un sistema de información, investigación y conocimientos sobre salud mental para toda la UE.

El Libro Verde recoge específicamente, la necesidad de sentar las bases en el ámbito de la

promoción de la salud mental en la infancia y la adolescencia

- ♦ La salud mental está muy determinada por los primeros años de vida, de ahí que su promoción en la infancia y la adolescencia sea una inversión de futuro. Los hijos pueden desarrollarse mejor si existen medios para que los padres aprendan a ser padres. Un enfoque holístico de la escuela puede incrementar las competencias sociales, mejorar la resiliencia y reducir el acoso psicológico, la ansiedad y la depresión.
- ♦ Algunas acciones identificadas: tratamiento de la depresión postparto de las madres; mejora de las habilidades parentales; visitas a domicilio de personal de enfermería para ayudar a los futuros padres y a los que acaban de serlo; intervención de personal de enfermería en centros escolares; entorno y ética escolares favorables; recursos sobre salud mental dirigidos a estudiantes, padres y profesores.



## Condicionantes legislativos en el campo de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente

Se revisa a continuación la principal legislación y normativa que regula la actuación de los profesionales en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, incluyendo las principales recomendaciones y leyes de aplicación a nivel internacional y estatal.

Se han recogido tanto las normativas relacionadas con las condiciones necesarias para mejorar el estado de salud de la población infantil y juvenil, como aquellas que regulan las actuaciones en situaciones concretas relativas a pacientes menores de edad, como es el caso de maltratos, responsabilidad penal de los menores o el ingreso psiquiátrico de esta población, que por su importancia se trata en un apartado independiente dentro del presente capítulo.

### Legislación y normativa más relevante de ámbito internacional

La principal normativa relacionada con los niños y los adolescentes de ámbito internacional es la siguiente:

- La Convención sobre los Derechos de los niños, adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989. En ésta se garantizan las condiciones de vida dignas de los niños menores de 18 años. Específicamente se menciona en su artículo 24 que *"los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud"*.
- La Carta Europea de Derechos del Niño (DOCE nº C 241, de 21 de Septiembre de 1992). En su punto 21, esta Carta reconoce que *"todo niño tiene derecho a la salud"*.
- Convenio relativo a la protección del niño y a la cooperación en materia de adopción internacional, de 29 de mayo de 1993. Este Convenio tuvo por objeto, entre otros, establecer garantías para que las adopciones internacionales tuviesen lugar en consideración al interés superior del niño y al respeto a los derechos fundamentales que le reconoce el derecho internacional.
- OMS. 56ª Asamblea Mundial de la Salud A56/15. Punto 14.7 del orden del día provisional 27 de marzo de 2003. Estrategia para la salud y el desarrollo del niño y del adolescente. En el punto 19 el desarrollo psicosocial y la salud mental de los niños y adolescentes merecen gran atención. Entre un 10% y un 20% de los niños tienen uno o más problemas mentales o de comportamiento. Se reconoce claramente la necesidad de respaldar el desarrollo psicológico de los lactantes, niños y adolescentes para que su vida comience con buena salud, y se reconoce asimismo claramente la continuidad de la salud psicológica a lo largo de todo el ciclo vital. La OMS promoverá una amplia variedad de intervenciones eficaces para atender a los niños y adolescentes con necesidades de salud mental, que se realizarán por intermedio de las comunidades y los sistemas de salud.
- Resolución del Parlamento Europeo, de 19 de febrero de 2009, sobre la salud mental

(2008/2209(INI)), (2010/C 76 E/05). Salud mental de los jóvenes y en el sistema educativo:

- ♦ Punto 25. Pide a los Estados miembros que presten apoyo al personal escolar para conseguir un ambiente saludable y establecer relaciones entre las escuelas, los padres, los servicios de salud y la comunidad para reforzar la integración social de los jóvenes.
- ♦ Punto 26. Pide a los Estados miembros que organicen programas de apoyo a los padres, en particular para las familias desfavorecidas y promuevan la asignación de los puestos de consejero en todas las escuelas secundarias para que atiendan a las necesidades sociales y emocionales de los jóvenes, con especial énfasis en los programas de prevención encaminados a mejorar la autoestima y a la gestión de las crisis.
- ♦ Punto 27. Subraya la necesidad de diseñar sistemas sanitarios que respondan a la necesidad de prestar servicios especializados de salud mental para niños y adolescentes, teniendo en cuenta el paso de la atención institucional de larga duración a la vida en comunidad con ayuda.
- ♦ Punto 28. Subraya la necesidad de un diagnóstico precoz y del tratamiento de los problemas de salud mental en grupos vulnerables, teniendo especialmente en cuenta a los menores.
- ♦ Punto 29. Propone que la salud mental se incluya en los planes de estudios de todas las profesiones en el ámbito de la sanidad y que se prevean la educación y formación permanentes en este ámbito.
- ♦ Punto 30. Pide a los Estados miembros y la Unión Europea que cooperen en la sensibilización respecto de la cada vez peor situación de la salud mental de los niños con padres emigrantes y que introduzcan en la escuela programas destinados a ayudar.

### **Legislación y normativa de ámbito estatal**

En el ámbito estatal, se han elaborado diferentes normativas para garantizar la protección de los menores y su buen estado de salud. A continuación se resume la principal normativa relacionada con los niños y los adolescentes de ámbito estatal:

- Código Civil: Real Decreto de 24 de julio de 1889, texto de la edición del Código Civil mandada publicar en cumplimiento de la Ley de 26 de mayo último (última revisión vigente desde 23 de julio de 2011 hasta 22 de julio de 2014). En el Título X de este documento se regula la tutela, la curatela y la guarda de menores o incapacitados. En el artículo 271 se indica que *“el tutor [del menor] necesita autorización judicial para internar al tutelado en un establecimiento de salud mental o de educación o formación especial”*.
- Constitución Española de 1978. En esta Constitución se ratifican los acuerdos adoptados a nivel internacional. En este sentido, en el artículo 39 se especifica que *“los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos”*.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. En esta Ley se recoge en su artículo 20, punto 1, que *“se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría”*.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Esta Ley fomenta a lo largo de todo su texto en diferentes artículos la protección de los menores, en aspectos relativos a explotación sexual, mendicidad, trata de personas, participación en conflictos armados, etc.
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Esta Ley recoge los Derechos del Menor en España, las actuaciones a realizar en situaciones de desprotección social del menor y las instituciones de protección de menores.

- Ley Orgánica 14/1999, de 9 de junio, de modificación del Código Penal de 1995, en materia de protección a las víctimas de malos tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. En esta Ley se modifica el artículo 153 del Código Penal, y en él se recoge el agravante por ejercer violencia física o psíquica sobre sus propios hijos, los de su cónyuge o conviviente, o pupilos.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Contenido en su artículo 9, punto 3.c, se hace referencia al otorgamiento del consentimiento por representación en el supuesto *“que el paciente sea menor de edad y no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tomada en cuenta para la toma de la decisión correspondiente”*.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. En el artículo 5 se recoge que *“las Administraciones competentes deberán prever la escolarización inmediata de los hijos que se vean afectados por un cambio de residencia derivada de actos de violencia de género”*. Adicionalmente, en el artículo 19.5 se recoge que *“los servicios sociales deberán contar con personal específicamente formado para atender a los menores, con el fin de prevenir y evitar de forma eficaz las situaciones que puedan comportar daños psíquicos y físicos a los menores que viven en entornos familiares donde existe violencia de género”*.

### **Legislación que apoya la constitución y desarrollo de dispositivos específicos en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente**

Toda la normativa y legislación comentada previamente en el presente capítulo hace referencia al tratamiento de menores, especialmente cuando está relacionado con su salud mental. Además, existe actualmente en España una legislación que impacta directamente en el desarrollo de dispositivos específicos de Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

Por una parte, la creación de estos dispositivos específicos viene promovida por un interés de las Administraciones para dotar al Sistema Sanitario de recursos específicos que permitan ofrecer una atención de calidad al colectivo de menores de edad (ya que el abordaje de la salud mental en niños y adolescente debe ser diferente a la realizada en adultos).

Existe legislación que apoya la constitución y desarrollo de estos dispositivos. En concreto, el RD 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (BOE nº 222 de 16-9-2006, página 32.650; corrección de errores: BOE nº 251 de 20-10-2006, página 36.642). En el anexo III “Cartera de servicios comunes de Atención Especializada”, en el punto 7.5 se trata sobre el Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis, autismo y con trastornos de conducta en general y alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas saludables.

Tanto la Ley General de Sanidad de 1986 y el Informe Ministerial de la Reforma Psiquiátrica de 1985, como las propuestas del Consejo Nacional de Especialidades Médicas y de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría manifiestan el carácter específico y especializado de la Psiquiatría Infantil y Juvenil, para menores de 18 años.

La Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (Abril, 1985) reconoce la atención a la salud mental infanto-juvenil como un programa especial de carácter permanente y responsabiliza a las Comunidades Autónomas para que diseñen y formulen este tipo de atención de acuerdo a sus características.

En la Ley General de Sanidad, 1986, cap. 111, art. 20 en el apartado 1 se señala que la salud mental en la Infancia es de especial relevancia y precisa de una atención específica y continua. Este reconocimiento ha hecho que la OMS señale el papel de extrema importancia que tiene la atención a la salud mental en la infancia en el concepto de salud futura, destacando los aspectos psicosociales y relacionales (OMS, "Salud para todos" en el año 2000).

Por otra parte, en el año 2000 se elabora la Ley de Enjuiciamiento Civil y la Ley Orgánica reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores. En ambas leyes se pone de manifiesto la obligatoriedad de disponer en las Administraciones de recursos específicos para el tratamiento de menores de edad con trastornos mentales.

*Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (última revisión vigente hasta el 22 de julio de 2014)*

En esta Ley, que deroga el artículo 211 del Código Civil, se recoge en su artículo 763 que "el internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento [...]. El internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor".

Por tanto, mediante esta Ley se promueve la creación de unidades de hospitalización de salud mental específicas de niños y adolescentes, donde se pueda realizar una atención específica a este colectivo.

*Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores (última revisión vigente desde el 29 de diciembre de 2012)*

Esta Ley es de aplicación para exigir la responsabilidad de las personas mayores de 14 años y menores de 18 años por la comisión de hechos tipificados como delitos o faltas en el Código Penal o las leyes penales especiales.

El Reglamento de esta Ley Orgánica se desarrolla en el Real Decreto 1774/2004.

*Real Decreto 1774/2004, de 30 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores*

Este Real Decreto aborda el desarrollo parcial de la Ley Orgánica 5/2000, en lo relativo a tres materias concretas: la actuación de la Policía Judicial y del equipo técnico, la ejecución de las medidas cautelares y definitivas y el régimen disciplinario de los centros.

Concretamente, en el artículo 16 se hace referencia al tratamiento ambulatorio de menores:

"1. Para elaborar el programa individualizado de ejecución de la medida, la entidad pública designará el centro, el servicio o la institución más adecuada a la problemática detectada, objeto del tratamiento, entre los más cercanos al domicilio del menor en los que exista plaza disponible.

2. Los especialistas o facultativos correspondientes elaborarán, tras examinar al menor, un programa de tratamiento que se adjuntará al programa individualizado de ejecución de la medida que elabore el profesional designado por la entidad pública.

3. En dicho programa de tratamiento se establecerán las pautas sociosanitarias recomendadas, los controles que ha de seguir el menor y la periodicidad con la que ha de asistir al centro, servicio o institución designada, para su tratamiento, seguimiento y control.

4. Cuando el tratamiento tenga por objeto la deshabituación del consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas y el menor no preste su consentimiento para

*iniciarlo o, una vez iniciado, lo abandone o no se someta a las pautas sociosanitarias o a los controles establecidos en el programa de tratamiento aprobado, la entidad pública no iniciará el tratamiento o lo suspenderá y lo pondrá en conocimiento del juez de menores a los efectos oportunos".*

A su vez, en el artículo 17 se regula la asistencia del menor a un centro de día:

*"1. Para elaborar el programa individualizado de ejecución de la medida, la entidad pública designará el centro de día más adecuado, entre los más cercanos al domicilio del menor en los que exista plaza disponible.*

*2. El profesional designado por la entidad pública, en coordinación con dicho centro, se entrevistará con el menor para evaluar sus necesidades y elaborar el programa de ejecución, en el que constarán las actividades de apoyo, educativas, formativas, laborales o de ocio que el menor realizará, la periodicidad de la asistencia al centro de día y el horario de asistencia, que deberá ser compatible con su actividad escolar si está en el período de la enseñanza básica obligatoria y, en la medida de lo posible, con su actividad laboral".*

En este contexto, cabe destacar dos informes: el "Informe sobre el primer año de vigencia de la Ley Reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores, de septiembre de 2002" y el "Informe sobre Centros de Protección de Menores con Trastornos de Conducta y en Situación de Dificultad Social", del año 2009.

Respecto a este segundo informe, se pueden resaltar los siguientes aspectos:

- La Constitución española configura un sistema de protección de menores de carácter mixto, en el que las responsabilidades quedan compartidas entre la familia y los poderes públicos.
- Para prevenir las situaciones de mayor dificultad social, las administraciones públicas tienen que facilitar los recursos y servicios necesarios en las áreas sanitaria, educativa y social que afectan al desarrollo del menor,

colaborando con las familias y velando para que éstas cumplan debidamente con sus obligaciones respecto a los hijos menores.

- El Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2006-2009, plantea entre sus objetivos potenciar la atención e intervención social a la infancia y adolescencia en situación de riesgo, desprotección o discapacidad y/o en situación de exclusión social, estableciendo criterios compartidos de calidad.
- Si bien se han producido avances significativos en aspectos referidos a la atención a la salud mental, tales como su integración en la atención a la salud en general, la configuración de equipos multiprofesionales y la creación de centros de salud mental infanto-juvenil, todavía es largo el camino por recorrer, especialmente en la provisión de recursos comunitarios de rehabilitación.
- El documento sobre Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud hace hincapié en la conveniencia de proceder a la regulación de la psicología y de la psiquiatría de la infancia y de la adolescencia como áreas de capacitación preferente, cuestión sobre la que el Defensor del Pueblo se ha dirigido reiteradamente al Ministerio de Sanidad y Consumo.
- La insuficiente respuesta por parte de los servicios educativos y de salud mental para atender a menores en situación de dificultad social que padecen trastornos de conducta, ha propiciado que la familia tenga que asumir esta responsabilidad con muy poco apoyo profesional, si bien se están desarrollando algunas iniciativas como por ejemplo los centros terapéuticos de día, coordinados por las Consejerías de Educación y Sanidad de la Comunidad de Madrid.
- Que se conceda la prioridad que merecen a las conclusiones contenidas en el documento "La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud" en relación con la atención infanto-juvenil, y que se pongan en

práctica sus recomendaciones, en especial las siguientes:

- ♦ Realización de intervenciones preventivas dirigidas a grupos de riesgo en la primera infancia y la adolescencia.
- ♦ Materialización de las intervenciones comunitarias orientadas a mejorar la dinámica social en áreas geográficas con riesgo social alto, con la finalidad de reducir los determinantes y las consecuencias de las conductas violentas.
- ♦ Estudio y evaluación de intervenciones orientadas a informar y a educar sobre los riesgos que tiene para la salud el consumo de sustancias adictivas en adolescentes.
- ♦ Protocolización de procesos de atención relativos a trastorno mental común en la infancia y adolescencia, trastorno mental grave infanto-juvenil y trastorno generalizado del desarrollo.
- ♦ Implantación de un modelo de coordinación entre servicios sociales, educación y justicia, que garantice la continuidad de los cuidados de los niños y adolescentes en tratamiento.
- ♦ Que se promueva el acceso de todos los menores a los recursos públicos destinados al diagnóstico y tratamiento de las situaciones de dificultad social derivadas de los trastornos de conducta, sin discriminación alguna, en función de su condición de menores tutelados o no tutelados por la Administración pública.

Por tanto, la creación de dispositivos específicos de Psiquiatría del Niño y el Adolescente en España no sólo es una iniciativa de desarrollo de atención específica a este colectivo, sino que se ha elaborado legislación específica que regula su puesta en marcha y consolidación para proteger los derechos de los menores de edad.



# 10 Situación estatal de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente

La Psiquiatría del Niño y el Adolescente es actualmente un campo de conocimiento en proceso de reconocimiento como especialidad acreditada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

En este contexto, existen dos marcos estratégicos recientes a nivel estatal: la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 y el Plan Estratégico de la Infancia y la Adolescencia 2013-2016.

Adicionalmente, el grado de desarrollo de la situación actual a nivel estatal de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente se encuentra estrechamente ligado al trabajo de diferentes Asociaciones profesionales específicas, como puede ser el caso de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNyA) o la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEYPNA), entre otras. Estas Asociaciones profesionales específicas son uno de los principales promotores del posicionamiento actual de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en España.

Para conocer el grado de desarrollo actual de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, a continuación se realiza una descripción de los dos marcos estratégicos presentes a nivel estatal en este campo de conocimiento.

## **Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013**

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud surge en 2004 como respuesta del Ministerio de Sanidad y Política Social para dar

cumplimiento al objetivo estratégico de mejorar la atención a la salud mental en España.

La Estrategia en Salud Mental 2009-2013 incluye la evaluación de la primera Estrategia en Salud Mental aprobada en diciembre de 2006. En este documento se recogen de forma resumida los resultados de esta evaluación, que han permitido revisar la propuesta inicial de la Estrategia, modificar o suprimir algunos objetivos y añadir otros.

Esta nueva Estrategia en Salud Mental incluye:

- *Nueva evidencia científica disponible desde la aprobación de la Estrategia:* estudios epidemiológicos, científicos y técnicos relacionados con la salud mental de la población española.
- *Análisis de los resultados de la evaluación:* dentro del análisis de situación de cada línea estratégica se incluye un breve extracto de los resultados de la evaluación para así mostrar el estado general de implantación de los objetivos.
- *Ejemplos de buenas prácticas:* se han recopilado ejemplos de buenas prácticas desarrolladas en el contexto estatal y que han demostrado su eficacia y efectividad.
- *Redefinición y propuesta de nuevos objetivos y recomendaciones:* consensuados por el Comité de Seguimiento y Evaluación (CSE) de la Estrategia.
- *Indicadores:* se recogen los indicadores actualmente aprobados y pendientes de revisión por el grupo de evaluación del CSE.

La Estrategia en Salud Mental 2009-2013 como líneas estratégicas a implantar durante la vigencia del Plan:

1. Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental.
2. Atención a los trastornos mentales.
3. Coordinación intrainstitucional e interinstitucional.
4. Formación del personal sanitario.
5. Investigación en salud mental.

Esta Estrategia tiene en consideración la atención específica dirigida al niño y el adolescente, fijando objetivos y presentando recomendaciones para implantar actuaciones en este colectivo. A continuación, se recogen exclusivamente los aspectos relativos al colectivo del niño y el adolescente, lo que explica la discontinuidad en la enumeración de los epígrafes:

*Línea Estratégica 1: Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental*

- Objetivo general 1: Promover la salud mental de la población general y de grupos específicos.
  - ◆ Objetivo específico 1.1: Formular, realizar y evaluar un conjunto de intervenciones para promocionar la salud mental en cada uno de los grupos de edad o etapas de la vida: la infancia, la adolescencia, la edad adulta y las personas mayores, diferenciando en cada etapa necesidades diferenciales de ambos sexos.
- Objetivo general 2: Prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en la población general.
  - ◆ Recomendación 2: Realizar intervenciones preventivas dirigidas a grupos de riesgo en la primera infancia y la adolescencia (hijos de padres con trastornos

mental o con adicciones, hijos víctimas de abusos o de abandono y otros, etc.), según su definición en estudios epidemiológicos previos.

*Línea Estratégica 2: Atención a los trastornos mentales*

- Objetivo general 4: Mejorar la calidad, la equidad y la continuidad de la atención a los problemas de salud.
  - ◆ Objetivo específico 4.9: Las CCAA dispondrán y adecuarán unidades y/o programas específicos para dar respuesta a las necesidades de niños, niñas, así como adolescentes en materia de salud mental.
  - ◆ Objetivo específico 4.10: El Ministerio de Sanidad y Política Social desarrollará, junto con las CCAA, un modelo de colaboración con los órganos de Justicia e Instituciones Penitenciarias para mejorar la atención de las personas con trastornos mentales sometidas al Código Penal y a la Ley del Menor, asegurando la continuidad y la equivalencia de cuidados con el resto de la población.
  - ◆ Recomendación 3: Se recomienda mejorar el acceso a todos los dispositivos o programas terapéuticos y rehabilitadores, tanto en población adulta como infanto-juvenil, en las estructuras territoriales sanitarias.
  - ◆ Recomendación 5: Se recomienda la protocolización de los siguientes procesos de atención: [...] trastorno mental común en la infancia y adolescencia, trastorno mental grave infanto-juvenil y trastorno generalizado del desarrollo.

*Línea Estratégica 3: Coordinación intrainstitucional e interinstitucional*

- Objetivo general 6: Promover la cooperación y la corresponsabilidad de todos los departamentos y agencias involucrados en la mejora de la salud mental.



- ♦ Recomendación 3: Diseñar, implantar y evaluar un modelo de coordinación con Servicios Sociales, Educación y Justicia que garantice la continuidad de los cuidados de los niños y niñas y adolescentes en tratamiento.

#### *Línea Estratégica 4: Formación de personal sanitario*

- Objetivo general 8: Potenciar la formación de los y las profesionales del sistema sanitario para atender adecuadamente las necesidades de la población en materia de salud mental.
  - ♦ Recomendación 4: Revisar el actual modelo de las especialidades de Psiquiatría y Psicología Clínica para incluir como áreas de capacitación preferente: Psiquiatría y Psicología en la Infancia y Adolescencia [...].

Pese a que la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 incluye diversas menciones al ámbito de la infancia y la adolescencia, no se estructura una línea de trabajo clara que favorezca en desarrollo integral de este campo de conocimiento a nivel estatal. Adicionalmente, se echa en falta la realización de una revisión extensa y profunda de la consecución de los resultados obtenidos y de su grado de cumplimiento durante la vigencia del Plan, por lo que existe un importante margen de mejora en este aspecto.

#### **Plan Estratégico de Infancia y Adolescencia 2013-2016**

El Plan Estratégico de Infancia y Adolescencia 2013-2016 constituye un marco de cooperación de todas las Administraciones Públicas además de otros agentes sociales implicados en los derechos de la infancia. Su aprobación supone una apuesta estratégica y de legislatura de situar a la infancia como prioridad en la agenda política.

En este Plan Estratégico se definen de forma consensuada las grandes líneas estratégicas de desarrollo de las políticas de infancia, considerando tanto los derechos como los deberes y responsabilidades de los menores de edad.

Para enfocar las áreas y líneas estratégicas del Plan, se han definido una serie de objetivos estratégicos. Entre estos, el objetivo 7 es el que mayor impacto tiene sobre la salud mental de los niños y los adolescentes.

*Objetivo 7. SALUD INTEGRAL. Promover acciones para alcanzar el máximo desarrollo de los derechos a la salud de la infancia y la adolescencia, desde la promoción de la salud hasta la rehabilitación, dando prioridad a las poblaciones más vulnerables.*

En este contexto, el Comité de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (CDN), “recomienda al Estado parte que formule una política nacional de salud mental infantil, incluya la promoción de la salud mental y el bienestar emocional, así como la prevención de los problemas comunes de salud mental, en las escuelas y en la atención primaria de la salud, y establezca equipos de profesionales especializados en la salud mental infantil para que atiendan a los niños necesitados en los servicios ambulatorios y hospitalarios”. Como respuesta a esta recomendación, actualmente se está trabajando en un proyecto de Real Decreto en el que se contempla la creación de la especialidad de la psiquiatría infanto-juvenil.

Contenido en este objetivo estratégico 7, de Salud Integral, se han definido unas medidas y actuaciones específicas en el campo de la salud mental de los niños y los adolescentes. A continuación, se exponen exclusivamente los aspectos relativos al colectivo del niño y el adolescente, lo que explica la discontinuidad en la numeración de los epígrafes:

*7.9. Estrategias en Salud: salud mental y otros problemas de salud infanto-juvenil*

7.9.1. Diseñar un Plan de salud mental infanto-juvenil que incida en la promoción de la salud mental positiva, la prevención de los problemas

de salud mental en la escuela y en los servicios de atención primaria y potencie la creación de equipos profesionales que atiendan los problemas de salud mental infantil tanto de forma ambulatoria como en el internamiento.

7.9.2. Mejorar y ampliar los servicios y programas orientados a la salud mental y de orientación psicológica para los niños y adolescentes, con especial atención a aquellos con especial vulnerabilidad.

7.9.6. Incluir la población infanto-juvenil como población diana en las acciones encaminadas a estratificar a la población en función de las necesidades sanitarias y sociales, como paso previo al diseño de intervenciones coste-efectivas específicas para los distintos grupos de pacientes adaptadas a las referidas necesidades.

Adicionalmente, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad viene trabajando en los últimos años en una serie de iniciativas, incluyendo:

1. Desarrollo de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 se han recogido objetivos y recomendaciones específicas del colectivo infantil y juvenil.
2. Elaboración de un documento de consenso a nivel europeo denominado "La salud mental y la educación en los jóvenes".
3. Elaboración, en 2005, del "Informe Técnico sobre problemas de salud y sociales de la infancia en España" con el objetivo de realizar una aproximación desde la salud pública y la pediatría a la situación y a los problemas sociales y de salud de la infancia.
4. Elaboración, en 2009, de un informe relativo a la situación de la salud mental y la atención a los trastornos mentales de niños y adolescentes en España, promovido por la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

### ***Estrategias implantadas en las Comunidades Autónomas***

Tras el traspaso de las competencias en salud desde el Insalud, son las propias Comunidades Autónomas las encargadas de definir una estrategia concreta en su ámbito de actividad, tanto en sanidad general como en salud mental.

Un análisis de las diferentes estrategias existentes en el ámbito de la salud mental muestra diferencias significativas en su alcance y grado de implantación. En algunos casos, existe una estrategia implantada y en ejecución, mientras que en otros casos las estrategias han finalizado su periodo de vigencia, requiriendo revisión.

En general, la estrategia de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente a nivel autonómico se encuentra recogida en las correspondientes estrategias de salud mental y en algunos casos puntuales, en los planes de salud a nivel autonómico.

A continuación se indica el estado de situación de las políticas en Psiquiatría del Niño y el Adolescente en cada una de las Comunidades Autónomas.

Desarrollo de políticas de las CCAA en el ámbito de la PNA

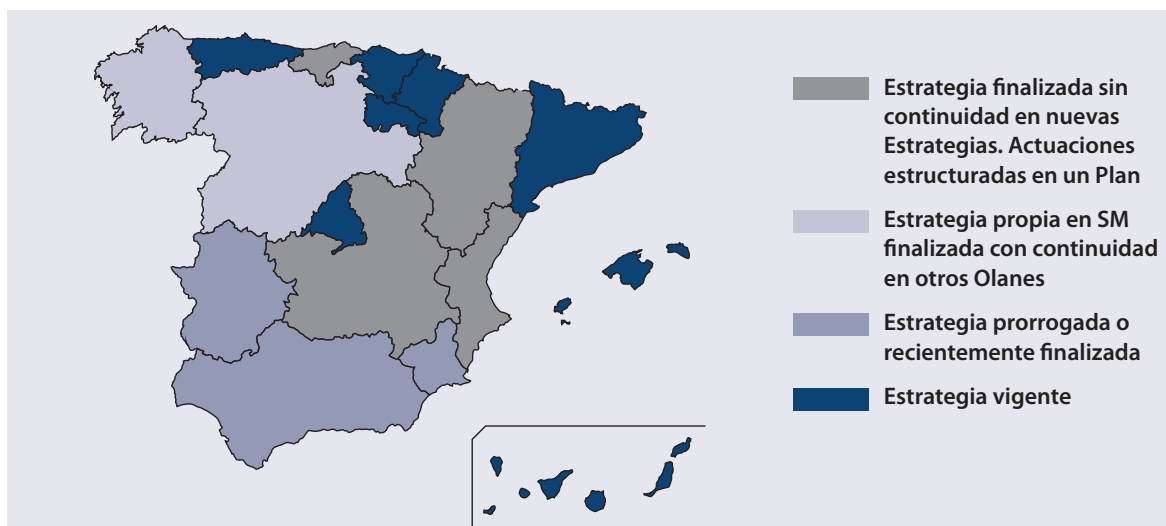
Comunidad Autónoma	Nombre última estrategia vigente	Vigente (Sí / No)	Periodo vigencia
Andalucía	Plan Integral de Salud Mental 2008-2012	Sí	2008-2012 (prorrogado)
Aragón	Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental	No	2002-2010
Asturias	Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2011-2016	Sí	2011-2016
Cantabria	Plan Regional de Salud Mental	No	1998-2002
Castilla y León	Estrategia de Atención al paciente crónico (no existe estrategia propia)	No	2003-2007
Castilla-La Mancha	Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2005-2010	No	2005-2010
Cataluña	Plan Director de Salud Mental y Adicciones	Sí	Revisión anual desde 2006
Comunidad de Madrid	Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014	Sí	2010-2014
Comunidad Valenciana	Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica	No	Elaborado 2001
País Vasco	Estrategia en Salud Mental de la Comunidad Autónoma del País Vasco 2010	Sí	Revisión periódica desde 2010
Extremadura	Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2007-2012	Sí	2007-2012 (prorrogado)
Galicia	Estrategia SERGAS 2014 (no existe estrategia propia)	No	2006-2011
Islas Baleares	Estrategia de Salud Mental de las Islas Baleares	Sí	Elaborado 2006
Islas Canarias	Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-juvenil de la Comunidad de Canarias	Sí	Revisión anual desde 2006
La Rioja	Plan de Salud Mental 2010	Sí	2010-2015
Región de Murcia	Plan de Salud Mental 2010-2013	No	2010-2013
Navarra	Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016	Sí	2012-2016
Ceuta y Melilla	Estrategia integrada en INGESA		

Elaboración propia.

A modo ilustrativo se recoge una figura que posiciona a cada Comunidad Autónoma en base al grado de desarrollo e implantación de estrategias en el campo de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Se ha realizado una clasificación estructu-

rada en cuatro apartados: estrategias finalizadas y sin continuidad actualmente, estrategias integradas en los planes de salud a nivel autonómico, estrategias recientemente finalizadas o actualmente prorrogadas y estrategias implantadas y vigentes.

#### *Posicionamiento de las CCAA respecto al desarrollo de políticas y estrategias en PNA*



Elaboración propia a partir de información aportada por los responsables de salud mental de las Comunidades Autónomas.

# 11 Organización asistencial de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente

Dependiendo de la disponibilidad de los recursos y las líneas estratégicas planteadas en cada Gobierno autonómico, el grado de desarrollo de los dispositivos de salud mental en niños y adolescentes difiere significativamente entre las distintas Autonomías. De esta forma, en algunas Comunidades Autónomas se cuenta con una red consolidada de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, mientras que en otras existen dispositivos más puntuales y que en ocasiones no ofrecen cobertura completa a todas las necesidades de la población infantil y juvenil.

De igual forma, se observan diferencias al analizar los procesos de admisión, tratamiento y alta de pacientes en los dispositivos de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, así como el sistema de guardias y urgencias específicas en este campo de conocimiento.

Respecto al abordaje concreto de estas patologías, en cada una de las Comunidades Autónomas se dispone de una serie de protocolos y programas diferenciados, los cuales han sido implantados para disponer de unas herramientas y forma de trabajo comunes para todos los profesionales. De igual forma que ocurre respecto a la disponibilidad de recursos, se han detectado diferentes grados de desarrollo de estos protocolos y programas diferenciados.

Para poder ofrecer una visión general de la situación de la organización asistencial de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente a nivel estatal se desarrolla a continuación la disponibilidad de recursos, el posicionamiento en los servicios de salud, los procesos asistenciales implantados y el abordaje de las patologías respecto a la existencia

de programas específicos, identificando las similitudes entre los modelos existentes en las Comunidades Autónomas y poniendo de manifiesto los aspectos singulares y diferenciales existentes en algunas de ellas.

## ***Posicionamiento en los servicios de salud y disponibilidad de recursos***

El colectivo de profesionales y recursos específicos de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en las Comunidades Autónomas tiene un posicionamiento heterogéneo, atendiendo a la organización particular en cada una de ellas.

En algunas Autonomías se han realizado esfuerzos para crear y desarrollar una Red de Psiquiatría del Niño y el Adolescente independiente de la Red de Adultos. Como es el caso de Cataluña, cuya Red empezó a funcionar de forma autónoma a partir del año 1989-1990.

En otros casos, los recursos y profesionales infanto-juveniles se encuentran englobados en el ámbito de salud mental global o en el de Psiquiatría de Adultos, sin tener una clara diferenciación o autonomía entre ambos colectivos. Por tanto, existe una diferenciación en el sistema de atención a pacientes, pero no una visibilidad como Red propia. En las Comunidades Autónomas que presentan este modelo, el ámbito de niños y adolescentes suele ser dependiente de los Servicios de Psiquiatría hospitalarios.

Cabe destacar en este apartado la situación concreta de la Comunidad de Madrid, en la cual las competencias han sido derivadas a cada ámbito hospitalario y su área de influencia, organizándose

este campo de conocimiento, según las necesidades detectadas en cada caso específico.

Para poder ofrecer una asistencia óptima a los pacientes, la unidad básica con la que cuentan los dispositivos de Psiquiatría del Niño y el Adolescente es un equipo multidisciplinar, que cubre todos los aspectos relacionados con la patología de este colectivo.

Estos equipos multidisciplinarios suelen estar integrados por psiquiatras, psicólogos clínicos, personal de enfermería, auxiliares de enfermería, y en menor medida otros perfiles profesionales tales como terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, pedagogos, etc.

Por otra parte, el nivel de cobertura de los dispositivos asistenciales también presenta diferencias significativas entre las Comunidades Autónomas. Mientras que en algunas Autonomías existe una cobertura total respecto a los dispositivos ambulatorios y hospitalarios, en otras es necesario derivar pacientes fuera de la Comunidad para poder realizar un correcto tratamiento de los pacientes atendidos. No obstante, este punto será abordado y analizado con mayor detalle en el capítulo correspondiente a los recursos disponibles en Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

Finalmente, cabe mencionar en este apartado un aspecto crítico en la atención a pacientes de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, que es la edad de asistencia de estos dispositivos. Cada Comunidad Autónoma ha definido una edad máxima de asistencia, por encima de la cual el paciente es derivado directamente a la Red de Psiquiatría de Adultos. De esta forma, en algunas Comunidades la edad de asistencia alcanza los 14 años de edad, mientras que en otras la asistencia abarca hasta los 16 años o 18 años de edad.

- *Comunidades Autónomas con asistencia en el ámbito de niños y adolescentes hasta los 18 años:* Andalucía, Aragón, Islas Baleares, Islas Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, el País Vasco, Extremadura, La Rioja y Comunidad de Madrid.
- *Comunidades Autónomas con asistencia en el ámbito de niños y adolescentes hasta los*

16 años: Asturias, Galicia, Región de Murcia y Navarra.

- *Comunidades Autónomas con asistencia en el ámbito de niños y adolescentes hasta los 14 años:* Comunidad Valenciana.

### **Proceso de admisión, tratamiento y derivación de pacientes**

Por regla general, la asistencia de salud mental a niños y jóvenes se encuentra a un segundo nivel de atención; es decir, los pacientes suelen ser derivados directamente a un dispositivo específico desde el ámbito de Atención Primaria. No obstante, no siempre se presenta esta organización. En el caso de Andalucía por ejemplo, la atención de salud mental a niños y adolescentes se encuentra en un tercer nivel de asistencia. Por tanto, el paciente es atendido inicialmente en Atención Primaria, y dependiendo de la gravedad o complejidad del caso, será derivado en primera instancia a una Unidad de Salud Mental Comunitaria (UMSC) y posteriormente a una Unidad de Salud Mental Infantil (USMI).

Las derivaciones a los dispositivos de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, en un segundo nivel de atención, se realizan mayoritariamente desde Atención Primaria. En algunas Comunidades Autónomas ésta es la única vía de derivación, mientras que en otras se dispone de vías alternativas como puede ser la derivación directa desde Servicios Sociales, otras especialidades médicas, Justicia, etc. En algunos casos, a pesar de permitirse estas vías alternativas, se debe mantener informado al médico de Atención Primaria.

Otra de las diferencias detectadas en el proceso de admisión y derivación de pacientes está relacionada con el ingreso hospitalario de los mismos. En las Comunidades Autónomas que cuentan con recursos limitados de esta tipología (principalmente, unidades de hospitalización específicas y propias del colectivo infantil y juvenil), el ingreso de los pacientes tiene que ser realizado en los Servicios de Pediatría o de Psiquiatría de Adultos. En ambos casos, se debe notificar y solicitar permiso

para llevar a cabo dicha actuación, de forma que se cumpla con la legislación vigente. Este es el caso de la Ciudad Autónoma de Melilla o Cantabria, entre otros, donde el tratamiento de los pacientes debe realizarse en las unidades de salud mental de adultos.

Sólo en casos extremos, los pacientes que deben ser ingresados tienen que ser derivados a Unidades de Hospitalización de otras Comunidades Autónomas.

Finalmente, el seguimiento posterior al alta del paciente también presenta ciertas diferencias. En algunas Comunidades Autónomas, este seguimiento se realiza desde Atención Primaria. En otros casos, los encargados son los dispositivos ambulatorios específicos del colectivo infantil y juvenil. En otros casos, se analiza cada caso concreto para seleccionar el dispositivo asistencial que mejor se ajusta a las condiciones particulares del paciente.

#### *Situación particular de la Ciudad Autónoma de Melilla*

En la Ciudad Autónoma de Melilla no existe una unidad específica para la atención de la salud Mental Infanto-Juvenil, siendo atendidos dentro de la Atención General de la Unidad de Salud Mental y Servicio de Psiquiatría, sin que haya hasta el momento dotación específica de ninguna clase. En contadas ocasiones se han derivado algunos casos a unidades especializadas fuera de la ciudad, concretamente al Hospital Universitario Niño Jesús de Madrid y con anterioridad a la USMI del Hospital Universitario Carlos Haya de Málaga.

#### **Principales protocolos y programas diferenciados**

Una de las prácticas habituales para organizar y estandarizar el abordaje y el tratamiento de las patologías relacionadas con la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en las Comunidades Autónomas es la elaboración e implantación de Protocolos y Programas específicos que dirijan las actuaciones a desarrollar por todos los profesionales de este campo de conocimiento.

En general, estos Protocolos y Programas se centran en patologías concretas que permiten un diagnóstico preciso de la misma, y ofrecen unas pautas de tratamiento basadas en la evidencia científica.

Por tanto, una elevada proporción de las Comunidades han elaborado protocolos de actuación para las principales patologías relacionadas con la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, como por ejemplo el Trastorno del Espectro Autista, el Trastorno de la Conducta Alimentaria o el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Para intentar consolidar una estructura colaborativa que permita ofrecer una respuesta y abordaje integral de las patologías, en ocasiones se ha colaborado con otros Departamentos y Consejerías implicados, como puede ser el ejemplo de Navarra, que dispone de un Protocolo de Colaboración entre Educación, Salud y Servicios Sociales en la Atención a la Infancia y a la Adolescencia, o en el caso de Castilla y León, que se cuenta con el Protocolo de Educación y Sanidad para TDAH y el Programa de Atención a Trastornos de conducta, entre Sanidad y Menores Infractores.

En el caso de la Comunidad de Madrid, que ha derivado sus competencias a cada centro hospitalario, sus protocolos y programas son elaborados de forma particular en cada uno de los hospitales. Por ejemplo, el Protocolo de Tratamiento específico de los TCA del Hospital Universitario Niño Jesús, o el Programa para la Atención Médica Integral de los pacientes con Trastorno del Espectro Autista del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Algunas Comunidades Autónomas actualmente no presentan un grado de desarrollo muy elevado en la elaboración e implantación de Protocolos y Programas, aunque en general se encuentran entre las principales prioridades para los próximos años. Éste es el caso de la Comunidad Autónoma de Galicia, que recientemente ha elaborado un Programa de Atención al TDAH.

A continuación se recoge una tabla resumen de las principales características y rasgos diferenciales de las Comunidades Autónomas en cada



uno de los aspectos analizados. Para una descripción más pormenorizada y exhaustiva de la organi-

zación asistencial en cada una de ellas, se pueden consultar los anexos al presente libro blanco.

### Organización asistencial de las CCAA en el ámbito de la PNA

Comunidad Autónoma	Posicionamiento	Admisión y derivación	Protocolos diferenciados
Andalucía	Posicionado a un tercer nivel de atención, tras la Atención Primaria (AP) y la Salud Mental Comunitaria (USMC)	Derivación a través de una USMC. Apoyo en hospitalización en Adultos y Pediatría. Seguimiento en USMC o USMI (infantil)	Dispone de dos PAIs específicos en TEA y en TCA
Aragón	SM depende directamente del Departamento de Sanidad. SM infantil depende de Psiquiatría hospitalaria	N.D.	N.D.
Asturias	Dispositivos integrados en el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)	Derivación realizada desde Atención Primaria de Salud y otros remitentes	Protocolos en TMG y TDAH
Cantabria	Unidades dependientes de los Servicios de Psiquiatría hospitalarios. Se cuenta con apoyo estructural de Adultos	Derivación desde AP y urgencias. Si requiere hospitalización, se cuenta con apoyo de Adultos y Pediatría, o derivación a otra Comunidad	Proyecto interdepartamental para TDAH. Se cuenta también con un protocolo de detección precoz de la psicosis (test diagnóstico)
Castilla y León	Dependiente del servicio de Psiquiatría en cada área de salud. Dispositivos hospitalarios con cobertura regional	Derivación desde AP. Relación directa con dispositivos hospitalarios para derivación de pacientes	Programa de Atención a menores Infractores (Centro Zambrana), Programa de TDAH, T. conducta y TCA (no específico de infantil), etc.
Castilla-La Mancha	Red puesta en marcha (2º nivel de atención) con Unidades específicas. Existen recursos en cada área de salud	Derivación a través de AP. Posibles derivaciones directas interdepartamentales. Se define un seguimiento para cada caso concreto	Unidad Funcional para la Valoración del Abuso Sexual Infantil, Proceso Asistencial Integrado de Intervención Precoz en Primeros Episodios Psicóticos, etc.
Cataluña	Red independiente de adultos. Los dispositivos colaboran con otros Departamentos, ofreciendo apoyo	Derivación desde AP u otros dispositivos sociales. Seguimiento posterior desde CS-MIJ, H. Día o AP.	Plan Integral de Atención a personas con problemas de SM, Programas específicos: TEA, psicosis incipiente, prevención del suicidio, etc.
Comunidad de Madrid	Competencias descentralizadas a cada ámbito hospitalario. En algunos centros, convergencia de atención asistencial	Derivación desde AP, y según gravedad, a hospitalización. En el seguimiento del caso pueden colaborar otros colectivos implicados	No existen Programas implantados a nivel regional, son propios de los hospitales (TCA, TEA, Psicosis, Trastorno de personalidad en adolescencia, Perinatal, etc.)



Comunidad Autónoma	Posicionamiento	Admisión y derivación	Protocolos diferenciados
Comunidad Valenciana	Existe una unidad ambulatoria (USMI) en cada departamento público de salud. Hay unidades de hospitalización de referencia	Derivación desde AP, y en la Unidad se asigna el recurso necesario. Seguimiento posterior desde USMI	Se elaboran de forma independiente en cada USMI. A modo de ejemplo, se ha elaborado protocolos específicos del TEA y el TDAH
País Vasco	Programa específico, separado de Adultos, y dependiente de la red global de SM. Existen colaboraciones interdepartamentales	Derivación de AP y Educación (Berritzegunes). Ingreso hospitalario a través de varias vías (CSMIJ, urgencias, etc.). Seguimiento al alta, en su centro respectivo	Programas de asistencia general, y centrados en patologías concretas (TCA, primeros episodios psicóticos, TMG, etc.). Red concertada: GAUTENA, APNABI y ARAZOAK
Extremadura	Integrada en la red general de Psiquiatría. Designación de responsable en cada equipo de SM infantil	Derivación desde AP. En algunos casos, derivación inicial a CSM de adultos y posterior derivación a Infantil. Ingreso habitual, en Adultos o a otra Comunidad	Un único Programa implantado a nivel autonómico, para el abordaje del TCA
Galicia	Unidades dependientes de Psiquiatría general. Asistencia ambulatoria y ocasionalmente, ingreso (apoyo de Pediatría)	Derivación desde AP y otros servicios clínicos. Si procede, hospitalización. Seguimiento en unidad ambulatoria	Programa Asistencial Integrado en TDAH, de reciente implantación para toda Galicia
Islas Baleares	Red independiente dependiente del H.U. Son Espases, con apoyo del Coordinador de Adultos	Derivación desde AP y asignación del recurso óptimo. Según gravedad, a H. Día u Hospitalización	Programas específicos principalmente de patologías: TDAH, TEA, psicosis precoz, etc.
Islas Canarias	Red independiente en expansión. Unidades específicas con apoyo de estructuras de adultos	Derivación desde AP y puntualmente desde Educación. Según gravedad, hospitalización con apoyo de adultos y pediatría.	Principales programas implantados, específicos de patologías: TCA y TDAH
La Rioja	Los dispositivos constan de una unidad ambulatoria y una unidad de hospitalización	Derivación desde AP y Pediatría. Hospitalización en unidad específica, y con apoyo ocasional de pediatría	Programa de colaboración con Educación y programas específicos de patologías: TEA, TCA y déficit de atención.
Región de Murcia	Programa independiente de Adultos, pero con colaboraciones. Cuenta con recursos en todas las áreas de salud	Derivación principal desde AP, aunque también hospitalización, otras especialidades, Servicios Sociales, etc. Existen distintas vías de seguimiento posterior	Protocolos elaborados para patologías concretas: TDAH, TEA y TCA

Comunidad Autónoma	Posicionamiento	Admisión y derivación	Protocolos diferenciados
Navarra	Red propia, independiente de adultos. Reubicación de recursos propios y pacientes	Derivación desde AP a centro específico o común. Según gravedad, derivación directa a recurso específico. Trabajo coordinado con AP. Apoyo hospitalario de Adultos y Pediatría	Protocolo con criterios de derivación, Protocolo interdepartamental para atención a infancia y adolescencia y otros Programas e iniciativas
Ceuta	N.D.	N.D.	N.D.
Melilla	No dispone de recursos propios, la atención se realiza en la unidad de adultos. En contadas ocasiones, se han realizado derivaciones a hospitales de otras Comunidades Autónomas.		

Elaboración propia a partir de información aportada por los responsables de salud mental de las Comunidades Autónomas.

## 12 Recursos disponibles

Existe una distribución heterogénea tanto en las políticas e iniciativas planteadas como en la estructuración de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en cada una de las Comunidades Autónomas.

En este sentido, se ha realizado un análisis de la situación de los recursos disponibles en las Comunidades Autónomas en el campo de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, que ha puesto de manifiesto, en algunos casos, las diferencias significativas en el grado de desarrollo.

En este análisis se han considerado:

- Recursos materiales: principales instalaciones disponibles en las Redes de Psiquiatría del Niño y el Adolescente.
- Recursos humanos: composición de los equipos multiprofesionales que integran los dispositivos disponibles.

### **Recursos materiales disponibles**

Los recursos materiales de Psiquiatría del Niño y el Adolescente disponibles hacen referencia a la cantidad de dispositivos con los que cuentan los profesionales de este campo de conocimiento para el desarrollo de su actividad. Estos recursos se engloban generalmente en tres grandes grupos: dispositivos ambulatorios, hospitales de día y unidades de hospitalización. Adicionalmente, se puede contar con otros tipos de dispositivos (unidades mixtas con el Departamento o la Consejería de Educación, por ejemplo).

Para conocer la situación de los recursos disponibles en las Comunidades Autónomas respecto a las tres tipologías mencionadas (dispositivos

ambulatorios, hospitales de día y unidades de hospitalización), se ha realizado un resumen del estado de los dispositivos presentes en cada Comunidad Autónoma. Para ello, se ha analizado en cada una de ellas la disponibilidad de los dispositivos y en caso de disponer de ellos, si estos son específicos o compartidos con los recursos destinados a pacientes adultos o con los espacios de Pediatría.

Los recursos indicados como “específicos” son aquellos puestos en marcha en la Comunidad Autónoma propios del colectivo de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Hacen referencia a instalaciones y personal propio, con funcionamiento independiente del colectivo de psiquiatría de adultos.

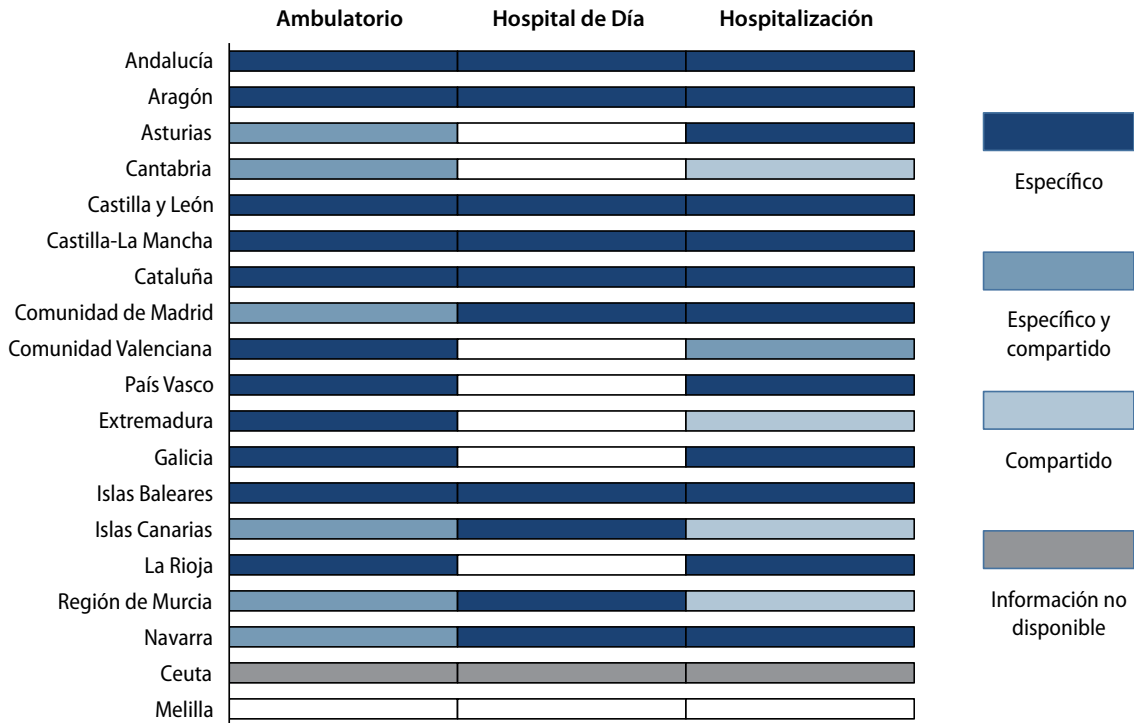
Los recursos indicados como “específicos y compartidos” hacen referencia a los dispositivos presentes en la Comunidad Autónoma que en algunos casos son propios e independientes de la Red de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (serían considerados “específicos”), pero otros dispositivos de esa tipología (como puede ser el caso de los ambulatorios en la Comunidad de Madrid), aunque disponen de personal propio y específico, desarrollan sus funciones en instalaciones compartidas con el colectivo de adultos. En este caso, en una misma Comunidad pueden encontrarse dispositivos específicos infantiles y juveniles junto con dispositivos que comparten recursos (principalmente instalaciones) con otros colectivos.

Los recursos indicados como “compartidos” son aquellos dispositivos no específicos de la Red de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Como se observa en la figura, esta tipología de dispositivo está presente en las Unidades de Hospitalización.

Numerosas Comunidades Autónomas no disponen de Unidad propias, por lo que el ingreso de pacientes debe realizarse, de forma general, o bien

en el Servicio de Pediatría o bien en el de Psiquiatría de adultos (dependiendo de la edad del paciente).

*Recursos disponibles por las CCAA para el desarrollo de actividades de PNA*



Elaboración propia a partir de información aportada por los responsables de salud mental de las Comunidades Autónomas.

Por otra parte, es interesante conocer el grado de cobertura que tiene cada una de estas tipologías de recursos materiales en las Comunidades Autónomas. Para ello, se ha cuantificado el volumen de dispositivos y su ratio por 100.000 habi-

tantes de referencia a los que ofrece cobertura, es decir, el cálculo ha sido realizado sobre la población objetivo; en algunos casos es sobre habitantes hasta los 16 años, y en otros, hasta los 18 años, según la legislación particular en cada Autonomía.

Principales datos y ratios de recursos disponibles de las CCAA en el ámbito de la PNA

Comunidad Autónoma	Dispositivos ambulat.		Hospital de día		Unidad de hospitalización	
	Número	Ratio 100.000 hab.	Plazas	Ratio 100.000 hab.	Camas	Ratio 100.000 hab.
Andalucía	14	1,06	252	19,01	8	0,70
Aragón	7	3,23	15	6,92	6	2,77
Asturias	5	3,66	–	–	5	3,66
Cantabria	2*	2,21	–	–	–	–
Castilla y León	11	3,17	10	2,88	8	2,30
Castilla-La Mancha	7	1,87	N.D.	N.D.	15	4,02
Cataluña	50	3,51	449	31,50	62	4,35
Comunidad de Madrid	55*	4,59	175	14,59	39	3,25
Comunidad Valenciana	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	22	2,85
País Vasco	15	4,42	–	–	20	5,89
Extremadura	3	1,65	–	–	–	–
Galicia	8	2,36	–	–	7	2,07
Islas Baleares	8	3,76	10	4,59	6	2,82
Islas Canarias	4	1,04	90	23,46	–	–
La Rioja	1	1,86	–	–	2	3,72
Región de Murcia	10*	3,61	30	10,83	–	–
Navarra	1,22**	1,13	12	11,12	4	3,71
Ceuta	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Melilla	–	–	–	–	–	–

Información aportada por los responsables de salud mental de las Comunidades Autónomas.

\* Se recogen tanto los recursos específicos como los compartidos.

\*\* Se incluye la dedicación parcial específica de recursos compartidos.

En el caso de Canarias no se incluyen las unidades con recursos compartidos con el colectivo de adultos. Si se analiza el ratio de unidades específicas y compartidas para esta Comunidad, el volumen es de 28 unidades, lo que ofrece un ratio de 7,30, significativamente superior.

Los dispositivos indicados en la tabla anterior hacen referencia exclusivamente a las unidades ambulatorias, los hospitales de día generales y las unidades de hospitalización. No obstante, algunas Comunidades Autónomas cuentan con dispositivos adicionales para el tratamiento de pacientes de Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

Entre estos dispositivos adicionales se encuentran unidades específicas de patologías concretas (como por ejemplo, unidades de tratamiento de TCA), o dispositivos mixtos con otros Departamentos (como son los Centros Educativos Terapéuticos presentes en el País Vasco, entre otros).

Los ratios de unidades ambulatorias por 100.000 habitantes no presentan excesivas variaciones al comparar entre las Comunidades Autónomas, aunque pueden distinguirse un grupo que dispone de un ratio de entre 1 y 2 unidades por 100.000 habitantes, ligeramente inferior al resto, con valores comprendidos entre las 3 y 4 unidades. Estas Autonomías son Andalucía, Castilla-La Mancha, Extremadura, La Rioja, Navarra y Canarias.

El caso de Andalucía también debe considerarse de forma específica, ya que las unidades ambulatorias de Psiquiatría del Niño y el Adolescente se encuentran en un tercer nivel de atención sanitaria, disponiendo de dispositivos adicionales que realizan su actividad tanto en el colectivo de adultos como en el de niños y adolescentes.

Donde sí se observan diferencias muy significativas es en las plazas de los hospitales de día. En este aspecto, se identifica claramente un grupo de Comunidades Autónomas con un ratio por 100.000 habitantes significativamente superior al resto. Tal es el caso de Cataluña y las Islas Canarias, y en menor medida, Andalucía, la Comunidad de Madrid, Navarra y la Región de Murcia.

Finalmente, los ratios de número de camas de hospitalización presentan un comportamiento similar a las unidades ambulatorias, con valores normalmente comprendidos entre las dos y las cinco camas por 100.000 habitantes.

### **Recursos humanos disponibles**

Como se comentaba, el abordaje de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente se realiza normalmente mediante la intervención de equipos multiprofesionales que dan un punto de vista amplio y multisectorial en el tratamiento de los pacientes.

Estos equipos se conforman alrededor de un núcleo básico compuesto por un psiquiatra y un psicólogo clínico. En algunas Comunidades Autónomas estos equipos incorporan un mayor número de perfiles profesionales, entre los que se encuentran:

- Personal de enfermería.
- Auxiliares de enfermería.
- Trabajadores sociales.
- Terapeutas ocupacionales.
- Otros perfiles: pedagogos, etc.

El volumen y ratio de los recursos humanos disponibles en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en las Comunidades Autónomas complementa la información obtenida de los recursos materiales, ya que permite conocer el grado de atención que recibirán los pacientes y la cobertura que se ofrecerá a la población de referencia.

Por tanto, a continuación se han cuantificado los psiquiatras y psicólogos clínicos específicos disponibles en las unidades ambulatorias en cada una de las Comunidades Autónomas, así como el ratio por 100.000 habitantes de población de referencia (de forma similar a los ratios calculados en los recursos materiales).

De igual forma que se ha realizado para los recursos materiales, en los totales no se incluye el ratio a nivel estatal ya que la población de referencia difiere en cada una de las Comunidades Autónomas.

*Volumen y ratio de psiquiatras y psicólogos clínicos de PNA por 100.000 habitantes*

Comunidad Autónoma	Psiquiatras		Psicólogos clínicos	
	Número*	Ratio 100.000 hab.	Número*	Ratio 100.000 hab.
Andalucía	36	2,72	32,5	2,45
Aragón	N.D.	4,61	N.D.	4,61
Asturias	6,4	5,25	6,65	5,46
Cantabria	4	4,42	4	4,42
Castilla y León	18,5	5,32	13,5	3,89
Castilla-La Mancha	17	4,55	24	6,42
Cataluña	91,5	6,42	200,4	14,06
Comunidad de Madrid	62	5,17	42	3,50
Comunidad Valenciana	34	4,40	28,5	3,69
País Vasco	31,5	9,28	29	8,54
Extremadura	3	1,65	4	2,19
Galicia	11,5	2,98	12	3,11
Islas Baleares	9	4,22	9	4,22
Islas Canarias	14	3,65	17	4,43
La Rioja	1,5	2,79	3	5,58
Región de Murcia	15,5	5,59	14	5,05
Navarra	6,75	6,26	8,25	7,67
Ceuta y Melilla	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Melilla	-	-	-	-
<b>Total**</b>	<b>359,65</b>	<b>-</b>	<b>444,8</b>	<b>-</b>

Información aportada por los responsables de salud mental de las Comunidades Autónomas.

\* Los valores decimales se obtienen por las jornadas a tiempo parcial de los profesionales.

\*\* Total respecto a la información disponible.

Únicamente se ha incluido en el análisis de los recursos humanos el volumen y los ratios para psiquiatras y psicólogos. En numerosas ocasiones el resto del personal no tiene una dedicación plena a la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, ya que

también realizan funciones con el colectivo de adultos (en el caso del personal de enfermería o auxiliares, por ejemplo), o pertenecen a otros Departamentos (como puede ser el caso de los pedagogos).

Cabe destacar que, actualmente, en la gran mayoría de Comunidades Autónomas no se han definido puestos específicos de psiquiatras de niños y adolescentes. Por tanto, estos puestos se pueden definir funcionalmente, aunque pueden ser ocupados sin exigirse perfiles específicos.

Por otra parte, el análisis se ha realizado exclusivamente para el personal ubicado en los dispositivos ambulatorios. Para optimizar los recursos disponibles, estos profesionales suelen formar parte a su vez de los equipos que integran los hospitales de día y las unidades de hospitalización, por lo que para evitar duplicidades se han incluido exclusivamente los recursos de los dispositivos ambulatorios.

El análisis de los recursos humanos desglosado por Comunidad Autónoma y perfil profesional (psiquiatra o psicólogo clínico) permite observar que aunque de forma general los equipos se conforman con un mayor número de psicólogos que de psiquiatras (444,8 frente a 359,65), algunas Comunidades Autónomas no mantienen esta distribución. Tal es el caso de Andalucía, Castilla y León, Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana,

País Vasco y la Región de Murcia, donde el volumen (y por tanto el ratio) de psiquiatras es superior al de psicólogos.

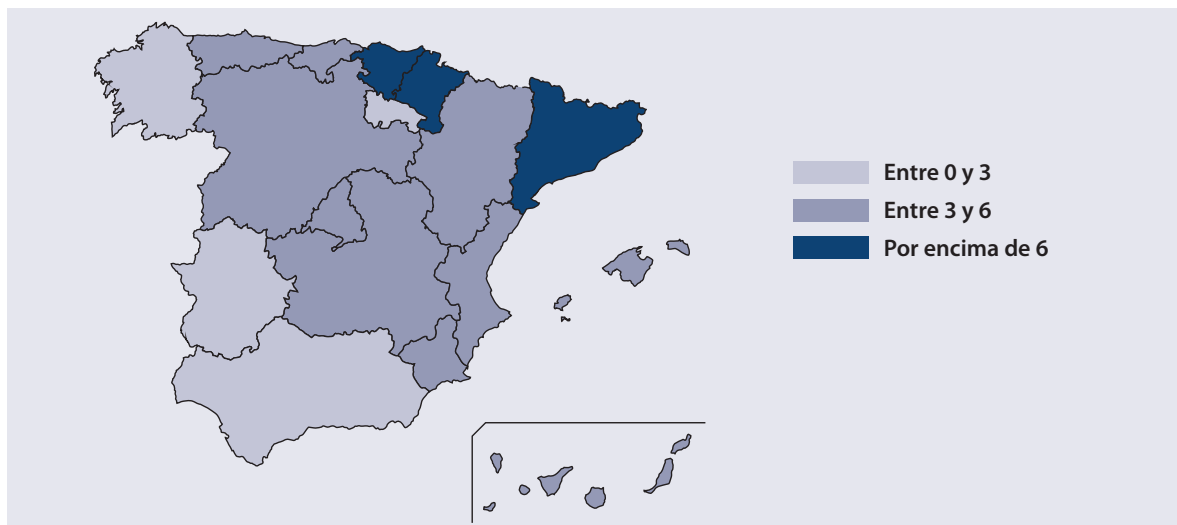
Respecto a la comparativa entre las Comunidades Autónomas, existen diferencias significativas al analizar los ratios de cada perfil profesional. Así, el País Vasco tiene un ratio de psiquiatras por 100.000 habitantes de 9,28 mientras que el ratio para Extremadura es de 1,65. Las Comunidades de Cataluña y Navarra también presentan unos ratios elevados, con unos valores de 6,42 y 6,26, respectivamente.

Analizando los psicólogos clínicos también existen grandes diferencias: el ratio para Cataluña es de 14,06, mientras que Extremadura dispone de 2,19 psicólogos clínicos por cada 100.000 habitantes.

Otras Comunidades Autónomas con unos ratios elevados de psicólogos clínicos son el País Vasco y Navarra, con unos valores de 8,54 y 7,67, respectivamente.

A continuación se representa gráficamente la disponibilidad de recursos humanos en las Comunidades Autónomas por perfil profesional.

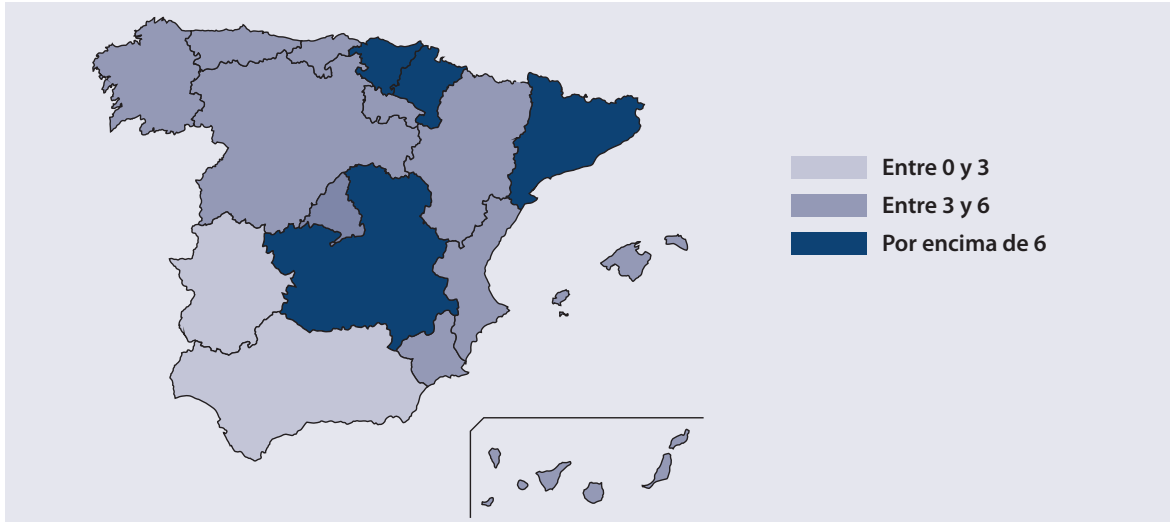
*Ratio de psiquiatras de PNA por 100.000 habitantes por CCAA*



Elaboración propia a partir de información aportada por los responsables de salud mental de las Comunidades Autónomas.



### Ratio de psicólogos clínicos de PNA por 100.000 habitantes por CCAA



Elaboración propia a partir de información aportada por los responsables de salud mental de las Comunidades Autónomas.

Finalmente, se ha considerado interesante realizar una comparativa de los ratios de profesionales dedicados a tareas y actividad en Psiquiatría del Niño y el Adolescente de las Comunidades Autónomas respecto a recomendaciones y ratios internacionales.

En 1999, Remschmidt y van Engeland (Remschmidt & van Engeland (1999). *Child and Adolescent Psychiatry in Europe*. Darmstadt: Steinkopff; New York: Springer) elaboraron una tabla donde se comparaban los ratios de psiquiatras propuestos en diferentes países europeos para ofrecer una correcta cobertura de servicios en Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Estos ratios se indican a continuación:

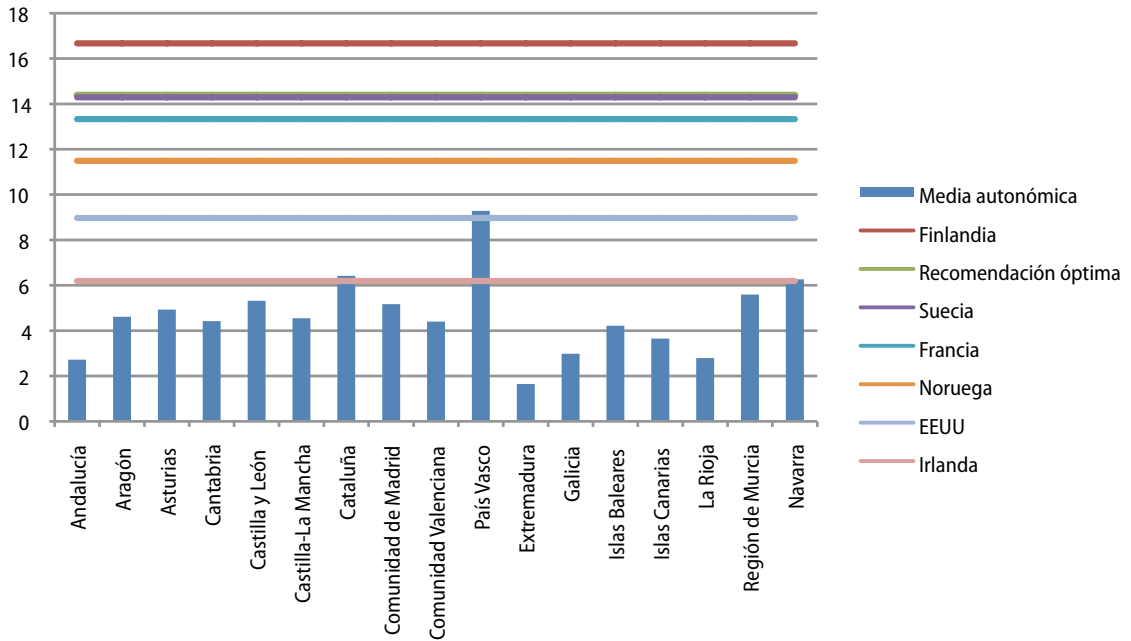
- Finlandia: un psiquiatra por cada 6.000 menores (16,67 por 100.000 menores).
- Suecia: un psiquiatra por cada 7.000 menores (14,29 por 100.000 menores).
- Francia: un psiquiatra por cada 7.500 menores (13,33 por 100.000 menores).
- Noruega: un psiquiatra por cada 8.700 menores (11,49 por 100.000 menores).
- Irlanda: un psiquiatra por cada 16.150 menores (6,19 por 100.000 menores).

Posteriormente, Thomas y Holzer (Christopher R. Thomas, M.D., and Charles E. Holzer, III, Ph.D. *The Continuing Shortage of Child and Adolescent Psychiatrists*. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 45:9, september 2006), realizaron un estudio de situación de la cobertura de psiquiatras infantiles y juveniles en Estados Unidos, mostrando el dato presente en este país y el ratio recomendado para ofrecer una óptima asistencia a la población infantil y juvenil:

- Estados Unidos: 8,97 psiquiatras por 100.000 menores.
- Ratio recomendado para una óptima asistencia: 14,38 psiquiatras por 100.000 menores.

Considerando estos ratios en países del entorno, la siguiente figura recoge el posicionamiento de cada Comunidad Autónoma respecto a estos valores.

Posicionamiento de las CCAA respecto a ratios internacionales de psiquiatras infantiles



Elaboración propia a partir de información de las CCAA y de valores y recomendaciones internacionales.

Como se observa, la práctica totalidad de las Comunidades Autónomas se encuentran por debajo de los ratios de psiquiatras de los países de su entorno. Las únicas Comunidades que presentan ratios más cercanos a los valores de Estados Unidos es el País Vasco, y con unos valores similares al ratio de Irlanda se posicionan las Comunidades Autónomas de Cataluña y Navarra.

# 13 Volumen de actividad

Uno de los análisis que permite conocer la situación y el estado de salud de la población en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente es la cuantificación y caracterización de su volumen de actividad, entendida ésta como el flujo de pacientes atendidos por los profesionales, así como el número de consultas realizadas o las principales patologías diagnosticadas. Gracias a estos análisis se obtienen ratios para poder llevar a cabo comparativas entre las Comunidades Autónomas.

En el presente capítulo se analizará el volumen de actividad a nivel estatal de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente a través de la situación particular en cada Comunidad Autónoma. Para ello, se deben distinguir entre dos ámbitos:

- Actividad ambulatoria, llevada a cabo en los dispositivos y unidades ambulatorias y que desarrollan el mayor porcentaje de actividad de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Se ha analizado la prevalencia, la incidencia y la frecuentación administrativa.
- Actividad hospitalaria, desarrollada en las unidades de hospitalización constituidas en las Comunidades Autónomas. Estos dispositivos son los responsables de los tratamientos de casos de elevada complejidad y gravedad, los cuales son tratados principalmente durante un breve periodo de tiempo durante la fase aguda de la patología.

## **Análisis de la actividad ambulatoria**

El análisis de la actividad ambulatoria en el campo de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente ofrece una visión de los problemas de salud que

sufre la población de referencia en cada una de las Comunidades Autónomas. Gracias al análisis de la actividad ambulatoria y específicamente a la cuantificación de los pacientes atendidos y las consultas realizadas se pueden obtener unos indicadores de salud para conocer la situación a nivel estatal, particularizado a cada Autonomía. Estos indicadores son los siguientes:

- Prevalencia administrativa: calculada como el número de pacientes anuales que reciben los dispositivos ambulatorios por 1.000 habitantes de referencia.
- Incidencia administrativa: obtenida con la cuantificación de las primeras consultas realizadas anualmente en los dispositivos ambulatorios por 1.000 habitantes de referencia.
- Frecuentación administrativa: este indicador mide el número de visitas total realizadas anualmente en los dispositivos ambulatorios por cada 1.000 habitantes de referencia.

Estos indicadores permiten la normalización de los datos absolutos disponibles en las Comunidades Autónomas, por lo que se utilizan para identificar aquellas que tienen un mayor porcentaje de población infantil y juvenil con problemas asociados a la salud mental, o bien las que tienen una mayor carga de trabajo debido a casos con necesidad de un seguimiento más exhaustivo.

La siguiente tabla recoge los datos de pacientes atendidos, primeras consultas y consultas totales realizadas en cada una de las Comunidades Autónomas, así como las tasas que de ellas se derivan: la prevalencia, la incidencia y la frecuentación administrativa.

Existen numerosas dificultades para disponer de la información centralizada relativa a la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en las Comunidades Autónomas. En un elevado porcentaje de ellas no se dispone de la información suficientemente desagregada, por lo que es complicado obtener y analizar los indicadores planteados. Una de las principales causas que origina esta situación es el

proceso de automatización y actualización de los sistemas de información con los que se dispone, que actualmente dificulta la obtención de información. No obstante, se contempla entre las actuaciones de la mayoría de las Comunidades Autónomas continuar trabajando para avanzar en este aspecto.

### Principales datos e indicadores de actividad en PNA de las CCAA

Comunidad Autónoma	Pacientes atendidos	Prevalencia	1ª consultas	Incidencia	Consultas totales	Frecuentación
Andalucía	19.467	14,68	9.252	6,98	159.741	120,5
Aragón	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Asturias	3.963	32,54	1.695	13,92	20.332	166,93
Cantabria	N.D.	N.D.	709	7,83	4.634	51,19
Castilla y León	N.D.	N.D.	5.850	16,84	40.332	116,07
Castilla-La Mancha	N.D.	N.D.	3.800	10,18	40.300	107,92
Cataluña	57.373	40,25	23.376	16,40	407.830	286,15
Comunidad de Madrid	N.D.	N.D.	18.710	15,60	92.040	76,73
Comunidad Valenciana	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
País Vasco	8.861	26,11	3.170	9,34	63.331	186,58
Extremadura	N.D.	N.D.	2.957	16,22	11.285	61,88
Galicia	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	22.913	67,72
Islas Baleares*	6.000	28,17	2.328	10,93	20.171	94,69
Islas Canarias	11.464	29,89	N.D.	N.D.	52.098	135,82
La Rioja	1.050	19,52	338	6,28	4.056	75,38
Región de Murcia	5.438	19,63	N.D.	N.D.	30.536	110,20
Navarra**	4.387	40,65	1.791	16,60	26.188	242,68
Ceuta	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Melilla	-	-	-	-	-	-

Información aportada por los responsables de salud mental de las Comunidades Autónomas.

\* Sólo disponible información de Mallorca.

\*\* Incluye duplicidades de aquellos pacientes que han utilizado recursos específicos y comunes con adultos.

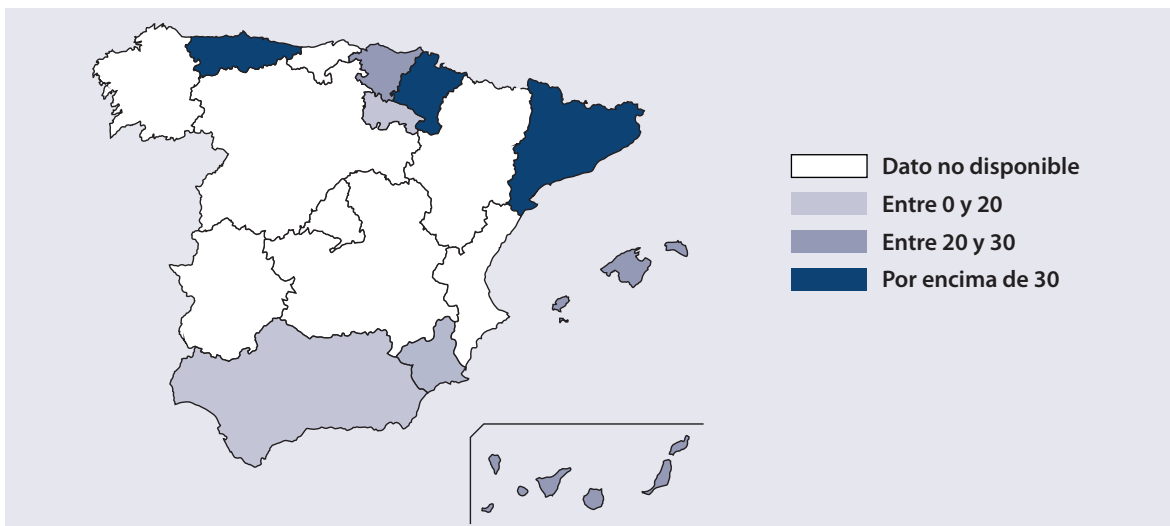
Analizando los datos, se observa que Navarra y Cataluña son las Comunidades con una mayor prevalencia administrativa de las patologías relacionadas con la Psiquiatría del Niño y el Adolescente (40,65 y 40,25 respectivamente), aunque el dato de Navarra puede presentar duplicidades debidas a la derivación de pacientes entre dispositivos.

Respecto a la incidencia administrativa, las Comunidades que presentan un mayor índice de nuevos pacientes atendidos son Castilla y León (16,84), Navarra (16,60 incluyendo posibles duplicidades por la derivación de pacientes), Cataluña (16,40), Extremadura (16,22) y la Comunidad de Madrid (15,60).

Finalmente, el mayor volumen de actividad ambulatoria de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, medido a través del indicador de frecuentación administrativa, corresponde a las Comunidades de Cataluña, Navarra (que puede incluir posibles duplicidades) y en menor medida el País Vasco, con unos valores de 286,15, 242,68 y 186,58 respectivamente.

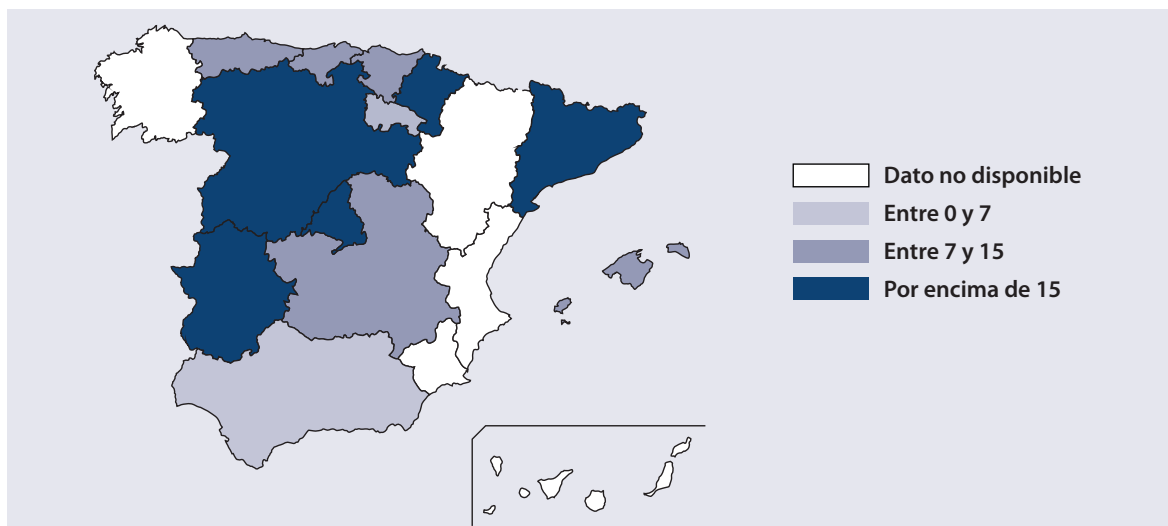
En las siguientes figuras se realiza una representación gráfica de cada uno de los indicadores analizados, de forma que se muestre el estado de situación de las Comunidades Autónomas.

### Prevalencia de patologías de PNA en España



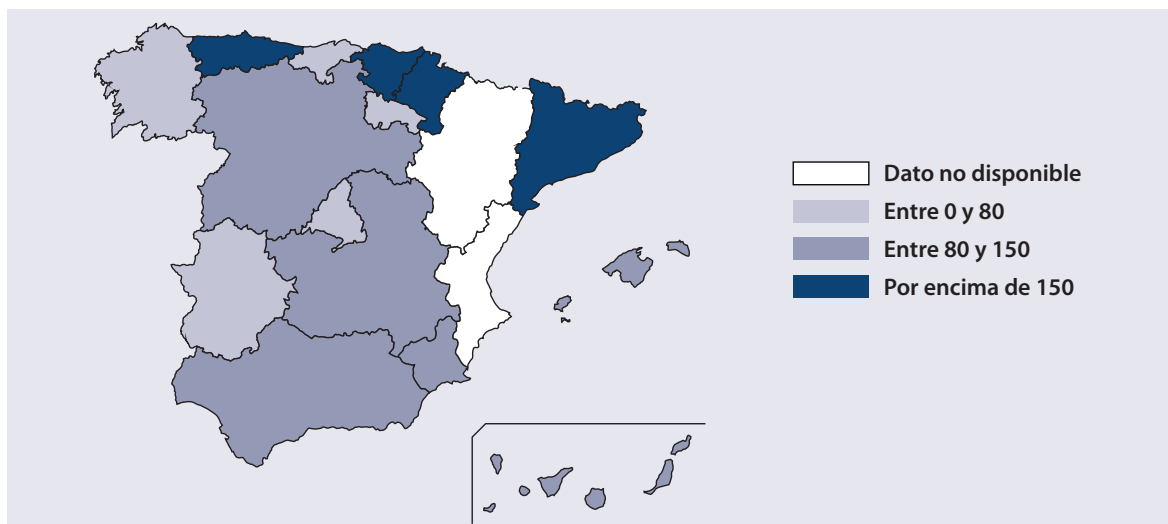
Elaboración propia a partir de información aportada por los responsables de salud mental de las Comunidades Autónomas.

### *Incidencia de patologías de PNA en España*



Elaboración propia a partir de información aportada por los responsables de salud mental de las Comunidades Autónomas.

### *Frecuentación de patologías de PNA en España*



Elaboración propia a partir de información aportada por los responsables de salud mental de las Comunidades Autónomas.

Finalmente, en el ámbito de la actividad ambulatoria, en algunas Comunidades Autónomas se ha registrado la distribución de diagnósticos más prevalentes clasificados por patologías relacionadas con la Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

A continuación se recoge en una tabla las patologías más prevalentes en las Comunidades Autónomas.

### Patologías más prevalentes de las CCAA en el ámbito ambulatorio

Comunidad Autónoma	Patologías más prevalentes
Castilla y León	Trastornos del comportamiento y emocionales de comienzo en la infancia y la adolescencia, reacción a estrés grave y trastornos de adaptación, trastornos del desarrollo psicológico y otros trastornos de ansiedad
Cataluña	Trastornos por déficit de atención, de la conducta y por comportamiento perjudicial, Trastornos de adaptación, Trastornos habitualmente diagnosticados en la lactancia, infancia y adolescencia y Trastornos de ansiedad
País Vasco (Álava)	Trastornos del comportamiento y emocionales de comienzo en la infancia y la adolescencia, trastornos neuróticos y trastornos del desarrollo
Islas Canarias	Trastornos del comportamiento y emocionales de comienzo en la infancia y la adolescencia, Trastornos neuróticos y trastornos del desarrollo
La Rioja	Trastornos del comportamiento y emocionales de comienzo en la infancia y la adolescencia, trastornos neuróticos y somatomorfos y trastorno del desarrollo psicológico
Región de Murcia	Trastornos emocionales, sociales y tics, trastornos hiperkinéticos y trastorno generalizado del desarrollo
Navarra	Trastornos de conducta, trastornos de ansiedad, otras neurosis y trastornos específicos del desarrollo.

Información aportada por los responsables de salud mental de las Comunidades Autónomas.

### **Análisis de la actividad hospitalaria**

El análisis de la actividad hospitalaria relativa a la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en España se centra en el estudio del volumen y flujo de pacientes atendidos en las Unidades de Hospitalización (principalmente específicas) que cada Comunidad Autónoma dispone para el tratamiento con las patologías de mayor gravedad o complejidad.

No obstante, este análisis presenta una serie de condicionantes que dificultan la consecución de un punto de vista global y completo de esta actividad a nivel estatal.

Por una parte, de forma similar a la actividad ambulatoria, actualmente no se dispone en todas las Comunidades Autónomas de un sistema automatizado de recogida y normalización de la información, por lo que su recopilación y posterior explotación no siempre abarca la totalidad de la actividad desarrollada.

Por otra parte, no se dispone en todas las Comunidades Autónomas de recursos específicos de hospitalización en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente por lo que, en ocasiones, los ingresos deben realizarse en los Servicios de Pediatría o de Psiquiatría de adultos (previa comunicación y autorización de las autoridades competentes). De esta forma, se han presentado dificultades en la obtención de la información relativa a este campo.

Finalmente, y asociado a esta cobertura global de dispositivos de hospitalización en Psiquiatría del Niño y el Adolescente, en algunos casos los profesionales se han visto obligados a la derivación puntual de pacientes a otras Comunidades Autónomas para continuar el tratamiento de los pacientes. Esto puede ocasionar duplicidades puntuales en la información disponible y durante el tratamiento de la misma.

En este contexto, se recoge a continuación el volumen de actividad a nivel de hospitalización en cada una de las Comunidades Autónomas. Para ello, se han cuantificado el número de pacientes atendidos (bien a través del número de ingresos o bien a través del número de altas hospitalarias). En aquellas Autonomías que no cuentan con unidades de hospitalización propias, en algunas ocasiones se ha tenido que recurrir al número de deriva-

ciones de ingresos realizadas a unidades de otras Comunidades Autónomas para el tratamiento de los pacientes.

Con el objetivo de normalizar la información disponible y poder realizar comparativas entre las Comunidades Autónomas se recoge también en la tabla el ratio de ingresos/altas/derivaciones por 100.000 habitantes de la población de referencia.

*Principales datos y ratios de actividad hospitalaria de las CCAA en el ámbito de la PNA*

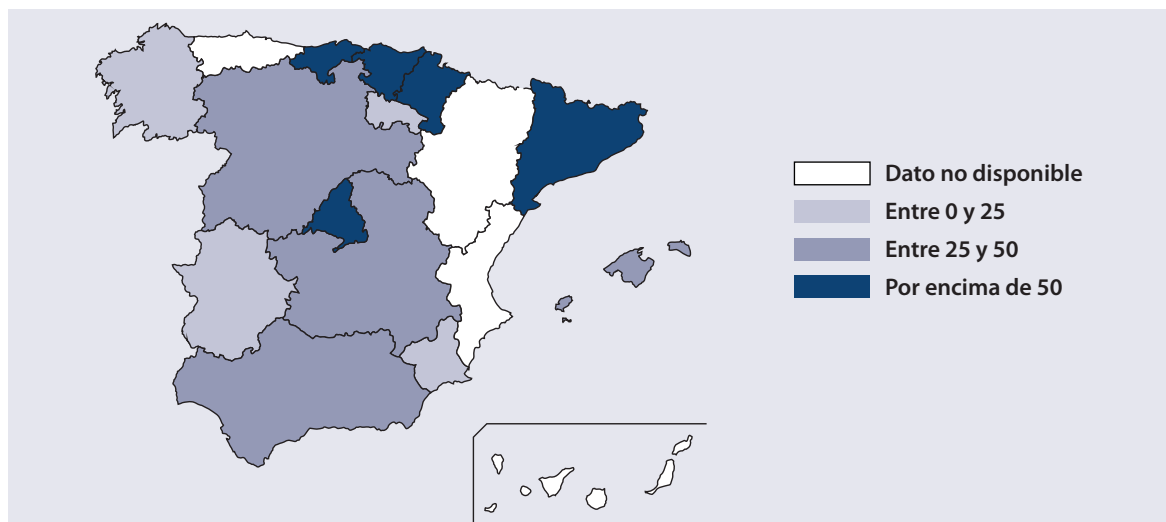
Comunidad Autónoma	Ingresos / altas / derivaciones	Ratio 100.000 habitantes
Andalucía**	338	25,50
Aragón	N.D.	N.D.
Asturias*	57	46,80
Cantabria*	47+3,4 (media) derivaciones	55,67
Castilla y León*	99	28,49
Castilla-La Mancha*	Media 184 (551 en 3 años)	49,27
Cataluña*	1.306	91,63
Comunidad de Madrid**	849	70,78
Comunidad Valenciana	N.D.	N.D.
País Vasco*	204	60,10
Extremadura*	36	19,74
Galicia*	17	4,41
Islas Baleares*	97	45,53
Islas Canarias	N.D.	N.D.
La Rioja*	9	16,73
Región de Murcia***	58	20,93
Navarra*	97	89,89
Ceuta	N.D.	N.D.
Melilla	-	-

Información aportada por los responsables de salud mental de las Comunidades Autónomas.

\* Ingresos; \*\* Altas; \*\*\* Derivaciones.



### Ratio de ingresos/altas/derivaciones de PNA por 100.000 habitantes



Elaboración propia a partir de información aportada por los responsables de salud mental de las Comunidades Autónomas.

Finalmente, se indican a continuación las principales patologías que han sido tratadas en las Uni-

dades de Hospitalización de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en las Comunidades Autónomas.

### Patologías más prevalentes de PNA de las CCAA en el ámbito hospitalario

Comunidad Autónoma	Principales patologías tratadas
Andalucía	Trastornos mentales de la infancia, retraso mental y trastornos mentales y psicosis
Cantabria	Cuadros psicóticos, patología conductual y trastorno del espectro autista
Castilla y León	Trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos hiperkinéticos y las reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación
Cataluña	Trastornos por déficit de atención, de la conducta y por comportamiento perjudicial, Trastornos de adaptación, Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
Comunidad de Madrid	Reacciones de adaptación, trastornos de la personalidad y trastornos de ansiedad, disociativo y somatomorfo
País Vasco*	Trastorno adaptativo, trastornos depresivos, trastornos disruptivos y de conducta y trastornos psicóticos, TCA
Extremadura	Neurosis (depresivas y no depresivas), psicosis y trastornos mentales de la infancia
Galicia	Anorexia nerviosa, episodios esquizofrénicos agudos y trastornos mentales no psicóticos
La Rioja	Esquizofrenia/ideas delirantes, trastornos del comportamiento/ disfunción fisiológica/ f. somáticos y trastornos de la personalidad y el comportamiento

\* Referido a la unidad de hospitalización del Hospital Universitario de Basurto



# 14 Formación y docencia

La formación y la docencia son aspectos clave para garantizar la competencia y competitividad de los profesionales relacionados con un campo de conocimiento. Es crítico contar con un sistema que permita asegurar el relevo generacional de estos profesionales, de forma que se mantenga un desarrollo continuo de dicho ámbito.

Por tanto, además de poder ofrecer una atención específica en Psiquiatría del Niño y el Adolescente, uno de los pilares básicos sobre los que se debe sustentar su desarrollo para los próximos años es la formación de nuevos profesionales, que permita seguir ofreciendo una atención de calidad a su población de referencia. Disponer de un sistema de formación propio de este campo proporcionará unas habilidades y conocimientos concretos y específicos a todos sus profesionales, normalizando y homogeneizando la atención ofrecida independientemente de dónde sea atendido el paciente.

Esta formación debe abarcar los cuatro grandes niveles definidos:

- *Formación de grado*: hace referencia a toda la formación recibida por los alumnos universitarios. En el caso de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, abarca a todos los perfiles profesionales que componen los equipos de atención multidisciplinarios: medicina, enfermería, psicología, trabajo social, pedagogía, etc. Mediante esta formación se inculcan los conocimientos básicos que deben tener los profesionales de este ámbito.
- *Formación de postgrado*: esta formación recoge todos los aspectos relacionados con los antiguos estudios de tercer ciclo, es decir, los programas de máster y de doctorado. Gracias a esta formación, el alumno adquiere conocimientos específicos de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, tanto a nivel asistencial como científico.
- *Formación Sanitaria Especializada (FSE)*: esta modalidad de formación es específica de unos pocos perfiles profesionales, que son los que configuran el núcleo del equipo de atención multidisciplinar de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente: el médico, el psicólogo y la enfermera. Es una formación principalmente asistencial y de varios años de duración. Actualmente, no existe una formación acreditada de esta tipología en Psiquiatría del Niño y el Adolescente, aunque se están dando los pasos para formalizarla, tal y como se comenta posteriormente.
- *Formación continuada*: en este apartado se recogen todas las actividades de formación relacionadas con la actualización de conocimientos y habilidades de los profesionales, a todos los niveles. Generalmente, las iniciativas de formación continuada se concretan en jornadas, seminarios, cursos de adquisición de habilidades específicas en patologías concretas, etc.

## **Situación a nivel estatal de la formación en Psiquiatría del Niño y el Adolescente**

Actualmente, la Psiquiatría del Niño y el Adolescente tiene una distribución heterogénea si se analiza la oferta formativa tanto por niveles formativos como por Comunidades Autónomas. No obs-

tante, como aspecto general se detecta un importante potencial de mejora en la consolidación de la oferta formativa en este campo de conocimiento.

La Psiquiatría del Niño y el Adolescente es a día de hoy un campo de conocimiento que no cuenta con el reconocimiento oficial como especialidad acreditada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, por lo que su formación se encuentra recogida en los planes de estudios del grado en medicina (a nivel de formación de grado) y en la FSE en Psiquiatría. No obstante, sí que existe formación específica en Psiquiatría del Niño y el Adolescente a nivel de postgrado y de formación continuada.

A nivel de grado, algunas Universidades ofrecen asignaturas optativas en este campo de conocimiento, aunque en numerosas ocasiones esta oferta se encuentra vinculada a la disponibilidad de personal docente que pueda impartir dichas asignaturas. En otras ocasiones, la formación a este nivel se concreta en un módulo contenido en una asignatura.

Respecto al nivel de formación postgrado, varias universidades han planteado y ofertado diversos programas de máster y títulos de experto específicos de este campo de conocimiento. Estos programas recogen diferentes aspectos para complementar la formación de los profesionales que deseen incrementar sus conocimientos y habilidades en Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

A nivel de FSE, como se comentaba previamente, la Psiquiatría del Niño y el Adolescente no está reconocida como una especialidad acreditada, por lo que la oferta formativa a este nivel se reduce a la realización de rotaciones por los dispositivos específicos infantiles y juveniles. En algunos casos, y a iniciativa personal de los profesionales, puede impartirse algún curso de formación específico, aunque no es una práctica oficialmente establecida en los programas docentes de este nivel.

Finalmente, a nivel de formación continuada, sí existe una oferta más amplia de formación específica en Psiquiatría del Niño y el Adolescente, aunque ésta tampoco se encuentra reglada ni distribuida de forma homogénea en las Comunida-

des Autónomas. Entre las acciones formativas que pueden encontrarse en las Autonomías a nivel de formación continuada se encuentran las siguientes: programas formativos en los que se incluyen cursos específicos en temáticas relacionadas con niños y adolescentes, jornadas y foros de discusión con participación de este colectivo, realización de seminarios en esta temática, etc. No obstante, de forma similar a como ocurre en el resto de niveles formativos, su mayor o menor desarrollo en las Comunidades Autónomas está estrechamente ligado a la disposición e interés de sus propios profesionales.

A modo ilustrativo, se recoge a continuación un cuadro resumen con el grado de desarrollo de la oferta formativa en las Comunidades Autónomas para cada uno de los niveles formativos definidos.

Grado de desarrollo de la formación en PNA de las CCAA

Comunidad Autónoma	Formación de grado	Formación de postgrado	FSE	Formación continuada
Andalucía	Bajo	Bajo	Medio	Bajo
Aragón	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Asturias	N.D.	N.D.	Alto	Medio
Cantabria	Medio	Bajo	Medio	Medio
Castilla y León	Medio	Bajo	Medio	Alto
Castilla-La Mancha	Medio	Bajo	Medio	Alto
Cataluña	Medio	Alto	Medio	Alto
Comunidad de Madrid	Bajo	Bajo	Medio	Medio
Comunidad Valenciana	Bajo	Medio	Medio	Bajo
País Vasco	Medio	Bajo	Medio	Medio
Extremadura	Bajo	Bajo	Medio	Medio
Galicia	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
Islas Baleares	Bajo	Bajo	Medio	Alto
Islas Canarias	Bajo	Medio	Medio	Medio
La Rioja	Bajo	Bajo	Medio	Medio
Región de Murcia	Bajo	Bajo	Medio	Medio
Navarra	Medio	Bajo	Medio	Medio
Ceuta y Melilla	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.

Elaboración propia a partir de información cualitativa aportada por los responsables de salud mental de las Comunidades Autónomas.

Como conclusión general, la formación en Psiquiatría del Niño y el Adolescente en España se organiza con un elevado grado de atomización, y su desarrollo en numerosas ocasiones está condicionado por el interés personal de los profesionales que ponen a disposición de las entidades académicas sus conocimientos para formar nuevos profesionales en este campo de conocimiento.

Por tanto, es una formación con gran potencial de desarrollo en su estructuración y consolidación.

Una vez se alcancen éstas, se podrá ofrecer una formación homogénea en toda España, de forma que la atención a los pacientes se pueda realizar en igualdad de condiciones, independientemente de la Comunidad Autónoma en la que sea atendido.

Para ello, los esfuerzos realizados por el colectivo profesional se están centrando en conseguir la acreditación de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente como especialidad acreditada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Esta acreditación permitirá definir un programa docente común y compartido para todas las Comunidades Autónomas en el ámbito de la FSE.

En diciembre de 2012, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad publicó el Proyecto de Real Decreto por el que se dará paso a la creación de la especialidad de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Como se indica en el propio Proyecto de Real Decreto, con la creación de esta nueva especialidad se garantizará *“el derecho de los niños y adolescentes a ser atendidos por médicos especializados en esta etapa de la vida, beneficiándose de una evaluación rigurosa y de medidas y recomendaciones apropiadas a su edad”*.

En el Capítulo VI de este Proyecto de Real Decreto se regula la creación de la Especialidad de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Concretamente, se recoge en el artículo 38: *“Creación de un nuevo título de médico especialista en Psiquiatría del Niño y el Adolescente”* los siguientes apartados:

*“1. Se crea el título oficial de Médico Especialista en Psiquiatría del Niño y del Adolescente, que se integra en la relación de especialidades que figura en el apartado 1 del Anexo I.*

*2. La especialidad médica de Psiquiatría del Niño y del Adolescente se integrará en el Tronco de Psiquiatría del Anexo II del real decreto.*

*3. La formación específica de esta especialidad se realizará en las unidades docentes multiprofesionales de salud mental, previstas en el apartado a) del Anexo II del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero. En estas Unidades se formarán médicos especialistas en Psiquiatría, psicólogos especialistas en Psicología Clínica y enfermeros especialistas en Enfermería de salud mental.*

*4. En el plazo de cuatro meses desde la entrada en vigor del real decreto, se constituirá la Comisión Nacional de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud”*.

Por otra parte, en el Capítulo II, artículo 2, se define el concepto de troncalidad:

*“Artículo 2. Concepto y características generales de la formación especializada troncal.*

*1. La troncalidad en el ámbito de las especialidades en Ciencias de la Salud se define como la adquisición de competencias nucleares y comunes a varias especialidades, a través de un programa formativo de tronco.*

*2. La formación completa en las especialidades en Ciencias de la Salud adscritas al régimen de formación especializada troncal, comprenderá dos periodos sucesivos de formación programada, uno, de carácter troncal y otro, de formación específica en la especialidad de que se trate”*. En este contexto, el Tronco nº 5 corresponde al Tronco de Psiquiatría, que engloba las especialidades de Psiquiatría y Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

Finalmente, este Proyecto de Real Decreto indica que los programas formativos del periodo de formación se impartirán en unidades docentes acreditadas que cumplan los requisitos generales de acreditación aprobados por los Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y de Educación, Cultura y Deporte. Estas Unidades Docentes troncales y las unidades docentes de especialidad acreditadas se inscribirán en el Registro público de centros acreditados, previsto en el artículo 26 de la Ley 44/2003 y los artículos 4, 5 y 6 del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero. En este Registro se hará constar:

- Los datos relativos a la entidad titular de la unidad docente.
- La comisión de docencia a la que se adscribe.
- La capacidad docente de la unidad expresada en el número de residentes por año.
- Los dispositivos que la integran.
- El itinerario formativo tipo propuesto por la correspondiente comisión de docencia, a efectos de su acreditación.

Finalmente, cabe mencionar algunos de los principales impulsores de la formación en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

*Cátedra Fundación Alicia Koplowitz-UCM de  
Psiquiatría del Niño y del Adolescente.*

Esta Cátedra fue creada el 20 de septiembre de 2012 y se trata de la primera Cátedra de psiquiatría infantil en España, que nace con el objetivo de avanzar en el conocimiento de la Psiquiatría y de la Psicología de la infancia y la adolescencia, así como impulsar el fomento de la docencia y la investigación. La Cátedra fomenta la formación de estudiantes de distintos ciclos y la investigación científica en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

*Asociaciones profesionales específicas*

Una elevada proporción de las Asociaciones profesionales específicas de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente realizan de forma periódica actividades formativas, con el fin de incrementar los conocimientos, habilidades y capacidades en general de los profesionales relacionados con este campo de conocimiento.

En este sentido, cabe destacar una de las principales herramientas de las que disponen: los congresos y jornadas específicas anuales. En estos, se dan cita los miembros más representativos de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, pudiendo intercambiar experiencias y formas de trabajo, así como consolidar colaboraciones para mejorar la atención en salud mental de la población infantil y juvenil.





# 15 Investigación

El campo de conocimiento de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente tiene un peso muy significativo de actividad asistencial, ya que su principal objetivo, al igual que el ámbito de la Psiquiatría en general, es mejorar y mantener la salud mental de la sociedad, que se consigue principalmente a través de una asistencia de calidad. Por tanto, ser capaz de ofrecer unos diagnósticos y tratamientos adecuados a cada caso concreto facilitará la evolución favorable de las patologías.

No obstante, para conseguir su desarrollo continuo, se deben poner en marcha diferentes actividades e iniciativas que permitan avanzar en los conocimientos de las patologías englobadas en la Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Investigar para tener un mayor conocimiento de estas patologías permitirá disponer de mejores herramientas de detección y actuación, con lo que se realizarán diagnósticos más precoces y se podrán realizar tratamientos más efectivos y ajustados a las condiciones particulares de los pacientes.

Esto es crítico para la correcta evolución de los casos detectados, ya que un tratamiento precoz o temprano mejorará el pronóstico del trastorno y, en muchos casos, mejorará sustancialmente la calidad de vida del paciente y su familia. Esto es aún más importante al hablar de trastornos mentales en niños en edades tempranas, cuando la plasticidad del cerebro es mucho mayor, en los que la ventana terapéutica temporal es más o menos sensible a distintas intervenciones según el grado del desarrollo cerebral. No es lo mismo tratar un niño con autismo a partir de los 2 años que hacerlo a los 4 años, al igual no es lo mismo tratar la hiperactividad con 10 años que hacerlo con 16.

La investigación está permitiendo descubrir la etiología de muchos de los cuadros sindrómicos que se ven en la clínica. Así se conocen que algunos casos de TDAH, autismo o de psicosis se deben a deleciones o duplicaciones genéticas (CNV) como el Síndrome Velo-cardio-facial (22q11.2), Síndrome de Prader Willi, y otros muchos CNVs de relevancia clínica. Se conoce también la causa de hasta un 20% de los casos de autismo y cada vez más causas de retraso mental. De la misma forma se conocen múltiples factores de riesgo (infecciones durante el embarazo, estrés durante el embarazo, hipoxia en el parto, problemas vinculares, trauma en la infancia, abusos, consumo de tóxicos, etc.) que aumentan la posibilidad de tener distintos trastornos mentales. Se están también identificando nuevas patologías actualmente no descritas (encefalitis anti NMDA). Este avance favorecerá la identificación del tratamiento óptimo para cada caso particular.

Por tanto, se considera relevante describir la organización científica que estructura el tejido investigador a nivel estatal en el campo de la salud mental infantil y juvenil.

Este apartado se estructura en los siguientes apartados:

- *Políticas de I+D+i*: actualmente, a nivel de investigación, desarrollo e innovación, se han definido políticas y prioridades, entre las que se encuentra la salud mental en general (y por tanto, la Psiquiatría del Niño y el Adolescente).
- *Estructuración de la I+D+i a nivel estatal*: en este apartado se recogen las principales iniciativas científicas promovidas en el ámbito

de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, así como los agentes financiadores específicos.

- *Situación particular de la I+D+i en Psiquiatría del Niño y el Adolescente en España:* finalmente, se realiza un análisis del estado de situación a nivel estatal, desglosándolo por Comunidad Autónoma.

### Políticas de I+D+i

Actualmente, las políticas científicas relacionadas con la Psiquiatría del Niño y el Adolescente se encuentran englobadas en las políticas generales de investigación en salud mental. En los últimos años se han puesto en marcha diferentes Planes y Estrategias en el ámbito de la salud mental a nivel europeo y estatal.

#### Políticas y estrategias europeas de I+D+i

En este apartado destacan las siguientes políticas y estrategias:

- *VIII Programa Marco de Investigación e Innovación – Horizonte 2020:* Horizonte 2020 agrupa toda la financiación de la investigación y la innovación que aporta la Unión Europea actualmente. Una vez implantado, concentrará los recursos en tres prioridades diferentes, aunque se refuercen mutuamente, en las que el valor añadido de la Unión Europea es claro: Ciencia excelente, Liderazgo industrial y Retos sociales.
- *Estrategia Europa 2020:* Como continuación de la Estrategia de Lisboa del año 2000, la Estrategia Europa 2020 constituye el nuevo marco de referencia para la coordinación de las políticas económicas y de empleo de los Estados miembros de la UE. Establece un ciclo que se extiende hasta el año 2020, a partir de dos instrumentos básicos: los Programas Nacionales de Reformas y las Directrices Integradas 2020, referencia para diseñar los Programas nacionales de reformas.
- *Espacio Europeo de Investigación (EEI):* El EEI es una plataforma destinada a reagrupar e

intensificar las actividades de investigación en el ámbito comunitario y a coordinarlas con las iniciativas nacionales e internacionales. El EEI tiene por objeto guiar y ayudar a racionalizar las actividades de investigación y la política de innovación en toda Europa para, de esa manera, asegurar el futuro económico y competitivo de los Estados miembros de la Unión.

#### Específicas en el ámbito de la salud mental:

- *The Madrid Declaration: why we need a coordinated Europe-wide effort in mental health research:* La Declaración de Madrid está promovida por representantes de siete redes de investigación de salud mental financiadas a nivel estatal, junto con los líderes de los proyectos en curso de salud mental financiados por la Unión Europea. Esta declaración aboga por la creación de una red de instituciones colaborativas de excelencia en el ámbito de la investigación en salud mental.
- *ROAMER:* es la hoja de ruta de la investigación a nivel europeo para los próximos años. Uno de los agentes clave en el desarrollo de la misma es el Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM). En esta hoja de ruta se recogerá la necesidad de invertir en investigación específica en Psiquiatría del Niño y el Adolescente, concretamente en el mejor conocimiento del neurodesarrollo normal y patológico.

#### Políticas y estrategias estatales de I+D+i

Respecto a las políticas y estrategias estatales, las principales se indican a continuación:

- *Ley 14/2011 de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación:* La Ley de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación aprobada el 12 de mayo de 2011 deroga la Ley de Investigación Científica y Tecnológica de 1986, estableciendo un marco general para el fomento y la coordinación de la investigación científica y técnica con el fin de contribuir al desarrollo

sostenible y al bienestar social mediante la generación y difusión del conocimiento y la innovación.

- *Estrategia Española de Ciencia y Tecnología y de Innovación 2013–2020*: La Estrategia Española de Ciencia y Tecnología y de Innovación constituye una herramienta para potenciar el conjunto de las capacidades del Sistema Español de Ciencia, Tecnología e Innovación, facilitando la colaboración entre todos sus agentes e incrementando los retornos sociales y económicos derivados de la inversión en I+D+i.
- *Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación 2013-2016*: El Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación 2013-2016 representa el instrumento destinado a desarrollar y financiar las actuaciones de la Administración General del Estado en materia de I+D+i para permitir la consecución de los objetivos y prioridades incluidos en la Estrategia Española de Ciencia y Tecnología y de Innovación.

### **Estructuración de la I+D+i a nivel estatal**

A nivel estatal, la I+D+i en el campo de la salud mental en general se estructura a través del Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM) y de la Red de Trastornos Adictivos (RTA), ambas iniciativas promovidas por el Instituto de Salud Carlos III.

A su vez, se describe en el presente apartado el principal agente financiador privado de la investigación en Psiquiatría del Niño y el Adolescente en nuestro país, la Fundación Alicia Koplowitz.

#### *RTA*

La Red de Trastornos Adictivos (RTA) es una estructura organizativa financiada por el Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Economía y Competitividad, constituida por distintos grupos de investigación biomédica cuyo objetivo es investigar los orígenes de los procesos adictivos, sus manifestaciones clínicas y su impacto social

con el fin último de proporcionar herramientas de intervención terapéuticas y sociales que ayuden a reducir el tremendo impacto de las adicciones y las patologías asociadas. Muy pocos grupos dentro de la RTA tienen su foco de interés en población infanto-juvenil.

#### *CIBERSAM*

El CIBERSAM ([www.cibersam.es](http://www.cibersam.es)) es un consorcio formado por 24 grupos de investigación clínica, preclínica y traslacional pertenecientes a 8 Comunidades Autónomas. Estos grupos, seleccionados de forma competitiva entre los más productivos a nivel estatal, están dedicados fundamentalmente al estudio de trastornos mentales como la depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, así como los trastornos de ansiedad y trastornos mentales del niño y del adolescente, o la innovación terapéutica.

#### *Fundación Alicia Koplowitz*

Por otra parte, el principal agente financiador privado específico de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente es la Fundación Alicia Koplowitz (<http://www.fundacionaliaciakoplowitz.org/>).

Esta Fundación es una entidad sin ánimo de lucro, que entre sus objetivos fundacionales está la promoción de la investigación biomédica. Su actividad médico-científica se centra en su Programa de Apoyo a la Salud Mental del Niño y el Adolescente, que basa su actuación en contribuir al avance de la investigación y mejorar la formación de los profesionales en el campo de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en España.

### **Situación particular de la I+D+i en Psiquiatría del Niño y el Adolescente en España**

A nivel estatal, analizando la situación particular de las Comunidades Autónomas, el desarrollo de las actividades científicas presenta una distribución bastante heterogénea. Aquellas Autonomías que cuentan con grupos de investigación integrados en el CIBERSAM (especialmente en el programa específico de niños y adolescentes), ge-

neralmente disponen de un mayor volumen de actividad científica que las Comunidades Autónomas que no cuentan con profesionales participando en esta red de investigación, ya que en ella participan aquellos grupos de la más elevada calidad científica.

Respecto a las iniciativas regionales particulares, en los últimos años se están dando los pasos necesarios para intentar consolidar la actividad científica en los centros sanitarios y de investigación en las Comunidades Autónomas.

#### *Estado de la I+D+i en PNA de las CCAA*

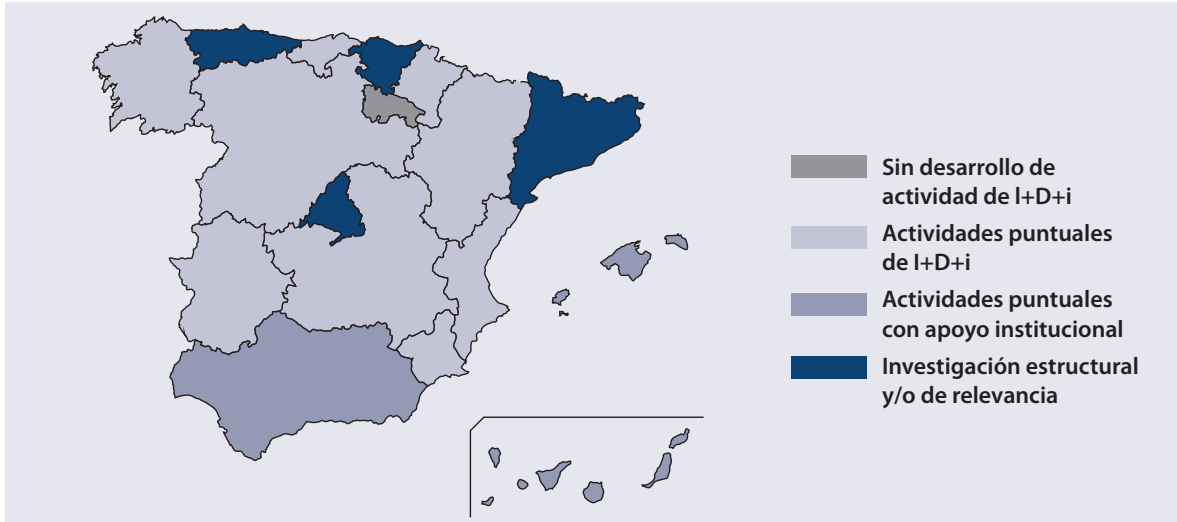
Comunidad Autónoma	Estado de situación de la I+D+i
Andalucía	Iniciativas puntuales. Se están desarrollando iniciativas a nivel autonómico (creación de un grupo de trabajo)
Aragón	Iniciativas puntuales del campo específico de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente
Asturias	Actividad desarrollada en CIBERSAM y financiada a nivel europeo
Cantabria	Iniciativas puntuales del campo específico de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente
Castilla y León	Actividad colaborativa puntual a nivel autonómico
Castilla-La Mancha	Iniciativas puntuales del campo específico de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente
Cataluña	Actividad estructurada y colaborativa a nivel autonómico (creación de una red propia de investigación). Grupos integrados en CIBERSAM y desarrollo de proyectos europeos
Comunidad de Madrid	Investigación desarrollada a nivel autonómico, con apoyo institucional. Iniciativas realizadas en el contexto de CIBERSAM y financiadas a nivel europeo
Comunidad Valenciana	Iniciativas realizadas en el contexto de CIBERSAM y otras puntuales del campo específico de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente
País Vasco	Investigación de relevancia a nivel autonómico. Participación en CIBERSAM y financiación a nivel europeo. Publicación de informes específicos
Extremadura	Iniciativas puntuales del campo específico de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente
Galicia	Iniciativas puntuales del campo específico de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente
Islas Baleares	Iniciativas puntuales. Existe un grupo de trabajo a nivel autonómico
Islas Canarias	Iniciativas puntuales. Se están desarrollando iniciativas a nivel autonómico (formación en I+D, etc.)
La Rioja	No existe actividad científica específica de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente
Región de Murcia	Iniciativas puntuales del campo específico de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente
Navarra	Iniciativas puntuales del campo específico de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente
Ceuta y Melilla	N.D.

Elaboración propia a partir de información aportada por los responsables de salud mental de las Comunidades Autónomas.

A continuación se recoge de forma gráfica la distribución del grado de desarrollo de las activi-

dades de I+D+i en cada una de las Comunidades Autónomas.

### Grado de desarrollo de la I+D+i en las CCAA



Elaboración propia a partir de información aportada por los responsables de salud mental de las Comunidades Autónomas.



# 16 Relación del sector profesional con colectivos de pacientes y sociedad

Generalmente en el ámbito de la salud, pero especialmente en algunos colectivos particulares como ocurre en la salud mental, y más concretamente en la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, la evolución de los pacientes no depende exclusivamente del tratamiento prescrito por el facultativo, y la adhesión al mismo por parte del paciente y/o su familia o representantes legales, sino que existen diversos factores que se encuentran relacionados y que influyen en la evolución de la patología. De entre todos ellos, la correcta relación facultativo-paciente-familiar/cuidador es crítica para el óptimo desarrollo del tratamiento.

Las patologías relacionadas con la salud mental, el familiar o cuidador (generalmente los padres del paciente, en el caso de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente), juega un papel muy importante para favorecer la evolución positiva de los pacientes. El acompañamiento de los familiares no sólo favorece la adherencia al tratamiento; también ayuda a generar un ambiente positivo en el entorno del paciente y permite identificar potenciales problemas sobre los cuales se puede actuar de forma temprana para que estos no se agraven, entre otros beneficios.

En este sentido, se ha incluido en el libro blanco de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente el presente capítulo de relación del sector profesional con los colectivos de pacientes y la sociedad en general. De esta forma se ponen de manifiesto cuáles son las principales iniciativas de coordinación puestas en marcha entre estos colectivos, así como el grado de desarrollo existente en cada una de las Comunidades Autónomas.

Los principales colectivos con los que colaboran los profesionales del sector profesional de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente son las asociaciones de pacientes y familiares afectados por problemas de salud mental, el colectivo de Atención Primaria para el trabajo en iniciativas de promoción de la salud, y la colaboración con colegios y personal de Educación para la realización de actividades conjuntas.

## ***Agentes y principales colectivos profesionales y personales relacionados con la Psiquiatría del Niño y el Adolescente***

Hoy en día existen numerosos colectivos y agrupaciones, tanto de profesionales como de afectados, que se organizan en sociedades y asociaciones para así poder aunar esfuerzos en el apoyo del conocimiento, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades relacionadas con la salud mental.

Exceptuando algunas de carácter y ámbito estatal, normalmente estas agrupaciones son locales y específicas. Es decir, sus miembros se encuentran cercanos geográficamente (pertenecen a una misma ciudad o provincia) y se organizan dependiendo de la patología que tengan o ellos mismos o algún familiar (asociaciones de afectados por TDAH, autismo, trastorno bipolar, etc.).

A continuación se recogen algunas de las principales asociaciones, sociedades y agentes a nivel estatal que mayor colaboración tienen con el sector profesional de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

*Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNyA)*

AEPNyA es una sociedad científica sin ánimo de lucro. Fue creada en el año 1950, e inscrita en 1952, con sede en Barcelona, con el objetivo de cultivar el progreso científico del campo de conocimiento, procurar mantener las mejores relaciones entre los profesionales dedicados a la Psiquiatría del Niño y el Adolescente y las Sociedades afines, velar por el mayor prestigio moral y científico del campo de conocimiento y de los especialistas y fomentar todas las manifestaciones científicas relacionadas con la Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

*Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)*

AEN se constituyó en 1924, conformándose como referente del conjunto de ciencias y profesiones de la salud mental en España. La AEN es una asociación multiprofesional orientada al compromiso con la sociedad, su independencia, su multidisciplinariedad, la defensa de un modelo de atención público y el impulso de la formación de los profesionales y la investigación. En la actualidad cuenta con una sección de infanto-juvenil.

*Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEYPNA)*

SEYPNA es una Asociación Científica de profesionales relacionados con la Psiquiatría, Psicología y Psicoterapia de niños y adolescentes, y fue constituida en 1982 por el Ministerio del Interior.

*Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES)*

FEAFES tiene como finalidad genérica la adopción de todas las medidas que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas por una enfermedad mental, y la de sus familiares.

*Asociación de Niños con Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (ANSHDA)*

ANSHDA es una asociación de ámbito estatal, específica de la patología Trastorno por Déficit de

Atención con o sin Hiperactividad. Es una asociación de padres de niños con déficit de atención con o sin hiperactividad, de carácter privado, sin ánimo de lucro, cuyo objetivo es ayudar desinteresadamente a todos los posibles afectados.

*Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH)*

FEAADAH es una asociación sin ánimo de lucro que, desde el año 2002, se dedica a promover la investigación del TDAH y a colaborar en áreas educativas, de atención social y científicas, con entidades consagradas al estudio y atención de este trastorno.

*Federación Española de Autismo (FESPAU)*

La Federación Española de Asociaciones de Padres y/o Tutores de Personas con Autismo-FESPAU es una entidad federativa que encuadra a 27 asociaciones de padres de personas con Trastornos del Espectro Autista (TEA), de todas las Comunidades Autónomas españolas. La misión de FESPAU es trabajar como motor y vehículo de las necesidades y expectativas de sus asociaciones miembro ante aquellas instancias públicas o privadas, a nivel local, regional, nacional o internacional.

*Confederación de Autismo en España*

La Confederación Autismo España es una entidad sin ánimo de lucro que agrupa y representa a 69 entidades del tercer sector de acción social de España que trabajan específicamente con personas con Trastornos del Espectro del Autismo (TEA) y sus familias.

La misión de Autismo España es apoyar al desarrollo de sus entidades miembro y representar institucionalmente al colectivo que agrupa, con el propósito de mejorar la calidad de vida de las personas con TEA y de sus familias, garantizando el ejercicio efectivo de sus derechos.



### *Plataforma de Familias para la Creación de la Especialidad en Psiquiatría Infanto-juvenil*

En esta Plataforma se pretende integrar a todas las asociaciones españolas de niños y jóvenes con trastornos psiquiátricos de una u otra índole como, como Asperger, Tourette, Down, TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad), trastornos alimentarios, síndrome x frágil, trastorno autista, trastornos generalizados del desarrollo, etc. así como a todas las sociedades profesionales de salud mental infantil o cualquier profesional de la sanidad y la educación, interesado en mejorar la salud de los menores a través de la creación de la Especialidad de Psiquiatría del Niño y del Adolescente.

### *Fundación Alicia Koplowitz*

La Fundación Alicia Koplowitz es una entidad sin ánimo de lucro, que nace como expresión de su compromiso social con el fomento y la defensa de la educación, la cultura, las artes, las letras, las ciencias, la investigación científica, el desarrollo tecnológico y el medio ambiente, así como la asistencia social a menores, personas mayores y discapacitados.

### **Relación con otros colectivos profesionales**

Los profesionales y responsables de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente no han trabajado únicamente en consolidar su relación con los colectivos sociales relacionados con este campo de conocimiento. Para poder ofrecer una cobertura y asistencia óptima a la población infantil y juvenil, es crítica la relación con otros colectivos profesionales, como son los de Justicia, Menores, Educación y las redes de atención a drogodependientes.

Conscientes de ello, los equipos de Psiquiatría del Niño y el Adolescente han puesto en marcha diferentes iniciativas de trabajo conjunto con estos colectivos profesionales.

### *Relación con el colectivo de Justicia*

La relación con este colectivo se contextualizaba previamente en el capítulo de condicionan-

tes legislativos relativos a la Psiquiatría del Niño y el Adolescente. En numerosas ocasiones ambos sectores deben trabajar estrechamente para ofrecer la mejor asistencia a menores con problemas judiciales.

Los equipos de Psiquiatría del Niño y el Adolescente toman en especial consideración todas las derivaciones realizadas desde Justicia, dando normalmente vía preferente para el tratamiento de esta tipología de paciente. Especialmente, cabe destacar la relación con los equipos psicosociales de los juzgados, el trabajo conjunto en medidas judiciales de tratamiento ambulatorio y en los procesos de internamiento terapéutico.

### *Relación con el colectivo de Menores*

El colectivo profesional de Menores tiene una orientación predominantemente social. En este sentido, es uno de los agentes clave para realizar un correcto abordaje de las patologías de salud mental de niños y adolescentes, ya que tienen un contacto directo con ellos.

Todos los equipos de Psiquiatría del Niño y el Adolescente trabajan con el sector de Menores, principalmente a través de los programas de atención a menores en situación de riesgo de exclusión social, que están tutelados por la Administración. Este grupo de población es uno de los que mayor susceptibilidad presentan para sufrir trastornos mentales, por lo que la colaboración entre la Psiquiatría del Niño y el Adolescente y la Atención a Menores es crítica para favorecer la salud mental de estos pacientes.

### *Relación con el colectivo de Educación*

Los profesionales de la educación son una de las principales vías de detección de nuevos casos de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, así como del seguimiento de estos pacientes a largo plazo.

Conscientes de esta situación, se encuentra ampliamente extendida la práctica de colaboración conjunta entre los profesionales de sanidad y los de educación. La relación entre ambos equipos se concreta a través de muy diferentes iniciativas, entre las que pueden encontrarse:

- Desarrollo de protocolos y programas conjuntos de abordaje de patologías concretas, como puede ser el TDAH.
- Comunicación permanente entre ambos colectivos para la detección de nuevos casos, mediante vía telefónica, correo electrónico, etc.
- Realización de charlas y cursos de formación e información con padres, en los que están presentes profesionales de sanidad y de educación.
- Coordinación con equipos de orientación y otros programas preventivos o de intervención en patologías como los trastornos de conducta o el TDAH.

#### *Relación con las redes de atención a drogodependientes*

Finalmente, los equipos de Psiquiatría del Niño y el Adolescente mantienen colaboración con las redes y programas de atención a la drogodependencia. Casi exclusivamente la relación entre ambos colectivos se realiza con la población juvenil. En la adolescencia comienzan en muchas ocasiones las adicciones a sustancias de abuso, por lo que realizar una atención temprana en estos pacientes permite un diagnóstico precoz de la patología, lo que mejora su pronóstico y evolución.

De forma similar a la relación con los profesionales de la educación, diferentes Comunidades Autónomas están diseñando e implantando fórmulas de trabajo conjunto entre los equipos de Psiquiatría del Niño y el Adolescente con los equipos de atención a la drogodependencia, con el objetivo de consolidar un abordaje global de las patologías relacionadas con la salud mental, y minimizar el número de población juvenil afectadas por ellas.

Algunas de estas iniciativas conjuntas se han concretado en la constitución y puesta en marcha de unidades específicas para el trabajo coordinado entre ambos equipos.

#### **Relación del sector profesional con colectivos de pacientes y familiares y otros agentes**

Aunque los agentes y colectivos descritos previamente desarrollan su actividad a nivel estatal, las actuaciones de la mayor parte de las asociaciones y agrupaciones de pacientes y familiares las desarrollan principalmente a nivel local. Son mucho más numerosas las pequeñas asociaciones locales de familiares y pacientes que colaboran de forma particular con sus profesionales de referencia. Por tanto, no es usual disponer de un sistema estructurado y protocolizado de estas iniciativas a nivel autonómico e institucional.

En este contexto, se ha realizado un análisis de la situación actual de cada una de las Comunidades Autónomas respecto a su relación con colectivos sociales o otros agentes no relacionados directamente con la atención específica a la salud mental (colegios, médicos de atención primaria, etc.).

En general, se observa una distribución muy heterogénea de estas colaboraciones, siendo puntuales los casos en los que la relación entre ambos colectivos se encuentra estructurada a nivel de una Comunidad Autónoma.

A continuación, se describe la situación particular en las Comunidades Autónomas respecto a la relación entre el sector profesional y otros agentes relacionados con el campo de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

*Estado de situación de la colaboración con colectivos sociales en las CCAA*

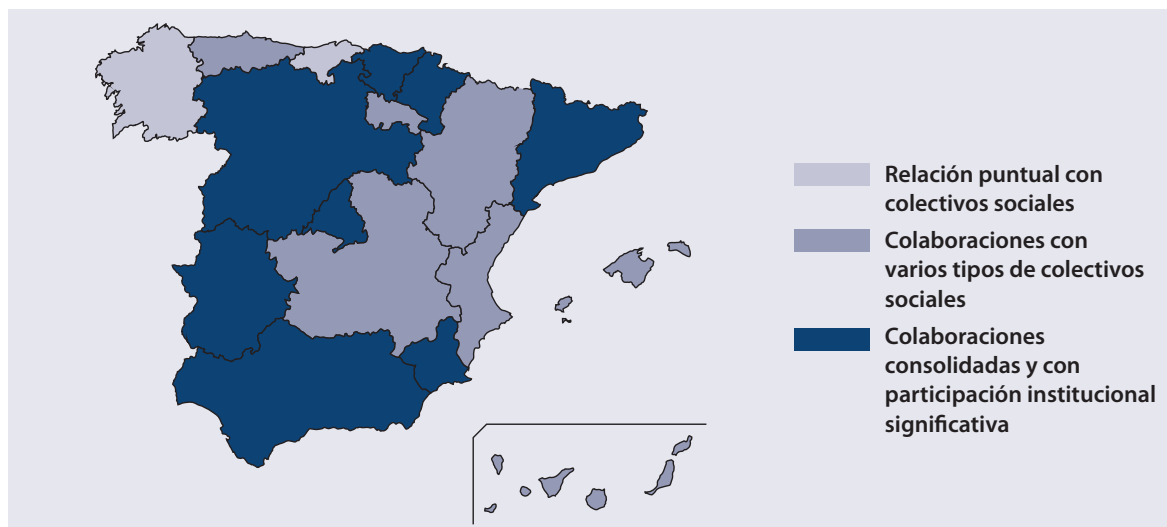
Comunidad Autónoma	Estado de situación de la colaboración del sector profesional con colectivos sociales
Andalucía	Colaboración con asociaciones, colegios, psicólogos y familiares. Actividades conjuntas con otras Consejerías (Educación, etc.)
Aragón	Colaboración con asociaciones de pacientes, familiares y allegados
Asturias	Colaboración institucional de participación y económica con asociaciones de usuarios / pacientes y con asociaciones de familiares y profesionales
Cantabria	Actividades puntuales con asociaciones y colegios
Castilla y León	Colaboración puntual con asociaciones y distribución heterogéneas a nivel autonómico. Creación de una red de asociaciones para la Comunidad Autónoma. Cooperación con el Equipo de Alteraciones de Conducta de Educación
Castilla-La Mancha	Colaboración no estructurada. Principales iniciativas, en relación con asociaciones de forma local
Cataluña	Colaboración estrecha con asociaciones y familias, con apoyo institucional (creación grupos de trabajo). Menor interrelación con colegios, siendo más reactivos que proactivos
Comunidad de Madrid	Relación proactiva con colectivos sociales. Relación estrecha con asociaciones y familiares. Puesta en marcha de proyecto piloto (SEPA) multicéntrico. Acciones puntuales de prevención y promoción
Comunidad Valenciana	Relación estrecha con asociaciones, familiares y colegios
País Vasco	Colaboración muy estrecha a nivel de Educación (centros Berritzegune). Bastante relación con asociaciones de pacientes. En menor medida, colaboración entre Departamentos
Extremadura	Colaboración con asociaciones y familiares. Desarrollo de actividades en promoción y prevención de la enfermedad
Galicia	Actividades puntuales con asociaciones y otras Consejerías (Trabajo y Bienestar, etc.)
Islas Baleares	Colaboración con asociaciones, colegios y Atención Primaria
Islas Canarias	Iniciativas puntuales con asociaciones. Colaboración interdepartamental
La Rioja	Relación y colaboración con asociaciones.
Región de Murcia	Trabajo con colegios y con colectivo de Justicia. Se ha creado una Federación de Familiares de la Región de Murcia
Navarra	Colaboración con colegios y más estrechamente con asociaciones. Creación del Foro Salud y otras colaboraciones interdepartamentales.
Ceuta y Melilla	N.D.

Elaboración propia a partir de información aportada por los responsables de salud mental de las Comunidades Autónomas.

A continuación se recoge de forma gráfica el posicionamiento de cada una de las Comunidades Autónomas respecto a su relación con los colecti-

vos sociales y otros colectivos profesionales relacionados con la Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

#### *Estado de situación de la colaboración del sector profesional con colectivos sociales en las CCAA*



Elaboración propia a partir de información aportada por los responsables de salud mental de las Comunidades Autónomas.

# 17 **Recomendaciones y áreas de mejora para el futuro de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente**

La Psiquiatría del Niño y el Adolescente es un campo de conocimiento que está cobrando un interés y presencia creciente en los últimos años a nivel estatal. Aunque a nivel internacional y europeo la Psiquiatría del Niño y el Adolescente presenta en general una trayectoria más consolidada y un mayor recorrido independiente, tradicionalmente en España este campo de conocimiento no ha experimentado dicho recorrido, y se ha encontrado estrechamente ligado a la especialidad de Psiquiatría General, debido principalmente a no encontrarse oficialmente reconocido como una especialidad clínica acreditada de forma independiente.

De esta forma, la Psiquiatría del Niño y el Adolescente se ha desarrollado a partir de un determinado colectivo de psiquiatras generales que, gracias a intereses personales o profesionales, se han especializado en el ámbito infantil y juvenil. Además, se ha contado con la participación de pediatras, con quien se ha tenido una estrecha relación. Esta relación se ha concretado en la utilización compartida de recursos, no exclusivamente humanos, sino también a nivel de espacios e instalaciones para el tratamiento de estos pacientes.

No obstante, en los últimos años se han realizado grandes esfuerzos para dotar de entidad propia a esta rama de la Psiquiatría especializada en los niños y los adolescentes, ya que este sector de la población requiere de una atención diferencial a la de los adultos.

En este sentido, se han realizado numerosas iniciativas y actividades de promoción, desarrollo y diferenciación de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente respecto a otras especialidades clínicas acreditadas, entre las que destaca la creación de la

“Plataforma de Familias para la Creación de la Especialidad de la Psiquiatría Infanto-juvenil”. Las iniciativas planteadas han consistido en la asignación y dotación de recursos específicos (tanto humanos como materiales y económicos) a los dispositivos existentes, se han establecido protocolos particulares de actuación con el colectivo de niños y adolescentes, e incluso se ha contemplado el perfil concreto de psiquiatra infantil y juvenil en el proceso de incorporación de personal al Sistema Sanitario, como ha ocurrido en el caso del País Vasco.

Uno de los colectivos relevantes en el desarrollo de estas iniciativas de promoción, desarrollo y diferenciación de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente han sido las Asociaciones profesionales específicas, que han jugado un papel clave para impulsar este campo de conocimiento.

Estas actuaciones no sólo corresponden a intereses particulares de algunas Comunidades Autónomas. A nivel estatal se está ofreciendo un apoyo institucional al desarrollo de este campo de conocimiento. En los últimos años se han elaborado e implantado diferentes estrategias que contemplan la Psiquiatría del Niño y el Adolescente entre sus prioridades. Estas iniciativas han sido la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 y el Plan Estratégico de Infancia y Adolescencia 2013-2016. En ambas se contempla la salud mental infantil y juvenil entre sus objetivos a desarrollar en los próximos años.

Todas estas acciones están propiciando el incremento de la visibilidad y presencia de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en España, acercándolo al nivel de desarrollo actual de otros países del entorno cercano (como se ha comentado

previamente, otros países cuentan con la especialidad acreditada y reconocida oficialmente).

Pero a pesar de todas estas actividades, se deben seguir realizando esfuerzos para consolidar a nivel estatal el campo de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente como una especialidad acreditada y reconocida.

Fruto del trabajo con diferentes colectivos de profesionales relacionados con la Psiquiatría del Niño y el Adolescente y del análisis de situación realizado, se han identificado una serie de recomendaciones o áreas potenciales de mejora, en las que este sector debe centrar sus esfuerzos y actividades a futuro para la consecución de sus objetivos.

Los colectivos implicados en la detección e identificación de estas recomendaciones y áreas de mejora han sido, por una parte, los miembros del Comité Asesor del presente libro blanco, por otra parte los responsables de salud mental de las Comunidades Autónomas (en sus casos, cuando dicha figura existía, la persona de contacto ha sido el responsable de salud mental infantil y juvenil), y por último, los profesionales implicados en la Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

Las aportaciones de estos colectivos han permitido definir las siguientes recomendaciones y áreas de mejora.

### Principales recomendaciones y áreas de mejora para el futuro de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente

1. Constitución y acreditación de la especialidad en Psiquiatría del Niño y el Adolescente
2. Dotación de estructuras y recursos a las Redes autonómicas de Psiquiatría del Niño y el Adolescente
3. Fomento de la prevención y promoción de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente
4. Coordinación entre los colectivos implicados en la Psiquiatría del Niño y el Adolescente
5. Homogenización y definición de funciones de los perfiles profesionales implicados en la Psiquiatría del Niño y el Adolescente
6. Mejora de los sistemas de información y el registro de datos de los pacientes
7. Organización y optimización de los recursos locales en Psiquiatría del Niño y el Adolescente
8. Desarrollo y mejora de la forma de trabajo propia en las Comunidades Autónomas
9. Desarrollo de guías clínicas y terapéuticas basadas en la evidencia científica y su implantación en la práctica clínica
10. Implantación de programas de transición al colectivo de adultos
11. Fomento del desarrollo de actividades formativas a todos los niveles
12. Impulso de las actividades de Investigación, Desarrollo e Innovación en Psiquiatría del Niño y el Adolescente

#### **1. Constitución y acreditación de la especialidad en Psiquiatría del Niño y el Adolescente**

La creación de una especialidad oficialmente reconocida de Psiquiatría del Niño y el Adolescente es considerada el principal reto al que se enfrenta todo el colectivo de este campo de conociemien-

to. Si se quiere seguir la trayectoria y tendencias existentes en el entorno, se debe contar con el reconocimiento institucional de esta especialidad.

Existen numerosos condicionantes y aspectos críticos, a los que la creación de la especialidad dará respuesta.

### Oportunidades

Como primer punto, actualmente existe en España, e incluso dentro de una misma Comunidad Autónoma, una elevada heterogeneidad en la formación y capacitación de los profesionales que desarrollan actividades de psiquiatría con niños y adolescentes. La creación de una especialidad propia, así como la constitución de Unidades Docentes específicas de Psiquiatría del Niño y el Adolescente favorecería la homogeneización de la formación y capacitación de estos profesionales, que actualmente pueden provenir principalmente tanto del campo de la psiquiatría como de la peditría.

La creación de una especialidad acreditada también favorecerá el desarrollo e implantación de programas docentes específicos y de calidad relativos a la Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Actualmente, la formación especializada en este campo se basa en la experiencia personal de los profesionales o bien en una oferta docente disgregada y atomizada por todo el panorama estatal.

La consolidación de esta especialidad favorecerá a su vez la elaboración de guías de práctica clínica que normalice el proceso diagnóstico y terapéutico.

Otro de los aspectos positivos de la constitución y acreditación de la especialidad será la convalidación de la formación con otros países del entorno, facilitando el flujo de profesionales tanto propios como extranjeros.

A su vez, fomentará la captación de nuevos recursos, que permitirán el correcto desarrollo de la actividad realizada en los dispositivos relacionados con la especialidad, así como su visibilidad en el sector sanitario y entre la sociedad en general.

### Retos

Frente a esta oportunidad de organizar y normalizar la formación sanitaria en Psiquiatría del Niño y el Adolescente, uno de los principales retos es la definición de unos correctos criterios de selección y priorización para poder disponer de óptimas unidades acreditadas para la formación específica. Estos criterios deben estar consensuados

y aprobados por todo el personal clave del sector, de forma que sean definidos de manera conjunta.

En general, la constitución y desarrollo de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente como especialidad acreditada impactará positivamente en la consecución de los objetivos y retos planteados en el futuro, ya que permitirá la estructuración de este campo de conocimiento a nivel estatal en todos los ámbitos. Otro de los beneficios generados será la regularización de muchos aspectos que actualmente no están normalizados, por lo que tendrá un impacto muy elevado a todos los niveles.

Actualmente se están dando los pasos necesarios para que en un corto periodo de tiempo, este reconocimiento sea oficial, y por tanto se pueda considerar a la Psiquiatría del Niño y el Adolescente como una especialidad clínica de pleno derecho, independiente, aunque estrechamente relacionada, con la especialidad de Psiquiatría General o de adultos (a través de la troncalidad compartida entre ambas). A día de hoy, el Real Decreto de Troncalidad que recoge la creación y reconocimiento de la especialidad ha sido remitido al Consejo de Estado.

La creación de especialidades médicas se recoge en el RD 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista. En este Real Decreto se recogen los aspectos a los que debe dar cumplimiento la especialidad acreditada, por lo que se pueden detectar las potenciales barreras presentes a la hora de implantar una nueva especialidad a nivel estatal:

- Creación de una comisión estatal específica en el ámbito de la especialidad, la cual debe estar compuesta por un adecuado número de profesionales con larga trayectoria y experiencia en la especialidad para poder realizar un óptimo desarrollo de sus funciones.
- Presencia de tutores en el centro sanitario: debe garantizarse una masa crítica suficiente de profesionales que puedan realizar una correcta acción de tutorización a los nuevos alumnos que deseen formarse en la especialidad.



- Creación de una comisión gestora encargada de llevar a cabo el proceso de transición hasta la implantación total de la nueva especialidad.
- Programas docentes y sistemas de evaluación: es necesario desarrollar el programa docente que será implantado en los centros hospitalarios, así como el procedimiento para su implantación y un sistema de evaluación y revisión de los médicos internos residentes de la especialidad, para garantizar la calidad de formación ofrecida.
- Coordinación con otras especialidades: troncalidad. El proyecto de Real Decreto en el que se está trabajando agrupará diferentes especialidades, por lo que la implantación de una nueva especialidad debe adaptarse al programa docente de los primeros años de las especialidades con las que comparte trayecto académico. En el caso concreto de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, consistirá en un tronco de Psiquiatría, que engloba este campo junto con la Psiquiatría General.
- Co-existencia de profesionales con y sin el título de especialista. Al implantar una nueva especialidad, se debe regular el proceso de normalización del título académico de los profesionales que poseen experiencia en la nueva especialidad (por ejemplo, a través de establecer qué criterios se deben cumplir o a través de un programa de nivelación).

A su vez, se han detectado otros aspectos relativos a la implantación de una nueva especialidad a nivel estatal:

- Se deberá definir y ajustar el periodo de formación de los nuevos especialistas, teniendo en cuenta la formación troncal y específica de la especialidad (2 años de formación troncal más 2-3 años de formación específica, etc.).
- Será crítico contar con grupos de trabajo específicos de aspectos concretos de la nueva especialidad que puedan contribuir al dise-

ño, desarrollo y evaluación de los programas de formación de la nueva especialidad, de forma adicional a la comisión gestora responsable de su implantación. En este apartado se podrá contar con la colaboración de las Asociaciones profesionales específicas, a través de su experiencia y conocimiento.

- Deberá definirse la procedencia y formación académica (vía de acceso) de los profesionales que deseen realizar su formación en la nueva especialidad.
- Finalmente, se debe trabajar para lograr el reconocimiento de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en otros países del ámbito europeo, formalizando su convalidación a nivel internacional.

## **2. Dotación de estructuras y recursos a las Redes autonómicas de Psiquiatría del Niño y el Adolescente**

Como se comentaba previamente, la separación entre el colectivo de Psiquiatría General de adultos respecto a la Psiquiatría del Niño y el Adolescente es un proceso paulatino que se ha venido produciendo de forma progresiva en los últimos años. Cada vez son más las Comunidades Autónomas que están destinando un mayor número de recursos específicos para la atención de niños y adolescentes.

### *Recursos disponibles*

En numerosas ocasiones los recursos disponibles son insuficientes o bien no llegan a dar toda la cobertura necesaria a la población de referencia. Es por ello que otro de los grandes retos y áreas de mejora para los próximos años de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente es ir equiparando los recursos disponibles a los de Psiquiatría General de adultos de forma que los pacientes tengan acceso a una atención similar independientemente de su edad. Esta dotación de recursos debe ser consecuente con el entorno y la demanda existente, de forma que no se genere una infrautilización de los mismos.



En este contexto, cabe destacar negativamente los ratios de recursos materiales y humanos de algunas Comunidades Autónomas (tal y como se desarrolla en el capítulo 12), en las que se deberán centrar los esfuerzos en los próximos años para fortalecer y consolidar la asistencia en Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

A nivel de recursos humanos, es importante destacar la necesidad de contar con personal propio dedicado en exclusiva a la Psiquiatría del Niño y el Adolescente con una formación específica en este campo. En ocasiones, la atención a pacientes menores es realizada por psiquiatras de adultos, o por profesionales que atienden a ambos colectivos a tiempo parcial, con los problemas y dificultades que esto ocasiona.

#### *Consolidación de servicios clínicos específicos*

En numerosas Comunidades Autónomas se detecta una falta de consolidación de servicios clínicos específicos de salud mental o Psiquiatría en Niños y Adolescentes. La constitución de estos espacios intensificaría la sensación de independencia de este colectivo, aunque mantendría el contacto con la especialidad de adultos. Gracias a la creación de estos servicios, se facilitaría el incremento de los recursos humanos destinados a ellos, a través de la presencia de médicos internos residentes con una formación específica en Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

#### *Creación de servicios intermedios y de hospitalización*

Otra de las grandes carencias detectadas en todo el panorama estatal es la creación y desarrollo de servicios intermedios, principalmente hospitales de día, centros de media estancia para pacientes con trastornos mentales graves refractarios, talleres ocupacionales, etc. Estos centros son claves para ofrecer una atención de calidad, y actualmente no existen un gran número de ellos puestos en marcha, por lo que en el tratamiento de los pacientes no es posible contemplar la utilización de estos dispositivos y ni ofrecer un tratamiento intensivo. En ocasiones, estos centros se

encuentran disponibles pero no son gestionados directamente por el servicio autonómico de salud, lo que presenta algunos problemas de organización y atención a pacientes. Por lo tanto, es crítico que se centralice la gestión de todos los dispositivos disponibles, tanto los actuales como los nuevos que se pongan en marcha en los próximos años.

De forma similar, pero en menor medida, se ha detectado una carencia de unidades y dispositivos de hospitalización específicos de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Concretamente, en esta situación se encuentran las Comunidades Autónomas de Andalucía, Cantabria, Extremadura, Islas Canarias y la Región de Murcia. En estos casos, se debe trabajar para dotarlas de los recursos necesarios en este ámbito y así garantizar que toda la población infantil y juvenil podrá ser ingresada en unidades de hospitalización específicas y no en los Servicios de Pediatría o en Psiquiatría de adultos (o ser derivados a otras Comunidades Autónomas).

#### *Consolidación de dispositivos en patologías concretas*

Finalmente, se debe trabajar orientándose hacia la consolidación de dispositivos específicos de patologías concretas ya que existen estudios que avalan su coste-eficiencia. Ejemplos de estas enfermedades son los primeros episodios psicóticos, la detección precoz del autismo, las Unidades de TCA, etc.

La dotación de recursos a las redes actuales de Psiquiatría del Niño y el Adolescente se ve fuertemente condicionada con el actual contexto de importantes restricciones presupuestarias, que ha limitado el desarrollo que se tenía inicialmente planteado en las estrategias e iniciativas autonómicas. No obstante es razonable pensar que se verá incrementada con la creación y acreditación de la especialidad, ya que tendrá entidad propia para designarle recursos específicos.

### **3. Fomento de la prevención y promoción de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente**

Se han realizado y publicado numerosos estudios donde se concluye que la detección precoz de una patología mejora de manera sustancial su evolución y tratamiento. Esta conclusión es aplicable a los problemas de salud mental. Una atención temprana permitirá un mejor tratamiento y un mayor control de la patología.

Actualmente, existen pocas iniciativas puestas en marcha y desarrolladas en el ámbito de la prevención y promoción de la salud mental. El colectivo de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente ha priorizado, debido principalmente a la elevada carga asistencial de sus profesionales, el diagnóstico y tratamiento de las patologías frente a la realización de actividades de promoción y prevención. Por tanto, es un reto del sector profesional poder dar respuesta a esta doble vertiente de superespecialización en la enfermedad y la atención integral en las actividades de prevención y promoción.

Estas iniciativas son importantes porque la población adolescente no suele acudir al sistema sanitario, y son un colectivo crítico para la detección precoz de estas patologías (diversas enfermedades más características de la edad adulta aparecen durante la adolescencia). Por tanto, deben ponerse en marcha mecanismos para acercar esta población a los profesionales de la salud mental infantil y juvenil. En este acercamiento es crítica la colaboración con personal clave del sector educativo: profesores, responsables educativos, etc.

Entre las actividades de prevención y promoción de la salud mental, para las relacionadas con la prevención de la drogodependencia es crítico que cuenten con la participación e impulso del colectivo de profesionales sanitarios, ya que generalmente son promovidas desde los servicios sociales o en redes paralelas dentro del sector sanitario sin que exista una integración de los tratamientos.

Los familiares de los pacientes (principalmente, padres y madres) es otro de los colectivos con el que se está trabajando actualmente, fundamentalmente en aspectos relacionados con el tratamiento más que en labores de promoción y prevención

propriadamente dichas. Sin embargo, es clave informar y formar a estos padres para ayudar en las labores de prevención secundaria y terciaria.

Avanzar en el desarrollo de herramientas potentes de diagnóstico precoz de enfermedades mentales infantiles y juveniles es uno de los grandes retos a los que debe enfrentarse el colectivo de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en los próximos años, con el objetivo de mejorar de forma general la salud de la población.

Por otro lado, en tiempos de crisis la tendencia general es a disminuir la oferta y evitar iniciar ninguna nueva prestación de servicios con el objetivo de reducir el gasto sanitario. Sin embargo, un artículo publicado recientemente por el "*London School of Economics*" demuestra, por ejemplo, que la existencia de servicios específicos de intervención en psicosis temprana para niños y adolescentes reduce el gasto sanitario.

Por tanto, en la situación actual los profesionales deben ser creativos, pero sobre todo tener el empuje suficiente como para hacer aquello que ha demostrado ser bueno para todos los colectivos, mejorando la calidad del sistema sanitario.

### **4. Coordinación entre los colectivos implicados en la Psiquiatría del Niño y el Adolescente**

En el área de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente es especialmente relevante la identificación de todos los colectivos implicados y relacionados con su desarrollo, en especial educación, servicios sociales y justicia. De esta forma, se podrá llevar a cabo una correcta coordinación entre todos estos agentes para ofrecer una atención de calidad a los pacientes y sus familiares.

#### *Optimización de las relaciones entre colectivos*

Actualmente, la relación y coordinación con otros sectores vinculados a la Psiquiatría del Niño y el Adolescente presenta una distribución heterogénea entre las Comunidades Autónomas. Al no estar regulada esta relación, en cada Autonomía se ha desarrollado en mayor o menor medida la coordinación entre diferentes colectivos.

No obstante, se ha identificado de manera generalizada la necesidad de optimizar estas relaciones a todos los niveles, de forma que eviten la duplicidad de funciones e ineficiencias en la utilización de recursos. Esta coordinación no debe limitarse a nivel institucional, sino que es importante regular la actividad de los diferentes colectivos profesionales, como puede ser el caso de los equipos pertenecientes al sector de servicios sociales, o al personal de otras especialidades médicas.

Los principales colectivos con los que debe regularse la colaboración son los pertenecientes a educación, servicios sociales, Atención Primaria, Psiquiatría de adultos, otras especialidades médicas de Atención Especializada, sector de justicia, atención a menores, etc. En el caso concreto de la coordinación con Justicia, existe en general mucho margen de mejora, pudiendo desarrollarse diferentes protocolos de abordaje y tratamiento de los pacientes provenientes desde este ámbito. En este apartado debe jugar un papel muy importante todas las asociaciones de pacientes y familiares, aportando su punto de vista particular a las iniciativas puestas en marcha.

#### *Relación con equipos del colectivo de educación*

En numerosas ocasiones se han detectado problemas de distribución de responsabilidades y funciones entre los equipos de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y los equipos de educación, así como con el ámbito de Atención Primaria. Con este ámbito es crítico estructurar una correcta coordinación, ya que contribuye a mejorar la agilidad en el seguimiento de pacientes con cuadros clínicos menos graves. A su vez, la coordinación y colaboración con el colectivo de educación permite regular el flujo de pacientes que ingresan en la Red de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Por tanto, se considera relevante el desarrollo de protocolos específicos de actuación en las aulas de profesionales de Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

Relacionado con la dotación de recursos, se debería contemplar, junto con la creación de estructuras de hospital de día, la coordinación con los Centros Terapéuticos Educativos. No obstante,

algunas Comunidades Autónomas ya están poniendo esta iniciativa en marcha, contando con estas estructuras mixtas.

#### *Relación con equipos de Pediatría y Atención a la Infancia*

De forma similar a los equipos de educación, es crítico consolidar la relación con los equipos de Pediatría, ya que es uno de los colectivos que mayor interacción tienen con los niños y los adolescentes. Esta relación presenta un grado de desarrollo diferente en cada Comunidad Autónoma, por lo que se debe trabajar para ofrecer la mejor cobertura y una atención de calidad mediante el desarrollo de actividades conjuntas entre ambos colectivos.

Por otra parte, otro de los colectivos con una elevada interacción con los niños y los adolescentes son los equipos de Atención a la Infancia. Los profesionales de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente deben integrar en sus Programas de abordaje de patologías a este colectivo para conseguir una integración óptima.

#### *Relación con equipos sociosanitarios y de discapacidad intelectual*

Respecto a la relación con el colectivo sociosanitario también es importante distribuir funciones e identificar recursos disponibles, ya que la continuidad de cuidados del paciente no debe realizarse exclusivamente en estructuras sanitarias. En ocasiones, el mejor recurso de atención al paciente se encuentra en dispositivos sociosanitarios.

Otro aspecto de mejora en la coordinación con otros dispositivos es articular la relación con los colectivos de discapacidad intelectual: actualmente, en algunos casos son absorbidos por equipos sociales. En este punto debería tener mayor presencia el sector de sanidad, de forma que se pueda ofrecer el apoyo en la óptima atención de los pacientes en los talleres pre-laborales.

En definitiva, la coordinación entre todos los colectivos implicados en la atención psiquiátrica de niños y adolescentes debería permitir el trabajo conjunto entre diferentes Consejerías y Depar-

tamentos y con el colectivo social (a través de las asociaciones de pacientes y familiares), pudiendo llegar idealmente a realizar presupuestos conjuntos, compartir recursos e incluso crear equipos interdepartamentales específicos de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Como primer paso, actualmente se están realizando actividades conjuntas con una implicación creciente de un mayor número de profesionales.

Por último, la coordinación entre estos colectivos debería poder extenderse entre las Comunidades Autónomas, trasladando las mejores prácticas e implantándolas en aquellas Autonomías que no estén desarrollándolas. En este sentido, la implantación de estrategias e iniciativas a nivel estatal y la creación de grupos de trabajo podrán favorecer el proceso de incorporación de mejores prácticas.

### **5. Homogenización y definición de funciones de los perfiles profesionales implicados en la Psiquiatría del Niño y el Adolescente**

Uno de los principales retos a los que se enfrenta la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en España es la organización y normalización de competencias y funciones de sus profesionales. Como se comentaba previamente, al no ser reconocida actualmente como una especialidad clínica independiente, los profesionales de este campo han presentan una formación muy heterogénea.

La especialización de profesionales en Psiquiatría infantil y juvenil se ha conseguido en gran medida por intereses personales de los propios profesionales que a una docencia organizada y estructurada a nivel estatal. Por tanto, dependiendo de la formación recibida por el profesional en cada caso concreto, tendrá unas capacidades y forma de trabajo. Los profesionales pueden provenir del ámbito de la pediatría o de equipos de psiquiatría de adultos, entre otros.

De igual forma, existen solapamientos de funciones y responsabilidades, que generan ineficiencias del sistema y desaprovechamiento de recursos. Por tanto, se considera crítico avanzar en los próximos años hacia el desarrollo e implantación

en los sistemas sanitarios autonómicos de una estructura y relación de funciones y competencias para cada uno de los perfiles profesionales implicados en la atención de niños y jóvenes con problemas de salud mental.

Actualmente, en el ámbito de la Psiquiatría General de adultos, la complementariedad existente entre estos colectivos han sido solventadas y las funciones han sido determinadas; pero en el campo de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, todavía no se ha llegado al grado de madurez suficiente como para poder normalizar los procesos y procedimientos establecidos. De esta forma, se evitarán los solapamientos de funciones y se concretará la definición de responsabilidades de los distintos profesionales, así como la plantilla base de recursos humanos necesarios para el correcto desarrollo de las actividades.

### **6. Mejora de los sistemas de información y el registro de datos de los pacientes**

Actualmente, han sido identificados una serie de factores que han puesto de manifiesto la necesidad de actuar en un campo crítico para realizar la correcta gestión de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente a todos los niveles, consistente en la implantación y mantenimiento de unos sistemas de información potentes y específicos que permitan conocer el grado de evolución de la salud mental de niños y adolescentes.

Las fuentes de información que permiten la extracción de datos relativos a la actividad realizada en el campo de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en numerosas ocasiones se encuentra integrada en los registros de pacientes adultos, lo que puede ocasionar problemas de extracción de datos (llegando al extremo de resultar imposible desglosar algún dato entre adultos y menores de edad, como se ha demostrado en la elaboración de este libro blanco).

En otras ocasiones, los registros se encuentran separados, pero al no estar la especialidad reconocida, estos sistemas de información se encuentran obsoletos y no tienen un nivel seguimiento tan

pormenorizado como en adultos, por lo que no está actualizada la información relativa a niños y adolescentes.

Por tanto, es crítico que se implanten de manera global estos sistemas de información, de forma que se pueda disponer de una forma ágil de la información de recursos y actividad disponible en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Esto conllevará no solo el mejor conocimiento de la actividad realizada y los recursos invertidos, sino que servirá como herramienta de toma de decisiones y planificación para este colectivo, actuando en consecuencia según se detecte la infra o la sobreutilización de los recursos disponibles en base a la actividad realizada.

Junto con el desarrollo de estos sistemas de información, se debe trabajar en la implantación de criterios para la normalización y estandarización de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, que permitirá definir indicadores comunes para realizar acciones de *benchmarking* entre los centros y unidades específicos, tanto a nivel de Comunidad Autónoma como a nivel estatal e incluso internacional. Otro aspecto que reforzaría la disponibilidad para el desarrollo de estudios comparativos consistiría en el registro normalizado de la información relativa a las patologías de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en la misma clasificación diagnóstica (como por ejemplo, la CIE-10). De esta forma, se facilita el registro, explotación y posterior análisis de la información disponible.

Estas iniciativas se encuentran actualmente en las agendas de trabajo de algunas Comunidades Autónomas. A día de hoy se está trabajando en el proceso de migración de la información de los sistemas previos disponibles a los nuevos sistemas de información. Algunas de las iniciativas que complementan la implantación de sistemas de información son las relacionadas con la divulgación y recopilación de información relativa a la Psiquiatría del Niño y el Adolescente o a alguna de sus patologías concretas, como puede ser la elaboración de un libro blanco del autismo en la Comunidad de Castilla-La Mancha.

## **7. Organización y optimización de los recursos locales**

La Psiquiatría del Niño y el Adolescente es un campo con un reconocimiento propio relativamente breve, para el que se han ido asignando dispositivos específicos, aunque en la actualidad todavía no se han alcanzado de forma general unos recursos propios para dar respuesta y cobertura a toda la población de referencia ni se ha realizado una definición de puestos diferenciados.

Es por ello que se considera crítico que ante la lenta dotación de recursos, debida principalmente a la situación económica actual de fuertes restricciones presupuestarias, se organicen y optimicen los recursos locales con los que cuentan las Comunidades Autónomas.

Una de las principales iniciativas a poner en marcha identificadas es la creación de la Red Psiquiatría del Niño y el Adolescente y la figura de un coordinador responsable específico de esta Red. En numerosas Comunidades Autónomas se ha detectado un potencial de mejora en la coordinación, lo que está provocando dificultades en la implantación de una estrategia a medio y largo plazo, ya que son realizadas por los propios profesionales en la medida de sus posibilidades, compatibilizándolo con su actividad asistencial.

Por tanto, se considera clave la creación de una figura de interlocutor específico en Psiquiatría del Niño y el Adolescente que regule el desarrollo y evolución del campo de conocimiento en las Comunidades Autónomas. Para ello, debería realizarse un cambio de paradigma en la situación actual y en la forma de trabajo futuro de este ámbito.

Por otra parte, como consecuencia de esta independencia y separación de la Red de Psiquiatría General de adultos, actualmente se está trabajando en algunas Comunidades Autónomas en conseguir la organización óptima. Una de las alternativas propuestas es la implantada en la Región de Murcia, mediante la descentralización de las competencias en salud mental en cada una de las áreas de salud, con un responsable en cada una de ellas.



## **8. Desarrollo y mejora de la forma de trabajo propia en las Comunidades Autónomas**

Uno de los principales aspectos que derivaron en la diferenciación de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente respecto a la de adultos fue la necesidad de contar con una forma de trabajo y abordaje de casos de forma alternativa a la ofrecida en adultos, ya que la metodología y procesos a desarrollar deben ser diferentes.

Por tanto, se empezó a trabajar en protocolos y abordajes propios de las patologías de salud mental infantil y juvenil. No obstante, a día de hoy todavía se ha detectado un gran potencial de mejora en este aspecto.

Los protocolos elaborados requieren de la participación y consenso de diferentes colectivos profesionales, no sólo pertenecientes al colectivo de profesionales sanitarios, y no siempre existe un elevado grado de acuerdo. No obstante, es uno de los principales retos es poder avanzar en disponer de un mismo abordaje de la enfermedad y los accesos al tratamiento, contando con la implicación de todos los colectivos implicados. En algunos casos, estos protocolos están definidos para centros concretos. Por tanto, se debe trabajar en la implantación a nivel regional (e incluso estatal, en las ocasiones que sea posible) de los protocolos que permitan ofrecer una mejor atención a pacientes con patologías concretas.

Una de las principales soluciones para llevar a cabo la correcta forma de trabajo particular es la elaboración de Planes Estratégicos propios de cada Comunidad Autónoma, que permitan otorgar a la Psiquiatría del Niño y el Adolescente el reconocimiento y organización necesaria. Estos Planes Estratégicos definirán la forma de trabajo general de todos los dispositivos de la Comunidad: tratamiento inicial del paciente, flujo de trabajo, etc.

Actualmente, no todas las Comunidades Autónomas presentan una estrategia específica común implantada y vigente para el abordaje de las patologías relacionadas con la salud mental del niño y el adolescente. En estas patologías se deberían definir líneas de trabajo concretas, factibles y adaptadas a la realidad de cada Autonomía, con

indicación de las actividades específicas a desarrollar durante la vigencia del plan, intentando evitar los objetivos imprecisos y vagos. Especialmente, el foco debe centrarse en las Comunidades Autónomas de Aragón, Cantabria, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana e Islas Baleares, que actualmente tienen una estrategia finalizada sin continuidad explícita en nuevas estrategias y planes autonómicos.

Este aspecto se ha desarrollado de forma pormenorizada en el correspondiente capítulo del presente libro blanco.

Otra de las carencias detectadas en el modelo de trabajo de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente es la implantación de modelos de atención y tratamiento no tan directamente ligados al tratamiento farmacológico.

En este sentido, se cree interesante incrementar la utilización de técnicas psicoterapéuticas a niños y adolescentes, involucrando a padres y familiares, ya que es un colectivo crítico durante el tratamiento de los pacientes. Actualmente, existe mucha diversidad terapéutica y se deben potenciar los mecanismos e iniciativas para homogeneizarlo y normalizarlo. Igualmente, se podría orientar la actividad realizada hacia aspectos biopsicosociales, y realizar grupos de trabajo con padres, y trabajar en la desestigmatización de los pacientes, ya que estos no suelen querer acudir al médico y ahí donde los padres tienen un papel clave.

Es importante trabajar en la implantación y consolidación de un sistema de guardias específicas en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en todas las Comunidades Autónomas, o al menos en aquellas ciudades con una importante población de referencia. Actualmente, las guardias realizadas suelen ser generales (atienden tanto a población adulta como infantil y juvenil) y en contadas ocasiones se realizan de forma específica en el ámbito de niños y adolescentes.

Finalmente, como reto o área de mejora detectado para normalizar la forma de trabajo a nivel estatal es fijar la franja de edad de atención en el campo de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Actualmente, dependiendo de la Comunidad Au-

tónoma, el rango de edad de atención oscila entre los 16 y los 18 años. Por tanto, para normalizar la atención en todo el territorio estatal, se debería fijar un rango común para todas las Comunidades. En este sentido, se podría fijar como edad máxima de atención los 18 años de edad, aprovechando el reciente incremento de la edad pediátrica hospitalaria.

### **9. Desarrollo de guías clínicas y terapéuticas basadas en la evidencia científica y su implantación en la práctica clínica**

Se están publicando diversos artículos recientemente en relación a la definición de los parámetros prácticos para la evaluación y tratamiento de niños y adolescentes con diferentes patologías, tales como esquizofrenia o psicosis con inicios tempranos. En estos artículos se pone de manifiesto la distancia existente entre la práctica clínica y la evidencia sobre la eficiencia de los tratamientos en la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, y se ofrecen claves para favorecer su acercamiento. Por tanto, deben centrarse los esfuerzos en el desarrollo, elaboración e implantación de protocolos específicos de atención y tratamiento de patologías basados en evidencias.

Otro aspecto clave relacionado es la elaboración de una guía de atención a la patología grave. Se considera crítico disponer de una herramienta de estas características, ya que estos casos deben ser tratados de manera diferente. Adicionalmente, las prevalencias obtenidas por casos nuevos atendidos en las Comunidades Autónomas son en general inferiores a lo que demuestran estudios epidemiológicos. Por tanto, se ve necesaria una mayor detección de este tipo de patologías, de forma que se garantice la óptima cobertura e identificación de las patologías relacionadas con la Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

Las herramientas de diagnóstico y guías clínicas y terapéuticas deben contemplarse como forma de inversión para el futuro. La oferta en el Sistema Nacional de Salud de intervenciones que interesan a los profesionales que las llevan a cabo

pero que han demostrado no sólo no ser coste eficientes sino ni siquiera eficaces es un mal endémico del sistema sanitario, aún más en el campo de la salud mental.

Para garantizar el correcto desarrollo e implantación de estas guías clínicas basadas en la evidencia se debe diseñar un sistema de evaluación continua, concretada en una serie de indicadores comunes de seguimiento y calidad. De esta forma, se persigue disponer de herramientas de trabajo orientadas a la calidad y la mejora, así como lograr una homogeneización de este campo de conocimiento.

### **10. Implantación de programas de transición al colectivo de adultos**

El abordaje de las patologías infantiles y juveniles debe encontrarse alineado en la medida de lo posible con el colectivo de adultos, ya que en los casos de los adolescentes, al encontrarse en edades cercanas a los 18 años, deberían poder contar con unos protocolos y guías de tratamiento que asegurasen la continuidad asistencial en el paciente.

Esta continuidad de cuidados es importante, ya que debe prepararse a los pacientes para su futuro en el servicio de adultos. La planificación y preparación para la transición de estos jóvenes desde el servicio infantil y juvenil al servicio de adultos ha resultado ser una pieza clave para una mejora de resultados en su asistencia sanitaria. En este contexto, se han identificado dos casos de éxito o mejores prácticas a nivel internacional, las cuales se recogen en los anexos del presente libro blanco.

En las Comunidades Autónomas se trabaja generalmente de forma coordinada con el colectivo de adultos para facilitar la continuidad de cuidados de los pacientes que se encuentran en proceso de transición entre los programas infantiles y juveniles y los programas de adultos.

Para ello, se elaboró en el año 2012 un documento de "Análisis y recomendaciones sobre la asistencia sanitaria a jóvenes". Este informe afron-

taba la problemática de la asistencia sanitaria a jóvenes (con edades comprendidas entre los 12 y los 25 años), especialmente en el campo de la salud mental, ya que *“se trata de un periodo en el que el joven se transforma en adulto, y su autoestima, sexualidad y seguridad personal se consolidan. Por ello, la salud mental es un factor clave, siendo imprescindible el apoyo psicológico al joven en el sistema sanitario”*.

Tras la realización de un análisis de situación de este entorno complejo, se ofrecen una serie de recomendaciones en el abordaje de la atención sanitaria a jóvenes:

- A nivel organizativo y de procedimiento, han de promoverse entornos especializados amigables, sensibles a las especiales necesidades de los jóvenes. Esta acción puede abordarse desde el desarrollo de programas de coordinación de los profesionales involucrados en el tratamiento del joven, pasando por la creación de unidades específicas en los centros hospitalarios y hasta la creación de centros dedicados en exclusiva a la atención sanitaria de esta franja de edad. Es recomendable la implantación de sistemas de calidad y mejora continua que incluyan el *feedback* de los jóvenes y sus familiares.
- Formación específica para profesionales, tanto presencial como *on-line*, y con diferentes alcances (cursos cortos, seminarios, especialización, máster e incluso especialidad o subespecialidad médica).
- Guías de práctica clínica específicas, que permitan a los diversos profesionales de la salud el correcto abordaje de los jóvenes. Creación de redes de especialistas en el tratamiento de jóvenes y adolescentes para intercambio de conocimientos y experiencias.
- Investigación: potenciación de programas específicos de investigación clínica en ese segmento de población.
- Programas de atención psicológica (tanto a pacientes como familiares) y vigilancia especial de la salud mental.

### **11. Fomento del desarrollo de actividades formativas a todos los niveles**

Como ha sido comentado previamente, se ha detectado un elevado grado de heterogeneidad en la formación de los profesionales dedicados a la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, ya que no existe una formación reglada y homogénea reconocida oficialmente.

Por tanto, posiblemente el principal reto al que se enfrenta este colectivo es conseguir el reconocimiento de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente como especialidad acreditada, de forma similar a otras especialidades implantadas a nivel estatal.

No obstante, esta iniciativa no debe limitarse a la formación de nuevos médicos residentes. Se considera de elevado interés fomentar la formación y capacitación de los profesionales a todos los niveles, así como a otros colectivos relacionados y de alto impacto en este campo de conocimiento.

Se ha detectado la necesidad de poner en marcha diferentes iniciativas y cursos de formación que permitan completar y actualizar los conocimientos de los profesionales. Para ello, se deberá trabajar en la implantación de asignaturas optativas específicas a nivel de grado y de postgrado (máster, doctorado) en el campo de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, ya que actualmente existe un desarrollo diferencial en las Comunidades Autónomas, y no todas ellas presentan una oferta relativamente consolidada en esta materia.

Otro de los campos en los que se ha detectado importante trabajar es en los colectivos no profesionales relacionados con la Psiquiatría del Niño y el Adolescente. El principal colectivo identificado ha sido el de padres y familiares de los pacientes. Es importante, en este sentido, inculcar a los familiares y pediatras, a través de trabajos conjuntos y cursos de formación específicos, de la importancia de la salud mental de niños y adolescentes, de forma que pueda ofrecerse una asistencia sanitaria óptima a los pacientes.

Por otra parte, se detecta clave para los próximos años seguir incidiendo en la formación de la sociedad desde las primeras etapas de vida. Si no se imparte formación convenientemente en este



periodo para la prevención y la promoción de la salud mental, existe la posibilidad de que el paciente no sea correctamente diagnosticado y sea tratado en otras especialidades clínicas.

## **12. Impulso de las actividades de Investigación, Desarrollo e Innovación**

Para avanzar en la mejora y la evolución de una disciplina o área de conocimiento es crítico que todos los colectivos implicados en ella se involucren en actividades de investigación. Estas actividades permiten progresar en el conocimiento y disponer de mejores herramientas para su desarrollo.

En el caso de una disciplina clínica, como es el caso de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, la realización de actividades científicas propicia mayores conocimientos para llevar a cabo mejores diagnósticos y tratamientos de los pacientes. Los tratamientos son a su vez más efectivos, orientados a cada caso particular y puede actuarse antes y mejor sobre la patología.

Por ello, uno de los objetivos a alcanzar en los próximos años es el fomento y consolidación de una actividad científica relevante por parte de todos los actores involucrados en la Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

Los esfuerzos deben centrarse en desarrollar más y mejores actividades de investigación, de forma que se mejore en los diagnósticos, tratamientos y terapias para conseguir una evolución continua en el tratamiento de estas patologías. Estas iniciativas deben organizarse y estructurarse, de forma que se configure una investigación consolidada en este ámbito y se formen nuevos investigadores de prestigio estatal e internacional.

A nivel europeo se están fomentando las actividades de investigación y el trabajo en temas de evidencia científica en el conocimiento y tratamiento de las enfermedades. Por tanto, se deben implicar a todos los colectivos implicados en la Psiquiatría del Niño y el Adolescente para dar un salto cuantitativo y cualitativo a todos los niveles: familias, pacientes, sociedades científicas, etc.

Una de las vías que se podrá utilizar para fomentar la implicación de los profesionales en actividades científicas es disponer de una mayor dedicación a la investigación, contemplándolo en los contratos laborales firmados con el servicio sanitario correspondiente.

En este sentido, la labor que está realizando el CIBERSAM a través de su Programa de Psiquiatría del Niño y el Adolescente es crítica para avanzar en los objetivos científicos del campo de conocimiento para los próximos años. Las principales patologías estudiadas en este programa son la esquizofrenia y el trastorno bipolar, la anorexia y bulimia nerviosas y trastorno obsesivo-compulsivo, los trastornos de espectro autista, el trastorno por déficit de atención-hiperactividad y las conductas adictivas.

### **Principales recomendaciones y áreas de mejora identificadas por el colectivo profesional**

Para la definición de las recomendaciones y áreas de mejora de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente se contó con el colectivo profesional de este campo de conocimiento. Para ello, los profesionales fueron consultados (tanto Psiquiatras como Psicólogos clínicos, principalmente) de forma que pudieran poner de manifiesto las áreas de mejora detectadas por ellos.

Las principales recomendaciones detectadas por los profesionales de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente se indican a continuación.

#### *Puesta en marcha de una estrategia común a nivel estatal*

A pesar de las iniciativas puestas en marcha actualmente, se considera crítico contar con una estrategia específica a nivel estatal en Psiquiatría del Niño y el Adolescente, de forma que ofrezca unas guías básicas comunes para implantar en todas las Comunidades Autónomas.

#### *Desarrollo de actividades de prevención*

La prevención es un aspecto crítico a desarrollar en los próximos años, ya que permitirá el control temprano de las patologías relacionadas con

la salud mental de niños y jóvenes. Como ha sido comentado en un apartado previo, un diagnóstico precoz favorece tanto el control como la evolución de la patología y puede complementar las actividades de prevención que puedan ponerse en marcha en sectores de población de alto riesgo.

*Definición de estándares básicos de atención: cartera de servicios*

Uno de los grandes problemas detectados a nivel estatal, y que debe considerarse como uno de los principales retos a futuro es la heterogeneidad de la atención ofrecida en las Comunidades Autónomas. Dependiendo de la Autonomía donde se encuentre el paciente, tendrá a su disposición una cartera de servicios u otra en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Por ello, se considera muy importante trabajar para normalizar todas las carteras de servicios.

*Definición de estrategias autonómicas en Psiquiatría del Niño y el Adolescente*

La definición de una estrategia estatal de este campo de conocimiento es importante para normalizar recursos, formas de abordar las patologías, etc. No obstante, su desarrollo debe pasar por la implantación de estrategias autonómicas que adecúen las recomendaciones recogidas en la estrategia estatal a las condiciones particulares de cada Comunidad Autónoma.

*Consolidación de la especialidad de Psiquiatría del Niño y el Adolescente*

La creación e implantación de la especialidad de Psiquiatría del Niño y el Adolescente es una prioridad detectada a todos los niveles, tanto a nivel institucional como a nivel profesional. Poder contar con una especialidad acreditada favorecerá muy significativamente el desarrollo del campo de conocimiento.

*Definición de competencias de cada perfil profesional*

En ocasiones, la ausencia de una definición concreta de competencias de cada uno de los per-

files profesionales que configuran los equipos de atención en la Psiquiatría del Niño y el Adolescente provocan dificultades en el abordaje de la enfermedad. Es por ello que se considera necesario definir estas competencias, identificando las funciones concretas de cada profesional.

*Definición de estándares básicos de cada dispositivo y de puestos de trabajo*

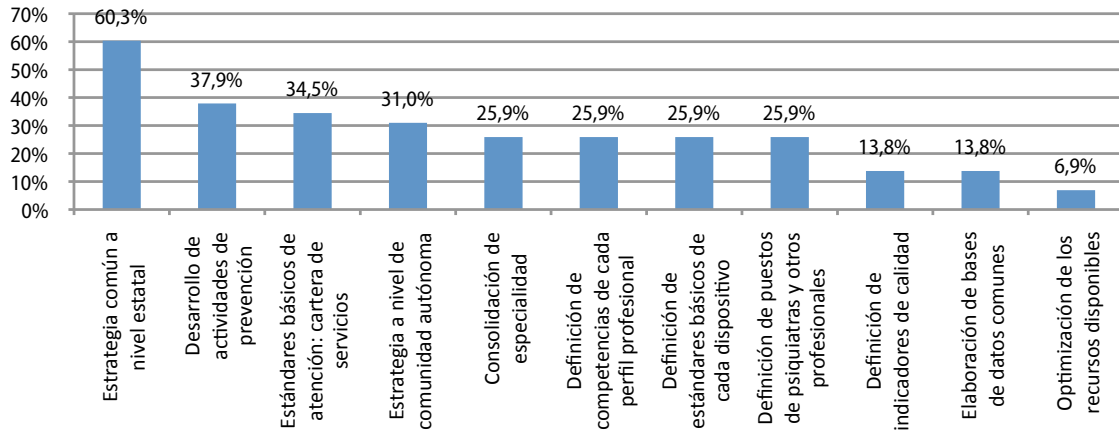
Se considera de elevada importancia la definición de los estándares básicos con los que debe contar cada dispositivo relacionado con la Psiquiatría del Niño y el Adolescente (tanto ambulatorio como hospital de día como unidad de hospitalización). Estos estándares deben hacer referencia tanto a aspectos estructurales (recursos materiales), como a aspectos personales. En este sentido, se debe cuantificar y homogeneizar el puesto, responsabilidades y funciones de cada uno de los perfiles profesionales con los que debe contar cada dispositivo: psiquiatra, psicólogo clínico, enfermera, auxiliar de enfermería, trabajador social, etc.

*Definición de puestos de trabajo de psiquiatras y otros profesionales*

Estrechamente relacionado con la definición de las competencias de los perfiles profesionales, los encuestados ponen de manifiesto la necesidad de definir la composición y definición de los puestos de trabajo que garantizarán un correcto abordaje de las patologías relacionadas con la Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

A continuación se recoge una gráfica con la distribución de las respuestas de los encuestados en relación a las principales recomendaciones y áreas de mejora de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente para el futuro.

Recomendaciones y áreas de mejora del colectivo profesional (% de respuesta sobre el total de cuestionarios recibidos)



Resultados obtenidos de la encuesta realizada al sector profesional de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente.



# ANEXO I. Guión-cuestionario utilizado como base para la recopilación de la información cualitativa y cuantitativa

## 1. Organización y recursos asistenciales

- Estructura y organización de las Unidades/Secciones de Psiquiatría en el centro sanitario respecto al área del niño y el adolescente – organización del campo de conocimiento en la Comunidad Autónoma:
  - ♦ Posicionamiento de las Unidades/Secciones en la estructura organizativa del Hospital/centro sanitario/Comunidad Autónoma.
  - ♦ Composición de recursos humanos: tipo y número profesionales: nº de médicos y su especialidad (psiquiatría, pediatría, etc.), nº de enfermeras (con indicación de las especialistas en psiquiatría), auxiliares, etc.
  - ♦ Principales recursos materiales de las Unidades/Secciones: equipamiento, instalaciones, etc.
- Principales datos de actividad de la Unidad/Sección/Comunidad Autónoma:
  - ♦ Población de referencia.
  - ♦ Actividad de consultas externas: número y características.
  - ♦ Realización y características de las guardias (presenciales - no presenciales).
  - ♦ Ingresos hospitalarios y su distribución porcentual por tipo de patología.
  - ♦ Días de estancia media por ingreso.
  - ♦ Número de pacientes atendido por grupos de edad.
- Relaciones de la Unidad/Sección:
  - ♦ ¿Cómo se posicionan las Unidades/Secciones en relación con otras especialidades relacionadas: psicología, pediatría?

- ♦ Principales relaciones con otros centros sanitarios: ¿existe relación directa con otros centros (derivaciones, segundas opiniones, etc.)?

## 2. Cartera de servicios y funcionamiento

- Presencia o ausencia, y breve descripción (en caso afirmativo) de los siguientes servicios:
  - ♦ Consultas específicas: psiquiatría, psicología clínica, enfermería, trabajadores sociales, consultas telefónicas, etc.
  - ♦ Atención domiciliaria protocolizada.
  - ♦ Urgencias psiquiátricas.
  - ♦ Apoyo al Área de Atención Primaria.
  - ♦ Servicios básicos de enfermería.
  - ♦ Otros servicios ofertados por las Unidades/Secciones.
- Principales técnicas diagnósticas.
- Principales técnicas terapéuticas.
- Principales consultas monográficas.
- Funcionamiento general de las Unidades/Secciones:
  - ♦ Proceso de admisión y/o ingreso de nuevos pacientes. Datos sobre el origen del ingreso: derivado de Atención Primaria, proveniente de urgencias, etc.
  - ♦ Características del tratamiento: ambulatorio, con ingreso hospitalario, etc.
  - ♦ Revisiones del paciente.
  - ♦ Proceso de alta.
  - ♦ Seguimiento posterior al alta: en atención primaria, en la propia Unidad/Sección, etc.

### 3. Docencia en psiquiatría del niño y el adolescente

- Principales iniciativas docentes en el ámbito de la psiquiatría infanto-juvenil:
  - ♦ Formación de grado: asignaturas específicas de la psiquiatría infanto-juvenil en la formación universitaria impartida en las Unidades/Secciones, posibilidad de realización de prácticas en las Unidades/Secciones, etc.
  - ♦ Formación de post-grado: másteres y programas de doctorado impartidos en las Unidades/Secciones, cursos de experto y especialización, etc.
  - ♦ Formación sanitaria especializada: presencia de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en las especialidades médicas relacionadas, posibles rotaciones por unidades de este ámbito, etc.
  - ♦ Formación continuada: cursos específicos en Psiquiatría del Niño y el Adolescente, principales congresos, cursos de verano, etc. a los que asiste el personal de las Unidades/Secciones.

### 4. Investigación e innovación en Psiquiatría del Niño y el Adolescente

- Actividades científicas realizadas por las Unidades/Secciones en los últimos años. Tipología de dicha actividad (proyectos de investigación, ensayos clínicos, estudios observacionales, etc.).
- Participación de las Unidades/Secciones en iniciativas de investigación cooperativa. Indique las iniciativas en las que participan las Unidades/Secciones.
- Principales colaboraciones en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Indique la lista de centros o servicios con los que colabora asiduamente en actividades científicas.
- Revistas más relevantes en las que las Unidades/Secciones han publicado artículos científicos en los últimos años.

- Guías clínicas y otros productos de la investigación obtenidos en las Unidades/Secciones de aplicación en la práctica clínica.
- Principales iniciativas innovadoras desarrolladas en Psiquiatría del Niño y el Adolescente por las Unidades/Secciones, incluyendo las relaciones establecidas con el sector empresarial.
- Productos de innovación consolidados y nuevas tendencias del sector.
- Otros aspectos de interés en el campo de la investigación y la innovación.

### 5. Aspectos de calidad

- Obtención de certificaciones de calidad:
  - ♦ Acreditaciones de calidad de aplicación en las Unidades/Secciones de Psiquiatría del Niño y el Adolescente.
  - ♦ Acreditaciones de calidad obtenidas por las Unidades/Secciones.
- Mejores prácticas realizadas en las Unidades/Secciones para la optimización de las actividades realizadas.
  - ♦ Nivel organizativo.
  - ♦ Nivel operativo o de gestión.
  - ♦ Otros.

### 6. Relación profesionales-sociedad (pacientes y cuidadores)

- Consideraciones generales:
  - ♦ Papel y posicionamiento de las organizaciones de pacientes y cuidadores y las sociedades profesionales en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente.
  - ♦ Instituciones de mecenazgo que mayor impacto y actividad tienen en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente.
- Consideraciones particulares de las Unidades/Secciones:
  - ♦ Asociaciones de pacientes y cuidadores y sociedades profesionales con las que

- las Unidades/Secciones mantienen mayor contacto.
- ◆ Características de la relación entre estas asociaciones y sociedad y las Unidades/Secciones.
  - ◆ Principales instituciones de mecenazgo con las que colaboran las Unidades/Secciones.
  - ◆ Actividades realizadas por las Unidades/Secciones con la familia del paciente.
- Actividades y campañas de promoción y prevención en el campo de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente:
    - ◆ Colectivos y ámbitos donde se dirigen las actividades de promoción y prevención: centros de salud, colegios, etc. (tanto propios de las Unidades/Secciones como generales).
    - ◆ Principales campañas de promoción y prevención en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente promovidas desde las Unidades/Secciones.

## **7. Recomendaciones y áreas de mejora para el futuro**

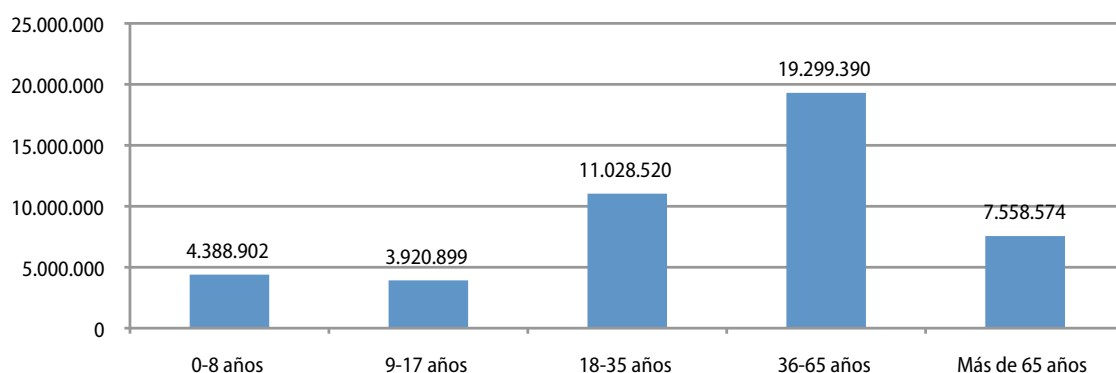
- Áreas de mejora detectadas en las Unidades/Secciones:
  - ◆ Mejoras organizativas.
  - ◆ Mejoras Operativas o de gestión.
  - ◆ Mejoras en actividades de I+D+i.
  - ◆ Mejoras en actividades docentes.
  - ◆ Mejoras en actividades sociales.





## ANEXO II. Datos generales de población y salud de la población joven en España

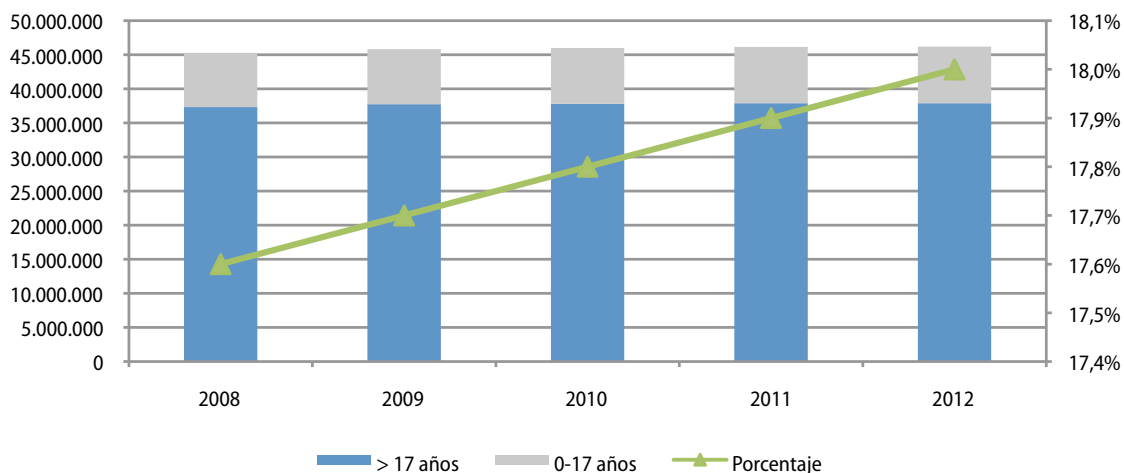
Distribución de la población española por grupos de edad (1 de enero de 2012)



	0-8 años	9-17 años	18-35 años	36-65 años	<65 años
<b>Población</b>	4.388.902	3.920.899	11.028.520	19.299.390	7.558.574
<b>Porcentaje</b>	9,5%	8,5%	23,9%	41,8%	16,4%

Fuente: INE 2013 (datos 2012). Estimaciones de la población actual de España calculadas a partir del censo de 2001. 1 de enero de 2012.

### Evolución de la población menores y mayores de 18 años (2008-2012)



	2008	2009	2010	2011	2012
De 0 a 17 años	7.956.730	8.089.940	8.184.840	8.261.338	8.309.801
Más de 17 años	37.326.529	37.738.232	37.804.176	37.891.587	37.886.477
Porcentaje de <18 años	17,6%	17,7%	17,8%	17,9%	18,0%

Fuente: INE 2013 (datos 2008-2012). Estimaciones de la población actual de España calculadas a partir del censo de 2001. Datos de 1 de enero de cada año.

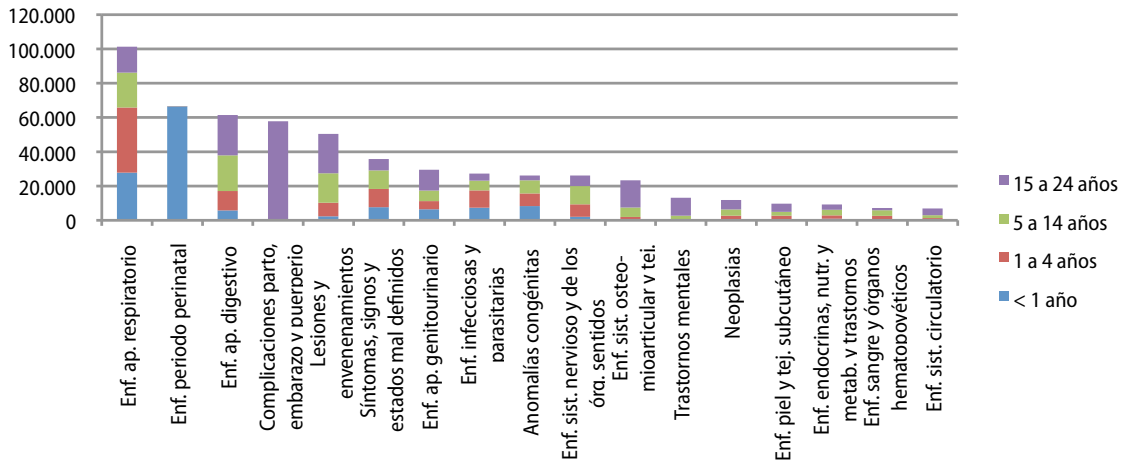
### Evolución de población infantil por CCAA (2008-2012)

	Población 0-17 años (2012)	% pob. 0-17 años (2012)	Variación respecto media (2012)	Evolución (2008-2012)
Andalucía	1.636.681	19,8%	1,8%	0,0%
Aragón	216.736	16,5%	-1,5%	0,8%
Asturias	136.494	13,0%	-5,0%	0,5%
Islas Baleares	207.057	18,9%	0,9%	0,1%
Islas Canarias	383.572	18,1%	0,2%	-0,7%
Cantabria	90.534	15,6%	-2,3%	0,7%
Castilla y León	358.783	14,5%	-3,5%	0,2%
Castilla-La Mancha	373.964	18,2%	0,2%	0,1%

	Población 0-17 años (2012)	% pob. 0-17 años (2012)	Variación respecto media (2012)	Evolución (2008-2012)
Cataluña	1.365.376	18,7%	0,7%	1,1%
C. Madrid	1.199.544	18,8%	0,8%	0,6%
C. Valenciana	912.823	18,2%	0,2%	0,4%
Extremadura	190.373	17,6%	-0,4%	-0,6%
País Vasco	339.436	15,9%	-2,0%	1,0%
Galicia	385.424	14,1%	-3,9%	0,1%
Murcia	307.852	20,9%	2,9%	0,3%
Navarra	113.500	18,2%	0,2%	0,8%
La Rioja	53.804	17,2%	-0,8%	1,0%
Ceuta	18.015	23,4%	5,4%	-0,2%
Melilla	19.826	26,0%	8,0%	0,3%

Fuente: INE 2013 (datos 2008-2012). Estimaciones de la población actual de España calculadas a partir del censo de 2001. Datos de 1 de enero de cada año.

*Altas hospitalarias por patología y grupo de edad – 0 a 24 años (2012)*



Grupo patología	< 1 año	1 a 4 años	5 a 14 años	15 a 24 años	Acumulado
Enfermedades del aparato respiratorio	27.831	37.953	20.407	15.070	<b>101.261</b>
Enfermedades en el periodo perinatal	66.466	133	89	20	<b>66.708</b>
Enfermedades del aparato digestivo	5.829	11.227	20.849	23.551	<b>61.456</b>
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	0	0	209	57.624	<b>57.833</b>
Lesiones y envenenamientos	2.312	7.996	17.100	23.014	<b>50.422</b>
Síntomas, signos y estados mal definidos	7.687	10.647	10.776	6.607	<b>35.717</b>
Enfermedades del aparato genitourinario	6.463	4.733	6.175	12.151	<b>29.522</b>
Enfermedades infecciosas y parasitarias	7.383	10.062	5.735	4.118	<b>27.298</b>
Anomalías congénitas	8.278	7.393	7.639	2.842	<b>26.152</b>
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	2.084	7.228	10.678	6.142	<b>26.132</b>
Enfermedades del sistema osteomioarticular y tejido conectivo	324	1.646	5.473	15.911	<b>23.354</b>
Trastornos mentales	88	253	2.349	10.480	<b>13.170</b>
Neoplasias	654	2.057	3.657	5.439	<b>11.807</b>
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	646	2.075	2.201	4.755	<b>9.677</b>
Enfermedades endocrinas, de la nutrición, metabólicas y trastornos de la inmunidad	954	1.935	3.235	3.077	<b>9.201</b>
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	472	2.152	3.278	1.320	<b>7.222</b>
Enfermedades del sistema circulatorio	484	806	1.708	3.946	<b>6.944</b>

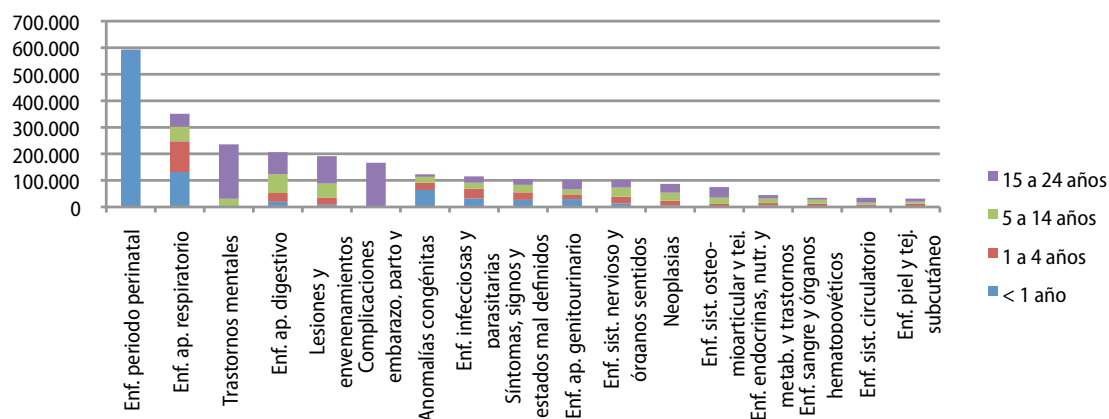
Fuente: INE 2014 (datos 2012). Encuesta de morbilidad hospitalaria 2012. Altas hospitalarias según el sexo, el grupo de edad y el diagnóstico principal.

Altas hospitalarias de trastornos mentales por grupo de patología y grupo de edad – 0 a 24 años (2012)

Grupo patología	< 1 año	1 a 4 años	5 a 14 años	15 a 24 años	Acumulado
Trastornos neuróticos, de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos (excepto drogas o alcohol)	87	226	1.903	4.704	<b>6.920</b>
Otras psicosis	1	25	329	2.763	<b>3.118</b>
Trastornos esquizofrénicos	0	0	27	1.852	<b>1.879</b>
Psicosis por drogas, dependencias de drogas y abuso de drogas sin dependencia	0	0	62	876	<b>938</b>
Otros trastornos mentales y retraso mental	0	2	19	208	<b>229</b>
Psicosis alcohólicas y síndrome de dependencia del alcohol	0	0	8	76	<b>84</b>

Fuente: INE 2014 (datos 2012). Encuesta de morbilidad hospitalaria 2012. Altas hospitalarias según el sexo, el grupo de edad y el diagnóstico principal.

Días de estancia hospitalaria por grupo de patología – 0 a 24 años (2012)



Grupo patología	< 1 año	1 a 4 años	5 a 14 años	15 a 24 años	Acumulado
Enfermedades en el periodo perinatal	592.070	453	173	85	<b>592.781</b>
Enfermedades del aparato respiratorio	131.835	115.748	54.910	48.565	<b>351.058</b>
Trastornos mentales	328	776	29.614	205.084	<b>235.802</b>
Enfermedades del aparato digestivo	19.775	32.836	71.089	82.747	<b>206.447</b>
Lesiones y envenenamientos	8.687	27.150	52.602	103.010	<b>191.449</b>
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	0	0	649	166.092	<b>166.741</b>
Anomalías congénitas	64.038	26.958	22.681	9.761	<b>123.438</b>
Enfermedades infecciosas y parasitarias	32.208	36.454	22.297	24.105	<b>115.064</b>
Síntomas, signos y estados mal definidos	26.878	27.868	28.389	21.990	<b>105.125</b>
Enfermedades del aparato genitourinario	30.028	17.440	18.957	35.361	<b>101.786</b>
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	13.749	25.000	34.352	28.157	<b>101.258</b>
Neoplasias	4.779	18.649	30.216	33.526	<b>87.170</b>
Enfermedades del sistema osteomioarticular y tejido conectivo	2.199	9.306	23.425	39.930	<b>74.860</b>
Enfermedades endocrinas, de la nutrición, metabólicas y trastornos de la inmunidad	6.042	8.707	16.772	13.396	<b>44.917</b>
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	2.449	9.897	14.796	7.685	<b>34.827</b>
Enfermedades del sistema circulatorio	3.992	5.312	7.104	18.039	<b>34.447</b>
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	3.190	8.798	8.139	11.304	<b>31.431</b>

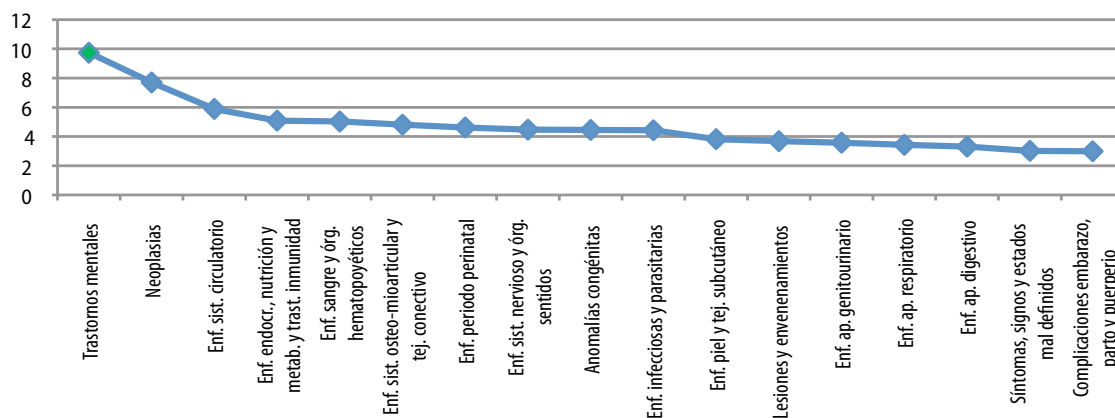
Fuente: INE 2014 (datos 2012). Encuesta de morbilidad hospitalaria 2012. Estancias causadas según el sexo, el grupo de edad y el diagnóstico principal.

Número total de días de estancia en trastornos mentales por grupos de patologías – 0 a 24 años (2012)

Grupo patología	< 1 año	1 a 4 años	5 a 14 años	15 a 24 años	Acumulado
Trastornos neuróticos, de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos (excepto drogas o alcohol)	320	632	23.561	71.377	<b>95.890</b>
Trastornos esquizofrénicos	0	0	763	61.603	<b>62.366</b>
Otras psicosis	8	142	4.849	51.866	<b>56.865</b>
Psicosis por drogas, dependencias de drogas y abuso de drogas sin dependencia	0	0	187	9.855	<b>10.042</b>
Otros trastornos mentales y retraso mental	0	2	244	9.701	<b>9.947</b>
Psicosis alcohólicas y síndrome de dependencia del alcohol	0	0	9	682	<b>691</b>

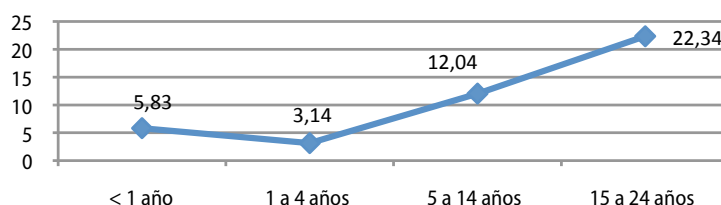
Fuente: INE 2014 (datos 2012). Encuesta de morbilidad hospitalaria 2012. Estancias causadas según el sexo, el grupo de edad y el diagnóstico principal.

Estancia media ingreso hospitalario por grupo de patologías – 0 a 24 años (2012)



Fuente: INE 2014 (datos 2012). Encuesta de morbilidad hospitalaria 2012. Estancia media según el sexo, el grupo de edad y el diagnóstico principal.

*Distribución de estancia media por grupo de edad de los trastornos mentales -0 a 24 años (2012)*

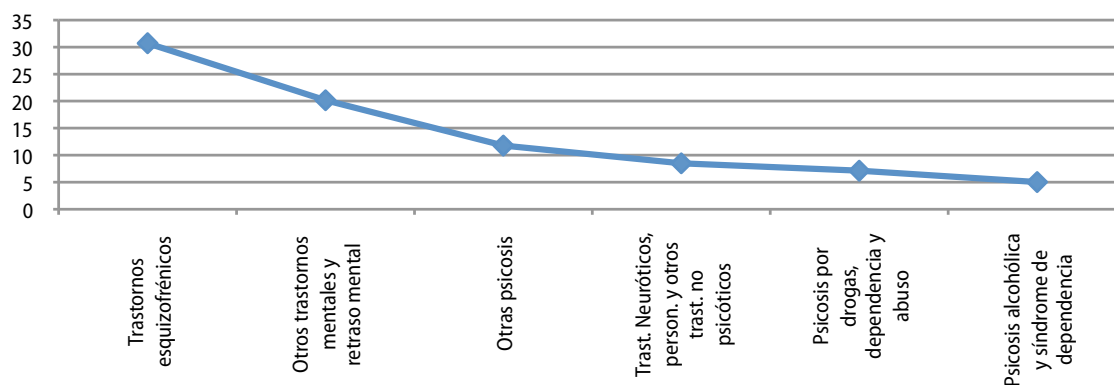


Grupo patología	< 1 año	1 a 4 años	5 a 14 años	15 a 24 años	Promedio
Trastornos mentales	3,71	3,06	12,61	19,57	9,74
Neoplasias	7,31	9,06	8,26	6,16	7,70
Enfermedades del sistema circulatorio	8,25	6,59	4,16	4,57	5,89
Enfermedades endocrinas, de la nutrición, metabólicas y trastornos de la inmunidad	6,33	4,50	5,18	4,35	5,09
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	5,19	4,60	4,51	5,82	5,03
Enfermedades del sistema osteo-mioarticular y tejido conectivo	6,78	5,66	4,28	2,51	4,81
Enfermedades en el periodo perinatal	8,91	3,40	1,93	4,25	4,62
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	6,60	3,46	3,22	4,58	4,47
Anomalías congénitas	7,74	3,65	2,97	3,43	4,45
Enfermedades infecciosas y parasitarias	4,36	3,62	3,89	5,85	4,43
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	4,94	4,24	3,70	2,38	3,82
Lesiones y envenenamientos	3,76	3,40	3,08	4,48	3,68
Enfermedades del aparato genitourinario	4,65	3,69	3,07	2,91	3,58
Enfermedades del aparato respiratorio	4,74	3,05	2,69	3,22	3,43
Enfermedades del aparato digestivo	3,39	2,92	3,41	3,51	3,31
Síntomas, signos y estados mal definidos	3,5	2,62	2,63	3,33	3,02
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	0	0	3,10	2,88	2,99

Fuente: INE 2014 (datos 2012). Encuesta de morbilidad hospitalaria 2012. Estancia media según el sexo, el grupo de edad y el diagnóstico principal.



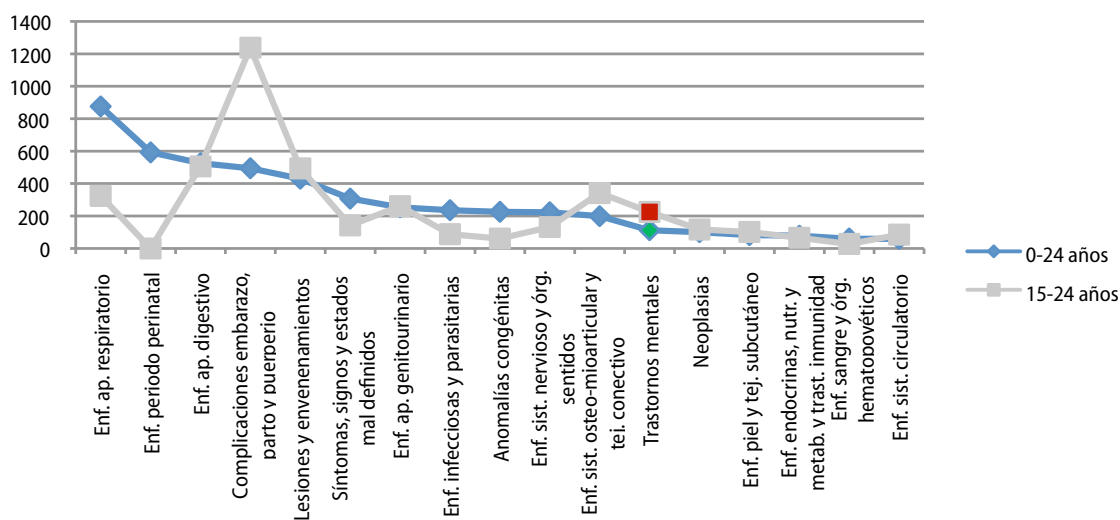
*Estancias medias en trastornos mentales por grupos de patologías –0 a 24 años (2012)*



Grupo patología	< 1 año	1 a 4 años	5 a 14 años	15 a 24 años	Promedio
Trastornos esquizofrénicos	0	0	28,16	33,26	<b>30,71</b>
Otros trastornos mentales y retraso mental	0	1,00	12,83	46,65	<b>20,16</b>
Otras psicosis	8,00	5,64	14,72	18,77	<b>11,78</b>
Trastornos neuróticos, de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos (excepto drogas o alcohol)	3,66	2,79	12,38	15,17	<b>8,50</b>
Psicosis por drogas, dependencias de drogas y abuso de drogas sin dependencia	0	0	3,00	11,25	<b>7,13</b>
Psicosis alcohólicas y síndrome de dependencia del alcohol	0	0	1,12	8,93	<b>5,03</b>

Fuente: INE 2014 (datos 2012). Encuesta de morbilidad hospitalaria 2012. Estancia media según el sexo, el grupo de edad y el diagnóstico principal.

Tasa de morbilidad hospitalaria por 100.000 habitantes por grupos de patologías -0 a 24 años y 15 a 24 años (2012)



Grupo patología	< 1 año	1 a 4 años	5 a 14 años	15 a 24 años	Promedio
Enfermedades del aparato respiratorio	6.029	1.912	440	324	<b>876</b>
Enfermedades en el periodo perinatal	14.397	7	2	0	<b>593</b>
Enfermedades del aparato digestivo	1.263	566	450	506	<b>526</b>
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	0	0	5	1.238	<b>495</b>
Lesiones y envenenamientos	501	403	369	494	<b>430</b>
Síntomas, signos y estados mal definidos	1.665	536	233	142	<b>308</b>
Enfermedades del aparato genitourinario	1.400	238	133	261	<b>254</b>
Enfermedades infecciosas y parasitarias	1.599	507	124	88	<b>236</b>
Anomalías congénitas	1.793	372	165	61	<b>226</b>
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	451	364	230	132	<b>223</b>
Enfermedades del sistema osteo-mioarticular y tejido conectivo	70	83	118	342	<b>199</b>

Grupo patología	< 1 año	1 a 4 años	5 a 14 años	15 a 24 años	Promedio
Trastornos mentales	19	13	51	225	112
Neoplasias	142	104	79	117	101
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	140	105	47	102	83
Enfermedades endocrinas, de la nutrición, metabólicas y trastornos de la inmunidad	207	97	70	66	79
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	102	108	71	28	62
Enfermedades del sistema circulatorio	105	41	37	85	60

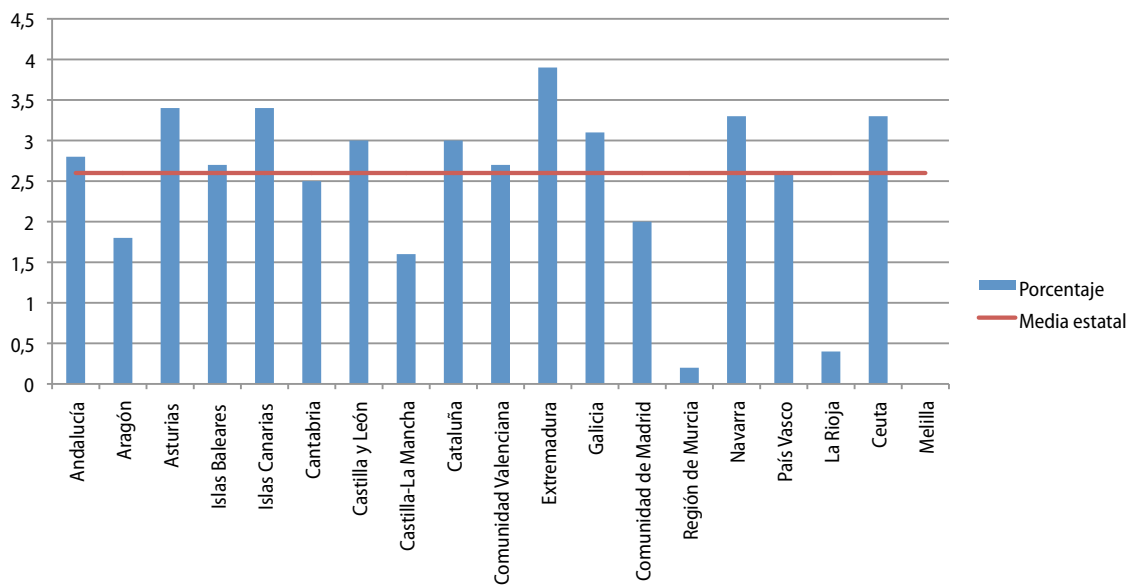
Fuente: INE 2014 (datos 2012). Encuesta de morbilidad hospitalaria 2012. Tasas de Morbilidad Hospitalaria por 100.000 habitantes según el diagnóstico principal, el sexo y el grupo de edad.

#### *Tasa de morbilidad hospitalaria de los trastornos mentales por grupos de patologías -0 a 24 años (2012)*

Grupo patología	< 1 año	1 a 4 años	5 a 14 años	15 a 24 años	Promedio
Trastornos neuróticos, de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos (excepto drogas o alcohol)	19	11	41	101	59
Otras psicosis	0	1	7	59	26
Trastornos esquizofrénicos	0	0	1	40	16
Psicosis por drogas, dependencias de drogas y abuso de drogas sin dependencia	0	0	1	19	8
Otros trastornos mentales y retraso mental	0	0	0	4	2
Psicosis alcohólicas y síndrome de dependencia del alcohol	0	0	0	2	1

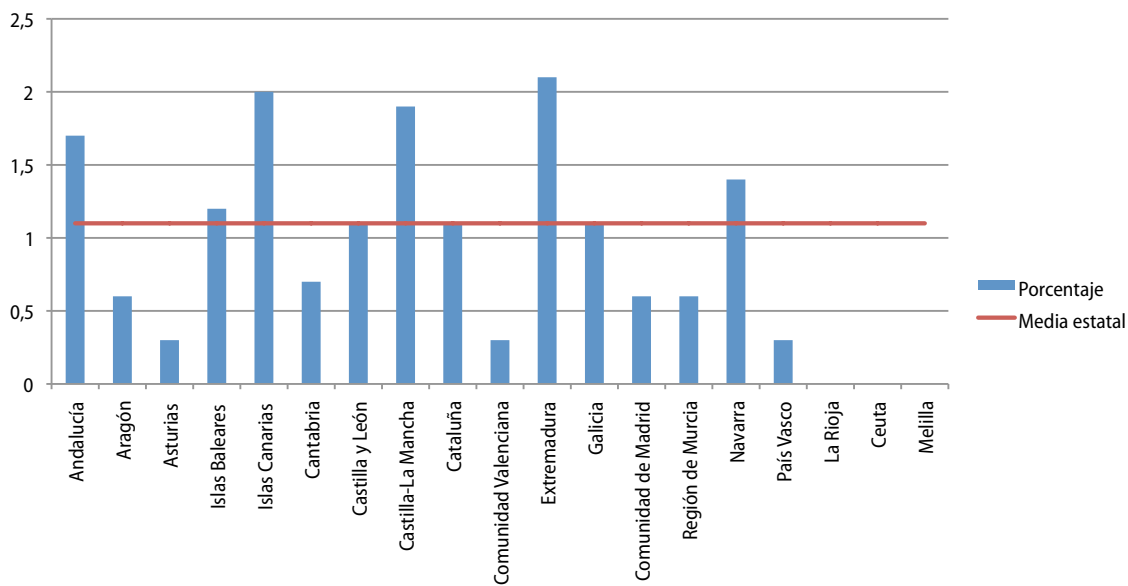
Fuente: INE 2014 (datos 2012). Encuesta de morbilidad hospitalaria 2012. Tasas de Morbilidad Hospitalaria por 100.000 habitantes según el diagnóstico principal, el sexo y el grupo de edad.

Porcentaje de trastornos de la conducta en los últimos 12 meses en población infantil por Comunidad Autónoma (2011-2012)



Porcentaje de trastornos mentales en los últimos 12 meses en población infantil por Comunidad Autónoma (2011-2012)

Libro blanco de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente



Comunidad Autónoma	% trastornos de la conducta	% trastornos mentales
MEDIA ESTATAL	2,6	1,1
Andalucía	2,8	1,7
Aragón	1,8	0,6
Asturias	3,4	0,3
Islas Baleares	2,7	1,2
Islas Canarias	3,4	2,0
Cantabria	2,5	0,7
Castilla y León	3,0	1,1
Castilla-La Mancha	1,6	1,9
Cataluña	3,0	1,1
Comunidad Valenciana	2,7	0,3
Extremadura	3,9	2,1
Galicia	3,1	1,1
Comunidad de Madrid	2,0	0,6
Región de Murcia	0,2	0,6
Navarra	3,3	1,4
País Vasco	2,6	0,3
La Rioja	0,4	0,0
Ceuta	3,3	0,0
Melilla	0,0	0,0

Fuente: INE 2013 (datos 2011). Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución en los últimos 12 meses en población infantil.



# ANEXO III. Principales grupos de patologías infanto-juveniles definidas en el DSM-IV-TR

A pesar de la reciente implantación de los nuevos criterios diagnósticos de la Asociación Americana de Psiquiatría DSM-5, que están siendo actualmente traducidos al castellano por el CIBERSAM hemos reflejado aquí los criterios DSM-IV-TR con los que el lector puede estar más familiarizado. Los principales grupos de patologías o trastornos del DSM-IV TR relacionados con la Psiquiatría del Niño y el Adolescente se indican a continuación:

## **Discapacidad Intelectual**

La discapacidad intelectual implica un funcionamiento intelectual por debajo de la media y presenta limitaciones del funcionamiento adaptativo. Es uno de los trastornos más frecuentes del desarrollo.

Las personas afectadas por retraso mental obtienen puntuaciones bajas en los tests de inteligencia (por debajo de un CI de 70), y tienen insuficiencias o déficits concurrentes en la actividad adaptativa actual en al menos dos de las siguientes áreas: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.

Por tanto, los efectos sobre el funcionamiento en la vida diaria dependen de la gravedad del caso: discapacidad intelectual leve (CI entre 50-55 y 70), moderada (CI entre 35-40 y 50-55), grave (CI entre 20-25 y 35-40) y profunda (CI inferior a 20-25).

También se ha identificado la categoría de discapacidad intelectual no especificada, cuando la inteligencia del paciente no puede ser evaluada mediante los tests habituales.

## **Trastornos del aprendizaje**

Los trastornos del aprendizaje son aquellos que afectan a la forma en que el cerebro procesa y asimila la información que recibe. Esto no se encuentra relacionado con la inteligencia del paciente, sino a su capacidad de procesar lo que percibe. De hecho, los pacientes con esta patología suelen tener una inteligencia normal o superior a la media.

Las principales consecuencias derivadas de estos trastornos son el rendimiento académico por debajo de lo esperado por el perfil y características del paciente.

Las patologías que engloban los trastornos del aprendizaje son, entre otras, las siguientes:

- Trastorno de la lectura.
- Trastorno del cálculo.
- Trastorno de la expresión escrita.
- Trastorno del aprendizaje no especificado (en este apartado se recogen los trastornos del aprendizaje que no cumplen los criterios de cualquier trastorno del aprendizaje específico).

## **Trastornos de las habilidades motoras**

Los trastornos de las habilidades motoras se caracterizan por presentar una alteración significativa del desarrollo de la coordinación motora. Las principales manifestaciones son retrasos en la adquisición de los hitos motores (como gatear o andar), torpeza acusada, mala caligrafía, etc. En ocasiones, este trastorno puede encontrarse asociado al retraso mental, en cuyo caso las deficien-

cias motoras son más acusadas a las habitualmente asociadas a estos trastornos.

### **Trastornos de la comunicación**

Un trastorno de la comunicación hace referencia a la dificultad para recibir, enviar, procesar y comprender los conceptos o los sistemas simbólicos verbal, no verbal y gráfico. La aparición de un trastorno de la comunicación puede ser debido a un retraso mental, a un déficit auditivo, a autismo, a parálisis cerebral y trastornos del SNC, a alteraciones craneofaciales (como una fisura palatina), a trastornos genéticos (X-frágil) o a un mutismo selectivo.

Las principales patologías englobadas en los trastornos de la comunicación son las siguientes:

- Trastorno del lenguaje expresivo. Caracterizado principalmente por un vocabulario significativamente limitado para la edad del paciente, dificultades en la memorización de palabras o cometer errores en la conjugación de verbos.
- Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo. Los síntomas son similares a los mencionados previamente, así como la incompreensión tipos específicos de palabras o frases.
- Trastorno fonológico. Se caracteriza por la incapacidad para utilizar sonidos del habla en base al desarrollo esperado del paciente.
- Tartamudeo. Consiste en la alteración de la fluidez del habla normal del paciente. Generalmente va asociado a alguno de los siguientes síntomas: repeticiones de sonidos o sílabas, prolongaciones de sonidos, interjecciones, palabras fragmentadas, bloqueos, etc.
- Trastorno de la comunicación no especificado. En este apartado se recogen los trastornos de la comunicación que no cumplen con los criterios específicos para ser catalogado en alguna otra patología del grupo.

### **Trastornos generalizados del desarrollo o trastorno del espectro autista**

Este grupo de patologías engloba a todos aquellos trastornos relacionados con limitaciones sustanciales en el funcionamiento actual. Estas limitaciones se manifiestan como perturbaciones graves y generalizadas en las habilidades para la interacción social o para la comunicación, o por comportamientos, intereses y actividades estereotipados.

Los trastornos generalizados del desarrollo pueden aparecer conjuntamente con otras patologías asociadas, tales como la discapacidad intelectual, sensorial o motora, los trastornos graves de conducta o los trastornos emocionales, entre otros.

El trastorno específico englobado en esta categoría es el trastorno del espectro autista:

- *Trastorno del espectro autista*: bajo este epígrafe se engloban las antiguas patologías de autismo, trastorno de Asperger, el trastorno desintegrativo de la infancia y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado. Los principales síntomas se relacionan con:
  - ◆ Los déficits sociales y de comunicación: déficits persistentes en la comunicación y en la interacción social en diversos contextos, no atribuibles a un retraso general del desarrollo.
  - ◆ Intereses fijos y comportamientos repetitivos: patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidas y repetitivas.

Los síntomas deben estar presentes en la primera infancia, pero pueden no llegar a manifestarse plenamente hasta que las demandas sociales exceden las limitadas capacidades.

La conjunción de síntomas limita y discapacita para el funcionamiento cotidiano.



### **Trastornos por déficits de atención y comportamiento perturbador**

Los niños afectados por déficits de atención y comportamiento perturbador experimentan dificultades para concentrarse en una sola actividad y suelen comenzar una nueva sin finalizar la anterior. Por tanto, estos niños presentan dificultades de concentración e impulsividad, siendo incapaces de resolver problemas.

Los trastornos más comunes de este grupo son los siguientes:

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): el TDAH es un trastorno de conducta que aparece en la infancia. Se manifiesta como un aumento de la actividad física, impulsividad y dificultad para mantener la atención en una actividad durante un periodo de tiempo continuado.
- Trastorno por déficit de atención no especificado: este grupo incluye los trastornos de déficit de atención que no llevan asociados síntomas de hiperactividad.
- Trastorno disocial: los pacientes con esta patología se caracterizan por mostrar un patrón de comportamiento persistente y repetitivo basado en el incumplimiento de las normas sociales establecidas y en la vulneración de los derechos básicos de las personas.
- Trastorno negativista desafiante: esta patología es un trastorno del comportamiento que se caracteriza por presentar un comportamiento del paciente no cooperativo, desafiante, negativo, irritable y enojado hacia las personas del entorno, especialmente hacia las figuras de autoridad.
- Trastorno de comportamiento perturbador no especificado: en este grupo se engloban todos los casos que no cumplen los criterios específicos para clasificarse en alguno de los trastornos previamente mencionados.

### **Trastornos de la ingestión y conducta alimentaria de la infancia o niñez**

Los trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez se caracterizan por alteraciones persistentes de la alimentación y la ingestión alimentaria propiamente dichas. En esta tipología de trastornos se engloban las siguientes patologías:

- Pica: el síndrome de pica o alitriofagia es un trastorno caracterizado por el deseo irresistible de comer o lamer sustancias no nutritivas y poco usuales, tales como pasta dental, colillas de cigarro, barro, pelo, etc.
- Trastorno de rumiación: la rumiación consiste en la regurgitación de la comida ingerida para ser posteriormente masticados y tragados de nuevo. Esta patología suele presentarse en niños de temprana edad, y tiene mayor frecuencia en niños que padecen retraso mental.
- Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o niñez: este trastorno se manifiesta de diversas formas: comer de forma inadecuada, ingestión de una variedad limitada de alimentos, problemas de conducta durante las comidas, etc. Es importante verificar que estos problemas no son debidos a una enfermedad gastrointestinal u otra patología asociada.
- Trastorno por atracón: este trastorno se caracteriza por la ingesta de un exceso de comida del paciente doce veces en un periodo de tres meses.

### **Trastornos por tics**

Las principales manifestaciones de estos trastornos se caracterizan por la presencia de tics vocales o motores. Las patologías concretas englobadas en este grupo son las siguientes:

- Trastorno de la Tourette: es un trastorno neurológico caracterizado por movimientos repetitivos, estereotipados e involuntarios y

la emisión de sonidos vocales llamados tics. Este trastorno provoca impacto en la vida social, laboral y en otras áreas importantes de la actividad del individuo.

- Trastorno de tics motores o vocales crónicos: este trastorno consiste en arrebatos verbales o movimientos rápidos e incontrolables. Los principales síntomas son un parpadeo excesivo, gestos faciales, movimientos rápidos de brazos, piernas u otras áreas o la realización de diversos sonidos.
- Trastorno de tics transitorios: el trastorno del tic transitorio es similar al anteriormente descrito, a excepción de que se presenta como una afección temporal. Estos tics pueden involucrar movimientos que ocurren repetidamente y sin ritmo, y de forma incontrolable: parpadear, apretar los puños, hacer muecas, patear, etc.
- Trastorno de tics no especificado: este grupo engloba aquellos trastornos de tics que no cumplen los criterios específicos para ser clasificados en alguno de los apartados anteriores.

### **Trastornos de la eliminación**

Los trastornos de la eliminación, incluidos tradicionalmente dentro de los trastornos psiquiátricos, consisten en la incapacidad para controlar de forma voluntaria la emisión de orina o de las heces.

En este grupo se recogen las siguientes patologías:

- Encopresis: los pacientes con esta patología se caracterizan por la evacuación repetida de heces en lugares inadecuados, tanto de forma voluntaria e involuntaria. La encopresis puede ser tanto retentiva (asociada al estreñimiento) como no retentiva (sin estreñimiento, las heces son de consistencia normal).
- Enuresis: de forma similar a la encopresis, es la emisión repetida de orina en la cama o ropa, tanto de forma voluntaria como in-

voluntaria. La enuresis puede ser nocturna (micción involuntaria durante el sueño) o diurna (pérdida involuntaria de orina mientras el paciente está despierto). También puede darse el caso de presentarse ambas tipologías.

### **Otros trastornos de la infancia, niñez o adolescencia**

En este grupo se recogen otros trastornos mentales que pueden presentar pacientes infantiles y juveniles:

- Trastorno de ansiedad por separación: el trastorno de ansiedad por separación es el único trastorno reconocido como específico de la infancia y la adolescencia, pues los pacientes deben debutar antes de los 18 años de edad. Esta patología se caracteriza por una ansiedad excesiva debida a la separación del hogar o de las personas que en él habitan y a las que el paciente está vinculado (principalmente, los padres).
- Mutismo selectivo: los pacientes que presentan esta patología se caracterizan por dejar de hablar en algunos contextos o ambientes (generalmente, en contextos sociales y en la escuela). El paciente tiene la capacidad de entender y hablar, solo que es incapaz de hacerlo en algunos contextos.
- Trastorno reactivo a la vinculación de la infancia o la niñez: este trastorno es debido principalmente por un descuido de las necesidades emocionales y físicas básicas del niño, particularmente en las etapas iniciales del desarrollo. El maltrato o los descuidos son referidos principalmente a los lazos emocionales con los cuidadores, el alimento, la seguridad física o el contacto.
- Trastorno de movimientos estereotipados: este trastorno se caracteriza por la presencia de movimientos repetitivos y no funcionales, que pueden autolesivos (bofetadas,

morderse las manos, etc.) o no autolesivos (balanceo corporal, de la cabeza, etc.).

- Trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado: en este grupo se engloban todos los trastornos que no cumplen los criterios específicos para ser recogidos en alguna de las categorías previamente mencionadas.

### **Trastornos mentales debidos a enfermedad médica**

La patología englobada en este grupo es el cambio de la personalidad debido a una enfermedad médica. Consiste en una alteración mantenida en el tiempo de la personalidad respecto a las características previas del paciente, ocasionada por una enfermedad médica. Esta alteración se expresa en niños como una alteración acusada del desarrollo normal o por un cambio significativo en el patrón de comportamiento.

### **Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos**

Los trastornos englobados en este grupo son los siguientes:

- Esquizofrenia: la esquizofrenia es un trastorno mental complejo que dificulta establecer la diferencia entre la realidad y la irrealidad, pensar de manera clara, presentar respuestas emocionales normales, o actuar normalmente en un contexto social. Los síntomas característicos son, entre otros, ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico, etc.
- Trastorno esquizofreniforme: este trastorno, muy similar a la esquizofrenia, es de menor duración (entre 1 y 6 meses de duración) y no suele presentar deterioro de la actividad social (aunque puede haberlo).
- Trastorno esquizoafectivo: este trastorno es una afección mental que presenta en el paciente tanto psicosis (pérdida de contacto con la realidad) como problemas anímicos,

pudiendo presentarse estos de forma simultánea o de forma independiente. Entre otros, los síntomas asociados son cambios en el apetito, discurso desorganizado, problemas de sueño, aislamiento social, etc.

- Trastorno delirante: la principal característica del trastorno delirante es presencia de al menos una idea delirante persistente no extraña (que pueden ocurrir en la vida real). Esto puede relacionarse con alucinaciones táctiles u olfatorias.

### **Trastornos del estado de ánimo**

Los trastornos del estado de ánimo afectan al estado emocional diario de la persona, no únicamente de forma ocasional. En un trastorno del estado de ánimo, el paciente pierde la sensación de control sobre su ánimo.

Las patologías englobadas en este grupo de trastornos son las siguientes:

- Trastorno bipolar: el trastorno bipolar es una enfermedad mental caracterizada por los repentinos e inusuales cambios de humor del paciente. Estos estados de ánimo alternan entre la manía (estado de euforia y de animación) y la depresión (asociada a una mucho menor actividad). Por tanto, el paciente alterna entre la alegría y la tristeza de una forma más extrema que el resto de personas.
- Episodio depresivo mayor: se caracteriza principalmente por presentarse un estado de ánimo deprimido o irritable relativamente continuado (al menos dos semanas). Esta patología presenta otra sintomatología asociada, como puede ser falta de energía, pérdida de apetito, dificultad para pensar o tomar decisiones, sentimientos de infravaloración, etc.
- Trastorno depresivo mayor: este trastorno se manifiesta en una serie de síntomas que afectan a la capacidad de estudiar, dormir, comer y realizar actividades que previamente resultaban placenteras para el paciente.

Normalmente, este trastorno se presenta con un estado de ánimo triste, irritable o disfórico de forma continuada, o con una disminución considerable de la capacidad de disfrutar de actividades, o mostrar interés o satisfacción en ellas. Existen dos categorías asociadas a este trastorno: desorden del comportamiento suicida y autolesión no suicida.

- Trastorno distímico: el trastorno distímico es un tipo de depresión de elevada duración (al menos dos años) asociada a afecciones leves o moderadas. Los síntomas principales de este trastorno son la falta o exceso de apetito, trastornos del sueño (falta o exceso de sueño) y falta de energía.
- Trastorno ciclotímico: esta patología es una forma leve del trastorno bipolar, y se caracteriza por variaciones en el estado de ánimo del paciente durante un periodo prolongado. Estas variaciones oscilan entre la depresión leve y la euforia emocional. En esta patología no se cumplen los criterios de un episodio depresivo mayor.
- Trastorno del estado de ánimo disruptivo y no regulado: este trastorno se define como rabietas y enfados repetitivos no proporcionales al nivel madurativo de la persona o a la situación. Pueden aparecer agresiones o insultos durante las rabietas y debe haber estado de ánimo irritable o enfadado la mayoría del tiempo entre rabietas debe ocurrir mínimo unas tres veces por semana.

### **Trastornos de ansiedad**

Los trastornos de ansiedad engloban una serie de patologías que presentan diferentes síntomas, pero todos ellos se agrupan alrededor de un temor o pavor irracional y excesivo. Los trastornos de ansiedad se presentan normalmente junto con otros trastornos mentales, lo que puede enmascarar los síntomas de ansiedad o empeorarlos.

Las patologías englobadas en este grupo de trastornos son las siguientes:

- Trastorno de angustia: un paciente con trastorno de angustia sufre episodios súbitos de miedo intenso no justificados, denominados crisis de angustia. Estas crisis suelen ir acompañadas de síntomas físicos (palpitaciones, sudoración, dolor en el pecho, temblor, etc.). Los trastornos de angustia pueden ser con agorafobia o sin agorafobia.
- Fobia específica: una fobia específica es un miedo persistente e irracional a un determinado objeto, animal, actividad o situación que ofrece poco o ningún peligro real. La exposición a este estímulo implica una respuesta inmediata de ansiedad.
- Fobia social: la fobia social es un tipo de fobia caracterizado por presentar una respuesta de ansiedad y miedo al enfrentarse a ciertas situaciones sociales, o a la interacción con otras personas. Una característica específica de la fobia social es la respuesta previa a los hechos que van a ocurrir, denominada ansiedad anticipatoria.
- Trastorno por estrés agudo: los pacientes con un trastorno por estrés agudo presentan un conjunto de síntomas de ansiedad justo después de la exposición a un acontecimiento altamente traumático. A diferencia del trastorno por estrés postraumático, los síntomas se manifiestan durante el primer mes tras el acontecimiento y tienen una duración máxima de cuatro semanas.
- Trastorno de ansiedad generalizada: esta patología se manifiesta como una ansiedad y preocupación excesivas sobre un gran abanico de acontecimientos o actividades, con una duración superior a los seis meses.
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica: este trastorno es una patología secundaria a los efectos fisiológicos producidos por una enfermedad médica. Los principales síntomas son una ansiedad prominente y generalizada, crisis de angustia y obsesiones y compulsiones.

### **Trastornos obsesivos compulsivos**

Este grupo de patologías presentan como característica común los elevados niveles de ansiedad que padece la persona, generalmente en solitario, debido a la aparición de obsesiones y compulsiones, porque la persona con TOC suele esconder su problema a los demás.

- Trastorno obsesivo-compulsivo: este trastorno, como su propio nombre indica, se caracteriza por la presencia de obsesiones (pensamientos o impulsos recurrentes y persistentes que invaden la conciencia) y compulsiones (conductas repetitivas que se realizan según determinadas reglas de forma estereotipadas) que provocan pérdidas de tiempo significativas.
- Tricotilomanía: la característica esencial de la tricotilomanía es la necesidad irresistible de tirar y arrancar el pelo del cuero cabelludo, así como de otras partes del cuerpo (como por ejemplo, las cejas). Este trastorno da lugar a una pérdida perceptible de pelo. La mayor incidencia de la patología se da entre los 5-8 años y los 13 años.
- Trastorno por acaparamiento (acumulación): este trastorno se presenta como una dificultad persistente de desprenderse de objetos, independientemente de su valor.
- Síndrome de excoiación: esta condición se caracteriza por el pellizcado crónico y rascado de la piel que puede causar heridas y costras, y es diagnosticado cuando los comportamientos no están asociados con otro trastorno.

### **Trastornos relacionados con traumas o eventos estresantes**

Este grupo de trastornos se caracterizan por manifestarse tras la aparición de un trauma o un evento estresante que ha sido sufrido por el paciente. Las patologías que se engloban en este apartado son las siguientes:

- Trastorno por estrés postraumático: este trastorno se manifiesta tras la aparición de un trauma y consta de cuatro grupos de síntomas, definidos para su diagnóstico: re-experimentación, hiperactivación, evitación y "alteraciones negativas persistentes en las cogniciones y el estado de ánimo".
- Trastorno del comportamiento social desinhibido: este trastorno es causado por negligencias en el cuidado del niño, privación afectiva o cambios que impiden el desarrollo de un apego normal (por ejemplo casas de acogida). Se entiende como una excesiva proximidad a desconocidos, ser demasiado cercanos o familiares, buscar contacto excesivo no propio de la relación de familiaridad con esa persona, además no suelen buscar la figura de seguridad cuando están en ambientes desconocidos.

### **Trastornos somatomorfos**

Los trastornos somatomorfos son un conjunto de patologías en las cuales los pacientes refieren síntomas físicos, pero niegan la existencia de trastornos mentales. Coloquialmente los trastornos somatomorfos son denominados trastornos psicósomáticos.

Los síntomas referidos por los pacientes no pueden ser explicados por ninguna patología orgánica subyacente.

El grupo de trastornos somatomorfos engloba las siguientes patologías:

- Trastorno de conversión: esta patología es una afección psiquiátrica en la cual el paciente presenta una afección de origen neurológico (ceguera, parálisis, etc.) que no pueden ser explicados tras una valoración médica. Es muy rara la aparición de la patología antes de los 10 años.
- Trastorno por dolor: en un trastorno por dolor, el paciente sufre un dolor tan intenso localizado en una o varias partes de su cuerpo que afecta a su vida diaria. No obstante, este

dolor no tiene ninguna base física. El dolor sufrido es real, no es creado ni fingido.

- Trastorno por ansiedad a la enfermedad: un paciente que sufre esta patología cree que los síntomas físicos que padece se corresponden con una enfermedad grave, aunque estos síntomas no tengan una base médica que lo respalde. Las personas con este trastorno son incapaces de controlar sus miedos y preocupaciones.

### **Trastornos disociativos**

Estos trastornos se encuentran basados en una alteración de funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno, o la pérdida total o completa de la integración normal entre ciertos recuerdos del pasado, la conciencia de la propia identidad, ciertas sensaciones inmediatas y el control de los movimientos corporales.

Las patologías que engloban los trastornos disociativos son las siguientes:

- Amnesia disociativa: la amnesia disociativa también es conocida como amnesia psicógena o funcional y es un trastorno disociativo, en el que el paciente es incapaz de recordar un suceso debido al alto estrés que le origina la situación. Es, por tanto, el olvido de sucesos traumáticos. En el colectivo infantil es difícil de diagnosticar, ya que puede confundirse con otras patologías con similares síntomas.
- Trastorno de identidad disociativo: este trastorno, también denominado trastorno de personalidad múltiple, consiste en la presencia de dos o más personalidades o identidades independientes. Estas personalidades controlan de forma recurrente el comportamiento del individuo. El paciente no es capaz de recordar sucesos que hayan ocurrido cuando otra personalidad poseía el control del cuerpo.

- Trastorno de despersonalización: este trastorno se caracteriza por el sentimiento persistente del paciente de estar separado del propio cuerpo o de sus procesos mentales. Por tanto, el paciente se convierte en un observador externo de sí mismo. Los episodios de despersonalización aparecen en el transcurso de otros trastornos mentales.

### **Trastornos del sueño**

Estos trastornos, como su propio nombre indica, son problemas relacionados con el sueño, tanto para conciliar el sueño o mantenerse despierto, como permanecer dormido, quedarse dormido en lugares y momentos inapropiados o presentar conductas anormales durante el sueño.

Las patologías englobadas en este grupo de trastornos son las siguientes:

- Insomnio primario: el insomnio es la dificultad tanto para conciliar el sueño como mantenerse dormido, o bien para tener un sueño reparador. Normalmente no se presenta en el periodo infantil y juvenil, pero de forma excepcional pueden presentarse casos. El insomnio primario puede ser episódico (aparece y desaparece), de corto plazo (con una duración de pocas semanas) o crónico (de larga duración).
- Trastorno del sueño relacionado con la respiración: este trastorno se caracteriza por una destrucción del sueño, derivando tanto en una excesiva somnolencia como en insomnio. Ambos síntomas son considerados secundarios a las alteraciones de la ventilación durante el sueño. Esta patología progresa gradualmente hasta cronificarse.
- Pesadillas: las pesadillas son despertares repetidos provocados por sueños extremadamente terroríficos y prolongados y que se centran en amenazas para la supervivencia del paciente, su seguridad o su autoestima. Las pesadillas suelen aparecer entre los 3 y 6 años, y son superados con la edad.

- Terrores nocturnos: los terrores nocturnos son un trastorno del sueño en el que el paciente se despierta de forma repentina de su sueño en un estado aterrizado. Estos despertares suelen producirse durante las primeras horas de sueño. Al contrario que las pesadillas, el paciente no tienen un recuerdo o justificación para su estado.
- Sonambulismo: este trastorno cursa con la realización de actividades o caminar mientras el paciente se encuentran todavía dormido. Aunque no se conocen las causas del sonambulismo, en niños está relacionado con la fatiga, la falta de sueño y la ansiedad.
- Trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental: la característica esencial de estos trastornos es la presencia de insomnio o hipersomnia de carácter temporal y asociado a otro trastorno mental.
- Trastornos del sueño debido a enfermedad médica: son alteraciones del sueño del paciente derivadas de los efectos fisiológicos de otra patología padecida.

### ***Trastornos del control de los impulsos (no clasificados anteriormente)***

Este grupo de trastornos se caracteriza esencialmente por el fracaso en reprimir el impulso para realizar ciertas tareas o actividades que pueden ser perjudiciales tanto para el propio paciente como para su entorno. En el momento de realizar la actividad, el paciente siente gusto y satisfacción, aunque posteriormente pueden manifestarse sentimiento de culpa o pena.

Las patologías englobadas en este grupo de trastornos son las siguientes:

- Piromanía: la piromanía se caracteriza por la presencia de múltiples episodios de provocación de incendios de forma voluntaria e intencionada. Previamente a estos episodios, el paciente experimenta activación emocional. Generalmente, un pirómano tie-

ne una fascinación por el fuego, sus contextos y sus consecuencias.

- Trastornos adaptativos: la característica esencial de los trastornos adaptativos es el desarrollo de síntomas emocionales o de comportamiento en respuesta a un estresante psicosocial identificable. El estresante puede ser simple o complejo, y puede ser recurrente o continuo. Los subtipos definidos son: con estado de ánimo depresivo; con ansiedad; mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo; con trastorno de comportamiento; con alteración mixta de las emociones y el comportamiento; y no específico.





## ANEXO IV. Mejores prácticas a nivel internacional en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente

En el presente anexo se describen las principales iniciativas o mejores prácticas promovidas por los países para impulsar el ámbito de la Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Las dos iniciativas destacadas son las implantadas en Reino Unido y Canadá.

### Reino Unido

La iniciativa implantada por el NHS en el Reino Unido son los llamados CAMHS (Child and Adolescent Mental Health Services), especializados en la prestación de ayuda y tratamiento para niños y jóvenes hasta la edad de 18 años con problemas de salud emocional, de comportamiento y mentales.

Los tipos de problemas en los que los CAMHS centran sus esfuerzos son el comportamiento violento o enojado, depresión, dificultades de alimentación, baja autoestima, ansiedad, obsesiones o compulsiones, problemas de sueño, comportamiento autodestructivo y los efectos del abuso o eventos traumáticos. Los CAMHS también pueden diagnosticar y tratar problemas otros trastornos mentales, como el trastorno bipolar y la esquizofrenia.

Los perfiles profesionales presentes en los CAMHS son psicólogos, psicoterapeutas, terapeutas familiares, psiquiatras infantiles o de adolescentes, enfermeras y trabajadores sociales.

Existen diferentes maneras de acceder a los CAMHS. La más común es a través del pediatra o médico de familia del niño o adolescente, aunque cabe la derivación por parte de los maestros y otro personal escolar, las enfermeras escolares, los tra-

bajadores sociales y los servicios de asesoramiento para jóvenes.

A modo resumen, se recoge a continuación una breve cronología de la política de los CAMHS en el Reino Unido:

- Año 2000: El Programa del Plan de Implementación del NHS (National Health Service) incluía el requisito de que las autoridades sanitarias y locales trabajaran conjuntamente para producir una estrategia local de CAMHS.
- Año 2008: El primer Children's Plan fue publicado y la Iniciativa ThinkFamily se puso en marcha. Se establecieron las primeras Guías enfocadas a Salud Mental en las Escuelas (TaMHS) y se publicó el Programa de Promoción de la Salud del Niño. En noviembre de ese mismo año se publicó la Revisión de los CAMHS (un examen independiente que incluyó una serie de recomendaciones para la acción a nivel nacional, regional y local).
- Año 2010: El Consejo Nacional Asesor de Salud Mental de la Infancia y el Bienestar Psicológico publicó un informe exponiendo cómo implantarían las recomendaciones de la Revisión de los CAMHS.
- Año 2011: En febrero el Gobierno publicó la Estrategia de Salud Mental - No Health Without Mental Health: a Cross-Government Outcomes Strategy for People of All Ages.

Dentro de la iniciativa de los CAMHS se incluye una unidad docente de la University College of London llamada CAMHS EPBPU (CAMHS Evidence

Based Practice Unit), que promueve la práctica basada en los resultados y la evidencia. Fundada en enero de 2006, la CAMHS EBPU, de la University College of London en colaboración con el Anna Freud Center, tiene como objetivo desarrollar y difundir información sobre las últimas investigaciones en relación a la ayuda a niños y jóvenes con dificultades emocionales y de comportamiento, y sus familias.

La CAMHS EBPU busca promover activamente la práctica basada en resultados y en la evidencia informada. Esto implica asesorar a profesionales de salud mental del niño sobre los puntos fuertes y las limitaciones de la base de pruebas y sobre cómo utilizar la evaluación rutinaria de los resultados para reflexionar y mejorar la práctica.

La Estrategia de Salud Mental del Gobierno del Reino Unido también hace hincapié en la crucial importancia de la detección e intervención temprana en los problemas emergentes de salud emocional y mental de los niños y jóvenes.

La iniciativa para cubrir esta necesidad detectada es el proyecto BOND (Better Outcomes, New Delivery), que incluye las siguientes actividades:

- Recopilación e intercambio de ejemplos de las mejores prácticas.
- Trabajo intenso con las VCSO en cinco áreas piloto en todo el país para desarrollar herramientas y métodos prácticos para fortalecer la capacidad para prestar servicios de salud mental a niños y jóvenes.
- Aprendizaje de los programas pilotos a nivel nacional, a través de la capacitación y el intercambio de información.

El Programa es impartido por el Consorcio BOND, dirigido por Young Minds (la principal organización benéfica del Reino Unido dedicada a mejorar el bienestar emocional y la salud mental de los niños y jóvenes) e integrado por organizaciones nacionales y personas de reconocida experiencia y sólida trayectoria en la salud mental de niños y jóvenes.

## Canadá

El Gobierno Canadiense reconoce que al igual que debería ser para el resto de países desarrollados la salud mental es una prioridad en el sistema sanitario. Lo hace en base a datos que son extrapolables a otros países:

- El 20% de canadienses sufrirá una enfermedad mental en su vida.
- La depresión afecta al 8% de la población.
- La esquizofrenia afecta al 1% de la población.
- El 70% de los problemas de salud mental y las enfermedades tienen su inicio en la infancia o en la adolescencia.
- Los jóvenes de 15-24 años de edad son más propensos a sufrir trastornos de enfermedad mental que cualquier otro grupo de edad.

En Canadá se consideró que muchas soluciones calificadas como eficaces sólo se aplicaban en los ámbitos académicos en los que se desarrollaban, sin llegar a los profesionales de la salud, los que realmente las necesitan en primera línea de la atención de salud.

Para cubrir esta brecha entre la evidencia de la investigación y la práctica de la salud mental, el Gobierno de Canadá, a través del Instituto Canadiense de Investigación en Salud (CIHR), y la Fundación Graham Boeckh (GBF) se asociaron en 2012 para crear una red orientada al paciente.

Esta Red se encarga de coordinar la participación de los pacientes (jóvenes y adolescentes entre 11 y 25 años de edad), las familias, los responsables políticos, profesionales de la salud, investigadores y otras partes interesadas y de asegurarse de que los resultados de la investigación basada en la evidencia tienen aplicación efectiva en todo Canadá, en una amplia gama de contextos, para lograr el éxito a escala nacional.

Tal y como indica su presidente, el Dr. Alain Beaudet, la Red utiliza los datos de investigación para desarrollar e implementar prácticas innovadoras, políticas y programas. El resultado es un sistema más rentable que produce mejores resultados de salud para los canadienses.

Los objetivos específicos de la Red son los siguientes:

- Llevar a cabo investigaciones sobre medidas ya identificadas como eficaces, en distintos entornos y en muestras de población mayores que las ya investigadas, para demostrar su impacto en la salud mental del paciente.
- Desarrollar nuevos métodos para implementar prácticas, políticas y programas basados en la evidencia y demostrar cómo se pueden mejorar los resultados y la satisfacción del paciente, el acceso a la atención y la eficiencia y el valor para el sistema de salud.
- Llevar a cabo la investigación con numerosos investigadores y centros vinculados a nivel nacional dentro de la Red para generar evidencia e innovaciones que impulsen cambios en las prácticas y políticas, que conduzcan a mejoras identificables y medibles en la salud, la atención y la eficiencia y eficacia de la prestación de servicios de salud a los pacientes.
- Asegurarse de que estos tres primeros objetivos son claros, medibles y de alto impacto.

La Red articula para ello un conjunto de hitos concretos y detallados.

Adicionalmente, en Canadá se han implantado dos programas de transición de pacientes infantiles y juveniles con enfermedades crónicas que pasan a la atención sanitaria de adultos. Gracias a estos Programas se garantiza la correcta asistencia de estos pacientes que alcanzan los 18 años, entre los que se encuentran los relacionados con la Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Por tanto, es un sistema de asistencia sanitaria que permite la continuidad de cuidados de estas personas desde el momento del diagnóstico y a lo largo de toda su vida.

Estos dos Programas son los implantados en Toronto y Vancouver:

- Toronto SickKids ‘Good2Go’ model, Toronto, Canadá.
- British Columbia Children’s hospital, ON TRAC, Vancouver, Canadá.

Las principales características que rigen ambos programas se indican a continuación:

Aspecto analizado	Toronto SickKids ‘Good2Go’ model, Toronto, Canadá	British Columbia Children’s hospital, ON TRAC, Vancouver, Canadá
Proceso de transición	General y específico de ciertas patologías.	General
Fases de las que consta el modelo de transición	12-15 años: Fase inicial 16-18 años: Fase de transición	10-12 años: Fase inicial 13-15 años: Fase intermedia 16-18 años: Fase de transición
Áreas claves a desarrollar para crear un marco necesario para una transición con éxito	-Información básica sobre el sida -Educación sexual	-Autoestima -Defensa propia -Autonomía personal y médica -Educación sexual -Salud y estilo de vida -Apoyo social
Comunicación entre los pediatras y los médicos de adultos	Modelo colaborativo que consta de sesiones clínicas entre pediatras y médicos de adultos	Sí, se proponen visitas previas al servicio de adultos para que esta comunicación sea efectiva
Existencia de un mentor para cada joven	En el servicio médico de adultos existe una persona encargada de cada joven para facilitar su integración al sistema	No

Aspecto analizado	Toronto SickKids 'Good2Go' model, Toronto, Canadá	British Columbia Children's hospital, ON TRAC, Vancouver, Canadá
Registro de asistencia sanitaria	No	Registro de la asistencia sanitaria que los jóvenes reciben durante toda la época pediátrica. Este registro es usado para la transferencia de información entre el pediatra y el médico de adultos. Ésta será de suma importancia en el momento de la transición para que el médico de adultos reciba todos los datos necesarios
Pasaporte médico	Es una herramienta que tiene disponibles tanto: -1 modelo genérico -20 distintos modelos según condición médica Este provee de la información individualizada de cada paciente para que puedan llevarla siempre en la cartera en forma de carné para cualquier momento que puedan necesitarla	Es una herramienta que provee a los jóvenes con un resumen de su historial médico de tamaño de bolsillo y con una versión electrónica que está disponible en la red en todo momento y puede descargarse en el teléfono móvil
Grupos de apoyo disponibles	Sí En el centro pediátrico, grupos de apoyo psico-educacional tanto para jóvenes como para los padres Tardes de mentoring en el centro de adultos y tours por el hospital	Sí
Desarrollo profesional del personal médico	Medidas ya aprobadas pero aún no implantadas: Seminarios de entrenamiento al personal médico tanto en el pediátrico como en el centro de adultos donde se abordaran temas como: -Cómo facilitar la transición efectiva -Motivar la autogestión -Diferencias de los servicios ofrecidos en los distintos centros -Mejores prácticas identificadas -Cuidados de calidad durante las transiciones	Se identifica como una medida imprescindible en el proceso de transición, pero aún no está implantado ningún desarrollo profesional en particular
Procedimiento	Procedimiento del Proceso de Transición establecido en el centro tanto general como específico por enfermedades	Procedimiento del Proceso de Transición establecido en el centro (accesible bajo compra)

Uno de los principales impulsores de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en Canadá es el Dr. Stan Kutcher, que junto con su equipo trabaja en la creación y desarrollo de iniciativas cien-

tíficas a nivel nacional e internacional, así como de los programas educativos y clínicos mediante la colaboración con los proveedores de atención a la salud, los responsables políticos, las escuelas,

la comunidad empresarial, las organizaciones sin ánimo de lucro y la sociedad en general.

Este equipo de trabajo ha puesto en marcha una iniciativa para el abordaje y tratamiento de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en Canadá, el Critically Evaluating School Mental Health (CESMH). Éste es un proyecto on-line basado en la mejor evidencia que proporciona la síntesis y la evaluación de los programas escolares de prevención y promoción de la salud mental para los educadores de todo Canadá, de forma que sirva para ayudarles en la selección de programas de salud mental que mejor pueden aplicar e implementar en las escuelas.

Cada uno de los programas propuestos es evaluado utilizando un proceso de revisión crítica y sistemática utilizando metodologías Cochrane, con el fin de evaluar la calidad de las evidencias de la información científica disponible. Este sistema clasifica los programas en seis niveles de evidencia de la efectividad y en tres niveles de preparación para la difusión, utilizando rigurosos elementos científicos.

Actualmente, este sistema ha desarrollado dos proyectos piloto: Signos de Suicidio (SOS) y el Programa de Prevención del suicidio "Yellow Ribbon". La puesta en marcha de estos programas ha detectado una falta de evidencia sobre la eficacia del SOS y los programas de prevención del suicidio "Yellow Ribbon" en la disminución de las tasas de suicidio. Por otra parte, no hay estudios disponibles para investigar la relación coste-eficacia o la seguridad de ambos programas previamente mencionados.



## ANEXO V. Principales iniciativas de formación en Psiquiatría del Niño y el Adolescente

La formación específica en Psiquiatría del Niño y el Adolescente se encuentra bastante atomizada, y en numerosas ocasiones esas iniciativas son posibles gracias a los intereses particulares y el impulso de los propios profesionales.

En este sentido, principalmente a nivel de postgrado, diversas unidades y entidades académicas ofrecen una oferta formativa específica en este campo de conocimiento. De esta forma, a continuación se muestran varias de estos programas de formación de nuevos profesionales en el campo de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

### ***Máster en formación en Paidopsiquiatría y Psicología de la Infancia y de la Adolescencia, de la Universitat Autònoma de Barcelona***

El máster de formación en paidopsiquiatría y psicología de la infancia y la adolescencia tiene como finalidad formar profesionales de la medicina y de la psicología en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento psicológico de los problemas de los niños, los adolescentes y sus familias.

La psiquiatría infantil y juvenil es, en casi todos los países de la Comunidad Económica Europea, una especialidad reconocida y que implica tanto la existencia de cátedras como de cursos de especialidad y al mismo tiempo planes específicos de asistencia sanitaria. Esto se debe a las características biológicas evolutivas de la organización mental, tanto en el aspecto de la adaptación como en el del aprendizaje.

También la organización familiar y social en general en torno a la patología del niño y el adolescente imprime el ejercicio de esta especialidad

de unas características bien definidas y diferenciales.

Los objetivos de este máster son los siguientes:

- Dar a conocer la teoría de los apartados de la valoración diagnóstica, clínica y terapéutica, y de la paidopsiquiatría comunitaria y forense.
- Entender y saber utilizar la terminología psicopatológica así como el uso de los manuales diagnósticos de uso actual (criterios diagnósticos).
- Conocer las principales manifestaciones clínicas de los trastornos psiquiátricos y psicológicos que afectan a niños y adolescentes.
- Saber llevar a cabo entrevistas clínicas y estudios de valoración diagnóstica.
- Adquirir conocimientos de planificación de estrategias terapéuticas y la aplicación de las mismas.
- Hacer prácticas en los apartados mencionados anteriormente.
- Conseguir que el alumno adquiera una formación teórico-práctica en contacto con el paciente y monitorizado por un tutor.

### ***Máster propio en Psiquiatría y Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia, de la Universitat de Barcelona***

Este máster, de 120 créditos y 2 años de duración, tiene como principal objetivo adquirir una formación en psiquiatría y psicología clínica de niños y adolescentes mediante el trabajo en un

equipo multidisciplinar de orientación cognitivo-conductual y biológica, que incluye prácticas de evaluación e intervención terapéutica en régimen de hospitalización completa, en hospital de día o en ambulatorio.

Los principales destinatarios a los que va dirigido el máster son licenciados en psicología o medicina, y para poder acceder al mismo se realizarán pruebas de preselección y entrevistas personales.

***Máster Universitario en Psicoterapia Breve, promovido por la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia (SEMPyP)***

La SEMPyP alcanzó un acuerdo con la Universidad San Jorge para acreditar el Máster Universitario en Psicoterapia Breve, promovido por esta Sociedad. Este máster se compone de tres cursos obligatorios y tres cursos optativos, a elegir entre cinco propuestas. Una de estas propuestas es el curso de experto en Psicoterapia Breve con Niños y Adolescentes.

De esta manera, los alumnos que hayan cursado los Expertos Universitarios previstos en el vigente plan de estudios pueden tener acceso, previa la realización de un trabajo Fin de Máster tutorizado por los profesores del mismo, a esta titulación universitaria.

Por el mismo acuerdo, se abre un periodo durante el que los alumnos Expertos no universitarios también pueden acceder a la convalidación del Máster.

***Máster en Clínica Psicoanalítica con Niños y Adolescentes, de la Universitat de Barcelona***

El Máster en Clínica Psicoanalítica con Niños/as y Adolescentes ofrece una formación integral, rigurosa y amplia dentro del ámbito psicoanalítico y sus diversas corrientes de pensamiento. Está creado e impartido por profesores de la Escuela de Clínica Psicoanalítica con Niños y Adolescentes, asociación sin ánimo de lucro que desde septiembre de 1992 es miembro fundador de la

Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP). Desde el año 2002, la Escuela ofrece el Máster en Clínica Psicoanalítica con Niños y Adolescentes.

Con el objetivo de establecer las bases de la psicoterapia psicoanalítica en la infancia y la adolescencia, así como de facilitar el abordaje psicoanalítico del síntoma y de los trastornos mentales que afectan al niño y al adolescente para obtener una correcta orientación terapéutica, el máster se estructura en dos áreas, una teórica y otra clínica, constantemente interrelacionadas. Incluye seminarios de profundización, sesiones clínicas, espacios de prácticas y supervisión de casos clínicos y favorece el recorrido por las diversas corrientes del pensamiento psicoanalítico.

Los objetivos de este máster son los siguientes:

- Conocer el enfoque estructural y los principales principios y mecanismos de la estructuración del aparato psíquico en la infancia.
- Dominar los fundamentos de la psicopatología psicoanalítica, comprender el síntoma según el psicoanálisis y alcanzar los principales postulados de la metapsicología freudiana a partir del estudio y el análisis de la teoría de las pulsiones y la sexualidad infantil.
- Conocer el proceso de diagnóstico psicoanalítico a partir de entrevistas, de la interpretación del juego y del dibujo, de técnicas proyectivas y del trabajo con los padres.
- Saber aplicar los fundamentos teóricos brindados en la vertiente práctica: observar y lograr una mirada clínica en los centros donde se realicen las prácticas, abstraer lo más relevante de los casos observados/trabajados, aprender la dinámica profesional, comprender las líneas de actuación y los modelos terapéuticos de los diversos profesionales que expongan las sesiones clínicas.



***Máster interuniversitario en Iniciación a la Investigación en Salud Mental, promovido por la Universidad de Cantabria, la Universitat Autònoma de Barcelona, la Universidad Complutense de Madrid, la Universitat de Barcelona, la Universidad de Cádiz y la Universidad del País Vasco***

Este Máster pretende dar a conocer a los/las alumnos/as las herramientas básicas que permiten generar un profundo conocimiento científico de la salud mental. Los contenidos abarcan los factores genéticos, fisiopatológicos y ambientales de las enfermedades mentales transmitidos de forma muy especializada y contemplando desde la formulación de hipótesis, hasta el diseño de los estudios y análisis estadísticos más pertinentes para cada determinado problema de salud, la elaboración de protocolos de investigación para los estudios y, por tanto, las implicaciones éticas, así como la publicación de resultados.

Los objetivos generales planteados en este máster son los siguientes:

- Profundizar en el conocimiento exhaustivo y meticuloso en el campo de estudio de la salud mental.
- Lograr que los/las alumnos/as desarrollen un análisis crítico del conocimiento y herramientas existentes, su aplicabilidad y límites, así como perseguir un aprendizaje continuado y autónomo a lo largo de su vida.
- Facilitar, dentro de la labor investigadora, la comprensión de la relevancia que los principios fundamentales del funcionamiento del sistema nervioso presentan para determinar los diversos aspectos de la salud mental.
- Promover la investigación y la evaluación crítica en la práctica clínica en los campos relacionados con la psiquiatría y la salud mental.
- Proporcionar una educación adecuada acerca de las actitudes, conocimientos y habilidades necesarias para el desarrollo de un trabajo eficaz en el área de la salud mental.
- Facilitar el desarrollo profesional de los estudiantes, mediante la discusión crítica, el

análisis de la literatura científica o el estudio de casos clínicos en el área la salud mental.

Contenido en el Programa del máster se recoge el módulo de Psiquiatría Infanto-juvenil, impartido en la Universidad Complutense de Madrid. Esta oferta formativa, aunque no específica de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, se ha querido resaltar en el presente libro blanco debido a la elevada implicación de entidades académicas en su desarrollo.

***Máster en Diagnóstico y Tratamiento de la Psicopatología de la Impulsividad: de los Problemas Familiares, Escolares y Laborales a la Siniestralidad, las Adicciones y la Delincuencia, de la Universitat Autònoma de Barcelona***

El Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Vall d'Hebron viene desarrollando, desde hace 10 años, una importante labor asistencial, de investigación y docente en el ámbito de la psicopatología de la impulsividad, centrada, en estos momentos, en una serie de programas específicos, entre los que se encuentra el Programa de TDAH (que incluye al colectivo infantil y adolescente), el Programa de Trastornos del Comportamiento perturbador de inicio en la infancia, trastorno límite de la personalidad y trastorno antisocial de la personalidad y el Programa de Fracaso Escolar, Académico y Laboral y Psicopatología, entre otros.

Los profesores del Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal de la Universidad, junto con los profesionales del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Vall d'Hebron, ofrecen una formación de primer nivel en este ámbito y contribuyen, de este modo, a mejorar la respuesta social ante los graves problemas personales, familiares, escolares, académicos, laborales y legales que presentan, a lo largo de la vida, los pacientes afectados por estas dolencias.

La realización del máster garantizará que los alumnos adquieran una formación avanzada de carácter especializado orientada a la capacitación en el ámbito asistencial, investigador y académico.

Así, al finalizar el Máster el estudiante será capaz de:

- Detectar la impulsividad patológica.
- Aplicar los conocimientos para hacer indicaciones, acoger los pacientes, resolver las incidencias y hacer un seguimiento de los pacientes de esta psicopatología en los ámbitos determinados.
- Abordar la psicopatología dentro de los límites y competencias de cada profesional, sin extralimitarse ni inhibirse en cada situación.

### ***Máster en avances en la clínica psicoanalítica de la infancia y la adolescencia, de la Universitat de Barcelona***

Este máster está dirigido a profesionales licenciados en Psicología o en Medicina que quieran profundizar en la práctica clínica con niños y adolescentes desde la teoría psicoanalítica.

Los principales cursos del programa formativo son los siguientes:

- Adquirir una especialización en la clínica infantil y juvenil (etapa de bebé a adolescente), teniendo en cuenta la importancia de esta etapa de la vida en la constitución del futuro del individuo.
- Adquirir las herramientas teóricas y diagnósticas para abordar las situaciones en las que el desarrollo emocional puede verse afectado y desemboca en situaciones patológicas.
- Conocer especialmente las alteraciones de la personalidad y la conducta.
- Identificar los principales modelos teóricos y técnicos de la psicoterapia psicoanalítica aplicada a la infancia y la adolescencia, y con la familia.
- Reflexionar, mediante el uso de casos clínicos, sobre las estrategias de abordaje terapéutico.
- Iniciarse en la práctica asistencial y adquirir recursos técnicos en la práctica clínica.
- Conocer el funcionamiento de la red asistencial en salud mental infantil y juvenil.

- Identificar y reconocer un objeto de estudio e investigación en el ámbito clínico.

### ***Actividades formativas promovidas por SEPYPNA***

SEPYPNA dispone de una amplia oferta formativa principalmente centrada en las Comunidades Autónomas de Madrid y País Vasco, aunque también realiza actividades en el resto de España. Estas actividades se centran en diferentes cursos y seminarios, entre los que pueden encontrarse los siguientes:

- El hijo imaginario.
- Curso básico y ciclo de profundización de Formación en Psicopatología y Psicoterapia de Niños y Adolescentes: diagnóstico estructural, TDAH, evaluación del niño pequeño, estatus mental, etc.
- Curso de especialización en Psicopatología y Psicoterapia de Niños y Adolescentes.
- La expresión gráfica y su comprensión.

# ANEXO VI. Políticas y principales agentes de I+D+i a nivel estatal

## Políticas y estrategias de I+D+i

### Políticas y estrategias europeas de I+D+i

#### *VIII Programa Marco de Investigación e Innovación – Horizonte 2020*

Dentro de la Estrategia Europa 2020 destaca la iniciativa de la “Unión para la Innovación”, con el objetivo puesto en la mejora de las condiciones y el acceso a financiación de la Investigación y la Innovación. Es en este marco en el que se desarrolla el VIII Programa Marco de Investigación e Innovación que será publicado bajo el nombre “Horizonte 2020”.

Horizonte 2020 agrupa toda la financiación de la investigación y la innovación que aporta la Unión Europea actualmente. Una vez implantado, concentrará los recursos en tres prioridades diferentes, aunque se refuerzan mutuamente, en las que el valor añadido de la Unión Europea es claro:

- *Ciencia excelente*: el objetivo es aumentar el nivel de excelencia de la base científica de Europa y asegurar un flujo estable de investigación de categoría mundial a fin de garantizar la competitividad europea a largo plazo. Se prestará apoyo a las mejores ideas, desarrollando el talento dentro de Europa, ofreciendo a los investigadores acceso a infraestructuras de investigación prioritarias y consiguiendo que Europa resulte atractiva para los mejores investigadores del mundo.
- *Liderazgo industrial*: se tendrá por objetivo hacer de Europa un lugar más atractivo para la inversión en investigación e innovación (incluida la ecoinnovación), fomentando

actividades en las que sean las empresas las que determinen la agenda. Se proporcionará una inversión importante en tecnologías industriales clave, se maximizará el potencial de crecimiento de las empresas europeas facilitándoles unos niveles de financiación adecuados y se ayudará a las PYME innovadoras a convertirse en empresas líderes en el mundo.

- *Retos sociales*: se reflejan aquí las prioridades políticas de la estrategia Europa 2020 y se abordan las grandes preocupaciones compartidas por los ciudadanos de Europa y otros lugares. Un enfoque basado en los retos agrupará recursos y conocimientos de diversos ámbitos, tecnologías y disciplinas, incluidas las ciencias sociales y las humanidades. Se incluirán actividades desde la investigación hasta el mercado, con un nuevo énfasis en las actividades relacionadas con la innovación, como ejercicios piloto, demostración, bancos de pruebas y apoyo a la contratación pública y la asimilación por el mercado. Entrará aquí la creación de vínculos con las actividades de las Cooperaciones de Innovación Europea.

La Salud es una de las grandes prioridades para el Horizonte 2020, ya que permitirá mejorar el nivel de vida de la sociedad europea. En este sentido, las principales líneas de acción definidas en este campo son las siguientes:

1. Envejecimiento: con especial foco en enfermedades neurodegenerativas. En este apartado se prioriza, por tanto, la salud

mental en general. Como ha sido comentado previamente, es crítico para mejorar la salud de los pacientes con trastornos psiquiátricos, contar con un diagnóstico precoz y ofrecer unos tratamientos lo más tempranamente posible. Por tanto, también se considera como prioridad la investigación en aspectos relacionados con la Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

2. Resistencia antimicrobiana.
3. Obesidad y nutrición.

### *Estrategia Europa 2020*

Como continuación de la Estrategia de Lisboa del año 2000, la Estrategia Europa 2020 constituye el nuevo marco de referencia para la coordinación de las políticas económicas y de empleo de los Estados miembros de la UE. Establece un ciclo que se extiende hasta el año 2020, a partir de dos instrumentos básicos: los Programas Nacionales de Reformas y las Directrices Integradas 2020, referencia para diseñar los Programas nacionales de reformas.

La estrategia Europa 2020 cuenta entre sus objetivos a largo plazo con el de conseguir que la inversión en I+D en la unión europea alcance el 3% de su PIB.

Para alcanzar sus objetivos se proponen diversas iniciativas, una de las cuales es la denominada “Unión por la innovación”, que trata de concentrar los esfuerzos de investigación e innovación de Europa, así como la cooperación con terceros países, en temas como el cambio climático, la energía y la seguridad alimentaria, la salud y el envejecimiento de la población, reforzando cada uno de los eslabones de la cadena de innovación, desde la investigación “pura” hasta la comercialización.

La iniciativa abarca ámbitos de actuación, en los que deben implicarse todos los países, que van desde los aspectos referentes al desarrollo del Espacio Europeo de Investigación, la mejora de las condiciones generales que favorezcan la innovación por parte de las empresas, particularmente las normas relativas a marcas, patentes y protección de la propiedad intelectual y la puesta

en marcha de actuaciones como las “Cooperaciones de Innovación Europea”, que se definen como instrumentos de cooperación entre la Unión y los Estados Miembros en aspectos concretos de gran proyección (bioeconomía, tecnologías para la integración social de personas mayores, etc.).

La iniciativa también contempla la revisión y consolidación del papel de los diversos instrumentos financieros de la UE (los fondos estructurales, los de desarrollo rural y el programa marco de I+D, etc.) destinados a apoyar la innovación.

### *Espacio Europeo de Investigación (EEI)*

El EEI es una plataforma destinada a reagrupar e intensificar las actividades de investigación en el ámbito comunitario y a coordinarlas con las iniciativas nacionales e internacionales. El EEI tiene por objeto guiar y ayudar a racionalizar las actividades de investigación y la política de innovación en toda Europa para, de esa manera, asegurar el futuro económico y competitivo de los 25 Estados miembros de la Unión.

Engloba todas las actividades, programas y políticas en el ámbito de la investigación y el desarrollo que requieren una perspectiva transnacional.

Permite a los investigadores, instituciones y empresas tener un marco de movilidad, competencia y cooperación entre países.

Entre las últimas iniciativas que están cambiando el panorama del EEI se encuentran:

- El European Research Council (ERC): primera institución de financiación de la I+D a nivel paneuropeo. Su objetivo es potenciar la investigación de alta calidad en Europa a través de la financiación competitiva.
- Las Joint Technology Initiatives son herramientas para desarrollar la estrategia de algunas de las European Technology Platforms (ETPs). Una de las que entrarían en este programa es la Innovative Medicines Initiative (IMI), donde se encuentra una específica de autismo.
- El European Institute for Innovation and Technology (EIT) con el objetivo de facilitar el

paso de ideas a productor, del laboratorio al mercado y de estudiante a empresario.

*The Madrid Declaration: why we need a coordinated Europe-wide effort in mental health research*

En abril de 2011, el *British Journal of Psychiatry* publicó el editorial *The Madrid Declaration: why we need a coordinated Europe-wide effort in mental health research*, firmado entre otros autores por el Director científico y el por el responsable de Programas Europeos del CIBERSAM.

La Declaración de Madrid está promovida por representantes de siete redes de investigación de salud mental financiadas a nivel estatal, junto con los líderes de los proyectos en curso de salud mental financiados por la Unión Europea.

Esta declaración aboga por la creación de una red de instituciones colaborativas de excelencia en el ámbito de la investigación en salud mental.

El mensaje clave de la Declaración de Madrid es llamar a un sistema formal de cooperación basada en proyectos europeos existentes financiados por la Unión, así como en las iniciativas estatales, que permitan responder de manera oportuna a las prioridades científicas y para optimizar los recursos generados por la investigación.

El ROAMER es la hoja de ruta de la investigación a nivel europeo para los próximos años. Uno de los agentes clave en el desarrollo de la misma es el Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM). En esta hoja de ruta se recogerá la necesidad de invertir en investigación específica en Psiquiatría del Niño y el Adolescente, concretamente en el mejor conocimiento del neurodesarrollo normal y patológico.

[Políticas y estrategias estatales de I+D+i](#)

*Ley 14/2011 de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación*

La Ley de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación aprobada el 12 de mayo de 2011 deroga la Ley de Investigación Científica y Tecnológica de 1986, estableciendo un marco general para el fomento y la coordinación de la investigación científica y téc-

nica con el fin de contribuir al desarrollo sostenible y al bienestar social mediante la generación y difusión del conocimiento y la innovación.

El texto se estructura en cuatro títulos y uno preliminar. En éste se recogen el objeto y los objetivos de la Ley y se define el Sistema Español de Ciencia, Tecnología e Innovación, que está integrado por el Sistema de la Administración General del Estado y por los Sistemas de cada una de las Comunidades Autónomas, e incluye a agentes de coordinación, de financiación y de ejecución.

La nueva Ley de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación pretende conseguir más participación de la empresa privada en actividades de investigación, más trabajo estable para los jóvenes investigadores y más calidad en la ciencia española, a través de una apuesta definitiva e irreversible por la investigación de excelencia.

*Estrategia Española de Ciencia y Tecnología y de Innovación 2013-2020*

La Estrategia Española de Ciencia y Tecnología y de Innovación constituye una herramienta para potenciar el conjunto de las capacidades del Sistema Español de Ciencia, Tecnología e Innovación, facilitando la colaboración entre todos sus agentes e incrementando los retornos sociales y económicos derivados de la inversión en I+D+i.

Su principal objetivo es promover la coordinación entre todos los agentes implicados, así como su internacionalización, e impulsa especialmente la búsqueda de soluciones orientadas a resolver los principales retos de la sociedad española, que coinciden, en buena medida, con los grandes retos mundiales.

El propósito general de la Estrategia Española de Ciencia, Tecnología y de Innovación es promover el liderazgo científico, tecnológico y empresarial del conjunto del país e incrementar las capacidades de innovación de la sociedad y la economía españolas.

*Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación 2013-2016*

El Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación 2013-2016 representa el instrumento destinado a desarrollar y financiar las actuaciones de la Administración General del Estado en materia de I+D+i para permitir la consecución de los objetivos y prioridades incluidos en la Estrategia Española de Ciencia y Tecnología y de Innovación.

El objetivo principal de este Plan Estatal es impulsar el liderazgo internacional del Sistema Español de Ciencia, Tecnología e Innovación, garantizar la sostenibilidad de las capacidades de generación de conocimientos e impulsar la competitividad del tejido empresarial de todo el Estado amparada en una sólida base científica y tecnológica y en la innovación en todas sus dimensiones.

Las actuaciones de la Administración General del Estado contenidas en el Plan Estatal se ordenan en cuatro Programas Estatales en correspondencia con los objetivos de la Estrategia Española de Ciencia y Tecnología y de Innovación y permiten instrumentalizar dichos objetivos. Estos Programas, a su vez, permiten el desarrollo de objetivos específicos ligados a la implementación y desarrollo del propio Plan a los que se vinculan los correspondientes indicadores de impacto de los resultados.

**Estructuración de la I+D+i a nivel estatal**

A nivel estatal, la I+D+i en el campo de la salud mental en general se estructura a través del Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM) y de la Red de Trastornos Adictivos (RTA), ambas iniciativas promovidas por el Instituto de Salud Carlos III.

A su vez, se describe el principal agente financiador de la investigación en Psiquiatría del Niño y el Adolescente, la Fundación Alicia Koplowitz.

RTA

La Red de Trastornos Adictivos (RTA) es una estructura organizativa financiada por el Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Economía

y Competitividad, constituida por distintos grupos de investigación biomédica cuyo objetivo es investigar los orígenes de los procesos adictivos, sus manifestaciones clínicas y su impacto social con el fin último de proporcionar herramientas de intervención terapéuticas y sociales que ayuden a reducir el tremendo impacto de las adicciones y las patologías asociadas.

El principal objetivo de la RTA es conseguir que la adicción a drogas sea tratada como una enfermedad, incorporada al sistema público de salud, aportando a través de la investigación los conocimientos sobre fisiopatología, etiopatogenia, terapéutica y prevención que permitan dar una solución a uno de los problemas de salud más acuciantes del mundo occidental.

La investigación desarrollada en esta Red se encuentra relacionada con la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, ya que un porcentaje de los trastornos mentales infantiles y juveniles (aunque preferentemente este último colectivo) están vinculados al consumo de sustancias de abuso.

CIBERSAM

El CIBERSAM está formado por 24 grupos de investigación clínica, preclínica y traslacional pertenecientes a 8 Comunidades Autónomas. Estos grupos, seleccionados de forma competitiva entre los más productivos a nivel estatal están dedicados fundamentalmente al estudio de trastornos mentales como la depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, así como los trastornos de ansiedad y trastornos mentales del niño y del adolescente, o la innovación terapéutica.

Su misión consiste en aportar respuestas y soluciones que permitan conocer mejor la etiopatología de los trastornos mentales, mejorando la promoción de la salud mental, la prevención y los tratamientos actuales y de esta forma mejorar la calidad de vida de los ciudadanos. Por ello, se asume un abordaje traslacional y se busca activamente reunir y generar el máximo talento investigador en los grupos que desarrollan su actividad en hospitales, centros de investigación y universidades.



El CIBERSAM estructura su investigación en seis grandes Programas de Investigación: Depresión; Esquizofrenia; Trastorno Bipolar; Innovación Terapéutica; Psiquiatría del Niño y el Adolescente; y Trastornos Psicosomáticos, de Ansiedad y de Control de Impulsos.

Durante el año 2013, el CIBERSAM ha estado trabajando en la elaboración de su nuevo Plan Estratégico, el cual será implantado en el periodo 2014-2016. Este Plan Estratégico realiza un análisis y enfoque fundamental para cada uno de sus Programas Científicos, entre los que se encuentra, como se mencionaba previamente, el Programa de Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

Este Programa está integrado por cinco grupos de investigación, y es coordinado por la Dra. Josefina Castro, del Hospital Clínic y Provincial de Barcelona. Los otros grupos que conforman el Programa pertenecen a la Universidad de Valencia, al Hospital General Universitario Gregorio Marañón (dos grupos de investigación) y a la Universidad de Barcelona.

Los principales hitos y líneas de investigación desarrolladas por el Programa de Trastornos del Niño y Adolescente en el periodo 2011-2012 incluyen:

- Línea de investigación sobre primeros episodios psicóticos: en esta línea se han realizado importantes publicaciones de aspectos clínicos, neuropsicológicos, genéticos, bioquímicos y de neuroimagen, como predictores del curso. Durante 2012 se han realizado además publicaciones sobre tratamiento, suicidio y población de alto riesgo clínico.
- Línea de investigación sobre niños y adolescentes familiares de primer grado de pacientes con esquizofrenia o trastorno bipolar: se han publicado varios estudios respecto a sus características clínicas y neuropsicológicas.
- Línea de investigación sobre tratamiento anti psicótico en niños y adolescentes: se han publicado estudios sobre seguridad y eficacia.
- Línea de investigación sobre trastornos del espectro autista: se han publicado estudios

clínicos, bioquímicos y de factores neuropsicológicos y terapéuticos.

- Línea de investigación sobre trastornos obsesivo-compulsivo: se han publicado estudios fundamentalmente centrados en estudios de neuroimagen.
- Línea de investigación sobre trastorno bipolar en niños y adolescentes: se han publicado estudios sobre su relación con los trastornos de ansiedad, factores psicopatológicos, neuropsicológicos, genéticos y ambientales.
- Línea de investigación sobre trastornos de la conducta alimentaria: se han publicado estudios sobre características neuropsicológicas, sobre neuroimagen y sobre variables genéticas.
- Conductas adictivas: se han realizado diversas publicaciones relacionando el consumo de tóxicos con variables de personalidad y con la relación entre consumo de cannabis y primeros episodios psicóticos.

Se han definido como objetivos estratégicos del Programa de Trastornos Mentales del Niño y Adolescente del CIBERSAM para los próximos años:

1. Estudiar los factores de riesgo y causales, manifestaciones y evolución de los trastornos más graves y/o prevalentes que se dan en estas edades (trastornos obsesivo-compulsivos y otros trastornos de ansiedad, trastornos del espectro autista, trastornos afectivos, trastornos psicóticos de inicio temprano, trastornos de la conducta alimentaria, conductas adictivas y trastornos de tics).
2. Estudiar la eficacia y seguridad de tratamientos farmacológicos, psicoterapéuticos y otros abordajes terapéuticos en niños y adolescentes (antioxidantes, antiinflamatorios, tratamientos biológicos no farmacológicos, etc.).
3. Desarrollar o validar instrumentos específicos de evaluación y de técnicas de neuroimagen para el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad.

4. Participar en proyectos europeos con grupos internacionales para realizar estudios que precisen de muestras grandes de niños y adolescentes y que consigan resultados que se trasladen a aprobar indicaciones de fármacos en estas edades, a mejorar las guías clínicas comunes o implementar programas de atención y prevención más adecuados.

#### Fundación Alicia Koplowitz

Por otra parte, el principal agente financiador específico de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente (además del ISCIII, a través de las estructuras previamente descritas) es la Fundación Alicia Koplowitz (<http://www.fundacionaliaciakoplowitz.org/>).

Esta Fundación es una entidad sin ánimo de lucro, que entre sus objetivos fundacionales está la promoción de la investigación biomédica. Su actividad médico-científica se centra en su Programa de Apoyo a la Salud Mental del Niño y el Adolescente, que basa su actuación en contribuir al avance de la investigación y mejorar la formación de los profesionales en el campo de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en España.

Las actuaciones de financiación científica planteadas en este Programa son las siguientes:

- Becas de Formación Avanzada de dos años de estancia en centros de referencia internacional en esta especialidad.
- Becas para Estancias Cortas de especialización e investigación en Psiquiatría del Niño y el Adolescente de uno a seis meses de duración.
- Ayudas a Proyectos de Investigación para investigadores españoles que trabajen en este campo de conocimiento.
- Celebración anual de sus Jornadas Científicas con ponentes estatales e internacionales de reconocido prestigio.

Estas ayudas a Proyectos de Investigación, en su convocatoria 2013, tienen como objetivo pro-

mover el desarrollo del conocimiento en España de la Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia mediante el apoyo a Proyectos de Investigación originales. Las áreas priorizadas en esta convocatoria son las siguientes: Autismo, Esquizofrenia, Trastornos Afectivos, Trastornos de Atención e Hiperactividad, Trastornos de la Alimentación y Neurofarmacología en Infancia y Adolescencia.



## ANEXO VII. Agentes y principales colectivos profesionales y personales relacionados con la Psiquiatría del Niño y el Adolescente

### **Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNyA)**

AEPNyA es una sociedad científica sin ánimo de lucro. Fue creada en el año 1950, e inscrita en 1952, con sede en Barcelona, con el objetivo de cultivar el progreso científico del campo de conocimiento, procurar mantener las mejores relaciones entre los profesionales dedicados a la Psiquiatría del Niño y el Adolescente y las Sociedades afines, velar por el mayor prestigio moral y científico del campo de conocimiento y de los especialistas y fomentar todas las manifestaciones científicas relacionadas con la Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

Esta Asociación no representa a un campo doctrinal específico de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Es, por tanto, una organización científica abierta a todo tipo de posturas e ideas en relación a la praxis del campo de conocimiento. Uno de sus objetivos prioritarios ha sido históricamente el reconocimiento de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente como especialidad autónoma, para seguir con las tendencias y políticas establecidas a nivel europeo y de su entorno socio-cultural.

AEPNyA ha ido evolucionando desde su creación, desarrollándose en todos los campos propios de su ámbito con el paso de los años, y adaptándose a las nuevas características de su entorno, especialmente en aspectos organizativos, de gestión y la divulgación de sus objetivos.

Con el fin de perseguir la mejora continua, además de su Junta Directiva, en los últimos años se han constituido diversos comités que garantizan una diversificación de las funciones.

Actualmente, AEPNyA es la representante oficial de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en diferentes foros internacionales:

- ESCAP (European Association of Child and Adolescent Psychiatry).
- UEMS (Unión Europea de Médicos Especialistas) – la representación es compartida con la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEYPNA), descrita posteriormente.
- IACAPAP (International Association of Child and Adolescent Psychiatry and Associated Professions).

Tal y como se recoge en sus estatutos, los fines de la AEPNyA son los siguientes:

1. Fomentar la Psiquiatría del Niño y el Adolescente y promover su funcionamiento tanto en su vertiente asistencial como en la investigadora.
2. Intervenir activamente y fomentar la formación de los profesionales de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, en especial la de sus miembros.
3. Promover la salud mental de los niños y adolescentes.
4. Difundir los conocimientos y criterios científicos del campo de conocimiento que en cada momento sean de utilidad pública.
5. Mantener y fomentar las relaciones con sociedades científicas afines, especialmente españolas, europeas y latinoamericanas.

6. Velar para que la práctica asistencial se desarrolle dentro de las más estrictas normas deontológicas.
7. Asesorar a las administraciones y poderes públicos sobre todos los temas que se refieran a la salud mental de los niños y jóvenes.

### **Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)**

AEN se constituyó en 1924, conformándose como referente del conjunto de ciencias y profesiones de la salud mental en España. AEN es una asociación multiprofesional orientada al compromiso con la sociedad, su independencia, su multidisciplinariedad, la defensa de un modelo de atención público y el impulso de la formación de los profesionales y la investigación.

Su objetivo principal es el desarrollo científico de las ciencias integradas en el campo de la salud mental para mejorar la prevención, el tratamiento, los cuidados, la rehabilitación, la integración y los derechos de las personas que padecen trastornos mentales y sus familiares.

AEN ha constituido Secciones con el objetivo de agrupar orientaciones, tendencias o conjuntos de asociados con intereses específicos comunes a nivel científico o profesional. La constitución de una nueva Sección debe ser aprobada en una Asamblea General Extraordinaria a propuesta de la Junta de Gobierno o un número no inferior a treinta socios.

Entre las Secciones actualmente constituidas se encuentra la salud mental infanto-juvenil. Esta Sección dispone de un grupo de trabajo específico para la elaboración de un documento o guía sobre Psiquiatría Perinatal. Además, tras el trabajo conjunto realizado, ha obtenido las siguientes conclusiones:

- El área de atención a la patología mental en relación con la gestación y sus consecuencias en el establecimiento vincular madre-bebé y en el desarrollo del niño pequeño hasta 3 años es un área poco atendida desde la Psiquiatría infantil en España.

- Los escasos programas específicos existentes se reducen a experiencias puntuales, al contrario de lo que ocurre en otros países, especialmente en Francia e Inglaterra, donde se ha consolidado una red asistencial pública de amplia trayectoria para dar respuesta específica, integral y multidisciplinar a esta patología con un doble objetivo: terapéutico y preventivo.

En los últimos años, la Sección de Psiquiatría Infanto-juvenil de AEN ha realizado, entre otras, las siguientes actividades:

- Elaboración de una guía con todos los recursos destinados a la atención en salud mental del niño y el adolescente en España, y su posterior publicación.
- Preparación de mesas redondas.
- Recopilación de informes de interés para salud mental del niño y el adolescente.
- En los últimos se ha impulsado por parte de esta Sección la acreditación y reconocimiento de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente como una especialidad acreditada y reconocida.

### **Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEYPNA)**

SEYPNA es una Asociación Científica de profesionales relacionados con la Psiquiatría, Psicología y Psicoterapia de niños y adolescentes, y fue constituida en 1982 por el Ministerio del Interior.

Los objetivos fundamentales son los siguientes:

1. El desarrollo de la Psiquiatría, Psicología y de la salud mental de niños y adolescentes, interesándose por la realidad asistencial y su planificación en el ámbito del Estado español.
2. Potenciar la Psicoterapia de orientación Psicoanalítica en sus aspectos teóricos, clínicos y asistenciales; así como otras actividades y orientaciones psicoterapéuticas

complementarias en el ámbito de la salud mental infantil y del adolescente.

3. Estimular entre sus miembros la formación y la investigación en este campo, así como intercambiar conocimientos y experiencias con otros sectores interesados en los problemas del niño y del adolescente.
4. Garantizar que sus miembros ordinarios tengan el nivel necesario para la práctica profesional en el ámbito de la salud mental del niño y del adolescente.
5. Defender los intereses académicos y científicos de sus miembros conforme a la legislación vigente.

Para la consecución de sus objetivos, se desarrollan las siguientes actividades:

- Un Congreso o Reunión Científica de forma anual.
- Organización de seminarios, mesas redondas, conferencias destinadas a impartir formación hacia el exterior de la Sociedad.
- Contactos y utilización de todos los foros y plataformas posibles para la sensibilización a los problemas psíquicos del niño y del adolescente y para la promoción de la salud mental y asistencia psiquiátrica en este campo.
- Se llevará a cabo la publicación de una revista o boletín de SEPYPNA.
- Colaboración y representación en Asociaciones nacionales e internacionales relacionadas con el campo de SEPYPNA.

### **Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES)**

FEAFES tiene como finalidad genérica la adopción de todas las medidas que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas por una enfermedad mental, y la de sus familiares, y específicamente los siguientes fines:

1. Representar al colectivo de las personas con enfermedad mental y a sus familiares ante los diferentes Órganos Gubernamentales y otras instancias públicas y privadas en relación con su propia y específica problemática.
2. Defender los intereses del colectivo representado ante los Órganos y Entidades competentes.
3. Exigir la adecuada atención sanitaria y social de las personas con enfermedad mental y sus familiares, en favor de su rehabilitación, reinserción social e integración laboral.
4. Intervenir en los problemas que afecten al Colectivo representado y que estén en concordancia con sus estatutos, y demás normas que pudieran ser determinadas por los Órganos Directivos.
5. Promover la sensibilización y mentalización social hacia las personas con enfermedad mental y sus familias, llamando la atención sobre la marginación y discriminación existentes en los aspectos sanitarios, sociales y laborales.
6. Promover y coordinar las demandas y propuestas del Colectivo representado ante los organismos oficiales pertinentes, defendiendo sus legítimos derechos mediante su participación en los órganos planificadores y legisladores en materia de salud mental y servicios sociales.
7. Recabar los poderes públicos y leyes que favorezcan los intereses de las personas con enfermedad mental y la de sus familiares, así como de las entidades miembros de FEAFES.
8. Unificar y coordinar la acción con otras organizaciones, nacionales e internacionales que persigan los mismos fines, con la intención de crear una fuerza integral para la defensa de sus objetivos.
9. Exigir la creación de servicios alternativos a la hospitalización y el establecimiento de sistemas alternativos y sustitutorios a la familia.

10. Desarrollar una constante y eficaz información para agrupar a todos los familiares y a las personas con enfermedad mental, con el fin de integrar en un foro común a todo el Colectivo.
11. Promover la información y el intercambio de experiencias entre las Agrupaciones confederadas.
12. Potenciar el principio de solidaridad entre las agrupaciones confederadas y la sociedad.
13. Estimular la investigación sobre las enfermedades mentales y la prevención de las mismas.
14. Desarrollar actividades de formación, cooperación internacional e igualdad de género.

Para el desarrollo de sus actividades, FEFES cuenta con una Red de asociaciones por todo el territorio a nivel estatal, teniendo una mayor presencia en aquellas Comunidades Autónomas con más desarrollo y recorrido.

Adicionalmente, FEFES cuenta con un Centro de Documentación, CEIFEM (Centro Español de Información y Formación sobre la Enfermedad Mental), el cual dispone de un apartado específico de la salud mental del niño y el adolescente. En este apartado se recogen informes y artículos, tales como:

- Guía didáctica: trastornos del comportamiento.
- Trastornos de la conducta: una guía de intervención en la escuela.
- Salud mental de menores en acogimiento residencial.
- Programa de atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia.
- Otros informes y artículos.

### ***Asociación de Niños con Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (ANSHDA)***

ANSHDA es una asociación de ámbito estatal, específica de la patología Trastorno por Déficit de

Atención con o sin Hiperactividad, una de las patologías más habituales en la población infantil, ya que afecta entre un 5 y un 10% de los niños.

ANSHDA es una asociación de padres de niños con déficit de atención con o sin hiperactividad, de carácter privado, sin ánimo de lucro, cuyo objetivo es ayudar desinteresadamente a todos los posibles afectados.

Esta Asociación nació por iniciativa personal de un grupo de padres tras las dificultades que encontraron para realizar un correcto diagnóstico y tratamiento de sus hijos. Por tanto, los objetivos generales de ANSHDA son los siguientes:

- Detección precoz del trastorno de Hiperactividad y Déficit de Atención, ya que esto aumenta considerablemente las posibilidades de tratamiento e integración escolar y social del niño.
- Orientación a padres.
- Orientación a profesionales de la enseñanza, con el fin de poder contar con un profesional específico a través de personal cualificado.
- Difusión de la existencia del problema.

Las principales actividades desarrolladas por ANSHDA se encuentran relacionadas con el ámbito asistencial y social:

- Reuniones informativas y orientativas: asesoramiento y respuesta de preguntas y dudas surgidas.
- Evaluaciones psicopedagógicas: realización de diferentes cuestionarios y test psicológicos que ayuden a un mejor enfoque y diagnóstico del niño.
- Consultas de psicología: terapias psicológicas, orientadas a niños y familiares.
- Talleres teórico-prácticos sobre herramientas de intervención en TDAH: dirigidos principalmente a padres y profesionales.
- Cursos monográficos: autoestima y habilidades sociales; pautas de intervención en el aula; prevención y factores de riesgo en la adolescencia; la importancia del apego y la regularización en la infancia y la adolescencia.

- Otros talleres: “Inteligencia ejecutiva y métodos de estudio”; pautas para padres y madres; mejora de la atención y HHSS para menores de 12 años; risoterapia para padres e hijos; otros cursos, grupos y talleres.

### **Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEADAH)**

FEADAH es una asociación sin ánimo de lucro que, desde el año 2002, se dedica a promover la investigación del TDAH y a colaborar en áreas educativas, de atención social y científicas, con entidades consagradas al estudio y atención de este trastorno.

En este contexto, lleva a cabo las siguientes actividades:

- Asesorar a padres, profesionales, asociaciones e instituciones públicas y privadas sobre el TDAH.
- Promover actividades de formación e intercambio de proyectos, experiencias e investigaciones.
- Colaborar con instituciones públicas y privadas en los estudios y/o trabajos conjuntos que favorezcan el conocimiento de la problemática del TDAH.
- Celebrar cursos, seminarios, congresos, jornadas, etc. que contribuyan a la divulgación e investigación sobre el TDAH.
- Fomentar la asociación de afectados por el TDAH y sus familiares.
- Participar en cualquier otra actividad dirigida al estudio científico, educativo y social del TDAH.
- Formar parte de cualquier otro tipo de actividades relacionadas con la protección e intereses de los afectados por el TDAH.

Esta Federación está integrada por más de setenta asociaciones de todo el panorama estatal.

### **Federación Española de Autismo (FESPAU)**

La Federación Española de Asociaciones de Padres y/o Tutores de Personas con Autismo - FESPAU es una entidad federativa que encuadra a 27 asociaciones de padres de personas con Trastornos del Espectro Autista (TEA), de todas las Comunidades Autónomas españolas.

Uno de los principales objetivos es servir de interlocutor ante los poderes públicos con el fin de ofrecer a la sociedad las medidas necesarias encaminadas a proveer a los ciudadanos de la salvaguarda legal, educativa, de ocio, laboral y sanitaria; es decir, en todo el abanico del ciclo vital para las personas afectadas por TEA en un entorno inclusivo, siempre dentro de las normas promovidas por la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidades.

La misión de FESPAU es trabajar como motor y vehículo de las necesidades y expectativas de sus asociaciones miembro ante aquellas instancias públicas o privadas, a nivel local, regional, nacional o internacional. Trabaja por el reconocimiento y aplicación de los derechos de las personas con autismo y sus familiares para alcanzar la mayor calidad de vida posible en todo el ciclo vital; así como en una importante labor social como la realización de actividades y campañas de sensibilización y formación de la opinión pública respecto a los TEA y sus características. También vigila el control de calidad y eficacia de cuanto se provee en materia legal, educativa, asistencial y económica en favor de las personas con autismo y sus familias.

### **Confederación de Autismo en España**

La Confederación de Asociaciones de Padres Protectoras de Personas con Autismo del Estado Español, AUTISMO ESPAÑA, fue constituida en Madrid el 23 de enero de 1994, siendo reconocida por el Ministerio del Interior el 10 de febrero de 1994.

La Confederación AUTISMO ESPAÑA es una entidad sin ánimo de lucro que agrupa y representa a 69 entidades del tercer sector de acción social de España que trabajan específicamente con

personas con Trastornos del Espectro del Autismo (TEA) y sus familias.

La misión de AUTISMO ESPAÑA es apoyar al desarrollo de sus entidades miembro y representar institucionalmente al colectivo que agrupa, con el propósito de mejorar la calidad de vida de las personas con TEA y de sus familias, garantizando el ejercicio efectivo de sus derechos.

Para lograrlo, AUTISMO ESPAÑA promueve y coordina a nivel nacional acciones de: sensibilización, investigación, desarrollo e implantación de modelos de intervención, así como programas y servicios para la inclusión social, formación y asesoramiento a profesionales y familias en la defensa de los derechos del colectivo.

### ***Plataforma de Familias para la Creación de la Especialidad en Psiquiatría Infanto-juvenil***

Esta Plataforma está compuesta por un grupo de padres y madres de niños con diferentes discapacidades, que desde un foro han impulsado el inicio de la creación de esta especialidad.

En esta Plataforma se pretende integrar a todas las asociaciones españolas de niños y jóvenes con trastornos psiquiátricos de una u otra índole como, como Asperger, Tourette, Down, TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad), trastornos alimentarios, síndrome x frágil, trastorno autista, trastornos generalizados del desarrollo, etc. así como a todas las sociedades profesionales de salud mental infantil o cualquier profesional de la sanidad y la educación, interesado en mejorar la salud de los menores.

### ***Fundación Alicia Koplowitz***

La Fundación Alicia Koplowitz es una entidad sin ánimo de lucro, que nace como expresión de su compromiso social con el fomento y la defensa de la educación, la cultura, las artes, las letras, las ciencias, la investigación científica, el desarrollo tecnológico y el medio ambiente, así como la asistencia social a menores, personas mayores y discapacitados.

Actualmente, la actividad desarrollada por la Fundación se organiza en dos grandes líneas de trabajo:

- Programa de acción social, dedicado entre otros a la atención de niños procedentes de familias con problemas graves de desestructuración.
- Actividad médico-científica, centrada principalmente en el Programa de Apoyo a la Salud Mental del Niño y el Adolescente, que basa su actuación en contribuir al avance de la investigación y mejorar la formación de los profesionales en el campo de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

Englobada en esta segunda línea de trabajo, la Fundación constituyó en 2012 la Cátedra Fundación Alicia Koplowitz-Universidad Complutense de Madrid de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Ésta es la primera Cátedra de psiquiatría infantil en España, que nace con el objetivo de avanzar en el conocimiento de la Psiquiatría y de la Psicología de la infancia y la adolescencia, así como impulsar el fomento de la docencia y la investigación.

Las actividades realizadas en el contexto de esta Cátedra se engloban en tres grandes ámbitos:

- *Actividades docentes*: realización de cursos, elaboración de informes, etc.
- *Actividades científicas*: realización de encuentros científicos. El más reciente ha sido el Curso de verano del El Escorial de la UCM "Nuevas evidencias en los tratamientos en salud mental y Psiquiatría del Niño y del Adolescente".
- *Actividades sociales*: actualmente se está trabajando para promover iniciativas en este ámbito.



## ANEXO VIII. Información específica de las Comunidades Autónomas

---

A lo largo de todo el desarrollo del libro blanco de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente se ha ofrecido una visión a nivel estatal de la situación de este campo de conocimiento en cada uno de los apartados en los que se estructura (estrategias implantadas, organización asistencial, recursos disponibles, etc.). Para ello, se han realizado comparativas de la situación particular de cada una de las Comunidades Autónomas, aunque mucha de la información disponible es específica en cada Autonomía y no pueden realizarse comparativas exactas.

Por tanto, en el siguiente anexo se recoge la situación particular pormenorizada de todas las Comunidades Autónomas. Para ello, la información se ha estructurado en los siguientes apartados:

- Estrategias propias implantadas en la Comunidad Autónoma.
- Organización asistencial de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente a nivel autonómico.
- Recursos propios disponibles.
- Volumen de actividad desarrollada.
- Situación de la formación en Psiquiatría del Niño y el Adolescente.
- Actividad científica realizada.
- Relación de los profesionales con otros colectivos sociales.

La información recogida a continuación ha sido facilitada por los responsables de salud mental de las Comunidades Autónomas.

## Situación de la PNA en Andalucía

### Estrategias implantadas en Andalucía

En Andalucía la atención específica a la salud mental de la infancia y adolescencia se asume como compromiso en el Plan Integral de Salud Mental, a través de la Línea Estratégica de Infancia y Adolescencia. El Plan Integral de Salud Mental 2008-2012 (PISMA I) definía las actuaciones a poner en marcha por la Junta de Andalucía en el ámbito de la salud mental. La estrategia se estructuró en tres metas en salud y ocho objetivos generales, que se desarrollaban a través de 15 estrategias. Cada una de las cuales plantea sus propios objetivos específicos y las actividades para alcanzarlos. En total, se definían 84 objetivos específicos y 149 acciones.

Actualmente, el PISMA se encuentra prorrogado, siendo vigente hasta 2014, por lo que se está trabajando en la elaboración del III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía para el periodo 2015-2020.

Una de las 15 estrategias propuestas en el Plan Integral está dedicada específicamente a la atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia, haciendo especial énfasis en la promoción y prevención en salud mental en estas edades, así como en la coordinación intersectorial y en la capacitación de los colectivos profesionales.

Los objetivos específicos perseguidos en este ámbito incluyen:

1. Incorporar la perspectiva de promoción y prevención en salud mental a las iniciativas dirigidas a la infancia y adolescencia.
2. Potenciar los factores protectores de la salud mental y reducir los factores de riesgo en los entornos familiares, escolares, comunitarios y sanitarios.
3. Garantizar la coordinación intersectorial y favorecer la atención integral a los problemas de salud mental de la infancia y de la adolescencia.
4. Adecuar los recursos y los modelos de atención a las necesidades específicas de cada

grupo de edad (infancia y adolescencia), con enfoque de género y de diversidad.

5. Completar y homogeneizar los recursos y cartera de servicios de salud mental de la infancia y la adolescencia en la Comunidad Autónoma.
6. Potenciar el trabajo conjunto con familia y escuela para dar continuidad al cuidado de los y las menores, evitando la interrupción de su desarrollo evolutivo y de su aprendizaje.

Para dar respuesta a estos objetivos específicos, se han planteado las siguientes actividades:

- a) Desarrollar los acuerdos entre las Consejerías de Salud, Educación, Igualdad y Bienestar Social y Justicia y Administración Pública y crear una comisión de seguimiento que permita dar respuesta a los problemas de la infancia y adolescencia que requieren intervenciones intersectoriales.
- b) Coordinar las actuaciones del PISMA con otras iniciativas, como el Plan de Humanización de la Atención Perinatal de Andalucía, la Estrategia Forma Joven y otras que se desarrollen desde el SSPA.
- c) Realizar actividades formativas y divulgativas dirigidas a madres, padres y educadores, orientados a la promoción de salud y la prevención de la enfermedad mental.
- d) Elaborar un "Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia en Andalucía" que refleje las bases conceptuales y modelo de atención, los recursos y necesidades asistenciales, los espacios de cooperación intersectorial necesarios en este ámbito, la evaluación y las estrategias de mejora.
- e) La cartera de servicios para la atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia debe incluir programas ambulatorios, de hospital de día y de hospitalización completa, diferenciando espacios para las edades infantil y adolescente, en base a las características de cada etapa del desarrollo.



- f) Desarrollar e implantar protocolos de actuación conjunta entre atención primaria, salud mental y otras instituciones que intervengan en la atención de menores, para garantizar la continuidad de cuidados y la coordinación intersectorial e interniveles.
- g) Revisar y actualizar los PAIs relacionados con la salud mental de la infancia y adolescencia y elaborar nuevos procesos o subprocesos sobre aquellas patologías que lo requieran.
- h) Establecer mecanismos de coordinación y colaboración entre los profesionales de los distintos sectores que intervienen en el Programa de Atención Temprana, que permitan optimizar el desarrollo de las acciones relacionadas con la atención a los Trastornos Generalizados del Desarrollo (autismo y otros).
- i) En las consultas de atención primaria a menores, incluir la detección precoz de situaciones de riesgo psicosocial, con especial atención a aquellos casos cuyos progenitores padecen una enfermedad mental grave.
- j) Realizar un estudio epidemiológico y de la situación actual de la atención a la salud mental de la infancia y adolescencia, que permita conocer, evaluar y proponer actuaciones de futuro en base a criterios de calidad y equidad.

En el marco del PISMA II y para dar respuesta a los compromisos adquiridos en el mismo, la Junta de Andalucía elaboró en el año 2010 el Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia (PASMIA). El Programa pretendía reflejar las bases conceptuales y el modelo de atención, los recursos y necesidades asistenciales, los espacios de cooperación intersectorial necesarios en este ámbito, la evaluación y las estrategias de mejora. A su vez, pretendía ser un referente útil para todos los/as profesionales y servicios dedicados a la infancia y adolescencia de la red de salud mental de Andalucía. El PASMIA está siendo

implantado por un equipo multidisciplinar de profesionales.

Además de realizar un estado de situación y describir la situación actual de los servicios y dispositivos en Psiquiatría del Niño y el Adolescente, se recogían unas áreas prioritarias y los dispositivos donde se realizaban propuestas de mejora en este ámbito:

- Áreas prioritarias: Promoción, Prevención, Detección precoz, Discriminación y estigma, coordinación intersectorial y estudios epidemiológicos en la Comunidad Autónoma.
- Servicios y dispositivos: Atención Primaria, Atención Especializada (Unidades de Salud Mental Comunitarias, Unidades de Salud Mental Infanto-juvenil), Atención ambulatoria, Hospital de Día, Hospitalización completa, Programas Asistenciales Integrados (PAI), Programas de coordinación interniveles e intersectorial, Formación, Investigación y Docencia, y Gestión del Conocimiento.

#### *Promoción*

Las acciones de promoción de la salud mental se enmarcan dentro de la estrategia más global de promoción de salud de la Consejería, incluyendo proyectos como:

- El seguimiento de la salud infantil y del adolescente.
- Forma Joven, estrategia de promoción de salud desarrollada por las Consejerías de Educación, de Igualdad y Bienestar Social y de Salud que pretende acercar a los espacios frecuentados por adolescentes y jóvenes, asesorías de información y formación atendidas por un equipo de profesionales de diferentes sectores, para ayudarle a decidir en la elección de las respuestas más saludables.

#### *Prevención*

Prestando especial atención a situaciones de niños/as expuestos a un mayor riesgo de desarrollar un trastorno mental.

- Vulnerabilidad psicosocial: prematuros, discapacitados, enfermos crónicos hospitalizado o institucionalizados...
- Vulnerabilidad del entorno familiar: maltrato infantil, padres con problemas de adicciones, con TMG o enfermedades crónicas, marginación social y pobreza, frecuencia e intensidad de acontecimientos vitales altamente frustrantes como separaciones y/o divorcios repetidos, familias monoparentales, situaciones de duelo...
- Vulnerabilidad social y cultural: niños refugiados, inmigrantes, paro crónico de los padres, situación de precariedad o carencia de soporte social...

Aunque la competencia sobre los programas y acciones educativas es responsabilidad del ámbito educativo, el apoyo de los dispositivos de salud mental puede ser fundamental para mejorar la calidad de sus intervenciones en aspectos preventivos.

#### *Detección precoz*

Una actividad clave para desarrollar esta detección es la implementación en Atención Primaria de herramientas de detección precoz para los trastornos en los que se disponga de un nivel de evidencia que aconseje su uso sistemático, como los trastornos precoces del vínculo, los trastornos del espectro autista o las psicosis infantiles. Por ejemplo, en el programa de salud infantil, la revisión que se realiza a los dieciocho meses de vida es un momento indicado para pasar alguna prueba específica (CHAT, por ejemplo) a aquellos niños o niñas a los que se detecten indicios de Autismo u otro trastorno grave del desarrollo.

Actualmente se está en proceso de incorporación de diversos instrumentos, como la escala M-CHAT al sistema de información y gestión de atención primaria, Diraya.

#### *Discriminación y estigma*

En Andalucía, se está poniendo en marcha el Proyecto "LO HABLAMOS. Sensibilización sobre

salud mental en las aulas". Este proyecto pretende lograr una mayor sensibilización de los y las adolescentes sobre la importancia de la salud mental y un trato menos discriminatorio y más igualitario hacia las personas que padecen una enfermedad mental.

#### *Coordinación Intersectorial*

Línea prioritaria a impulsar y desarrollar desde la Administración Autonómica, con propuestas concretas y convenios específicos, para dar respuesta a aquellas patologías que, por su gravedad e incidencia social, requieren la coordinación de los recursos de distintas administraciones.

Desde el punto de vista de la atención sanitaria, los avances que se han identificado como necesarios para mejorar son:

1. Conseguir que las acciones a desarrollar en el marco de cada línea estratégica del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012 contemplen la perspectiva de la infancia y la adolescencia, recogida en el Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y Adolescencia (PASMIA).
2. Lograr que el PASMIA sea un referente en la atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia en el ámbito de las Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental.
3. Priorizar objetivos referidos al PASMIA en los Acuerdos de Gestión Clínica de Salud Mental.
4. Asumir el carácter fundamental de la promoción de salud y la prevención de la enfermedad mental en la infancia y la adolescencia.
5. Desarrollar estrategias coordinadas intersectoriales para fomentar el bienestar y la salud mental de la infancia y la adolescencia, sustentándolas en los activos para la salud que tienen las comunidades.
6. Lograr una coordinación intersectorial más efectiva.
7. Protocolizar las patologías más prevalentes en base a la mejor evidencia disponible.
8. Homogeneizar la cartera de servicios.

9. Adecuar los dispositivos de salud mental a las necesidades del/la menor y su familia.
10. Diferenciar, en la hospitalización y en aquellos programas que lo requieran, a la infancia y la adolescencia.
11. Crear nuevos servicios y dispositivos en función de las necesidades detectadas.

El PASMIA es un referente en la atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia en el ámbito de las Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental. Desde el año 2010 hasta 2013 se incluye en los Acuerdos de Gestión Clínica de Salud Mental un objetivo de obligado cumplimiento relacionado con la infancia y la adolescencia. En este contexto, se ha avanzado a través de distintos cauces en mejorar la coordinación intersectorial.

### Organización asistencial en Andalucía

El modelo de atención a la infancia y la adolescencia está enmarcado dentro del modelo general de la Atención a la Salud Mental en Andalucía y específicamente se ha desarrollado en los documentos, además del mencionado PISMA II.

En 1988, el Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM) publica en "DOCUMENTOS DE TRABAJO Nº 2", "La organización de la atención especializada en Salud Mental Infantil". Supone el primer documento sobre la atención a la Salud Mental de la Infancia en el que se ha basado la práctica en la comunidad autónoma desde la Reforma Psiquiátrica en Andalucía (1983). En él se recoge el modelo general para la organización de los Servicios de Salud Mental.

*"En lo que respecta a la intervención en Salud Mental Infanto-Juvenil, se pretende una actuación que contemple las intervenciones de cada uno de los escalones básicos ya mencionados, así como el desarrollo de equipos especializados como niveles de apoyo y referencia en relación a los anteriores. Entre estos dispositivos se encontraban las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil".*

El documento hace referencia al Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica

(Abril 1985) que reconoce la atención a la salud mental infanto-juvenil como uno de los "Programas especiales de carácter permanente" y responsabiliza a las Comunidades Autónomas para que diseñen y formulen este tipo de programas de acuerdo a sus características:

*"Así mismo, hay que tener en cuenta, con carácter general, que la infancia y la adolescencia tienen un papel de extrema importancia en el concepto de la futura salud. El 50% de los indicadores elaborados por la OMS para cumplir el objetivo de salud para todos en el año 2000 se refieren a la época infanto-juvenil y una parte importante de ellos hacen referencia a los contenidos psicosociales y relacionales. La inversión en servicios de atención a la infancia es, además, uno de los indicadores internacionales del nivel cultural y de sensibilidad social de todo el conjunto de un país."*

El PISMA I definía los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) como centros de apoyo a la Atención Primaria. Constituyen la puerta de entrada a la red de salud mental especializada. Atienden los problemas de salud mental de la población (de todas las edades) derivados desde Atención Primaria y coordinan las actuaciones del resto de dispositivos específicos, constituyendo el eje del Servicio de salud mental. Desarrollan programas comunitarios que integran actividades de carácter preventivo y de promoción de la salud, asistenciales y de rehabilitación y reinserción social coordinación con recursos sanitarios y no sanitarios.

Se definen también las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J) en cada área de salud mental, como "Unidades específicas de apoyo a los ESMD y de atención ambulatoria y hospitalaria, total o parcial, a los problemas de salud mental más graves de niños/as y adolescentes hasta los 18 años, cuyas necesidades sobrepasan la capacidad de actuación de los ESMD. Tienen una triple función de apoyo a la atención infantil de los ESMD, atención clínica directa y desarrollo de programas de enlace y apoyo a otros dispositivos sanitarios, educativos y sociales".

El Decreto 137/2002, de apoyo a las familias andaluzas, recoge el desarrollo de dispositivos socio-sanitarios de salud mental: “Al objeto de paliar la sobrecarga familiar que ocasionan determinadas psicopatologías en la población infantil y juvenil, se creará una red especializada para las patologías más complejas, que comprenderá hospital de día y hospitalización completa. Asimismo, se establecerán medidas para consolidar la atención comunitaria desde los equipos de salud mental de los Distritos de Atención Primaria de Salud”.

El desarrollo de este Decreto amplía las prestaciones de las USMI-J y se crean los hospitales de día y las camas hospitalarias para menores en unidades de Pediatría.

El Decreto 77/2008, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de salud mental en el ámbito del SAS, pone de manifiesto la necesidad de que las intervenciones se efectúen con un enfoque comunitario y sociosanitario, así como que la asistencia a las personas con TM se lleve a cabo tanto desde los dispositivos especializados creados a tal fin como mediante programas de actuación horizontales y diferenciados en los que participen diversos dispositivos y distintos profesionales del conjunto de la red sanitaria pública, que permita profundizar en la atención comunitaria a la salud mental y garantizar la continuidad de cuidados, evitando la fragmentación de la atención. Deben desarrollarse estrategias y actividades regladas de colaboración entre Atención Primaria y Atención Especializada.

Contempla la creación de la Unidad de Gestión Clínica, como modelo organizativo de la Salud Mental, que aborda de forma integrada actuaciones de prevención, promoción, asistencia, cuidados y rehabilitación.

La cartera de servicios de salud mental de infancia y adolescencia debe contemplar la atención primaria y especializada.

#### *Situación actual del modelo de atención a la atención a la infancia y adolescencia en Andalucía, en los dispositivos de salud mental*

Un primer nivel de atención es el Equipo Básico de Atención Primaria (EBAP), dispositivo en el que sus profesionales (pediatras, médicos de familia, enfermería) tienen el primer contacto con la población, realizando actividades de prevención y promoción de la salud mental, resolviendo determinadas demandas y detectando y derivando los problemas psicopatológicos, al nivel especializado, realizando en este caso el seguimiento de estos pacientes infantiles de forma coordinada con dichos dispositivos.

Un segundo nivel de atención lo constituye la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC), anteriormente Equipo de Salud Mental de Distrito (ESMD), que es el primer nivel de la atención especializada a la salud mental de niños/as y adolescentes, siendo el dispositivo básico en su ámbito de influencia con el que se coordinan el resto de los dispositivos. Presta atención ambulatoria a la demanda de salud mental infanto-juvenil derivada desde Atención Primaria y realiza actividades de apoyo y asesoramiento en programas de salud mental infanto-juvenil. Deriva al nivel más especializado (USMI-J) los problemas psicopatológicos que requieran atención en programas específicos por su gravedad, complejidad o necesidad de tratamiento intensivo.

En un tercer nivel de atención se encuentra la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J), dispositivo destinado a desarrollar programas especializados de atención a la salud mental de la población infantil y adolescente de edad no superior a dieciocho años.

Las funciones específicas de este dispositivo son:

- Prestar atención especializada a la salud mental, en régimen ambulatorio y de hospitalización total o parcial a la población infantil y adolescente con trastorno mental, derivada desde las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de actuación.

- Dar apoyo asistencial a requerimiento de otros dispositivos de salud mental.
- Poner en marcha programas asistenciales específicos para dar cobertura a la demanda derivada desde las unidades de salud mental comunitaria, o desde instituciones sanitarias y no sanitarias con competencia en materia de menores con las que se haya establecido cauces de coordinación.
- Asegurar la continuidad asistencial y de cuidados, tanto en el ámbito hospitalario como en el comunitario.
- Participar en el diseño y desarrollo de programas de atención a la salud mental de la población infantil y adolescente a implantar en otros dispositivos asistenciales de salud mental de su ámbito de influencia, prestándoles el asesoramiento necesario.
- Desarrollar actividades de formación continuada, docencia de pregrado y postgrado e investigación en salud mental.
- Aquellas funciones que así lo precisen, se ejercerán en colaboración con las instituciones competentes en materia de atención y protección de menores.

La Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J) desarrolla estas funciones en tres programas asistenciales:

- Consultas externas: se atiende, de forma ambulatoria por el equipo multidisciplinar y garantizando la accesibilidad y continuidad asistencial, a menores que presentan problemas de salud mental y a sus familias.
- Hospital de día: está orientado a atender a menores que, por la gravedad de su patología, requieren una intervención especializada, intensiva y continuada. Se intenta mantener al niño, niña o adolescente integrado en la escuela y en su medio, siempre que sea posible, adecuando el plan de tratamiento a estas necesidades.
- Hospitalización completa: para situaciones de crisis en las que sea necesario el interna-

miento hospitalario, éste se llevará a cabo en camas disponibles y adecuadas para estas edades.

#### *Atención ambulatoria*

En Andalucía se han definido tres niveles de atención para el tratamiento de patologías relacionadas con la salud mental infanto-juvenil: dos niveles son comunes y compartidos con el colectivo de adultos, y otro nivel es específico de niños y adolescentes.

El primer nivel de atención es el de Atención Primaria (Equipo Básico de Atención Primaria, EBAP), la cual es compartida con adultos. Los pacientes son atendidos por pediatras (en el caso de niños hasta 13 años) o por médicos de familia (en caso de pacientes de 14 años en adelante).

El segundo nivel de atención son las Unidades de Salud Mental Comunitarias (USMC). Estas unidades se encuentran repartidas por todas las provincias de la comunidad andaluza. Su número por provincia es variable, de forma que abarcan a toda la población de referencia. Estas Unidades son comunes para niños y adultos, y no disponen de espacios específicos para el colectivo infanto-juvenil. En algunos casos, se mantiene una relación estrecha con Atención Primaria, a través de realización de reuniones conjuntas entre ambos niveles de atención.

Estas USMC pueden estar integradas tanto en los espacios hospitalarios como ubicadas en los centros de Atención Primaria, siendo más común esta segunda posibilidad.

Finalmente, a un tercer nivel de atención se encuentran las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J). Estas unidades son en general uniprovinciales, aunque en algunos casos existen 2-3 por provincia.

Respecto a la ubicación de las USMI-J, normalmente se encuentran integradas en los recintos hospitalarios.

#### *Hospitalización y hospital de día*

Únicamente existen dos provincias que cuentan con unidades de hospitalización: Jaén y Málaga.

ga. No obstante, estos no son espacios específicos, son camas de Pediatría que han sido adecuadas y adaptadas para el ingreso de pacientes de Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

Junto a las USMI-J se suelen encontrar hospitales de día específicos de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. La distribución de estos recursos en las provincias no es homogéneo: en algunas USMI el hospital de día está integrado en estas instalaciones, en otras son independientes de las unidades y en algunos casos, no se cuenta con este servicio.

#### *Otros recursos disponibles*

En Andalucía se cuenta con otros recursos adicionales, como son los Centros de Atención Infantil Temprana, que prestan atención a los menores de 6 años con disfunciones psicológicas, neurológicas o sensoriales, transitorias o permanentes. Se trata de unidades asistenciales especializadas para prestar atención integral, junto con los diferentes sectores educativo, sanitario y social a los niños menores de 6 años con trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos, así como a su familia y el entorno.

Son centros concertados, a los que se accede desde los servicios sanitarios de Atención Primaria.

#### *Guardias*

No se realizan guardias específicas en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Las guardias se realizan de forma general, para todas las edades.

#### *Urgencias*

Los pacientes son tratados o bien por un psiquiatra de adultos o por un pediatra.

#### *Proceso de admisión, tratamiento y alta*

La principal vía de entrada para el diagnóstico y tratamiento de nuevos pacientes es a través del ámbito de Atención Primaria, que deriva a los pacientes hacia el segundo nivel de atención (USMC) y al tercer nivel (USMI), en este orden.

Algunos pacientes pueden ser atendidos directamente a través de Urgencias. En ese caso, y si se considera procedente, el paciente puede ser derivado directamente al segundo nivel (USMC), y a partir de ahí, continuar con el proceso asistencial según el progreso y evolución de su patología.

Debido a la limitación de recursos en las unidades de hospitalización, si el paciente requiere ingreso y no se dispone de plazas libres en estas unidades, en caso de ser un caso grave y para adolescentes mayores, el paciente puede ser ingresado en las unidades de hospitalización de adultos. En caso contrario, el paciente es ingresado en pediatría.

Una vez el paciente ha recibido el alta, el seguimiento de su evolución se realiza en las USMC o en las USMI, dependiendo de la gravedad del caso y las características particulares de cada paciente. Si el alta se realiza desde una unidad de hospitalización, el paciente debe ser derivado necesariamente en un primer momento a la USMI; posteriormente, dependiendo de su evolución, podrá ser derivado a otros niveles de atención en Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

#### *Relación con otras especialidades y otros dispositivos asistenciales*

Existe una estrecha relación entre las USMC y las USMI. Ambas unidades mantienen reuniones para favorecer su coordinación. En ambos equipos hay psicólogos y psiquiatras. Los psicólogos son los referentes de las USMC, que acuden a las reuniones a las USMI.

También se mantiene relación con los servicios educativos, con los colegios y con los servicios de atención al menor. No obstante, estas relaciones no están tan estructuradas, siendo más puntuales. Normalmente las relaciones entre estos colectivos son coordinadas por un trabajador social.

Respecto a la coordinación entre las USMI, se realiza de manera muy puntual. Al atender cada una a su población de referencia no existen muchos puntos de colaboración e integración, por lo que la interrelación es escasa.



### *Protocolos y programas diferenciados*

En este ámbito, la Comunidad Autónoma de Andalucía cuenta con los Procesos Asistenciales Integrados (PAIs). Están implantados dos procesos asistenciales integrados específicamente relacionados con la salud mental de la Infancia y la Adolescencia:

- **Trastornos del Espectro Autista (TEA)**

Pretende ofertar el servicio de Atención Temprana de manera integrada a los menores que precisan un seguimiento especial por presentar trastornos del espectro autista o riesgo de padecerlo, así como a sus familias, con la finalidad principal de obtener el máximo de sus competencias, consiguiendo una mejora en su calidad de vida y de su familia.

El abordaje eficaz de los TEA requiere de un enfoque integral, de una respuesta intersectorial, interdisciplinar y multiprofesional inserta en un modelo de intervención uniforme, centrado en el niño o la niña, la familia y el entorno. Al respecto se considera prioritaria la comunicación interniveles y la comunicación directa de los profesionales de Atención Primaria con las Unidades de Salud Mental Infantojuvenil (USMIJ) y los Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT) así como la coordinación eficaz con los centros educativos, para lo que será fundamental el uso de las TIC.

- **Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)**

En el marco del PISMA I, se elabora el Proceso Asistencial Integrado TCA.

Este proceso plantea un modelo de coordinación que, sobre la base de líneas claras y criterios uniformes de actuación, garantice la continuidad asistencial, redefiniendo nuevos elementos que ayuden a mejorar la calidad de la atención de los TCA. Se hace una apuesta de coordinación importante que se completará con las propuestas de mejora que conlleva la implantación del proceso, en conexión con las estrategias de desarrollo del nuevo Plan de Salud Mental Infanto-Juvenil.

### *Recursos disponibles en Andalucía*

La Comunidad Autónoma de Andalucía ha definido una estructura de atención asistencial de la salud mental organizada en tres niveles claramente diferenciados. El primer nivel es el Atención Primaria. El segundo nivel corresponde a las Unidades de Salud Mental Comunitarias (USMC), donde se tratan tanto pacientes adultos como infantiles y juveniles. Y finalmente, en un tercer nivel, se encuentran las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J).

Estas USMI-J son las únicas específicas del campo de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Actualmente, Andalucía cuenta con USMI-J en todas sus provincias, existiendo a día de hoy un total de 14 unidades.

Normalmente, las propias USMI-J cuentan, además de con las consultas ambulatorias, con hospitales de día, y en algunos casos concretos, con unidades de hospitalización. Estas unidades están ubicadas en Jaén y Málaga, aunque no son espacios específicos de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, sino que pertenecen al Servicio de Pediatría hospitalario.

A continuación se resumen los dispositivos existentes relacionados con la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en Andalucía y los ratios por 100.000 habitantes menores de 18 años en Andalucía.

### Principales datos y ratios de recursos materiales de PNA en Andalucía

Recurso	Valor	Ratio / 100.000 hab.*
Dispositivos ambulatorios (USMC)	77	5,81
Dispositivos ambulatorios (USMI-J)	14	1,06
Unidades hospitalización	2	0,15
Nº de camas en unidades de hospitalización	8	0,70
Nº de plazas en Hospitales de día	252	19,01

Datos 2012.

\* Nota: dato de población menor de 18 años obtenido del Instituto Nacional de Estadística, a fecha de 1 de enero de 2012.

En cuanto a los recursos humanos disponibles, la distribución por perfiles profesionales, en cada uno de los dispositivos ambulatorios es la siguiente:

### Principales datos y ratios de recursos humanos ambulatorios de PNA en Andalucía

	USMC*	USMI-J*	Total*	Ratio USMIJ / 100.000 hab.**
Psiquiatra	296,5	36	332,5	2,72
Psicólogo/a clínico/a	144,5	32,5	177	2,45
Trabajador/a social	75,7	12	87,7	0,96
Diplomado/a Universitario/a en Enfermería (DUE)	154	40	194	3,02
Auxiliar de enfermería	122	29	151	2,19
Auxiliar administrativo/a	107	15	122	1,13
Terapeuta ocupacional	0	13	13	0,98
Monitor ocupacional	0	5	5	0,38
Celador	2	0	2	-
<b>Total</b>	<b>901,7</b>	<b>182,5</b>	<b>1.084,2</b>	

\* Las jornadas a tiempo parcial se contabilizan como 0,5 jornadas.

\*\* Nota: dato de población menor de 18 años obtenido del Instituto Nacional de Estadística, a fecha de 1 de enero de 2012.

Los recursos humanos disponibles en los dispositivos ambulatorios se distribuyen y organizan para dar servicio tanto en las consultas externas como en el hospital de día y en las instalaciones de hospitalización completa.



## Volumen de actividad en Andalucía

### *Actividad ambulatoria*

Las Unidades de Salud Mental Comunitarias (USMC) y Unidades de Salud Mental Infantil (USMI-J) realizaron la siguiente actividad ambulatoria en el año 2012.

### *Principales datos y ratios de actividad ambulatoria de PNA en Andalucía*

Dispositivo	Personas atendidas	Ratio pacientes USMIJ / 1.000 hab	Primeras consultas	Consultas sucesivas	Total	Ratio USMIJ / 100.000 hab.**
USMC*	253.372	–	172.910	1.100.151	1.273.061	–
USMI-J	19.467	14,68	9.252	150.489	159.741	12.049,97

\* Nota: incluye actividad en adultos.

\*\* Nota: dato de población menor de 18 años obtenido del Instituto Nacional de Estadística, a fecha de 1 de enero de 2012.

### *Actividad hospitalaria*

A continuación se recoge la actividad hospitalaria en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en Andalucía. Los datos recogidos corresponden a las altas tras los episodios de hospitalización por trastornos mentales en todos los hospitales del SSPA, incluyendo las producidas en hospitales que no disponen de unidades de salud mental.

Patología	Altas hospitalarias	Estancia media
Intervención con diagnóstico principal de enfermedad mental	1	8,00
Reacción aguda de desadaptación y disfunción psicosocial	31	4,16
Neurosis depresiva	6	12,17
Neurosis, excepto neurosis depresiva	29	10,17
Trastornos de la personalidad y de la impulsividad	19	12,00
Retraso mental y trastornos mentales	57	8,42
Psicosis	45	17,36
Trastornos mentales de la infancia	108	9,53
Otros trastornos mentales	42	19,00
<b>Total</b>	<b>338</b>	<b>11,30</b>

Datos 2012.

### Situación de la formación en Andalucía

A modo ilustrativo, se recoge a continuación un cuadro resumen con el grado de desarrollo de la oferta formativa en Andalucía para cada uno de los niveles formativos definidos.

#### *Estado de situación de la formación en Andalucía*

Comunidad Autónoma	Formación de grado	Formación de postgrado	FSE	Formación continuada
Andalucía	Bajo	Bajo	Medio	Bajo

La implantación de la formación en Andalucía depende de la situación particular de cada provincia, siendo ésta más o menos amplia.

#### *Formación de grado y post-grado*

Respecto a la formación de grado, algunos profesionales son profesores asociados de asignaturas de libre configuración, de forma puntual, más por interés personal que debido a una organización estructurada.

En este sentido, se está intentando fomentar la rotación y realización de estancias por parte de estudiantes de medicina en las USMI-J y las USMC, aunque a día de hoy no se ha conseguido aún consolidar esta iniciativa. Estas rotaciones consistirían en estancias cortas de los estudiantes en las unidades.

No se han identificado actividades formativas a nivel de postgrado. No se dispone de másteres con aplicación en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, a excepción de un máster interuniversitario promovido por la Universidad de Cantabria, con la participación de la Universidad de Cádiz.

#### *Formación sanitaria especializada*

En general, en toda la Comunidad Autónoma de Andalucía se realizan rotaciones de MIR, PIR y EIR por las USMI-J.

En menor medida y de forma menos organizada, también se realiza formación de terapeutas ocupacionales.

Estas rotaciones se realizan en las propias USMI-J y, dependiendo del perfil profesional, tienen diferente duración. En caso de los psicólogos (PIR), las rotaciones son de seis meses, mientras que en el caso de los médicos (MIR), la duración es de tres meses.

#### *Formación continuada*

Respecto a la actividad de formación continuada, se disponen de espacios para la realización de sesiones clínicas periódicas, tratándose de iniciativas propias de cada Unidad más que un sistema estructurado a nivel de comunidad autónoma.

#### Actividad científica en Andalucía

La investigación realizada en la Comunidad Autónoma de Andalucía se realiza generalmente por interés personal de los profesionales. No se encuentra organizado un sistema estructurado de apoyo a la investigación a nivel regional. No obstante, se están poniendo en marcha algunas iniciativas para apoyar el desarrollo de estas actividades. En concreto, se está poniendo en marcha un grupo de trabajo de la Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía con el objetivo de diseñar e intentar obtener financiación para la puesta en marcha de un proyecto europeo, implicando a diferentes profesionales del ámbito de Andalucía.

Adicionalmente, como medida de fomento de la investigación en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, la Asociación Española de

Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNYA) ha financiado una beca para el desarrollo de actividades científicas en este campo de conocimiento.

Desde la USMI-J de Granada se está trabajando para fomentar el desarrollo de actividades científicas a nivel de Andalucía, pero actualmente se encuentran en una fase de consolidación de la estructura. Por otra parte, también están iniciando los pasos para estructurar actividades de investigación clínica (ensayos clínicos).

Esta USMI-J centra sus investigaciones principalmente en los ámbitos de autismo y alimentación, acoso escolar, neurolépticos y alteraciones metabólicas.

#### Relación del sector profesional de Andalucía con otros colectivos

La principal modalidad de colaboración y trabajo conjunto de los profesionales de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en Andalucía con otros colectivos es a través de reuniones periódicas con diferentes asociaciones. Otras veces se han planteado otras modalidades de colaboración, las cuales son valoradas de forma particular dependiendo de los recursos disponibles.

Existe relación habitual con colegios y otras entidades educativas, mediante reuniones con educadores especializados, así como con los psicólogos de los colegios. Adicionalmente, la relación con la Consejería de Educación se consolida con la presencia de maestros en los equipos de las USMI para trabajar de forma conjunta en equipos multidisciplinarios.

Toda esta relación con el colectivo de educación tiene como finalidad el tratamiento y resolución de casos clínicos que puedan ser coordinados entre ambos equipos.

Respecto a la relación con los familiares de los pacientes, también se realizan actividades conjuntas. Se realizan tanto cursos específicos como encuentros de psico-educación. Esto permite estrechar la relación con estos familiares. Los esfuerzos en la relación con los familiares son inversamente proporcionales a la edad del paciente: a menor edad del paciente, se realiza un mayor trabajo con

los familiares, ya que éste requiere un mayor grado de supervisión y seguimiento.

Específicamente, los profesionales de la USMI de Granada mantienen una relación muy estrecha con los pacientes y familiares del ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente. La principal relación es con los familiares de pacientes del TDAH. Gracias a la iniciativa de la USMI de Granada se constituyó y puso en marcha la Asociación Ampachico, centrada en esta patología. También se colabora habitualmente con asociaciones relacionadas con el trastorno de espectro autista.

#### *Promoción*

En el ámbito de la promoción, las acciones en salud mental se enmarcan dentro de la estrategia más global de promoción de salud de la Consejería, incluyendo fundamentalmente proyectos como el seguimiento de la salud infantil y del adolescente y el Programa Forma Joven, estrategia de promoción de salud desarrollada por las Consejerías de Educación, de Igualdad y Bienestar Social y de Salud que pretende acercar a los espacios frecuentados por adolescentes y jóvenes, asesorías de información y formación atendidas por un equipo de profesionales de diferentes sectores, para ayudarle a decidir en la elección de las respuestas más saludables.

#### *Prevención*

En cuanto a las actuaciones de prevención, éstas se centran en niños y adolescentes en situaciones de mayor riesgo de desarrollo de trastornos mentales.

Aunque la competencia sobre los programas y acciones educativas es responsabilidad del ámbito educativo, el apoyo de los dispositivos de salud mental puede ser fundamental para mejorar la calidad de sus intervenciones en aspectos preventivos.

En concreto, en el campo de la prevención se está desarrollando un programa de atención a menores convivientes con personas con trastornos mentales graves. Se trata de una actividad de promoción de salud y prevención de la enferme-

dad mental para contribuir al desarrollo personal y social y a potenciar la autonomía e independencia, así como luchar contra el estigma informando sobre las enfermedades mentales de los progenitores o hermanos convivientes con personas con Trastorno Mental Grave (TMG).

#### *Calidad*

En el campo de la calidad, cabe destacar el desarrollo de cursos acreditados por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, realizados en la Escuela Andaluza de Salud Pública. En el año 2013 se llevó a cabo el curso de “Implantación del Proceso Asistencial Integrado Trastornos del Espectro Autista”.

## Situación de la PNA en Aragón

### Estrategias implantadas en Aragón

En Aragón, la principal estrategia planteada en el ámbito de la salud mental es el "Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón". Este Plan Estratégico realiza una descripción del marco normativo que regula la salud mental, un análisis de situación de la atención a la salud mental en Aragón, una descripción del modelo de atención a la salud mental en Aragón, una propuesta de Red de Salud Mental para Aragón (entre las que se encuentran las Unidades de Salud Mental Infanto-juveniles) y la definición de una serie de actuaciones prioritarias a poner en marcha durante la vigencia del Plan.

Entre los Programas definidos en el Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón, se encuentra el Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-juvenil.

En este Programa se recoge tanto su justificación como la cartera de servicios. Esta oferta asistencial tiene en el ámbito infanto-juvenil un carácter flexible en función de los cambios de necesidades que se aprecien en esta población y en su realización deberán estar implicados todos los profesionales relacionados. La cartera de servicios de este Programa es la siguiente:

- Modalidades de intervención: asistenciales (atención ambulatoria y hospitalaria), de interconsulta, de información y consulta institucional, formativas y administrativas.
- Intervenciones terapéuticas priorizadas: criterios de priorización (factores clínicos, psicosociales, grado de incapacidad, grado de sufrimiento, etc.), perfiles de demanda destacados (conductas autodestructivas, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos disociales, trastornos generalizados del desarrollo, psicosis y primeros episodios de esquizofrenia, riesgos sociofamiliares y trastornos de ansiedad en la infancia y la

adolescencia) e intervenciones terapéuticas programadas.

En el Programa también se definen las estructuras físicas necesarias, los ratios y la ubicación de los dispositivos, de forma que pueda garantizarse unos mínimos asistenciales en los servicios existentes y una cobertura equitativa en salud mental para la población infantil y juvenil de Aragón.

A su vez, se recogen los perfiles que deberían tener los profesionales de los dispositivos específicos de la red de salud mental del niño y el adolescente: composición, naturaleza y funciones del equipo de salud mental infanto-juvenil. Estos equipos son la pieza clave sobre la que se organiza la atención a los niños y los adolescentes, ya que normalmente el nivel de atención es ambulatorio, y es aquí donde actúan los equipos.

Para optimizar la atención a los niños y adolescentes en el campo de la salud mental, se proponen las siguientes figuras:

- Establecer la figura de un Coordinador General de Salud Mental Infanto-juvenil, designado institucionalmente a propuesta de los diversos equipos, con la función prioritaria de impulsar y desarrollar el intercambio técnico y la comunicación entre los mismos.
- Por otra parte, se propone nombrar un coordinador en cada dispositivo de salud mental infanto-juvenil por parte de la Administración. Un técnico superior elegido dentro del equipo, por dos años. El acceso al puesto se determina en su momento a través del establecimiento de unas bases. La Administración potenciará la actividad de coordinación entre los dispositivos de salud mental infanto-juvenil a todos los niveles.

Actualmente, la estrategia vigente en Psiquiatría del Niño y el Adolescente en la Comunidad Autónoma de Aragón se articula a través de la adaptación de la Estrategia Estatal definida a la situación concreta de esta Comunidad, llevada a cabo por un grupo de trabajo específico de este campo de actividad.

El Programa de Salud Mental fue revisado a su finalización, lo que implica una voluntad de mejora evidente, tanto a nivel institucional como por parte del colectivo profesional.

Tras esta revisión se obtuvieron las siguientes conclusiones generales:

- Desarrollo del Modelo de Gestión de Atención a la Salud Mental: principalmente centrado en la necesidad de integrar el Sistema de atención a la salud mental en la Atención Especializada, fortalecer la Estructura Directiva y desarrollar el Sistema de Información.
- Mejora de los Servicios en la Atención al Trastorno Mental: concretamente, el Proceso Asistencial del Trastorno Mental Grave, el Proceso Asistencial del Trastorno Infantojuvenil y el Proceso Asistencial del Trastorno Mental Común.

### Organización asistencial en Aragón

El campo de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, así como la Psiquiatría en general, ha sufrido cambios estructurales en los últimos años en la Comunidad Autónoma de Aragón. Inicialmente, el ámbito general de salud mental se encontraba englobado íntegramente en el Servicio Aragonés de Salud. No obstante, se ha producido en los últimos años una reestructuración orgánica, y actualmente este ámbito de salud mental es dependiente directamente del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia del Gobierno de Aragón.

Aunque el cambio de estructuración es positivo, se ha detectado una capacidad de control más discreta sobre la actividad en este ámbito de conocimiento por parte del Servicio Aragonés de la Salud, ya que no depende jerárquicamente de una forma directa del mismo.

Actualmente, el ámbito de Psiquiatría del Niño y el Adolescente en Aragón cuenta con diferentes dispositivos para ofrecer sus servicios a la población: unidades de salud mental del niño y el adolescente ambulatorias (en prácticamente la totalidad de las 8 áreas sanitarias en las que se estructura la Comunidad), una unidad específica de Trastornos

de la Conducta Alimentaria (para menores de 18 años y de referencia para todo Aragón), una unidad de coordinación sociosanitaria en salud mental y una unidad de hospitalización recientemente inaugurada. Adicionalmente, entre los dispositivos disponibles se cuenta con un Centro de Día, el cual es un recurso mixto compartido entre el Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia y el Departamento de Educación, Universidad, Cultura y Deporte del Gobierno de Aragón.

Cada uno de los ámbitos de salud mental del niño y el adolescente depende del servicio de Psiquiatría hospitalario correspondiente. De esta forma, a excepción del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza, donde existe la figura de Jefe de Sección específico, cada una de las áreas de salud mental está coordinada por el jefe de Servicio de Psiquiatría correspondiente.

Respecto a la hospitalización de pacientes, en Aragón se dispone de una unidad específica para niños y adolescentes. No obstante, ésta ha sido puesta en marcha recientemente. Anteriormente existían diversos problemas en la hospitalización de estos pacientes, ya que debían ser ingresados en las instalaciones destinadas a adultos.

### *Proceso de incorporación, tratamiento y alta a la Unidad de Hospitalización*

La indicación de hospitalización debe hacerse desde la Unidad de Salud mental Infanto-Juvenil (USMIJ) de referencia o desde el servicio de urgencias hospitalarias (del área del paciente) siempre tras contactar con la unidad de hospitalización, cuya comisión de ingreso o de urgencia valorará su aceptación en la misma (psiquiatras infantojuveniles y pediatra hospitalario).

El paciente deberá ser derivado con informe clínico de derivación que incluya datos de filiación, tutoría legal, nombre del profesional que deriva (centro y profesional), motivo de ingreso, objetivo, antecedentes personales y familiares, situación escolar, enfermedad actual, tratamientos recibidos y actual, exploraciones complementarias y orientación diagnóstica/ diagnóstico diferencial. Se deberá contactar telefónicamente con la unidad

de hospitalización de corta estancia (UCE) en Psiquiatría del Niño y el Adolescente para informarse de la existencia de cama libre en caso de urgencia o programar el ingreso del menor. En el caso de un 100% de ocupación de la unidad cada sector gestionará el ingreso en un centro privado y debe asumir el coste de dicho ingreso.

Al alta hospitalaria, también debe retornar el paciente a la USMIJ de referencia para continuar su tratamiento con un informe del hospital para garantizar la continuidad de cuidados al alta. La continuidad asistencial de los pacientes que han sido hospitalizados es garantizada por las USMIJ, donde el paciente ha de regresar tras el ingreso con informe de alta.

Los pacientes se derivan al cumplir 18 años a Psiquiatría de adultos con el correspondiente informe al alta. Se realizan posteriormente reuniones de derivación sistemáticas.

#### *Guardias*

No existen guardias específicas de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, siendo compartidas con Psiquiatría de adultos.

Si hay necesidad de ingreso, se ponen en contacto con la unidad específica de hospitalización, si hay cama se hace el ingreso, si no pasan a lista de espera. Si no se puede demorar el ingreso, cada sector asume la hospitalización de cada paciente concreto.

#### *Protocolos y programas diferenciados*

Existe una unidad específica de Síndrome de Cornelia de Lange en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza, en colaboración con pediatría y genética, que son los promotores del proyecto. La unidad se encuentra actualmente en proceso de reconocimiento como unidad de referencia a nivel nacional.

Se han implantado además protocolos específicos de TDAH por sector, realizando reuniones de coordinación con Pediatría y Atención Primaria.

#### *Recursos disponibles en Aragón*

La Comunidad Autónoma de Aragón, cuenta con dispositivos ambulatorios y de hospitalización para el tratamiento de sus pacientes en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente. En siete de las ocho áreas sanitarias de Aragón se dispone de una unidad ambulatoria específica de este ámbito. Todas estas unidades disponen de personal específico propio para la realización de sus funciones y servicios (normalmente, los equipos los componen psiquiatras, psicólogos y enfermeros).

A nivel de hospitalización, se comentaba previamente la reciente puesta en marcha de la unidad de hospitalización del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza, con capacidad para 6 camas (aunque pueden ampliarse los recursos con 4 camas adicionales disponibles en el servicio de Pediatría. Dentro del nivel hospitalario existe también un Centro de Día con un total de 15 plazas, aunque dicho recurso es compartido con el sector de educación. No obstante, dispone de un equipo multidisciplinar propio.

Adicionalmente, Aragón cuenta con otra serie de dispositivos dentro del ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente: una unidad de coordinación sociosanitaria y una Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria, ubicada físicamente en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, también con personal específico propio.

A continuación se recogen en la siguiente tabla la cuantificación de los recursos estructurales disponibles en la Comunidad Autónoma de Aragón.

### Principales datos y ratios de recursos materiales de PNA en Aragón

Recurso	Valor	Ratio / 100.000 hab.*
Dispositivos ambulatorios	7	3,23
Camas unidad de hospitalización	10	4,61
Plazas centro de día	15	6,92

Datos 2013.

\* Nota: dato de población menor de 18 años obtenido de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Respecto a la distribución de recursos humanos, los perfiles profesionales existentes y su volumen y ratio en el ámbito ambulatorio son los siguientes:

### Principales datos y ratios de recursos humanos ambulatorios de PNA en Aragón

Profesional	Valor	Ratio / 100.000 hab.*
Psiquiatra	8,5	3,92
Psicólogo clínico	7,8	3,60
Enfermero	6	2,77

Datos 2013.

Las jornadas a tiempo parcial se contabilizan con valores decimales.

\* Nota: dato de población menor de 18 años obtenido de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Respecto al volumen y ratios de los recursos humanos a nivel hospitalario y de otros dispositivos, se recoge en la siguiente tabla.

### Principales datos de recursos humanos (hospitalarios y otros dispositivos) de PNA en Aragón

Profesional	H.U. Miguel Servet	H.C.U. Lozano Blesa	Aula Terapéutica Movera	UTCA
Psiquiatra	1	1	0,5	1
Psicólogo clínico	1	-	1	1
Enfermero	-	2	-	1
Auxiliar de enfermería	-	1	-	-
Trabajador social	-	0,75	1	0,5
Profesor	-	1	2	0,5
Pediatra	-	0,5	-	0,5

Datos 2013.

Las jornadas a tiempo parcial se contabilizan con valores decimales.



### Volumen de actividad en Aragón

Se ha analizado el volumen de actividad de la Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, cuyos indicadores de incidencia y frecuentación se indican a continuación.

#### *Principales datos e indicadores de actividad ambulatoria de PNA en el H. C. U. Lozano Blesa*

Año	1º visitas	Incidencia	Total visitas	Frecuentación
2010	728	3,36	5.838	22,32
2011	716	3,30	5.576	25,73
2012	792	3,65	5.317	24,53
2013	510	2,35	4.374	20,18

Nota: dato de población menor de 18 años obtenido de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Adicionalmente, el personal de Psicología realizó un total de 1.976 revisiones en 2012 y 2.164 revisiones en 2013.

Lista de espera es creciente, superando los 6 meses. Este indicador se redujo a 59,2 días en enero de 2013 tras contratar temporalmente a un psiquiatra. En 2013 tras abrir la UCE y pasar un psiquiatra de consultas a planta y tener que cubrir sus vacaciones y haber una jubilación sin cubrir en diciembre de 2013 la demora fue de 271 días.

Se han analizado los datos de hospitalización entre los años 2005 y 2011, bien en las cuatro camas reservadas en la UCE de Psiquiatría de adultos del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa desde el año 2000 o en el Servicio de Escolares de Pediatría que forma parte de la UTCA, de referencia también para menores de toda la Comunidad con cuatro camas asignadas desde 1999, como consta en el Programa de Atención a la Salud mental Infanto-Juvenil (Plan Estratégico de Salud Mental 2002-2010).

#### *Número de ingresos en dispositivos hospitalarios del HCU Lozano Blesa en PNA (2005-2012)*

Año	Psiquiatría adultos	Pediatría	Total
2005	53	119	172
2006	48	93	141
2007	47	32*	80
2008	42	28	70
2009	44	48	92
2010	64	42	106
2011	47	40	87

\* Año de implantación del PITA Programa Intensivo ambulatorio en la UTCA que redujo de forma exitosa la necesidad de hospitalización.

En el año 2013 se realizaron un total de 132 ingresos en la Planta UCE de Psiquiatría Infanto-juvenil.

Los diagnósticos más frecuentes entre los pacientes menores de 18 años ingresados en nuestra Sección en los últimos años son:

- Episodios psicóticos agudos (primeros brotes de psicosis esquizofrénica, primeros episodios psicóticos donde es importante la intervención temprana, episodios agudos de trastorno bipolar, episodios psicóticos inducidos por tóxicos).
- Trastornos afectivos o del humor (episodios depresivos moderados o graves complicados con conductas suicidas o con fracaso terapéutico ambulatorio).
- Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) con complicaciones psicopatológicas graves

que alargan y empeoran la evolución, desnutrición grave (> 30% del peso adecuado, IMC < 16 Kgr/m<sup>2</sup>, etc.).

- Trastorno de conducta disocial socializado y no. Los trastornos de conducta pueden constituir un riesgo para su integridad o la de terceros, dificultan su integración social. En ocasiones es necesaria la hospitalización para la estabilización del cuadro.
- Trastornos de adaptación.
- Intentos de suicidio, tentativas autolíticas, ingestas medicamentosas voluntariamente autoinfligidas, autoagresiones.
- Descompensaciones agudas en pacientes con discapacidad psíquica, retraso mental o trastorno del espectro autista, trastorno generalizado del desarrollo.
- Cuadros disociativos.

*Diagnósticos realizados en la unidad de hospitalización de Psiquiatría de adultos en PNA (2010-2011)*

Diagnóstico	2010	2011
Trastorno de adaptación con alteración de emociones y conducta	16	11
Episodio psicótico con consumo tóxicos	13	8
TCA grave con comorbilidad	12	9
TC disocial con agresividad explosiva intermitente	6	5
Esquizofrenia	6	7
Depresión	4	4
Trastorno bipolar	2	1
Conducta suicida	5	2

Fuente: datos aportados por la unidad de hospitalización del HUC Lozano Blesa.

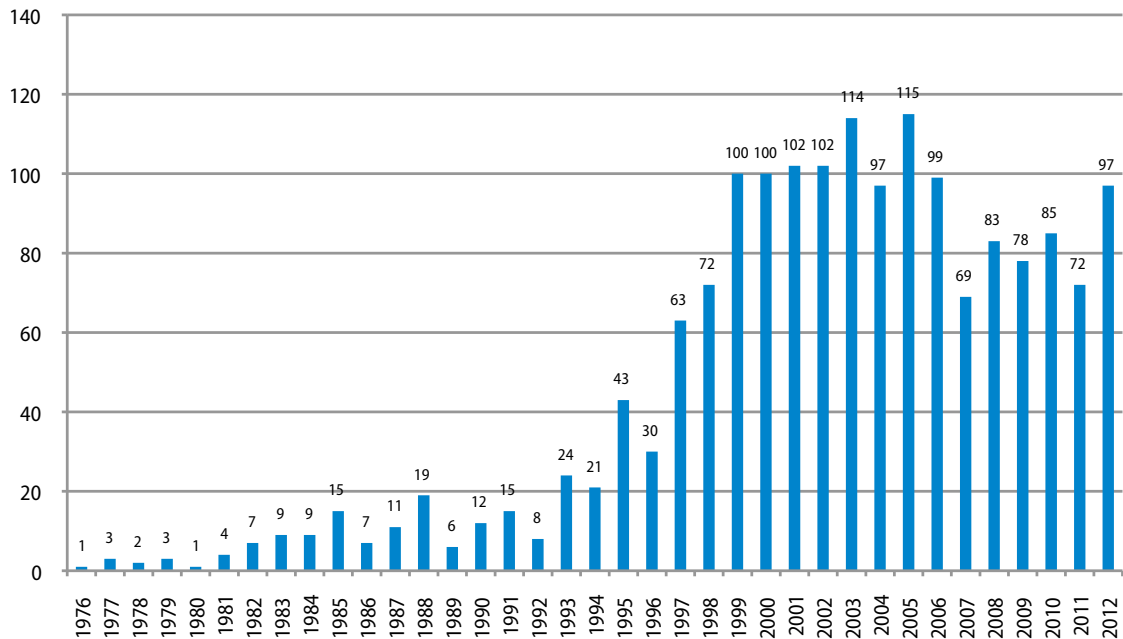
Respecto a la Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria (UTCA) suprasectorial, en los años 2010 y 2011 se obtuvieron los siguientes datos de actividad.

*Principales datos de actividad de la UTCA de Aragón*

Indicador	2010	2011
Casos nuevos	95	72
Revisiones ambulatorias Psicología Clínica y Psiquiatría	2.499	2.424
Ingresos hospitalarios	49	30
Pacientes en grupos terapéuticos	52	56
Revisiones de enfermería	-	2.722
Comedor terapéutico	-	173
Apoyo escolar	-	84
Conducta suicida	5	2

Durante el año 2013 se detectaron 109 casos incidentes de TCA con una demora actual de 42 días y 57 ingresos.

*Casos nuevos diagnósticos por año en UTCA (1976-2012)*



Fuente: Unidad de TCA del H. C. U. Lozano Blesa.

### Situación de la formación en Aragón

A modo ilustrativo, se recoge a continuación un cuadro resumen con el grado de desarrollo de la oferta formativa en Aragón para cada uno de los niveles formativos definidos.

#### *Estado de situación de la formación en Aragón*

Comunidad Autónoma	Formación de grado	Formación de postgrado	FSE	Formación continuada
Aragón	Bajo	Medio	Medio	Medio

A nivel de formación en Psiquiatría del Niño y el Adolescente, en Aragón se cuentan con las siguientes iniciativas docentes:

En el grado de Medicina se realizan talleres, seminarios y clases. Cabe destacar a nivel de grado la existencia de tres profesores asociados médicos de Psiquiatría Infantil con prácticas adicionalmente a la docencia teórica.

A nivel de postgrado se cuenta con un máster de investigación, un máster de Terapia Familiar y un máster de TCA y Obesidad.

A nivel de formación sanitaria especializada, se forman estudiantes de MIR y PIR y se cuenta con los cursos de Trabajo social Psiquiátrico.

Finalmente, a nivel de formación continuada, las actividades formativas se centran en los cursos en la Universidad de Verano de Teruel de Psicopatología Adolescencia (13 ediciones), el curso de Psiquiatría Infantil en UCM (El Escorial, 7 ediciones), los cursos anuales acreditados de Psiquiatría Infantil para la Dirección de Atención Primaria del Salud y los cursos con Colegio de Médicos, Escuela Aragonesa de Cuidados de Salud, Ibercaja, y Asociación Aragonesa de Psicopedagogía.

#### Actividad científica en Aragón

La actividad científica en Aragón se desarrolla principalmente en las áreas temáticas de TDAH, TCA, psicosis y Cornelia de Lange. Como líneas científicas concretas de trabajo se enumeran las siguientes:

- Trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes de Zaragoza (objetivo: establecer la prevalencia y población con riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes escolarizados de Zaragoza).
- Programa de intervención comunitaria para el estudio y prevención de los trastornos de la conducta alimentaria (objetivo: desarrollar prevención primaria y secundaria de trastornos de la conducta alimentaria en población adolescente en la escuela y en asociaciones juveniles).
- Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en infancia y adolescencia temprana (objetivo: establecer la prevalencia de población con riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes tempranos escolarizados de Teruel).
- Programa de prevención de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes evaluado con ensayo aleatorizado multicéntrico (objetivo: prevención selectiva de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes).
- Proyecto AD Chip (objetivo: utilizar AD chip/kit R para evaluar pronóstico y evolución del TDAH con o sin comorbilidad con trastornos de conducta).
- Efecto del tratamiento con PUFAS omega-3 sobre el metabolismo oxidativo y la sintomatología en pacientes con TEA mediante

un ensayo clínico multicéntrico (objetivo: evaluar el efecto del tratamiento con ácidos grasos omega-3 durante 8 semanas sobre el metabolismo oxidativo en pacientes con TEA: ensayo clínico randomizado, cruzado doble ciego, controlado con placebo).

- Interacción genotipo-fenotipo y ambiente. Aplicación a un modelo predictivo en primeros episodios psicóticos (objetivo: estudiar primeros episodios psicóticos).
- Fenotipo Conductual del Cornelia de Lange.
- Estudio de casos y controles del TDAH en progenitores.

#### Relación del sector profesional de Aragón con otros colectivos

El colectivo de Psiquiatría del Niño y el Adolescente de la Comunidad Autónoma de Aragón tiene una estrecha colaboración con asociaciones de pacientes, familiares y allegados.

Destaca especialmente la colaboración con los siguientes colectivos y asociaciones en actividades de formación y comunicación. En algunos casos se han elaborado informes técnicos para las mismas:

- Asociación Aragonesa de Familiares de Enfermos con Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia y Bulimia (ARBADA).
- Autismo Aragón. Asociación de padres de personas con autismo de Aragón.
- Asociación Asperger y TGDs de Aragón.
- Atención: Asociación Regional Aragonesa de familiares y profesionales orientada al diagnóstico, investigación, tratamiento y tiempo libre de la hiperactividad, déficit de Atención y trastornos asociados.

#### *Relación y coordinación con otros departamentos y colectivos*

La principal relación con otros colectivos se realiza a través del interés conjunto en patologías concretas, como es el caso de la discapacidad intelectual (donde se encuentra el autismo, entre otras).

Existe una comisión específica con el colectivo de educación, formalmente constituida aunque actualmente con baja actividad.

El Departamento de Sanidad participa además en una Comisión de Atención Temprana dependiente del colectivo de servicios sociales.

Existe además relación con la Fiscalía y Protección de Menores y la Fundación FAIM (responsable de reformatorios y centros de acogida a menores). En este caso se organizan reuniones de coordinación periódicas.

## Situación de la PNA en Asturias

### Estrategias implantadas en Asturias

Asturias presentó en el año 2011 su documento de referencia para desarrollar la estrategia en salud mental general, el “Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2011-2016”. Este Plan de Salud Mental describe el marco normativo existente en el ámbito de la salud mental y la situación actual en el Principado de Asturias. Posteriormente, se desarrolla la estrategia del Plan, desglosada en 6 Líneas Estratégicas, las cuales se indican a continuación:

1. Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental.
2. Atención a los trastornos mentales.
3. Coordinación interinstitucional e intrainstitucional.
4. Formación del personal sanitario.
5. Investigación en salud mental.
6. Sistema de información en salud mental.

En estas Líneas Estratégicas se recogen algunos objetivos y actividades específicas relacionadas con el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente. A continuación se recogen estos objetivos y actividades:

- Objetivo general 2: Prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en la población general:
  - ♦ Actividad 13: Elaboración, implantación y desarrollo de un programa específico de carácter preventivo y detección de situaciones de riesgo: aislamiento social, abusos, situaciones soledad, etc. y colectivos de riesgo: niños, mujeres, personas mayores, etc.
  - ♦ Actividad 14: Elaboración, implantación y desarrollo de un programa específico de carácter preventivo para niños y adolescentes con riesgo de padecer un

trastorno mental (hijos de personas con TMG, trastornos adictivos, víctimas de violencia, hijos de mujeres víctimas de violencia, acoso escolar, etc.).

- Objetivo general 3: Erradicar el estigma y la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales:
  - ♦ Actividad 22: Campaña informativa divulgativa en el medio escolar.
- Objetivo general 4: Mejorar la calidad, la equidad y la continuidad de la atención a los problemas en salud mental:
  - ♦ Actividad 29: Actualización de programas existentes y/o elaboración de nuevos programas de acuerdo con las necesidades emergentes, siguiendo la metodología de la gestión por procesos, incorporando los PCAIs correspondientes y potenciando la utilización de guías de práctica clínica de evidencia probada (entre ellas se encuentra la atención a niños y adolescentes).
- Objetivo general 10: Mejorar el conocimiento sobre la salud mental y la atención prestada por el Sistema Nacional de Salud:
  - ♦ Actividad 51: Evaluar los Programas implementados en los SSMM y difusión de sus resultados (entre los que se encuentra el Programa de Atención al TMG en la infancia y la adolescencia).

### Organización asistencial en Asturias

EL SESPA (Servicio de Salud del Principado de Asturias) es un ente de derecho público, dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad para obrar en el cumplimiento de sus fines. Está adscrito a la Consejería de Sanidad y Servicios Sanitarios.

EL SESPA, en servicios centrales, organiza su ámbito directivo en Dirección de Servicios Sanitarios, Recursos Humanos, Gestión Económica-Financiera y Secretaria General. La organización periférica se realiza desde una única Gerencia por cada área sanitaria con una Dirección de Atención

Sanitaria y Salud Pública con una estructura que se compone de dos direcciones (Gestión del Área Sanitaria y Enfermería) y de diversas Comisiones (Uso Racional de Medicamentos, y Productos sanitarios, de Compras) y un Servicio de Atención al Usuario y Programación Asistencial.

En Servicios Centrales el SESPA cuenta con una Unidad de Coordinación del Programa Marco de Salud Mental a la que le corresponde:

- La definición de objetivos asistenciales de los centros y servicios de la red de salud mental, así como la coordinación, evaluación y control de los mismos.
- El desarrollo de todas aquellas acciones de coordinación intersectorial encaminadas a la rehabilitación y reinserción social y laboral.
- El impulso de las actividades de docencia e investigación en el marco de las políticas de formación especializada.

Por tanto, la red de atención a la salud mental, como el resto de servicios sanitarios públicos, depende del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

El sistema sanitario se ordena en demarcaciones territoriales denominadas áreas de salud, que constituyen las unidades funcionales y de gestión del SESPA y que se delimitan atendiendo a diversos factores (geográficos, demográficos, epidemiológicos, socioeconómicos, socioculturales y vías y medios de comunicación).

El Principado de Asturias se divide en 8 áreas de salud, cada una de las cuales tiene una cabecera de área donde se ubica la atención especializada.

Solamente existen Centros de Salud Mental Infanto-juvenil en 4 de estas 8 áreas, y atienden a niños de hasta 15 años, a excepción del CSM Infanto-juvenil de Oviedo, donde se atienden a niños de hasta 16 años. En el resto, los niños y adolescentes son atendidos por profesionales específicos en los mismos Centros de Salud Mental de adultos, pudiendo ser derivados, si así se considera, al Centro de Salud Mental Infanto-juvenil de referencia.

La edad de atención a la población infantil y juvenil se revisará en el Plan de salud mental que se está elaborando en la actualidad, para que sea uniforme en todas las Áreas Sanitarias.

#### *Dispositivos ambulatorios*

Los dispositivos ambulatorios para la atención infantil y juvenil son los siguientes:

- Cuatro Centros de Salud Mental (CSM) Infanto-juvenil, dotados con equipos específicos de composición multidisciplinar, y ubicados en las áreas sanitarias más pobladas que cubren el 89,32 % de la población de 0-14 años.
- Un Programa de Atención al Trastorno Mental Grave en la Infancia y Adolescencia, dotado con equipo multidisciplinar específico y especializado en atención a la gravedad, para una cobertura poblacional del 30% de la población de 0-14 años de Asturias (la correspondiente al área Sanitaria V-Gijón).
- Tres programas de Atención Infanto-juvenil que se llevan a cabo por el equipo del CSM de adultos, en las tres áreas que no están dotadas con equipo específico de atención infantil. Estas áreas tienen de referencia un CSM de atención infanto-juvenil específico para atender los casos que se considere necesario.

#### *Unidad de hospitalización*

Se cuenta con una unidad de hospitalización Psiquiátrica Infanto-adolescente con cinco camas para la población de 12 a 17 años, ubicada en el Hospital Central Universitario de Asturias y un acuerdo con el resto de hospitales generales para la hospitalización en los servicios de Pediatría de los niños menores de 12 años.

#### *Derivación al CSM infanto-juvenil*

La derivación al CSM es preferiblemente realizada por el pediatra o por el médico de familia, dependiendo de la edad del paciente.

Una vez que el padre/madre/tutor legal del menor solicita consulta, es recogida la demanda

y posteriormente los casos son asignados a los diversos clínicos en la reunión de equipo semanal.

Posteriormente, la administrativa se pone en contacto con la familia para indicarles el día de la primera consulta. En esta consulta son atendidos por el clínico responsable del caso. Se requieren varias consultas habitualmente para determinar un diagnóstico y poder planificar una intervención terapéutica. Dependiendo de los recursos y la demanda en cada centro se puede ofrecer un tipo de intervenciones u otro, así como una frecuencia de asistencia mayor o menor.

#### *Programas y protocolos diferenciados*

Se dispone de un protocolo específico para el Trastorno Mental Grave Infanto-Juvenil y otro para el TDAH. En las áreas en donde el CSM de adultos lleva a cabo un programa de Detección Precoz de la Psicosis que cubre población de 15 años y más, utiliza los protocolos que están definidos en dicho programa.

#### *Principales datos y ratios de recursos materiales de PNA en Asturias*

Recurso	Valor	Ratio / 100.000 hab.*
Dispositivos ambulatorios	5	3,66
Camas Unidad de Hospitalización	5	3,66
Camas Unidad de TCA	5	3,66**

Datos 2013.

\* Nota: dato de población menor de 16 años obtenido del Instituto Nacional de Estadística, a fecha de 1 de enero de 2012.

\*\* Dato de población menor de 18 años obtenido del Instituto Nacional de Estadística, a fecha de 1 de enero de 2012.

Respecto a los recursos humanos, cada uno de los dispositivos ambulatorios (los CSM Infanto-juveniles) cuenta con personal específico para el desarrollo de sus actividades. En la siguiente tabla se recoge el total de recursos humanos disponibles en estos dispositivos ambulatorios para la atención de niños y adolescentes.

#### *Recursos disponibles en Asturias*

La atención ambulatoria en salud mental en el Principado de Asturias se organiza a través de dos tipologías de centros. Por una parte, se encuentran los Centros de Salud Mental de adultos, y por otra, los Centros de Salud Mental Infanto-juvenil. El Principado de Asturias cuenta con un total de 4 de estos centros específicos de niños y adolescentes, ubicados en los municipios de Oviedo, Gijón, Avilés y Mieres.

Adicionalmente, en el Principado de Asturias se dispone de una unidad de hospitalización para adolescentes de 5 camas, y una Unidad de Trastornos de la Alimentación.

A continuación se recoge el ratio de centros específicos por 100.000 habitantes menores de 16 años en el Principado de Asturias.



*Principales datos y ratios de recursos humanos ambulatorios de PNA en Asturias*

Profesional	Valor	Ratio / 100.000 hab.*
Psiquiatra	6,4	5,25
Psicólogo clínico	6,65	5,46
Enfermera	2,5	2,05
Auxiliar de enfermería	1	0,82
Trabajador social	2,5	2,05

Datos 2013.

\* Nota: dato de población menor de 16 años obtenido del Instituto Nacional de Estadística, a fecha de 1 de enero de 2012.

Adicionalmente, tanto la unidad de hospitalización psiquiátrica de adolescentes como la Unidad de Trastornos de la Alimentación disponen de su personal propio específico, tal y como se recoge a continuación.

*Principales datos y ratios de recursos humanos hospitalarios y otros dispositivos de PNA en Asturias*

Profesional unidad hospitalización	Valor	Ratio / 100.000 hab.*
Psiquiatra	1	2,31
Enfermera	7	16,16
Auxiliar de enfermería	6	13,85

Datos 2013.

\* Dato de población adolescente, con edades comprendidas entre los 12 y los 17 años (ambos inclusive), obtenido del Instituto Nacional de Estadística, a fecha de 1 de enero de 2012.

Profesional unidad TCA	Valor	Ratio / 100.000 hab.*
Psiquiatra	1	0,73
Enfermera	1	0,73
Auxiliar de enfermería	2	1,47

Datos 2013.

\* Dato de población menor de 18 años obtenido del Instituto Nacional de Estadística, a fecha de 1 de enero de 2012.

### Volumen de actividad en Asturias

A continuación se recogen los principales datos de actividad ambulatoria en Psiquiatría del Niño y el Adolescente en Asturias.

### Principales datos y ratios de actividad asistencial ambulatoria de Asturias en PNA

Pacientes atendidos	Prevalencia	1ª consultas	Incidencia	Consultas totales	Frecuentación
3.963	32,54	1.695	13,92	20.332	166,93

Respecto a la actividad hospitalaria, se han realizado un total de 57 ingresos y 58 altas hospitalarias.

### Situación de la formación en Asturias

A modo ilustrativo, se recoge a continuación un cuadro resumen con el grado de desarrollo de la oferta formativa en Asturias para cada uno de los niveles formativos definidos.

### Estado de situación de la formación en Asturias

Comunidad Autónoma	Formación de grado	Formación de postgrado	FSE	Formación continuada
Asturias	N.D.	N.D.	Alto	Medio

### Actividad científica en Asturias

La Oficina de Investigación Biosanitaria (OIB) promueve y da apoyo a la investigación biosanitaria en Asturias.

La Oficina de Investigación Biosanitaria (OIB) surge en el marco de un convenio entre la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias y la Fundación para el Fomento en Asturias de la Investigación Científica Aplicada y la Tecnología (FICYT) con el objetivo fundacional de promover y dar apoyo a la investigación biosanitaria en Asturias, prestando servicios integrales y personalizados como medio de desarrollo y mejora continua del sistema sanitario asturiano.

Asimismo, la OIB pretende establecer un marco de colaboración, cooperación y comunicación entre los distintos sectores implicados en la inves-

tigación biosanitaria a diferentes niveles, autonómico, nacional e internacional.

Los servicios de la oficina, se pueden conocer en detalle:

- Gestión administrativa de proyectos
- Apoyo metodológico
- Contratación de investigadores y personal de apoyo a la investigación
- Información sobre convocatorias
- Facilitar la colaboración entre investigadores
- Biobanco Biblioteca virtual y Servicio de documentación
- Información sobre el estado de la investigación en Asturias
- Recursos y documentos de ayuda

### *VII Convocatoria Premios en el ámbito de la Discapacidad*

*Objeto:* Premiar un proyecto de investigación de base científica que se quiera llevar a cabo con el objetivo de favorecer y promocionar la autonomía de las personas que presentan una discapacidad o un trastorno mental severo a partir de proyectos dirigidos a promover su inclusión social y laboral.

### *XVIII Convocatoria Premios en el ámbito de la Infancia*

*Objeto:* Premiar un proyecto de investigación de base científica que se quiera llevar a cabo en el ámbito sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y accidentes en el ámbito de la infancia.

Y desde la Unidad de Coordinación del Programa Marco de Salud Mental, se potencia e impulsan los proyectos de investigación de mayor interés en línea con la estrategia en salud mental y los programas asistenciales.

En la actualidad, se realizan en distinto grado de avance 3 investigaciones:

1. Desarrollo de la última fase de la investigación, "La Salud Mental en la población general: Imágenes y Realidades". Esta se realiza bajo la guía y supervisión del Centro Colaborador de la OMS situado en la ciudad francesa de Lille.

La investigación que nos ocupa plantea sus objetivos en base a dos ejes:

- ♦ Desde un eje socio-antropológico, pretende describir las representaciones de la locura, de la enfermedad mental, de la depresión y de los distintos tipos de ayudas y tratamientos en la población general.
  - ♦ Desde un eje epidemiológico, lo que se persigue es evaluar la prevalencia de los principales problemas mentales en la población general.
2. Ensayo clínico sobre "La efectividad de la Terapia Breve en los Centros de Salud Mental". Estudia y compara los resultados de la apli-

cación de un modelo de Terapia Breve con el tratamiento habitual de los Trastornos Mentales "Comunes" en los Centros de Salud Mental de la Red de Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias.

3. Se inicia una investigación sobre el modelo de atención a las personas con trastorno mental grave en las diferentes Áreas Sanitarias, con el objetivo de evaluar la asistencia prestada y resultados

### *Relación del sector profesional de Asturias con otros colectivos*

Actualmente, existe colaboración institucional relacional, de participación y económica en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente con asociaciones de usuarios / pacientes y con asociaciones de familiares y profesionales.

## Situación de la PNA en Cantabria

### Estrategias implantadas en Cantabria

En la Comunidad Autónoma de Cantabria se elaboró para el periodo 1998-2002 un Plan Regional de Salud Mental, aunque desde la finalización del mismo no ha habido continuidad, por lo que actualmente Cantabria no cuenta con una estrategia propia de este campo de conocimiento.

No obstante, se está trabajando en un borrador de un nuevo Plan de Salud Mental, que permita el impulso y desarrollo tanto de la Psiquiatría de adultos como del Niño y del Adolescente. Este borrador ha sido remitido a la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, aunque actualmente no ha sido aún aprobado y publicado.

De acuerdo con las directrices del Plan de Salud Mental para Cantabria 2013-2017 las propuestas y actuaciones de mejora para la asistencia en el ámbito de la Psiquiatría de Niño y el Adolescente incluyen las siguientes:

- En el nivel comunitario-informal es necesario potenciar la promoción y la prevención de la salud mental en niños y familias.
- En el nivel primario de salud hay que potenciar las actividades de selección de posibles casos y la identificación temprana de los problemas de salud mental. A este nivel también se deben implementar estrategias sencillas de tipo conductual y de psicoeducación para padres. La potenciación de dispositivos de asesoramiento (Pediatría de Atención Primaria), ya existentes, de máxima accesibilidad para niños y sobre todo adolescentes son también una prioridad en esta área.
- En el nivel secundario de salud mental comunitaria es necesario potenciar los recursos para cubrir una demanda creciente, favoreciendo la investigación y la formación y supervisión de los profesionales de primer nivel, así como la coordinación con los departamentos de Educación y Servicios Sociales.
- A nivel terciario se establecen acciones en tres direcciones. En primer lugar colaboran-

do con la pediatría hospitalaria para el abordaje conjunto de pacientes que lo precisen, clarificando los canales de interconsulta y derivación bidireccional entre servicios. En segundo lugar, creando unidades especiales de Psiquiatría infantil de Hospitalización a tiempo parcial y completo. Finalmente, logrando la coordinación con las unidades de adolescentes, centros de menores o centros de ingreso crónico existentes en la CCAA.

Las recomendaciones para la Comunidad Autónoma parten de un análisis de la situación actual en este ámbito destacando una serie de carencias:

- Inexistencia de adecuados sistemas de evaluación y registro para el conocimiento sistematizado de los problemas de salud mental infanto-juveniles en Cantabria, homologables con resto de Comunidades Autónomas y estándares internacionales, tanto en sus aspectos epidemiológicos como de indicadores de atención.
- Desarrollo claramente incompleto de la red de recursos de atención a los problemas de salud mental de la población infanto-juvenil, careciéndose tanto de unidad de ingreso hospitalario específica como de recursos intermedios para tratamientos intensivos y/o de larga duración para niños y adolescentes.
- Carencia de estructuras objetivas de coordinación interinstitucional con otras redes de atención a población infanto-juvenil, servicios sociales y educación.
- Bajos estándares de calidad en la atención de problemas y trastornos de salud mental infanto-juvenil, con especial mención de la atención psicoterapéutica, en sus aspectos de frecuencia, duración y variedad de enfoques (individual, grupal, familiar).
- Escasez de actuaciones formativas para los profesionales de la salud mental y de otros circuitos sanitarios y sociales, tanto en los aspectos técnicos específicos (prevención, detección, diagnóstico y tratamiento) como en la coordinación intra e interinstitucional.

Por tanto, se plantean como objetivos generales:

- Potenciar la asistencia a los trastornos graves en salud mental infanto-juvenil.
- Dotar a la Comunidad Autónoma de una red completa de recursos asistenciales específicos para este grupo de edad.
- Mejorar la accesibilidad a los recursos asistenciales.
- Mejorar la coordinación con los Servicios de atención primaria, especialmente con los equipos de Atención Temprana, mediante la creación de grupos de trabajo para formación y coordinación de intervenciones y supervisión de casos.
- Mejorar la Coordinación con los dispositivos dependientes de Servicios Sociales y de Educación, tanto públicos como privados.
- Garantizar la continuidad de cuidados de los pacientes y sus familias.
- Potenciar el carácter preventivo de las actuaciones.
- Disponer de adecuados sistemas de evaluación y registro de la información epidemiológica y asistencial.

Como objetivos específicos:

- Implantar en Cantabria un sistema de evaluación y registro epidemiológico y de indicadores de atención a la salud mental infanto-juvenil homologable con otros organismos autonómicos, estatales e internacionales.
- Completar el desarrollo de la red de recursos de atención a los problemas de salud mental de la población infanto-juvenil de Cantabria, mediante la creación y desarrollo de las siguientes actuaciones:
  - ♦ Creación de una Unidad de Hospitalización a tiempo completo y una Unidad de Hospitalización a tiempo Parcial en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
  - ♦ Creación de un Programa de Asistencia a Patología Grave con un equipo especí-

fico de asistencia en salud mental infanto-juvenil.

- ♦ Implantación de nueva Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil en la zona oriental de Cantabria.
- ♦ Desarrollo de recursos y abordajes especializados de problemas externalizantes en población infanto-juvenil (trastornos disociales, negativistas, rasgos patológicos de personalidad, etc.) en coordinación con otras redes de atención a población infanto-juvenil.
- Promover actuaciones de promoción de la salud mental, prevención de problemas y trastornos de salud mental infanto-juvenil, favoreciendo la integración social y la erradicación del estigma. Para ello se llevarán a cabo las siguientes actuaciones:
  - ♦ Desarrollo de actuaciones formativas para profesionales y agentes de otras redes de atención infanto-juvenil, tales como servicios sociales y educación, en cuanto a promoción de la salud mental.
  - ♦ Elaboración de instrumentos y procedimientos para la detección precoz y derivación de posibles casos y menores expuestos a importantes factores de riesgo, de forma coordinada con otras redes de atención a menores (servicios sociales, servicios educativos).
  - ♦ Mejorar los estándares de calidad de la atención psicoterapéutica, dentro de un enfoque multimodal, en sus aspectos de frecuencia, duración y tipos de intervención (individual, grupal, familiar).
  - ♦ Mejorar la coordinación con otras redes de atención a población infanto-juvenil, tales como Servicios Sanitarios, Servicios Sociales y Educación. Para ello se llevarán a cabo las siguientes actuaciones:
    - ▶ Creación de estructuras objetivas de coordinación con otros dispositivos sanitarios, Servicios Sociales y Educación.

- Creación de protocolos de derivación dentro de la red sanitaria, (Atención Primaria, Atención Temprana y dispositivos de salud mental de adultos) y no sanitaria (servicios sociales y educativos), garantizándose la continuidad de cuidados y el abordaje integral de las patologías crónicas.

### Organización asistencial en Cantabria

#### *Atención ambulatoria*

La atención psiquiátrica se organiza en dos unidades dependientes de dos áreas de salud diferentes: Santander-Laredo por un lado, dependiente del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV), y el área de Torrelavega-Reinosa, dependiente del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Sierrallana.

Actualmente, en Cantabria existen dos Unidades de Salud Mental Ambulatoria (USMA), una ubicada en el área sanitaria de Santander (específica de niños y adolescentes) y otra ubicada en el área sanitaria de Torrelavega (que comparte recursos con adultos, aunque dispone de personal específico de niños y adolescentes).

Estas dos USMA son dependientes funcionalmente de los servicios de Psiquiatría de sus hospitales de referencia.

Atienden a la población de 0 a 18 años, y su ámbito de actuación es de atención médica especializada.

#### *Hospitalización y Hospital de Día*

Actualmente, Cantabria no dispone de dispositivos específicos que ofrezcan servicios de hospitalización ni de hospital de día. Estas carencias han sido contempladas en el borrador de Plan de Salud Mental de Cantabria que se desea implantar a corto-medio plazo.

Para solventar esta situación, se está trabajando en un proyecto para disponer de camas específicas de Psiquiatría del Niño y el Adolescente en los Servicios de Pediatría de los Hospitales. La unidad de ingresos para niños y adolescentes es-

tará ubicada en el área de Pediatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Igualmente, se ha planteado la necesidad de poner en marcha un servicio de hospital de día.

#### *Otros recursos disponibles*

Adicionalmente a las USMA, Cantabria cuenta con una unidad de anorexia, con camas propias y un servicio de hospital de día, ubicado en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Este modelo de unidad se quiere replicar para el tratamiento de patologías psiquiátricas de niños y adolescentes, haciéndola general para todas las patologías englobadas en este campo de conocimiento. Su ubicación será en este mismo Hospital.

#### *Guardias*

Las guardias se realizan exclusivamente en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, y no son específicas de niños y adolescentes, sino generales. Las urgencias son atendidas por el equipo de guardia de psiquiatría general, y en muchas ocasiones por el equipo ambulatorio durante su horario de actividad, lo que motiva gran sobrecarga de trabajo.

Por tanto, si un psiquiatra general recibe a niño o adolescente, le puede mantener en observación hasta que un psiquiatra infanto-juvenil pueda hacerse con el caso.

#### *Proceso de admisión, tratamiento y alta*

La derivación de los pacientes a las USMA siempre es realizada por el pediatra o por el médico de familia (dependiendo de la edad del paciente), aunque también pueden ser derivados pacientes desde los servicios de urgencias. En ningún caso se realizan derivaciones directas desde el ámbito escolar. Si en un colegio o instituto se detecta algún nuevo caso potencial, inicialmente es derivado a Atención Primaria (al pediatra o médico de familia), y desde ahí, si el profesional lo considera oportuno, es derivado a la USMA.

En los casos que implican a los colectivos de Servicios Sociales o de Justicia (niños tutelados), es posible solicitar la consulta de nuevos casos, pero

siempre a través del pediatra o del médico de familia.

Al no existir servicio de hospitalización específico, los pacientes siguen diferentes vías de hospitalización en función de su edad: los pacientes mayores de 16 años son ingresados en camas de adultos, de forma individualizada. En el caso del Hospital de Sierrallana (Torrelavega), esta vía no es posible ya que el hospital no cuenta con camas de adultos. No obstante, para pacientes mayores de 16 años, desde este Hospital se puede derivar a la unidad de agudos del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Estos ingresos de menores en unidades de hospitalización de adultos se realizan con la autorización de los padres o tutores legales, y se informa al fiscal de menores y al Servicio del Menor del Gobierno de Cantabria. El ingreso se realiza en habitaciones individuales.

En este caso, si el paciente es mayor de 14 años, la única vía posible de ingreso es la derivación a un hospital de otra Comunidad Autónoma que sí disponga de hospitalización (País Vasco, Comunidad de Madrid, Castilla y León, etc.), con el consiguiente trastorno sufrido por el propio paciente y su familia. No obstante, el volumen de estos casos no es muy significativo.

En caso de los pacientes menores de 14 años, el ingreso se realiza en las Unidades y Servicios de Pediatría, aunque el tratamiento y seguimiento es realizado por los propios psiquiatras de la USMA. Por tanto, esta vía de ingreso sobrecarga la actividad del personal de las USMA, ya que estos profesionales deben repartir su jornada laboral entre la unidad de salud mental y el hospital. Este hecho está ocasionando problemas de seguridad en los niños, ya que las habitaciones no se encuentran preparadas para pacientes psiquiátricos.

Una vez el paciente está estabilizado y ha superado la fase aguda, puede seguir una de las tres siguientes vías:

- Si el paciente está recuperado, se le da el alta y vuelve a su casa.
- Si requiere un grado bajo de supervisión, el seguimiento se realiza mediante el médico

de Atención Primaria (pediatra o médico de familia, según corresponda por la edad del paciente).

- Si requiere un seguimiento más especializado, éste se realiza desde la propia USMA.

Cuando el paciente llega a los 18 años y sigue necesitando atención psiquiátrica, es derivado al servicio de adultos.

#### *Relación con otras especialidades y otros dispositivos asistenciales*

Los profesionales de Psicología clínica dependen administrativamente de Atención Primaria pero la gestión depende del Servicio de Psiquiatría y forman parte de los equipos clínicos. Los psicólogos realizan valoraciones diagnósticas e intervenciones psicoterapéuticas.

En la USMIJ de Valdecilla hay 3 equipos clínicos, cada uno con un/a psiquiatra y un/a psicólogo. La Unidad cuenta además con una enfermera dependiente del Servicio de Psiquiatría que realiza tareas de apoyo en el protocolo de seguimiento de tratamientos farmacológicos, psicoeducación con padres y técnicas de relajación.

Las relaciones con pediatría se articulan a través de las interconsultas, existiendo una estrecha colaboración.

Con los dispositivos de Psiquiatría y Psicología de adultos se realiza una coordinación informal, a través del teléfono, informes y otra documentación escrita.

La coordinación con Atención Primaria se realiza principalmente a través de reuniones mensuales con los pediatras del centro de salud próximo a la ubicación de la USMIJ. Con el resto de centros de salud el contacto se establece a través de información escrita y contacto telefónico.

Las consultas telefónicas son habituales en el funcionamiento de la USMIJ tanto para padres como profesores, orientadores escolares, técnicos del Servicio de Infancia, Adolescencia y Familia, Psicólogos y Fiscales de Menores, etc. En muchas ocasiones se desarrollan funciones de coordinación con los diferentes dispositivos de atención a niños y adolescentes.



*Protocolos y programas diferenciales*

Actualmente, el personal del ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente está trabajando con la Consejería de Educación a través de profesores y psicopedagogos, y con el ámbito de Atención Primaria para desarrollar un protocolo de tratamiento del TDAH.

Otra de las iniciativas puestas en marcha es la colaboración con la Fundación Cántabra para la Salud y el Bienestar Social, que recoge tanto la detección de nuevos casos en jóvenes como su tratamiento posterior en la Unidad.

Por último, desde las USMA se dispone de un protocolo de detección precoz de la psicosis, consistente en un test diagnóstico.

Las USMA también realizan actividades de prevención de la obesidad infantil.

Durante 6 años se han mantenido consultas monográficas en horario de tarde para valoración, diagnóstico, intervención y seguimiento de niños con Trastornos del Espectro Autista (TEA). Se ha producido una demanda creciente que no es posible asumir con garantías y calidad suficiente con la dotación actual de recursos de la USMIJ dependiente del HUMV.

*Recursos disponibles en Cantabria*

Cantabria cuenta únicamente con dispositivos de Psiquiatría del Niño y el Adolescente de carác-

ter ambulatorio, que incluyen dos Unidades de Salud Mental Ambulatoria (USMA), una ubicada en el área sanitaria de Santander (específica de niños y adolescentes) y otra ubicada en el área sanitaria de Torrelavega (que comparte recursos con adultos, aunque dispone de personal específico de niños y adolescentes).

Estas dos Unidades cubren una población aproximada de 90.000 niños y adolescentes (menores de 18 años).

La Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil, USMIJ (o Unidad de Psiquiatría y Psicología de infancia y adolescencia UPPIA), dependiente del Servicio de Psiquiatría del HUMV, cuenta con 3 psiquiatras con formación especializada en el área de la infancia y adolescencia. Cuenta además con 3 psicólogos clínicos y una enfermera con experiencia en el área de Psiquiatría. Como personal no clínico tiene un administrativo a tiempo completo y uno a tiempo parcial (14 horas/semana) que cubren las jornadas de mañana y tarde.

La unidad dependiente del Servicio de Psiquiatría del HUMV es de referencia para una población de 69.203 niños y adolescentes hasta 17 años cumplidos de las áreas de salud de Santander (I) y Laredo (II) de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

Por su parte, la Unidad de Torrelavega cuenta con un psiquiatra y un psicólogo clínico.

*Principales datos y ratios de recursos materiales en PNA de Cantabria*

Recurso	Valor	Ratio / 100.000 hab.*
Unidad de Salud Mental Ambulatoria USMIJ	1	1,10
Unidad de Salud Mental Ambulatoria (no específica, comparte recursos con adultos)	1	1,10
<b>Total dispositivos ambulatorios</b>	<b>2</b>	<b>2,21</b>

\* Nota: dato de población menor de 18 años obtenido del Instituto Nacional de Estadística, a fecha de 1 de enero de 2012.



En resumen los datos de recursos humanos disponibles en cada una de las USM y los ratios por 100.000 habitantes se recogen en la siguiente tabla.

*Principales datos y ratios de recursos humanos en PNA de Cantabria*

Recurso	Valor*	Ratio / 100.000 hab.**
<b>Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, USMIJ (área de Santander, dependiente del HUMV)</b>		
Psiquiatras	3	
Psicólogos clínicos	3	
Enfermera	1	
<b>Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, USMIJ (área de Torrelavega, dependiente del Hospital de Sierrallana)</b>		
Psiquiatras	1	
Psicólogos clínicos	1	
<b>Total recursos dispositivos ambulatorios</b>		
Psiquiatras	4	4,42
Psicólogos clínicos	4	4,42

Datos 2013

\* Las jornadas a tiempo parcial se contabilizan como 0,5 jornadas.

\*\* Nota: dato de población menor de 18 años obtenido del Instituto Nacional de Estadística, a fecha de 1 de enero de 2012. Se ha considerado la población general de Cantabria. Debe considerarse que la unidad dependiente del Servicio de Psiquiatría del Hospital Valdecilla es de referencia para una población de 69.203 niños y adolescentes hasta 17 años cumplidos de las áreas de salud de Santander (I) y Laredo (II) de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

*Volumen de actividad en Cantabria*

*Actividad de consultas externas*

El número total de consultas nuevas de Psiquiatría ha sido de 709, y 3.925 las sucesivas, en el año 2012. Las consultas son de tipo ambulatorio, en su mayoría individuales y con la familia para valoración del caso y tratamiento.

Se ha intentado poner en marcha consultas monográficas y programas específicos para aquellas patologías más graves o para las más prevalentes.

El Programa de Trastornos del Espectro Autista ha valorado 45 pacientes nuevos, 103 pacientes en seguimiento y un total de 564 consultas. Dentro

de este programa se ha organizado un grupo de padres (16), organizándose 10 sesiones y otro de adolescentes (para 5 personas), con 7 sesiones celebradas.

Se ha organizado además un grupo de padres de niños con TDAH para 12 padres.

### Actividad consultas externas (2012)

Nuevas consultas	Sucesivas	Totales	Consultas / 100.000 habitantes
709	3.925	4.634	5.118,52

#### Actividad de hospitalización

En 2012 en Cantabria ingresaron un total de 47 pacientes que recibieron un diagnóstico de patología mental al alta. La mayoría fueron ingresados en el Servicio de Pediatría, o por Psiquiatría de Adultos, no existiendo una coordinación clara en este sentido.

El Servicio de Pediatría hace interconsultas de los pacientes ingresados en esta categoría (14 el año 2012), realizándose un total de 34 consultas hospitalarias.

Los psiquiatras de la USMIJ dependiente del HUMV ingresaron 5 pacientes en la Unidad de Hospitalización de adultos (mayores de 16 años) y un ingreso en Hospitalización Parcial.

Una media de 3,4 pacientes son ingresados por indicación de la USMIJ dependiente del HUMV

cada año en Unidades de Psiquiatría Infantil fuera de Cantabria (principalmente en la Unidad de Adolescentes del Hospital de Basurto, la Unidad de Psiquiatría Infanto-juvenil del Hospital Clínico de Valladolid, la Unidad de Psiquiatría Infanto-juvenil del Hospital Santiago de Vitoria y el Hospital San Joan de Déu de Barcelona).

Por diagnóstico, la mayoría de los ingresos han sido por cuadros psicóticos, uno por trastorno autista y 3 por patología conductual.

#### Situación de la formación en Cantabria

A modo ilustrativo, se recoge a continuación un cuadro resumen con el grado de desarrollo de la oferta formativa en Cantabria para cada uno de los niveles formativos definidos.

#### *Estado de situación de la formación en Cantabria*

Comunidad Autónoma	Formación de grado	Formación de postgrado	FSE	Formación continuada
Cantabria	Medio	Bajo	Medio	Medio

#### *Formación de grado*

Dentro de la formación de grado en Medicina existen únicamente 4 clases dedicadas a Psiquiatría Infantil como parte de la asignatura de Psiquiatría. En el Departamento de Medicina y Psiquiatría existe una plaza de Profesor Asociado de Psiquiatría con dedicación al área infanto-juvenil.

Los estudiantes de medicina pueden rotar durante una semana, de forma voluntaria, por la USMIJ.

#### *Formación de post-grado*

No existen más allá de la participación ocasional de algunos de los psiquiatras de la unidad como profesores invitados.

Destacar como iniciativa general la puesta en marcha en 2013 de un Máster interuniversitario en Iniciación a la Investigación en Salud Mental, promovido por la Universidad de Cantabria, la Universitat Autònoma de Barcelona, la Universidad Complutense de Madrid, la Universitat de Barcelona, la Universidad de Cádiz y la Universidad del País Vasco.

### *Formación sanitaria especializada*

En el ámbito de la formación sanitaria especializada, se realizan rotaciones de MIR de Psiquiatría, durante cuatro meses.

Los residentes de Psicología Clínica (PIR) que cursan másteres con convenios con estos dispositivos realizan también rotaciones por los mismos. En este caso, las rotaciones son de 6 meses, de forma obligatoria. A menudo la rotación se prolonga a través de la participación en actividades de formación continuada.

Los MIR de Pediatría tiene también opción a rotar entre 1-2 meses, de forma voluntaria, por los dispositivos de Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

### *Formación continuada*

Finalmente, a nivel de formación continuada, se han realizado sesiones en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Se organizan diferentes congresos. A modo ilustrativo, la edición del Congreso anual de AEPNyA para el año 2014 se celebrará en Santander.

A título personal, los psiquiatras de la USMIJ que forman parte de comisiones, juntas directivas de asociaciones etc., son habitualmente invitados a impartir cursos. Su participación en diferentes cursos e iniciativas de formación continuada se realiza más por iniciativa personal que por acciones regladas a nivel de Comunidad Autónoma.

Ocasionalmente se han organizado cursos monográficos de algún tema de Psiquiatría del Niño y el Adolescente a través del Colegio Oficial de Médicos, pero no existe ninguna actividad de formación continuada periódica planteada desde la unidad.

### *Actividad científica en Cantabria*

Actualmente, existen dos grupos de investigación del ámbito de Cantabria que participan en el CIBERSAM, principalmente en el campo de la psicosis, aunque no forman parte del área de Psiquiatría del Niño y el Adolescente del mencionado CIBER. Estos dos grupos son los dirigidos por el Dr. Benedicto Crespo Facorro (del Hospital Universita-

rio Marqués de Valdecilla) y el grupo del Dr. Ángel Pazos (de la Universidad de Cantabria).

Sin embargo, algunos grupos sí mantienen algunas líneas de investigación específicas en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, principalmente a través de la colaboración con otros grupos de investigación a nivel estatal, como es con grupos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Desde el año 2003 se han conseguido dos becas FIS en el ámbito de investigación en primeros episodios psicóticos.

De forma más puntual, los profesionales de Psiquiatría del Niño y el Adolescente de Cantabria realizan actividades de investigación clínica, participando en algunos ensayos clínicos relacionados con este campo de conocimiento.

Como consecuencia de esta investigación, los grupos de investigación de Cantabria han elaborado diferentes guías nacionales en psicosis y participan activamente en foros, redes y otras iniciativas científicas similares.

### *Relación del sector profesional de Cantabria con otros colectivos*

Los psiquiatras de la USMIJ son miembros de Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNYA) y de la sección infanto-juvenil de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), con representación en las Juntas Directivas de ambas sociedades y participan activamente en la organización de los congresos, cursos y actividades de sus respectivas asociaciones.

Participan de forma habitual en charlas y encuentros con familiares de asociaciones de niños con TDAH y de forma más ocasional con asociaciones de niños con TEA. En cualquier caso participan en aquellas iniciativas en las que son requeridos.

Todos los psiquiatras participan de forma ocasional en reuniones en colegios, charlas, coordinación de casos, aunque en muchas ocasiones estas actividades se realizan fuera de su horario de trabajo, debido a la sobrecarga asistencial.

## Situación de la PNA en Castilla y León

### Estrategias implantadas en Castilla y León

En el año 2003 por Acuerdo 58/2003 de 24 de Abril, la Junta de Castilla y León aprobó la "I Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en Castilla y León", cuya vigencia finalizó en el año 2007.

Los cuatro principios rectores que inspiraron las líneas estratégicas son:

1. Atención Integral.
2. Enfoque Comunitario.
3. Humanización de la asistencia y capacitación profesional.
4. Atención a las necesidades específicas de colectivos y personas Especialmente la atención a:
  - ♦ Las personas con enfermedad mental grave y prolongada.
  - ♦ Los niños y adolescentes con problemas mentales.
  - ♦ La atención a los problemas de género en psiquiatría.
  - ♦ La atención a los problemas mentales de los ancianos.
  - ♦ Las personas con enfermedades mentales y discapacidad psíquica asociada.
  - ♦ Las personas con enfermedades mentales que abusan de drogas.

Este enfoque comunitario se sustenta sobre el principio de normalización e integración de los recursos de atención a las personas con enfermedad mental en el contexto de los dispositivos sanitarios y sociales destinados al conjunto de la población. Esto ha sido posible en Castilla y León con la estrategia de integración de la Atención Psiquiátrica en Atención Especializada, logrando así que las personas con enfermedades mentales recibieran la misma atención que otros pacientes, sin discriminación de ningún tipo. En este contexto de política de integración de recursos y asistencia se adscribieron todos los recursos de atención psiquiátrica a la Red normalizada del Sistema de

Salud de Castilla y León que dependían de otras administraciones a través de las transferencias de los dispositivos pertenecientes a los Consorcios de Salamanca, Valladolid y Burgos y de los recursos psiquiátricos de la Diputación de Segovia.

Por otra parte, la experiencia acumulada en los años transcurridos desde las transferencias, permitió identificar el cambio producido en la demanda de salud mental de la población, el creciente papel que desarrollan las asociaciones de familiares y de afectados, el progresivo encarecimiento de los costes de los psicofármacos, así como la complejidad que conllevan algunos procesos de atención a personas con trastornos mentales atendidos por el sistema de salud. También la importancia de la actuación sobre los aspectos psicológicos y sociales que influyen sobre el curso evolutivo, la detección e intervención precoces y la importancia de garantizar continuidad en la atención.

El análisis del funcionamiento de la red de salud mental puso de manifiesto claramente la necesidad de que las intervenciones fueran realizadas desde un enfoque comunitario, multidisciplinar, rehabilitador y proactivo. Con estas bases se elaboró la II Estrategia de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad, que si bien no llegó a aprobarse de forma definitiva, las líneas de actuación que incorporaba se han seguido desarrollando y han marcado sin duda con un criterio de prioridad las actuaciones implementadas.

Entre las grandes Líneas Estratégicas que se desarrollaban en este documento figuran:

- Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales.
- Adaptación de la estructura y organización de la red de asistencia psiquiátrica a las necesidades de la población.
- Mejora de la Atención Psiquiátrica.
- Mejora de la coordinación intersectorial, la atención sociosanitaria y la erradicación del estigma.
- Formación continuada e investigación.

Por otra parte, los distintos Planes de Salud han ido incorporando objetivos y actividades sobre la salud mental. Así, el III Plan de Salud de la Junta de Castilla y León (2008-2012) aprobado por Acuerdo 116/2008, de 30 de octubre, dedica un área de actuación a la depresión, detallando posteriormente una serie de objetivos generales y específicos para hacer frente a este problema; igualmente incluye un área destinada a la dependencia asociada a la enfermedad, contemplando objetivos específicos para las personas que padecen TMG.

En la actualidad no se dispone en la Comunidad Autónoma de Castilla y León de ningún documento estratégico vigente para la atención en salud mental de forma específica. En estos momentos en Castilla y León el marco estratégico viene dado por la Estrategia de Atención al Paciente Crónico, que fue aprobada en enero de 2013 por la Junta de Castilla y León, en la que se aboga de forma global para todo el sistema por un abordaje integral evitando la fragmentación entre los sistemas de atención primaria y especializada y en coordinación efectiva con el sistema de servicios sociales.

De esta forma, se dispone de un sistema de atención que permite a través de equipos multidisciplinares de atención ofrecer el plan de atención más adecuado a las necesidades del paciente en función de su momento evolutivo. Defiende además la participación activa del paciente y la colaboración con las asociaciones de pacientes y familiares. Este modelo de atención es extensible a los trastornos mentales y con tendencia a la cronicidad ya sean para la población adulta o infanto-juvenil.

Aunque esta Estrategia está dirigida fundamentalmente a todos los pacientes crónicos, se ha considerado necesario establecer prioridades en su implantación en función de la mayor prevalencia e impacto en los ciudadanos y en el sistema sanitario, con el fin de facilitar su desarrollo. En este sentido se han priorizado de manera inicial entre otras las siguientes: trastornos mentales, los trastornos psicóticos y la depresión mayor crónica.

### Organización asistencial en Castilla y León

La atención Psiquiátrica del Niño y el Adolescente se integra actualmente en la Comunidad Autónoma de Castilla y León como parte del Servicio de Psiquiatría de cada área de salud, las cuales ascienden a un total de 11 áreas. Estos Servicios de Psiquiatría pertenecen cada uno de ellos a sus respectivas Gerencias de Atención Especializada.

En el momento actual no hay puestos específicos para licenciados especialistas psiquiatras infanto-juveniles. No obstante, si las Gerencias correspondientes lo consideran pueden solicitar un perfil con esa especificidad.

En Castilla y León existen Servicios de Pediatría a nivel especializado, así como en el nivel de Atención Primaria de forma diferenciada.

Los facultativos especialistas en psicología están integrados en la red de salud mental, estando asignados un número de profesionales de esta categoría a dispositivos específicos de salud mental del niño y el adolescente.

#### *Cartera de servicios*

1º. Evaluación y diagnóstico: las principales técnicas son psicodiagnóstico y los exámenes complementarios generales de radiodiagnóstico, laboratorio, neurofisiología.

2º. Tratamiento psiquiátrico: psicofarmacología y la psicoterapia individual, familiar y grupal.

- Tratamientos ambulatorios de corta y larga duración.
- Tratamientos en régimen de internamiento en unidad de agudos.

3º. Tratamiento en unidades especializadas de referencia.

- Tratamientos infanto-juveniles hospitalarios.

4º. Atención psiquiátrica de urgencias.

5º. Atención psiquiátrica de interconsultas.

6º. Prestaciones ofertadas en determinadas áreas de salud:

- Tratamiento en régimen de hospitalización parcial para la población infanto-juvenil.

7º. Tratamiento en régimen ambulatorio de menores infractores de carácter regional.

### *Realización de guardias*

La realización de guardias no presenta un patrón homogéneo en todas las áreas de salud. Dependiendo del área, estas guardias se realizarán en modalidad de presencia física o localizada, no siendo específicas del ámbito infantil y juvenil.

### *Programas y protocolos diferenciados*

- Protocolo de coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad entre los servicios educativos y sanitarios para la atención al TDAH.
- Guía de atención en urgencias a los pacientes con autismo.
- Guía para la atención de niños con trastornos del espectro autista en Atención Primaria.
- Procedimientos de coordinación y comunicación estables con los Equipos de Atención al Alumnado con Trastornos de Conducta.
- Programa de detección precoz de los TGD con la participación de los servicios pediátricos de atención primaria, salud mental infanto-juvenil y la Universidad de Salamanca.
- Programa específico de atención a menores con riesgo social o con medida judicial.

### *Recursos disponibles en Castilla y León*

Castilla y León cuenta con 11 áreas de salud, en cada una de las cuales se ubica un equipo de salud mental infanto-juvenil. Los equipos de salud mental infanto-juveniles son servicios especializados, que prestan asistencia psiquiátrica comunitaria en régimen ambulatorio a la población menor de 18 años mediante un equipo de profesionales multidisciplinar. Atienden a niños y adolescentes con trastornos mentales que por su complejidad, duración o intensidad desbordan la capacidad de atención de los equipos de atención primaria y de los pediatras y requieren atención especializada de salud mental. Se constituyen como el dispositivo básico de atención especializada a la salud mental infanto-juvenil, constituyendo el primer nivel de atención especializada en salud mental a esta población.

El acceso se realiza desde:

- El nivel de Atención Primaria (MAP/ Pediatría), quienes a su vez derivan las solicitudes de atención provenientes de:
  - ♦ Equipos de Salud Mental.
  - ♦ Centros sociales de atención y protección a menores.
- Interconsultas de otros facultativos especialistas.

El hospital de día infanto-juvenil presta servicios a 2 áreas de salud y cuenta con 10 plazas. Es un dispositivo de hospitalización parcial que realiza asistencia intensiva en régimen intermedio entre la hospitalización y la comunidad con el fin de facilitar el alta de la unidad de hospitalización, facilitar la incorporación progresiva al medio familiar o bien ofrecer una alternativa a la hospitalización total para pacientes infanto-juveniles que sufren crisis.

Acceso: los ingresos se realizan de manera programada desde:

- La unidad de hospitalización psiquiátrica.
- Los equipos de salud mental Infanto-juveniles.

Existe una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-juvenil, con 8 camas y de carácter regional. Es un dispositivo que presta asistencia psiquiátrica en régimen de hospitalización a la población de la Comunidad de Castilla y León menor de 18 años. Está destinada al ingreso, tratamiento y cuidado temporal de pacientes con cuadros clínicos agudos con el objeto de conseguir una reducción de la sintomatología.

Acceso: el ingreso en la unidad se realiza desde:

- Los equipos de salud mental infanto-juveniles.
- Los servicios de urgencias hospitalarias.

Respecto a los recursos humanos, la distribución en cada uno de los tipos de dispositivos mencionados es la siguiente:

### Principales datos y ratios de recursos humanos de PNA en Castilla y León

Profesional	ESM infanto-juvenil	UH infanto-juvenil	HD infanto-juvenil	Total	Ratio por 100.000 hab.*
Psiquiatra	18,5	1,5	1	21	6,04
Psicólogo	13,5	0,5	0,5	14,5	4,17
Enfermero/a	5,5	5,5	1	12	3,45
Trabajador social	1,5	0,5	–	2	0,58
Auxiliar de enfermería	2,5	5	–	7,5	2,16
Terapeuta ocupacional	–	1	1	2	0,58
Aux. administrativo	4	0,5	–	4,5	1,30
Otros	0,5	1	–	1,5	0,43

Datos 2013.

\* Dato obtenido de las tarjetas sanitarias a 1 de diciembre de 2012.

### Volumen de actividad en Castilla y León

Los equipos de salud mental de Castilla y León realizaron la siguiente actividad ambulatoria durante el año 2012.

### *Actividad ambulatoria realizada en Psiquiatría del Niño y el Adolescente (2012)*

Año	Primeras consultas	Revisiones	Total	Consultas / 100.000 hab.*
2012	5.850	34.482	40.332	11.607,3

Datos 2012.

\* Dato obtenido de las tarjetas sanitarias a 1 de diciembre de 2012.

Estas consultas se desglosan por las áreas de salud existentes en Castilla y León, tal y como muestra la siguiente tabla.



*Desglose de primeras consultas y revisiones de PNA en las áreas de salud de Castilla y León*

Área de salud	Primeras consultas	Revisiones	Total
Ávila	316	1.762	2.078
Burgos	1.028	4.086	5.114
León	868	3.522	4.390
El Bierzo	465	2.660	3.125
Palencia	465	4.634	5.099
Salamanca	505	3.007	3.512
Segovia	237	698	935
Soria	196	1.546	1.742
Valladolid-Este	795	4.156	4.951
Valladolid-Oeste	573	4.983	5.556
Zamora	402	3.428	3.830
<b>Total</b>	<b>5.850</b>	<b>34.482</b>	<b>40.332</b>

Los diagnósticos de primeros pacientes atendidos en Castilla y León están relacionados con los trastornos del comportamiento y emocionales de comienzo en la infancia y la adolescencia, con un total de 2.903 casos y una incidencia por 10.000 habitantes menores de 18 años de 83,55, tal y como se observa en la siguiente tabla.

*Principales diagnósticos de primeros pacientes (2012)*

Patología	Casos	Incidencia / 10.000 hab.*
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos	8	0,23
Trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias no alcohólicas	15	0,43
Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes	28	0,81
Trastornos del humor (afectivos)	164	4,72
Trastornos de ansiedad fóbica	127	3,65
Otros trastornos de ansiedad	344	9,90
Trastorno obsesivo-compulsivo	78	2,24
Reacción a estrés grave y trastornos de adaptación	456	13,12
Trastornos disociativos (de conversión)	8	0,23
Otros trastornos neuróticos	29	0,83



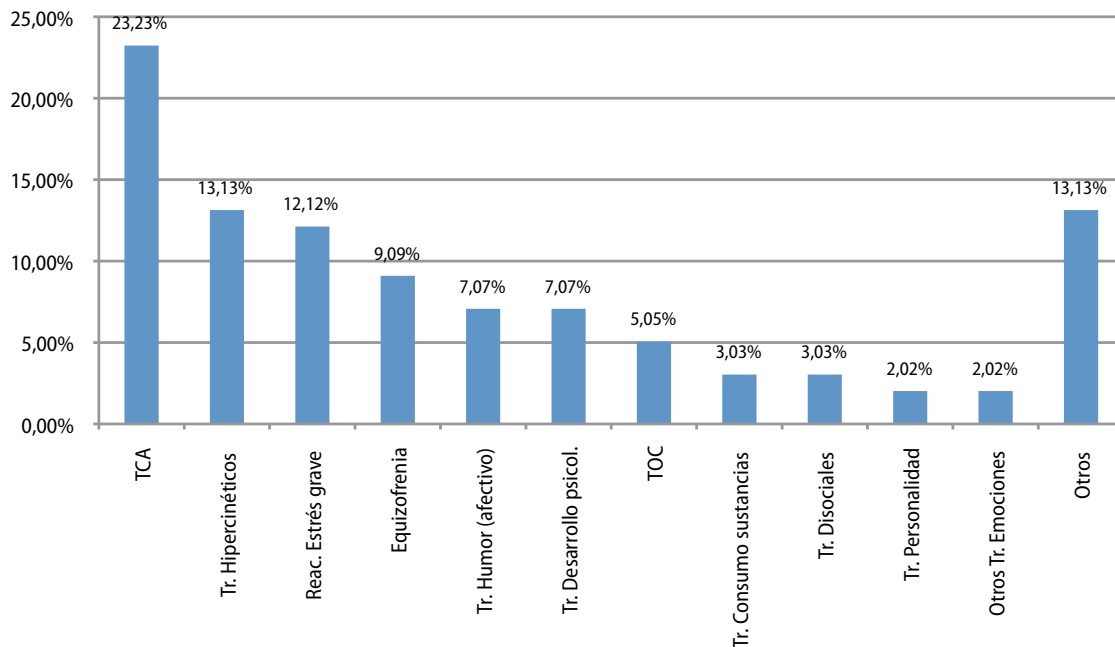
Patología	Casos	Incidencia / 10.000 hab.*
Trastornos de la conducta alimentaria	207	5,96
Otros trastornos del comportamiento asociados a disfunciones isiológicas y factores somáticos	81	2,33
Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	4	0,12
Retraso mental	116	3,34
Trastornos del desarrollo psicológico	403	11,60
Trastornos del comportamiento y emocionales de comienzo en la infancia y la adolescencia	2.903	83,55
Otros trastornos o motivos de consulta	1.078	31,02

Datos 2012.

\* Dato obtenido de las tarjetas sanitarias a 1 de diciembre de 2012.

Respecto a la actividad hospitalaria, del total de ingresos realizados en 2012 (que asciende a 99), las principales patologías tratadas son las relativas a los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos hipercinéticos y las reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación, con unos porcentajes de 23,23%, 13,13% y 12,12%, respectivamente. La estancia media por ingreso fue de 24,3 días.

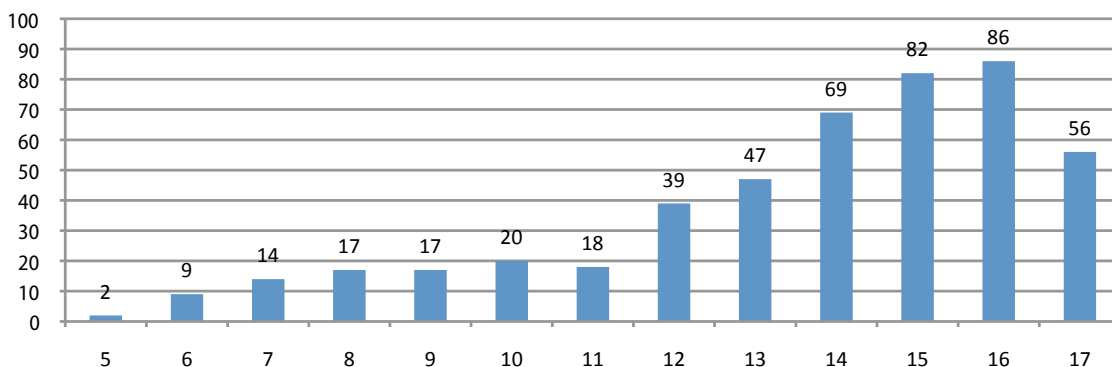
#### Desglose de patologías por ingresos hospitalarios (2012)



La unidad de hospitalización atiende a los menores de 18 años, sin límite de edad inferior.

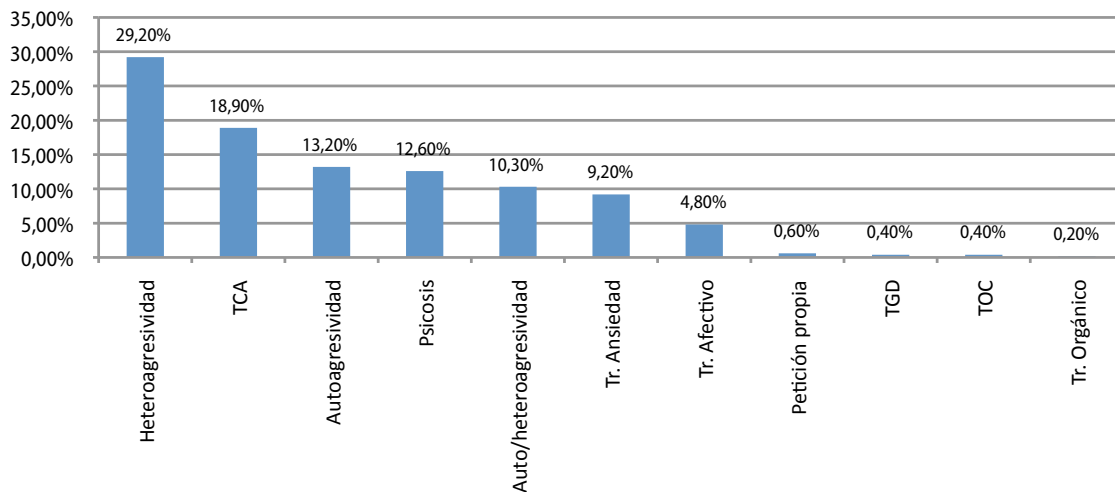
Los pacientes atendidos por la unidad de hospitalización se centran principalmente en la franja de edad de 12-13 años hasta los 17, tal y como se recoge a continuación.

*Distribución de ingresos por edad del paciente (2007-2011)*



Respecto a los motivos de ingreso, el mayor porcentaje de ingresos fue debido a heteroagresividad, con una diferencia significativa sobre el siguiente grupo, los trastornos de conducta alimentaria.

*Principales motivos de ingreso (2007-2011)*



Dependiendo del grupo de edad, los diagnósticos más frecuentes varían, aunque el TDAH y el TCA son de las principales patologías, de forma independiente de la edad del paciente.

*Diagnósticos más frecuentes por grupos de edad (2007-2011)*

Diagnóstico	< 11 años	11 – 13 años	> 13 años
TCA	–	17	57
T. adaptativos y estrés	5	14	33
TDAH	10	28	32
Esquizofrenia	–	–	30
T. Conducta	–	6	21
TGD	5	10	13
T. bipolar	–	–	12
Autointoxicación	–	–	10
T. Depresivo	–	–	9
T. Psicótico agudo	–	–	8
T. Consumo de cannabis	–	–	8
TOC	–	7	6
T. Ansiedad	3	–	6
T. Esquiafectivos	–	–	6
T. Vinculación	–	4	6
T. Conversión	–	4	5
T. conducta alimentaria infancia	8	4	

*Situación de la formación en Castilla y León*

A modo ilustrativo, se recoge a continuación un cuadro resumen con el grado de desarrollo de la oferta formativa en Castilla y León para cada uno de los niveles formativos definidos.

## Estado de situación de la formación en Castilla y León

Comunidad Autónoma	Formación de grado	Formación de postgrado	FSE	Formación continuada
Castilla y León	Medio	Bajo	Medio	Alto

A nivel de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, se realizan actividades formativas en casi todas las modalidades: formación de grado, formación sanitaria especializada y formación continuada.

### Formación de grado

Los alumnos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid que cursan la asignatura de Psiquiatría realizan sus prácticas en la unidad de hospitalización de Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

Se imparte también docencia a los alumnos del Practicum de la Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca.

Actualmente, se está trabajando en la implantación de una asignatura optativa, con posible puesta en marcha en el curso 14-15.

### Formación sanitaria especializada

En la mayoría de las áreas de salud se imparte docencia MIR de Psiquiatría, quienes tienen la posibilidad de realizar rotaciones específicas por los dispositivos que atienden a la población infanto-juvenil, es decir: Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil, unidad de hospitalización de referencia regional y hospital de día infanto-juvenil. En esta misma línea también se imparte docencia a los PIR y EIR que lo solicitan.

Asimismo, tanto el equipo de salud mental como la unidad de hospitalización ofrecen la posibilidad a los MIR de Pediatría interesados de hacer una rotación docente.

También, y merced a un convenio suscrito con el Ministerio de Justicia, se reciben en la unidad de hospitalización médicos forenses en rotaciones docentes.

### Formación continuada

Los profesionales del sistema público que integran estos dispositivos han colaborado con todos los cursos que anualmente organiza la Consejería de Sanidad con carácter regional para este ámbito de actuación, sobre las patologías más prevalentes o que generan mayor impacto en el sistema, y sobre técnicas diagnósticas o terapéuticas aplicables en el marco de sus competencias.

En todas las áreas de salud se organizan actividades formativas a través de sus respectivas Gerencias, habiéndose desarrollado actividades formativas sobre TCA, entrevista clínica, TGD, Comunicación de Malas Noticias, Acompañamiento en el Duelo, Trauma y Pérdidas, urgencias psiquiátricas infanto-juveniles, etc.

De la misma manera, los profesionales han colaborado con el Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario de Palencia que también con carácter anual organiza Jornadas, siendo las patologías sobre las que han trabajado Psicosis, Trastornos de conducta y Adicciones.

A nivel de Castilla y León, en los últimos años se han realizado reuniones de facultativos especialistas de Psiquiatría del Niño y el Adolescente con la finalidad de intercambio de experiencias, revisión de casos, actualización de conocimientos, etc.

Desde hace cinco años, APNYACYL (Asociación de Psiquiatría del Niño y del Adolescente de Castilla y León), que integra a todos los psiquiatras infantiles y juveniles de Castilla y León, celebra con carácter anual reuniones con asistencia abierta también a los MIR de Psiquiatría y que pretende tener además un carácter docente. Se ha participado en reuniones de la Asociación Regional de Psiquiatría.

Se han realizado colaboraciones puntuales con la asociación nacional AEPNYA, con la participación activa en los programas de los Congresos que se organizan.

#### Actividad científica en Castilla y León

En el ámbito de la investigación, uno de los principales agentes que desarrollan este tipo de actividad es la Sección de Psiquiatría Infanto-juvenil del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Se han realizado diferentes actividades científicas en los ámbitos del Trastorno Desintegrativo Infantil (TDI) y el TDAH. Adicionalmente, los integrantes de este grupo de investigación mantienen contacto con otros centros para el desarrollo de actividades científicas conjuntas, como el Instituto de Teoría de la Señal y Comunicaciones de la Universidad de Valladolid (gracias a la cual se dispone de una tesis doctoral en desarrollo), y también se está trabajando en el ámbito de la genética con el Instituto de Biología y Genética Molecular (IBGM), de la Universidad de Valladolid.

Otras actividades realizadas a nivel de Castilla y León han sido:

- Participación en el grupo GITDAH sobre investigación en TDAH con profesionales de todo el territorio estatal y los trabajos de investigación con el servicio de Pediatría Hospitalaria y Pediatría de Atención Primaria. Entre los proyectos de investigación se destaca un estudio sobre las técnicas de neuroimagen funcional (DTI) en pacientes con TDAH, apoyado por la Consejería de Sanidad.
- Acuerdo con IBGM para realizar un estudio sobre genética y TEA.
- Ensayo clínico sobre paliperidona en pacientes adolescentes.
- Ensayos clínicos en pacientes con TEA.

Las revistas científicas más relevantes en las que se han publicado artículos en los últimos años por profesionales del ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente son las siguientes:

- Revista española de psiquiatría infanto juvenil.
- Psicothema.
- Pediatría Integral.
- Medicine.
- Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Boletín de Pediatría.

#### Relación del sector profesional de Castilla y León con otros colectivos

La Consejería de Sanidad ha creado una red de asociaciones para fomentar la colaboración entre todos los agentes implicados en la atención integral de los pacientes, formando parte de ella diversas asociaciones de TDAH y autismo, así como sus respectivas federaciones. Actualmente se tiene previsto realizar una revisión de la guía de atención en urgencias a las personas que padecen autismo en colaboración con la Federación Castellano Leonesa de Autismo.

Con carácter institucional se han realizado diversas actividades formativas en coordinación con las asociaciones, posibilitando la asistencia de las familias a las mismas. Igualmente desde las Asociaciones han ofertado plazas a los profesionales del sistema de salud.

Desde los servicios de Psiquiatría se mantienen reuniones con algunas de estas entidades, con periodicidad mínima anual, con el fin de abordar posibles colaboraciones conjuntas, y se facilita en todo caso la accesibilidad telefónica para facilitar una vía ágil de comunicación ante cualquier eventualidad.

Existen reuniones periódicas de seguimiento de casos con el Equipo de Alteraciones de Conducta de Educación, con reuniones mensuales con los equipos de salud mental infanto-juvenil.

- Los Equipos de Atención al Alumnado con Trastornos de la Conducta se constituyen por Orden EDU/283/2007, de 19 de febrero, como equipos específicos dentro del marco de la normativa referida a los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica.

- De forma prioritaria, aportan apoyo técnico a la comunidad educativa sobre la intervención con el alumnado que presenta necesidades educativas especiales asociadas a trastornos graves de la conducta.
- Se constituyen tres Equipos con sedes en León, Valladolid y Burgos, que se distribuyen para atender a toda la geografía de la Comunidad Autónoma.

Por otra parte, se trabaja a demanda de los servicios educativos, cuando son invitados los profesionales a participar en diferentes iniciativas de promoción y prevención de la salud mental infanto-juvenil en el ámbito escolar. La colaboración se formaliza principalmente a través de:

- Asesoramiento.
- Elaboración de informes.
- Impartición de conferencias y charlas.

Un aspecto clave en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente es la relación del sector salud con los servicios sociales y judiciales. En determinados casos, los menores pueden tener impuestas medidas judiciales relacionadas con su tratamiento terapéutico. De esta forma, un juez puede ordenar en ocasiones un internamiento terapéutico o ambulatorio.

En consecuencia, se debe establecer una alianza o colaboración entre los profesionales de servicios sociales y judiciales y los equipos de Psiquiatría del Niño y el Adolescente para poder dar cumplimiento a estas decisiones judiciales. Para dar respuesta a este asunto, se está fomentando la relación con los servicios sociales y judiciales. En este contexto existe una Unidad de Socialización, destinada a menores no adaptados a centros abiertos. De aquí se les deriva al centro Zambrana, donde realizan su control y seguimiento. A este centro acuden los psiquiatras dos veces por semana. Éste es el centro de referencia de menores para la ejecución de medidas judiciales en régimen cerrado en Castilla y León.

## **Situación de la PNA en Castilla-La Mancha**

### Estrategias implantadas en Castilla-La Mancha

El reconocimiento e impulso de la salud mental infanto-juvenil en Castilla-La Mancha se origina desde el mismo momento de su constitución como Comunidad Autónoma, y concretamente a través de 1º) Decreto 53/1985 de 16 de abril cuando los ya existentes Centros de Diagnóstico y Orientación Terapéutica pasan a denominarse Unidades de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil; 2º) Orden de 15 de octubre de 1985 de la Consejería de Sanidad, cuando se crea la Guía de funcionamiento de las Unidades Infanto-Juveniles de atención a la salud mental, donde se establecen las bases de la atención a la salud mental infantil, y 3º) tras la asunción de las competencias planas en la gestión sanitaria, mediante el Decreto 86/2003 cuando se integran en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) las Unidades de Salud Mental hasta entonces gestionadas por la Consejería de Sanidad, manteniendo como objetivo primordial la atención a la salud mental de forma integrada con la participación de equipos multidisciplinares.

El primero y los sucesivos documentos de planificación de la atención a la salud mental en la Región (de 1984, 1993, 2000 y 2005 respectivamente) han reconocido la especificidad de la atención a la salud mental infanto-juvenil con dotación específica de recursos.

En los Planes de Salud Mental 2000-2004 y 2005-2010 se revisaron las ratios de profesionales por usuarios potenciales y se definieron nuevos dispositivos necesarios en cada área además de las Unidades de Salud Mental Infanto-juveniles tales como los hospitales de día y la hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil.

En el análisis de los recursos realizado en el último Plan regional de Salud Mental (2005-2010), se indican los dispositivos específicos con los que cuenta la Comunidad de Castilla-La Mancha para la atención al colectivo infantil y juvenil, consistentes en Unidades de Salud Mental Infanto-juvenil

ambulatorias, un hospital de día infanto-juvenil y una unidad de hospitalización breve infanto-juvenil de ámbito regional. De igual forma, se realiza una estimación de estos dispositivos a la finalización del Plan.

Entre los objetivos estratégicos de este Plan, se encuentra “consolidar la red de atención integral a la salud mental”. Para el cumplimiento del objetivo se establecía la necesidad de contar con una unidad de hospitalización breve infanto-juvenil (de la que se carecía en el momento de la elaboración del Plan), donde se atendiera a niños y adolescentes que requirieran intervenciones específicas, con atención continuada y estancia breve.

Otras líneas de actuación que proponían iniciativas en el ámbito de la atención a los trastornos mentales de niños y adolescentes son las siguientes:

- *Elaborar estrategias globales para la promoción de la salud mental en todas las etapas de la vida:* en esta línea se recogía el desarrollo de una guía específica de información y orientación para el bienestar mental de niños y adolescentes dirigidos a educadores y padres en los centros educativos, que les ayude a comprender los factores de riesgo y de protección de los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia, así como elaborar un programa de protección y promoción del bienestar mental en niños y adolescentes que conviven con personas con trastorno mental y/o conductas adictivas.
- *Prevenir los trastornos mentales en la población general y en grupos especiales de riesgo:* se identificaba específicamente el colectivo de niños y adolescentes como uno de estos grupos. Se proponía elaborar un programa de detección e identificación de los trastornos mentales más prevalentes en la infancia y adolescencia, que integre y coordine a todos los servicios y profesionales implicados (equipos de atención temprana, de neonatología y pediatría, de orientación psicopedagógica, etc.).

- *Desarrollar Programas de Salud Mental:* se consideraba necesario elaborar un Programa específico en Salud Mental Infanto-juvenil, incluyendo el desarrollo de protocolos unificados respecto a la patología infanto-juvenil más prevalente y de los dispositivos que delimitan el circuito asistencial preciso para atender las necesidades y demandas de esta población, en el que se incluía la unidad de hospitalización breve y los hospitales de día infanto-juveniles.

Los protocolos contemplados incluían: trastorno mental grave infanto-juvenil, trastorno de la conducta alimentaria, trastorno por conductas adictivas y patología dual en adolescentes, patología conductual y violenta del adolescente, y hospitalización breve en niños y adolescentes.

#### Organización asistencial en Castilla-La Mancha

La red de salud mental del niño y el adolescente de Castilla-La Mancha tiene reconocimiento institucional desde 1985, año en el que se crean las Unidades de Salud Mental Infanto-juveniles. Actualmente, cada cabecera de Área dispone de recursos específicos en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente a nivel ambulatorio (una por cada provincia de Castilla-La Mancha, además de en Talavera de la Reina y en La Mancha-Centro).

La red de salud mental del niño y el adolescente se estructura en un segundo nivel de atención; es decir, desde Atención Primaria pueden derivarse directamente pacientes, no siendo necesario que previamente tengan que pasar por una red de salud mental general. Por tanto, existe una relación directa entre la red y los pediatras y los médicos, según corresponda (ya que el abanico de edad que abarca la red es de 0 a 18 años).

Esta red también tiene conexión con diferentes dispositivos de otras redes de atención a menores (social especializada –protección, reforma-, atención temprana,...) de forma que se optimice la asistencia a la población menor de Castilla-La Mancha.

#### *Hospitales de día*

La red de salud mental del niño y el adolescente cuenta con dos unidades de hospital de día de 20 plazas cada una (en las Áreas de Albacete y de Mancha Centro –Alcázar de San Juan–) y una unidad de hospitalización breve, principalmente para adolescentes, ubicada en Ciudad Real. Esta unidad de Ciudad Real es un punto de atención continuada a nivel regional para toda Castilla-La Mancha, tanto en hospitalización como en urgencias.

#### *Dispositivos sociosanitarios*

A nivel sociosanitario, existe un Centro de Atención Especializada a Menores (CAEM), ubicado en Toledo, donde ingresan menores principalmente con trastorno de conducta grave. Dispone de 13 plazas. Una comisión mixta integrada por profesionales de servicios sociales especializados de menores, de salud mental infanto-juvenil y de la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha valora las propuestas de ingreso en el centro y el funcionamiento del mismo.

#### *Guardias*

La atención continuada durante el horario de consulta la presta cada Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil; fuera de este horario las únicas guardias que se realizan en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente son las del Hospital General de Ciudad Real, ya que es donde se encuentra la unidad de hospitalización. En esta instalación se realizan guardias dobles (adultos/infanto-juvenil), y por tanto son específicas, monográficas, tanto de psiquiatría infanto-juvenil como de TCA.

Por tanto las urgencias psiquiátricas de menores de edad se asumen mayoritariamente en cada área, derivando a Ciudad Real aquellas que pueden necesitar ingreso, de hecho, son casi 2/3 partes de estas urgencias las que causan ingreso hospitalario.

#### *Relación con otros colectivos y con otras USMIJ*

La interrelación con instituciones y dispositivos vinculados con la infancia y la adolescencia ha sido y es constante (otros servicios sanitarios



–fundamentalmente pediatría de atención primaria y hospitalaria–, centros educativos, servicios de protección de menores, fiscalía y Juzgados de menores...). A nivel provincial o de Área de Salud se constituyeron las Comisiones Técnicas Interprofesionales, avaladas con un Acuerdo Marco entre las Consejerías competentes en sanidad, servicios sociales y educación de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

En cualquier caso, del área educativa, las USMIJ mantienen reuniones periódicas con los equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógicos de zona específicos, elaborando, desarrollando y evaluando programas conjuntos; y prestando apoyo a Centros Específicos de Educación Especial. La coordinación suele ser fluida y continua para aquellos casos que lo requieran. En los niños y adolescentes que acuden a hospital de día la coordinación es programada y constante y en caso de menores de 6 años, también se hace coordinación con los equipos de atención temprana.

En el área de servicios sociales: a) con los profesionales del Centro Base para intercambiar información de las necesidades, planificar y coordinar medios para atender al niño, con equipos de los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana; b) con los Servicios Sociales de Atención Primaria, con centros de Atención a la Familia (Mediación familiar, programas de violencia familiar); c) con los hogares, pisos de acogida y residencias infantiles.

En el área de Justicia, se mantiene relación especialmente con el Tribunal Tutelar de Menores, en tratamientos por abuso físico y sexual, en el seguimiento de medidas judiciales que se llevan a cabo por decisión judicial en las USMIJ, etc.

En el ámbito sanitario la coordinación con Atención Primaria ha sido priorizada por todas las Gerencias de Atención Integrada, favoreciendo contactos entre responsables (reuniones de coordinación periódicas, respaldadas y apoyadas por la gerencia), y a nivel hospitalario se establece coordinación a) con los servicios demandantes de interconsulta durante la hospitalización, fundamentalmente pediatría; b) con el servicio de urgencias (niños y adolescentes) y c) con todos los que se ha

establecido localmente algún programa de enlace o unidad funcional o programa conjunto transversal (ver en el siguiente epígrafe).

Respecto a la relación entre Unidades de SMIJ, cada Área de Salud tiene su población de referencia, por lo que normalmente trabajan de forma independiente. No obstante, los coordinadores de las unidades mantienen reuniones periódicas fundamentalmente para unificar criterios organizativos, homogeneizar prestaciones, evidenciar necesidades y elevar propuestas de mejora. Anualmente se realizan al menos un curso monográfico y una jornada interdisciplinar anual. En algunos casos se realizan derivaciones entre unidades.

#### *Proceso de admisión, tratamiento y alta*

La primera vía de atención e incorporación de pacientes a la red de salud mental infanto-juvenil es a través de Atención Primaria (pediatría o médico de familia, dependiendo de la edad del paciente).

Durante el horario asistencial, en cada cabecera de área se puede tratar a los pacientes de Psiquiatría del Niño y el Adolescente de forma ambulatoria. En caso de necesitarse ingreso, las Unidades de Salud Mental Infantil se ponen en contacto con la unidad de hospitalización de Ciudad Real para cursar su derivación; además tienen establecido un procedimiento de interacción intensiva de los facultativos de referencia de cada caso durante su internamiento.

Otra vía de entrada (mínima) en la red de salud mental del niño y el adolescente es a través de la urgencia. Al disponer de un único punto de atención continuada específico regional (en Ciudad Real), muchas de las urgencias que llegan (filtradas) son ingresadas. Una vez que el paciente es valorado, tratado y estabilizado, es dado de alta con cita de seguimiento en su USMIJ.

En la atención directa que se hace en los colegios de educación especial, se ven casos nuevos a requerimiento de los padres y de los profesores, sin necesidad de pasar por Atención Primaria. En algunas ocasiones se realiza el seguimiento de forma ambulatoria desde las Unidades de Salud Men-

tal Infantil, y otras veces, si se considera que no es necesario, el seguimiento se realiza desde Atención Primaria, por el pediatra o el médico de familia (según corresponda por la edad del paciente).

Se establecen colaboraciones en el ámbito de servicios sociales especializados a menores, con departamentos de orientación escolar y con equipos de atención temprana para facilitar el acceso y tratamiento de pacientes y favorecer la comunicación entre profesionales, pero como se ha comentado, la vía habitual de acceso es a través de atención primaria de salud. No obstante, desde Servicios Sociales y desde el ámbito de justicia en ocasiones también se realizan derivaciones directas a la red de salud mental infanto-juvenil, aunque no es el procedimiento habitual.

Los menores con trastornos graves son todos seguidos en su USMIJ correspondiente. Casos leves y moderados que evolucionan satisfactoriamente, son dados de alta sin necesidad de seguimiento.

A diferencia de otras especialidades médicas (por ejemplo pediatría especializada), el seguimiento del tratamiento farmacológico se sigue realizando en la USMIJ, si no recibe únicamente medicación. Otras veces, si se considera que no es necesario, el seguimiento se realiza desde Atención Primaria, por el pediatra o el médico de familia (según corresponda por la edad del paciente). Y en otras, por los servicios sociales de atención primaria (básicos) y/o por el equipo psicopedagógica del colegio.

Si el paciente sigue requiriendo atención médica cuando cumple los 18 años, éste es derivado a la red de salud mental de adultos para continuar con su tratamiento. Aunque en caso de estar en un proceso psicoterapéutico, se deriva una vez finalizado éste, aunque haya cumplido 18 años.

#### *Protocolos y programas diferenciados*

Como "diferencial" y de ámbito regional, está la Unidad Funcional para la Valoración del Abuso Sexual Infantil en Mancha Centro, formada por tres Servicios: Psiquiatría y Salud Mental (dos psicólogos céntricos y una trabajadora social), Pediatría (dos pediatras) y Ginecología (ginecóloga) y la partici-

pación de una segunda trabajadora social de la Gerencia de Atención Integrada.

También de ámbito regional se ha implantado el Proceso Asistencial Integrado de Intervención Precoz en Primeros Episodios Psicóticos en el que participan las USMIJ.

Todas la USMIJ tienen programas de coordinación con desigual extensión.

Establecidos a nivel de área de salud, sí se dispone de protocolos y programas bien consolidados, algunos de los cuales se enuncian a continuación:

- Programa de apoyo a la patología dual: desplazamiento de un psiquiatra a la Unidad de Conductas Adictivas, para trabajar conjuntamente estas patologías en jóvenes, de periodicidad quincenal.
- Atención directa a los colegios de educación especial: desplazamiento quincenal/ mensual de un psiquiatra a los colegios de Educación Especial convenidos.
- Unidad Funcional de Hiperactividad-TDAH: multidisciplinar.
- Programa de salud perinatal (o recién nacido de riesgo): con neonatología, rehabilitación, matronas, centro base.
- Programa de intervenciones en la regulación emocional de menores hospitalizados (con el objetivo de instaurar un ambiente terapéutico de identificación de emociones disfuncionales que posibilite formas de afrontamiento más adecuadas).
- Programa de tratamiento de la obesidad infantil, evaluación individualizada e intervenciones psicoeducativas grupales (seis sesiones).

Los que tienen propuesta de generalización son: Programa materno infantil; TDAH, Interconsulta y enlace (oncología, endocrinología, neuro-pediatría, UCI pediátrica, digestivo, etc.). Atención patología adictiva, y Apoyo a padres con TMG y priorizando atención a hijos vulnerables.

Con mayor protagonismo de enfermería en su aplicación, las USMIJ también disponen de los siguientes programas de intervención: Enuresis, En-

copresis, Relajación, Sueño, Tics, Hábitos alimenticios y Apoyo a padres.

*Técnicas específicas y tratamientos ofertados en las diferentes USM*

- Entrevista clínica. Técnicas terapéuticas especializadas de diagnóstico y orientación terapéutica.
- Consultas de evolución y seguimiento.
- Asistencia psiquiátrica ambulatoria de urgencia.
- Prescripción de tratamientos biológicos, psicofarmacológico.
- Psicoterapia individual, Orientación y consejo.
- Psicoterapias de grupo, familiares y multifamiliares.
- Grupos de autoayuda, habilidades sociales y programas psicoeducativos a pacientes y familiares.
- Terapias de relajación, individual y en grupo.
- Evaluación psicológica complementaria: inteligencia y deterioro cognitivo, personalidad, pruebas proyectivas y otras escalas y cuestionarios.
- Trabajo de enfermería de salud mental, cuidado ambulatorio y comunitario de los pacientes.

- Evaluación Social y trabajo social integrado en el plan de tratamiento.
- Atención domiciliaria.

#### Recursos disponibles en Castilla-La Mancha

El mapa sanitario de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha se divide en ocho Áreas de Salud (siete a efectos de salud mental, que incluye a Puertollano en la de Ciudad Real). En cada una de las siete se encuentra disponible una unidad ambulatoria de atención en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

Estos dispositivos se ven complementados por dos hospitales de día (Albacete y Alcázar de San Juan) y una unidad de hospitalización, ubicada en Ciudad Real, y de cobertura regional para toda la Comunidad. Adicionalmente se cuenta con un Centro de Atención Especializada a Menores (CAEM) en Toledo, con 13 camas, destinado a menores con trastornos de conducta severos y con intervención prolongada.

A continuación se recogen los ratios por 100.000 habitantes de los dispositivos del ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en Castilla-La Mancha.

#### *Principales datos y ratios de recursos materiales de PNA en Castilla-La Mancha*

Recurso	Valor	Ratio / 100.000 hab.*
Dispositivos ambulatorios	7	1,87
Hospitales de día	2	0,54
Camas Unidad de Hospitalización	15	4,02
Camas CAEM	13	3,48

Datos 2013.

\* Nota: dato de población menor de 18 años obtenido de Tarjetas Sanitarias, noviembre de 2012.

Respecto a los recursos humanos en los dispositivos ambulatorios, se han distribuido por cada una de las áreas de salud, así como se indica el global para la Comunidad Autónoma. Cabe mencionar que en el área de Albacete y el de Mancha Centro los profesionales cuantificados incluyen el personal tanto de la propia USMIJ como del hospital de día.

#### Principales datos y ratios de recursos humanos ambulatorios de PNA en Castilla-La Mancha

Categoría	AB	MC	CR	CU	GU	TR	TO	CLM	Ratio / 100.000 hab.**
Psiquiatra	3	4	3	1	2	2	2	17	4,55
Psicólogo clínico	5	3	4	2	4	3	3	24	6,42
Enfermera	3	2	3	3	1	1	1	14	3,75
Terapeuta ocupacional	1	–	–	–	–	–	–	1	0,27
Trabajador social	1	1	1	1	1	1	1	7	1,87
Auxiliar de enfermería	1	3	–	–	–	1	1	6	1,61
Administrativo	–	1	1	1	1	–	1	5	1,34
Otros profesionales*	3	1	–	–	–	–	–	4	1,07
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>15</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>78</b>	<b>20,89</b>

Datos 2013.

\* Nota: Incluye logopeda y profesores.

\*\* Nota: dato de población menor de 18 años obtenido de Tarjetas Sanitarias, noviembre de 2012.

Áreas de Salud: AB (Albacete), MC (Mancha Centro), CR (Ciudad Real), CU (Cuenca), GU (Guadalajara), TR (Talavera) y TO (Toledo).

Finalmente, se muestran a continuación los datos de profesionales y los ratios por 100.000 habitantes tanto de la unidad de hospitalización breve infanto-juvenil como del CAEM.

#### Principales datos y ratios de recursos humanos de otros dispositivos de PNA en Castilla-La Mancha

Categoría	UHBIJ	Ratio / 100.000 hab.**	CAEM	Ratio / 100.000 hab.**
Psiquiatra	3	0,80	–	–
Psicólogo clínico	1	0,27	2	0,54

Categoría	UHBIJ	Ratio / 100.000 hab.**	CAEM	Ratio / 100.000 hab.**
Enfermera	7	1,87	3	0,80
Terapeuta ocupacional	1	0,27	–	–
Trabajador social	1	0,27	1	0,27
Auxiliar de enfermería	10	2,68	13	3,48
Administrativo	–	–	1	0,27
Otros profesionales*	2	0,54	6	1,61
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>6,69</b>	<b>26</b>	<b>6,96</b>

Datos 2013.

\* Nota: en UHBIJ incluye celadores; en CAEM incluye 1 educador social 2 conductores y personal de seguridad.

\*\* Nota: dato de población menor de 18 años obtenido de Tarjetas Sanitarias, noviembre de 2012.

#### Volumen de actividad en Castilla-La Mancha

Las Unidades de Salud Mental Infanto-juveniles han consolidado su actividad con una relación primeras visitas/sucesivas de 1/9 (pasando de una media anual 3.000/27.000 los primeros años tras incorporarse al SESCAM –en 2003– a 3.800/36.500 en 2012).

Durante los tres primeros años de funcionamiento de la unidad de hospitalización breve infanto-juvenil (UHBIJ) de Ciudad Real se han producido 551 ingresos de 374 menores de edad. La edad media de los ingresados fue de 15 años (en un rango de 5 a 17 años), permaneciendo de media, 17 días ingresados.

En el mismo periodo, ingresaron el 63% (461/732) de las urgencias monográficas (UHBIJ/TCA).

#### Situación de la formación en Castilla-La Mancha

A modo ilustrativo, se recoge a continuación un cuadro resumen con el grado de desarrollo de la oferta formativa en Castilla-La Mancha para cada uno de los niveles formativos definidos.

#### Estado de situación de la formación en Castilla-La Mancha

Comunidad Autónoma	Formación de grado	Formación de postgrado	FSE	Formación continuada
Castilla-La Mancha	Medio	Bajo	Medio	Alto

### *Formación de grado*

A nivel de formación de grado, además de las unidades de centros vinculados con la Universidades de la Región (UCLM y campus de Guadalajara de la UA), se han formalizado convenios con la UNED, la Universidad Complutense y Autónoma de Madrid, universidades privadas, etc. que posibilitan la realización de prácticas (prácticum de psicología fundamentalmente) en las USMIJ.

### *Formación sanitaria especializada*

A nivel de formación sanitaria especializada, existen unidades acreditadas, donde se imparte la formación de los médicos internos residentes (psiquiatras, médicos de familia, pediatras, neurólogos), psicólogos y enfermeros (de salud mental). Estas Unidades Docentes (multiprofesionales de salud mental en la mayoría de los casos) se encuentran en Albacete, Ciudad Real, Guadalajara, Talavera de la Reina y Toledo. Aunque no acreditada para la formación de especialistas en salud mental, la USMIJ de Mancha Centro también participa en la formación de médicos de familia y pediatras.

### *Formación continuada*

A nivel de formación continuada, existe un programa regional de oferta de actividades docentes en salud mental que incluye cursos específicos priorizados por los propios profesionales. Así, anualmente se imparten cursos destinados a capacitar en actividades grupales y técnicas psicoterapéuticas, y otros concretos de actualización diagnóstico-terapéutica.

### *Otras actividades de formación*

Adicionalmente, se celebra una jornada anual de profesionales. En estas jornadas se presentan los resultados obtenidos por los correspondientes grupos de trabajo. Uno de estos grupos de trabajo es específico de salud mental infanto-juvenil. Mantienen una relación muy estrecha, trabajando a través de videoconferencias periódicas. Tras la celebración de la jornada fijan nuevos objetivos para el grupo de trabajo, que se desarrollan durante la siguiente anualidad.

Otros espacios ya referidos son las Comisiones Técnicas Interprofesionales, creadas en 2006 dentro del acuerdo marco de colaboración entre la Consejería de Salud, Bienestar Social y Educación de la JCCM, en materia de actuación con menores de edad que presentan trastornos de salud, situación de riesgo social y necesidades educativas especiales.

En este marco de transversalidad, también recientemente se ha constituido un nuevo grupo de trabajo de detección del trastorno mental grave en población escolar.

### *Actividad científica en Castilla-La Mancha*

Las actividades realizadas en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en Castilla-La Mancha son puntuales, y por iniciativa particular de los propios profesionales de la red. Anteriormente, se disponía de un programa de financiación específico para I+D+i, aunque actualmente este programa no ha tenido continuidad.

No ha habido una actividad relevante en el ámbito de la investigación clínica, no existiendo una trayectoria y experiencia en el desarrollo de ensayos clínicos.

En cualquier caso es destacable la realización de estudios epidemiológicos en escolares (Ciudad Real), de identificación de factores de riesgo y de protección durante el embarazo (Albacete) y de evaluación de intervenciones asistenciales (Mancha-Centro) en algunas de las unidades.

### *Relación del sector profesional de Castilla-La Mancha con otros colectivos*

La relación de las USMIJ de Castilla-La Mancha con asociaciones de pacientes y otros colectivos del ámbito social es heterogéneo. En algunas Áreas de Salud existen asociaciones con suficiente entidad y trayectoria, que incluso proveen apoyos específicos a sus asociados contando con la colaboración de la USMIJ correspondiente. Pero esta presencia no se da en todas las áreas de salud. Se han constituido asociaciones por patologías concretas con alta capacidad de interacción a nivel

local y en ocasiones con una federación regional (como pueden ser TDAH, autismo, etc.) que impulsa actuaciones de mejora y fomenta la coordinación interinstitucional y con ellos mismos.

Una de las medidas de colaboración con estas asociaciones ha sido la realización de diferentes actividades formativas e interactivas, principalmente jornadas y eventos conjuntos para profesionales y familiares de pacientes.

Muchas de las iniciativas promovidas por las asociaciones de pacientes son realizadas gracias a la gran experiencia y competencia de sus integrantes.

A nivel de trabajo con familiares de pacientes, la principal relación es en las consultas, donde se trabaja con ellos para favorecer el tratamiento del propio paciente. En ocasiones se ofertan actividades grupales específicas para familiares estructuradas por patologías.

En el ámbito de la prevención, en los últimos años el número de actuaciones se ha reducido considerablemente. Esto es debido principalmente a una cada vez mayor carga asistencial, lo que impide que se pueda destinar un mayor número de efectivos a estas actividades.

Los programas de salud pública de prevención inespecífica centrados en la promoción de hábitos saludables (alimentación, ejercicio, ocio) y otros más específicos, por ejemplo de salud perinatal o centrados en la autoestima y percepción de la imagen corporal en centros educativos (Programa 'Tal como eres') han contado con la colaboración de profesionales de las USMIJ (concepción y aplicación de los programas, y evaluación y tratamiento de casos detectados).



## Situación de la PNA en Cataluña

### Estrategias implantadas en Cataluña

La atención en salud mental del niño y el adolescente en Cataluña se articula a través del Plan Director de Salud Mental y Adicciones de Cataluña, elaborado en 2006 y revisado anualmente. En este Plan general de la Salud Mental y las Adicciones se engloba tanto la salud mental de adultos como la de niños y adolescentes. Posteriormente se aprobó el Plan de Salud de Catalunya para el periodo 2011-2015 que incluye como una acción prioritaria la consolidación del Plan Director de Salud Mental y Adicciones.

De esta forma, los objetivos y actividades a desarrollar en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en Cataluña se encuentran integrados entre todos los objetivos estratégicos perseguidos en el Plan Director de Salud Mental y Adicciones. Cada uno de estos objetivos contiene diferentes líneas de actuación que se desarrollan mediante objetivos operativos concretos.

Las principales líneas y objetivos operativos relacionados con el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente se recogen a continuación:

- Promoción de la prevención de los trastornos mentales y las adicciones en el ámbito comunitario desde una visión intersectorial e interdisciplinaria con participación activa de los usuarios y las familias. En especial:
  - ♦ Se han elaborado estrategias de prevención de los trastornos mentales y de las adicciones dirigidas específicamente a la población infantil.
  - ♦ Se han elaborado estrategias de prevención de los trastornos mentales, las adicciones y otras conductas de riesgo relacionadas con el consumo de drogas, dirigidas a la población adolescente.
- Promoción de la prevención de los trastornos mentales, adicciones y otras conductas de riesgo relacionadas con el consumo de drogas en poblaciones más vulnerables. En especial en aquellos grupos de riesgo que presentan características específicas sobre las que es preciso intervenir, incorporando siempre la perspectiva de edad y de género, que incluyen:
  - ♦ Niños de alto riesgo.
  - ♦ Adolescentes de riesgo.
- Adaptación de la cartera de servicios de salud mental y adicciones para que esté realmente orientada a los usuarios y a sus familias, potenciando un modelo de intervención más activo y comunitario.
  - ♦ En este sentido, se marca como objetivo priorizar la atención a las psicosis incipientes y a la población infantil y juvenil con trastornos mentales graves.
- Mejorar la cartera de servicios para atender los problemas de salud priorizados, en especial en relación a los siguientes aspectos:
  - ♦ Trastornos del espectro autista (TEA).
  - ♦ Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).
  - ♦ Atención a los adolescentes con problemas relacionados con el consumo de drogas.
- Reorganización de los servicios actuales de acuerdo con las nuevas necesidades estratégicas y en especial:
  - ♦ Los servicios de atención a la primera infancia.
  - ♦ Los servicios de atención ambulatoria (CSMIJ, CSMA y CAS).
  - ♦ Los hospitales de día (incluyendo los específicos de niños y adolescentes).
  - ♦ La hospitalización infantil y juvenil.
- Integración de la red de salud mental infantil y juvenil con la de drogodependencias, en especial a través de la creación de unidades funcionales de salud mental y adicciones (incluyendo proyectos y programas relacionados con el ámbito del Niño y el Adolescente), destinadas a la atención de adolescentes con trastornos por consumo de sustancias.
- Introducción de cambios en el sistema docente de postgrado, para alinear los conoci-



mientos y habilidades de los futuros profesionales a los objetivos del Plan.

- ♦ Influyendo en el cambio del actual sistema de formación de post-grado de los MEF, PEF y los especialistas en Enfermería de salud mental (incluye formación específica en Psiquiatría del Niño y el Adolescente).
- Fortalecimiento de la investigación epidemiológica y clínica, de la evaluación de los servicios y de la cooperación europea.
  - ♦ Incluyendo actividades de investigación epidemiológica y clínica en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente.
  - ♦ Incluyendo proyectos de investigación clínica en el ámbito infantil y juvenil.
  - ♦ Contribuir a la equidad de la oferta asistencial en el territorio, completando la generalización de los servicios en el territorio (incluyendo dispositivos y recursos del ámbito infantil y juvenil).

### Organización asistencial en Cataluña

En Cataluña se ha constituido una Red de Psiquiatría Infanto-juvenil separada de la de adultos, que comenzó en el año 1989-1990. Fue una iniciativa pionera en su ámbito de actividad, ya que en otras Comunidades Autónomas los aspectos de Psiquiatría del Niño y el Adolescente se encontraban integrados en la red de Psiquiatría de adultos.

#### *Centros ambulatorios*

#### CSMIJ

Esta red está conformada por CSMIJ (Centro de Salud Mental Infanto-juvenil: centros ambulatorios con equipos multidisciplinares). En estos CSMIJ se atienden a pacientes entre 0 y 18 años. Se encuentran distribuidos por áreas o sectores sanitarios. Estos centros dan apoyo a los equipos de Atención Primaria de salud y se coordinan con los servicios especializados de atención a la infancia de carácter sectorial (educación, servicios sociales, justicia juvenil, etc.).

#### Consultas periféricas

Para mejorar la accesibilidad, en aquellas zonas distantes del centro o en territorios con mayor dispersión geográfica, los Centros de Atención Primaria (CAP) cuentan con consultorios donde se desplazan, a tiempo parcial, los profesionales (psiquiatras y/o psicólogos) de los CSMIJ denominados Consultas Periféricas. Se realizan interconsultas presenciales entre Atención Primaria y la Red de Psiquiatría del Niño y el Adolescente e intervenciones conjuntas entre Atención Primaria y Atención Especializada.

#### *Unidades de Hospitalización*

Dentro de la Red de Psiquiatría del Niño y el Adolescente se dispone de unidades de hospitalización, existiendo dos centros principales de referencia: la Unidad existente en el Hospital Clínic y el Hospital Pediátrico Sant Joan de Déu.

Para mejorar la accesibilidad se han habilitado también nuevos espacios y unidades funcionales para adolescentes en las zonas de Girona, Lleida, Tarragona, Manresa, Maresme y el Vallès Occidental. Algunas camas de pediatría se han adaptado para poder acoger a pacientes de Psiquiatría infantiles y adolescentes. Esta adaptación es consecuencia de requerimientos legales, donde se recogen los requisitos que deben cumplir las camas destinadas a pacientes de Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

A nivel suprasectorial, se dispone de una Unidad de Crisis y de Subagudos de adolescentes. Esta Unidad está destinada a casos con un carácter muy grave y para aquellos pacientes de 12 a 17 años que requieren ingresos de más larga evolución y que ya han pasado por una Unidad de Hospitalización. Esta Unidad es específica para pacientes mayores de 12 años.

#### Hospitales de Día

La Red de Psiquiatría del Niño y el Adolescente también dispone de Hospitales de Día para adolescentes. Estos Hospitales de Día tratan pacientes con una edad de al menos 12 años, aunque en casos concretos se puede estudiar la po-

sibilidad de aceptar pacientes cercanos a dicha edad, sobre los 10 u 11 años. Los Hospitales de Día se encuentran distribuidos por toda Cataluña, de forma que se garantiza la cobertura a toda la población afectada.

En los Hospitales de Día se realizan intervenciones intensivas que pueden alargarse a varios meses de tratamiento. Por tanto, se ha alcanzado un acuerdo entre los Departamentos de Salud y Educación para dotar a estos centros de un profesional docente que imparta formación a los pacientes, y permitir que los adolescentes sigan su ciclo educativo y se mantengan escolarizados. Este profesional trabaja en colaboración con el equipo asistencial.

#### *Centros de día*

Finalmente, se dispone de centros de día específicos, que complementan los centros de educación especial para el tratamiento de patologías concretas, como es el caso del autismo y de la psicosis infantil.

#### *Apoyo a centros educativos*

Desde los dispositivos de la Red de Psiquiatría del Niño y el Adolescente también se da apoyo a los equipos educativos que dependen del Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya. Se ofrece apoyo a pacientes con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, TEA, trastornos de conducta, etc. De esta forma, se favorece que los profesionales de los CSMIJ trabajen en colaboración con las escuelas y los equipos psicopedagógicos. De igual forma, en algunos dispositivos de la Red de Psiquiatría del Niño y el Adolescente se cuenta con personal docente, que apoya en el desarrollo educativo de los pacientes que tienen dificultades para asistir a la escuela o instituto.

#### *Apoyo a centros de menores*

Los profesionales de los CSMIJ también dan apoyo a las residencias de la Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia (DGAI) que atienden a menores tutelados por la Generalitat, ya que se trata de un colectivo de especial vulne-

rabilidad, en el cual son más prevalentes los problemas de salud mental. Lo mismo sucede entre el colectivo de menores con problemas que llegan al ámbito judicial, atendidos en centros de la Dirección General de Justicia Juvenil. Adicionalmente, desde los dispositivos del ámbito de Servicios Sociales y de Educación es posible solicitar apoyo de la Red de Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

#### *Proceso de admisión, tratamiento y alta*

La atención en Psiquiatría del Niño y el Adolescente está sectorizada por áreas o zonas de salud, y en todo el territorio hay disponible un Hospital de Día, al cual se derivan pacientes tanto desde el propio CSMIJ como desde las unidades de hospitalización.

La entrada de los pacientes en la red, normalmente se realiza a través de una derivación inicial que se realiza desde Atención Primaria, previa valoración por pediatría o el médico de familia. No obstante, en algunos casos, los propios profesionales de los CSMIJ pueden realizar visitas periódicas en Atención Primaria. El objetivo de estas visitas es detectar los casos más graves y así agilizar el proceso de derivación a la Atención Especializada. También se puede realizar derivaciones desde otros equipos especializados no sanitarios, de servicios sociales o equipos psicopedagógicos.

En el caso de alta desde la Unidad de Hospitalización, los pacientes son derivados a su CSMIJ de referencia, donde se les realiza el seguimiento posterior. No obstante, si el caso reviste mayor gravedad y requiere un seguimiento más intensivo o continuado, puede ser derivado al Hospital de Día.

Se pueden derivar pacientes a pediatras de Atención Primaria, para realizar el seguimiento. Esta vía se utiliza en los casos en los que el paciente responde correctamente al tratamiento y mejora su estado de salud.

#### *Iniciativas de calidad asistencial*

En los aspectos relacionados con la calidad asistencial, a nivel de Cataluña se ha realizado en los últimos años un proceso de evaluación externa en colaboración con la Fundación AvedisDo-

nabedian. Durante esta colaboración se trabajó con numerosos centros que fueron posicionados respecto a la media obtenida, de forma que podía conocerse la relación entre los centros. Esta evaluación no ha tenido continuidad por lo que no se han realizado sucesivas revisiones de este proceso recientemente.

A nivel global de red de salud mental (incluyendo tanto la red de Psiquiatría del Niño y el Adolescente como la de adultos), se está trabajando en la obtención de acreditaciones bajo el modelo de calidad de la EFQM, con indicadores de salud mental que se estima se pondrán en marcha en el año 2014-2015.

Existe un sistema de información CMBD donde se declara la actividad de los CSMIJ y de los servicios de hospitalización. Los datos agregados se publican anualmente en las memorias del CatSalut.

También se ha publicado un primer informe de Central de Resultados en Salud Mental, publicado por el Observatorio del Sistema de Salud, de la Agencia Catalana de Calidad en Salud. Este informe detalla los resultados de cada centro y una serie de indicadores con el objetivo de dar transparencia al sistema y promover experiencias de benchmarking entre los distintos centros.

#### *Protocolos y programas diferenciados*

Recientemente se ha implantado a nivel de Cataluña una prueba piloto del Plan de atención integral a las personas con trastorno del espectro autista (TEA). Este plan ha sido desarrollado por un grupo multiprofesional de expertos y técnicos de la administración desde los departamentos de Salud, Educación y Bienestar Social y Familia. Con el objetivo de conseguir una atención integral para las personas con trastorno del espectro autista se recomienda la creación de unidades funcionales formadas por profesionales del Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ), del Centro de Desarrollo Infantil y Atención Precoz (CDIAP) y del Equipo de Atención Primaria (EAP).

Esta experiencia se enmarca en el Plan Integral de Atención a personas con problemas de salud mental que se coordina desde el Departamento de Presidencia de la Generalitat de Catalunya.

También existe un programa de Atención a la Psicosis incipiente, implantado en el 28% de Cataluña. Es un modelo de atención inmediata, intensiva e integral destinado a los jóvenes que presentan señales de alarma de un episodio psicótico o bien que ya han sufrido uno. El objetivo es la prevención de una enfermedad psicótica (típicamente de evolución crónica y que comporta graves costes personales y económicos).

Otros programas diferenciados son el Programa de prevención del suicidio y el Programa de Cartera de Servicios de Salud Mental en Atención Primaria.

Finalmente, a nivel de Cataluña, pero con un grado de implantación del 22%, se cuenta con el programa Adolescente con problemas de consumo, que implica la colaboración entre el Centro de Atención y Seguimiento (CAS) y el CSMIJ. El objetivo es dar apoyo en la detección y el tratamiento de los adolescentes con conductas de riesgo en el propio CSMIJ.

#### *Recursos disponibles en Cataluña*

Cataluña es una de las Comunidades Autónomas con mayores recursos en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Por todo el territorio de Cataluña existen tanto unidades de tratamiento ambulatorio (CSMIJ) como Hospitales de Día. Adicionalmente, se cuenta con dos unidades de referencia de Hospitalización completa, una ubicada en el Hospital Clínic y Provincial de Barcelona y otra en el Hospital Sant Joan de Déu. Estas Unidades se ven complementadas por nuevos espacios que se están adaptando en otros centros sanitarios de Cataluña, de los Servicios de Pediatría, y por una serie de camas específicas para el tratamiento psiquiátrico de niños y adolescentes bajo control de Justicia Juvenil.

Por otra parte, en Cataluña se dispone de otras consultas periféricas de los CSMIJ, a donde acuden los profesionales de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

Finalmente, se encuentra disponible una Unidad de Crisis y Subagudos de Adolescentes (UCA), de ámbito regional.

A continuación se recogen los datos cuantitativos y los ratios por 100.000 habitantes de los recursos disponibles en Cataluña en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

*Principales datos y ratios de recursos materiales en PNA de Cataluña*

Recurso	Valor	Ratio / 100.000 hab.*
Dispositivos ambulatorios (CSMIJ)	50	3,51
Consultas periféricas	21	1,47
Nº de camas en UCA	62	4,35
Nº de camas de URPIs	62	4,35
Plazas Hospital de Día	449	31,50
Nº de camas de justicia juvenil	18	1,26

Datos 2013.

\* Nota: dato de población menor de 18 años obtenido del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Respecto a los recursos humanos, Cataluña cuenta con 91,5 psiquiatras y 200,4 psicólogos en los CSMIJ. A nivel global, los ratios de los profesionales más habituales en los equipos multiprofesionales por 100.000 habitantes menores de 18 años se recogen en la siguiente tabla.

*Ratios por 100.000 habitantes de recursos humanos en PNA de Cataluña por perfil profesional*

Perfil profesional	URPI	UCA	HDIJ	CSMIJ
Psiquiatra	1,59	0,71	1,60	6,53
Psicólogo	0,52	0,66	1,75	14,31
DUE	2,09	1,25	1,15	1,29
Auxiliar de enfermería	2,03	6,38	0,34	-
Terapeuta ocupacional	0,08	0,35	0,69	-
Trabajador social	0,09	0,35	0,56	2,27
Educador	-	-	2,74	-

Datos 2013.

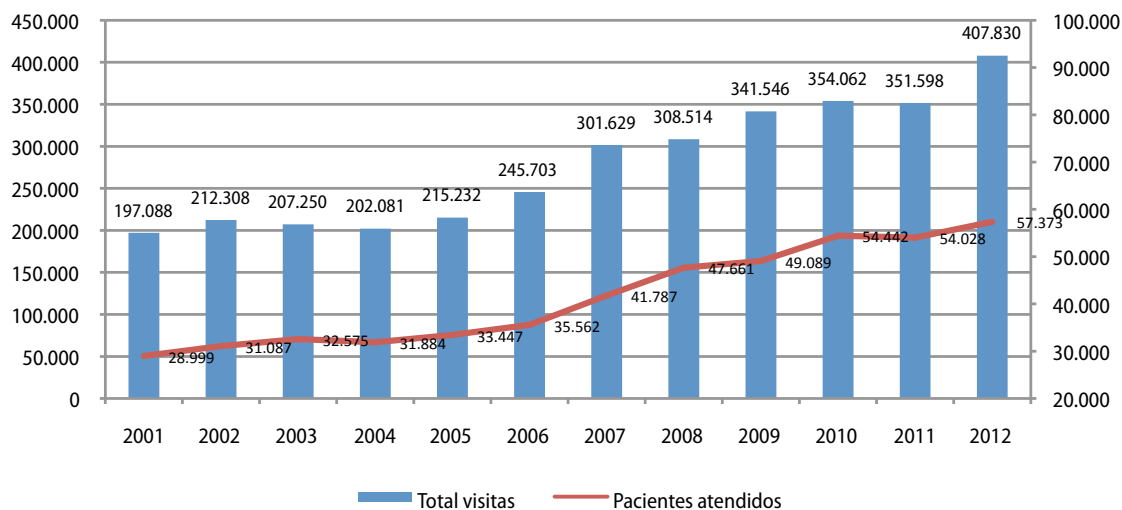
### Volumen de actividad en Cataluña

En los últimos años, los dispositivos de Psiquiatría del Niño y el Adolescente de Cataluña han experimentado un incremento de la demanda de estos servicios. Entre el año 2002 y 2012, el número de visitas ha aumentado un 92,09%, y el de pacientes atendidos, un 84,56%.

Del total de visitas realizadas, 23.376 fueron primeras visitas.

En la siguiente figura se puede observar la evolución de visitas realizadas y número de pacientes atendidos.

### Actividad de los CSMIJ de Cataluña (2001-2012)

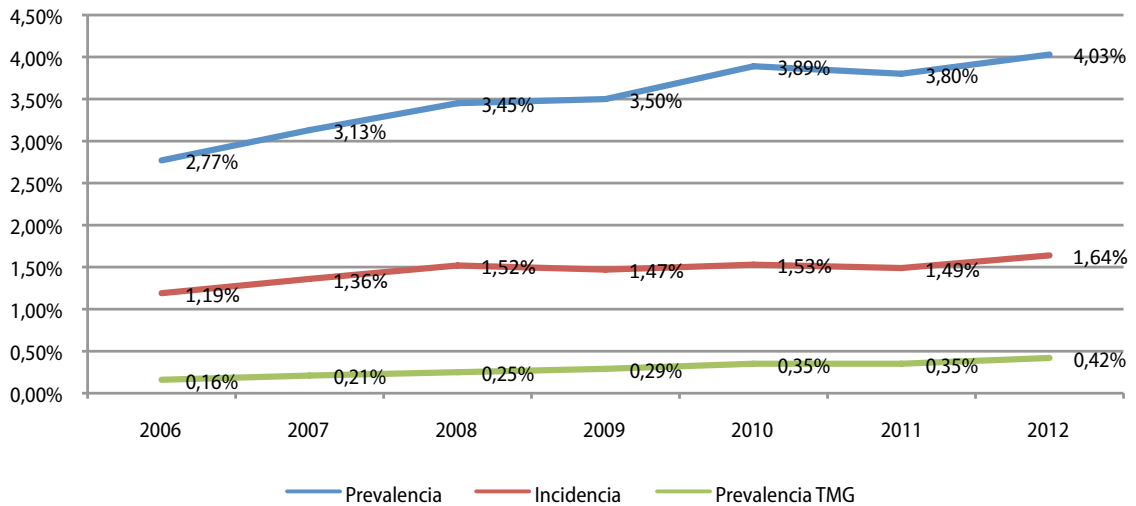


Fuente: memoria del CatSalut.

Entre los años 2006 y 2012 se observa una tendencia al incremento en la demanda atendida en los CSMIJ de Cataluña. Durante este periodo la tasa de incidencia se ha incrementado un 38%, la

prevalencia atendida en los servicios es un 45% superior y la demanda atendida por trastorno mental grave es más de 1,5 veces superior.

*Prevalencia, Incidencia y Prevalencia de TMG en CSMIJ (2006-2012)*



Fuente: memoria del CatSalut.

Las patologías más prevalentes en Cataluña a nivel ambulatorio fueron los trastornos por déficit de atención, de la conducta y por comportamiento perjudicial, los trastornos de adaptación, los trastornos habitualmente diagnosticados en la lactancia, infancia y adolescencia y los trastornos de ansiedad.

A nivel ambulatorio, en Cataluña se realizaron 1.306 ingresos con 1.203 pacientes, principalmente en las patologías de trastornos por déficit de

atención, de la conducta y por comportamiento perjudicial, trastornos de adaptación, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Finalmente, en Cataluña se ha implantado un Programa de Atención a la Psicosis incipiente en el 28% del territorio con el objetivo de prevenir la enfermedad psicótica. Los principales datos de actividad de este Programa se recogen en la siguiente tabla.

Año	Nº pacientes	Nº casos derivados	Nº primeros episodios	Nº periodo crítico
2012	970	392	160	65

*Situación de la formación en Cataluña*

A modo ilustrativo, se recoge a continuación un cuadro resumen con el grado de desarrollo de la oferta formativa en Cataluña para cada uno de los niveles formativos definidos.

*Estado de situación de la formación en PNA de Cataluña*

Comunidad Autónoma	Formación de grado	Formación de postgrado	FSE	Formación continuada
Cataluña	Medio	Alto	Medio	Alto

### *Docencia de grado*

La Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), la Universidad de Barcelona (UB) y la Universidad Internacional de Cataluña (UIC) dentro del grado de medicina ofrecen formación en Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Las unidades docentes de los hospitales públicos universitarios Clínic, Vall d'Hebron, Hospital del Mar y Parc Taulí Sabadell tienen profesionales de los servicios de Psiquiatría del Niño y el Adolescente como profesores asociados en la asignatura de psiquiatría. La UIC también tiene docencia teórica y práctica en Manresa y Granollers.

### *Docencia de postgrado*

En Cataluña existe una importante oferta de formación teórica, aunque el principal problema en este sentido radica en que en la Psiquiatría del Niño y el Adolescente existe aún una importante variabilidad en la práctica clínica y en la formación teórica. Así, dependiendo de donde se reciba la formación, variarán los contenidos.

Por otra parte, se está intentando realizar una oferta formativa para dar orientaciones y normar la práctica sobre aspectos importantes de la especialidad, tanto a nivel de adultos como de niños. Existen programas de máster de psicopatología infantil en la UB (Hospital Clínic y Provincial de Barcelona) y en la UAB, dirigidos principalmente a psicólogos a los que se ofrece formación especializada.

### *Formación Sanitaria Especializada*

MIR y PIR: la formación en Psiquiatría del Niño y el Adolescente en Cataluña se contempla en los programas de las Unidades Docentes. Existen acuerdos entre los centros para que los residentes roten por los diferentes dispositivos específicos de Psiquiatría infanto-juvenil existentes, garantizándose de esta manera la rotación sin ser ésta homogénea en características ni duración.

Una mejora esperada en este sentido será el reconocimiento de la especialidad, ya que permitirá formar específicamente a estos profesionales (actualmente, la formación en niños y adolescentes

depende de la formación en psiquiatría general). Un reto importante en este ámbito será trabajar en definir los contenidos de la especialidad. En este contexto se considera que la dilatada experiencia docente de Cataluña puede ser clave en este desarrollo. Es importante destacar que Cataluña ha sido pionera en integrar la formación de todos los residentes en salud mental (MIR, PIR, EIR) diseñando un programa obligatorio teórico común.

La Sociedad Catalana de Psiquiatría, enmarcada en la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña, organiza dicha formación, en la que se imparte formación teórica conjunta para las tres especialidades durante el primer año de residencia.

Por otra parte, los residentes en formación se pueden beneficiar de los distintos cursos y actividades que la Sociedad Catalana de Psiquiatría y la Sociedad Catalana de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil ofrecen de forma regular en la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares.

### *Actividad científica en Cataluña*

A nivel científico, desde el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya se está trabajando en la creación y desarrollo de redes de I+D+i específicas, entre las que se contempla la de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. La constitución de la red en este campo se verá favorecida por la masa crítica investigadora presente en el territorio de Cataluña, parte de la cual se encuentra integrada en el Programa de Trastornos Mentales del Niño y Adolescente del Centro de Investigación Biomédica de Salud Mental (CIBERSAM), siendo la Dra. Josefina Castro la coordinadora de este Programa.

Por otra parte, existen bastantes entidades en Cataluña que desarrollan investigación en el campo de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Se ha planteado como objetivo la organización de estas entidades para tener más capacidad de captación de fondos (actualmente, la financiación recibida procede principalmente del Instituto de Salud Carlos III, de la Fundación Alicia Koplowitz, etc.). Desde el Departament de Salut se está trabajando sobre las prioridades de I+D+i, favoreciendo el



desarrollo de actividades de investigación clínica y epidemiológica, así como las relativas a evaluación de intervenciones.

El grupo de investigación del CIBERSAM liderado por la Dra. Josefina Castro “Trastornos Mentales del niño y del adolescente” pertenece además al Institut de Recerca Biomèdica August Pi i Sunyer (IDIBAPS). Entre sus líneas de investigación priorizadas se encuentran las siguientes:

- Trastornos de la conducta alimentaria.
- TDAH.
- Trastornos obsesivo-compulsivos.
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Trastornos afectivos: Trastornos depresivos y bipolares.
- Conductas adictivas.
- Trastornos del espectro autista.
- Trastornos de ansiedad.

Existen otros grupos de investigación en Cataluña con fuerte presencia en el campo de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente: el grupo liderado por el Dr. Luís San, del Hospital de Sant Joan de Déu de Barcelona, vinculado también a la red CIBERSAM y siendo sus líneas de investigación principales los trastornos psicóticos y los estados mentales de alto riesgo para la psicosis y el TDAH; el grupo del Dr. José Ángel Alda, en TDAH y el grupo de la Dra. Montserrat Dolz, en estudios de neuropsicofarmacología. Adicionalmente, el Hospital Parc Taulí de Sabadell está colaborando con un proyecto europeo de investigación sobre la depresión y el suicidio en población infantil y juvenil, y existen proyectos específicos en diversos hospitales públicos de índole más local.

#### *Relación del sector profesional de Cataluña con otros colectivos*

En los últimos años, la Red de Psiquiatría Infanto-juvenil de Cataluña ha interactuado con diferentes colectivos y asociaciones, especialmente las relacionadas con las patologías de autismo, psicosis incipiente, TDAH y TCA. Con estas asociaciones se colabora muy estrechamente, siendo potencia-

da la interacción desde la Administración Pública. Para ello, se han conformado grupos de trabajo y comisiones específicas que han facilitado la comunicación y realización de actuaciones conjuntas entre ambos colectivos.

Se presta especial atención a las familias, habiéndose definido una cartera de atención a las mismas. Se mantiene también una muy buena relación con las sociedades científicas.

La colaboración con todos estos colectivos se concreta en diferentes iniciativas que promueven el trabajo conjunto, como son la creación de comités asesores, el apoyo en la realización de congresos específicos, el desarrollo de grupos de trabajo con familiares de pacientes, etc.

La mayoría de los hospitales públicos priorizan la relación con los familiares de los pacientes. Se trata de una prioridad asistencial a la que se dedican muchos recursos, llegando a ser en algunas ocasiones el 50% del tiempo dedicado a cada paciente. Se prioriza la psicoeducación, el entrenamiento de padres, el soporte emocional y la terapia familiar.

Respecto a la relación con asociaciones de pacientes, se trabaja especialmente con asociaciones de autismo, hiperactividad y TCA. Los diversos servicios de Psiquiatría y Psicología Infantil colaboran con estas asociaciones a través de jornadas conjuntas, charlas, formación, etc.

La relación con colegios y organismos relacionados con educación es también una prioridad, siendo a menudo las iniciativas promovidas por este colectivo en las que los profesionales de salud mental colaboran y participan.



## **Situación de la PNA en la Comunidad de Madrid**

### Estrategias implantadas en la Comunidad de Madrid

En los últimos años, la Comunidad de Madrid ha hecho un esfuerzo para impulsar diferentes campos de conocimiento de la sanidad, a través de la elaboración de estrategias propias de cada una de ellas. Entre los campos en los que se trabajó para impulsar su desarrollo fue el de la salud mental, elaborándose el Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014, como continuidad al anterior Plan Estratégico definido para el periodo 2003-2008.

El Plan Estratégico en Salud Mental 2010-2014 tiene como objetivo dar respuestas a las necesidades de los pacientes y de sus familiares y cuidadores. Este Plan asume el modelo asistencial establecido en su predecesor y continúa su desarrollo, aplicando criterios de búsqueda de la excelencia y de gestión eficiente.

El Plan se estructura en diferentes apartados, tales como la justificación de su elaboración, el marco legislativo, los recursos actuales, la actividad desarrollada y los objetivos y acciones que desarrollan el propio Plan.

La Comunidad de Madrid otorga una especial importancia al ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, ya que uno de los apartados en los que se desglosa la estrategia del Plan de Salud Mental hace referencia directa a la atención en salud mental a niños y adolescentes.

En este apartado se describen y desarrollan los principios básicos destinados a la atención de niños y adolescentes en el ámbito de la salud mental. Adicionalmente, se identifican los objetivos de mejora perseguidos:

1. Estudio de las necesidades de recursos de atención a niños y adolescentes. Acciones a realizar:
  - a. Estudiar las necesidades de recursos humanos en base a la heterogeneidad

de la demanda de cada Unidad Asistencial y al desempeño de tareas.

- b. Asegurar las condiciones específicas de infraestructura y recursos materiales adaptadas a la atención a la población infantil y adolescente, diferenciados respecto a la población adulta.
2. Estudio de la necesidad de un Centro Terapéutico Residencial para niños y adolescentes con trastornos mentales y de conducta graves. Acciones a realizar:
    - a. Estudiar la necesidad de un Centro Terapéutico Residencial para niños y adolescentes con trastornos mentales y de conducta graves.
  3. Desarrollo de protocolos y guías para pacientes con necesidades complejas. Acciones a realizar:
    - a. Desarrollar protocolos y guías para pacientes con necesidades complejas por un Comité de Expertos multidisciplinar.
  4. Estudio de necesidades de recursos de rehabilitación y residencia en coordinación con la Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Acciones a realizar:
    - a. En coordinación con la Consejería de Familia y Asuntos Sociales se considera necesario estudiar las necesidades de recursos de rehabilitación y residencia para niños y adolescentes con enfermedad mental y sus familiares, tales como: centros de día y tarde, residencias materno-infantiles, recursos residenciales de convivencia familiar, etc., en horario de mañana y tarde.

Es de destacar que el Plan recoge la necesidad de consolidar el Programa AMI-TEA, para la Atención Médica centralizada e Integral de los pacientes con TEA. El programa está orientado a facilitar el acceso (reducción de esperas y trámites administrativos) a los servicios sanitarios y los procesos dependientes o derivados de ellos (pruebas complementarias, ayudas técnicas especiales, etc.), así como a la coordinación con recursos no sanitarios.

Como acciones a realizar para la consolidación del Programa, el Plan recoge las siguientes:

- Consolidar el programa AMI-TEA como Unidad especializada en la atención a personas con TEA de todas las edades, centralizada en un Hospital General, para el seguimiento sanitario especializado de todas las necesidades de salud de estas personas.
- Facilitar la especialización de los médicos implicados en la atención a pacientes autistas y procurar la adquisición de experiencia en su manejo.

Finalmente, se recoge un capítulo en el Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 relativo a la investigación, donde se identifica como una de las prioridades de investigación de la Comunidad de Madrid la salud mental infanto-juvenil. Esto se encuentra en línea con las prioridades de investigación del principal agente que desarrolla actividad científica a nivel estatal, el CIBER de Salud Mental (CIBERSAM).

#### Organización asistencial en la Comunidad de Madrid

La estructura de gestión sanitaria presente en la Comunidad de Madrid en el ámbito de la salud mental en general se ha visto modificada en los últimos años. Hasta el año 2010, la organización de la salud mental recaía en una gerencia única dependiente de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Y a partir de ese año, las competencias fueron delegadas a cada ámbito hospitalario y su zona de influencia.

Por tanto, desde esta descentralización de competencias a las unidades de atención a la salud mental, y en concreto la infantil y juvenil, algunos centros han orientado su atención asistencial de forma convergente. En estos casos, se han organizado áreas de gestión de servicios infantiles y juvenil, incluyendo la Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

Así, se realiza una gestión centralizada, integrando el ámbito hospitalario con el Centro de

Salud Mental y conformándose un equipo de referencia. No obstante, esto no impide que el modo de trabajo sea similar al de otros Centros en los que no se ha producido esta integración.

Consecuencia de esta centralización y optimización de los recursos, en algunas ocasiones se produce de forma puntual la existencia de Unidades no lo suficientemente dotadas para algunos procedimientos estandarizados, dependiendo de la demanda en un momento dado. Es decir, algunas Unidades hospitalarias deben derivar los pacientes de algunas patologías concretas a otras Unidades que sí disponen de estos recursos. No obstante, este hecho ocurre de forma muy puntual y para algunas patologías muy específicas.

Actualmente, la red de Psiquiatría del Niño y el Adolescente de la Comunidad de Madrid se compone de dispositivos de atención ambulatoria (los Centros de Salud Mental), hospitales de día y unidades de hospitalización, estas últimas ubicadas en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón y en el Hospital Universitario Niño Jesús.

Adicionalmente, la red global de salud mental de la Comunidad de Madrid ha aprobado la constitución y puesta en marcha de una Unidad de media estancia para pacientes infantiles y juveniles.

La atención de salud mental en general, y por tanto, también de la infantil y juvenil, se ubica a un segundo nivel asistencial.

La edad de la atención abarca hasta los 18 años, aunque en edades cercanas a este límite, se trabaja de forma conjunta con el colectivo de adultos para facilitar la transición a este ámbito.

#### *Guardias*

Las guardias en los dispositivos hospitalarios son atendidas por psiquiatras dedicados a infanto-juvenil en el Hospital Universitario Niño Jesús y no son específicas en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, aunque en este hospital casi la mitad de los adjuntos de guardias son del Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente de este hospital.

### *Urgencias*

Tanto el Hospital General Universitario Gregorio Marañón como el Hospital Universitario Niño Jesús tienen urgencias específicas en este campo y realizan ingresos a través de urgencias. Si la urgencia llega a otro Hospital, existen protocolos implantados y consolidados para la derivación del caso al Hospital General Universitario Gregorio Marañón, generalmente.

### *Proceso de admisión, tratamiento y alta*

La principal vía de entrada a la red de Psiquiatría del Niño y el Adolescente es a través del ámbito de Atención Primaria, de forma similar a adultos. Es el pediatra o el médico de familia el encargado de derivar al paciente al Centro de Salud Mental de referencia. En el Centro de Salud Mental se realiza la valoración inicial y el seguimiento, en ocasiones con otros colectivos implicados, como puede ser la Consejería de Educación o la de Asuntos Sociales. En caso de considerarse necesario, desde el Centro se procede a la derivación al Hospital de Día o a la Unidad de Hospitalización correspondiente.

El trabajo de los profesionales en estos Centros se articula a través de equipos multiprofesionales.

Otra de las vías de acceso a la red, aunque de forma minoritaria, es a través de los Servicios de Urgencias, que derivan a hospitalización. En estos casos, el Centro de Salud Mental es informado del nuevo caso únicamente por el hospital, por lo que el médico de Atención Primaria no es notificado del ingreso.

Una vez finalizado el tratamiento o superada la fase aguda del paciente, dependiendo de la naturaleza y gravedad del trastorno particular de cada caso, se realiza un seguimiento más o menos continuado. Por tanto, este seguimiento puede realizarse desde el propio Centro de Salud Mental o bien pueden indicarse una serie de instrucciones al médico de Atención Primaria para mantener controlado y supervisado al paciente. Es necesario analizar cada caso concreto para adaptar el protocolo y proceso de alta, particularizándolo según proceda.

### *Relación con otras especialidades y otros dispositivos asistenciales*

#### *Relación con el ámbito de pediatría*

La relación de la red de Psiquiatría del Niño y el Adolescente con el colectivo de pediatría es muy estrecha. Especialmente, a nivel de pediatría hospitalaria, existen dos casos puntuales de trabajo conjunto. En el Hospital Universitario 12 de octubre y en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, por intereses y motivos personales de los profesionales de pediatría de ambos hospitales, en ocasiones podían llegar a ingresarse pacientes psiquiátricos infantiles y juveniles con patologías no muy graves desde el punto de vista conductual en los espacios de pediatría. No obstante, el seguimiento de los pacientes era realizado por un psiquiatra.

#### *Relación con los colectivos de Educación, Asuntos Sociales y Justicia*

A través de los dispositivos de Educación (colegios e institutos, principalmente) no pueden derivarse pacientes directamente a la red de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Únicamente pueden detectarse los casos potenciales, y son los padres o cuidadores de estos pacientes los que se ponen en contacto con el médico de Atención Primaria para su derivación posterior al Centro de Salud Mental.

Respecto a los pacientes que deben ser derivados, y existe una orden judicial que lo apoya, pueden acceder a cualquier dispositivo de la Red sin tener que proceder por los canales habituales.

#### *Protocolos y programas diferenciados*

Actualmente, la Comunidad de Madrid no cuenta con protocolos o programas diferenciados de atención a pacientes de salud mental infantil y juvenil de ámbito autonómico. Existen protocolos de actuación, pero a nivel de hospitales concretos. Entre ellos, cabe destacar los siguientes:

- Protocolo de tratamiento específico de los TCA, del Hospital Universitario Niño Jesús. Los objetivos de este protocolo son la monitorización física adecuada, la normalización alimentaria, el descubrimiento de la motiva-

- ción y el compromiso para el cambio, pasar de control externo a interno, etc.
- Programa para la Atención Médica Integral de los pacientes con Trastorno del Espectro Autista, del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Sus objetivos son facilitar el acceso a las personas con un diagnóstico de Trastorno Generalizado del Desarrollo a los servicios sanitarios y a los procesos dependientes derivados de ellos, así como la coordinación con los recursos no sanitarios.
  - Programa PIENSA (Programa de Intervención en Psicosis Adolescente) es un programa asistencial que promueve el tratamiento de las fases iniciales de las psicosis de inicio en la adolescencia así como la investigación de la eficacia de terapias psicológicas en esta población. Está ubicado en la Sección de Psiquiatría del Niño y el Adolescente del Departamento de Psiquiatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón y constituido por un equipo multidisciplinar de profesionales sanitarios con amplia experiencia en psicosis de inicio temprano.
  - El Programa ATrAPA (Acciones para el Tratamiento de la Personalidad en la Adolescencia) es un Programa Asistencial que promueve la investigación y tratamiento de la personalidad en la adolescencia. Está ubicado en la Sección de Psiquiatría del Niño y el Adolescente del Departamento de Psiquiatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
  - La Unidad de Menores en Riesgo Psíquico (UMERP), se encuentra actualmente ubicada en la sección de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. El objetivo fundamental de esta Unidad es el de prestar evaluación y tratamiento a menores que, por las circunstancias particulares de su entorno habitual, se encuentren en situación de riesgo de psicopatología y, por lo tanto, con una mayor necesidad de cuidados especializados.
  - Otros procesos protocolizados: programa de TDAH, síndromes raros (Prader Willi, 22q11), neuropsiquiatría, etc.

### Recursos disponibles en la Comunidad de Madrid

Actualmente, la Comunidad de Madrid cuenta con numerosos dispositivos de salud mental destinados a la atención a niños y adolescentes. Estos dispositivos engloban tanto centros ambulatorios (Centros de Salud Mental) como hospitales de día y unidades de hospitalización de agudos. No obstante, salvo algunas excepciones, los únicos dispositivos exclusivos para la atención infantil y juvenil son los de hospital de día y hospitalización. Los Centros de Salud Mental son generales, y atienden tanto a adultos como a menores, aunque cuentan con personal específico del campo de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

Las excepciones detectadas, tal y como se comentaba en el apartado de organización asistencial, corresponde a la constitución de áreas de gestión de servicios infanto-juvenil. En estos casos, las unidades de atención ambulatoria sí son exclusivas del colectivo de menores de edad.

Junto con estos dispositivos ambulatorios, la Comunidad cuenta con un total de 7 Hospitales de Día (uno de ellos integrado en el Hospital Universitario Niño Jesús) y 2 Unidades de Hospitalización (en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón y en el Hospital Universitario Niño Jesús), todos específicos de niños y adolescentes.

Finalmente, se ha aprobado la constitución de un nuevo Centro de media estancia, también específico de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, con un total de 20 plazas.

A continuación se recogen los principales cuantitativos de los recursos estructurales disponibles por la Comunidad de Madrid de Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

### Principales datos y ratios de recursos materiales en la Comunidad de Madrid

Recurso	Valor	Ratio / 100.000 hab.*
Dispositivos ambulatorios generales	55	4,59
Dispositivos ambulatorios específicos	3	0,25
Hospitales de Día	7	0,58
Nº plazas en Hospitales de Día	175	14,59
Unidades de Hospitalización	2	0,17
Nº de camas específicas para niños y adolescentes	39	3,25

Datos 2013.

\* Nota: dato de población menor de 18 años obtenido del Instituto Nacional de Estadística.

En cuanto a los recursos humanos disponibles, la distribución por perfiles profesionales es la siguiente:

### Principales datos y ratios de recursos humanos en la Comunidad de Madrid

Profesionalidad	Valor	Ratio / 100.000 hab.*
Psiquiatra	62	5,17
Psicólogo	42	3,50

Datos 2013.

\* Nota: dato de población menor de 18 años obtenido del Instituto Nacional de Estadística.

### Volumen de actividad en la Comunidad de Madrid

#### Actividad ambulatoria

Analizando el volumen de actividad ambulatoria de Psiquiatría del Niño y el Adolescente de la Comunidad de Madrid, los valores obtenidos en el año 2012 son los siguientes:

### Principales datos y ratios de actividad ambulatoria en la Comunidad de Madrid

Actividad	Valor	Ratio / 100.000 hab.*
Nuevas consultas	18.710	1.559,76
Consultas sucesivas	73.330	6.113,16

Datos 2012.

\* Nota: dato de población menor de 18 años obtenido del Instituto Nacional de Estadística.

### Actividad hospitalaria

Como se comentaba en el apartado de recursos, los principales centros sanitarios en los que se realiza actividad hospitalaria en el campo de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente son el Hospital General Universitario Gregorio Marañón y el Hospital Universitario Niño Jesús. No obstante, existe actividad hospitalaria en la práctica totalidad de hospitales de la Comunidad de Madrid. En total, son 24 los hospitales que han tenido actividad en este campo.

En la Comunidad de Madrid se han realizado un total de 356 altas de niños menores de 14 años y 493 altas de adolescentes entre 14 y 18 años. En cuanto a las estancias, los valores para niños y adolescentes han sido de 3.365 y 7.483, respectivamente. Las estancias medias se sitúan en 9,45 para niños y 15,18 para adolescentes.

A continuación se detalla el volumen de altas y estancias producidas en cada uno de estos hospitales, indicando de forma separada la actividad en menores de 14 años y la actividad con adolescentes entre 14 y 18 años:

### Principales datos de actividad hospitalaria en la Comunidad de Madrid (0 a 14 años)

Hospital	Altas	Estancias	Estancia media
H.U. Niño Jesús	147	2.090	14,22
H.G.U. Gregorio Marañón	65	902	13,88
F. H. Alcorcón	23	1	0,04
H.U. Infanta Cristina	17	13	0,76
H.U. 12 de Octubre	15	118	7,87
H.U. Puerta de Hierro	11	47	4,27
H. del Sureste	10	0	0,00
H. U. La Paz	9	19	2,11
H.U. Ramón y Cajal	8	9	1,13
H. Clínico San Carlos	7	24	3,43
H. de Móstoles	6	22	3,67
H. Pr. Asturias	6	6	1,00
H. Severo Ochoa	6	21	3,50
H.U. Getafe	6	50	8,33
H. del Henares	4	5	1,25
H. Rey Juan Carlos de Móstoles	4	13	3,25
Fund. Jiménez Díaz	3	7	2,33

Hospital	Altas	Estancias	Estancia media
H. Infanta Elena	3	8	2,67
H. de Torrejón	3	3	1,00
H. Central de la Defensa	1	4	4,00
H. de Fuenlabrada	1	2	2,00
H.U. Infanta Leonor	1	1	1,00

Datos 2012.

*Principales datos de actividad hospitalaria en la Comunidad de Madrid (14 a 18 años)*

Hospital	Altas	Estancias	Estancia media
H.G.U. Gregorio Marañón	258	3.555	13,78
H.U. Niño Jesús	186	3.344	17,98
H. Clínico San Carlos	9	33	3,67
Fund. Jiménez Díaz	6	14	2,33
H.U. Getafe	5	133	26,60
H. Dr. Rodríguez Lafora	4	129	32,25
H. Infanta Sofía	4	39	9,75
H.U. 12 de Octubre	3	40	13,33
H. Severo Ochoa	3	87	29,00
F. H. Alcorcón	2	3	1,50
H.U. Infanta Cristina	2	4	2,00
H. del Sureste	2	49	24,50
H.U. La Paz	2	28	14,00
H. de Móstoles	2	6	3,00
H. Central de la Defensa	2	4	2,00
H.U. Puerta de Hierro	1	4	4,00
H. Rey Juan Carlos de Móstoles	1	2	2,00
H. de Fuenlabrada	1	9	9,00

Datos 2012.

Respecto a la distribución por diagnósticos realizados, las principales patologías tratadas han sido las relacionadas con la reacción de adaptación y retrasos específicos del desarrollo, en el caso de los pacientes menores de 14 años, y de trastornos de personalidad y reacción de adaptación en el caso de los pacientes con edades entre los 14 y los 18 años.

A continuación se recogen en la siguiente tabla las altas y estancias realizadas en los centros hospitalarios de la Comunidad de Madrid desglosadas por patologías y por los grupos de pacientes menores de 14 años y de 14 a 18 años.

*Principales datos de actividad hospitalaria por patología en la Comunidad de Madrid (0 a 14 años)*

Patología	Altas	Estancias	Estancia media
Síntomas o síndromes especiales no clasificados bajo otros conceptos	109	1.633	14,98
Reacción de adaptación	41	281	6,85
Retrasos específicos del desarrollo	41	22	0,54
Trastornos de ansiedad, disociativo y somatomorfo	39	370	9,49
Perturbación del comportamiento no clasif. otros conceptos	25	168	6,72
Trastorno de personalidad	22	187	8,50
Perturbación emociones especif. de infancia / adolescencia	13	77	5,92
Abuso de drogas sin dependencia	12	15	1,25
Trastornos generalizados del desarrollo	12	168	14,00
Síndrome hiperquinésico de la infancia	11	60	5,45
Trastorno depresivo no clasificado bajo otros conceptos	10	121	12,10
Trastornos episódicos del humor	6	98	16,33
Trastornos esquizofrénicos	3	116	38,67
Otras psicosis no orgánicas	3	30	10,00
Tr. mentales transitorios debido a otras enfermedades	3	3	1,00
Disfunciones fisiológicas con origen en factores mentales	2	12	6,00
Retraso mental no especificado	2	3	1,50
Otro retraso mental especificado	1	0	0,00
Trastornos mentales inducidos por alcohol	1	1	1,00

Datos 2012.



Principales datos de actividad hospitalaria por patología en la Comunidad de Madrid (14 a 18 años)

Patología	Altas	Estancias	Estancia media
Síntomas o síndromes especiales no clasificados bajo otros conceptos	123	3.042	24,73
Trastorno de personalidad	91	839	9,22
Reacción de adaptación	67	751	11,21
Trastornos de ansiedad, disociativo y somatomorfo	43	344	8,00
Perturbación del comportamiento no clasif. Otros conceptos	31	238	7,68
Trastornos episódicos del humor	24	494	20,58
Trastornos esquizofrénicos	23	612	26,61
Otras psicosis no orgánicas	18	423	23,50
Perturbación emociones especif. de infancia / adolescencia	13	98	7,54
Trastornos mentales inducidos por drogas	13	111	8,54
Trastorno depresivo no clasificado bajo otros conceptos	12	236	19,67
Síndrome hiperquinésico de la infancia	9	79	8,78
Abuso de drogas sin dependencia	7	6	0,86
Trastornos generalizados del desarrollo	6	72	12,00
Retrasos específicos del desarrollo	3	48	16,00
Trastornos delirantes	3	55	18,33
Trastornos sexuales y de identidad sexual	2	8	4,00
Tr. mentales transitorios debido a otras enfermedades	1	14	14,00
Disfunciones fisiológicas con origen en factores mentales	1	3	3,00
Otro retraso mental especificado	1	2	2,00
Reacción aguda al estrés	1	6	6,00
Trastornos mentales no psicóticos específicos por lesión cerebral	1	2	2,00

Datos 2012.

### Situación de la formación en la Comunidad de Madrid

A modo ilustrativo, se recoge a continuación un cuadro resumen con el grado de desarrollo de la oferta formativa en la Comunidad de Madrid para cada uno de los niveles formativos definidos.

#### *Estado de situación de la formación en PNA de la Comunidad de Madrid*

Comunidad Autónoma	Formación de grado	Formación de postgrado	FSE	Formación continuada
Comunidad de Madrid	Bajo	Bajo	Medio	Medio

A nivel institucional, donde mayor presencia existe de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en el ámbito de la formación es principalmente en la formación sanitaria especializada y en la formación continuada.

#### *Formación de grado y de post-gradó*

En este nivel, las actividades formativas en Psiquiatría del Niño y el Adolescente depende en mayor medida de los intereses personales de los profesionales. Por tanto, no es una oferta estructurada a nivel institucional.

#### *Formación sanitaria especializada*

En la formación sanitaria especializada, las directrices son marcadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, quien indica el régimen de rotaciones y meses de estancia de los residentes en dispositivos de Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

En aquellos hospitales con un carácter más monotemático, que no disponen de los recursos para facilitar la formación de los residentes en aspectos de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, existen acuerdos con estos dispositivos para la formación de los residentes.

#### *Formación continuada*

A nivel de formación continuada, existen actividades formativas destinadas a la generación de *expertise* en aspectos relacionados con el autismo. Mediante esta formación se persigue mejorar el

grado de detección y atención experta a la patología del Trastorno del Espectro Autista.

#### Actividad científica en la Comunidad de Madrid

Actualmente, no existe una política estructurada de fomento de la investigación planteada desde la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. La actividad de esta Consejería presenta un carácter más reactivo, teniendo un papel de facilitador de la investigación en los centros sanitarios de la Comunidad.

En mayor o menor medida, en todos los centros sanitarios se realizan actividades de investigación, siendo la Consejería un agente de apoyo a este ámbito. Dos claros ejemplos de colaboración con los profesionales son el estudio piloto puesto en marcha en el Hospital de Alcalá de Henares, de detección de Trastorno Mental Grave en institutos (en el que la Consejería de Sanidad jugó un papel dinamizador con el sector de Educación para la puesta en marcha del proyecto) y las actividades científicas promovidas por la Consejería en relación al TDAH y el ajedrez.

Respecto al resto de actividades de investigación que se están desarrollando por parte de los profesionales de la Comunidad de Madrid, son más por interés personal de estos mismos. En este sentido, uno de los principales referentes es el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, quien ha impulsado significativamente la investigación en Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Este Hospital, junto al Hospital Universitario Niño Jesús, son

los que mayor impulso han dado al desarrollo de ensayos clínicos, ya que son los que cuentan con las Unidades de Hospitalización de referencia en la Comunidad de Madrid.

Concretamente, el grupo de investigación del Dr. Celso Arango es uno de los referentes científicos en este campo, el cual pertenece al Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Gregorio Marañón y es coordinador del programa de neurociencias del mismo.

La principal línea de trabajo de este grupo se centra en los trastornos del neurodesarrollo y dentro de ellos, en la reducción de la heterogeneidad clínica de los síndromes psicóticos y autismo. Se buscan marcadores clínicos, neurológicos, neuropsicológicos, bioquímicos, neuroanatómicos, que permiten identificar endofenotipos para en un siguiente paso poder hacer estudios sobre la etiología de esos posibles endofenotipos. Dentro de esta línea de investigación se están llevando a cabo diversos programas: seguimiento de primeros episodios psicóticos, signos neurológicos, neuroimagen, neuropsicología, marcadores bioquímicos y neuropsicofarmacología.

En este grupo de investigación destaca también la Dra. Mara Parellada en la investigación de trastornos del espectro autista y la Dra. Carmen Moreno en trastorno bipolar de inicio precoz.

En la actualidad se mantienen activos ocho proyectos europeos sobre temas como psicosis de inicio temprano, autismo, neuroimagen en trastornos psicóticos, trastornos de conducta, o suicidio infantil.

El grupo cuenta actualmente 26 personas con dedicación completa a la investigación contratados con fondos externos competitivos y otros tantos profesionales clínicos que colaboran en investigación e incluso lideran proyectos.

Concretamente, los proyectos de investigación desarrollados en el grupo de trabajo se estructuran en los siguientes apartados:

- Primeros episodios.
- Población de riesgo.
- Esquizofrenia.

- Bipolares.
- Trastorno del Espectro Autista.
- Suicidio.
- Fronteras diagnósticas.
- Otras patologías infantiles.

#### *Relación del sector profesional de la Comunidad de Madrid con otros colectivos*

En los últimos años, la relación del sector profesional con los colectivos sociales del ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en la Comunidad de Madrid se encuentra en un proceso de transición, pasando de una relación reactiva a una relación proactiva. No obstante, todavía se continúa en el proceso de cambio, ya que la situación es heterogénea entre los dispositivos de atención a la Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

La relación entre ambos sectores es complicada, ya que los colectivos sociales en la Comunidad de Madrid se encuentran muy atomizados. Principalmente, estas asociaciones de pacientes y familiares son de ámbito local, por lo que no son de alcance autonómico. Las únicas asociaciones que pueden tener una colaboración más extendida por la Comunidad de Madrid son las relacionadas con las patologías de autismo, TDAH y psicosis (tanto de niños y adolescentes como adultos). El hospital General Universitario Gregorio Marañón mantiene relaciones periódicas con asociaciones de autismo (Federación Autismo Madrid, APNA), esquizofrenia (AMAFE), trastorno bipolar (Asociación bipolar de Madrid) o TDAH (ANSHDA o Asociación Elisabeth D'ornano) con las que hace anualmente cursos de formación a demanda de las mismas.

La relación de los profesionales con las asociaciones de pacientes se concreta en la organización de jornadas conjuntas. También en los Hospitales 12 de Octubre, Gregorio Marañón y el de Alcalá de Henares se ha implantado un proyecto piloto de evaluación del Servicio de Primer Apoyo (SEPA). Éste es un marco de colaboración con asociaciones locales para trabajar conjuntamente en primeros diagnósticos de psicosis. De esta forma se persigue amortiguar y resolver dudas sobre el efecto

del primer diagnóstico de esta patología. En este proyecto piloto están implicados tanto niños y adolescentes como adultos jóvenes.

El modelo comunitario de atención en la Comunidad de Madrid incluye a la familia, sobre todo en pacientes infantiles. De esta forma, la familia es un activo clave en la evolución del paciente y su patología. Se trabaja muy estrechamente con ella a lo largo del tratamiento del niño o el adolescente.

#### *Promoción y prevención*

A este nivel, una de las principales iniciativas puestas en marcha promovida a nivel institucional por la Consejería de Sanidad ha sido el estudio piloto en el Hospital de Alcalá de Henares para la detección del Trastorno Mental Grave en institutos.

Otras iniciativas puestas en marcha a nivel de la Consejería de Sanidad son las acciones preventivas orientadas a Atención Primaria. Son iniciativas propias. En el campo del suicidio se realizan acciones de prevención secundaria. También se trabaja en diferentes aspectos del autismo, donde la colaboración con otros colectivos es fundamental para la consecución de los objetivos propuestos.

## **Situación de la PNA en la Comunidad Valenciana**

### Estrategias implantadas en la Comunidad Valenciana

En la Comunidad Valenciana se elaboró un Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica (en el año 2001), estando actualmente finalizado y sin continuidad en nuevo Plan.

No obstante, en este Plan Director se ofrecían las directrices que iba a seguir la Comunidad Valenciana en los años siguientes en el ámbito de la salud mental. En estas directrices se engloba tanto la salud mental general como la salud mental del niño y el adolescente.

Dentro de la planificación sanitaria y sociosanitaria que propone el Plan Director, en el apartado 4 *“Continuar el desarrollo de infraestructuras de la Conselleria de Sanitat”*, se recoge la actividad de continuar el desarrollo de la Red de Salud Mental Infantil y del Adolescente:

- Completar las actuales Unidades de Salud Mental Infantil y del Adolescente con otras de nueva creación en diferentes áreas de salud no cubiertas.
- Continuar con la creación de unidades de hospitalización psiquiátrica infanto-juveniles y ampliar su cartera de servicios, incorporando atención ambulatoria y hospitalización parcial.

También, en el apartado 6 *“Formación”*, se persigue la integración de la psiquiatría y la salud mental en los circuitos de formación de la Conselleria de Sanitat, contemplando el Diploma en Psiquiatría Infantil y Adolescente, cuya Unidad Docente se ubicaría en la Escuela Valenciana de Estudios Superiores (EVES), siendo de carácter bianual. A su vez, se plantea la creación de un grupo de expertos de ámbito autonómico en salud mental infantil y adolescente para evaluar la situación actual, consensuar planes de formación específicos y proponer líneas de actuación asistencial.

En este Plan también se define la organización y las funciones de los recursos asistenciales en salud mental. Entre estos dispositivos se incluyen a las Unidades de Salud Mental Infantil y de la Adolescencia (USMI o USMI-A).

Los criterios generales de actuación de estas unidades son los siguientes:

- Base comunitaria centrada en el área sanitaria.
- Atención integral que incluya prevención, promoción, asistencia, rehabilitación, formación y docencia.
- Equipos multidisciplinares, con especial hincapié en la figura del trabajador social y su papel de enlace con diferentes instituciones educativas y sociales.
- Coordinación con instituciones de atención a la infancia en la canalización de la demanda y en la intervención, para evitar duplicidades.
- Como con adultos, la continuidad de cuidados supone el mayor reto para el equipo multidisciplinar.
- El equipo profesional mínimo estará formado por psiquiatras, psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales.

Adicionalmente, se definen los siguientes aspectos de estas unidades: posibles vías de entrada, funcionamiento general (recepción y acogida), actividades asistenciales, actividades de prevención, promoción o coordinación externa, actividades de formación, investigación y docencia, y finalmente, actividades de coordinación interna.

### Organización asistencial en la Comunidad Valenciana

Actualmente, existe de forma general una USMI (Unidad de Salud Mental Infantil) en cada Departamento de Salud público de la Comunidad Valenciana. No obstante, en algunos Departamentos no se dispone de USMI: Torrevieja y Vinalopó. En el Departamento de Salud de Denia sí que existe, pero los recursos son mínimos. No obstante,

para reenfoque esta situación en el Plan Director se recogen unas directrices de mínimos.

Según se recoge en la normativa específica para Psiquiatría del Niño y el Adolescente, en las USMI sólo se tratarán pacientes de edad pediátrica. Pero, dependiendo de los intereses e iniciativa del profesional, en ocasiones la edad se amplía hasta los 18 años. Esto se encuentra en línea con la nueva normativa que se ha planteado implantar el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, lo que permitirá alinear estrategias y directrices en la Comunidad Autónoma.

Actualmente, la Comunidad Valenciana no cuenta con un hospital de día específico para niños y adolescentes. Existe un proyecto piloto en Castellón (que lleva abierto aproximadamente dos años), que también tiene espacios de hospitalización. Pero no existen actualmente más recursos de esta tipología implantados a nivel de la Comunidad Valenciana.

La unidad de hospitalización de referencia en Alicante se encuentra en Orihuela, y es específico de la provincia. Estos ingresos son siempre programados, no se realizan ingresos de urgencias. Si el paciente es mayor (adolescente) puede ser derivado directamente al Hospital San Juan de Alicante, en el Servicio de Psiquiatría de adultos.

En Valencia se dispone de una unidad de hospitalización en el Hospital Universitario La Fe, aunque estas camas no se encuentran diferenciadas, están integradas con el resto de camas del Servicio.

Los menores de 14 años pueden ingresar en pediatría, y en algunos casos, en las unidades de psiquiatría de adultos, aunque de forma muy puntual.

#### *Proceso de admisión, tratamiento y alta*

El paciente accede a la USMI a través del pediatra o del médico de familia (dependiendo de su edad), aunque a veces estos profesionales no los derivan a la USMI. La solicitud de derivación se recibe por entrega en papel por parte del propio paciente, por el servicio donde ha sido previamente atendido o por envío del profesional. Esta solicitud se pasa por registro y se reclasifica: se solicita más

información, se considera la solicitud urgente o se trata como una solicitud ordinaria.

Una vez incluido en la USMI, en las consultas se estudian los casos que llegan y se decide el profesional que le tratará en una primera fase (psiquiatra, psicólogo, trabajador social, enfermero, etc.). Posteriormente, se procede a la derivación entre profesionales, según se vaya detectando la necesidad.

Finalmente, el alta no se realiza a Atención Primaria, siempre se les mantiene en seguimiento por parte de la USMI hasta su derivación a adultos.

#### *Trabajo con el colectivo de enfermería*

Esta coordinación consiste en la visita de personal de enfermería en diferentes centros de salud, para explicar las funciones y actividades realizadas. También trabajan y enseñan a padres, para contar con su colaboración en el tratamiento de los pacientes.

El trabajo de los profesionales de enfermería en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente consiste principalmente en responsabilizarse de los casos de trastornos de eliminación y los pacientes en edad preescolar.

#### *Protocolos o programas diferenciados*

Cada USMI lleva a cabo el desarrollo de sus propios protocolos y programas diferenciados. Por ejemplo, el tratamiento del autismo ha sido prioritario en Alicante, ya que han existido numerosos casos de esta patología. Por ello, se ha trabajado en el desarrollo y fijación de unos estándares y criterios para diagnosticar esta patología (ADI-R y ADOS). Se han realizado cursos de formación para los profesionales, de forma que se realice un correcto diagnóstico de la enfermedad.

Adicionalmente, se ha trabajado en el protocolo de diagnóstico del TDAH y también se está intentando adaptar un modelo canadiense para implantarlo en la USMI.

### Recursos disponibles en la Comunidad Valenciana

En la Comunidad Valenciana, los principales dispositivos de la red de Psiquiatría del Niño y el Adolescente son las unidades ambulatorias (USMIJ). Estas unidades se encuentran distribuidas por toda la geografía de la Comunidad, existiendo una media de una USMIJ por Departamento público de Salud, de forma que se garantiza la cobertura de toda la población.

Respecto a las unidades de hospitalización e ingreso, cada provincia cuenta con unidades específicas.

En Castellón se dispone de un Programa de Trastorno Mental Grave con una sala de agudos de 6 camas. También englobado en este Programa se cuenta con un hospital de día, dependiente de la Consellería de Sanidad y la de Educación.

Valencia cuenta con una sala de adolescentes con 5 camas (para pacientes entre 14 y 18 años), y una sala de escolares a interconsulta con 3 camas (para menores de 14 años). Ambas unidades están ubicadas en el Hospital Universitario La Fe. Adicionalmente, dependiente de la Consellería de Bienestar se ha constituido un Centro de Acogida Especializado, con 20 plazas.

Por último, en la provincia de Alicante existe una Unidad de Hospitalización en Orihuela con 8 camas que atiende a pacientes con edades comprendidas entre los 6 y los 17 años.

A continuación se recogen los datos globales de recursos y los ratios disponibles en la Comunidad Valenciana en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, tanto globales como a nivel ambulatorio.

### *Principales datos y ratios de recursos materiales y humanos de PNA en la Comunidad Valenciana*

Recurso	Valor*	Ratio / 100.000 hab.**
Unidades ambulatorias	N.D.	N.D.
Camas hospitalización/agudos	22	2,85
Hospital de día	1	0,13
Psiquiatra ambulatorio	34	4,40
Psicólogo ambulatorio	28,5	3,69
ATS ambulatorio	13	1,68
Auxiliar ambulatorio	2,5	0,32
Trabajador social ambulatorio	13	1,68
Terapeuta ocupacional ambulatorio	1	0,13
Administrativo ambulatorio	3,5	0,45

Datos 2011.

\* Las jornadas a tiempo parcial se contabilizan como 0,5 jornadas.

\*\* Nota: dato de población menor de 15 años obtenido del Instituto Nacional de Estadística, a fecha de 1 de enero de 2012.

Respecto a las unidades de hospitalización, de hospital de día y específicas, los datos cuantitativos y ratios se indican a continuación.

#### *Principales datos de recursos humanos hospitalarios de PNA en la Comunidad Valenciana*

Dispositivo	Psiquiatra	Psicólogo	ATS	Auxiliar	Trabajador social
Agudos Castellón	2P	1P	1P (5 turnos)	1P (5 turnos)	1P
H. Día Castellón	2P	1P	1P (5 turnos)	1P (5 turnos)	1P
Adolescentes Valencia	1	–	1 mañanas + 1 (6 turnos)	1 (6 turnos)	–
Escolares Valencia	1	1P	1P (1 día a la semana)	1P (1 día a la semana)	–
Centro acogida Valencia	1P	–	–	–	–
Hospitalización Alicante	Comparte los recursos con su USMIJ de referencia.				

Datos 2011.

(P) Profesional dedicado a tiempo parcial.

#### *Situación de la formación en la Comunidad Valenciana*

A modo ilustrativo, se recoge a continuación un cuadro resumen con el grado de desarrollo de la oferta formativa en la Comunidad Valenciana para cada uno de los niveles formativos definidos.

#### *Estado de situación de la formación en la Comunidad Valenciana*

Comunidad Autónoma	Formación de grado	Formación de postgrado	FSE	Formación continuada
Comunidad Valenciana	Bajo	Medio	Medio	Bajo

A nivel de formación de grado, en la licenciatura de Medicina de la Universidad Miguel Hernández existen 1-2 clases de Psiquiatría Infanto-juvenil. El problema detectado es que no es impartida por ningún profesor con experiencia específica en este campo.

A nivel de formación de postgrado, los profesionales colaboran con esta Universidad en un máster en Psiquiatría Infanto-juvenil. Adicionalmente, son co-autores de un curso de optimiza-

ción en el abordaje multidisciplinar del TDAH, impartido desde la Universidad de Alicante, en la facultad de Psicología. El nivel de participación es tanto mediante ponencias como en la realización de prácticas.

A nivel de formación sanitaria especializada, existen residentes que rotan por las USMI, aunque la regulación y supervisión de las rotaciones se dirige desde los hospitales de la Comunidad.



A nivel de formación continuada, se dispone de un curso de actualización de salud mental del niño y el adolescente. Es un curso exclusivo para los profesionales de la provincia de Alicante.

#### Actividad científica en la Comunidad Valenciana

Actualmente, en la Comunidad Valenciana no se desarrollan actividades estables de investigación de una forma estructurada a nivel institucional. Por tanto, las iniciativas científicas puntuales realizadas son promovidas por interés personal de los propios profesionales.

En concreto, la USMI de Alicante se encuentra en fase de diseño de nuevas iniciativas científicas e innovadoras, especialmente en colaboración con el sector universitario. Sus profesionales han participado en algún ensayo clínico, pero de forma puntual. Actualmente, están desarrollando un proyecto de investigación multicéntrico para toda la provincia, el cual es un estudio observacional que se encuentra en estado de aprobación. Ese estudio implica a todos los centros relacionados con la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, a excepción de Denia y Orihuela.

A nivel de innovación, la iniciativa puesta en marcha es una prueba de testeo de una tablet como herramienta de apoyo al tratamiento del TDAH.

#### Relación del sector profesional de la Comunidad Valenciana con otros colectivos

Los profesionales de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente tienen una relación bastante estable con las asociaciones de pacientes y familiares, especialmente en el ámbito del TDAH. Hay una comunicación bidireccional y diálogo fluido con estas asociaciones.

A nivel de la relación con colegios, se encuentran coordinados sobre todo con centros de menores. En estos casos, se tiene trato prioritario gracias a la buena coordinación con la Conselleria de Bienestar Social. En este sentido, se dispone de un programa coordinado con orientadores educativos desde el año 2008 para favorecer la comunica-

ción con colegios e institutos, pero actualmente se encuentra en proceso de implantación. También se dispone de acuerdos con la fiscalía de menores, para tener un trato preferencial y así agilizar el tratamiento de esta tipología de pacientes.

## Situación de la PNA en el País Vasco

### *Estrategias implantadas en el País Vasco*

La estrategia en salud mental en el País Vasco tiene sus inicios en el Plan de asistencia psiquiátrica y salud mental, realizado por una comisión asesora en el año 1982. Posteriormente, en 1990 se elaboró el Plan Estratégico de Atención Psiquiátrica y Salud Mental. Tras la finalización de su vigencia, se elaboró el predecesor del plan actualmente vigente, el Plan Estratégico 2004-2008 de Asistencia psiquiátrica y salud mental de Osakidetza.

Actualmente, el País Vasco cuenta con una Estrategia en Salud Mental de la Comunidad Autónoma del País Vasco 2010. Esta Estrategia cuenta con varios aspectos críticos explicitados por el Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi (CASM):

- Abordar los objetivos generales de la Estrategia desde una perspectiva multisectorial y con un reflejo específico de las distintas sensibilidades.
- Establecer las acciones a desarrollar en los próximos años y priorizar su ejecución.
- Alinear y coordinar los objetivos de la red de salud mental vasca con el contexto estatal y europeo.
- Servir como aportación seminal y de consenso para una reflexión estratégica más elaborada de la red de salud mental y de las organizaciones que la componen.

La Estrategia en Salud Mental de la Comunidad Autónoma del País Vasco 2010 se estructura en 7 grandes líneas estratégicas, aunque ninguna de ellas hace referencia de manera específica el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente. No obstante, sí se han definido actuaciones dirigidas a este campo de conocimiento, integradas en algunas de las líneas estratégicas.

A continuación se recogen las principales actuaciones en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente incluidas en la Estrategia de Salud Mental de la Comunidad Autónoma del País Vasco 2010:

- Formular, realizar y evaluar un conjunto de intervenciones para promocionar la salud mental en cada uno de los grupos de edad o etapas de la vida: la infancia, la adolescencia, la edad adulta y las personas mayores:
  - ◆ Desarrollar programas basados en la evidencia que fomenten habilidades, proporcionen información y se centren en la inteligencia emocional y funcionamiento psicosocial en niños y jóvenes.
- Realizar y evaluar el plan de intervenciones sobre las Drogodependencias con el objetivo de disminuir el uso y abuso de sustancias adictivas en todo el ámbito de la comunidad.
- Generalizar como buena práctica el modelo desarrollado en algunos centros de la red pública y concertada para la intervención preventiva en jóvenes con consumos problemáticos, no toxicómanos, en línea de prevención selectiva; incluyendo la valoración de la evidencia, y obtención de conclusiones de efectividad.
- Desarrollo de actuaciones específicas preventivas sobre los hijos de personas con consumo de sustancias con potencial adictivo.
- Realizar y evaluar acciones específicas para disminuir las tasas de depresión y de suicidio en grupos de riesgo: y específicamente, establecer líneas de coordinación entre los colectivos de salud mental y educación, para facilitar la detección precoz de síntomas depresivos y distinguirlos del malestar o los cambios evolutivos de la adolescencia.
- Desarrollar e implantar de forma efectiva las prestaciones que se incluyen en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, tanto en el ámbito de la Atención Primaria como de la Atención Especializada: y en especial completar el despliegue de las prestaciones que correspondan con el Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, haciendo especial énfasis entre otros en temas relacionados con la Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

- Programas de atención temprana (infanto/juvenil): neonatología, trastornos de desarrollo, etc. donde confluye la atención de diversas áreas (Diputaciones forales, Departamento de Educación, Departamento de Sanidad, etc.).
- Se establecerán procedimientos de apoyo desde la Atención Especializada en salud mental a la Atención Primaria, para la detección y tratamiento precoz de trastornos mentales: en especial, se asegurará la transmisión de información relevante entre Pediatría de Atención Primaria y salud mental infanto-juvenil, para mejorar el diagnóstico y evitar riesgo de sobrediagnóstico.
- Aumentar el porcentaje de pacientes con trastornos mentales que reciben psicoterapia, acorde con las mejores prácticas disponibles y en especial, desarrollar la psicoterapia grupal en el ámbito infanto-juvenil.
- Se adecuarán programas específicos para dar respuesta a las necesidades de niños, niñas y adolescentes en materia de salud mental: se revisará y adecuará de forma ecológica e individualizada la transición de pacientes por motivos de edad, entre psiquiatría infantil y adultos, así como la adecuación de los lugares de tratamiento.
- Establecer, para las personas con trastornos mentales en tratamiento, un plan individualizado de tratamiento. Especialmente en el ámbito infanto-juvenil, se garantizará la coordinación con los dispositivos de Educación en la elaboración y seguimiento del plan individualizado, como factor fundamental, para asegurar la continuidad en la atención.
- Se implantarán mecanismos eficaces de coordinación asistencial dentro de cada estructura territorial sanitaria, entre los diversos dispositivos sanitarios y sociales implicados en la atención a los trastornos mentales graves: en el ámbito infanto-juvenil, se propone la inclusión en e-osabide, dentro de los ítems de las rutinas de revisión de niños

sanos en Pediatría, aquellos ítems relacionados con la detección de trastorno mental.

En el año 2011 se realizó una evaluación de la Estrategia en Salud Mental de la Comunidad Autónoma del País Vasco 2010, con el fin de testar la situación de la estrategia de salud mental en relación al cumplimiento de sus objetivos y despliegue de las acciones previstas.

Esta revisión puso de manifiesto la correcta alineación de todas las organizaciones, servicios e instituciones relacionadas con la salud mental, sobre todo en la interpretación de las líneas estratégicas y objetivos, aunque con un menor grado de precisión en cuanto a la consecución de acciones previstas y su priorización.

El País Vasco cuenta con un documento de Atención Temprana del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria (está previsto su próxima conversión en Real Decreto). Dicho documento tiene asociado un proyecto de investigación, "Proceso de Atención Integrada a Niños y Niñas con Necesidades Especiales (PAINNE)". Este proyecto se encuentra implantado como un proceso asistencial a todos los efectos.

Este modelo de Atención Temprana basa su desarrollo en la evidencia científica que pone de manifiesto que algunos de los trastornos del desarrollo son evitables, otros son corregibles, al menos parcialmente, y que las consecuencias negativas de todos ellos pueden paliarse con un abordaje adecuado.

Por tanto, en el documento se plantea un modelo de asistencia y atención a niños y niñas de hasta seis años y a sus familias. Este modelo considera como agentes clave en su implantación y desarrollo a los Equipos de Valoración en Atención Temprana (EVAT) y los Equipos de Intervención en Atención Temprana (EIAT). La valoración y orientación de casos, por un lado, y la intervención terapéutica resultante son funciones distintas. Respetando esta diferencia y por la mayor claridad que supone, se propone la creación de los EVAT y de los EIAT, si bien con ello se refiere a una distinción funcional y no al grupo de profesionales en cada

tipo de equipo que, según los casos, pueden compaginar ambos tipos de funciones y las tareas correspondientes.

Finalmente, se ha implantado en el País Vasco el VI Plan de Adicciones 2011-2015, en el cual se abordan cuestiones de prevención primaria, secundaria y terciaria, con abundantes referencias y acciones para el colectivo del Niño y el Adolescente.

Entre estas acciones se encuentran:

- Control del suministro y venta de bebidas alcohólicas y tabaco a menores.
- Prevención universal en el ámbito escolar (liderazgo compartido Educación-Sanidad-Drogodependencias).
- Avanzar en la mejora de las condiciones para la implicación de madres y padres en la educación de hijos e hijas.
- Presencia en el Plan Joven de la prevención con medidas preventivas concretas.
- Abordaje comunitario de promoción juvenil que permita proporcionar una visión de los jóvenes más positiva, de mayor compromiso social, que contrarreste la imagen negativa que proporcionan los medios de comunicación.
- Prevención selectiva en el ámbito escolar: apoyo a equipos docentes, involucrar al profesorado sobre su papel en la prevención, trabajo directo con alumnos, etc.
- Prevención indicada con adolescentes y jóvenes altamente vulnerables y sus familias.

#### Organización asistencial en el País Vasco

La asistencia en salud mental se realiza en el País Vasco por dos organizaciones independientes, aunque en coordinación por el flujo de pacientes que comparten:

- Red de salud mental: en la cual se engloban los centros de salud mental (red ambulatoria), los Centros Educativos Terapéuticos, la Unidad de Atención Precoz de Guipúzcoa y los hospitales psiquiátricos de las tres pro-

vincias. Se trata de una red organizativamente autónoma y descentralizada, independiente de Atención Primaria y de la atención hospitalaria.

- Servicios de Psiquiatría de los hospitales generales: ubicados en el Hospital Universitario de Basurto y el Hospital Universitario de Cruces en Vizcaya, el Hospital Universitario de Donostia en Guipúzcoa y el Hospital Universitario de Álava, en Vitoria.

Actualmente, en la red de salud mental se han implantado cuatro grandes programas de salud mental a nivel del País Vasco: Programa de Adultos, Programa de Toxicomanías, Programa de Psiquiatría Infanto-juvenil y Programa de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Tanto el Programa de Toxicomanías, como el de TCA tienen una parte fronteriza con el Programa Infanto-juvenil, ya que engloban también las edades de 16 a 18 años.

Existe un coordinador de salud mental para todo el País Vasco.

En general, a nivel de Psiquiatría del Niño y el Adolescente se cuenta con los siguientes dispositivos: unidades hospitalarias, hospitales de día, centros de salud mental infanto-juvenil y recursos sociosanitarios (tanto específicos de Osakidetza como mixtos con el Departamento de Educación).

Existen diferentes modalidades de recursos, tanto los centros monográficos de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (repartidas por todo el País Vasco para dar cobertura a toda su población) como una modalidad mixta (en los centros de salud mental generales existe una parte destinada a niños y adolescentes).

#### *Hospitales de día*

Ésta es una de las principales deficiencias detectadas en esta Comunidad, ya que no existe en el País Vasco un hospital de día general que acoja pacientes independientemente de la patología sufrida, la gravedad de la misma, y la edad (hasta 18 años).

### *Unidades de Hospitalización*

A nivel de unidades de hospitalización para el ingreso de pacientes, se ha constituido una unidad de hospitalización en Álava, otra en Guipúzcoa y otra en Vizcaya.

La Unidad de referencia hospitalaria en Vizcaya se encuentra en la Sección de Psiquiatría Infanto-juvenil del Hospital Universitario de Basurto, la cual es apoyada principalmente por los recursos específicos disponibles en el Hospital Universitario Cruces (en el Servicio de Psiquiatría general y en Pediatría). Adicionalmente, en este Hospital pueden ingresarse de forma ocasional niños en el Servicio de Pediatría.

Respecto a Guipúzcoa y Álava, los recursos disponibles en este ámbito son las Unidades de Hospitalización del Niño y el Adolescente ubicadas en el Hospital Universitario Donostia, con capacidad para 8 camas y el Hospital Universitario de Álava con capacidad para 4 camas. Estas Unidades se encuentran en los Servicios de Psiquiatría de cada hospital.

### *Centros terapéuticos-educativos y sociosanitarios*

Los centros terapéutico-educativos son dependientes del Departamento de Educación y en ellos se produce la participación estructural, conjunta y estable de equipos educativos y de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Están ubicados en Vizcaya (2), Guipúzcoa (1) y Álava (1). Estos centros están destinados al tratamiento de pacientes psicóticos o con trastornos de personalidad o de conducta. En ellos se realiza un tratamiento psiquiátrico y rehabilitador integral con una duración comprendida entre 6 meses y un año y además se mantiene en los mismos el itinerario curricular recibiendo las clases correspondientes por el equipo educativo.

La mayoría de la plantilla es de Educación, y disponen de un psiquiatra a tiempo parcial y un psicólogo que pertenecen a Osakidetza. Para derivar a estos centros, tienen que enviarlos tanto desde el colegio como desde sus terapeutas en los centros de salud mental infanto-juveniles. Después son valoradas las solicitudes por una comisión mixta de Educación-Sanidad.

A nivel de recursos sociosanitarios, existe una Unidad de Atención Precoz (de 0 a 6 años) en Guipúzcoa.

Dependientes del Departamento de Educación están los Centros Berritzegune, en los que se encuentran psicólogos para asesorar a los profesores y otros profesionales de los colegios para orientarles en el tratamiento de los niños. Estos centros funcionan en coordinación con la red tanto hospitalaria como comunitaria de salud mental infanto-juvenil.

Otro recurso disponible son los comedores terapéuticos, dedicados principalmente al tratamiento de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Se han constituido estos comedores en los Hospitales de Basurto, Cruces y Galdakao, en Vizcaya.

### *Otros centros de Vizcaya con actividad asistencial en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente*

En Vizcaya, además de los dispositivos descritos previamente, también se cuenta con tres pequeños centros dependientes de asociaciones de pacientes y familiares, que ofrecen servicios asistenciales a pacientes de Psiquiatría del Niño y del Adolescente:

- El centro Julián de Ajuriaguerra (Federación Haurrentzat): atiende a pacientes en el ámbito de Bilbao, coordinándose con Osakidetza.
- El Módulo Psicosocial de San Ignacio, que cuenta con una psicóloga que atiende patologías de Psiquiatría del Niño y el Adolescente.
- Irala (AuzoLan), que cuenta con dos psicólogos específicas de infantil.

### *Proceso de admisión, tratamiento y alta*

Se han definido procesos estructurados en los Centros de Salud Mental Infantil (CSMI) para la incorporación de nuevos pacientes. Estos procesos se han certificado a través de las normas ISO y según el modelo EFQM.

Se presta la atención hasta los 18 años, con un especial cuidado en el ámbito de Atención Prima-

ria, de forma que pueda garantizarse un correcto seguimiento y continuidad en adultos.

La derivación se realiza principalmente desde los pediatras y médicos de familia de Atención Primaria y desde el ámbito de educación. La derivación se realiza directamente a los CSMI. La derivación desde Educación se realiza desde los Beritzegune, que lo remiten a Pediatría, que a su vez los deriva a estos centros. También puede realizarse una derivación desde otras consultas externas (cardiología, etc.) o desde otras unidades psiquiátricas específicas (como de TCA).

Finalmente, los profesionales de consultas externas pueden recibir visitas de pacientes como segunda opinión de la red de salud mental.

Para ingresar en la unidad de hospitalización de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, se puede acceder desde la red de salud mental, o desde las urgencias hospitalarias. También puede accederse desde las consultas externas de psiquiatría o psicología. Otra vía de acceso adicional es desde el programa de trastornos de la conducta alimentaria.

En el caso del Hospital Universitario de Basurto, otras vías de acceso para ingresar en la unidad de hospitalización son a través de los cuatro centros existentes de TCA (tienen prioridad), tanto de adolescentes como de adultos, desde los Centros Terapéuticos, o desde el hospital de día de primeros episodios psicóticos.

Una vez se le da el alta al paciente, regresa al centro del cual venía derivado. En caso de ingresar directamente desde su domicilio (por ingresar a través de urgencias, por ejemplo), se le deriva a su centro de salud de referencia, o al propio hospital, si procede, para realizar su seguimiento.

#### *Programas y protocolos diferenciados*

Programa Addin-Txikikoak. Programa orientado a la atención de niños y jóvenes en riesgo o situación de desprotección y con problemas de salud mental. Es un programa convenido entre la red de salud mental de Vizcaya y el departamento de acción social de la Diputación Foral de Vizcaya.

Hospital de día de TCA de adolescentes en el Hospital Universitario de Basurto: en la Sección de

Psiquiatría Infanto-juvenil, se dispone de un hospital de día de TCA de adolescentes. Este hospital de día es una iniciativa voluntaria promovida por los profesionales del Hospital Universitario de Basurto. No tiene asignados recursos adicionales y sería necesaria su consolidación y estructuración en base a recursos estables. Este hospital de día fue puesto en marcha en 2005-2006.

Programa de Estimulación Precoz con niños sordos. Programa implantado exclusivamente en el Hospital Universitario de Basurto. En este Programa se tratan también niños recién nacidos, niños diabéticos y niños obesos, siempre contando con la colaboración y participación de Pediatría.

Programa de primeros episodios psicóticos. Programa conjunto de la Red de salud mental de Vizcaya y los servicios de psiquiatría de los hospitales universitarios de Cruces y Basurto.

Programa de Trastornos de Conducta, para adolescentes de Vizcaya.

Es especialmente destacable el sistema de atención a menores con trastorno del espectro autista a través de la red GAUTENA en Guipúzcoa, AP-NABI en Vizcaya y ARAZOAK en Álava, promovidas por las asociaciones familiares. Esta red tiene como objetivo informar y sensibilizar a la sociedad sobre la problemática que supone el autismo y ofrecer los servicios adecuados a las personas que presentan este tipo de trastorno.

#### *Un compromiso a destacar*

Uno de los aspectos diferenciales en el País Vasco es la disponibilidad de plazas de facultativo médico especialista específicas para Psiquiatría Infanto-juvenil. Es una Comunidad Autónoma pionera en este aspecto, ya que ha planteado plazas específicas sin que la especialidad estuviera aún acreditada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. En las tres últimas convocatorias realizadas, se han definido una serie de plazas específicas, con convocatorias separadas y perfiladas para especialistas en Psiquiatría Infanto-juvenil con examen independiente para este ámbito de la especialidad.



### Recursos disponibles en el País Vasco

Los dispositivos integrados en la Red de Psiquiatría del Niño y el Adolescente del País Vasco incluyen diferentes unidades de atención ambulatoria y tres unidades de hospitalización, ubicadas en Álava, Guipúzcoa y Vizcaya. Adicionalmente, existe una Unidad de Atención Temprana en Guipúzcoa y tres Centros Educativo Terapéuticos, uno en cada territorio.

Finalmente, estos dispositivos son complementados por la actividad de otros centros relacionados con la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, pero no directamente dependientes de esta Red.

Estos centros han sido ampliamente comentados en el apartado de Organización Asistencial.

En total, el País Vasco cuenta con 15 Unidades de Salud Mental Infanto-juvenil (USMIJ), repartidas entre Vizcaya (6), Guipúzcoa (8) y Álava (1).

Como se comentaba previamente, estas USMIJ son complementadas por tres unidades de hospitalización, una en Álava con 4 camas, otra en Guipúzcoa con 8 camas y otra en Vizcaya con 8 camas.

A continuación se recogen los datos cuantitativos de los recursos (tanto estructurales como humanos) de la Red de Psiquiatría del Niño y el Adolescente en el País Vasco.

### Principales datos y ratios de recursos materiales en PNA del País Vasco

Recurso	Valor	Ratio / 100.000 hab.*
Dispositivos ambulatorios (USMIJ)	15	4,42
Nº de camas de hospitalización	20	5,89
Plazas otros dispositivos	40	11,78

Datos 2012.

\* Nota: dato de población menor de 18 años obtenido del Instituto Nacional de Estadística, a fecha de 1 de enero de 2012.

Respecto a los recursos humanos en el ámbito ambulatorio, su volumen se indica a continuación:

### Principales datos y ratios de recursos humanos ambulatorios en PNA del País Vasco

Recurso	Valor*	Ratio / 100.000 hab.**
Psiquiatra	31,5	9,28
Psicólogo clínico	29	8,54
Enfermera	3	0,88
Auxiliar enfermería	1	0,29
Trabajador social	6,5	1,91
Administrativo	9	2,65
Otros	1	0,29

Datos 2012.

\* Las jornadas a tiempo parcial se contabilizan como 0,5 jornadas.

\*\* Nota: dato de población menor de 18 años obtenido del Instituto Nacional de Estadística, a fecha de 1 de enero de 2012.

Por otra parte, respecto a las unidades de hospitalización y otras Unidades, el volumen de recursos es el siguiente:

*Principales datos y ratios de recursos humanos de hospitalización en PNA del País Vasco*

Recurso	Hospita- lización Álava	Centro de Día niños Guipúzcoa	Centro de Día adolescente Guipúzcoa	Hospita- lización Guipúzcoa	Hospita- lización Vizcaya	Centro Educ. Terap. Vizcaya
Psiquiatra	1	0,5	0,05	2,1	1	2
Psicólogo clínico	1	1	4,58	1	–	2
Enfermera	1	1	–	6	6	2
Auxiliar enfermería	1	–	–	6	7	–
Trabajador social	1	–	–	–	–	–
Otros	2	1	3,42	4	–	10

Datos 2012.

Finalmente, en Guipúzcoa se cuenta con una Residencia para menores con Trastornos de Conducta. Esta Residencia es un dispositivo de atención residencial terapéutico de larga estancia para adolescentes entre 13 y 18 años con problemas graves de conducta que tiene la finalidad de rehabilitarlos social, familiar y laboralmente.

El número de camas disponibles para este tipo de atención es de 10.

Los profesionales que atienden en el servicio con jornadas de 35 horas semanales son aproximadamente 1 psicólogo, 15 técnicos socioculturales, 11 educadores y 4 profesionales de mantenimiento (cocina, limpieza etc.).

Cabe destacar que tanto Guipúzcoa como Vizcaya disponen de un Atlas de salud mental, en el que pueden consultarse todos los recursos del territorio con datos estructurales y funcionales.

*Volumen de actividad en el País Vasco*

Se muestra a continuación la actividad desarrollada en el País Vasco de manera desagregada a nivel de provincia:

*Visitas realizadas en Psiquiatría del Niño y el Adolescente en el País Vasco (2011)*

Indicador	Álava	Vizcaya	Guipúzcoa	Total
Nuevos pacientes	251	1.860	1.059	3.170
Visitas sucesivas	3.584	38.966	17.611	60.161
<b>Total</b>	<b>3.835</b>	<b>40.826</b>	<b>18.670</b>	<b>63.331</b>

Datos 2011.



Respecto al número de pacientes totales atendidos, la distribución por provincias fue la siguiente:

*Pacientes totales atendidos en el País Vasco (2011)*

Indicador	Álava	Vizcaya	Guipúzcoa	Total
Pacientes atendidos	1.482	4.958	2.421	8.861

Datos 2011.

Otros de los indicadores cuantitativos de actividad relativos a la Psiquiatría del Niño y el Adolescente utilizados en el País Vasco son la prevalencia administrativa, la incidencia administrativa y la frecuentación administrativa.

- La prevalencia administrativa hace referencia al número de casos o pacientes por 1.000 habitantes que corresponden a la población asignada al dispositivo o provincia.
- La incidencia administrativa mide las primeras consultas realizadas por 1.000 habitantes del área de cobertura o provincia.
- La frecuencia administrativa hace referencia al número de visitas efectuadas respecto a la población de referencia o provincia.

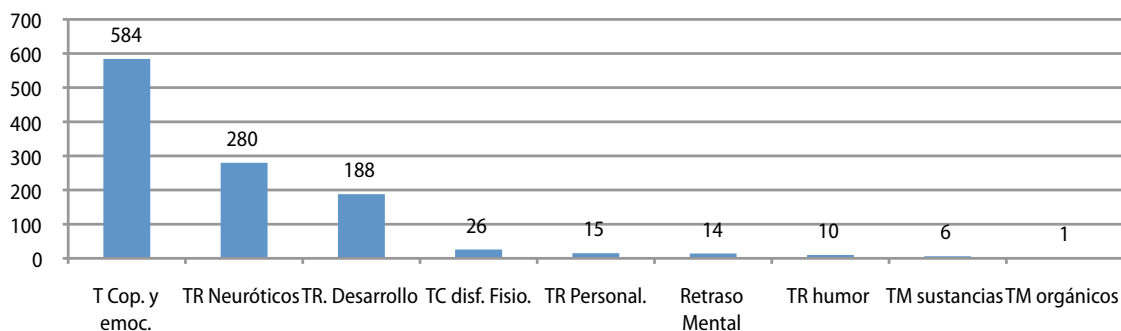
*Indicadores de actividad de Psiquiatría del Niño y el Adolescente en el País Vasco (2011)*

Indicador	Álava	Vizcaya	Guipúzcoa	Total País Vasco
Prevalencia adm.	29,54	28,68	20,8	26,11
Incidencia adm.	5,00	10,76	9,1	9,34
Frecuencia adm.	76,45	236,16	160,4	186,58

Datos 2011.

Las principales patologías diagnosticadas a nivel de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en Álava son las que se indican en la siguiente figura.

### Principales patologías diagnosticadas en Álava (2011)



Datos 2011.

### Unidades de Hospitalización en el País Vasco

Los hospitales universitarios de Basurto, Donostia y Álava tienen Unidades de Hospitalización en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

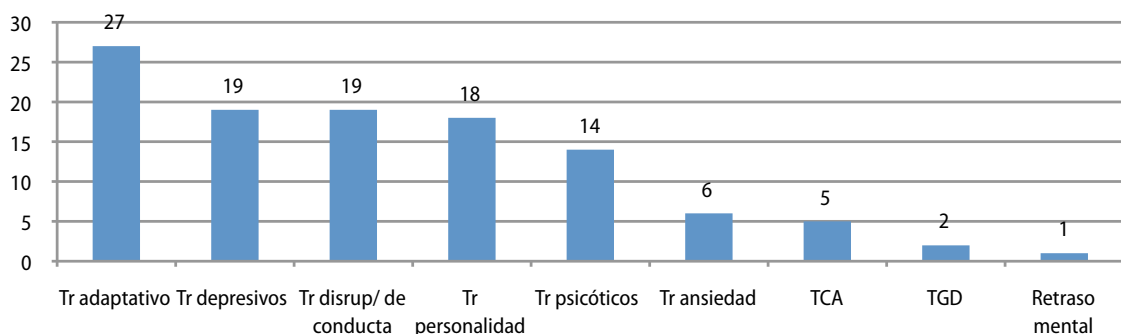
### Actividad de las Unidades de Hospitalización del País Vasco (2012)

Unidad de Hospitalización	Edad de hospitalización	Pacientes tratados	Estancia media
H.U. Basurto	< 18 años	111	12,2 días
H.U. Álava	12 – 17 años	38	18,5 días
H.U. Donostia	< 18 años	55	14,9 días

Datos 2012.

Por su parte, la Unidad de Hospitalización del Hospital Universitario de Basurto ha realizado un desglose de los diagnósticos de los casos atendidos.

### Distribución de diagnósticos en la Unidad de Hospitalización de Basurto (2012)



Datos 2011.

### *Situación de la formación en el País Vasco*

A modo ilustrativo, se recoge a continuación un cuadro resumen con el grado de desarrollo de la oferta formativa en el País Vasco para cada uno de los niveles formativos definidos.

### *Estado de situación de la formación en el País Vasco*

Comunidad Autónoma	Formación de grado	Formación de postgrado	FSE	Formación continuada
País Vasco	Medio	Bajo	Medio	Medio

A nivel de docencia de las organizaciones, hay comunicación entre las diferentes Unidades Docentes, aunque el mayor volumen de propuestas docentes se realiza en Vizcaya, siendo el volumen de actividad en este sentido, más discreto en los territorios de Guipúzcoa y Álava.

En el caso de Vizcaya, existen cuatro Unidades Docentes que imparten formación MIR-Psiquiatría: la Unidad Docente multidisciplinar de la Red de Salud Mental de Vizcaya (la formación correspondiente a Psiquiatría del Niño y del Adolescente se realiza en los Centros de salud mental infanto-juveniles), la Unidad Docente del Hospital Universitario de Cruces (la formación correspondiente a Psiquiatría del Niño y del Adolescente se realiza en las consultas Externas de Psiquiatría del Niño y del Adolescente que dispone dicho hospital), la Unidad Docente del Hospital de Galdakao-Usansolo (carece de formación específica en PNA) y la Unidad Docente del Hospital Universitario de Basurto (es la única Unidad Docente de todo el País Vasco que dispone de formación en interconsulta y consulta ambulatoria de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, hospitalización psiquiátrica de niños en Servicio de Pediatría y una unidad específica de hospitalización psiquiátrica de adolescentes, además de otros programas específicos que antes se han detallado).

El principal agente en el campo de la formación en Psiquiatría del Niño y el Adolescente es, por tanto, el Hospital Universitario de Basurto (HUB).

A nivel de enfermería, también se imparten prácticas a los alumnos de Enfermería de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU). En el Hospital Universitario de Basurto se cuenta con dos enfermeras que realizan labores de tutoría (específicas para las prácticas en psiquiatría).

En la formación de postgrado, el Servicio de Psiquiatría del HUB imparte cursos de doctorado en la UPV/EHU. Se participa así mismo en el Máster Universitario en Salud Mental y Terapias Psicológicas de la Universidad de Deusto en Bilbao.

En el ámbito de la formación sanitaria especializada, el HUB cuenta con dos residentes de Psiquiatría y uno de Psicología clínica por año de residencia (forman un total de 8 MIR y 4 PIR). Un día a la semana se destina en exclusivo a la formación mediante seminarios, sesiones clínicas y bibliográficas. Algunos de los seminarios o sesiones celebradas son específicos en Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

Finalmente, en formación continuada el HUB imparte sesiones clínicas bimensuales de Psiquiatría del Niño y el Adolescente para toda la Red de Salud Mental infanto-juvenil de Vizcaya, además de cursos anuales específicos en Psiquiatría del Niño y el Adolescente y en Terapia Dialéctica Conductual dirigidos a profesionales de toda España.

En Guipúzcoa, se encuentran disponibles algunos másteres que incluyen aspectos de salud mental general (tanto de adultos como infantil). Por tanto, el principal modelo de formación específico en Psiquiatría del Niño y el Adolescente en

esta provincia es a través de prácticas, que pueden oscilar en periodos de tres a seis meses.

### Actividad científica en el País Vasco

La investigación en Psiquiatría del Niño y el Adolescente en el País Vasco no se encuentra estructurada, siendo su desarrollo más por interés y voluntad personal de los profesionales. Osakidetza contrata personal asistencial y no contempla especialmente la dedicación a investigación. Por tanto, la investigación es realizada principalmente fuera del horario laboral de los profesionales.

A nivel de Bilbao, se ha desarrollado un Programa de Atención Integrada a los niños con necesidades especiales, PAINNE. Consiste en el desarrollo de un modelo de atención temprana y cuenta con la colaboración del Departamento de Sanidad, del Departamento de Políticas Sociales, del Departamento de Educación y del ayuntamiento de Bilbao.

Por otra parte, hay profesionales de la Red de Salud Mental Infantil (Dra. Ana González Pinto) que se encuentran participando en una red europea, principalmente. El grupo de la Dra. Pinto forma además parte de CIBERSAM y colabora con otros grupos a nivel estatal en estudios de primeros episodios de origen temprano, varios coordinados desde el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

En el HUB se están desarrollando varios proyectos de investigación. Entre ellos destaca la culminación del proyecto de investigación comisionada del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco titulado *“Relación entre el consumo de cannabis y otras drogas, y patología psiquiátrica en la adolescencia. Propuesta de atención en la Red de Salud Mental de Euskadi”*. Otro proyecto es el análisis de efectividad de la terapia dialéctica conductual en adolescentes con impulsividad y desregulación emocional. Y finalmente cabe destacar la participación en el proyecto europeo de estudio de trastornos de conducta en niñas y adolescentes, dentro del FP7: *“Neurobiology and Treatment of Adolescent Female Conduct Disorder, The Central Role of Emotion Processing”*.

### Relación del sector profesional del País Vasco con otros colectivos

En el País Vasco existe una muy buena relación a nivel de las consultas y las derivaciones desde el colectivo de Atención Primaria.

Tal y como ha sido comentado previamente, con los colegios existe una larga tradición y trayectoria de colaboración conjunta, poniéndose en marcha los Centros Berritzegune, en los que se encuentran psicólogos para asesorar a los profesores y otros profesionales de los colegios para orientarles en el tratamiento de los niños. Estos centros trabajan con los profesionales de los hospitales y la red comunitaria y también acuden a los colegios.

Más concretamente, los profesionales de la Sección de Psiquiatría Infanto-juvenil del Hospital Universitario de Basurto tienen una estrecha relación con las asociaciones de niños sordos, principalmente con Urletuz. En este sentido, existe estrecha colaboración con asociaciones, tanto en su vertiente asociativa como en su papel de prestadores de servicios sociosanitarios (como las asociaciones para TEA o TCA) por parte de los profesionales que trabajan en Psiquiatría del Niño y el Adolescente en el País Vasco.

A nivel de prevención, el sector profesional colabora en las actividades que se les proponga, siendo en este ámbito más reactivos que proactivos.

Finalmente, la Sección de Psiquiatría Infanto-juvenil del Hospital Universitario de Basurto tiene una estrecha relación con el ámbito de Pediatría. Los profesionales de esta Sección reciben muchas peticiones en las consultas externas procedentes de este colectivo.

A su vez, desde la Red de Salud Mental del País Vasco, tanto hospitalaria como comunitaria, se mantiene una relación estrecha y colaborativa con los Servicios Sociales de base y especializados, con Justicia Infantil y con la Fiscalía de Menores.

## Situación de la PNA en Extremadura

### Estrategias implantadas en Extremadura

El impulso realizado por la Comunidad Autónoma de Extremadura al ámbito de la salud mental se ha articulado a través de su Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2007-2012. Este Plan fue elaborado con el objetivo de mejorar, en todo lo posible, la salud mental de la población extremeña. Para ello, se ha dotado de una serie de herramientas que pretenden hacer del Plan un instrumento válido y operativo que identifique las líneas estratégicas de actuación en el ámbito de la salud mental.

Este Plan Integral sienta sus bases en el I Plan de Salud Mental de Extremadura, elaborado en 1995 y que ha sido objeto de prórroga hasta la elaboración de este nuevo Plan, en 2007.

El Plan Integral de Salud Mental de Extremadura se estructura en diferentes apartados incluyendo: el marco normativo y planificador, un análisis de situación de la salud mental (análisis del entorno, evaluación del anterior Plan, la demanda y oferta de atención a la salud mental, etc.), la definición de la visión y valores, y por último la definición de las grandes líneas estratégicas, objetivos y actuaciones a poner en marcha durante la vigencia del Plan.

El Plan recoge a través de la línea estratégica dirigida a *"Aumentar y adaptar los recursos asistenciales a las necesidades específicas de la demanda de atención"* los objetivos específicos relativos a la mejora de la atención a los niños y adolescentes con problemas de salud mental. Se incluyen como objetivos específicos en este ámbito:

- Incrementar los recursos humanos y los dispositivos asistenciales dedicados a la atención a la Salud Mental del Niño y el Adolescente.
  - ♦ Incrementar los recursos humanos y los dispositivos asistenciales de atención ambulatoria a través de la creación de Equipos de Salud Mental Infanto-juveniles en las Áreas de Salud de Mérida,

Don Benito, Llerena y Plasencia y de la dotación de un psicólogo específico en cada Equipo de Salud Mental de Coria y Navalmoral.

- ♦ Incrementar los recursos humanos y los dispositivos asistenciales de atención hospitalaria a la salud mental del niño y el adolescente a través de la creación de una UHB de ámbito regional en el Área de Salud de Badajoz.
- ♦ Incrementar los recursos humanos y los dispositivos asistenciales de atención hospitalaria a la salud mental del niño y el adolescente con la creación de dos hospitales de día de ámbito provincial.
- ♦ Incrementar los recursos humanos y los dispositivos asistenciales de atención residencial a través de la creación de un Centro Terapéutico Residencial de ámbito regional.
- Mejorar la coordinación y la atención integral del niño y el adolescente:
  - ♦ Elaborar un Programa de Atención Integral a la Salud Mental del Niño y el Adolescente con la participación de todos los sectores e instituciones implicadas a través de una Comisión Técnica.
  - ♦ Aumentar la coordinación entre los equipos de Atención Primaria y los equipos de salud mental infanto-juvenil.

Actualmente, el Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2007-2012 se encuentra vigente, ya que ha sido prorrogado. Se está analizando dicho Plan y esbozando el siguiente, tal y como se recoge en el Plan de Salud de Extremadura 2013-2020. Concretamente, en su Objetivo 3 se indica como una de las líneas de actuación la elaboración del Plan Integral de Salud Mental 2015-2019, donde se incluye el colectivo de niños y adolescentes.

### Organización asistencial en Extremadura

El colectivo de Psiquiatría del Niño y el Adolescente en la Comunidad Autónoma de Extrema-

dura se encuentra integrado en la red general de psiquiatría. Por tanto, no existe como una red independiente, siendo parte de la organización global de salud mental.

La Red General Asistencial de Salud Mental está integrada en el Servicio Extremeño de Salud (SES), constituyéndose como una Subdirección de la Dirección General de Asistencia Sanitaria. No obstante, algunos otros ámbitos vinculados a la salud mental (como el campo de la discapacidad), no se encuentran en esta Dirección General. En el organigrama de la Consejería de Salud y Política Social de Extremadura, además del SES, se cuenta con el Servicio Extremeño de promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD). Este Servicio ha asumido competencias relativas a salud mental que anteriormente ostentaban otras entidades como las Diputaciones Provinciales y la Consejería de Bienestar Social, además de la Atención a la Dependencia.

En resumen, la salud mental es competencia de la Consejería de Salud y Política Social: la prevención, promoción, asistencia y parte de la rehabilitación es asumida por el Servicio Extremeño de Salud, mientras que el SEPAD gestiona la rehabilitación y la reinserción de pacientes a través de la hospitalización de media y larga estancia, los centros residenciales y los programas de integración laboral y social.

Cada Área de Salud de la Comunidad Autónoma de Extremadura tiene asignado un Coordinador de Salud Mental. Este responsable asume las competencias de psiquiatría de adultos y de niños y adolescentes; no obstante, se ha designado también un Coordinador específico para cada uno de los Equipos de Salud Mental (ESM) infanto-juveniles.

Con el objetivo de dar cobertura a las ocho áreas de salud en el ámbito infantil y juvenil se han constituido un total de tres equipos de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, que cuentan con el apoyo de la red de salud mental general, sobre todo para los casos menos complejos, y en función de la extensión de las Áreas y distancias a los centros específicos. Estos tres equipos dan respuesta a la

demanda existente en la Comunidad Autónoma, dada cuenta la baja densidad de población infanto-juvenil de esta Comunidad.

Se han definido e implantado protocolos concretos de derivación de pacientes, atendiendo a la edad, patología y otras características de cada caso.

La edad de atención en Psiquiatría del Niño y el Adolescente es hasta los 18 años de edad.

Dos de los tres equipos de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (los correspondientes a Plasencia y Badajoz) han adaptado sus horarios para poder ofrecer una atención continuada, tanto en turno de mañana como de tarde.

#### *Atención ambulatoria*

Actualmente, los recursos específicos de Psiquiatría del Niño y el Adolescente engloban las tres unidades ambulatorias previamente mencionadas.

#### ESM Infanto-Juvenil (ESM-IJ) de Badajoz

Atiende a la población de 0 a 18 años de las Áreas de Salud de Badajoz y Zafra-Llerena, y los casos de especial gravedad o complejidad de las Áreas de Mérida y Don Benito-Villanueva de la Serena, que son atendidos, en primera instancia, por profesionales de los Equipos de Salud Mental de adultos de estas Áreas de Salud. Se encuentra adscrito a la Gerencia del Área de Salud de Badajoz y Zafra-Llerena, y a la Dirección Médica de Atención Primaria de esta área. La población de referencia del ESM-IJ de Badajoz es de 119.199 (a 1 de enero de 2014).

#### ESM-IJ de Cáceres

Atiende a la población de 0 a 18 años del Área de Salud de Cáceres. Se encuentra adscrito a la Gerencia del Área de Salud de Cáceres y Coria, y a la Dirección Médica de Atención Primaria de esta área. La población de referencia del ESM-IJ de Cáceres es de 29.828 (a 1 de enero de 2014).

#### ESM-IJ de Plasencia

Atiende a la población de 0 a 18 años del Área de Salud de Plasencia y los casos de especial grave-

dad o complejidad, remitidos de las Áreas de Coria y Navalmoral de la Mata. Está adscrito a la Gerencia del Área de Salud de Plasencia-Navalmoral de la Mata, y a la Dirección Médica de Atención Primaria de esta área. La población de referencia del ESM-IJ de Plasencia es de 33.335 (a 1 de enero de 2014).

En los ESM-IJ se considera preferente la utilización eficiente de los recursos y la distribución adecuada de funciones entre sus miembros. Con cierta frecuencia se reciben demandas cuya atención requiere un espacio de tiempo importante, que no presentan a priori una gran complejidad, por lo que pueden ser gestionadas directamente por el/la enfermero/a o la trabajadora social.

Este es el caso de los niños remitidos por estar inmersos en un proceso de duelo, o de separación de los padres, que suelen ser atendidos habitualmente por el personal de enfermería.

Los trastornos no especificados en niños menores de 10 años son valorados por la trabajadora social y seguidos por ésta, con la supervisión del/la psiquiatra. En estos casos, es muy importante la aplicación de normas básicas en la unidad de convivencia (la rutina, los límites, las explicaciones, la responsabilidad, la coherencia...) siempre teniendo en cuenta las edades y etapas por las que pasa el niño. Los padres aprenden a comprender y satisfacer las necesidades de sus hijos de forma correcta y en el momento adecuado. La experiencia está demostrando que con la puesta en práctica de estas normas la familia obtiene buenos resultados, repercutiendo de manera positiva sobre la evolución de sus hijos.

#### *Hospitalización y hospital de día*

La Comunidad Autónoma de Extremadura no cuenta con unidades específicas de hospitalización. Los pacientes deben ser ingresados en la unidad de hospitalización de adultos, como se comenta posteriormente en el apartado de "Proceso de admisión, tratamiento y alta".

Existen, sin embargo, cinco unidades de hospitalización breve adscritas a las Gerencias de las Áreas de Salud correspondientes y a las Direcciones Médicas de Atención Especializada de éstas.

No se cuenta tampoco con unidades de hospital de día, aunque es un aspecto que se desea mejorar en los próximos años. Los principales problemas u obstáculos que deben ser solventados son la actual situación económica y la elevada dispersión geográfica, que dificulta la optimización de los recursos disponibles.

#### *Otros recursos disponibles*

Como otros recursos propios de la Comunidad se cuenta con 6 Centros de Rehabilitación Psicosocial que atienden población desde 16 años hasta 65 con diagnósticos de Trastorno Mental Grave. Son centros específicos de la red de salud mental.

Existe además una red de centros concertados con el SEPAD para la Atención Temprana (de 0 a 6 años) con intervención integral y para habilitación funcional desde los 6 años en adelante, con intervenciones específicas (psicomotricidad, fisioterapia, intervención psicológica, terapia ocupacional y logopedia). Para acceder a los Tratamientos de Atención Temprana y Habilitación Funcional se requiere valoración y derivación desde los Centros de Atención a la Discapacidad de Extremadura. Estos Centros concertados con el SEPAD no son específicos de la red de salud mental.

#### *Guardias*

No existen guardias específicas de Psiquiatría del Niño y el Adolescente en Extremadura. Las guardias son generales y mixtas, es decir, que los profesionales de este colectivo realizan las guardias junto con los profesionales de adultos. Prácticamente todas las guardias son presenciales, a excepción de una de las áreas, en las que las guardias son localizadas.

#### *Proceso de admisión, tratamiento y alta*

La vía de entrada o admisión de nuevos pacientes en los dispositivos de Psiquiatría del Niño y el Adolescente en Extremadura sigue diferentes vías, dependiendo de la situación y contexto en el que se encuentra el paciente.

En las tres de las ocho áreas de salud que disponen de equipos de Psiquiatría del Niño y el Ado-



lescente, la derivación es directa desde el pediatra o el médico de familia (dependiendo de la edad del paciente).

En el caso de las áreas de salud donde no existe un equipo, si el paciente es menor de 14 años se le deriva directamente al dispositivo infantil y juvenil de referencia. En caso de que el paciente sea mayor de 14 años, éste es derivado inicialmente a la unidad ambulatoria de referencia de atención general. Allí, si se considera procedente, posteriormente es derivado al dispositivo específico infantil y juvenil de referencia. Ocasionalmente, dependiendo de la tipología y gravedad de la patología, el paciente, a pesar de ser mayor de 14 años, puede ser derivado directamente a un dispositivo de Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

Si se considera que el paciente debe ser ingresado en una unidad de hospitalización, es derivado a una unidad de hospitalización breve de adultos. Únicamente en algunos casos concretos, y fundamentalmente por motivos clínicos y de edad, el paciente puede ser ingresado en el Hospital Materno Infantil de Badajoz.

En los casos en que se requiere un ingreso de media estancia, se gestiona la canalización a centros de otras Comunidades Autónomas que atienden a estos pacientes. En la actualidad, la mayoría de ellos son derivados, por criterios fundamentados en la cercanía al entorno familiar, a recursos de Andalucía y Madrid.

Para la derivación de patologías agudas que requieren de ingreso hospitalario se ha implementado un mecanismo de coordinación mediante el uso de Jara Asistencial (sistema integrado de información sanitaria), que permite una ágil transcripción de la historia clínica del paciente.

Otra vía de acceso a los dispositivos de Psiquiatría del Niño y el Adolescente es a través de las urgencias. En este caso se contacta con el médico de atención primaria en el momento del alta.

Una vez dado de alta, al paciente es derivado al médico de Atención Primaria de referencia. A este nivel se ha elaborado e implantado un Plan de Atención al Niño Sano, por lo que todos los menores cuentan con un seguimiento por parte de Atención Primaria.

Los casos psiquiátricos detectados por centros educativos no se derivan de forma directa, sino a través del médico de Atención Primaria.

#### *Relación con otras especialidades y otros dispositivos asistenciales*

La relación de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente con el colectivo de servicios sociales, concretamente con la red de menores, ha mejorado la coordinación desde que están englobados ambos ámbitos en la misma Consejería (Consejería de Salud y Política Social).

Actualmente, no existe ningún convenio específico entre el ámbito de justicia y el SES, pero está establecida la coordinación para que casos de menores con patología psiquiátrica y problemas con la justicia reciban la continuidad de cuidados apropiada.

Existe una coordinación eficaz con pediatría de Atención Primaria y en el caso de pediatría hospitalaria ésta es muy estrecha con el área de Neuropediatría, por la gran confluencia de diagnósticos tanto psiquiátricos como neuropediátricos, sobre todo en algunos rangos de edad.

Desde los ESM-IJ se emiten informes para el centro escolar (con el consentimiento expreso de la familia) siempre que los colegios lo solicitan o cuando se considera necesario informar o solicitar algún tipo de colaboración del entorno escolar.

En cuanto a la relación y labores de apoyo al área de Atención Primaria:

- Los pediatras y médicos de Atención Primaria remiten pacientes a los Equipos de Salud Mental. Las derivaciones para solicitud de consulta se cursan mediante orden clínica informatizada, a través del programa JARA, o por valija o fax.
- Cuando el ESM-IJ recibe la petición de consulta, el enfermero o la trabajadora social citan al menor y a su unidad básica de convivencia para realizar una historia biopsicosocial.
- Una vez hecha la historia, se asigna un gestor del caso (psicólogo o psiquiatra) que coordina



na el seguimiento e intervenciones. El gestor del caso realiza una consulta diagnóstica, solicitando si procede la colaboración de otros profesionales del equipo que considere necesarios para el tratamiento del paciente.

- La historia clínica, salvo aspectos de especial confidencialidad, es accesible a otros profesionales a través del programa de Historia Clínica Informatizada JARA.

#### *Atención domiciliaria protocolizada.*

En casos puntuales la trabajadora social y el/la enfermero/a realizan visitas para atención domiciliaria.

#### *Urgencias psiquiátricas.*

Los ESM-IJ atienden pacientes en situación de crisis, remitidos desde los centros de salud.

#### *Protocolos y programas diferenciados*

En la Comunidad Autónoma de Extremadura únicamente se ha implantado un protocolo estandarizado para el abordaje del TCA, de alcance regional.

Por otra parte, se han establecido programas específicos y actuaciones monográficas en centros concretos, no implantados de forma general en toda la Comunidad, con el objetivo de optimizar los recursos según la idiosincrasia y necesidades concretas detectadas en cada área de salud. De esta forma, los centros donde se dispone de estos protocolos funcionalmente se constituyen como centros de referencia.

#### *Principales datos y ratios de recursos materiales de PNA en Extremadura*

Recurso	Valor*	Ratio / 100.000 hab.**
Unidades ambulatorias	3	1,65
Unidades de hospitalización breve	5	2,74

Datos 2013.

\* Nota: dato de población menor de 18 años obtenido de los datos de tarjetas sanitarias del SES, a fecha de 1 de enero de 2014.

#### Recursos disponibles en Extremadura

Actualmente, los recursos específicos de Psiquiatría del Niño y el Adolescente engloban las tres unidades ambulatorias previamente mencionadas:

- ESM-IJ de Badajoz: atiende a la población de 0 a 18 años de las Áreas de Salud de Badajoz y Zafra-Llerena, y los casos de especial gravedad o complejidad de las Áreas de Mérida y Don Benito-Villanueva de la Serena, que son atendidos en primera instancia, por profesionales de los equipos de salud mental generales de estas Áreas de Salud.
- ESM-IJ de Cáceres: atiende a la población de 0 a 18 años del Área de Salud de Cáceres.
- ESM-IJ de Plasencia: atiende a la población de 0 a 18 años del Área de Salud de Plasencia y los casos de especial gravedad o complejidad remitidos de las Áreas de Coria y Navalmoral de la Mata.

Existen cinco unidades de hospitalización breve ubicadas en los siguientes hospitales:

- Hospital Infanta Cristina de Badajoz.
- Hospital de Mérida.
- Hospital de Llerena.
- Hospital Virgen de la Montaña de Cáceres.
- Hospital Virgen del Puerto de Plasencia.

A continuación, se resume los recursos disponibles en Extremadura para llevar a cabo la atención de la Psiquiatría del Niño y Adolescente.

Respecto a los recursos humanos ubicados en estos dispositivos se detallan a continuación perfiles y ratios por 100.000 habitantes.

*Principales datos y ratios de recursos humanos de PNA en Extremadura*

Recurso	Valor*	Ratio / 100.000 hab.**
<b>ESM-IJ de Badajoz</b>		
Psiquiatras	1	0,84
Psicólogos clínicos	2	1,68
Enfermero/a (especialista en salud mental)	1	0,84
<b>ESM-IJ de Cáceres</b>		
Psiquiatras	1	3,35
Psicólogos clínicos	1	3,35
Enfermero/a (especialista en salud mental)	1	3,35
Trabajador Social	0,5	1,68
<b>ESM-IJ de Plasencia</b>		
Psiquiatras	1	3,00
Psicólogos clínicos	1	3,00
Enfermero/a (especialista en salud mental)	1	3,00
Trabajador Social***	0,2	0,60
<b>Total recursos humanos ESM-IJ</b>		
Psiquiatras	3	1,65
Psicólogos clínicos	4	2,19
Enfermero/a (especialista en salud mental)	3	1,65
Trabajador Social***	0,7	0,38

\* Las jornadas a tiempo parcial se contabilizan como 0,5 jornadas.

\*\* Nota: dato de población menor de 18 años obtenido de los datos de tarjetas sanitarias del SES, a fecha de 1 de enero de 2014.

\*\*\* Trabajador social con dedicación de un día a la semana se contabiliza como 0,2 jornadas.

## Volumen de actividad en Extremadura

### *Actividad de consultas externas*

El número total de consultas nuevas de Psiquiatría ha sido de 709, y 3.925 las sucesivas, en el año 2012. Las consultas son de tipo ambulatorio, en su mayoría individuales y con la familia para valoración del caso y tratamiento.

Se han puesto en marcha algunas consultas monográficas y programas específicos para aquellas patologías más graves o para las más prevalentes.

El Programa Trastornos del Espectro Autista ha valorado 45 pacientes nuevos, 103 pacientes en seguimiento y un total de 564 consultas. Dentro de este programa se ha organizado un grupo de padres (16), organizándose 10 sesiones y otro de adolescentes (para 5 personas), con 7 sesiones celebradas.

Se ha organizado además un grupo de padres de niños con TDAH para 12 padres.

Los principales indicadores de actividad en las ESM-IJ se resumen en la siguiente tabla.

### *Principales datos y ratios de actividad ambulatoria de PNA en Extremadura*

Actividad Ambulatoria	ESM-IJ Cáceres	ESM-IJ Badajoz	ESM-IJ Plasencia	Total	Ratio / 1.000 hab.*
<b>Nº total de consultas de nuevos pacientes</b>	978	1.407	572	2.957	16,22
Psiquiatra	157	361	147	665	3,65
Psicólogo	180	354	147	681	3,73
DUE	474	692	244	1.410	7,73
Trabajadora Social	167	0	34	201	1,10
<b>Nº total de revisiones</b>	3.033	3.587	1.708	8.328	45,67
Psiquiatra	1.499	2.068	785	4.352	23,86
Psicólogo	1.360	1.182	669	3.211	17,61
DUE	112	175	172	459	2,52
Trabajadora Social	62	162	82	306	1,68
<b>Nº total de intervenciones en crisis y demanda no programada</b>	214	208	31	453	2,48
<b>Procedencia de los pacientes:</b>					
Equipos de Atención Primaria	510	403	99	1.012	–
Otros	40	298	206	544	–
<b>Nº de altas</b>	157	56	98	311	1,71

\* Nota: dato de población menor de 18 años obtenido de los datos de tarjetas sanitarias del SES, a fecha de 1 de enero de 2014.

Los principales datos de actividad en las unidades de hospitalización breve se resumen a continuación. En el año 2012 se atendieron un total de 36 pacientes diferentes, que generaron un total de 112 altas brutas y una estancia media bruta de 5,3.

*Actividad de hospitalización. Ingresos hospitalarios en unidades de hospitalización breve de Extremadura por tipo de patología (2012)*

Por grupos diagnósticos	UHB Badajoz	UHB Mérida	UHB Llerena	UHB Cáceres	Total ingresos	Ratio / 10.000 hab.*
Neurosis Depresivas	3	–	–	1	4	0,22
Neurosis excepto Depresivas	–	–	2	4	6	0,33
Envenenamiento/Efectos tóxicos de drogas	1	–	–	1	2	0,11
Trastornos mentales de la infancia	1	–	–	2	3	0,16
Psicosis	1	3	–	2	6	0,33
Otros trastornos mentales del sistema nervioso sin cc	–	1	–	–	1	0,05
Reacción de adaptación aguda/disfunción psicosocial	–	–	1	1	2	0,11
Trastornos de personalidad y control de impulsos	–	–	1	1	2	0,11
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>26</b>	<b>1,43</b>

\* Nota: dato de población menor de 18 años obtenido de los datos de tarjetas sanitarias del SES, a fecha de 1 de enero de 2014.

#### *Situación de la formación en Extremadura*

A modo ilustrativo, se recoge a continuación un cuadro resumen con el grado de desarrollo de la oferta formativa en Extremadura para cada uno de los niveles formativos definidos.

#### *Estado de situación de la formación en Extremadura*

Comunidad Autónoma	Formación de grado	Formación de postgrado	FSE	Formación continuada
Extremadura	Bajo	Bajo	Medio	Medio

### *Formación de grado y post-grado*

A nivel de formación específica en Psiquiatría del Niño y el Adolescente, la Comunidad Autónoma de Extremadura no cuenta con una oferta estructurada, especialmente a nivel de formación universitaria (tanto de grado como de postgrado). La discreta oferta a estos niveles es principalmente debida a las iniciativas personales de los propios profesionales.

### *Formación sanitaria especializada*

Respecto a la formación sanitaria especializada, Extremadura cuenta a día de hoy con una Unidad Docente Multiprofesional en Plasencia (Hospital Virgen del Puerto de Plasencia).

Está en proceso el reconocimiento como Unidad Docente Multiprofesional la Unidad Docente de Cáceres, a la que solo le falta el nombre porque cuenta con formación MIR, PIR y EIR específica de psiquiatría. Está prevista la creación como Unidad Docente Multiprofesional la de Badajoz (Complejo Hospitalario de Badajoz). Esta Unidad docente ha solicitado la acreditación de Formación EIR de psiquiatría al Ministerio. Cuenta ya con PIR y MIR de psiquiatría.

En estas unidades se han puesto en marcha rotaciones específicas por dispositivos de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, tanto durante los primeros años de formación como en la elección del último año de rotación. Por estas unidades rotan también alumnos del prácticum de Psicología de la Universidad de Salamanca, así como profesionales del ámbito del Trabajo Social y de Atención Primaria.

### *Formación continuada*

A nivel institucional, la formación continuada se organiza en tres ámbitos:

- FUNDESALUD: esta fundación organiza jornadas formativas dirigidas a los profesionales sanitarios de la Comunidad Autónoma, incluyendo algunas específicas en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente.
- El Plan de Formación específico elaborado en cada gerencia del área de salud. Contem-

pla la impartición de cursos en Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

- La Escuela de Ciencias de la Salud y Atención Social: la Escuela organiza cursos específicos de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Los planes de formación de la Escuela en esta área son planificados y coordinados con la Subdirección de Salud Mental y los Coordinadores de Área de salud mental. Su oferta formativa es de carácter general para toda la Comunidad Autónoma.

### *Actividad científica en Extremadura*

La actividad científica de los profesionales de Extremadura en el campo de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente es principalmente desarrollada por iniciativa propia de sus profesionales, ya que a nivel institucional no se han puesto en marcha a día de hoy proyectos estructurados en este ámbito.

La financiación de las actividades científicas ha sido obtenida principalmente a través de la realización de ensayos clínicos, de ayudas concedidas por la Fundación Alicia Koplowitz y por fondos ministeriales puntuales.

### *Relación del sector profesional de Extremadura con otros colectivos*

A nivel profesional existe una buena relación entre el colectivo de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y asociaciones de pacientes y familiares. Los equipos tienen vinculación con asociaciones para el desarrollo de iniciativas conjuntas. Por ejemplo, el equipo de Badajoz trabaja con asociaciones locales en aspectos de TDAH, trastornos alimentarios y del lenguaje.

Las actividades conjuntas que desarrollan se suelen concretar en intervenciones en colegios, charlas para padres, etc.

Dependiendo del equipo, existe una mayor o menor interrelación con los padres, aunque generalmente estos siempre forman parte del tratamiento del paciente. Incluso en estas sesiones de trabajo con familiares se tratan aspectos complementarios a la propia patología.

### *Promoción y prevención*

Tradicionalmente, Extremadura ha sido una Comunidad Autónoma con una clara orientación hacia el desarrollo de actividades de promoción y prevención de la salud, incluyendo la salud mental infantil y juvenil.

Entre estas actividades cabe mencionar la elaboración de la "Guía para la prevención e intervención en hogares y centros de Protección de la Comunidad Autónoma de Extremadura" y las intervenciones psicoeducativas en población escolar, padres y profesorado a través de la elaboración de una "Guía de intervención en ámbito escolar para la promoción de la salud mental y el fomento de una visión en positivo de la salud mental".

Finalmente, aunque ciertas ayudas económicas directas han visto reducido su volumen, se ha implantado y afianzado el Programa de Atención al Niño Sano, con intervención específica desde el propio ámbito sanitario, de promoción y prevención.

Las principales temáticas en las que se han realizado las actividades de prevención y promoción de la salud mental infantil y juvenil han sido en TDAH, Trastorno del Espectro Autista y Trastornos Alimentarios, entre otros.

También se han realizado proyectos con AMPAs (Asociaciones de Madres y Padres), siempre en el ámbito de la prevención y promoción de la salud.

### *Calidad*

Dentro de las iniciativas de calidad llevadas a cabo en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en Extremadura se pueden destacar las siguientes:

- Puesta en marcha progresiva del sistema integrado de información sanitaria JARA en los equipos de salud mental.
- Consolidación de la categoría de enfermería especialista en salud mental en las instituciones sanitarias del SES.
- Ampliación de la edad de cobertura de los Centros de Rehabilitación psicosocial de 16

a 18 años con el ajuste necesario del aplicativo informático específico de derivación y seguimiento de usuarios entre ESM-IJ y los Centros de Rehabilitación Psicosocial.

- Dentro del Plan Estratégico de Seguridad del Paciente del SES 2011-2016 se ha incluido como uno de los objetivos prioritarios la seguridad en salud mental.

## Situación de la PNA en Galicia

### Estrategias implantadas en Galicia

Siguiendo las iniciativas y políticas definidas a nivel internacional y estatal, la Comunidad Autónoma de Galicia elaboró en 2006 un Plan Estratégico de Salud Mental, que partía del “Documento de bases para la elaboración de un Plan Gallego de Salud Mental” elaborado en 1987, y tenía como base normativa el Decreto 389/1994, por el que se regula la salud mental en Galicia.

El objetivo de este Plan Estratégico era construir un verdadero circuito de garantías para los pacientes, para sus familias y para la sociedad en su conjunto. Un circuito capaz de ofrecer protección, prestaciones y ayudas, sobre todo, en la asistencia prolongada a los pacientes con enfermedad mental grave.

Para la implantación de las actividades a desarrollar durante la vigencia del Plan se definieron una serie de Líneas estratégicas, en las que se contemplaba el desarrollo organizativo de los servicios de salud mental. En dicho desarrollo se identificaban las unidades específicas de salud mental, siendo una de ellas la salud mental infanto-juvenil.

Los dispositivos que se definieron en este apartado fueron los siguientes:

- Unidades de Salud Mental Infanto-juvenil: se propuso la consolidación de una unidad por área de salud, potenciándose las que tienen mayor población infanto-juvenil (Santiago, A Coruña, Vigo).
- Unidad de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil: se realizó una estimación de número de camas y recursos humanos necesarios para ofrecer una correcta cobertura a la población de referencia.
- Centro para niños y adolescentes con graves problemas de conducta: destinado a niños y adolescentes escolarizados y con graves problemas de conducta, con soporte familiar apropiado para atender a estos pacientes en periodos de fin de semana y vacacionales.

Tras la finalización de la vigencia de este Plan Estratégico (2006-2011), la estrategia en salud mental, y específicamente en el ámbito de los niños y los adolescentes, se organizó alrededor de la Estrategia SERGAS 2014. Esta Estrategia está basada en el compromiso de rigor y austeridad y en el Plan de Prioridades Sanitarias de la Consellería. En consecuencia, está orientada a los ciudadanos y pacientes, y dirigida fundamentalmente a las enfermedades crónicas y a impulsar la participación del ciudadano en el sistema, así como la responsabilidad con su propia salud.

Los principales objetivos que persigue la Estrategia SERGAS son los siguientes:

1. *Salud y demandas de los ciudadanos:* Promover la salud y responder a las necesidades del ciudadano a través de dispositivos asistenciales y planes específicos.
2. *Calidad y seguridad:* Garantizar la prestación de servicios en el lugar y momento adecuados, con los niveles de calidad y seguridad comprometidos.
3. *Profesionales:* Definir una política de personal alineada con las necesidades del sistema y de los profesionales.
4. *Información:* Desarrollar unos sistemas de información que faciliten la práctica clínica y la toma de decisiones.
5. *Sector sanitario como creador de valor:* Hacer que el sector sanitario actúe como motor de crecimiento económico e impulsar alianzas estratégicas con todos los agentes implicados.
6. *Eficiencia:* Gestionar los recursos de forma responsable y eficiente.
7. *Infraestructuras:* Modernización de las infraestructuras sanitarias.

Dentro de esta Estrategia global en salud del SERGAS se han definido unas líneas de actuación con elevado impacto en la Psiquiatría del Niño y el Adolescente:

### *Atención a la salud mental*

- Dar prioridad a la patología mental de mayor gravedad, a la más prevalente y a los grupos de mayor riesgo.
- Desarrollo de programas de trastorno mental grave destinados a la atención integral del paciente desde las fases precoces.
- Potenciar el desarrollo de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente con la creación de dispositivos de hospitalización psiquiátrica y de hospitales de día infanto-juveniles.

La mejora de la salud mental infanto-juvenil es por tanto en la actualidad una línea prioritaria para el Servicio Gallego de Salud (SERGAS).

### *Organización asistencial en Galicia*

Actualmente se dispone de equipos específicos en Psiquiatría del Niño y el Adolescente repartidos por toda Galicia, logrando dar cobertura a toda su población de referencia. No obstante, estos equipos específicos son de carácter ambulatorio, careciéndose de hospitales de día.

La forma más común de asistencia es, por tanto, la de carácter ambulatorio, salvo en casos más graves en los que procede el ingreso del paciente en la unidad de hospitalización y para los que hay unos criterios de ingreso consensuados por todos los equipos de salud mental infanto-juvenil de Galicia. En algunos casos, también se realizan ingresos en las unidades de hospitalización de los servicios de Pediatría, bajo supervisión de los equipos de salud mental infanto-juvenil.

Los profesionales y unidades de Psiquiatría del Niño y el Adolescente de Galicia son dependientes de los servicios de Psiquiatría general.

Tal como se ha comentado, la mejora de la salud mental infanto-juvenil es en la actualidad una línea prioritaria para el Servicio Gallego de Salud. En este contexto, uno de los principales hitos conseguidos hasta la fecha ha sido la puesta en marcha de la primera unidad de hospitalización en Galicia, en el Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, que atiende a pacientes hasta 16 años. A

partir de esta edad, los pacientes son derivados a las unidades de adultos.

Las guardias que se realizan no son específicas de Infanto-juvenil, sino generales de Psiquiatría.

Una de las posibles mejoras detectadas es la puesta en marcha de nuevos recursos asistenciales en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, concretamente hospitales de día. No obstante, la creación de los mismos es de especial complejidad en esta Comunidad Autónoma, dada la dispersión poblacional.

### *Proceso de admisión, tratamiento y alta*

Para ser tratado en una unidad de Psiquiatría Infanto-juvenil el paciente suele ser derivado directamente a su consulta desde Atención Primaria (generalmente Pediatría), aunque pueden llevarlo a cabo otros servicios clínicos. Una vez recibido en la unidad, el paciente es evaluado y si se considera necesario, ingresado en la unidad de hospitalización. Una vez tratado y estabilizado y tras recibir el alta, se le deriva a la unidad ambulatoria de referencia.

El proceso de incorporación o derivación de nuevos pacientes a la unidad de hospitalización de Psiquiatría del Niño y el Adolescente puede realizarse por diferentes vías:

- Ingreso previo en las unidades de Pediatría del hospital de referencia del paciente, dependiendo del caso concreto.
- Ingreso directo en la unidad de hospitalización propia (Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela). La mayor parte de ingresos se realiza de forma programada, previa validación por los equipos de salud mental infanto-juvenil.

### *Relación con otras especialidades clínicas*

El personal de psicología clínica está integrado en las propias unidades de Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

En el caso de la especialidad de Pediatría, el nivel de relación y coordinación con la Psiquiatría del Niño y el Adolescente es variable, según el Complejo Hospitalario que se analice.



### *Protocolos y programas diferenciados*

Recientemente se ha puesto en marcha el proceso asistencial integrado (PAI) en TDAH, en el que se establecen líneas de colaboración con la Consejería de Educación para su detección y abordaje en ambos ámbitos de una manera coordinada.

También se ha constituido un grupo de trabajo multidisciplinar para elaborar un protocolo de consenso sobre el consejo genético en los trastornos de espectro autista y su seguimiento.

### *Recursos disponibles en Galicia*

La Comunidad Autónoma de Galicia dispone de dispositivos ambulatorios de Psiquiatría del

Niño y el Adolescente repartidos por todo su territorio. Actualmente, existen ocho unidades ambulatorias: Lugo, Orense, Pontevedra, Coruña (2), Vigo, Ferrol y Santiago de Compostela.

Adicionalmente, en 2012 se ha puesto en marcha una unidad de hospitalización, de 7 camas, apoyada por una escuela de pediatría que ofrece apoyo docente a niños y adolescentes ingresados.

A continuación, se contabiliza el volumen de recursos estructurales y humanos que dispone la Comunidad Autónoma de Galicia para la atención de pacientes con problemas de salud mental infantil y juvenil.

### *Principales datos y ratios de recursos materiales en PNA de Galicia*

Recurso	Valor	Ratio / 100.000 hab.*
Dispositivos ambulatorios	8	2,36
Camas unidad de hospitalización	7	2,07

Datos 2013.

\* Nota: dato de población menor de 16 años obtenido de datos de Tarjeta Sanitaria. Servicio Gallego de Salud.

Respecto a los recursos humanos, la distribución por perfiles profesionales y ratios por 100.000 habitantes en los dispositivos ambulatorios se indica a continuación.

### *Principales datos y ratios de recursos humanos en PNA de Galicia*

Recurso	Valor*	Ratio / 100.000 hab.**
Psiquiatra	11,5	2,98
Psicólogo	12	3,11
Enfermera	3	0,78
Trabajador social	4	1,04

Datos 2012.

\* Las jornadas a tiempo parcial se contabilizan como 0,5 jornadas.

\*\* Nota: dato de población menor de 16 años obtenido de datos de Tarjeta Sanitaria. Servicio Gallego de Salud.

La unidad de hospitalización, ubicada en el Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, cuenta con los siguientes recursos humanos:

- A tiempo completo: 1 psiquiatra, 6 enfermeras, 6 auxiliares de enfermería.
- A tiempo parcial (compartido): 1 supervisora de enfermería (compartido con educación-pediatría), 1 trabajadora social, 1 maestra y 1 celador.

Además, cuenta con el apoyo del personal del servicio de Pediatría del Hospital Clínico, ya que está localizada físicamente en dicho servicio.

### Volumen de actividad en Galicia

En el presente apartado de volumen de actividad en Psiquiatría del Niño y el Adolescente se ha analizado tanto la realizada en los ocho dispositivos ambulatorios como la de la unidad de hospitalización, ubicada en el Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS).

La actividad ambulatoria en la Comunidad Autónoma de Galicia se analiza a través de la cuantificación de las consultas, primeras y sucesivas, realizadas durante el año 2012 en cada una de sus áreas sanitarias.

### Principales datos y ratios de actividad en PNA de Galicia

Área sanitaria	Consultas*	Ratio / 1.000 hab.**
A Coruña	4.628	66,37
Pontevedra	4.545	107,36
Ferrol***	2.359	110,12
Santiago de Compostela	2.110	36,75
Lugo	1.402	40,74
Ourense	4.042	122,96
Vigo	3.827	47,73
<b>Total</b>	<b>22.913</b>	<b>67,72</b>

Datos 2012.

\* Incluye actividad (primeras y sucesivas consultas) de psiquiatras y psicólogos clínicos.

\*\* Nota: dato de población menor de 16 años obtenido de datos de Tarjeta Sanitaria. Servicio Gallego de Salud.

\*\*\* La prestación es dada por la asociación ASPANEPS (mediante convenio con el Servicio Gallego de Salud).

Respecto a la unidad de hospitalización del CHUS, se han recogido desde su apertura en julio del año 2012 los datos de ingresos externos, ingresos internos, altas externas, altas internas y estancias medias. La siguiente tabla recoge el desglose de esta actividad por mes de actividad durante 2012.

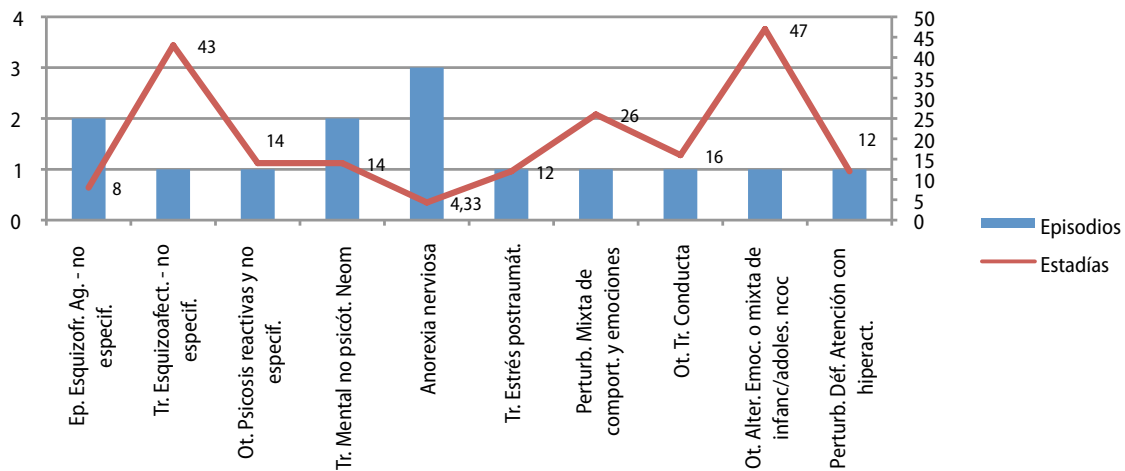
Principales datos de actividad hospitalaria en PNA de Galicia

Indicador	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Total
Ingresos externos	1	–	2	4	4	3	14
Traslados internos	–	1	1	–	1	–	3
<b>Total ingresos</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>17</b>
Altas externas	–	1	2	4	3	4	14
Altas internas	–	–	–	–	–	–	–
<b>Altas totales</b>	<b>–</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>14</b>
Estancia media alta ext.	–	14	26	16,5	11,67	15	16,21
Estancia media total altas	–	14	4,5	16,5	11	15	13

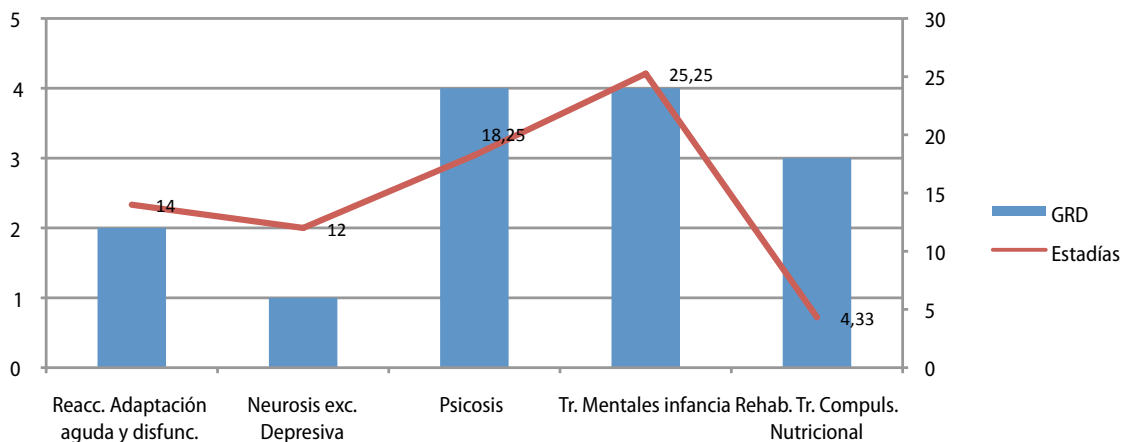
Procediendo a la distribución por patologías, los principales diagnósticos realizados en dicha unidad se encuentran relacionados principalmente con la anorexia nerviosa, con los episodios esquizofrénicos agudos y los trastornos mentales no psicóticos. No obstante, analizando los días de estancia por patología tratada, la estancia más elevada ha correspondido a otras alteraciones emocionales o mixtas de la infancia y la adolescencia, así como al trastorno esquizoafectivo.

En la siguiente figura se puede observar el número de cada tipo de diagnóstico principal realizado, así como las estancias de cada patología.

Episodios y estancias en hospitalización en PNA de Galicia



Por otra parte, los principales GRD de la unidad de hospitalización del CHUS están relacionados con las psicosis y los trastornos mentales de la infancia. Estos GRD son, a su vez, los que presentan unas mayores estadias en la unidad, tal como se observa en la siguiente figura.



### Situación de la formación en Galicia

A modo ilustrativo, se recoge a continuación un cuadro resumen con el grado de desarrollo de la oferta formativa en Galicia para cada uno de los niveles formativos definidos.

### Estado de situación de la formación en Galicia

Comunidad Autónoma	Formación de grado	Formación de postgrado	FSE	Formación continuada
Galicia	Bajo	Bajo	Medio	Medio

En líneas generales, existe un desarrollo discreto de la formación específica en Psiquiatría del Niño y el Adolescente en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Galicia. Las iniciativas docentes y formativas son realizadas fundamentalmente desde la Fundación Escuela Gallega de Administración Sanitaria (FEGAS).

A nivel de formación Sanitaria Especializada, se realizan rotaciones de 4-6 meses de MIRs y PIRs. Respecto a la formación continuada, suelen realizarse reuniones de profesionales periódicas, en las

que ocasionalmente participan profesionales del campo de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

### Actividad científica en Galicia

Las unidades de Psiquiatría de Galicia, y en concreto los profesionales relacionados con la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, no realizan de forma continuada una actividad científica específica en este campo de conocimiento.

Algunos profesionales han participado en proyectos de investigación, pero no se cuenta con equipos de investigación conformados y estables en Psiquiatría del Niño y el Adolescente, ni tradición de intensificación investigadora en los profesionales asistenciales del Servicio Gallego de Salud en este campo de conocimiento.

Cabe destacar que en los últimos años se han iniciado líneas de investigación genética en autismo, TDAH y trastorno obsesivo-compulsivo que engloban a clínicos y a investigadores básicos de diferentes departamentos del Servicio Gallego de Salud.

#### *Relación del sector profesional de Galicia con otros colectivos*

En Galicia, el sector profesional de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente mantiene colaboraciones con el colectivo de asociaciones de pacientes y familiares, principalmente con las relacionadas con las patologías de autismo y TDAH.

Tanto el Servicio Gallego de Salud como la Consejería de Trabajo y Bienestar mantienen convenios de colaboración con diferentes asociaciones, existiendo diferentes niveles de coordinación entre los dispositivos de salud mental infanto-juvenil y estas asociaciones.

## Situación de la PNA en las Islas Baleares

### Estrategias implantadas en las Islas Baleares

En las Islas Baleares se implantó en el año 2006 la “Estrategia de Salud Mental de las Islas Baleares”.

Dicha estrategia recogía un análisis de situación interna y externa del ámbito de la salud mental general en las Islas Baleares, estudiando diferentes aspectos como la evolución de la salud mental en los últimos años, el estudio de la población de las Islas Baleares, la prevalencia y carga de las enfermedades mentales y su impacto en los servicios sanitarios, entre otros.

Los principales objetivos en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente se recogen en la línea estratégica orientada a definir, completar, optimizar y homogeneizar la dotación de dispositivos y de recursos humanos y materiales para la atención a la salud mental en todas las áreas de salud mental. En concreto, se definen en esta línea los dispositivos de salud mental infantil y juvenil que deben implantarse en la Comunidad Autónoma para ofrecer un correcto servicio a su población.

En este sentido, se recomienda el nombramiento de un coordinador general de salud mental infantil y juvenil, que permita impulsar y desarrollar el intercambio técnico y la coordinación entre todos los dispositivos de salud mental infantil y juvenil de la Comunidad Autónoma.

Adicionalmente, se contempla la designación de un responsable de cada dispositivo de la Red y la creación de una Comisión Interinstitucional de Salud Mental Infantil y Juvenil.

Finalmente, se describen los dispositivos de la Red de salud mental del niño y el adolescente que podrán desarrollarse:

- *Unidad de Salud Mental Infantil y Juvenil:* se describen las prestaciones básicas y la composición de recursos humanos necesarios para dar cobertura a su población de referencia.
- *Unidad de hospitalización breve infanto-juvenil:* se contempla la creación de una úni-

ca Unidad de Hospitalización para toda la Comunidad Autónoma. Se recoge una distribución inicial de camas por tipología de paciente, y se definen las necesidades de recursos humanos para su correcto funcionamiento. Actualmente, se ha retirado la financiación de dicha Unidad.

- *Unidad terapéutica-educativa de día:* considerado dispositivo asistencial específico para el tratamiento ambulatorio intensivo de niños y adolescentes con trastornos mentales graves. Se definen las franjas de edad atendidas y las vías de acceso a esta Unidad. De igual forma que el resto de dispositivos, se recoge la composición idónea de recursos humanos.
- *Hospital de día infanto-juvenil:* se definen las franjas de edad y las principales vías de acceso, así como la ubicación. Por último, se cuantifican tanto los espacios como los recursos humanos necesarios para su puesta en marcha.

En el año 2011, se publicó una “Guía de recursos y situación de la red de salud mental de las Islas Baleares”, donde se recoge el desarrollo de la salud mental en las Islas Baleares en los últimos años y los recursos y dispositivos disponibles por esta red.

Posteriormente, no se han elaborado estrategias oficiales de salud mental. Lo que se ha trabajado en los últimos años ha sido en el desarrollo de aspectos concretos de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente. En este sentido, se desarrolló una Unidad de Gestión Clínica que recoge muchos de los temas y aspectos que se mencionan en la estrategia general en salud mental.

### Organización asistencial en las Islas Baleares

La Psiquiatría del Niño y el Adolescente se encontraba en las Islas Baleares integrada en la Red de salud mental de adultos hasta julio de 2010. A partir de ese momento, se configuró como red independiente y se creó el Instituto Balear de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia “IBSMIA”.

Este Instituto es independiente del colectivo de adultos y depende directamente de la Gerencia del Hospital Universitario Son Espases (HUSE). Su Director tiene como referentes al gerente del HUSE y al Coordinador Autonómico de Salud Mental de las Islas Baleares, encontrándose al mismo nivel de responsabilidad que un coordinador de área de salud mental de adultos. Toda la Psiquiatría del Niño y el Adolescente de las Islas Baleares es coordinada por el Instituto Balear de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia, el cual cuenta con un Director y un grupo de coordinadores de dispositivos, multidisciplinar, que se reúnen dos veces al mes en el equipo de gestión para evaluar y decidir sobre el servicio.

Para llevar a cabo la asistencia en salud mental del niño y el adolescente, las Islas Baleares disponen de ocho UCSMIA (Unidades Comunitarias de Salud Mental Infantil y Adolescente): una en Ibiza, otra en Menorca y en Mallorca hay cuatro en Palma, una en el área de salud de Tramuntana, Inca y otra en el área de salud de Llevant, Manacor.

Desde Julio del 2013, sólo se cuenta con un Hospital de Día con un educador, una enfermera, un psicólogo y un psiquiatra, aunque previamente disponía de una Unidad Terapéutica Educativa de Soporte (UTES) con tres profesionales de educación y parte de uno de servicios sociales, que daba apoyo a los alumnos con trastornos de salud mental más graves y a las escuelas. Por decisión unilateral del "Servei de Suport a la Educació", se retiraron los tres profesionales y se cerró la UTES.

En las Islas Baleares también se dispone de una Unidad de Hospitalización de seis camas, ubicada en el Hospital Universitario de Son Espases. Cabe destacar que hay un servicio especializado en trastornos de la conducta alimentaria, que depende de salud mental de adultos, y que da atención a adultos y menores con TCA.

Además, el Instituto dispone de dos equipos asesores, uno conformado por profesionales del ámbito de sanidad y otro por miembros de asociaciones y usuarios, cuya función es valorar la labor del IBSMIA y hacer sugerencias en cuanto a su funcionamiento y uso de recursos. Sus sugerencias no

son vinculantes, pero sí son tenidas en cuenta por el equipo de gestión.

#### *Guardias*

Respecto a las guardias específicas en salud mental infantil, se realizan de manera presencial en el Hospital Universitario Son Espases de 08:00 a 21:00 h. los días laborales y de 08:00 a 14:00 h. los festivos. Después y hasta la mañana siguiente, se cuenta con un sistema de guardia localizada, mediante el cual los profesionales de salud mental de adultos de guardia presencial en sus respectivos hospitales pueden contactar con el psiquiatra infantil de guardia localizada por teléfono para discutir y orientar el caso.

#### *Relación con Pediatría*

La Red de Psiquiatría del Niño y el Adolescente va consolidando la relación mantenida con el ámbito de Pediatría especializada. La colaboración puntual mantenida en los últimos años se está estrechando y ampliando a través de la realización conjunta de protocolos de actuación, de interconsultas, etc. En este sentido, se han elaborado unos protocolos conjuntos para el tratamiento de pacientes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y de atención a los niños con discapacidades sociales y de la comunicación.

Con la Pediatría de Atención Primaria también se están poniendo en marcha actividades de colaboración. Principalmente se realizan charlas formativas en los propios centros de salud, así como cursos de formación a los profesionales de este nivel de atención. También se están realizando protocolos de detección y atención precoz para el autismo y otras patologías.

#### *Proceso de admisión, tratamiento y alta*

Para los casos no urgentes, los pediatras referentes del paciente, ante la sospecha de patología de salud mental, derivan el caso directamente vía electrónica a la UCSMIA de referencia. La UCSMIA hace una primera evaluación y recogida de información de 20-30 minutos y se discute el caso en la reunión diaria de equipo, donde se decide si es

un caso para el servicio, para qué grupo profesional y con qué prioridad tratarlo. Si los casos no se consideran adecuados para el servicio se les deriva al recurso ordinario de la red que se considera más apropiado y se informa al profesional referente de Atención Primaria.

Inicialmente todos los casos son atendidos por un profesional de la UCSMIA, éste es el nivel básico de intervención. Si el caso es más complejo, se comenta en el seno del equipo y si es necesario, otros profesionales del equipo participan en el tratamiento. Éste es el segundo nivel de complejidad e intervención en un caso o familia, es decir, más de un profesional de las UCSMIA tratando un episodio para un paciente o familia.

Los casos más complejos y/o de mayor riesgo que rebasan la capacidad terapéutica de los equipos comunitarios son derivados al hospital de día. En el hospital de día son valorados y es consensuado un plan de intervención con el/los profesionales referentes de las UCSMIA, estableciéndose el tercer nivel de intervención del servicio. Si aun así el caso es tan complejo y/o el riesgo es tan elevado que se rebasa la capacidad del hospital de día, el caso se deriva a la unidad de hospitalización, donde se inician tratamientos más intensivos hasta que el paciente está preparado para reiniciar el tratamiento o bien en el hospital de día o en las UCSMIA.

#### *Protocolos y programas diferenciados*

- *Circuito de Derivación de TDAH.* Se ha elaborado este protocolo con el objetivo de definir una vía común para las derivaciones en todos los casos de sospecha de esta patología. Se ha iniciado en Mallorca, pero actualmente y debido a su éxito se está elaborando un convenio de colaboración con la Conselleria de Educació para que sea extensivo a todas las Islas Baleares.
- *Programa de autismo.* Gracias a la financiación conseguida por la Associació Asperger de Balears se consiguió formar a profesionales de salud mental infantil, pediatría, edu-

cación y servicios sociales y se crearon los Equipos de Evaluación de las Discapacidades Sociales y de la Comunicación "EADISOC", así como el Equipo de Referencia de los Trastornos del Espectro Autista "ERTEA". Los equipos son multidisciplinares y están compuestos por orientadores de colegios, psicólogos y médicos. Cuando se detecta un nuevo caso, se deriva y se realiza una valoración multidisciplinar. En un periodo de dos meses se realizan todas las pruebas necesarias para obtener un diagnóstico. Para su coordinación, los equipos multidisciplinares se reúnen para discutir los casos una vez al mes.

- *Programa de psicosis precoz.* Se trabaja en estrecha colaboración con los servicios de salud mental de adultos para, de esta forma, conseguir una correcta continuidad asistencial de los pacientes. Se han conformado grupos de trabajo con padres para involucrarles y ser una parte activa en el tratamiento.
- *Programa de consultas psiquiátricas en Escuelas de Educación Especial.* Actualmente, este Programa sólo está implantado en Mallorca. Un psiquiatra del servicio se desplaza una vez al mes a las escuelas donde se observa a los pacientes en su entorno y se les visita conjuntamente con su tutor/a, el psicólogo o psicóloga del colegio y sus padres. La mayoría de estas escuelas son concertadas con las asociaciones de pacientes y familiares. Se ha creado un equipo multidisciplinar que engloba a los profesionales del IBSMIA y las escuelas de educación especial para evaluar y mejorar la atención que reciben los niños discapacitados con trastornos de salud mental.
- *Consultas en centros socioeducativos de menores.* Los adolescentes con medidas judiciales de internamiento pueden ser derivados directamente a las consultas mensuales que se realizan en sus centros de internamiento por parte de un psiquiatra del IBSMIA. El psiquiatra, junto a los psicólogos de los centros, elabora los planes terapéuticos y de rehabilitación de los menores. También se han



creado consultas para menores con medidas judiciales de régimen abierto. Para ello, se dispone de un equipo psiquiátrico especializado en este ámbito.

- *Especialización dentro del IBSMIA.* Los profesionales del IBSMIA, conscientes de las limitaciones que supone la insularidad y de la densidad de población de las Islas Baleares, alternan labores asistenciales básicas en los dispositivos en los que desempeñan su trabajo con intereses y labores clínicas más especializadas en ciertas patologías, para que sean de referencia dentro del servicio. Así pues, por ejemplo, un psicólogo/psiquiatra puede dedicar cuatro días a la semana a labores asistenciales básicas en su equipo y un día a la semana a trabajar en un equipo especializado en TDAH con profesionales de otros equipos básicos.

#### Recursos disponibles en las Islas Baleares

Dentro de la Red de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y coordinada por el Instituto Balear de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia, en las Islas Baleares se dispone de recursos que cubren todos los niveles de atención de este campo de conocimiento: dispositivos ambulatorios, hospitales de día y unidades de hospitalización.

#### Principales datos y ratios de recursos materiales en las Islas Baleares (ambulatorio)

Recurso	Valor	Ratio / 100.000 hab.*
Dispositivos ambulatorios	8	3,76
Plazas Hospital de Día	10	4,59
Camas Unidad de Hospitalización	6	2,82

Datos 2013.

\* Nota: dato de población menor de 18 años obtenido del censo de Baleares (IBESTAT), a fecha de 1 de enero de 2012.

Respecto a los recursos humanos asignados a los dispositivos ambulatorios, la distribución es la siguiente.

A su vez, estos dispositivos se encuentran ubicados para cubrir a toda su población de referencia. De esta forma, el Instituto Balear de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia cuenta con un total de 8 Unidades Comunitarias de Salud Mental Infantil y Adolescente (UCSMIA), una ubicada en Ibiza, una en Menorca, cuatro en Palma de Mallorca y dos en las áreas de salud de Llevant y Tramuntana de Mallorca. Cabe destacar que los componentes de las UCSMIA de Palma de Mallorca son 1 psiquiatría, 1 psicóloga, una enfermera a tiempo parcial, 0,25 profesionales de trabajo social y 0,25 administrativos (los valores decimales hacen referencia a dedicación a tiempo parcial).

Adicionalmente, como se comentaba previamente, existe un hospital de día con cabida para 10 pacientes al día y una unidad de hospitalización con 6 camas.

Respecto a los recursos humanos, tanto los dispositivos ambulatorios como los terciarios (hospital de día y unidad hospitalaria) cuentan con equipos multiprofesionales que garantizan la correcta atención de sus pacientes.

A continuación, se recogen los principales datos cuantitativos de los recursos (humanos y materiales) disponibles para la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en las Islas Baleares.

*Principales datos y ratios de recursos humanos en las Islas Baleares (ambulatorio)*

Recurso	Valor*	Ratio / 100.000 hab.**
Psiquiatra	9	4,22
Psicólogo	9	4,22
Enfermera	6	2,82
Trabajador social	3	1,41

Datos 2013.

\* Las jornadas a tiempo parcial se contabilizan como 0,5 jornadas.

\*\* Nota: dato de población menor de 18 años obtenido del censo de Baleares (IBESTAT), a fecha de 1 de enero de 2012.

Finalmente, el hospital de día y la unidad de hospitalización disponen de los siguientes recursos humanos.

*Principales datos de recursos humanos en las Islas Baleares (hospitalización)*

Recurso	Hospital de día	Unidad de hospitalización
Psiquiatra	1	1
Psicólogo	1	1
Enfermera	1	5
Auxiliar enfermería	–	5
Celador	–	3

Datos 2013.

*Volumen de actividad en las Islas Baleares*

El mayor volumen de actividad de Psiquiatría del Niño y el Adolescente en las Islas Baleares recae en Mallorca, donde a su vez se aglutinan el mayor número de recursos, tal y como se ha comentado previamente.

Los principales datos de actividad de Ibiza y Formentera, Menorca y Mallorca, concretados en el volumen de citas y pacientes atendidos, se recogen en la siguiente tabla.

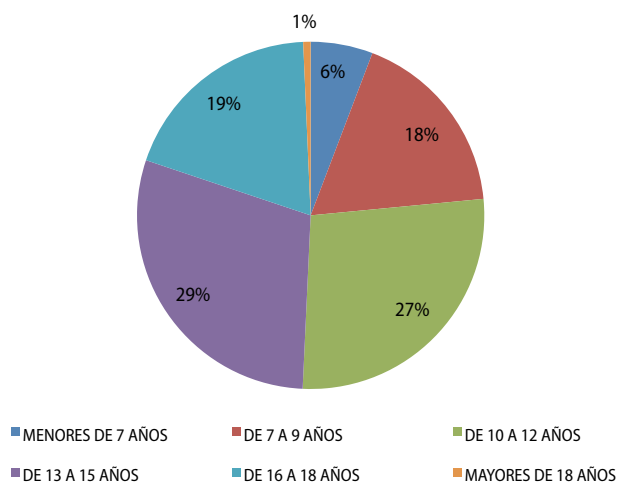
*Principales datos de actividad ambulatoria en las Islas Baleares*

Localización	Citas de acogida	Primeras citas	Citas sucesivas	Total citas	Nº pacientes
Mallorca**	3.002	2.328	14.9011	20.171	6.000 (aprox.)
Menorca*	N.D.	600	3.800	4.400	N.D.
Ibiza y Formentera*	N.D.	N.D.	N.D.	6.800	N.D.

Datos: \*2011 y \*\*2012.

Los pacientes tratados en Mallorca pertenecen principalmente al grupo de edad comprendido entre los 10 y los 15 años, 56% seguido por los pacientes con edades entre los 16 y 18 años, 19% y los de edades entre los 7 y 9 años, 18%, tal y como se observa en la siguiente figura.

#### Distribución de pacientes por edad en Mallorca



#### Hospital de día de Mallorca

Respecto a las unidades de hospital de día, los datos de actividad disponibles correspondientes al hospital de día de Mallorca se recogen en la siguiente tabla.

#### Datos de actividad del hospital de día de Mallorca

H. Día	Total pacientes	Pacientes nuevos	Promedio de estancia
Mallorca	139	99	99 días

Datos 2012.

#### Unidades de hospitalización de las Islas Baleares

La principal unidad de hospitalización de las Islas Baleares es la constituida en Mallorca, aunque en el Hospital General Mateu Orfila de Menorca se realizaron 3 ingresos durante el año 2012.

Los principales datos de actividad de la unidad de hospitalización de Mallorca se recogen en la siguiente tabla.

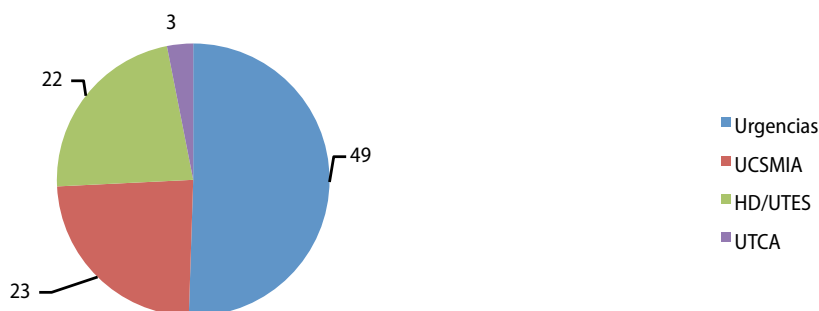
#### Datos de actividad de la unidad de hospitalización de Mallorca

Ingresos hospitalarios	Pacientes hospitalizados	Pacientes sin reingreso	Pacientes con reingreso	Promedio de reingresos
97	82	73	9	1,197

Datos 2012.

Respecto al origen de las derivaciones, la principal procedencia es de Urgencias, seguidas de las propias UCSMIA y del hospital de día. Por último, también se realizan derivaciones desde la UTCA, aunque de forma puntual.

### Origen de las derivaciones a la unidad de hospitalización de Mallorca



Datos 2012.

### Situación de la formación en las Islas Baleares

A modo ilustrativo, se recoge a continuación un cuadro resumen con el grado de desarrollo de la oferta formativa en las Islas Baleares para cada uno de los niveles formativos definidos.

#### Estado de situación de la formación en las Islas Baleares

Comunidad Autónoma	Formación de grado	Formación de postgrado	FSE	Formación continuada
Islas Baleares	Bajo	Bajo	Medio	Alto

#### Formación de grado y post-grado

La formación ofrecida en las Islas Baleares en el campo de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente presenta una serie de problemas u obstáculos que dificultan la formación de nuevos profesionales. El principal obstáculo es la ausencia de una Facultad de Medicina en las Islas Baleares, por lo que no se dispone de formación de grado y postgrado con la Universidad de las Illes Balears (UIB). No obstante, se han firmado convenios de colaboración con esta Universidad y otras universidades externas para participar en la formación a ambos niveles, aunque de una forma más puntual y no tan continuada.

Se colabora además con otros colectivos para realizar actividades de formación de grado y postgrado, como son los alumnos de psicología y con trabajadores sociales, grados que si existen en la UIB.

#### Formación sanitaria especializada

A nivel de formación sanitaria especializada, se imparte formación a MIR, PIR y EIR. Se dispone de profesionales formándose específicamente en Psiquiatría del Niño y el Adolescente, por lo que el proceso de implantación de la Especialidad se espera sea ágil y sencilla, ya que se dispone de las estructuras necesarias para ello.

### *Formación continuada*

Respecto a la formación continuada, se realizan numerosas sesiones formativas. Se ha fijado el cuarto miércoles de cada mes para realizar formación en salud mental infantil. Cada jornada está destinada a una patología concreta. A estas jornadas acuden los MIR, PIR y EIR en formación en las Islas Baleares y profesionales de diferentes dispositivos sanitarios y no sanitarios que trabajan con niños y adolescentes con trastornos de salud mental. Dos veces al mes se realizan presentaciones de casos clínicos. Adicionalmente, se realiza charlas, cursos y conferencias con los colectivos de pediatría de Atención Primaria, orientadores y psicopedagogos de educación, psicólogos y educadores de centros de menores, etc.

### *Actividad científica en las Islas Baleares*

La investigación realizada en Psiquiatría del Niño y el Adolescente en las Islas Baleares es principalmente promovida por intereses personales más que por una estructura consolidada a nivel autonómico.

No obstante, se está avanzando en este aspecto, ya que a partir de agosto de 2013 se ha creado un grupo de investigación dentro del IBSMIA, se han puesto en marcha reuniones periódicas (una vez al mes) con personal investigador de la Universidad de las Islas Baleares (UIB) del ámbito de la psicología, se han creado sinergias con otros grupos de investigación en salud mental y se han elaborado una serie de proyectos de investigación. Con estas medidas se persigue establecer colaboraciones entre el sector investigador y el asistencial, potenciando la calidad de los proyectos y organizando los recursos relacionados con la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en las Islas Baleares, para así facilitar la investigación en este campo de conocimiento.

Cabe destacar que con fecha de enero de 2014 se ha creado el Instituto de Investigación Sanitaria de Palma, sito en el Hospital Universitario Son Espases, para facilitar la investigación de los profesionales sanitarios de las Islas Baleares y que desde

el colectivo médico, la Universidad de les Illes Balears y el Gobierno Autonómico se está impulsando la creación de la facultad de Medicina en esta Comunidad Autónoma.

### *Relación del sector profesional de las Islas Baleares con otros colectivos*

Los profesionales de Psiquiatría del Niño y el Adolescente de las Islas Baleares tienen una relación cercana y próxima con diferentes asociaciones de pacientes y familiares, a través del impulso de distintas actividades en las escuelas y colegios a los que acuden. En general, conocen bien a las asociaciones de su entorno y trabajan bien con ellas, a todos los niveles, disponiendo de una consolidada relación.

Respecto a Atención Primaria la relación es muy buena, concretándose la colaboración en diferentes protocolos y actividades, tales como cursos de formación, charlas, etc.

En general, el colectivo profesional de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente de las Islas Baleares es muy proactivo, detectándose como principal área de potencial mejora el ámbito de la promoción y la prevención. La existencia de recursos limitados ha impedido expandir la cartera de servicios y la puesta en marcha de iniciativas que hubieran sido deseables. En este sentido se está trabajando en que la coordinación de las iniciativas de promoción y prevención se desarrolle desde la Dirección General del IB-Salut, aunque de momento no se ha consolidado. También se realizan actividades con el colectivo de enfermería, aunque todavía de manera puntual.

## Situación de la PNA en Canarias

### Estrategias implantadas en Canarias

El Gobierno de Canarias ha realizado avances importantes en los últimos años en el campo de la Salud Mental del Niño y el Adolescente en su Comunidad Autónoma.

En este sentido, en 2006 se elaboró el Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-juvenil de la Comunidad de Canarias, de forma independiente a las políticas de salud mental general, en línea con las iniciativas promovidas en otras Comunidades Autónomas. Este Programa no presenta un marco temporal concreto, sino que marca un proceso y línea de trabajo a seguir para el desarrollo de la salud mental del niño y el adolescente en las Islas Canarias. Especialmente se centran los esfuerzos en los siguientes ejes:

1. La USMC (específica): pieza clave de la asistencia. Personal con formación específica y dedicación exclusiva.
2. Alternativas a la hospitalización psiquiátrica.
3. Dispositivos específicos para la hospitalización total.
4. Dispositivos sociosanitarios y recursos de soporte social.
5. Programas de rehabilitación-reeducación.

Este Programa pretende establecer las bases de la atención de la salud mental de la población infantil y juvenil de Canarias, garantizando la continuidad de cuidados a través de una organización asistencial por niveles de atención, sectorizada y comunitaria.

El Programa se estructura alrededor de ocho grandes apartados, que pretenden abarcar todos los aspectos relacionados con la salud mental del niño y el adolescente. Estos apartados son los siguientes:

- Bases conceptuales de la salud mental infanto-juvenil: recogiendo recomendaciones de organismos internacionales y las caracte-

terísticas generales de la atención a la salud mental infanto-juvenil.

- Organización de la salud mental: se describe la organización de este ámbito, tanto el modelo comunitario y estructura sectorizada, como los dispositivos básicos existentes y la administración y gestión interna del Programa.
- El equipo profesional de la salud mental infanto-juvenil: se define la composición de este equipo, sus funciones (tanto del equipo como de los perfiles profesionales concretos) y las actividades a realizar.
- Funcionamiento de las unidades y servicios de salud mental infanto-juvenil: este apartado engloba los niveles asistenciales en este ámbito, el papel de la Atención Primaria, el equipo de los dispositivos específicos, la hospitalización y la coordinación con otros servicios.
- Necesidades asistenciales en salud mental infanto-juvenil: se recogen las principales necesidades así como datos de salud de la población de referencia.
- La asistencia en salud mental infanto-juvenil: se describen tanto los objetivos y los recursos de esta asistencia, como las modalidades asistenciales: ambulatoria y hospitalaria.
- Evaluación y estrategias de mejora: se define el modelo y proceso de evaluación del Programa, tanto a nivel de los requisitos necesarios como los propios indicadores de evaluación.
- Formación, docencia e investigación: en este último apartado se recogen las principales iniciativas de formación continuada, docencia e investigación en el ámbito de la salud mental infanto-juvenil.

Los resultados obtenidos tras la aplicación del Programa se evalúan en la medida en que se da cumplimiento a este mismo, teniendo en cuenta los nuevos recursos y los existentes y teniendo como base los siguientes apartados:

- Promoción, prevención y estigma.
- Atención.
- Coordinación.
- Formación específica y especialidades, tanto en psiquiatría como en psicología clínica y en enfermería especializada.
- Investigación.
- Sistemas de registro e información.

### Organización asistencial en Canarias

La atención a la salud mental de la población infantil y juvenil en la Comunidad Autónoma de Canarias ha contado con avances importantes en la última década aunque todavía faltan recursos para poder afirmar que existe una red completa de atención al niño y al adolescente. Su inicio data del año 2006, año en el que se crea el “Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de la Comunidad Autónoma de Canarias”, que marca las bases conceptuales, organización, funcionamiento, necesidades asistenciales, formación, investigación y evaluación que debe caracterizar la atención del niño y el adolescente. Hay un consenso en la Comunidad Autónoma para desarrollar unidades específicas de atención infanto-juvenil, lo que implica especificidad, especialización y necesidad de equipos multiprofesionales siguiendo el modelo comunitario.

El desarrollo de la Red de salud mental infanto-juvenil en Canarias está en consonancia con el modelo conceptual defendido a nivel estatal y europeo, refrendado en distintos documentos, como el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985), la Ley General de Sanidad (1986), la Declaración Europea de Salud Mental de Helsinki (2005), la Estrategia en Salud Mental del Servicio Nacional de Salud (2006-2013) o el Informe sobre la Salud Mental de Niños y Adolescentes de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), de 2008.

Por tanto, a partir de 2006, se comienza la diferenciación entre la red de salud mental de adultos y la del niño y el adolescente, incrementándose los recursos específicos del ámbito infantil y juvenil.

En el plan de trabajo inicial se planteaba un mapa de desarrollo de unidades específicas, sobre el que se continúa trabajando actualmente. Sobre el objetivo inicial de 10 unidades, actualmente se cuenta con 4 de ellas, debido a la ralentización del proceso de consolidación de la red de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, provocada por la actual situación económica.

Además de estas 4 unidades de niños y adolescentes, en el resto de unidades de adultos disponibles en Canarias existe personal especializado en niños y adolescentes, que conforman equipos de atención para estos pacientes.

En la Comunidad Autónoma de Canarias no se dispone de unidades de hospitalización específicas. Es uno de los principales hándicaps de la red de salud mental del niño y el adolescente en esta Comunidad. Por debajo de 14 años, los casos más graves son ingresados en Pediatría. Si el paciente tiene entre 15 y 18 años, existen problemas para su ingreso en unidades de adultos. En estos casos se da parte al juez.

### *Guardias*

La realización de guardias corresponde a todos los profesionales de Psiquiatría, tanto psiquiatras como residentes. En estas guardias se atiende tanto a adultos como a niños. Son guardias de 24 horas al día, presenciales en las islas de Gran Canaria y Tenerife, y localizadas en el resto de las islas, ya que el volumen potencial de pacientes es menor.

### *Proceso de admisión, tratamiento y alta*

La principal procedencia de nuevos pacientes a la red de salud mental del niño y el adolescente es del ámbito de Atención Primaria (tanto desde pediatras como médicos de familia, dependiendo de la edad del paciente), que son derivados a las Unidades de Salud Mental (USM).

Además, se han firmado acuerdos con la Consejería de Educación y la Consejería de Servicios Sociales para la derivación de nuevos pacientes, habitualmente a través de pediatría (Atención Primaria). Los pacientes pueden ser derivados puntualmente a través de urgencias, aunque no



es significativo el porcentaje de derivaciones realizadas a través de esta vía. En los casos en los que se produce esta derivación directa, se informa al pediatra.

Una vez que el paciente accede a una USM, es atendido por un equipo multidisciplinar. El procedimiento consiste en la recepción y evaluación en la USM, el cierre de la primera cita con el facultativo y la entrevista diagnóstica, el tratamiento propiamente dicho y por último, el alta si procede. En este último punto, el profesional debe enviar un informe al médico de Atención Primaria.

Para optimizar la atención en la red de salud mental, se realizan reuniones periódicas de coordinación del equipo en la USM para abordar problemas asistenciales o situaciones difíciles e imprevistas surgidas de la práctica cotidiana.

Finalmente, existe un tercer nivel de atención (el primer y segundo nivel corresponde a Atención Primaria y las USM, respectivamente), consistente en la hospitalización parcial o total, tal y como se ha comentado previamente. Este ingreso se solicita desde el hospital de día o desde la propia USM, y pueden ser realizados desde el servicio de urgencias o como ingreso programado. Como se mencionaba, se debe informar a las autoridades correspondientes para dar cumplimiento al Artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, donde se recoge que *“el internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor”*. Esto debe realizarse ya que no existen unidades de hospitalización específicas para pacientes de salud mental menores de edad. En caso de ser menor de 15 años, el paciente es ingresado en la planta de Pediatría.

#### *Alternativas a la hospitalización psiquiátrica*

En Canarias se han definido dos vías alternativas a la hospitalización psiquiátrica de niños y adolescentes. Por una parte, se cuenta con los hospitales de día, ubicados tanto en Gran Canaria como en Tenerife. Pero por otra parte, se cuenta con un sistema de interconsultas y enlace, cuyas funciones son:

- Apoyo en la hospitalización al resto de servicios.
- Participación en Programas Interservicios.
- Atención a las urgencias.

Para el funcionamiento de estas interconsultas se cuenta con un psiquiatra a tiempo parcial y una psicóloga.

#### *Protocolos y programas diferenciados*

Los programas y protocolos implantados en la Comunidad Autónoma de Canarias son los siguientes:

- TCA: implantado en 2010, pero no es específico de niños. Marca los niveles asistenciales para el diagnóstico y tratamiento de estas patologías.
- TDAH: programa consensuado entre Atención Primaria, Atención Especializada y el ámbito de educación. Se ha firmado un convenio para que en el caso de detectar un caso en un centro escolar, a través de los padres se pueda poner en conocimiento del pediatra. Si el caso se confirma, se puede contar con el refuerzo del colectivo de educación en el tratamiento del paciente.
- Otros programas disponibles en la Comunidad Autónoma de Canarias son un programa de trastorno de la identidad sexual, de autismo y de depresión infantil.

#### *Recursos disponibles en Canarias*

Tal y como ha sido comentado previamente, en Canarias se disponen de dispositivos tanto específicos como compartidos destinados a la atención de salud mental de niños y adolescentes. En este sentido, se cuenta con un total de 4 unidades específicas (ubicadas en Lanzarote, Fuerteventura, La Palma y en Tenerife) y hasta 24 unidades de adultos en las que los profesionales especializados pueden atender a niños y adolescentes. En estos casos, el personal que atiende a niños y a adolescentes comparte espacios con adultos, aunque no pacientes.



Adicionalmente, el Gobierno de Canarias cuenta con dos hospitales de día infanto-juveniles, uno ubicado en Tenerife, que inició su actividad en 2003 y cuenta con 45 plazas, y otro ubicado en Gran Canaria, inaugurado en 2005 y también cuenta con 45 plazas.

Aunque no se han constituido dispositivos de hospitalización específicos de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, se han designado recursos hu-

manos para las interconsultas, consistentes en un psicólogo y psiquiatra a tiempo parcial (Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria) y un psiquiatra (Hospital Universitario de Canarias, en Tenerife).

A continuación se detallan los recursos disponibles en la Comunidad de Canarias para llevar a cabo la atención de salud mental del Niño y el Adolescente.

### *Principales datos y ratios de recursos materiales en Canarias*

Recurso	Valor	Ratio / 100.000 hab.*
Dispositivos ambulatorios específicos	4	1,04
Dispositivos ambulatorios compartidos	24	6,26
Plazas de hospitales de día	90	23,46

Datos 2013.

\* Nota: dato de población menor de 18 años obtenido del Instituto Nacional de Estadística, a fecha de 1 de enero de 2012.

Respecto a los recursos humanos ubicados en estos dispositivos (tanto los específicos como los pertenecientes a la red de adultos con dedicación en infantil y juvenil), son los siguientes.

### *Principales datos y ratios de recursos humanos ambulatorios en Canarias*

Recurso	Valor*	Ratio / 100.000 hab.**
Psiquiatra	14**	3,65
Psicólogo	17**	4,43

Datos 2013.

\* Nota: dato de población menor de 18 años obtenido del Instituto Nacional de Estadística, a fecha de 1 de enero de 2012.

\*\* 2 psiquiatras y 2 psicólogos pertenecen al equipo de adultos, aunque desarrollan actividades en Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

Finalmente, la composición de recursos humanos existente en los hospitales de día de las Islas Canarias se indica a continuación.

### Principales datos y ratios de recursos humanos hospitalarios en Canarias

Recurso	H. Día Las Palmas	H. Día Sta. Cruz de Tenerife
Psiquiatra	2	1
Psicólogo	1	1
Enfermera	2	1
Auxiliar enfermería	9	7
Trabajador social	1	1
Terapeuta ocupacional	1	1
Otros	4	5

Datos 2012.

### Volumen de actividad en Canarias

A nivel ambulatorio, en la Comunidad Autónoma de Canarias se ha atendido pacientes en todas las áreas de salud a nivel regional.

La tabla mostrada a continuación recoge los principales datos de actividad de los Centros de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Canarias.

### Principales datos y ratios de actividad ambulatoria de PNA en Canarias

Nº pacientes	Nº consultas	Prevalencia*	Frecuentación**
11.464	52.098	29,89	135,82

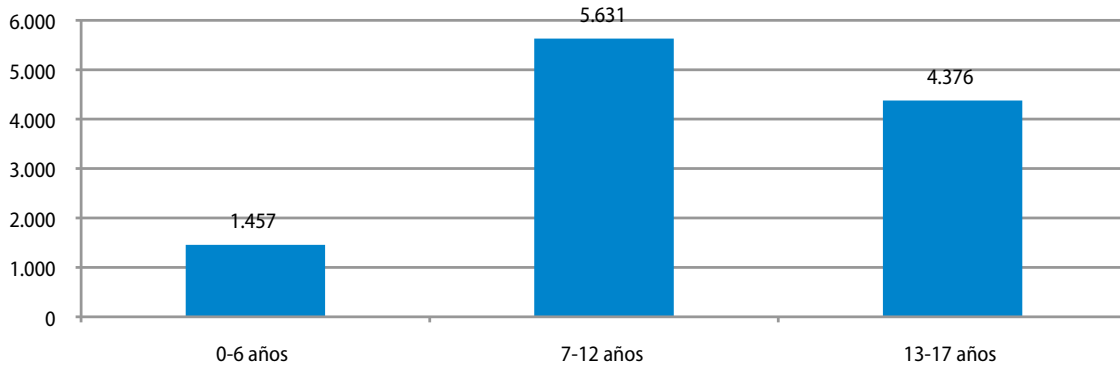
Datos 2012.

\* Número de casos o pacientes por 1.000 habitantes en población de referencia.

\*\* Número de visitas efectuadas por 1.000 habitantes en población de referencia.

El desglose de los pacientes atendidos en las Islas Canarias por grupos de edad se observa en la siguiente figura:

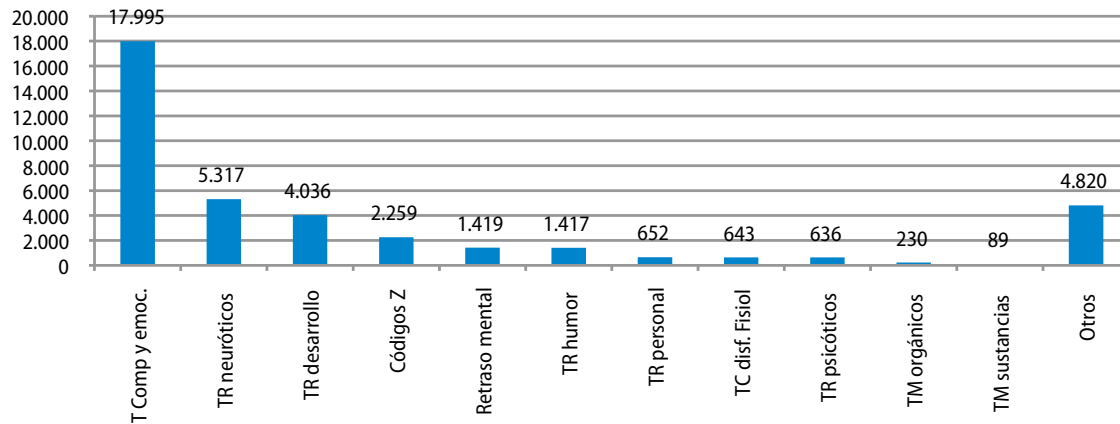
*Pacientes atendidos por grupos de edad en Canarias (2012)*



Datos 2012.  
Fuente: RECAP.

Respecto a las patologías diagnosticadas en la Comunidad Autónoma, las principales son las relacionadas con los trastornos del comportamiento y de las emociones, con una diferencia significativa con el siguiente grupo, los trastornos neuróticos. La figura que se muestra a continuación recoge las patologías diagnosticadas ordenadas según la clasificación CIE10.

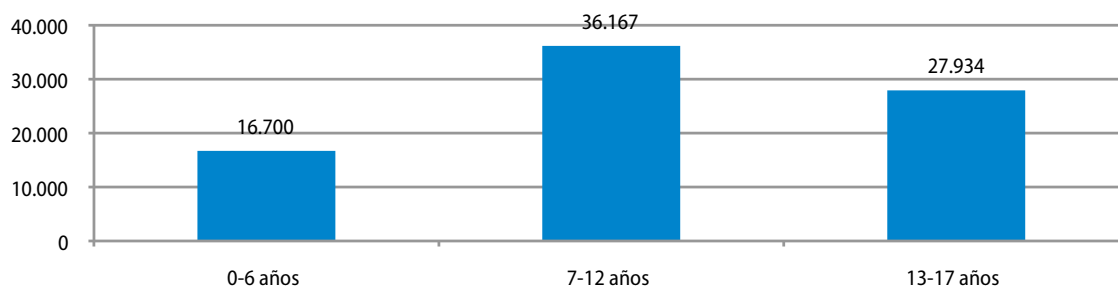
*Principales patologías diagnósticas en Canarias (2012)*



Datos 2012.

Recogiendo todas las consultas realizadas en Canarias, desglosando los datos por grupos de edad, se observa que el mayor volumen fue realizado con niños de edades comprendidas entre los siete y los doce años.

### Consultas totales por grupos de edad en Canarias (2012)



Datos 2012.  
Fuente: RECAP.

### Hospitales de día infanto-juveniles

Actualmente, Canarias cuenta con dos hospitales de día (hospital de día infanto-juvenil de Gran Canaria y el hospital de día infanto-juvenil Doctor Guigou). Para ambos centros se han medido indicadores de actividad y se han clasificado las patologías diagnosticadas.

### Indicadores de actividad de los hospitales de día de Canarias (2012)

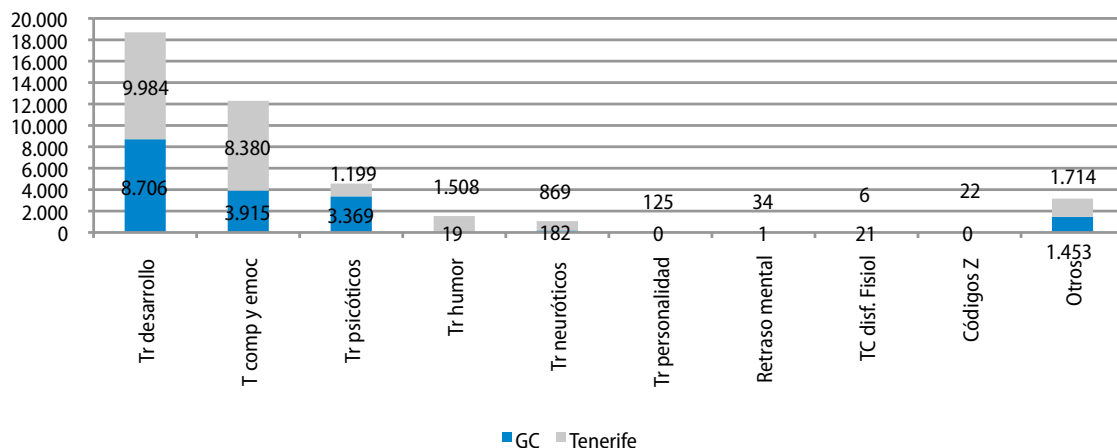
Hospital de día	Consultas externas	Frecuentación*
Gran Canaria	17.666	85,48
Doctor Guigou	23.841	134,76
Global Islas Canarias	41.507	108,21

Datos 2012.

\* Número de visitas efectuadas por 1.000 habitantes en población de referencia.

Respecto a las patologías diagnosticadas, la distribución en cada hospital de día es la que se muestra en la siguiente figura.

*Distribución de patologías diagnosticadas en los hospitales de día de Canarias (2012)*



Situación de la formación en Canarias

A modo ilustrativo, se recoge a continuación un cuadro resumen con el grado de desarrollo de la oferta formativa en Canarias para cada uno de los niveles formativos definidos.

*Estado de situación de la formación en Canarias*

Comunidad Autónoma	Formación de grado	Formación de postgrado	FSE	Formación continuada
Canarias	Bajo	Medio	Medio	Medio

*Formación de grado*

A nivel de formación de grado, en Canarias existe una oferta formativa en las Facultades de Medicina, Enfermería y Psicología. Todos estos estudiantes realizan prácticas en los servicios de salud mental, aunque éstas no son específicas del ámbito de la salud mental del niño y el adolescente.

*Formación sanitaria especializada*

A nivel de Formación Sanitaria Especializada, existen rotaciones de MIR, PIR y EIR por todos los servicios de salud mental del niño y el adolescente.

*Formación continuada*

Finalmente, se ha intentado fomentar la formación a nivel de niños y adolescentes, poniendo en marcha cursos en aspectos de psicoterapia, suicidio, depresión, ansiedad, autismos, TCA, etc. En los últimos cuatro o cinco años se han realizado numerosas horas de formación continuada. De la formación ofertada en salud mental, aproximadamente el 50% ha sido realizada en el campo de infantil. Esta formación va dirigida tanto a profesionales de Atención Primaria como Atención Especializada, y a profesionales de la Consejería de Educación.

### Actividad científica en Canarias

En la actualidad no existe una actividad científica consolidada en salud mental infanto-juvenil. Sin embargo, en los últimos años se ha conseguido financiación del Instituto de Salud Carlos III y de la Fundación Canaria de Investigación y Salud, para el desarrollo de proyectos de investigación en esta temática.

Además, desde Servicios Centrales se creó desde el año 2009 el Programa de Investigación en salud mental, con el objetivo de impulsar y consolidar la actividad investigadora en salud mental en la Comunidad. Las líneas de investigación que se han ido consolidando en estos años en Canarias han sido la conducta suicida (línea inicial presente en Canarias desde hace décadas), la adherencia terapéutica y las intervenciones terapéuticas en trastornos mentales graves. Este Programa se desarrolla en un ámbito de coordinación con las Unidades de Investigación Hospitalarias.

Uno de los objetivos y acciones de este Programa es la formación en investigación. En este contexto, se han desarrollado ya seminarios de investigación en salud mental dirigidos a los profesionales de salud mental en formación, acorde a lo establecido en sus respectivos programas formativos, de duración de un año, además de cursos de formación en metodología de la investigación dirigidos a profesionales de la red de salud mental.

### Relación del sector profesional de Canarias con otros colectivos

Existen diversas asociaciones relacionadas con la salud mental del niño y el adolescente, siendo las más representativas las relacionadas con el autismo y el TDAH.

Existe una buena coordinación entre estas asociaciones y los profesionales de salud mental del niño y el adolescente, aunque esta relación no se encuentra regulada.

El trabajo en salud mental del niño y el adolescente se organiza a nivel global a través de tres grandes agentes: los profesionales asistenciales que pertenecen al ámbito de la sanidad, profesio-

nales de la Consejería de Educación y la Dirección General del Menor y Familia, de la Consejería de Servicios Sociales.

A nivel de prevención y promoción de la salud mental del niño y el adolescente se ha trabajado a nivel interinstitucional fundamentalmente con Atención Primaria y la Consejería de Educación.

La colaboración del colectivo de sanidad en el ámbito de los dispositivos sociosanitarios, los recursos de soporte vital y los programas de rehabilitación-reeducación se realiza con el Cabildo, la Dirección General del Menor y Familia, con los Ayuntamientos y con la Consejería de Educación.

## **Situación de la PNA en La Rioja**

### Estrategias implantadas en La Rioja

Las políticas sanitarias de la Comunidad Autónoma de La Rioja en materia de salud mental se concretan en su Plan de Salud Mental 2010 (con un periodo de vigencia de 2010 a 2015). Aunque la atención en salud mental se encuentra ya integrada en la atención sanitaria, se ha considerado la necesidad de estructurar las actuaciones a desarrollar en los próximos años de manera independiente, con el objetivo de fomentar su consolidación.

El objetivo principal de este Plan es completar y consolidar la Red de Salud Mental del Servicio Riojano de Salud, con el fin de mejorar la atención integral a la Salud Mental, prevaleciendo el enfoque comunitario y el abordaje biopsicosocial del trastorno mental en consonancia con el concepto de salud que promulga la OMS, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y tal y como apostaba el modelo de reforma psiquiátrica iniciado en España en el año 1985.

El Plan de Salud Mental 2010 de La Rioja se estructura en un primer análisis del marco normativo que regula este campo de conocimiento y un análisis de la situación actual (evolución de la salud mental, datos demográficos, indicadores de atención, etc.). Posteriormente, se realiza una descripción de la oferta de atención a la salud mental (dotación de la oferta de atención, y flujo y derivaciones). Finalmente, se presentan las líneas estratégicas, objetivos y acciones definidos para implantar su estrategia para los próximos años. Se espera hacer una revisión de los planes en 2015.

La Psiquiatría del Niño y el Adolescente no cuenta con un apartado específico en el desarrollo estratégico del Plan de Salud Mental 2010 de La Rioja, aunque se recogen en el mismo, actividades relacionadas con este colectivo, incluidas entre los objetivos generales del Plan. No existe en la Comunidad un Plan específico de salud mental del niño y el adolescente.

A continuación, se recogen las acciones específicas con el ámbito infantil y juvenil en el desarrollo del Plan de Salud Mental:

Dentro del objetivo general de promover la salud mental de la población general y de los grupos en riesgo de exclusión social y reducir el estigma asociado a la enfermedad mental, y con el objetivo específico de aumentar los conocimientos sobre salud mental en la población en general, se propone la creación de una guía de información y orientación para el bienestar mental de niños y adolescentes dirigida a padres y educadores que los ayude a comprender los factores de riesgo y de protección.

Dentro del objetivo general de mejorar la atención a las personas afectadas de enfermedad mental de acuerdo a los principios básicos del modelo psicobiocomunitario, se recoge como objetivo específico desarrollar programas específicos de atención a la infancia y adolescencia y en concreto, los siguientes:

- Establecimiento de protocolos de actuación en trastorno mental grave infanto-juvenil, trastorno de la conducta alimentaria, trastornos adictivos. Establecer, para los niños y adolescentes con trastornos mentales en tratamiento, un plan individualizado de atención.
- Establecimiento de protocolos de actuación en TMG en niños y adolescentes.
- Establecimiento de protocolos de actuación en hospitalización en niños y adolescentes.
- Creación de un Hospital de Día Infanto-juvenil.
- Apoyar terapéuticamente a las familias de menores con trastorno mental grave infanto-juvenil, trastorno de la conducta alimentaria, trastornos adictivos y hospitalización breve, de forma coordinada con los servicios sociales de atención a la familia.
- Establecer protocolos de atención a las urgencias psiquiátricas y situaciones de crisis, en función de la edad y en colaboración con los distintos sectores implicados.

- Disponer y coordinar con Servicios Sociales, un sistema de acompañamiento o tutelaje para los niños con problemas psíquicos pertenecientes a familias desestructuradas o marginales con el fin de evitar abandonos terapéuticos en los casos más desfavorables.

El desarrollo de estos planes es parcial hasta el momento. La actual situación económica ha impedido que el avance haya sido mayor en algunas de ellas.

### Organización asistencial en La Rioja

La Rioja cuenta con un área de salud única.

La Red de Psiquiatría del Niño y el Adolescente está formada por una Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil de tipo ambulatorio. En el centro de atención de salud mental que cubre da el área de salud de La Rioja y una unidad de hospitalización infantil, en el Servicio de Psiquiatría del Hospital San Pedro de la Rioja.

Estas unidades atienden en términos generales pacientes hasta los 18 años.

#### *Proceso de admisión, tratamiento y alta*

Los pacientes se derivan fundamentalmente desde pediatría de atención primaria y pediatría de atención especializada. Existe una sectorización de pediatría en toda el área.

Puesto que en Pediatría se atiende únicamente hasta los 14 años, los pacientes entre 14 y 18 años se derivan a los dispositivos de atención a la salud mental infanto-juvenil desde el médico de familia de Atención Primaria.

Por tanto, las principales relaciones de la red se establecen con el Servicio de Pediatría y con Atención Primaria (tanto pediatría como médicos de familia).

La unidad de hospitalización cuenta con camas específicas que son funcionales separadas, de manera que cuando se requiere una hospitalización infantil, se cierra la unidad, y se separa de la de adultos. Se viene trabajando de esta manera en la unidad desde hace cinco años.

Las unidades de salud mental infanto-juvenil atienden a pacientes hasta 18 años, aunque con alguna salvedad. En función del nivel de recursos en algunos casos se atienden pacientes hasta 16 años en primeras consultas y se deriva posteriormente a adultos. En el caso de pacientes de edades muy tempranas, la hospitalización se realiza en Pediatría (en términos generales hasta los 9 años).

La unidad de hospitalización infantil comparte la escuela y otras actividades educativas con el Servicio de Pediatría.

Pese a que existe una estrecha colaboración con el sistema educativo, la vía de entrada de pacientes es principalmente a través de Atención Primaria.

Las urgencias se cubren con la estructura de adultos (no hay urgencias específicas para infanto-juvenil). Las guardias son atendidas por un único psiquiatra, no existiendo diferenciación entre atención de urgencias infantil y de adultos.

#### *Protocolos y programas diferenciados*

Se cuenta con los siguientes protocolos implantados:

- Protocolo de atención al espectro autista.
- Protocolo de alteraciones de la conducta alimentaria.
- Protocolo de trastorno de déficit de atención (en colaboración con Educación).
- Protocolo global de colaboración con Educación.

Se ha desarrollado además un sistema de acompañamiento o tutelaje para los niños con problemas psiquiátricos. El programa se desarrolla fundamentalmente en colaboración con organizaciones no gubernamentales y organizaciones financiadas desde la administración pública, como la Fundación Pioneros y otras organizaciones de familiares de enfermos con trastornos mentales.



### *Recursos disponibles en La Rioja*

#### *Recursos ambulatorios*

La Rioja cuenta con una Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil de tipo ambulatorio, en el centro de atención de salud mental. Dicha Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil cubre toda el área de salud de La Rioja.

La unidad está dotada con:

- 2 psicólogos a tiempo completo.
- 1 psiquiatra infantil a tiempo completo.

#### *Hospitalización*

La Rioja cuenta con una unidad de hospitalización infantil dentro del Servicio de Psiquiatría del Hospital San Pedro de la Rioja. La unidad cuenta con camas específicas que son funcionales separadas, de manera que cuando se requiere una hospitalización infantil se cierra la unidad, que cuenta

con 2 camas, y se separa de la de adultos. Se viene trabajando de esta manera en la unidad desde hace cinco años.

- 1 psiquiatra, con dedicación específica, a media jornada. Colabora también con el Servicio de Pediatría del Hospital y atiende consultas.
- 1 psicólogo.

No se ha creado hasta la fecha un Hospital de Día infanto-juvenil (la creación de un Hospital de Día específico estaba recogida en el Plan de Salud Mental 2010). Se trataría de una de las principales carencias de la Comunidad Autónoma.

Por tanto, la situación en cuanto a dispositivos y recursos humanos disponibles y ratios por 100.000 habitantes en La Rioja se resume a continuación:

### *Principales datos y ratios de recursos materiales en La Rioja*

Recurso	Valor	Ratio / 100.000 hab.*
Dispositivo ambulatorios específicos (Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil)	1	1,86
Plazas de hospitales de día	0	-
Unidad de hospitalización infantil	1	1,86
Camas hospitalización infantil	2	3,72

\*\* Nota: dato de población menor de 18 años obtenido del Instituto Nacional de Estadística, a fecha de 1 de enero de 2012.

### *Principales datos y ratios de recursos humanos en La Rioja*

Recurso	Valor*	Ratio / 100.000 hab.**
Unidad de salud mental infanto-juvenil ambulatoria		
Psiquiatras	1	1,86
Psicólogos	2	3,72

Recurso	Valor*	Ratio / 100.000 hab.**
<b>Unidad de hospitalización</b>		
Psiquiatras	0,5	0,93
Psicólogos	1	1,86
<b>Total recursos humanos específicos atención salud mental infanto-juvenil</b>		
Psiquiatras	1,5	2,79
Psicólogos	3	5,58

\* La jornada a tiempo parcial se ha contabilizado como 0,5.

\*\* Nota: dato de población menor de 18 años obtenido del Instituto Nacional de Estadística, a fecha de 1 de enero de 2012.

### *Centros sociosanitarios*

Centro de Atención al Espectro Autista "Leo Kanner". Centro que trabaja en colaboración con el sistema asistencial de atención. En el centro trabaja un equipo profesional integrado por pedagogos, psicólogos y terapeutas ocupacionales. Es un centro residencial completo, con actividad ambulatoria para el tratamiento de pacientes en hospital de día. Cuenta con una dotación de 30 plazas.

No pertenece al Servicio Riojano de Salud pero su financiación procede en un alto porcentaje del Gobierno de La Rioja.

El centro no cuenta con un psiquiatra, por lo que desde la unidad de hospitalización de Psiquiatría del Niño y el Adolescente se realiza una supervisión de orientación de tratamiento y atención farmacológica.

### *Volumen de actividad en La Rioja*

#### *Actividad de Consultas Externas específica de la USMIJ:*

En términos de consultas, el volumen de actividad ascendió a 338 nuevos casos en el año 2012, un total de casos atendidos de 1.050 y con un total de consultas realizadas de 4.056 durante este año. De esta forma, se obtiene un ratio de consultas año/casos totales atendidos de 3,86.

A continuación se recoge el desglose de nuevos casos (incidencia), casos totales (prevalencia), consultas realizadas (frecuentación) y el ratio consultas/casos, tanto las relativas a la USMIJ como los valores globales de personas menores de 19 años.

#### *Incidencia de PNA en la Rioja por grupo diagnóstico*

Gr. Diagnóstico	Total <19 años	Ratio / 100.000 hab.*	USMIJ	Ratio / 100.000 hab.*
TM orgánicos y sintomáticos	2	3,72	–	–
TM otras drogas	2	3,72	–	–
Esquizofrenia/ideas delirantes	6	11,15	1	1,86
Tr. Humor (afectivos)	12	22,30	9	16,73

Gr. Diagnóstico	Total <19 años	Ratio / 100.000 hab.*	USMIJ	Ratio / 100.000 hab.*
Tr. Neuróticos y somatomorfos	46	85,50	13	24,16
Tr. Comportamiento/ disf. Fisiol/F. somáticos	8	14,87	2	3,72
Tr. Personalidad y comportamiento	8	14,87	2	3,72
Retraso mental	2	3,72	2	3,72
Tr. Desarrollo psicológico	19	35,31	17	31,60
Tr. Comportamiento/ emoción IJ	49	91,07	43	79,92
Otros	322	598,47	249	462,79
<b>Total</b>	<b>476</b>	<b>884,69</b>	<b>338</b>	<b>628,21</b>

Datos 2012.

Fuente: Sistema de Información de Salud Mental de La Rioja. (Clasificación diagnóstica CIE-10).

\* Nota: dato de población menor de 19 años obtenido del Instituto Nacional de Estadística, a fecha de 1 de enero de 2012.

#### Prevalencia de PNA en la Rioja por grupo diagnóstico

Gr. Diagnóstico	Total <19 años	Ratio / 100.000 hab.*	USMIJ	Ratio / 100.000 hab.*
TM orgánicos y sintomáticos	4	7,43	-	-
TM otras drogas	8	14,87	2	3,72
Esquizofrenia/ideas delirantes	13	24,16	6	11,15
Tr. Humor (afectivos)	37	68,77	30	55,76
Tr. Neuróticos y somatomorfos	183	340,12	121	224,89
Tr. Comportamiento/ disf. Fisiol/F. somáticos	37	68,77	23	42,75
Tr. Personalidad y comportamiento	15	27,88	5	9,29
Retraso mental	23	42,75	20	37,17
Tr. Desarrollo psicológico	129	239,76	125	232,33
Tr. Comportamiento/ emoción IJ	492	914,43	464	862,39
Otros	375	696,97	254	472,08
<b>Total</b>	<b>1.316</b>	<b>2.445,91</b>	<b>1.050</b>	<b>1.951,53</b>

Datos 2012.

Fuente: Sistema de Información de Salud Mental de La Rioja. (Clasificación diagnóstica CIE-10).

\* Nota: dato de población menor de 19 años obtenido del Instituto Nacional de Estadística, a fecha de 1 de enero de 2012.

*Frecuentación de PNA en la Rioja por grupo diagnóstico*

Gr. Diagnóstico	Total <19 años	Ratio / 100.000 hab.*	USMIJ	Ratio / 100.000 hab.*
TM orgánicos y sintomáticos	12	22,30	–	–
TM otras drogas	27	50,18	6	11,15
Esquizofrenia/ideas delirantes	75	139,40	42	78,06
Tr. Humor (afectivos)	236	438,63	188	349,42
Tr. Neuróticos y somatomorfos	730	1.356,78	484	899,56
Tr. Comportamiento/ disf. Fisiol/F. somáticos	170	315,96	101	187,72
Tr. Personalidad y comportamiento	44	81,78	14	26,02
Retraso mental	92	170,99	58	107,80
Tr. Desarrollo psicológico	458	851,24	169	314,10
Tr. Comportamiento/ emoción IJ	1.823	3.388,22	1.697	3.154,04
Otros	1.831	3.403,09	1.297	2.410,6
<b>Total</b>	<b>5.498</b>	<b>10.218,6</b>	<b>4.056</b>	<b>7.538,47</b>

Datos 2012.

Fuente: Sistema de Información de Salud Mental de La Rioja. (Clasificación diagnóstica CIE-10).

\* Nota: dato de población menor de 19 años obtenido del Instituto Nacional de Estadística, a fecha de 1 de enero de 2012.

*Consultas año/ casos prevalentes en La Rioja*

Gr. Diagnóstico	Total <19 años	USMIJ
TM orgánicos y sintomáticos	3,00	–
TM otras drogas	3,38	3,00
Esquizofrenia/ideas delirantes	5,77	7,00
Tr. Humor (afectivos)	6,38	6,27
Tr. Neuróticos y somatomorfos	3,99	4,00
Tr. Comportamiento/ disf. Fisiol/F. somáticos	4,59	4,39
Tr. Personalidad y comportamiento	2,93	2,80
Retraso mental	4,00	2,90

Gr. Diagnóstico	Total <19 años	USMIJ
Tr. Desarrollo psicológico	3,55	1,35
Tr. Comportamiento/ emoción IJ	3,71	3,66
Otros	4,88	5,11
<b>Total</b>	<b>4,18</b>	<b>3,86</b>

Datos 2012.

Fuente: Sistema de Información de Salud Mental de La Rioja. (Clasificación diagnóstica CIE-10).

### *Actividad de Hospitalización*

Durante el año 2012 se ingresaron en la Unidad de Hospitalización un total de 9 pacientes, con una estancia media de 14-18 días. Como se ha comentado anteriormente, en la unidad de hospitalización específica de niños y adolescentes se atiende a pacientes hasta 18 años.

Las patologías tratadas en la Unidad de Hospitalización fueron esquizofrenia/ideas delirantes, trastornos del comportamiento/disfunción fisiológica/f. somáticos y trastornos de la personal y comportamiento adulto.

### *Principales datos de actividad hospitalaria por grupo diagnóstico en La Rioja*

Gr. Diagnóstico	Ingresos	Altas
Esquizofrenia/ideas delirantes	7	8
Tr. Comportamiento/ disf. Fisiol/F. somáticos	1	1
Tr. Personalidad y comportamiento	1	1
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>10</b>

### *Situación de la formación en La Rioja*

A modo ilustrativo, se recoge a continuación un cuadro resumen con el grado de desarrollo de la oferta formativa en La Rioja para cada uno de los niveles formativos definidos.

### *Estado de situación de la formación en La Rioja*

Comunidad Autónoma	Formación de grado	Formación de postgrado	FSE	Formación continuada
La Rioja	Bajo	Bajo	Medio	Medio

### *Formación de grado*

No se desarrolla formación de grado específica en Psiquiatría del Niño y el Adolescente a nivel de La Rioja.

### *Formación sanitaria especializada*

La unidad docente de psiquiatría y salud mental del Hospital San Pedro tiene capacidad para la formación de un residente en la especialidad de Psiquiatría al año. La unidad incluye como centro de formación la unidad de salud mental infantil. Los residentes tienen un programa de rotación específica por la unidad de psiquiatría infanto-juvenil. Los residentes de tercer año tienen opción de rotar un año completo en la Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil.

### *Formación continuada*

Se organizan acciones de formación continuada con pediatras y médicos de familia de la red asistencial, que pueden solicitar entre 15 días y 1 mes de rotación por la Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil.

Se colabora con el sistema educativo (a través de charlas, reuniones, etc.). No se trata de una formación reglada y establecida. Sí se colabora de forma puntual en cursos de formación de Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, del Servicio Riojano de Salud, etc.

### *Actividad científica en La Rioja*

No se realiza investigación debido a la limitación de recursos. No hay ningún grupo de investigación en este campo.

### *Relación del sector profesional de La Rioja con otros colectivos*

#### *Con asociaciones de pacientes y familiares*

Existe una buena relación con asociaciones de pacientes y familiares, en especial con la asociación integrada por familiares y afectados de Trastornos del Comportamiento Alimentario (ACAB). Se colabora especialmente con FEAFES, Confede-

ración Española que agrupa federaciones y asociaciones de personas con enfermedad mental y a sus familiares de todo el territorio estatal.

Se colabora principalmente dando respuesta a solicitudes de formación. Los cursos organizados desde la unidad se abren también a la participación de este tipo de asociaciones.

Como se ha comentado anteriormente, se colabora de forma habitual con el Centro Leo Kanner, proporcionando soporte en el ámbito de la atención especializada.

### *Organizaciones financiadoras*

Colaboración habitual con la Fundación Pioneros, organización que trabaja con niños, jóvenes y adolescentes para ofrecerles una segunda oportunidad a través de la educación. Se realizan principalmente labores de acompañamiento y supervisión de los pisos gestionados por la Fundación.

### *Promoción y prevención*

Se colabora principalmente con Educación en temas relacionados con trastorno de déficit de atención y trastornos de conducta alimentaria, a nivel comunitario.

## **Situación de la PNA en la Región de Murcia**

### Estrategias implantadas en la Región de Murcia

El actual Plan de Salud Mental 2010-2013 recoge las políticas de la Región de Murcia en materia de salud mental y se presenta como continuación del anterior Plan, elaborado para el periodo 2006-2009.

Está concebido como un documento de referencia, a través del cual se proponen y diseñan unas líneas de actuación, objetivos y medidas necesarias para ejecutar los contenidos en el marco de la atención a la salud mental de la Región de Murcia.

Este Plan se estructura en diferentes apartados: descripción de aspectos generales (caracterización del problema, datos demográficos, y antecedentes históricos), la organización asistencial presente (misión, visión y valores, competencias, gestión, etc.), el análisis de la situación, la revisión del anterior Plan, las conclusiones del análisis de situación (con detección de oportunidades de mejora) y los objetivos y actividades a realizar para los próximos años.

Las cinco grandes áreas de actuación del Plan de Salud Mental son las siguientes:

1. Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental.
2. Atención a los trastornos mentales.
3. Coordinación inter- e intrainstitucional.
4. Gestión del conocimiento, formación, docencia e investigación.
5. Sistemas de información en salud mental.

Incluye un programa específico para salud mental infanto-juvenil, con el objetivo de potenciar los recursos específicos para la atención de los trastornos mentales específicos infanto-juveniles.

Los objetivos de este programa son los siguientes:

- Desarrollar los recursos específicos para la atención integral de pacientes con trastornos mentales atendidos en el Programa Infanto-juvenil.
- Completar el personal específico con dedicación exclusiva a infanto-juvenil en las áreas más deficitarias.
- Coordinar la asistencia infanto-juvenil desde los servicios centrales (desarrollo de programas) mejorando la coordinación interna dentro de la red regional.
- Desarrollar la prevención de los trastornos mentales, mejorando la coordinación con MEC (equipos de orientación) y servicios sociales.

Las actuaciones dirigidas a desarrollar el Programa Infanto-juvenil incluyen:

1. Implantación de la guía de atención al trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
2. Elaboración de procesos específicos.
3. Mejora de la coordinación infanto-juvenil a nivel regional.
4. Mejora de la coordinación y comunicación con Atención Primaria.
5. Potenciación de la prevención.
6. Dotación de personal específico con dedicación exclusiva a infanto-juvenil en las áreas más deficitarias.
7. Creación de una Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infanto-juvenil.
8. Creación de una comisión Educación – Salud Mental Infanto-juvenil.
9. Creación de una comisión Justicia – Salud Mental Infanto-juvenil.

### Organización asistencial en la Región de Murcia

La salud mental está organizada en la Región de Murcia a través de cinco grandes Programas Asistenciales: el Programa de Adultos, el de Infanto-juvenil, el de Drogodependencias, el de Rehabilitación y el Hospitalario (con un menor peso relativo).

La asistencia sanitaria se organiza en nueve regiones o áreas sanitarias, cada una de ellas con sus propios recursos, tanto de Atención Primaria como Atención Especializada y salud mental. Adicionalmente, un Hospital Psiquiátrico que mantiene colaboración e influencia en el resto de áreas sanitarias.

El Programa Infanto-juvenil de la Región de Murcia cuenta tanto con recursos hospitalarios como extrahospitalarios. No obstante, a día de hoy no cuenta con una hospitalización específica. Si se requiere un ingreso hospitalario, los pacientes deben ser ingresados en el servicio de Pediatría de los Hospitales Generales, o bien son derivados a otras Comunidades Autónomas, como puede ser la Comunidad Valenciana, la Comunidad de Madrid o Cataluña. Actualmente, se encuentran en proceso de diseño varias unidades de Hospitalización, aunque ninguna de ellas está aún operativa.

Los pacientes englobados en el Programa Infanto-juvenil abarcan hasta los 16 años, edad a la cual son derivados al Programa de Adultos.

A nivel extrahospitalario, existen centros de salud mental por toda la Región de Murcia donde son tratados niños con patologías de salud mental. Actualmente, hay disponibles diez centros: en cinco de ellos existen profesionales especializados que tratan pacientes hasta los 16 años. En los otros cinco Centros los profesionales atienden a pacientes de los diferentes Programas Asistenciales: tanto Infanto-juvenil como Adultos, Drogodependencias, etc.

Adicionalmente, se cuenta con un Hospital de Día en la ciudad de Murcia, exclusivo del Programa Infanto-juvenil.

Finalmente, en la Región de Murcia se cuenta con un recurso que, no siendo específico del Programa Infanto-juvenil, tiene aplicación por el rango de edad de los pacientes que se tratan: una Unidad de TCA, que dispone de camas, plazas de hospital de día y consultas.

#### *Guardias*

En la Región de Murcia no se realizan guardias específicas, ya que no existen unidades de hospi-

talización específicas. Las guardias realizadas son las generales de Psiquiatría.

#### *Proceso de admisión, tratamiento y alta*

La vía de acceso que tiene mayor porcentaje en la admisión e incorporación de nuevos pacientes al Programa de Salud Mental Infanto-juvenil es el ámbito de Atención Primaria (más del 90% de los casos utilizan esta vía). El resto de vías de acceso, mucho más puntuales, son desde Unidades de hospitalización, otras especialidades médicas y provenientes de los ámbitos de Servicios Sociales y Justicia.

Una vez tratados los pacientes, son dados de alta. De esta forma, pueden seguir tres vías principales: realizar el seguimiento desde los propios centros de salud mental o desde el ámbito de Atención Primaria, o bien son enviados a casa. La vía se establece en función de la gravedad del caso y las necesidades de seguimiento continuado del paciente.

Si el paciente es ingresado (hospitalizado), cuando reciba el alta siempre será derivado en primera instancia al Centro de Salud Mental.

Si un paciente debe continuar su tratamiento pero por edad ya no puede ser tratado dentro del Programa Infanto-juvenil, es derivado al Programa de Adultos para continuar con su tratamiento.

#### *Protocolos y programas diferenciados*

En la Región de Murcia se dispone de una serie de programas específicos implantados en todos los centros que tratan niños y adolescentes: protocolos de coordinación de las actuaciones sanitarias y educativas para la detección e intervención en TDAH y TEA. Estos programas han sido desarrollados en colaboración con los colectivos de Educación, Atención Primaria y salud mental infanto-juvenil.

Adicionalmente, se ha publicado una Guía de actuación para TCA (implantada en la Unidad específica de TCA mencionada previamente).

A nivel del Programa Infanto-juvenil se está trabajando en una cartera de servicios genéricos y en las técnicas diagnósticas y terapéuticas, las cuales se están desarrollando actualmente.



### *Recursos disponibles en la Región de Murcia*

Como se comentaba previamente, el Programa de Salud Mental Infanto-juvenil de la Región de Murcia dispone tanto de dispositivos hospitalarios como extrahospitalarios, aunque actualmente no se cuenta con una Unidad de Hospitalización específica.

Por tanto, los recursos disponibles en este Programa se concretan en diez centros donde se realiza la atención de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. En cinco de ellos se cuenta con personal específico que únicamente trata a pacientes infantiles y juveniles. Por otra parte, los cinco centros

restantes también realizan atención a pacientes de otros de los Programas implantados (Adultos, Drogodependencias, etc.).

A nivel hospitalario, los dispositivos disponibles son un hospital de día específico del Programa Infanto-juvenil y la Unidad de TCA (que incluye camas, plazas de hospital de día y consultas), aunque ésta no es específica del Programa Infanto-juvenil. Consta de 6 camas y 10 plazas de hospital de día no específicas.

A continuación, se muestran los datos cuantitativos de los recursos disponibles en el Programa Infanto-juvenil de la Región de Murcia.

### *Principales datos y ratios de recursos materiales en la Región de Murcia*

Recurso	Valor	Ratio / 100.000 hab.*
Dispositivos ambulatorios específicos	5	1,80
Dispositivos ambulatorios compartidos	5	1,80
Plazas Hospital de Día	30	10,83

Datos 2012.

\* Nota: dato de población menor de 16 años obtenido del Instituto Nacional de Estadística, a fecha de 1 de enero de 2012.

Respecto a la distribución de los recursos humanos, los dispositivos del Programa Infanto-juvenil cuentan con los siguientes perfiles profesionales.

### *Principales datos y ratios de recursos humanos en la Región de Murcia*

Recurso	Valor*	Ratio / 100.000 hab.**
Psiquiatra	15,5	5,59
Psicólogo	14	5,05
Enfermera	8	2,89

Datos 2012.

\* Las jornadas a tiempo parcial se contabilizan como 0,5 jornadas.

\*\* Nota: dato de población menor de 16 años obtenido del Instituto Nacional de Estadística, a fecha de 1 de enero de 2012.

### Volumen de actividad en la Región de Murcia

Durante el año 2012, en la Región de Murcia se han atendido un total de 5.438 pacientes en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente (con edades comprendidas entre los 0 y los 16 años). Estos pacientes han generado un volumen global de actividad de 30.536 consultas.

Respecto a las patologías más frecuentes, se recogen en la siguiente tabla:

### Principales datos y ratios de actividad por patología en la Región de Murcia

Patología	Casos	Ratio / 100.000 hab.*
Tr. Generalizado del desarrollo	660	238,19
Tr. Hipercinéticos	1.054	380,39
Tr. Emocional/sociales/tics	1.185	427,66
Otros trastornos	553	199,58
Resto códigos CIE-10	1.986	716,74
<b>Total</b>	<b>5.438</b>	<b>1.962,55</b>

Datos 2012.

\* Nota: dato de población menor de 16 años obtenido del Instituto Nacional de Estadística, a fecha de 1 de enero de 2012.

Respecto a los ingresos hospitalarios, al no disponer actualmente con una Unidad de Hospitalización propia y específica en la Región de Murcia, se han tenido que derivar los pacientes a otras Comunidades Autónomas, con un total de 58 pacientes derivados durante el año 2012.

### Situación de la formación en la Región de Murcia

A modo ilustrativo, se recoge a continuación un cuadro resumen con el grado de desarrollo de la oferta formativa en la Región de Murcia para cada uno de los niveles formativos definidos.

### Estado de situación de la formación en la Región de Murcia

Comunidad Autónoma	Formación de grado	Formación de postgrado	FSE	Formación continuada
Región de Murcia	Bajo	Bajo	Medio	Medio

### Formación de grado y post-grado

Se ofrecen prácticas optativas en el ámbito de Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

De forma similar a nivel de postgrado, se ofrecen prácticas tanto en medicina (Prácticum) como en Psicología Clínica.

### *Formación sanitaria especializada*

A nivel de formación sanitaria especializada, se cuenta con una Unidad Docente multiprofesional, que gestiona la formación de los internos residentes: MIR, PIR y EIR. Esta Unidad fue la primera acreditada a nivel estatal.

Cada residente tiene la posibilidad de adscribirse a las unidades que desee, tanto hospitalarias como extrahospitalarias. De esta forma, se les ofrece la posibilidad de rotar y realizar estancias en el ámbito de niños y adolescentes. De hecho, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad obliga a los residentes realizar una estancia durante su formación por este ámbito.

### *Formación continuada*

Respecto a la formación continuada, existe una Unidad Docente, que elabora un programa general de salud mental. En este programa se realizan unos 10-12 cursos anuales. Para la configuración de la oferta formativa se establecen unos cursos de carácter estratégico para la Administración Pública y cursos solicitados por los propios profesionales. De esta forma, dependiendo del año, puede ofertarse un programa formativo que contenga cursos específicos de Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

Concretamente, en el periodo 2007-2013 se realizaron siete cursos específicos de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, los cuales se indican a continuación:

1. Riesgos psicopatológicos de la adopción.
2. Abordaje grupal en salud mental infanto-juvenil.
3. Adolescentes y conductas adictivas.
4. Aportaciones desde el apego a la intervención clínica en niños y adolescentes.
5. Tratamiento Grupal Multifamiliar en Salud Mental Infanto-Juvenil.
6. Psicoterapia grupal de la psicopatología de la adolescencia.
7. Actualización en TEA. Diagnóstico e Intervención.

### *Actividad científica en la Región de Murcia*

No existe una organización estructurada de la investigación en Psiquiatría del Niño y el Adolescente en la Región de Murcia. Las actividades realizadas son principalmente propuestas por iniciativas personales de los propios profesionales.

No se tiene constancia a nivel institucional de actividad en investigación clínica específica en Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

Existe una gran oportunidad de mejora de la investigación en Psiquiatría del Niño y del Adolescente que podría beneficiarse de la experiencia acumulada en los últimos años en el nivel de adultos con el "Estudio sobre Salud y Calidad de Vida en la Región de Murcia, el proyecto PEGASUS-Murcia". Este proyecto institucional es el resultado de una estrategia institucional liderada por la Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica del Servicio Murciano de Salud, implantada en los últimos años para fomentar y potenciar la investigación competitiva multidisciplinar en salud mental en colaboración con otras instituciones regionales.

### *Relación del sector profesional de la Región de Murcia con otros colectivos*

En el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, la principal relación con colectivos sociales es a través del trabajo conjunto con los colegios.

Existen dos vías abiertas de colaboración con este colectivo, las implantadas por los programas de atención al TDAH y del Trastorno de Espectro Autista. Los profesores de los colegios disponen de unos teléfonos de contacto para comunicarse directamente con los psiquiatras y los psicólogos, para poder tratar los temas que consideren necesarios, por lo que esta vía de comunicación es directa.

Este nivel de comunicación es similar entre el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente y los profesionales de Atención Primaria y el colectivo de Servicios Sociales, tanto a nivel municipal

como autonómico. Existen dos comisiones inter-institucionales Sanidad-Educación para el seguimiento y evaluación de los protocolos TDAH y TEA, así como un grupo de trabajo específico dentro de la comisión socio-sanitaria de salud mental.

Finalmente, también se trabaja en colaboración con los profesionales de Justicia. En general, los pacientes detectados desde el sector de Justicia tienen una entrada preferente al Programa Infanto-juvenil, de forma similar a los casos derivados desde Servicios Sociales.

Cada Centro de Salud Mental Infanto-juvenil se relaciona con sus respectivas asociaciones de pacientes, con las asociaciones específicas de TEA y TDAH, así como con centros que trabajan con menores en régimen de internado por medidas judiciales y presentan psicopatología. De forma global, se ha constituido una Federación de Familiares de la Región de Murcia que engloba a varias asociaciones, teniendo la posibilidad de coordinar las actividades de todas ellas.

El principal agente con mayor nivel de interacción con las asociaciones de pacientes y familiares es el Hospital de Día de la ciudad de Murcia, principalmente debido a su gran volumen de actividad, lo que le permite tener trato con un elevado número de pacientes y familiares.

El grado de colaboración entre el Programa de Infanto-juvenil y las asociaciones de pacientes se realiza a diferentes niveles: charlas, cursos formativos, encuentros con profesionales, etc. Fruto de estas colaboraciones ha sido, entre otras, la elaboración de manuales y guías de forma conjunta relacionadas con este campo de conocimiento.

A nivel de promoción y prevención de la salud, se ha realizado alguna iniciativa, realizadas principalmente a nivel de prevención primaria y secundaria. En este sentido, se ha trabajado con colectivos de jóvenes, con Universidades e Institutos (centrándose preferentemente en estos grupos en prevención de la drogadicción).

## Situación de la PNA en Navarra

### Estrategias implantadas en Navarra

La Comunidad Foral de Navarra otorga una gran importancia al ámbito de la salud mental de su población. Este hecho se evidencia en la elaboración de diversos planes, iniciados con el Primer Plan de Salud Mental de Navarra, de 1986, el desarrollo de la Unidad Infanto-juvenil en 1993, así como la "Guía de actuación en Atención Primaria y red de salud mental" editada en el año 2000.

Actualmente, está vigente el Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016. Está en activo el Comité de Mejora de la Coordinación en Salud Mental Infantil del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O), que establece cauces de relación entre niveles asistenciales y elabora planes de mejora en áreas clínicas que se consideran prioritarias. Está en fase de desarrollo el Decreto Foral que regula la coordinación interdepartamental en la atención a menores y crea la Comisión Directiva y la Comisión Asesora Técnica para su implantación y seguimiento. Fruto de esta Comisión es la publicación reciente del "Protocolo de colaboración entre Educación, Salud y Servicios Sociales en la atención a la Infancia y a la Adolescencia" divulgado en 2013.

El Plan Estratégico tiene como propósito alinear la misión de la red de salud mental de Navarra con el desarrollo e implementación en todo el Territorio de la Comunidad Foral de una red de servicios (integrada, integral y de calidad) para la promoción de la salud, la prevención de los trastornos mentales y la atención a las personas con trastorno mental.

Para el desarrollo de la estrategia, se han definido un total de 6 grandes líneas estratégicas, 16 objetivos generales, 77 objetivos específicos y 326 líneas de actuación.

A continuación, se recogen las principales actividades englobadas en el campo de la salud mental del niño y el adolescente:

- Promoción de la salud mental de la población general y de grupos específicos, en especial:
  - ♦ Apoyar, en los ámbitos de Atención Primaria y en la escuela, el desarrollo de habilidades, actitudes y valores educativos en madres y padres que refuercen un adecuado desarrollo personal en el niño.
  - ♦ Favorecer una aproximación holística en la escuela tendente a promover la salud mental y a aumentar las habilidades y competencias sociales, así como a detectar situaciones de riesgo de mala salud mental o de trastorno mental.
- En términos de prevención de los trastornos mentales, se recoge específicamente la necesidad de realizar intervenciones preventivas de grupos de riesgo en menores: hijos de padres con trastorno mental o con adicciones, hijos víctimas de abuso o de abandono y menores con medidas judiciales.
- En términos de mejora de la eficiencia y la continuidad asistencial, se establece como objetivo orientar la actividad a programas asistenciales de carácter transversal, mencionándose de manera expresa el desarrollo de un Programa Infanto-juvenil (entre otros).
- Mejora de la organización funcional de los servicios generalistas de la Red de salud mental de Navarra. Recogiéndose como actuación la especialización progresiva de la hospitalización en torno a procesos clínicos diferenciados: infanto-juvenil (entre otros).
- Mejora de la organización funcional de los servicios especializados de la Red de salud mental de Navarra. En cuanto a Servicios Infanto-juveniles se recogen las siguientes actuaciones:
  - ♦ Diferenciar el programa de hospitalización parcial del programa ambulatorio del Centro de Salud Mental Infanto-juvenil.
  - ♦ Organizar la actividad asistencial de forma flexible y semiespecializada en torno

a tres grandes programas asistenciales: TMG, TMC y trastornos generalizados del desarrollo.

- ♦ Mejorar la organización funcional integrada entre los dispositivos específicos de este grupo de edad: CSM IJ, HD IJ y UHP IJ.
- ♦ Integrar progresivamente la atención infanto-juvenil que actualmente se presta en los CSM generalistas en el programa ambulatorio del CSM IJ.
- ♦ Definir y promover un módulo terapéutico-educativo con participación conjunta e integración funcional sanitaria, educativa y social que cubra las necesidades terapéuticas y educativas de menores con TMG.
- ♦ Protocolizar y desarrollar la intervención del CSM IJ en aquellas poblaciones con mayor riesgo social y sanitario: menores en situación de desprotección social, menores con medidas de seguridad y otros.
- ♦ Establecer criterios de derivación desde Atención Primaria para las patologías más prevalentes o relevantes, así como prestar apoyo a los equipos de pediatría para tratar los trastornos menos graves en el marco de Atención Primaria.
- ♦ Protocolizar y desarrollar actuaciones con Educación dirigidas a la promoción de la salud mental, así como la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de los trastornos mentales en el ámbito escolar.
- ♦ Protocolizar la coordinación, en sus diferentes niveles, con Educación y Política Social en el programa de TMG de niños y adolescentes.
- ♦ Desarrollo progresivo del programa Infanto-juvenil en las áreas de Tudela y Estella de acuerdo a las necesidades de cada sector sanitario.
- ♦ Impulsar la construcción del CSM IJ planificado en la Chantrea.

### Organización asistencial en Navarra

En los últimos años se ha producido un cambio muy significativo en el ámbito de la salud mental del niño y el adolescente en Navarra. Planteado e iniciado en 2007, en 2012 se inició el proceso de transferencia e independencia de recursos para la constitución de la Red de Salud Mental del Niño y el Adolescente en Navarra (RSMNa), separándose de la atención de adultos. Esta red se estructura en el ámbito hospitalario y en el ámbito extrahospitalario.

Previamente, existía una Unidad Infanto-juvenil de carácter suprasectorial para los casos más graves que eran atendidos en régimen ambulatorio y de servicio de día y se contaba con centros sanitarios ambulatorios de salud mental distribuidos por toda la geografía de la Comunidad Foral de Navarra para dar cobertura a toda su población. Fruto del proceso de transformación previamente mencionado, se han separado todos los niños tratados en los centros de salud mental de adultos del área de Pamplona y se les ha reubicado en un Centro de Salud Mental Infanto-juvenil específico en Sarriguren, (CSMIJ). De dicho equipo y de su directora depende el Hospital de Día Infanto-juvenil.

La atención en las áreas de Tudela y Estella se mantiene en los centros de salud mental de las mismas, pudiendo derivar las personas con trastornos de mayor complejidad al Centro de Salud Mental Infanto-juvenil de Pamplona, así como al Hospital de Día y a la Unidad de Hospitalización Infanto-juvenil.

El equipo que trabaja en el CSMIJ es un equipo multidisciplinar, con diferentes perfiles profesionales que complementan su trabajo para ofrecer la mejor asistencia a los pacientes tratados.

Se cuenta con un Hospital de Día, que funciona de 8 de la mañana a 3 y media de la tarde. El Hospital de Día depende del Centro de Salud Mental Infanto-juvenil de Pamplona, aunque físicamente están separadas las instalaciones.

También se dispone, desde 2005, de una unidad de hospitalización infanto-juvenil. Las camas de esta Unidad se ubican en el Complejo Hospitalario de Navarra.

### *Proceso de admisión, tratamiento y alta*

Desde Pediatría, en el caso de pacientes hasta los 14 años, o desde el médico de familia en el caso de pacientes con 15 y 16 años, se deriva según el área sanitaria de referencia a los centros de salud mental de Estella o Tudela, o al Centro de Salud Mental Infanto-juvenil de Pamplona. Los casos más graves atendidos en los centros de salud mental de Estella y Tudela pueden ser derivados a Pamplona, pudiendo realizarse esta derivación de forma directa. Si un paciente tiene 17 o más años, es derivado directamente a los centros de salud mental de adultos.

Los pacientes no pueden ser derivados ni desde los centros educativos, ni los propios padres pueden acudir directamente; la derivación se realiza siempre desde el ámbito de Atención Primaria.

Actualmente, la demanda en el ámbito de la salud mental del niño y el adolescente se ha incrementado en Navarra, debido principalmente a la reorganización de los recursos específicos para niños y adolescentes y a las expectativas generadas. Se está trabajando de forma coordinada con los profesionales de Pediatría de Atención Primaria para identificar nuevas áreas de mejora que persigan la coordinación entre ambos colectivos. Entre ellas, mejorar los criterios de retención y derivación a salud mental infanto-juvenil para los trastornos más prevalentes o la elaboración de protocolos conjuntos.

La interconsulta desde Atención Primaria puede ser ordinaria o preferente y las agendas de trabajo de los profesionales están habilitadas para poder derivar por vía preferente los casos con mayor gravedad.

La derivación desde Atención Primaria es una derivación directa a salud mental infanto-juvenil. Habitualmente el paciente ya sale del Centro de Salud con la cita de primera consulta y profesional asignado. Esta vía de derivación engloba el 90% aproximadamente del total de derivaciones. Otros canales de acceso a la Red de salud mental del niño y el adolescente son por urgencias (volumen discreto), o por interconsultas de Atención Especializada (principalmente neuropsiquiatría, y

en menor medida dietética y nutrición, neurocirugía, etc.).

Una vez derivado el paciente al CSMIJ, se realiza la primera consulta, de 90 minutos de duración. Esta consulta es crítica, ya que en ella se realiza la valoración clínica y se diseña la propuesta de plan terapéutico, así como la asignación al equipo de tratamiento correspondiente, quien se encargará de realizar la intervención terapéutica del niño. Esta primera consulta la realiza un equipo de evaluadores, dedicados en exclusiva a estas funciones. Tras esta primera visita, si se valora necesaria la intervención en salud mental, el menor sale con una segunda cita. Posteriormente, se realiza una evaluación más exhaustiva del caso y se define más concretamente el plan terapéutico que va a seguir. Si no reúne criterios clínicos para tratamiento en el Centro de Salud Mental Infanto-juvenil, se le da el alta y se informa a Atención Primaria con un Informe Clínico de Consulta que el pediatra podrá consultar en la Historia Clínica Informatizada del menor y que se acompaña de recomendaciones para realizar su seguimiento.

En los casos agudos y con indicación de ingreso hospitalario, los menores ingresan en la unidad de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil. Una vez tratado el caso clínico, al estabilizar al paciente se le da el alta y se deriva al CSMIJ y si requiere mayor seguimiento y continuidad de cuidados se deriva al hospital de día infanto-juvenil.

Si el paciente requiere continuidad terapéutica y por criterio de edad ya no puede seguir siendo tratado en la Red de salud mental infanto-juvenil, se le da el alta para ser derivado al Centro de Salud Mental de adultos correspondiente según zonificación sanitaria, donde se le asigna un nuevo equipo terapéutico.

Durante el tratamiento del paciente, éste puede ser derivado o tener interconsultas con otras especialidades, tales como Pediatría, Endocrinología, Neuropsiquiatría, etc.

### *Guardias*

A nivel ambulatorio no se realizan guardias específicas. El mismo personal de guardia atiende las



demandas de adultos y de menores. No obstante, existe comunicación con los profesionales de salud mental infantil y juvenil: al día siguiente tras la atención de la urgencia, se contacta con el profesional de referencia del paciente, para poner en su conocimiento dicho caso.

Se constata un crecimiento exponencial los últimos años de las urgencias en Psiquiatría del Niño y el Adolescente, que son atendidos por psiquiatras de adultos, en muchos casos sin formación específica en psiquiatría infantil y juvenil.

#### *Protocolos y programas diferenciados*

- “Salud Mental Infanto-juvenil”: Guía de actuación en Atención Primaria y Red de Salud Mental, que actualmente se está revisando en el Comité de Mejora de la Coordinación en Salud Mental Infantil del SNS-O. El objetivo es lograr una mejor detección de patologías y coordinación. De esta forma, se está estrechando la colaboración con Atención Primaria, consolidándose una comunicación más fluida. Se trabaja correctamente entre ambos colectivos, coordinando y asesorando la actividad de Atención Primaria.
- Protocolo de derivación y traspaso de información TDAH en niños y adolescentes: favorece la organización de la demanda, así como se estructura la derivación al ámbito de salud mental. Este protocolo ha sido trabajado de forma conjunta entre el ámbito de salud mental y educación, y en menor medida, el colectivo de Atención Primaria.
- Protocolo de Colaboración entre Educación, Salud y Servicios Sociales en la Atención a la Infancia y a la Adolescencia. Protocolo trabajado en conjunto entre los tres ámbitos que tiene como objetivo el trabajo en red de los tres departamentos implicados para actuar coordinadamente cuando exista un niño o adolescente con alguna problemática que exceda los conocimientos y competencias de los profesionales que en ese momento le atienden.

- Comisión Asesora Técnica de Salud Mental Infanto-juvenil, para organizar los aspectos relativos a la salud mental del niño y el adolescente.
- Programa para la organización de la atención al maltrato y al abuso sexual. Programa que se ha trabajado en colaboración con los ámbitos de Servicios Sociales y Educación.
- Programa de Apoyo Psiquiátrico para menores con Medidas de Internamiento Judicial ubicado en Ilundain. Actualmente, el Centro de Menores de Cumplimiento de Ilundain está concertado con Fundación Ilundain. Desde la Red de salud mental infantil se aporta el perfil profesional de Psiquiatría en forma de un programa de apoyo psiquiátrico para menores con medidas de internamiento.

#### *Recursos disponibles en Navarra*

Tras la reestructuración producida en los últimos años, actualmente en la Comunidad Foral de Navarra se cuenta con un Centro de Salud Mental Infanto-juvenil específico para el área de Pamplona y dos centros ambulatorios para las áreas de Estella y Tudela, que acogen a todos los pacientes de 16 años o menos que son atendidos por problemas de salud mental.

Gracias a esta reorganización, también se ha constituido y puesto en marcha un Hospital de Día específico de niños y adolescentes, de 12 plazas, y una unidad de hospitalización, que cuenta con 4 camas.

A continuación, se recoge el ratio por 100.000 habitantes de estos dispositivos específicos (cuando procede, número de plazas o camas) de la atención psiquiátrica de niños y adolescentes.



### Principales datos y ratios de recursos materiales en Navarra

Recurso	Valor	Ratio / 100.000 hab.*
Centro de Salud Mental I-J	1	1,13
Dedicación CSM Tudela y Estella	0,22	–
Plazas de Hospital de Día	12	11,12
Camas de hospitalización	4	3,71

Datos 2012.

\* Nota: dato de población menor de 17 años obtenido del Instituto Nacional de Estadística, a fecha de 1 de enero de 2012.

Respecto a los recursos humanos disponibles en el Centro de Salud Mental Infanto-juvenil, el volumen de profesionales se indica a continuación.

### Principales datos y ratios de recursos humanos en Navarra

Recurso	Valor*	Ratio / 100.000 hab.**
Psiquiatra	6,75	6,26
Psicólogo clínico	8,25	7,67
Enfermera	2,75	2,55
Trabajador social	1	0,93
Otros	3,5	3,25

Datos 2012.

\* Las jornadas a tiempo parcial se contabilizan como 0,75 jornadas.

\*\* Nota: dato de población menor de 17 años obtenido del Instituto Nacional de Estadística, a fecha de 1 de enero de 2012.

Finalmente, el Hospital de Día Infanto-juvenil cuenta con los siguientes perfiles profesionales: un psiquiatra a tiempo parcial, un psicólogo clínico, una enfermera, un auxiliar de enfermería, un trabajador social, un terapeuta ocupacional, un educador sanitario, una profesora (en colaboración con el Departamento de Educación) y un administrativo a tiempo parcial.

### Volumen de actividad en Navarra

Tal y como se ha comentado previamente, la actividad de salud mental del niño y el adolescente

se ha reagrupado y reestructurado recientemente en la Comunidad Foral de Navarra. Por tanto, los datos disponibles de los dispositivos ambulatorios se ofrecen de forma separada ya que la actividad infanto-juvenil en 2012 fue desarrollada tanto en los centros de salud mental generales (CSM) como en el específico de niños y adolescentes (CSM-IJ).

A continuación se recogen los principales datos de actividad de los dispositivos ambulatorios, diferenciando la actividad de los CSM de la de los CSM-IJ.

### Principales datos de actividad en Navarra

Indicador	CSM-IJ	CSM	Total*
Pacientes	1.649	2.738	-
Primeras consultas	801	990	-
Revisiones	14.737	9.660	24.397
Total consultas	15.538	10.650	26.188

Datos 2012.

\* No se puede sumar en la casilla de total ya que una parte de los pacientes ha pasado a lo largo del año por los dos recursos, por lo que no todos son pacientes diferentes. Con las primeras consultas ocurre parecido ya que hay derivaciones de los CSM a CSMIJ.

Gracias a la medición de estos indicadores, y realizando su agrupación global para toda Navarra, se pueden ofrecer los datos de prevalencia, incidencia y frecuentación para toda la Comunidad, independientemente del dispositivo en el que fue atendido el paciente.

### Principales indicadores de actividad en Navarra

Prevalencia*	Incidencia**	Frecuentación***
40,65	16,60	242,68

Datos 2012.

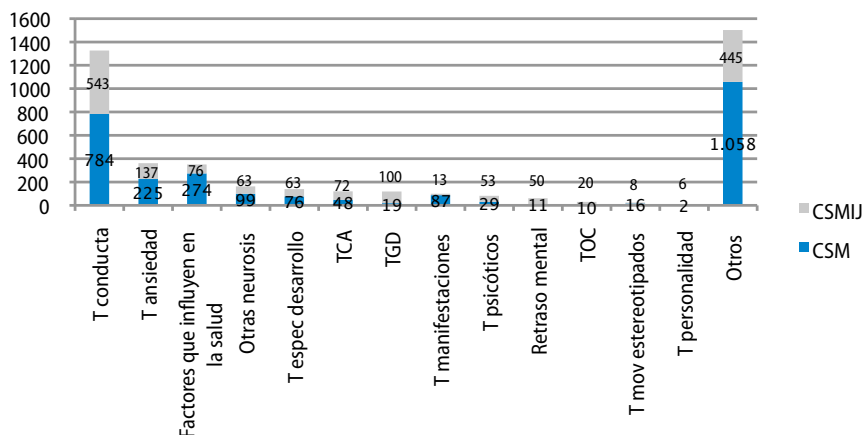
\* Número de casos o pacientes por 1.000 habitantes en población de referencia.

\*\* Número de primeras consultas por 1.000 habitantes en población de referencia.

\*\*\* Número de visitas efectuadas por 1.000 habitantes en población de referencia.

Respecto a las principales patologías diagnosticadas en estos dispositivos, se recoge el dato tanto para cada tipo de dispositivo como el global para toda la Comunidad Foral de Navarra durante el año 2012. Como se observa en la siguiente figura, el principal diagnóstico está relacionado con los trastornos de conducta, seguido de un segundo grupo conformado por los trastornos de ansiedad y otros factores que influyen en la salud.

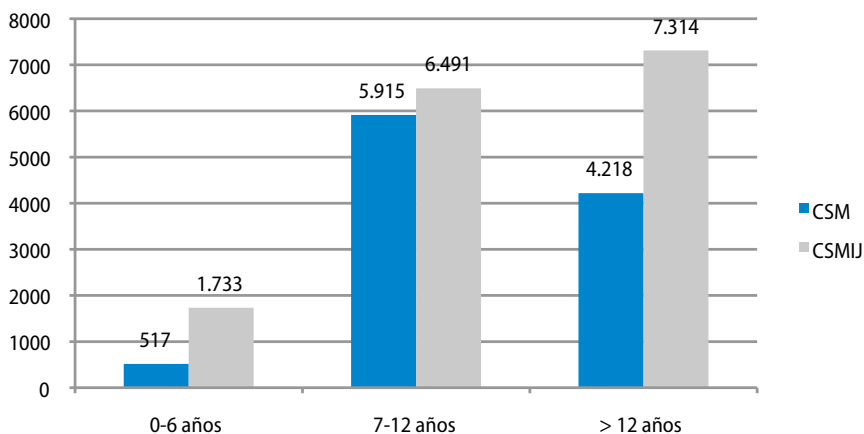
### Principales patologías diagnosticadas en Navarra



Datos 2012.

Finalmente, se recoge a continuación el desglose de consultas realizadas por grupos de edad, tanto del CSM como del CSMIJ de Navarra para el año 2012.

### Número de consultas realizadas por grupos de edad en Navarra



Datos 2012.

*Dispositivos hospitalarios de la Comunidad Foral de Navarra: Hospital de día y Unidad de Hospitalización*

Otro de los dispositivos específicos de la Comunidad Foral de Navarra en el ámbito de la salud mental del niño y el adolescente es un hospital de día. Por otra parte, en régimen de hospitalización

completa, la Comunidad Foral de Navarra cuenta con una Unidad de Hospitalización, con 4 camas.

A continuación, se recogen en la siguiente tabla los principales datos de actividad de los dispositivos hospitalarios de la Comunidad Foral de Navarra.

### Principales datos de actividad hospitalaria en Navarra

Indicador	Hospital de Día	Unidad de Hospitalización
Ingresos	36	97
Altas	34	100
Reingresos	10	N.D.
Estancias	2.885	947
Pacientes	38	N.D.
Estancia media	80	9,5
Índice de ocupación	79	64,9
Índice de rotación	3	24

Datos 2012.

### Situación de la formación en Navarra

A modo ilustrativo, se recoge a continuación un cuadro resumen con el grado de desarrollo de la oferta formativa en Navarra para cada uno de los niveles formativos definidos.

### Estado de situación de la formación en Navarra

Comunidad Autónoma	Formación de grado	Formación de postgrado	FSE	Formación continuada
Navarra	Medio	Bajo	Medio	Medio

#### Formación de grado

En el Servicio Navarro de Salud (SNS-O) no se dispone de formación de grado en Medicina porque las actividades docentes en el ámbito de la salud mental del niño y el adolescente son realizadas desde la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. No obstante, sí se han firmado acuerdos de colaboración con la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia de Salamanca, con la Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca, con la Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco y con la UNED para la impartición de prácticas para la formación del grado de Psicología. Además, se admiten peticiones individuales

de alumnos de Psicología de otras Universidades para la realización del practicum y algunos de ellos se realizan en los dispositivos de salud mental. En este sentido, los dispositivos de salud mental del niño y el adolescente de la RSMNa están habilitados para impartir la formación práctica de alumnos de medicina (principalmente, las unidades hospitalarias de salud mental), enfermería, trabajo social, etc.

#### Formación sanitaria especializada

Respecto a la formación sanitaria especializada, la RSMNa cuenta con una Unidad Docente Multiprofesional (UDM) que está acreditada para

la formación de especialistas en Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería de salud mental, por lo que se realizan rotaciones de psiquiatras, psicólogos clínicos y enfermeros de Psiquiatría. Además, en la actualidad se está trabajando en la UDM de la RSMNa en la planificación de itinerarios específicos de salud mental del niño y el adolescente y se prevé que en un futuro se pueda desarrollar una Unidad Docente Multiprofesional específica de salud mental del niño y el adolescente que fomente el desarrollo profesional en este campo de conocimiento. Los planes de formación de las especialidades sanitarias en salud mental del niño y el adolescente en Navarra contemplan rotaciones de tres meses para los MIR de Psiquiatría (R1: U. Hospitalización Juvenil; R2: hospital día y consultas Infanto-juvenil), de cinco meses para los PIR de Psicología Clínica y de cuatro meses para los EIR de Enfermería de salud mental (acaba de implantarse; rotan los R2 por el Hospital de Día y por el CSMIJ).

Las tres especialidades de salud mental referidas cuentan con un desarrollo completo del programa de su especialidad a lo largo de los años de Residencia (cuatro años para MIR y PIR y dos para EIR) en los que se revisan todos los temas de salud mental del niño y el adolescente impartidos desde una perspectiva multidisciplinar por los especialistas infanto-juveniles de la RSMNa. Además de profesionales de Psiquiatría, también realizan rotaciones externas psicólogos y psiquiatras en formación de otras Comunidades Autónomas.

#### *Formación continuada*

La Comisión de Formación Continuada de la RSMNa planifica anualmente la realización de cursos de formación específica en salud mental y también se planifican cursos específicos sobre salud mental del niño y el adolescente en colaboración con el Departamento de Salud del SNS. En los dos últimos años se han realizado cursos sobre intervención en trastornos mentales graves de adolescentes y en intervención en trastornos de la alimentación.

Además, se realizan sesiones clínicas multidisciplinarias de la RSMNa en las que periódicamente

también se abordan problemas de salud mental del niño y el adolescente.

#### *Actividad científica en Navarra*

En la Comunidad Foral de Navarra no se realizan actividades estructuradas en el ámbito de la I+D+i en salud mental del niño y el adolescente. De igual forma, el volumen de actividad en ensayos clínicos es bastante discreto, realizándose puntualmente.

A nivel de los residentes, existe una cultura e interés por realizar actividades de investigación en salud mental, pero actualmente está centrada principalmente en adultos.

Las principales actividades de investigación realizadas se desarrollan a nivel más estadístico, a través de estudios epidemiológicos, resultados en salud etc., relacionadas con la explotación de la información obtenida de la práctica clínica.

Respecto al CSMIJ de Navarra, no tiene una trayectoria muy consolidada en el ámbito científico, principalmente debido a la elevada presión asistencial de los profesionales. Se han realizado esfuerzos en este ámbito, contemplándolo como una de las prioridades del Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra, pero aunque se han puesto en marcha algunas iniciativas, no han conseguido consolidarse en los últimos años. El fomento a la investigación en el CSMIJ es especialmente interesante debido a la disposición de una casuística ingente, ya que se atiende en un único centro de consulta externa a toda la población de Pamplona y su comarca cercana.

#### *Relación del sector profesional de Navarra con otros colectivos*

Los profesionales de salud mental infanto-juvenil de Navarra mantienen coordinación con los distintos profesionales que intervienen en los casos que tratan: otros profesionales de salud mental, profesionales de atención primaria, de atención especializada de salud, de educación, de recursos sociales y de otros recursos sociosanitarios implicados.

La coordinación con los otros profesionales de Salud se realiza predominantemente a través de la información recogida en la Historia Clínica Informatizada, pero también se utiliza tanto el teléfono como el e-mail. En casos de mayor gravedad se realizan reuniones de casos. Se mantienen actividades formativas en colaboración con Atención Primaria. En breve, se iniciará la rotación de Residentes de Pediatras por el CSMIJ.

La relación que tienen los profesionales de salud mental infanto-juvenil con el colectivo escolar es principalmente a través del tratamiento de casos particulares. La principal colaboración se realiza a nivel de tratamiento de casos diagnosticados, de forma que se trabaja de forma conjunta con los colegios (orientadores escolares, tutores, etc.) en estos casos particulares.

De forma muy puntual, algún colegio contacta con profesionales sanitarios para dar alguna charla o curso.

Respecto a la atención de niños con necesidades especiales, los profesionales del CSMIJ de Pamplona mantienen contacto con los Orientadores Escolares, con el CREENA (Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra) y con el Departamento de Educación. Además colaboran en actividades formativas.

En lo relativo a los recursos sociales, se mantiene coordinación y contacto estrecho con los distintos agentes sociales intervinientes (servicios sociales de base, educadores, técnicos de los recursos sociales, técnicos de la sección de Menores del Instituto Navarro para la Familia e Igualdad, etc.) tanto vía e-mail y teléfono como en entrevistas presenciales y reuniones de casos. Se han realizado actividades formativas en colaboración con ellos.

Además, se mantiene relación directa con otros profesionales que estén interviniendo (por ejemplo, Atención Temprana, Fiscalía de Menores, Servicio de Orientación Familiar, etc.).

Se mantiene colaboración estrecha con varias asociaciones de familiares y se centra principalmente en el tratamiento y seguimiento de los casos concretos detectados y a través de la parti-

cipación e impartición de charlas formativas como informativas.

También se mantiene relación con Policía Foral, fundamentalmente a través de formación, para mejorar la intervención en crisis y actualizar el protocolo de intervención con Menores.

Una iniciativa promovida a nivel institucional en la Comunidad Foral de Navarra es la creación del Foro Salud. Se trata de un encuentro entre profesionales y usuarios o pacientes. Estos foros han tratado diferentes temas como hospitalización a domicilio, salud y personas cuidadoras, cáncer y salud y trastornos mentales en población infanto-juvenil. Se han realizado encuentros de profesionales y familiares para detectar e identificar las demandas de las familias con pacientes de salud mental infantil y juvenil. Estos encuentros reúnen a diferentes ponentes: generalmente, dos familiares y dos integrantes de asociaciones. De esta forma, se ponen en común las necesidades de todos los colectivos implicados para intentar dar solución a los problemas detectados.

## ANEXO IX. Principal bibliografía

---

A continuación se recoge la principal bibliografía utilizada durante la elaboración del libro blanco de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

- Plan Integral de Salud Mental 2008-2012 de Andalucía.
- Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia (PASMIA) de Andalucía.
- Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón.
- Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2011-2016.
- Plan de Salud Mental para Cantabria 2013-2017.
- Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en Castilla y León.
- Estrategia de Atención al Paciente Crónico de Castilla y León.
- Informe de Actividad Infanto Juvenil 2012 de Castilla y León.
- Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2005-2010.
- Plan Director de Salud Mental y Adicciones de Cataluña.
- Memoria del CatSalut 2012.
- Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 de la Comunidad de Madrid.
- Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana.
- XX Reunión de la Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad Valenciana.
- Estrategia en Salud Mental de la Comunidad Autónoma del País Vasco 2010.
- Modelo de Atención Temprana para la Comunidad Autónoma del País Vasco.
- VI Plan de Adicciones 2011-2015 del País Vasco.
- Atlas de Salud Mental de Gipuzkoa. Diciembre 2012.
- Atlas de Salud Mental de Bizkaia. 2013.
- Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2007-2012.
- Estrategia SERGAS 2014 de Galicia.
- Estrategia de Salud Mental de las Islas Baleares.
- Guía de recursos y situación de la red de salud mental de las Islas Baleares.
- Memoria 2012 del IBSMIA. Islas Baleares.
- Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-juvenil de la Comunidad de Canarias.
- Registro de Casos Psiquiátricos de Canarias (RECAP).
- Plan de Salud Mental 2010 de La Rioja.
- Sistema de Información de Salud Mental de La Rioja.
- Plan de Salud Mental 2010-2013 de la Región de Murcia.
- Memoria Salud Mental 2012 de la Región de Murcia.
- Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016.
- Memoria de Salud Mental de Navarra 2012.
- Proyecto de plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020. CONSEJO EJECUTIVO EB132/8, 11 de enero de 2013.
- libro verde "Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental".

- Informe sobre Centros de Protección de Menores con Trastornos de Conducta y en Situación de Dificultad Social.
- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013.
- Plan Estratégico de Infancia y Adolescencia 2013-2016.
- Program on Global Child Mental Health, The Presidential World Psychiatric Association (WPA), Conducted in Collaboration with The World Health Organization & The International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP).
- Atlas, Child and Adolescent Mental Health Resources. Global concerns: Complications for the future. World Psychiatric Association, World health Organization, International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2005.
- Instituto Nacional de Estadística (consultas 2014).
- Trainee experiences of Child and Adolescent Psychiatry (CAP) training in Europe: 2010-11 Survey of the European Federation of Psychiatric Trainees (EFPT) CAP working group.
- DIRECTIVA 2005/36/CE DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO, de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales.
- Proyecto de Real Decreto por el que se regula la troncalidad y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en ciencias de la salud, 11/12/12.
- Remschmidt & van Engeland (1999). Child and Adolescent Psychiatry in Europe. Darmstadt: Steinkopff; New York: Springer.
- Christopher R. Thomas, M.D., and Charles E. Holzer, III, Ph.D. The Continuing Shortage of Child and Adolescent Psychiatrists. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 45:9, september 2006.
- Informe "Análisis y recomendaciones sobre la asistencia sanitaria a jóvenes". 2012.
- Toronto Sick Kids 'Good2Go' model, Toronto, Canadá.
- British Columbia Children's hospital, ON TRAC, Vancouver, Canadá.
- Critically Evaluating School Mental Health (CESMH), de Canadá.
- Paul McCrone, Swaran P. Singh, Martin Knapp, Jo Smith, Michael Clark, David Shiers and Paul A. Tiffin. The economic impact of early intervention in psychosis services for children and adolescents. Early Intervention in Psychiatry 2013;doi:10.1111/eip.12024.
- Arango C. To treat or not to treat? and How to treat? Two questions whose answers are far removed from evidence informed practice in child psychiatry. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2013 Sep;22(9):521-2.
- Jon McClellan, M.D., Sandra Stock, M.D., and the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Schizophrenia. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry; 52; 9. 976-990.





Fundación  
**Alicia Koplowitz**



Cátedra de **Psiquiatría Infantil**  
Fundación Alicia Koplowitz - UCM