

A E N

Asociación Española de Neuropsiquiatría

Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes



CUADERNOS TÉCNICOS, 14
MADRID, 2009

Miembros del grupo redactor

- **Josefina Castro**, la Sociedad Española de Psiquiatría “SEP”
- **Irene Escandell Manchón**, Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES).
- **Consuelo Escudero Alvaro**, Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP).
- **Jose Galbe**, Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP).
- Alberto Lasa, Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEYPNA).
- **María Jesús Mardomingo**, Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNYA).
- **Encarnación Mollejo Aparicio**, Sección Infanto-Juvenil de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).
- **Patricio Ruiz Lázaro**, Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP).
- **Isabel Salvador**, Observatorio de Salud Mental de la “AEN”.
- **Aurora Sánchez González**, Asociación de Enfermería en Salud Mental (AESM).

Ministerio de Sanidad y Política Social

- **Alberto Infante Campos**, Director General de Ordenación Profesional, Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección.
- **Enrique Terol García**, Subdirector General de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad.
- **José Rodríguez Escobar**, Jefe de Servicio de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad.

Coordinación del grupo redactor

- **Alberto Fernández Liria**, Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- **Manuel Gómez Beneyto**, Coordinador Científico de la Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud.



Edición: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Asociación Española de Neuropsiquiatría.

C/ Magallanes, 1 Sótano 2 local 4. 28015 Madrid.

Tfno: 636.72.55.99 Fax: 91.847.31.82.

aen@aen.es , aeneuropsiquiatra@gmail.com , www.aen.es

Texto completo disponible en <http://www.aen.es/docs/CTecnicos14.pdf>

Prólogo

El presente documento fue elaborado a petición del Ministerio De Sanidad y Política Social, por un grupo de trabajo integrado por las asociaciones de profesionales y usuarios y asumido por la Comisión Delegada del Consejo Interterritorial de Salud el 25 de Marzo de 2009.

Pone de manifiesto el consenso existente en cuanto a la necesidad, señalada insistentemente en documentos como la Declaración de Helsinki o el Pacto Europeo para la Salud mental y el Bienestar, de cuidar específicamente de la salud mental de los niños y adolescentes, y articular estrategias para potenciarla y evitar o reparar o paliar los efectos de su pérdida.

Se concibe como un documento de apoyo al desarrollo de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Por ello después de analizar el contexto y delimitar el problema, propone unas áreas de actuación que se corresponden exactamente con las seis líneas estratégicas de dicha Estrategia: 1) promoción, 2) prevención y estigma, 3) atención, coordinación, 4) formación, 5) investigación y 6) sistemas de registro.

Esta misma terminología pone de manifiesto que se trata de un documento que pretende servir de base para la acción. Y que pretende hacerlo definiendo prioridades. Para ello se han detectado y definido los puntos críticos y se han acordado recomendaciones sobre cada una de esas seis áreas de actuación. Y por ello, el documento termina con la selección de las diez conclusiones y recomendaciones que pueden servir para orientar esta acción.

El documento parte de un consenso en el que han participado los profesionales, la población afectada y las administraciones. Tampoco esto es casual. Porque el esfuerzo que van a requerir las actuaciones a las que el informe pretende servir de base han de implicar también a la población, a los profesionales y a los distintos niveles de la administración.

Este informe marca un hito en la historia de la atención a la salud mental de nuestro país. Pero lo hace recogiendo una tradición y un esfuerzo de muchos años y muchas voluntades de las que el propio documento da cuenta. Y abre una perspectiva de futuro para la atención a un tema clave para el bienestar de la población.

Pablo Rivero Corte

Director General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud

ÍNDICE

1. Introducción	7
2. Justificación	9
3. Contexto general	11
3.1. Introducción	11
3.2. Una planificación independiente e integrada	12
3.3. Promover el desarrollo normal	12
3.4. Los trastornos mentales son problemas reales	13
3.5. Servicios específicos para niños y adolescentes	13
3.6. Trastornos mentales y edad	14
3.7. Factores de riesgo y protección	15
3.8. Evitar la discriminación	15
4. Magnitud del problema	17
4.1. Perspectiva histórica	17
4.2. Magnitud y relevancia del problema a la vista de la información epidemiológica disponible	19
5. Áreas prioritarias de actuación	23
5.1. Promoción, prevención y estigma	23
5.2. Atención	39
5.3. Coordinación	51
5.4. Formación específica y especialidades	53
5.5. Investigación	65
5.6. Sistemas de registro e información sobre la salud mental de niños y adolescentes	67
6. Conclusiones y recomendaciones finales	71
Anexo 1. Puntos críticos	73
Anexo 2. Disposiciones legales que afectan a la atención en salud mental de niños y adolescentes	77
A) Ámbito Internacional	77
B) Ámbito Estatal	77
C) Ámbito profesional	80
Bibliografía	81

1. Introducción

Fue la Ministra Elena Salgado la que, aprovechando un acto institucional al que la AEN estaba invitada, nos hizo llegar a la Asociación su preocupación sobre si, en lo que se refiere a la salud mental de los niños y adolescentes, era posible llegar más allá de lo que en la entonces recién estrenada Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud habíamos conseguido llegar a consensuar a este respecto entre los usuarios, técnicos, y las administraciones central y autonómicas.

En el trabajo preliminar con la Dirección General de Calidad que siguió a nuestra respuesta afirmativa, quedó claro que la condición para poder avanzar en este terreno era que lo que se avanzara contara también con el consenso de todas las partes. Y con ese objetivo la AEN se comprometió a coordinar la realización de este informe de tal modo que en él participaran todas las organizaciones profesionales y de usuarios entre cuyos objetivos ocupara un lugar importante la atención a la salud mental de los niños y adolescentes.

Si el trabajo del grupo se ha caracterizado por algo ha sido por la facilidad en llegar a acuerdos que, probablemente en otro momento hubieran sido impensables, y, por tanto, por haber hecho patente que el tema estaba maduro para emprender una nueva etapa. La facilidad con la que el documento pudo ser hecho propio por las comunidades autónomas a través del Consejo Interterritorial redundó en esta constatación.

Fue el Ministro Bernat Soria el que unos minutos de hacerlo público y unas horas antes de su cese en el cargo, se puso en contacto con la AEN para notificarnos que la nueva etapa podría abrirse con el reconocimiento de la Especialidad de Psiquiatría de Niños y Adolescentes.

Este documento ve la luz pública bajo el mandato de una tercera Ministra de Sanidad, Trinidad Jiménez, a la que corresponderá traducir en hechos una voluntad refrendada por un consenso que se basa en la percepción de una necesidad, la de mejorar la atención específica a la salud mental de los niños y los adolescentes, y en un acuerdo básico sobre los instrumentos necesarios para abordarla.

Como sucede con todo documento fruto de un consenso, seguramente, cualquiera de los firmantes hubiera querido que en uno u otro de los aspectos tratados hubiera dicho algo más o hubiera introducido algún matiz ausente. Pero también como sólo sucede cuando se logra un consenso tan amplio, la fuerza de lo que el informe dice es que lo dice sabiendo que cada uno de los firmantes lo sostiene.

Este informe nació con la vocación de servir de marca a un punto de inflexión en la atención a la salud mental de los niños y adolescentes y de servir de

base a posteriores trabajos. Y no lo hizo en el vacío. Por eso en su estructura se adapta a las líneas estratégicas de la Estrategia en salud Mental del Sistema Nacional de Salud, a la que pretende servir de complemento.

Alberto Fernández Liria
Coordinador del Grupo Redactor

2. Justificación

El presente proyecto pretende responder a la demanda del Ministerio de Sanidad y Política Social de disponer de un informe que permita conocer la situación de la salud mental de los niños y adolescentes y de la atención a la misma, localizar los problemas que se plantean en este momento y las posibles soluciones, y plantear posibles líneas de aplicación de la filosofía de la Estrategia de Salud Mental a este grupo de población.

Para ello, pretende explorar las posibilidades de profundizar y avanzar de un modo especial para este sector de la población en los planteamientos generales de la Estrategia, recopilando e interpretando críticamente la información existente sobre el contexto específico en nuestro país y en el entorno europeo y las recomendaciones técnicas realizadas desde diferentes instancias.

La Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) asumió la responsabilidad de coordinar los trabajos para los que solicitó la participación de la Asociación de Enfermería en Salud Mental (AESM), la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP), la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCCP), la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNYA), la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES), la Sociedad Española de Psiquiatría (SEPEAP) y la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP) y la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPYPNA) para constituir un grupo redactor capaz de tener acceso a las múltiples perspectivas desde la que puede contemplarse el problema incluidas las de los profesionales que intervienen sobre él y la de los familiares y usuarios a los que afecta.

El trabajo del grupo comenzó acordando una relación de puntos críticos que se trabajaron con una metodología de grupo Delphi, que sirvieron de base para la elaboración de los textos posteriores y que se incluyen en el anexo 1.

Este texto surge de un consenso entre los participantes en el grupo y pretende describir la situación actual, localizar los puntos críticos sobre los que habría que intervenir y generar algunas recomendaciones que permitirían mejorar la situación.

3. Contexto general

3.1. Introducción

Con los datos existentes no es fácil dibujar un cuadro preciso de la situación de la atención a la salud mental de los niños y los adolescentes en España. Y sin ese conocimiento es imposible tomar medidas para mejorarla. Existe un acuerdo muy general en que el tratamiento y la prevención de los trastornos mentales en niños y adolescentes y la promoción de su bienestar se logran de un modo más eficiente cuando se actúa en el marco de una estrategia específica. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) los países deben elaborar planes de acción en este campo que sirvan de referencia a los organismos e instituciones relacionadas con la infancia (WHO, 2005). Estos planes contribuyen a mejorar la salud y bienestar de los niños e introducen criterios de equidad, justicia, rigor y eficacia. Los beneficiarios son los niños, las familias, las comunidades donde viven y la sociedad en general.

Así como las enfermedades pediátricas fueron el gran desafío del siglo XX, los trastornos mentales de los niños y adolescentes son, sin duda, el gran desafío sanitario del siglo XXI. Un 10-20% de los niños y adolescentes sufre trastornos psiquiátricos (Tabla 1) y sólo una quinta parte son correctamente diagnosticados. Pero además hay que destacar que existen otros niños y jóvenes, en número nada despreciable, que tienen problemas que no cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno mental, pero que son fuente de sufrimiento. Estos niños también deben recibir ayuda y beneficiarse de una evaluación rigurosa y de medidas y recomendaciones apropiadas.

Tabla 1. Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes en algunos países (WHO 2005)

País	Estudio	Edad (años)	Prevalencia (%)
Brasil	Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004	7-14	12,7
Canadá (Ontario)	Offord et al., 1987	4-16	18,1
Etiopía	Tadesse et al., 1999	1-15	17,7
Alemania	Weyerer et al., 1988	12-15	20,7
India	Indian Council of Medical Research, 2001	1-16	12,8
Japón	Morita et al., 1993	12-15	15,0
España	Gómez-Beneyto et al., 1994	8, 11, 15	21,7
Suiza	Steinhausen et al., 1998	1-15	22,5
EE.UU.	United States Department of Health and Human Services, 1999	9-17	21,0

La atención a la salud mental debe inspirarse en una visión esperanzada del futuro de los niños y adolescentes. Ellos son nuestro futuro. Y debe basarse en los valores de justicia, equidad, solidaridad y respeto de nuestra Constitución. Buscará el rigor y la solvencia y se atenderá a los datos y conocimientos que se basan en estudios rigurosos. Frente a las opiniones personales optará por la evidencia demostrada. La atención debe atenerse a los principios de integridad, continuidad, coherencia y claridad que conforman la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud⁽¹⁾. El documento para los niños y adolescentes especificará los objetivos a lograr y los medios y estrategias necesarios para lograr esos objetivos.

3.2. *Una planificación independiente e integrada*

Un documento como el actual, específico para la salud mental de los niños y adolescentes, tiene la ventaja de dar, por primera vez, visibilidad a este grupo de población. Los niños y los jóvenes adquieren entidad propia y dejan de ser una mera prolongación de los adultos. Esta visión tiene la ventaja de posibilitar el avance hacia la creación de servicios de salud mental propios con financiación propia. Una especificidad que abarcará también la formación de profesionales y la investigación. No es un secreto para nadie que mientras los servicios de salud mental de los niños formen parte de los de adultos la mayoría de los fondos y recursos van para estos últimos. Así ha sido siempre y en todas partes⁽²⁾. Hoy no es posible ni siquiera desglosar recursos y fondos empleados para la atención a este grupo de edad. Poder identificarlos sería un primer paso para detectar las necesidades en ese campo y adoptar medidas.

3.3. *Promover el desarrollo normal*

Los trastornos mentales tienen enormes repercusiones en el desarrollo emocional e intelectual de los niños, en el aprendizaje escolar, la adaptación social y el descubrimiento de la vida. Minan la imagen personal y la autoestima de los jóvenes, la estabilidad y economía de las familias y son una carga para toda la sociedad. Promover la salud mental de los niños, prevenir, diagnosticar y tratar correctamente los trastornos mentales, es no sólo un acto de justicia social sino una medida de ahorro y buena gestión económica.

La promoción de la salud de los niños y los jóvenes requiere la estrecha colaboración de los servicios sanitarios, educativos, sociales y judiciales, así como de

los padres y la población en general. Es fundamental, por tanto, la información y sensibilización de la población en este campo⁽³⁾.

3.4. *Los trastornos mentales son problemas reales*

Durante mucho tiempo se ha negado que los niños sufrieran trastornos mentales o se ha minimizado su importancia. Se han considerado problemas menores que podían ser resueltos por personas sin preparación y experiencia. Sin embargo la realidad es bien distinta, más de la mitad de las enfermedades mentales de la población surgen en la infancia y ya nadie duda en el mundo científico, de que exista una continuidad entre los trastornos mentales infantiles y los de la vida adulta⁽⁴⁾.

Tampoco hay duda respecto a la gravedad y serias consecuencias que tienen estos trastornos cuando no se tratan. La ausencia de diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud mental de los niños y adolescentes condiciona seriamente su futuro, disminuye sus oportunidades educativas, vocacionales y profesionales, y supone un coste muy alto para las familias y una carga para la sociedad. Se da la circunstancia de que un porcentaje muy elevado de niños y jóvenes que sufren trastornos mentales y no son diagnosticados terminan en Centros de Menores y en el mundo de la delincuencia, es decir, lo que no hizo el sistema sanitario pasa a ser un problema del sistema judicial cuando ya es muy difícil el remedio⁽⁵⁾. No hay que olvidar que estos trastornos pueden prevenirse, otros tratarse y curarse y una gran mayoría de pacientes puede llevar una vida satisfactoria.

Las medidas destinadas a la detección de los trastornos mentales son inseparables de otras encaminadas a promover la salud y el bienestar de los niños que no sufren enfermedades, mediante programas dirigidos a los padres desde los colegios, los servicios de atención primaria, los hospitales, los medios de comunicación y otros

3.5. *Servicios específicos para niños y adolescentes*

Uno de los mayores logros de la Medicina de todos los tiempos tuvo lugar a principios del siglo XX con el surgimiento de la Pediatría como especialidad independiente. Las tasas de mortalidad y morbilidad infantil descendieron de modo espectacular, un logro que en los países desarrollados se mantiene hasta nuestros días. Precisamente una de las mayores debilidades del sistema sanitario español es

no disponer de un sistema oficial de formación de psiquiatras y psicólogos clínicos infantiles al no existir las especialidades de Psiquiatría y Psicología Clínica de niños y adolescentes. Difícilmente podrá llevarse a cabo un plan de salud mental si no se subsana esta situación. Los niños y adolescentes tienen derecho a ser atendidos por médicos, psicólogos clínicos y profesionales especializados en esta etapa de la vida.

3.6. *Trastornos mentales y edad*

La edad modula las características clínicas de los trastornos mentales y estos surgen en un momento u otro del ciclo vital dependiendo de la edad del individuo. En la Tabla 2 se expone la cronología de aparición de algunos trastornos psiquiátricos en la infancia y adolescencia. Los Retrasos del desarrollo, el Autismo y otros Trastornos generalizados del desarrollo (TGD) se manifiestan desde los primeros meses de vida. Los problemas de comportamiento desde los dos años, los síntomas de ansiedad desde los 4-5 años o incluso antes, el consumo de sustancias desde los 11-12 años, la esquizofrenia con características similares a la del adulto desde los 14-15 años y la depresión desde los 5-6 años. Todos estos trastornos pueden ser diagnosticados y tratados. La ausencia de tratamiento puede llevar a serios conflictos en la familia y en algunos casos puede llevar al maltrato del niño, cuya situación los padres no comprenden. Para todos ellos existen medidas terapéuticas que pueden mejorar y en muchos casos curar.

Tabla 2. Edad de comienzo de los trastornos psiquiátricos (WHO 2005)

Trastorno	Edad (años)																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Vínculo	x	x	x																
Tr. generalizado del desarrollo	x	x	x	x	x	x													
Tr. de conducta				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Estado de ánimo y tr. de ansiedad							x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Consumo de drogas												x	x	x	x	x	x	x	x
Psicosis del adulto																x	x	x	x

3.7. Factores de riesgo y protección

Otro aspecto fundamental en la prevención y tratamiento de los trastornos mentales de niños y adolescentes son los factores de riesgo y de protección de sufrir psicopatología⁽⁶⁾. Los factores de riesgo aumentan la probabilidad de que el niño sufra problemas o trastornos mentales, mientras que los factores de protección disminuyen esa probabilidad y mejoran la evolución. Unos y otros pueden ser de tipo genético, intrauterino, perinatal, familiar y social. Son algunos ejemplos la vulnerabilidad genética para sufrir depresiones, que la madre fume durante el embarazo, anoxia durante el parto, conflictos en la familia o pobreza. Las características del medio familiar son fundamentales para el desarrollo normal de los niños⁽⁷⁾ y un factor de riesgo elevado es que uno de los padres sufra un trastorno mental. El trastorno mental paterno o materno altera la interacción padre-hijo, disminuye la capacidad para la crianza y educación apropiadas y favorece la conflictividad entre los padres.

3.8. Evitar la discriminación

Uno de los objetivos esenciales del plan de salud mental debe ser evitar el estigma y discriminación de los niños y adolescentes. Los problemas psiquiátricos o mentales siguen siendo motivo de vergüenza para las familias y mucho más aun para los niños y los jóvenes que disponen de menores recursos intelectuales y emocionales para enfrentarse con la crítica y el desprecio. Las campañas de educación, el apoyo a las familias y la integración en el Sistema Nacional de Salud –como el resto de los pacientes y especialidades sanitarias– son medidas fundamentales para evitar la discriminación.

4. Magnitud del problema

4.1. *Perspectiva histórica*

Es a principios del Siglo XX cuando comienza en España la preocupación por la protección de los niños “deficientes psíquicos” que en la segunda mitad del XIX ya había cuajado en medidas concretas en Francia, Inglaterra y Alemania⁽⁸⁾. Un reflejo de esta nueva sensibilidad lo encontramos en la abundante legislación que se aprueba en España para proteger a los menores de edad. Las normas van especialmente dirigidas hacia los niños con trastornos del comportamiento (“niños delincuentes” que no cumplen la escolarización) y del aprendizaje (“niños anormales” con retraso mental que les impide avanzar en el aprendizaje). Inicialmente el cuidado de estos niños tiene lugar en el ámbito de la escuela, atendidos por maestros y pedagogos, y no en el ámbito de la medicina. Combatir la alta mortalidad infantil y las enfermedades infecciosas centra el trabajo de los puericultores. La italiana María Montessori (1870-1952) excelente médica y pedagoga es una figura representativa de los esfuerzos de la medicina y la pedagogía para atender a los niños en la primera mitad del Siglo XX. Con la drástica reducción de la mortalidad natal y perinatal la puericultura dará paso a la pediatría, y con el estado del bienestar irá cobrando importancia la atención médica especializada a los problemas de salud mental no sólo para los adultos, sino también para niños, adolescentes y ancianos.

Francisco Pereira, director de una escuela sanatorio para niños deficientes mentales y fundador en 1907 de la revista “*La Infancia Anormal*”, y Augusto Vidal Perera, catedrático de pedagogía de la Escuela Normal Superior de Maestros de Barcelona y autor del primer tratado de psiquiatría infantil (“*Compendio de Psiquiatría Infantil*”, 1907) son los pioneros de la salud mental de los niños y los jóvenes.

En el ámbito institucional también se van produciendo avances y reformas. En 1922 un real decreto establece la Escuela Central de Anormales.

La Psiquiatría del niño y del adolescente se configura como especialidad médica en el mundo a lo largo del siglo XX y de modo particular en la segunda mitad de ese siglo.

Después de la Guerra Civil se crea el *Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica* que pone en marcha cincuenta y cinco centros de diagnóstico y orientación terapéutica. Sin ser centros infantiles, daban asistencia psiquiátrica a niños y adolescentes y elaboraban los informes necesarios para concederles prestaciones económicas. En cuatro capitales de provincia (Teruel, Zamora, Ciudad Real y Madrid) se inaugura un hospital psiquiátrico dedicado a niños con deficiencias

psíquicas graves⁽⁹⁾. Inicialmente los hospitales generales empezaron a crear consultas externas de psiquiatría infantil adscritas a los servicios de psiquiatría general. Con la aparición de las especialidades pediátricas, en varias ciudades sanitarias de la Seguridad Social se crearon secciones de psiquiatría infantil en las que ésta se consideraba una especialidad pediátrica más, de modo que estas secciones se integraban en los hospitales infantiles en el organigrama hospitalario. Así se hizo a principios de los años 70 en el Hospital Gregorio Marañón y en el Hospital de la Paz de Madrid y en el Vall d'Hebron en Barcelona.

En 1985, el informe de la Comisión Ministerial para la reforma Psiquiátrica estimaba que las medidas de protección de la salud mental infanto-juvenil eran deficitarias e incipientes, con una dotación asistencial mínima y faltas de un marco global de planificación dentro de un sistema de salud mental para toda la población, niños, adolescentes, adultos y ancianos.

Con el desarrollo del Estado de las Autonomías las competencias de sanidad se han ido transfiriendo y cada comunidad autónoma ha buscado dar su respuesta específica para atender la salud mental infanto-juvenil y hoy es difícil aunar esfuerzos que permitan conseguir un marco estatal de planificación para dar una respuesta eficaz al problema de los trastornos psicopatológicos de niños y adolescentes de un modo uniforme.

En 1986 España entra en la Unión Europea ampliando el marco cultural, legal y administrativo para abordar la salud mental infanto-juvenil. Todas las comunidades autónomas cuentan hoy con servicios de salud mental donde trabajan psiquiatras y psicólogos clínicos sobre población infantil, junto con otros profesionales, pero estos psiquiatras y psicólogos no han recibido una formación oficialmente reglada ni tienen un título oficial ya que las especialidades de Psiquiatría y de Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia no están oficialmente reconocidas en España. A este respecto, España no sigue las recomendaciones de la UEMS (*Unión Europea de Médicos Especialistas*) para la formación de psiquiatras infantiles y la nuestra es una situación anómala y excepcional en el ámbito de esta Unión Europea donde en el 2007 se ha creado la Academia Europea de Psiquiatría del Niño y del Adolescente para dar una respuesta integrada en el cuerpo legal y administrativo europeo a los desafíos de la salud mental de niños y adolescentes en la Unión Europea del siglo XXI.

Puede concluirse que a lo largo del Siglo XX la atención a la salud mental de los niños y adolescentes se ha caracterizado por la dispersión de los recursos, la ausencia de especialistas, la concepción de los servicios infantiles como una prolongación de los de adultos, la ausencia de programas oficiales de formación de

psiquiatras y psicólogos clínicos para niños y adolescentes, la ausencia de coordinación, la escasa planificación y la falta de inversiones en investigación. La Salud Mental de los niños y adolescentes ha carecido de identidad propia y ha sido poco visible para los pacientes y para la sociedad, con la persistencia de mitos y prejuicios propios de épocas pretéritas.

4.2. *Magnitud y relevancia del problema a la vista de la información epidemiológica disponible*

Los datos epidemiológicos disponibles sugieren que hay una prevalencia del 20% de trastornos mentales de niños y adolescentes en todo el mundo. De este 20%, se reconoce que entre el 4% y 6% de los niños y adolescentes padecen un trastorno mental grave⁽¹⁰⁾.

Kessler y cols⁽¹¹⁾ publican que la mitad de todos los casos de trastornos mentales que duran toda la vida del sujeto empiezan sobre los 14 años de edad. Levav⁽¹²⁾, señala que el grado de cobertura y calidad de los servicios para los jóvenes es generalmente peor con relación a los de adultos y esta diferencia se agrava en países de bajos ingresos. Se estima que entre el 5 y el 20% de la población necesita de un servicio de salud mental infanto-juvenil.

En España, no se han realizado estudios de epidemiología descriptiva de los trastornos mentales de niños y adolescentes en población general, y de ámbito nacional, solo existen algunas encuestas comunitarias que aportan información relevante, pero limitada a una determinada área geográfica y de la cual no se pueden obtener generalizaciones. La realizada en Valencia indica que la prevalencia global de trastornos mentales en la infancia y adolescencia es de 21,7%⁽¹³⁾.

La prevalencia global de los trastornos mentales en niños y adolescentes en España, es similar a la observada en otros países, y se sitúa entre un 10%-20%, según los diferentes estudios. Las variaciones de los resultados se deben a las características de los sectores en los que se basó el estudio, el tipo de escala, y el método diagnóstico utilizado⁽¹⁴⁾.

El autismo clásico afecta a 5 de cada 10.000 personas, y estas cifras aumentan, si se incluye el resto de trastornos que forman el espectro autista, llegando a afectar a 1 de cada 700 o 1000 personas, siendo la proporción de 4 niños por 1 niña⁽¹⁵⁾.

La diferencia de criterios diagnósticos aplicados al trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), hace que la prevalencia de este trastorno sea mucho mayor en EEUU, que en Europa; mientras que en EEUU es del 3-5%, en

el Reino Unido es algo menor del 1%. La prevalencia en España varía según los diferentes estudios, es del 1-2% en un estudio de validación del cuestionario de Conners en Navarra (Farré y otros, 1989). En Valencia, es del 3,5% en niños de 8 años, del 2,1% en niños de 11 años, y el 1,9% en niños de 15 años⁽¹³⁾. Otros estudios realizados en Valencia en niños de 10 años, la prevalencia del TDAH varía del 3,6% (Andrés-Carrasco y otros 1999), al 8%⁽¹⁶⁾.

La prevalencia global de la depresión se sitúa en un 2% en el caso de niños prepúberes, y un 4% en el caso de adolescentes⁽¹⁷⁾. En España, se estima que la prevalencia de la depresión mayor, es del 1,8% según criterios del DSM III, en niños de 9 años⁽¹⁸⁾, del 2-3% en adolescentes de 13-14 años, y del 3-4% en jóvenes de 18 años, según criterios del CIE-10⁽¹⁹⁾.

Con relación al consumo de alcohol en España, entre los adolescentes de 12 y 16 años, el 44,5% no consideraba el alcohol como una droga, el 69,2% habían bebido en algún momento de su vida, el 37% bebían alcohol de forma regular y el 46% habían estado ebrios en alguna ocasión. Generalmente bebían los fines de semana, y el inicio del consumo estaba influido por los amigos, aumentando con la edad, el número de chicas que consumían alcohol era mayor que los chicos, pero estas ingerían menos cantidad y no de forma habitual⁽²⁰⁾.

La prevalencia del consumo de drogas ilegales en España, entre adolescentes es del 7%, siendo el cannabis la sustancia más consumida. Entre los años 1996 y 1999 se observó un aumento del consumo de cannabis de forma diaria, que pasó del 6,9% al 7,3%, sin existir diferencias entre sexos⁽²¹⁾. La toma de ansiolíticos sedantes fue del 6,8% y de anfetaminas del 3%, en general la prevalencia era similar a la obtenida en otros estudios realizados en países diferentes⁽²²⁾.

En España, la prevalencia del consumo de cocaína entre adolescentes de 16 años es del 6,1%. Una vez probada la cocaína, aproximadamente el 50% vuelve a repetir el consumo de esta sustancia, por lo general estos consumidores tienen un largo historial de consumo previo de otro tipo de drogas.

El incremento de la Anorexia Nerviosa en el mundo occidental, ha sido notable en las últimas décadas, alcanzando del 0,5 al 1% de la población femenina adolescente, pudiéndose presentar complicaciones médicas que pueden llevar a la muerte en un 6-7% de los casos⁽²³⁾. La prevalencia de la Bulimia Nerviosa en mujeres es del 1-3%, en los hombres es diez veces menor; la mortalidad es del 0,3%, y estudios de seguimiento a los 10 años, indican que la mitad de las pacientes están completamente recuperadas, y un 20% mantiene el diagnóstico de BN. Una vez superado el trastorno, suelen producirse un 30% de recaídas⁽²⁴⁾.

Los trastornos de conducta, incluyendo el trastorno negativista desafiante y el trastorno disocial, en poblaciones no clínicas se ha detectado una prevalencia entre el 16-22% de los niños en edad escolar, aunque pueden aparecer a los 3 años, lo normal es que se presenten después de los 8 años. Los niños con trastornos del comportamiento habitualmente presentan niveles altos de inatención, hiperactividad e impulsividad. La importancia de la influencia cultural y un ambiente familiar desfavorable, son factores de riesgo para el desarrollo del trastorno negativista desafiante⁽²⁵⁾.

5. Áreas prioritarias de actuación

5.1. Promoción, prevención y estigma

5.1.1. Consideraciones previas sobre el estigma y sus consecuencias

La carga de sufrimiento que lleva consigo toda enfermedad, se ve multiplicada en el caso de la enfermedad mental por lastres añadidos ajenos a la misma: rechazo, mala fama y evasión. Todo ello se sobrelleva, casi siempre en soledad, por la persona que la padece. Sin embargo, si, además, la enfermedad afecta a niños y adolescentes, los mencionados efectos tienen un componente aún más dramático. Esto es así porque lo cierto es que las personas con enfermedad mental todavía permanecen como grupo marginal.

Los trastornos mentales de la población infantil y juvenil son poco conocidos en nuestro entorno social e incluso en el profesional, lo cual dificulta la consecución de ayuda en el preciso momento en que se sospecha que algo no funciona. Además, nos encontramos con el problema de la doble marginación que sufre en España la atención de la salud mental de los niños y adolescentes (la que, por un lado, padecen en el ámbito de la Sanidad y, por otro, en el de la salud mental de adultos). Del mismo modo, el deficiente estado de dicha atención perjudica gravemente tanto a la prevención precoz en la infancia y adolescencia como a la del adulto, ya que una gran parte de los problemas de salud mental de éste se gestan y desarrollan durante estas etapas anteriores.

Cuando la enfermedad avanza y se cronifica trae consigo dos elementos denominados con términos similares, pero con distinto contenido: perjuicio y prejuicio. Al perjuicio de la salud, se añade el prejuicio sobre la persona que la sufre. El prejuicio se alimenta del desconocimiento y es en este terreno donde nace y se fortalece el estigma.

En el caso de los niños y adolescentes se podría eliminar el prejuicio existente que lleva a retardar la solución del problema para evitar al niño el “trauma” de llevarlo al psiquiatra o al psicólogo, esperando en vano que el paso del tiempo lo solucione. Por lo tanto, es de gran importancia el cuidado de la salud mental en la infancia y adolescencia tanto en aquellos que puedan desarrollar trastornos en algún momento, como a los que tempranamente ya los presenten de forma evidente.

El objeto de este cuidado incluye a la familia, como el grupo más importante en el desarrollo de la salud mental del niño y adolescente, así como al entorno social con el que el niño establece relaciones durante sus primeros años y a los profesionales que han de atenderle.

Es una realidad que el estigma no afecta exclusivamente a la persona enferma, sino que también se proyecta y recae sobre las familias, estas se

enfrentan a una situación tan desconocida como dolorosa para la que no están informados ni preparados. Muchos padres y otros familiares se sienten culpables, por lo que ellos también requieren prestaciones, información, formación y apoyos especializados. Como consecuencia del desconocimiento les asaltan ideas confusas sobre si deben buscar ayuda o no. Temen tanto al estigma asociado a los trastornos mentales que se retraen, ocultan, no aceptan la realidad, demoran la búsqueda de soluciones, impiden y retrasan el abordaje del problema, dificultando y retardando la posibilidad de mejoría. El desconocimiento fortalece el estigma, por lo que es esencial una estrecha comunicación, información, formación de los profesionales, de las familias y sociedad en general.

5.1.2. Situación actual: en Europa y en España

Antecedentes: Promoción, prevención y estigma en documentos previos.

La OMS en su documento: “Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans” (2005), que forma parte de sus “Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental” y que está dedicado específicamente a la salud mental de niños y adolescentes, resalta aspectos importantes⁽²⁾.

Comienza por una declaración: “Los niños son nuestro futuro. Los gobiernos pueden promover la salud mental infantil mediante políticas y planes bien concebidos en favor del niño, la familia, la comunidad y la sociedad” continúa manifestando la “necesidad de promover el desarrollo de todos los niños y adolescentes, tanto si tienen problemas de salud mental, como si no”... “es importante proporcionar prestaciones eficaces y ayuda al 20% de los niños y adolescentes que se cree que padecen problemas o trastornos mentales patentes. La carga asociada a los trastornos mentales en niños y adolescentes es considerable, y empeora debido a los estigmas y la discriminación”... “Hay tres razones de peso para desarrollar prestaciones eficaces para niños y adolescentes: (I) puesto que los trastornos mentales específicos se producen en ciertas etapas del desarrollo del niño y del adolescente, los programas de investigación y las prestaciones para tales trastornos se pueden enfocar a la etapa en la que es más probable que aparezcan; (II) puesto que hay un alto grado de continuidad entre los trastornos infantiles y adolescentes y los de edad adulta, la intervención precoz podría prevenir o reducir la probabilidad de discapacidad a largo plazo; y (III) las prestaciones eficaces reducen la carga de los trastornos mentales en el individuo y la familia, y reducen costes a los sistemas sanitarios y a las comunidades”... “Los factores de riesgo aumentan la probabilidad de problemas de salud mental, mientras que

los factores protectores moderan los efectos de exposición al riesgo. Las políticas, planes y prestaciones específicas deben diseñarse de manera que reduzcan los factores de riesgo y aumenten los factores protectores”...”Ahora se sabe que los trastornos mentales en edad joven pueden conllevar a una discapacidad continua en edad adulta”.

Cita claramente los riesgos de estigmatización: “Es probable que las dificultades de los niños y adolescentes que padecen trastornos mentales persistan, incluso que sus posibilidades sociales, educativas y vocacionales disminuyan a menos que reciban el tratamiento apropiado. Esto da lugar a costes directos para la familia y a pérdida de productividad para la sociedad. Ahora también se sabe que los individuos con trastornos mentales sin tratar representan un segmento de la población desproporcionado en los sistemas judiciales de delincuencia juvenil y adulta”... “Estas secuelas son particularmente trágicas porque algunas enfermedades mentales pueden evitarse, muchas son tratables, y los niños que padecen trastornos psiquiátricos podrían vivir de manera normal o casi normal si se les diese el tratamiento apropiado”.

Y la introducción al documento termina con claras conclusiones:

- “La evidencia de antecedentes tempranos de trastornos mentales adultos en la infancia es ahora concluyente”⁽⁴⁾
- “Una intervención precoz con niños y adolescentes, así como con sus padres/familiares, puede reducir o eliminar las manifestaciones de algunos trastornos mentales y fomentar la integración de niños y adolescentes que requerirían de otra manera especializados servicios intensivos”.
- “Las estrategias que no reconozcan las diferentes influencias de los factores de riesgo y protectores según la fase de desarrollo del niño o del adolescente tendrán un impacto menor o no serán efectivas”...”Los niños y los adolescentes con problemas y trastornos de salud mental son particularmente vulnerables al estigma y a la discriminación”
- “Las familias y las sociedades sufren costes significativos por los niños y adolescentes con trastornos mentales”
- “Están aumentando las evidencias de que las prestaciones de prevención y tratamiento son rentables”⁽²⁶⁻²⁷⁾.

Entre las prioridades definidas en el **Plan de Acción Europea para la Salud Mental** (Helsinki, 2005) muchas están específicamente destinadas a la salud mental de niños y adolescentes, y en particular a aspectos relativos a la promoción, prevención y estigma⁽²⁸⁾.

En la 1ª: “**Concienciar de la importancia** de la salud mental” propone difundir el conocimiento de la incidencia y prevalencia de los trastornos mentales en la infancia y adolescencia y de las situaciones psicosociales determinantes de riesgos o patologías psíquicas.

En la 2ª: “**Rechazar estigmas, discriminación y desigualdad** estudiar y dar a conocer la situación y necesidades asistenciales de los niños y adolescentes con trastornos mentales graves.

La 3ª: propone “**Establecer sistemas integrales, integrados y eficientes de promoción, prevención, asistencia, tratamiento, rehabilitación y recuperación**” lo que conlleva la necesidad de una indispensable articulación entre niveles sanitarios (neonatología y pediatría hospitalaria, atención primaria, sistema salud mental especializada) e intersectoriales (educación y servicios sociales entre otros) en planes coordinados conjuntamente.

La 5ª: **Reconocer experiencia de usuarios y cuidadores** señala la importancia y particularidades de las tareas asumidas por las asociaciones de familiares de afectados y de las mutuas necesidades de relación, asesoramiento y apoyo entre ellas y los dispositivos de salud mental para combatir conjuntamente la estigmatización de los niños y adolescentes que sufren problemas psíquicos.

También entre las 12 áreas de acción prioritaria que propone, la promoción, prevención y lucha contra el estigma ocupan un lugar preferente.

En la 1ª: “Promoción de la salud mental para todos” propone asentar las bases de la salud mental en la infancia y la adolescencia, afirma que la salud mental está muy determinada por los primeros años de vida y que su promoción en la infancia y la adolescencia es una inversión de futuro. Considera que los hijos pueden desarrollarse mejor si existen medios para que los padres aprendan a ser padres y que un enfoque holístico de la escuela puede incrementar las competencias sociales, mejorar la resiliencia y reducir el acoso psicológico, la ansiedad y la depresión. Mencionan explícitamente en la 2ª: “Demostrar el papel central de la salud mental” la importancia del conocimiento específico de los trastornos mentales de niños y adolescentes, que también están presentes en la 3ª: “Erradicar el estigma y la discriminación” y en la 4ª: “Promoción de actividades en etapas críticas de la vida”. La 5ª: “Prevención de problemas de salud mental y suicidio”, señala específicamente la depresión, el suicidio, y el consumo de tóxicos como problemas a prevenir desde la infancia y la adolescencia. La 6ª: “Asegurar acceso a la atención primaria para problemas de salud mental”, incide en la necesidad de promocionar la coordinación entre pediatría y salud mental, en tareas de diagnóstico e intervención precoces en los trastornos

psíquicos de inicio temprano y en los asociados a problemáticas somáticas severas y crónicas. La 7ª: “Ofrecer a la población con problemas graves de salud mental un cuidado efectivo en los servicios de la propia comunidad” está íntimamente ligada con la prevención secundaria y terciaria, fundamentales para evitar la cronicación y estigmatización de estos trastornos ya presentes en la infancia y adolescencia.

En cuanto al **Libro verde** de la Salud Mental (Bruselas, 2005), en sus propuestas de estrategias para mejorar la salud mental, también destaca la necesidad de acciones de Promoción de la Salud Mental para todos: “La promoción de la Salud Mental aumenta la calidad de vida y el bienestar mental de toda la población, incluyendo las personas con problemas de Salud Mental y sus cuidadores. El desarrollo y el establecimiento de planes efectivos de promoción de la Salud Mental aumentarán el bienestar mental para todos”⁽²⁹⁾.

Y entre las Acciones que propone, directamente relacionadas con niños y adolescentes, están:

- Desarrollar estrategias globales de promoción de la Salud Mental dentro del contexto de la Salud Mental, de la Salud Pública y de otras políticas públicas que establezcan la promoción de la Salud Mental durante todas las etapas de la vida.
- Considerar la promoción de la Salud Mental como una inversión a largo plazo y desarrollar programas de información y educación a largo plazo.
- Desarrollar y ofrecer programas efectivos de apoyo y educación a la paternidad y maternidad que tengan su inicio en el embarazo.
- Desarrollar y ofrecer programas basados en la evidencia que fomenten habilidades, proporcionen información y se centren en la inteligencia emocional y funcionamiento psicosocial en niños y jóvenes.

Son las líneas establecidas en esta Declaración de Helsinki y en el proyecto de Libro Verde de la Salud, así como en la Declaración de Lisboa sobre la estrategia de Desarrollo Sostenible, las que han inspirado en nuestro país, en 2007, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (ESM/SNS), que en su “Desarrollo de las líneas estratégicas” destaca como objetivo prioritario la Promoción de la salud mental de la población, la Prevención de la enfermedad mental y la Erradicación del Estigma asociado a las personas con trastorno mental⁽¹⁾.

Se señala en su texto que “Las pruebas que demuestran la eficacia, efectividad y eficiencia de las intervenciones de promoción y prevención son abundantes y cada vez más frecuentes” y que “Pese a todo, la promoción de la salud

mental no ha sido asumida, en general, por los servicios de salud mental como una tarea sistemática”...”Debido, entre otras consideraciones, a que la promoción de la salud mental no es una competencia exclusiva de los servicios de salud, sino que es una tarea intersectorial y multidisciplinar que necesita la implicación de, al menos, los departamentos de educación, justicia, urbanismo, servicios sociales, trabajo y vivienda”. El texto explicita también que: “para alcanzar mejores niveles de salud mental positiva no basta con tratar las enfermedades mentales, sino que son necesarias políticas, estrategias e intervenciones dirigidas, de forma específica, a mejorarla. Para ello es necesario cambiar el énfasis desde la perspectiva tradicional, centrada en los trastornos mentales, hacia una nueva perspectiva que tome en consideración la promoción de la salud mental”.

Particularmente importante para la salud mental de niños y adolescentes es la precisión de que “El conjunto de acciones de promoción y prevención deben desarrollarse sobre necesidades identificadas, lo cual requiere identificar poblaciones diana en entornos y hábitats concretos”. El documento recoge también iniciativas europeas: “...Existe, en los últimos años, un abundante contexto normativo de la Unión Europea que ha permitido poner en marcha diversas iniciativas para aunar los esfuerzos de todos los países en una misma dirección. De entre todas ellas destaca la propuesta «Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A Policy for Europe» en la que se define una prioridad clara: el que cada Estado miembro europeo disponga de un Plan de Acción para la promoción de la salud mental y la prevención de trastornos mentales, con diez áreas de intervención”⁽³⁰⁾.

Entre estas son muchas las que tienen clara relación con la salud mental de niños y adolescentes:

- Apoyar a los padres y a las madres durante la crianza y en las edades iniciales de la vida.
- Promover la salud mental en las escuelas.
- Atender a grupos de riesgo para trastornos mentales.
- Prevenir la depresión y el suicidio.
- Prevenir la violencia y el uso de sustancias tóxicas
- Implicar a la atención primaria y a la especializada en acciones de promoción y prevención.
- Reducir al máximo las situaciones de desventaja social y económica, y prevenir el estigma.
- Las intervenciones de promoción de la salud mental se dirigirán a grupos

específicos de población y formarán parte de las estrategias de acción de la atención primaria, especializada y salud pública.

- Estas actuaciones integrarán un plan específico o estarán integradas en los planes de promoción de la salud y en los de salud mental de las Comunidades Autónomas.

El documento también se detiene a describir la Situación actual en España:

“No es fácil obtener información sobre las actividades de promoción y prevención en España. Una búsqueda de ensayos clínicos, metaanálisis y guías de práctica revela una escasísima producción científica, casi nula, en los últimos cinco años. Este resultado contrasta con la cantidad de programas que fueron presentados, como referencia, en los estudios europeos sobre selección de «buenas prácticas en promoción y prevención» en la última década”...“Del análisis cualitativo de once planes autonómicos de salud mental, actualmente vigentes, se derivan las siguientes conclusiones: 1) en todos los planes menos en uno se subraya la importancia de la promoción y prevención; 2) en nueve planes no se distingue entre promoción de la salud mental y prevención de los trastornos, usándose ambos términos siempre juntos o como si fueran equivalentes; 3) por lo general, se plantean acciones sobre grupos de riesgo generalmente inespecíficas o de carácter educativo, y 4) únicamente en dos planes se especifican líneas estratégicas con acciones concretas para promocionar la salud mental”.

5.1.3. Conclusiones extraíbles de estos documentos

La psiquiatría y la psicología clínica de niños y adolescentes han acumulado amplios conocimientos en el campo de la psicología y psicopatología del desarrollo que confirman con evidencia:

- La emergencia de ciertos trastornos en edades evolutivas tempranas su repercusión en la vulnerabilidad psíquica del niño y su continuidad en procesos que implican sufrimiento psíquico o enfermedad mental de por vida.
- Los costes personales, familiares, sociales y económicos que ello implica.
- La posibilidad real y de la utilidad de detectar y diagnosticar precozmente ciertos trastornos muy importantes (autismo y otros TGD en la primera infancia; depresiones graves, conductas agresivas e inadapta-ciones escolares severas en edades posteriores) e incluso evitarlos (sui-

cidios, trayectorias toxicománicas, o conductas delictivas en la adolescencia).

- La interdependencia entre alteraciones en el desarrollo psicoafectivo ligadas a déficits neurobiológicos y alteraciones orgánicas crónicas (sufrimiento neonatal, déficits sensoriales, alteraciones genéticas y metabólicas) que generan, en interacción inseparable, dificultades en las interacciones padres-hijo que, a su vez, impactan en la organización somática y psíquica del niño.
- La eficacia de intervenciones preventivas y terapéuticas de inicio temprano.

Resultaría incoherente e imperdonable y revelador de un alto grado de insensibilidad social, con nuestros niveles socio-económicos, no conseguir que estos conocimientos lleguen a consolidarse y a planificarse sistematizadamente en campañas estructuradas de *promoción* e información y en el desarrollo de recursos salud mental acordes con ellos y coordinados con otros estamentos sanitarios, y sociales.

La aplicación de medidas, conocidas, de *prevención* (como la atención a las madres de alto riesgo o de patología psíquica evidente y a sus bebés durante el período de maternidad-crianza, o el seguimiento intensivo de bebés con problemas neonatológicos y de alto riesgo) y el desarrollo de recursos de salud mental, coordinados con otras disciplinas relacionadas con la primera infancia y destinados a la detección e intervención precoz en casos de patologías graves detectables tempranamente con los conocimientos actuales (autismo y psicosis infantiles-TGD, otros trastornos precoces de la vinculación afectiva) es sin duda una de las mejoras, realistas y viables con nuestra situación socio-económica, cuya realización es urgente. El no hacerlo es un factor de *estigmatización* y sufrimiento, del niño y de su familia, importante y evitable. Hacerlo puede evitar la repetición de procesos mentales, limitantes y discapacitantes, y mejorar su evolución y pronóstico. Contribuiría también a evitar importantes costes, humanos y económicos, personales y colectivos.

Las políticas específicamente centradas en la salud mental deben planificarse de manera coordinada y complementaria de otras medidas sociales, educativas y sanitarias generales destinadas a cuidar y mejorar las condiciones de embarazo, maternidad y crianza, favorecer los factores de protección y evitar y paliar los factores de riesgo, hoy ampliamente conocidos, es posible y viable económicamente.

Se ha insistido suficientemente y es una certeza conocida que la desestructuración familiar y las malas condiciones, materiales y afectivas, durante la crianza,

contribuyen a la vulnerabilidad psíquica del niño y la mayor incidencia de trastornos psíquicos. Hoy también sabemos, pero se dice menos, que la crianza y convivencia familiar con niños afectados por psicopatologías graves induce, en su familia, altas dosis de sufrimiento y alteraciones relacionales, contribuyendo frecuentemente a su descompensación psíquica. La sobrecarga familiar que siempre se añade puede y suele resultar a su vez un factor patógeno (estigma) que contribuye a incrementar las dificultades propias del proceso mental del niño/adolescente y a agravar los sentimientos de incapacidad y desvalorización y el estado de ánimo de toda la familia. La desesperanza progresiva en obtener una ayuda terapéutica eficaz y en encontrar una comprensión de la naturaleza del problema, tanto en medios profesionales como en su entorno social, conduce inevitablemente a un sentimiento progresivo de estigmatización. Solo podrá contrarrestarlo la estructuración de una atención de calidad, empática, tan prolongada, continua, e intensiva como la naturaleza de estos problemas necesita⁽³¹⁾.

Hoy sabemos que este tipo de intervenciones incide, mejorándolas, en la evolución de las patologías graves. Por ello es injusto y estigmatizador atribuir solamente a una supuesta “incurabilidad” de estos procesos, que con frecuencia conllevan una evolución crónica discapacitante, los malos resultados que dependen también de una insuficiente atención asistencial.

Una adecuada y pronta atención a los trastornos de salud mental tanto del colectivo de adultos como de niños y adolescentes contribuiría, nos sólo a reducir su incidencia y el sufrimiento asociado a ella, sino también a cambiar la imagen negativa que se tiene de estos trastornos y las personas que los padecen en nuestra sociedad.

Las medidas a adoptar en el campo de la prevención requieren de la participación de los sistemas de salud pública y los distintos niveles asistenciales en colaboración con otros departamentos

Es preciso instrumentar políticas de lucha contra el estigma en el seno del sistema de atención, e integrar en las mismas a las asociaciones de familiares y afectados más allá de la función meramente consultiva.

5.1.4. Puntos críticos

Puntos críticos establecidos en la Estrategia en Salud Mental del SNS:

- “Las actuaciones de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales responden a iniciativas aisladas, desconectadas entre sí y de escasa difusión. No existe un organismo coordinador, ni un

presupuesto específico y estable ni, en definitiva, un compromiso firme para apoyar estas actuaciones”.

- “Es posible que muchos de los programas en activo sean eficaces, pero rara vez se evalúan adecuadamente y, si son evaluados, los resultados no se publican en medios fácilmente accesibles”.
- “Las Direcciones Generales de Salud Pública u otros organismos competentes no incluyen habitualmente de forma específica a la salud mental”.
- “La promoción de la salud mental está poco tenida en cuenta en el programa nacional de formación de los Médicos Internos Residentes (MIR)” y en psiquiatría”.
- “En general, en los planes de salud mental autonómicos la prevención y promoción de la salud mental tiene una presencia meramente formal. En solamente dos planes se describen acciones concretas y evaluables”.
- “Ninguno de los programas conocidos, en activo o en proyecto, se refiere a intervenciones poblacionales, excepto las de carácter meramente informativo”.

Otros puntos críticos:

Promoción e información:

- Existe una visible paradoja entre la actitud indiscutible y el total consenso social con que se proclaman los derechos fundamentales del niño y la atención prioritaria que debe merecer y el lugar real (informativo, asistencial, presupuestario) que la sociedad concede a la salud mental de niños y adolescentes.
- Existe un desconocimiento de la repercusión a largo plazo de las situaciones psicosociales y psicopatológicas que afectan a la infancia y adolescencia e incluso incomprensión y rechazo hacia el reconocimiento y aceptación de la existencia de trastornos mentales severos en la infancia.
- Existe un desconocimiento o banalización de la interrelación entre psicopatología y conductas de riesgo en la adolescencia (Consumo de alcohol y tóxicos; accidentes repetitivos, conductas de riesgo y tendencia depresivas-suicidas; psicopatología de la personalidad y conductas violentas entre otros).
- Con frecuencia se dan informaciones de impacto mediático sesgadas y no confrontadas con datos contrastados de incidencia y prevalencia.

(“Epidemias” de “nuevas” enfermedades: anorexia, síndrome de Asperger, hiperactividad...)

Prevención:

- Falta información sobre las repercusiones psíquicas en el desarrollo infantil temprano de múltiples situaciones: embarazos y partos de riesgo, problemas neonatológicos (prematuridad, recién nacidos de alto riesgo), dificultades de la crianza. Todo ello conlleva la necesidad de promocionar la protección de maternidad-paternidad, embarazo y parto, y atención de calidad a la crianza.
- Faltan programas de prevención primaria en salud mental infanto-juvenil. Existe una escasez y desigualdad de programas de promoción y prevención de la salud mental del niño y adolescente y su aplicación, junto con atención primaria y otros profesionales, a niños de 0-3 años, –familias con niños de alto riesgo psicosocial (servicios sociales y escolares) o alto riesgo neuro-psicológico (servicios de neonatología), programas de embarazo y parto (psicosis y depresión postparto), psiquiatría de adultos (hijos de padres y madres con patología psiquiátrica importante)–.
- No hay una sistematización de planes de atención temprana (por definición, interdepartamentales).
- Es imprescindible mejorar las deficiencias actuales en la detección precoz y el abordaje temprano de los trastornos mentales graves de niños y adolescentes (autismo y otros trastornos del vínculo, TGD-Psicosis), y en consecuencia la formación de otros profesionales en relación con la primera infancia (pediatras, y educadores) para que puedan detectar y orientar hacia servicios especializados los problemas más prevalentes de salud mental.

Estigmatización:

- Hay un escaso o inexistente desarrollo de estructuras o programas sanitarios destinados al tratamiento intensivo y prolongado para trastornos mentales graves. La escuela, las asociaciones de familiares y los servicios sociales, complementos necesarios de la salud mental, han suplido y parcheado esta carencia, asumiendo tareas asistenciales cuyo desarrollo corresponde a la salud mental, que de esta manera se ha descargado de sus propias responsabilidades.

Además, pueden contribuir a la estigmatización de los trastornos mentales graves, otros factores tales como algunas peculiaridades de nuestras actuales condiciones y tendencias asistenciales⁽³¹⁾:

- La escasez o, en algunos lugares inexistencia, de alternativas de tratamiento ambulatorio intensivo (“estructuras intermedias”).
- La derivación de las responsabilidades terapéuticas al ámbito escolar y social y, sobre todo en algunos lugares, a las iniciativas de los familiares de afectados.
- La tendencia progresiva, en la sanidad pública, a respuestas exclusivamente medicamentosas en general sin eficacia demostrada junto con la práctica inexistencia de programas consistentes de formación en técnicas terapéuticas y rehabilitadoras específicas para trastornos mentales graves.
- La paradójica “preferencia” por destinar más atención y recursos psicoterapéuticos a problemáticas menos graves pero más llevaderas.
- El sedimento de una cultura de pesimismo terapéutico resultado de una larga trayectoria histórica de abandono de responsabilidades terapéuticas inequívocamente sanitarias.

5.1.5. Recomendaciones

Objetivos y recomendaciones generales de la Estrategia en Salud Mental de aplicación en niños y adolescentes

- **Objetivo general 1.** Promover la salud mental de la población general y de grupos específicos.
 - 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.
 - Las intervenciones se dirigirán a grupos específicos de población y formarán parte de las estrategias de acción de la atención primaria, especializada y salud pública
 - Estrategias de promoción e información dirigida a responsables institucionales y medios de comunicación: - Incrementar la presencia de información oficial ofertada y promocionada por las asociaciones profesionales - Producir y divulgar buenas prácticas. Divulgación de Informaciones correctas sobre: - Recursos suficientes - Atención grupos vulnerables - Situación y necesidades en salud mental - Inclusión social y atención eficaz e integral a personas con problemas graves - Medidas legislativas.

- **Objetivo general 2.** Prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en la población general.
 - Realizar y evaluar un conjunto o plan de «intervenciones comunitarias» en áreas con alto riesgo de exclusión social o marginalidad, con el fin de actuar sobre los determinantes de los trastornos mentales y de las adicciones.
 - Realizar y evaluar un conjunto o plan de intervenciones, dentro de lo contemplado en el Plan Nacional de Drogas y, en su caso, en el de la Comunidad Autónoma, con el objetivo de disminuir el uso y abuso de sustancias adictivas en todo el ámbito de la Comunidad.
 - Realizar y evaluar acciones específicas para disminuir las tasas de depresión y de suicidio en grupos de riesgo (adolescentes).
 - Desarrollar intervenciones en Atención Primaria dirigidas a ofrecer apoyo a las familias que cuidan y atienden a personas con enfermedades crónicas discapacitantes, para prevenir los problemas de salud mental que pudieran derivarse del desempeño de su rol (y en particular cuando se inician en la infancia y adolescencia).
 - Realizar y evaluar un conjunto de acciones de apoyo a los servicios de prevención

Se proponen como **áreas prioritarias de intervención en grupos específicos**: la prevención de la violencia, de los trastornos de la conducta alimentaria, del consumo de sustancias de abuso, del aislamiento social, y la dependencia y la prevención de la discriminación y violencia de género.

- Realizar intervenciones preventivas dirigidas a grupos de riesgo en la primera infancia y la adolescencia (hijos de padres con trastorno mental o con adicciones, hijos víctimas de abusos o de abandono y otros...), según su definición en estudios epidemiológicos previos.
- Desarrollar intervenciones para la prevención de la depresión y del suicidio, en cada uno de los siguientes entornos: 1) centros docentes; 2) instituciones penitenciarias; y 3) residencias geriátricas.
- Realizar intervenciones comunitarias orientadas a mejorar la dinámica social en áreas geográficas (y grupos: adolescencia) con riesgo social alto y/o morbilidad psiquiátrica... que tendrán la finalidad de reducir conductas violentas en la calle (vandalismo), en la escuela (acoso escolar) y en el hogar (violencia de género y maltrato infantil).
- Realizar y evaluar intervenciones orientadas a informar y educar sobre los riesgos que tiene, para la salud en general y para la salud

mental en particular, el consumo de sustancias adictivas en adolescentes.

- Realizar y evaluar intervenciones para prevenir los problemas de salud mental de las cuidadoras y los cuidadores y familiares de personas dependientes con enfermedades crónicas y de personas con enfermedad mental (¡Qué también la sufren niños y adolescentes!).
- Facilitar y promover el desarrollo de programas psicoeducativos para familiares y cuidadoras y cuidadores de personas con enfermedades crónicas con dependencia, y de personas con enfermedad mental, que favorezcan el adecuado manejo de las situaciones generadas por el cuidado de estos enfermos.
- **Objetivo general 3.** Erradicar el estigma y la discriminación asociados a las personas (niños y adolescentes) con trastornos mentales.
 - El Ministerio de Sanidad y Política Social y las Comunidades Autónomas incluirán en sus planes y programas intervenciones que fomenten la integración y reduzcan la estigmatización de las personas con trastorno mentales y sus familias.
 - Identificar en la legislación vigente, y en las nuevas propuestas legislativas, barreras que impidan el ejercicio de la ciudadanía a las personas con trastornos mentales.
 - Las intervenciones dirigidas a fomentar la integración y reducir el estigma de las personas con enfermedades mentales se dirigirán preferentemente a profesionales de la salud, profesionales de la comunicación, profesionales de la educación y escolares, profesionales de la judicatura, empresarios y agentes sociales, asociaciones de personas con trastornos mentales y sus familiares.
 - “Las Unidades de Psiquiatría adecuarán progresivamente sus espacios, equipamiento, mobiliario, dotación de personal y organización interna a las necesidades particulares de los y las pacientes con trastornos mentales: necesidades de ocio, de relación, de ocupación y de participación, con respeto a su intimidad, su dignidad y libertad de movimientos”...y a la especificidad de su edad y nivel de desarrollo, capacidades y dependencia-autonomía.
 - “Con el objetivo de evitar las estancias hospitalarias innecesarias y asegurar la continuidad de cuidados y una ubicación alternativa y adecuada al domicilio y la hospitalización, se recomienda disponer de una serie de alternativas residenciales que fomenten la convi-

vencia y la integración de las personas con trastorno mental grave que lo precisen”...creando, donde falten, y desarrollando centros de atención ambulatoria intensiva (pertenecientes a salud mental como ocurre en el adulto).

- “Ofrecer a la población con problemas graves de salud mental un cuidado efectivo en los servicios de la propia comunidad”...que garanticen la continuidad de cuidados y en los que tendrían su lugar todo tipo de servicios complementarios apoyados y/o mantenidos por otras entidades (educativas, sociales, asociaciones de familiares) concertados y coordinados con salud mental.

Aun cuando no figure como recomendación explícita de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, desde la perspectiva de la salud mental, el objetivo más importante para erradicar el estigma de la enfermedad en niños y adolescentes sería que también ellos se beneficiaran, en igualdad con los adultos, de las mismas características de la atención que contribuyen a un resultado positivo que el documento precisa claramente:

- Detección e intervención precoces
- Provisión de tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico adecuados
- Actuación sobre aspectos psicológicos y sociales que influyen sobre el curso evolutivo
- Mantenimiento de la continuidad de la atención
- Funcionamiento asertivo y proactivo en busca de la necesidad, no mera atención de la demanda
- Atención (incluida la comunitaria) disponible 24 horas
- Intervención psicoeducativa, de apoyo y en su caso, terapéutica sobre las familias.
- Disponibilidad de las camas necesarias
- Provisión de prestaciones de rehabilitación
- Provisión de cuidados comunitarios
- Provisión de apoyo para la vida normalizada

5.1.6. Otras recomendaciones

Desde Salud Mental:

- Fomentar y revalorizar en los profesionales de salud mental y atención primaria (y en otros colectivos en relación habitual con niños y adoles-

centes) la sensibilización a la promoción, prevención y erradicación del estigma, incluyéndolas en sus programas de formación, tanto especializada como interdisciplinar y compartida.

- Fomentar y revalorizar las intervenciones profesionales deseables y poco habituales: comunitarias y rehabilitadoras; 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.
- Promover e incentivar programas intersectoriales (salud mental, atención primaria y otros) de coordinación, intervención, y protocolización de acciones con colectivos específicos: familias de alto riesgo, detección y seguimiento conjunto de niños altamente vulnerables; diagnóstico precoz de trastornos psíquicos graves o de alto riesgo y derivación, en su caso, al servicio especializado.

En particular conexión con atención primaria:

- Integrar las actividades de promoción y prevención en la práctica asistencial de las consultas de atención primaria.
- Asegurar el acceso a la atención primaria y, en su caso, la derivación al servicio especializado para problemas de salud mental.
- Establecimiento de canales de comunicación entre Atención Primaria y Salud Mental de forma regular e institucional.
- Unificación de criterios de derivación, de recursos y de circuitos asistenciales en Atención Temprana para todo el territorio del estado español.
- Establecimiento y desarrollo de herramientas de cribado y detección para aquellos trastornos más prevalentes (Autismo y trastornos del vínculo (“espectro autista”) y otros Trastornos generalizados del desarrollo; TDAH etc) para uso de profesionales de Atención Primaria.
- Establecimiento de programas institucionales de formación continuada en Salud mental para profesionales de Atención Primaria.
- Promoción de medidas y desarrollo de actividades preventivas como: promoción de la lactancia materna, asesoría a padres sobre crianza y educación, promoción del buen trato, prevención del maltrato y prevención y detección de conductas de riesgo en la infancia y adolescencia. Estas medidas de promoción y de prevención pueden tener varios niveles de implementación: Atención Primaria, Escuelas, Centros de ocio u otros ámbitos.

5.2. Atención

Los niños y adolescentes son sujetos con una entidad integral biopsicosocial en permanente evolución e interacción con su entorno familiar y social. Esto implica que su expresión psicopatológica y clínica es específica, por lo que es necesaria la prestación de una atención especializada con unas características propias⁽³²⁾, de las que destacaremos:

- Falta de iniciativa en la demanda de atención del niño y/o adolescente. Son los padres, por iniciativa propia o por recomendación de los profesores o Pediatras los que solicitan consulta, siendo necesaria su participación en el plan terapéutico.
- Coordinación entre todas las administraciones implicadas en la vida del niño y adolescente (Sanidad, Educación, Servicios Sociales y, en algunos casos, Justicia) ya que esta coordinación contribuye a mejorar la eficiencia, efectividad y la eficacia de la atención.

La filosofía asistencial integral y continuada en salud mental de la infancia y adolescencia desde el modelo comunitario comporta desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento, la rehabilitación y la integración social y laboral.

5.2.1. Situación actual: en Europa y en España

Situación en Europa

La Pre-conferencia: “La Salud Mental de Niños y Adolescentes” organizada por la Comisión Europea de la Organización Mundial de la Salud en Luxemburgo⁽³³⁾ expresa la situación de los trastornos mentales en niños y adolescentes en Europa: una quinta parte de niños y adolescentes sufren problemas en el desarrollo a nivel emocional y/o de conducta, un niño o adolescente de cada ocho tiene un trastorno mental y muchos son crónicos. También señala que el 4% de 12 a 17 años de edad y el 9% de 18 años sufren de depresión, uno de los trastornos más prevalentes. En la pre-conferencia se señala que la prevención secundaria reduce la prevalencia de los trastornos. Insta a elegir una estrategia de tratamiento efectiva y eficiente (basada en la evidencia científica y con una evaluación sistemática), el dispositivo correcto en el que debe realizarse la intervención y además señala que, la estrategia terapéutica en niños y adolescentes, ha de ser holística con actividades multisectoriales integradas en la política de salud, educativa y social. Por otra parte, la Pre-conferencia manifiesta que las iniciativas comunitarias son más

efectivas y han de incluir acciones dirigidas a los grupos más vulnerables (como los niños inmigrantes). En la Pre-conferencia se elaboraron unas recomendaciones que fueron incluidas en Declaración Europea de Salud Mental⁽³⁾.

En primer lugar, la Declaración Europea de Salud Mental señala la importancia de proveer y ofrecer cuidados específicos para niños y adolescentes cuando, entre las acciones a desarrollar, insta a "ofrecer apoyo e intervenciones específicas para cada etapa de la vida de las personas en situación de riesgo, en particular para el cuidado y la educación de los niños, los jóvenes y los ancianos"⁽³⁾. Posteriormente, en el Plan de Acciones de Salud Mental de la Declaración se reconoce, como prioridad, la promoción de la salud mental y la prevención y el tratamiento de niños y adolescentes debido a su vulnerabilidad y necesidades especiales. También se señala que, muchos países no presentan una capacidad adecuada ni de los servicios ni de profesionales cualificados para la atención de los trastornos en niños y adolescentes. Reafirma que las alteraciones de la infancia pueden ser precursores de las alteraciones mentales en la vida adulta, por lo cual, la atención a la salud mental de los niños y adolescentes debe ser considerado como una inversión estratégica. El Plan de Acciones señala que las instituciones cerradas para niños y adolescentes provocan exclusión social.

La Declaración del Helsinki⁽²⁸⁾ también expone que para la mejora de las intervenciones se precisa un número suficiente de especialistas así como fomentar la colaboración y coordinación entre las redes de salud mental, las de alcohol y drogas y demás administraciones implicadas en la vida de los niños y adolescentes. Por ello, especifica que la atención a los problemas de salud mental de niños y adolescentes ha de ser provista por la atención primaria de salud, la atención social y por los servicios especializados, asegurando que todos ellos funcionan como redes integradas. Propone que, los servicios de salud mental tienen que ser sensibles a las necesidades de los jóvenes, contando primero con los propios jóvenes y, además, con la comunidad, la escuela y centros sociales. Como prioridades, insta a desarrollar y ofrecer programas efectivos de apoyo a las familias. Además, señala que han de proporcionarse programas basados en la evidencia que fomenten habilidades y se centren en el aumento de la inteligencia emocional y mejora del funcionamiento psicosocial en niños y adolescentes. Insta a que los servicios especializados oferten a los jóvenes tratamientos efectivos y completos (incluyendo la psicoterapia y psicofarmacología) dentro de la comunidad. Por último, el Plan señala que todas las acciones han de incorporar los derechos internacionales de los niños y adolescentes.

Por otra parte, el Libro Verde de las Comunidades Europeas⁽²⁹⁾ expresa que se deben sentar las bases de una atención de calidad en salud mental en la infancia y adolescencia ya que la salud mental está determinada en las primeras etapas de la vida. El Libro Verde propone dos acciones eficaces en este sector de la población:

- Lactantes y bebés: Tratamiento de la Depresión posparto de las madres, mejora en las habilidades parentales, visitas domiciliarias de enfermería, así como la intervención de enfermería en los centros escolares.
- En adolescentes y jóvenes: entorno y ética escolares favorables y recursos de salud mental dirigidos a estudiantes, padres y profesores.

Respecto a los derechos de niños y adolescentes con problemas de salud mental, la Organización Mundial de la Salud⁽³⁴⁾ señala que, para la protección de los derechos humanos de niños y adolescentes, las administraciones han de promover, mediante medidas legislativas, la creación de los servicios especializados de salud mental para atender a esta población. Así mismo, la Organización Mundial de la Salud manifiesta que la legislación debe desalentar el ingreso involuntario de niños y adolescentes y que la hospitalización, cuando sea precisa, debe realizarse en áreas del hospital general separadas de las de adultos y apropiadas a su edad y a sus necesidades (con área de juego y apoyo pedagógico, etc.). En el ingreso se tendrá siempre en cuenta el representante legal del menor (familiar o de la administración protectora) y, conforme a los derechos del paciente se solicitará el consentimiento para el tratamiento a aplicar.

Situación en España

La propuesta de una atención a la infancia y adolescencia con problemas de salud mental desde un programa específico dentro de la atención a la salud mental ya surgió en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica⁽³⁵⁾ (Documento General y Recomendaciones para la Reforma Psiquiátrica y la Atención a la Salud Mental) y la Ley General de Sanidad⁽³⁶⁾. Esta Ley, en el Cáp. III, art. 20 (apartado I) señalaba que “la Salud Mental en la Infancia es de especial relevancia y precisa de una atención específica y continua”. A partir de su promulgación, cada Comunidad Autónoma fue creando diferentes recursos para la atención a los problemas de salud mental de la población infantil y juvenil.

Sin embargo, aún hoy, en ciertas Comunidades Autónomas (CCAA) existe, como problema pendiente, la falta “de programas específicos bien desarrollados

para grupos especialmente vulnerables (niños y niñas, adolescentes...)”⁽¹⁾. En algunas CCAA se ha implantado un Programa permanente y, sin embargo, otras CCAA han elaborado un Plan de Salud Mental específico para la infancia y adolescencia⁽³⁷⁻³⁸⁾.

Los equipos multidisciplinares son la estructura básica del modelo de atención comunitaria y, como señala la Estrategia⁽¹⁾, hay equipos multidisciplinares especializados dirigidos a la salud mental de niños y adolescentes; sin embargo en la mayoría de CCAA el número de profesionales es muy inferior al recomendado⁽³⁷⁻³⁹⁾. En líneas generales, la constitución de estos equipos multidisciplinares han de estar formados por psiquiatras de niños y adolescentes, psicólogos clínicos Infanto-Juveniles, enfermería y trabajadores sociales. El número mínimo de profesionales recomendado en el primer nivel de atención especializada es de 4 profesionales por 100.000 habitantes –población general– (1,5 Psiquiatra, 1 Psicólogo Clínico, 0,5 Enfermera, 0,5 Trabajador Social y 0,5 Logopeda)⁽¹²⁾.

Tampoco hay unos criterios homogéneos respecto al modelo de atención en las CCAA. El rango de edad al que va dirigido la atención en esta franja de edad es muy dispar entre comunidades. En algunas CCAA se atienden a niños y adolescentes con problemas de salud mental de 0 a 14 años, en otras de 0 a 15 y en las restantes de 0 a 18 años⁽³⁷⁻³⁸⁾.

Las derivaciones a salud mental de niños y adolescentes también difieren de unas CCAA a otras. En algunas sólo se admiten derivaciones desde atención primaria de salud, en otras se admiten derivaciones directas de la familia, servicios sociales y/o educación, y en otras CCAA sólo se admiten derivaciones desde las Unidades de Salud Mental de adultos⁽³⁷⁻³⁸⁾.

La Estrategia⁽¹⁾ señala que, una atención comunitaria de calidad en salud mental ha de estar organizada en una red, con las normativas correspondientes que establezcan los dispositivos necesarios en dicha red. Por otra parte, la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud⁽⁴⁰⁾ especifica los dispositivos mínimos necesarios para la prestación de servicios de salud mental a niños y adolescentes: “comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de conductas saludables”. Según estas propuestas, la red de atención sanitaria especializada y dirigida a la salud mental de niños y adolescentes debería estar constituida, al menos, por: Unidad/Centro de Salud Mental, Unidad de Hospitalización Breve y Hospital de Día. Sin embargo, actualmente, algunas CCAA no cuentan con alguno de estos dispositivos básicos⁽³⁸⁾ para la atención a niños y adolescentes con problemas de salud mental.

Específicamente, algunas CCAA no poseen dispositivos de atención hospitalaria (24 horas) para el tratamiento intensivo de niños y adolescentes con sintomatología aguda y de intervención en crisis en Hospitales Generales. Tampoco, en algunas CCAA hay camas asignadas en los Servicios de Pediatría para el ingreso hospitalario de niños y/o adolescentes con problemas de salud mental. La estimación de necesidades de camas por 100.000 habitantes se sitúa, en los niños, entre 1 y 2 y para adolescentes entre 2 y 3⁽⁴¹⁾. Algunas CCAA han implantado Unidades para Tratamientos específicos, sobre todo en adolescentes (Trastornos de la Conducta Alimentaria, Crisis en la adolescencia, ...)⁽³⁸⁾.

La atención a urgencias y las interconsultas hospitalarias sólo se realizan en algunas CCAA⁽³⁹⁾ y suelen ser atendidas por profesionales de salud mental de adultos. Sin embargo, la interconsulta hospitalaria por profesionales especializados en salud mental de la infancia y adolescencia es una necesidad manifiesta para muchos niños y adolescentes con problemas neonatales, enfermedades crónicas graves, enfermedades psicósomáticas, complicaciones posquirúrgicas, etc..

Sólo un número mínimo de CCAA tienen hospitales de día para niños y adolescentes (y en algunas CCAA se dedican exclusivamente a una patología)⁽³⁸⁾. Estos dispositivos, dirigidos a ofertar unos tratamientos ambulatorios intensivos para niños y adolescentes con trastornos mentales, son muy necesarios. Se recomienda que los hospitales de día tengan una estructura y funcionamiento adaptado a tres grupos de edad: de 0 a 6 años, de 7 a 12 años y de 13 a 18 años; y, en cada grupo de edad, el número de plazas necesarias por 100.000 habitantes (población general) se sitúa entre 3 y 5⁽⁴¹⁾.

Respecto a las prestaciones que se ofrecen en los dispositivos asistenciales para niños y adolescentes con problemas de salud mental, en el momento actual, algunas CCAA han formalizado una cartera de servicios propia⁽³⁸⁾ y/o han elaborado programas para patologías específicas como trastornos mentales graves, psicosis, trastornos generalizados del desarrollo, trastornos de conducta alimentaria, etc.⁽³⁸⁾.

Se ha de señalar que en algunas CCAA la red de atención a drogodependencias y la red de salud mental están integradas y, en ellas, se atienden a los adolescentes con problemas de salud mental y/ drogodependencias⁽³⁸⁾.

Las guías de práctica clínica en salud mental de niños y adolescentes son muy incipientes. En el Sistema Nacional de Salud, existen dos guías: Enuresis Nocturna Primaria Monosintomática en Atención Primaria, y de Los Trastornos de la Alimentación (en niños, adolescentes y adultos)⁽⁴²⁾. También el Instituto de Salud Carlos III ha impulsado la creación de Guías de Buena Práctica en los Trastornos del Espectro Autista en España.

Así mismo, prestan atención a salud mental de niños (de 0 a 6 años) y a sus familias, los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana. Sus intervenciones van dirigidas a los Trastornos Generalizados del Desarrollo (autismo y psicosis), trastornos del desarrollo cognitivo, motriz, sensorial, del lenguaje y de la conducta, emocionales, de la expresión somática, así como el retraso evolutivo⁽⁴³⁾.

El sistema educativo “ha desarrollado, en todas las CCAA, programas de integración de niños con “necesidades educativas especiales” promoviendo recursos psicopedagógicos específicos para facilitar la integración de niños con problemas específicos de salud mental en el ámbito escolar normalizado”⁽¹⁾. Y, en la actualidad, en algunas CCAA se han creado dispositivos de atención a niños y adolescentes con problemas de salud mental mediante convenios de colaboración entre sanidad y educación (sobre todo Centros Terapéuticos)⁽³⁸⁾.

En algunas CCAA se han firmado convenios de colaboración entre sanidad y el sistema judicial (protección y reforma). A través de estas colaboraciones se han creado dispositivos de tratamiento terapéutico (Unidades de Internamiento prolongados) para adolescentes con trastornos graves de conducta y enfermedad mental que tienen medidas judiciales impuestas.

En resumen, podemos expresar que, como dice la Estrategia, en algunas CCAA se van realizando “políticas de coordinación de recursos en planes interdepartamentales concertados”, que pueden facilitar la actuación de los programas de seguimiento y continuidad de cuidados, y las colaboraciones multiprofesionales que las dificultades de estos niños y niñas y adolescentes y su larga trayectoria necesitan”⁽¹⁾ ya que el sistema sanitario, en la actualidad y, por sí sólo, no puede ofrecer las prestaciones necesarias para una atención a la salud mental de niños y adolescentes integral y continuada.

Sin embargo, se ha de señalar que en muchas CCAA no existe una coordinación estandarizada ni entre los propios dispositivos de la red de atención a la salud mental de niños y adolescentes, ni con los recursos comunitarios que prestan atención a esta población. Es decir, en algunas CCAA aún hoy no existen convenios de coordinación de la red de salud mental de la infancia y adolescencia con el sistema sanitario (primaria y especializada), educativo, judicial y servicios sociales^(9, 10).

En varias CCAA se realizan programas interinstitucionales destinados a promover estilos de vida saludables, sin embargo en algunos casos no participan los servicios de salud mental de niños y adolescentes. Se han elaborado, sobre todo, por la colaboración entre servicios sociales y educación.

Se ha de manifestar que, en algunas CCAA ya se han firmado convenios de colaboración del sistema sanitario con servicios sociales primarios y se han elabo-

rado conjuntamente programas para la integración social y laboral de adolescentes y jóvenes. Sin embargo, no se han desarrollado suficientemente convenios de cooperación con Servicios Sociales. En varias CCAA existen recursos de soporte social, tanto a nivel de hogares alternativos y/o residencias, como Centros de ocio y tiempo libre para niños y adolescentes creados por los servicios de protección del menor y/o servicios sociales generales y locales. Sin embargo existe bastante desconocimiento por parte del sistema sanitario de los mismos.

Todas estas deficiencias del sistema de atención a la salud mental de niños y adolescentes provocan un sufrimiento en sus familias, una peor evolución de los trastornos y constituyen una carga para toda la sociedad.

5.2.2. Puntos críticos

1. Los sistemas sanitarios de las CCAA proporcionan una atención a la salud mental de niños y adolescentes muy diferente entre Comunidades. No sólo existen diferencias entre las edades a las que se presta atención en salud mental si no también en la accesibilidad a los dispositivos. Muchas CCAA tienen una red específica de atención a la salud mental de niños y adolescentes poco desarrollada y con dispositivos insuficientes para las necesidades de atención a este sector de la población. Sobre todo, existe una clara deficiencia de dispositivos de hospitalización total y parcial, así como para tratamientos prolongados.
2. En todas las CCAA el número de profesionales dedicados a la atención de niños y adolescentes con problemas de salud mental es muy inferior a la recomendada. Los equipos multidisciplinares constituyen la infraestructura básica del modelo de atención a la salud mental y la insuficiencia de profesionales en los equipos dificulta ofertar una atención integral continuada y adaptada a las necesidades de la población de niños y adolescentes.
3. El modo de acceso a los dispositivos de atención a la salud mental del niño y del adolescente son muy diferentes en las CCAA y se producen situaciones de falta de equidad en ese rango de población entre CCAA e incluso dentro de la misma Comunidad Autónoma. La Atención Primaria de Salud, como primer nivel de atención, debe ser el derivante directo y principal a las Unidades de Salud mental de niños y adolescentes.
4. Falta de coordinación entre los sistemas sanitarios especializados. Existen claras dificultades de coordinación entre la red de salud mental de niños y

adolescentes y la de adultos. Tampoco se ha instaurado una coordinación estandarizada de la red de salud mental de niños y adolescentes con los servicios sanitarios especializados con competencias asistenciales a este rango de población. En algunas CCAA están integradas las redes de atención a las drogodependencias y la de salud mental, sin embargo, en otras muchas CCAA, no existe ningún canal de coordinación.

5. Las prestaciones en los dispositivos sanitarios a niños y adolescentes con problemas de salud mental es muy diferente entre CCAA e incluso dentro de la misma Comunidad ya que no está implementada, en su totalidad, la cartera de servicios.
6. Existe un desarrollo mínimo de Protocolos y Guías de Práctica Clínica para los trastornos psíquicos de niños y adolescentes de eficacia probada implantados en la red sanitaria de atención a la salud mental. Sobre todo, no se han priorizado ni el diagnóstico ni el tratamiento de los Trastornos Mentales Graves en niños y adolescentes (Trastorno General del Desarrollo, Autismo, Psicosis y Esquizofrenia).
7. No se presta suficiente atención al papel de las Familias y tutores/cuidadores de niños y adolescentes con problemas de salud mental. Existen pocos programas dirigidos al entrenamiento y mejora de las habilidades parentales así como de ayuda en las necesidades de las familias.
8. Una atención integral y de continuidad de cuidados en salud mental de niños y adolescentes es, por naturaleza, intersectorial necesitando la colaboración entre recursos sanitarios, educativos, sociales y judiciales. Sin embargo, la atención sanitaria especializada debe tener la responsabilidad terapéutica. En muchas CCAA no hay una coordinación regularizada con los recursos comunitarios con algún tipo de prestación a la población de niños y adolescentes: Justicia (Protección y Reforma), Servicios Sociales y Educación.
9. Son escasos los Programas interinstitucionales elaborados mediante la cooperación entre sanidad, servicios sociales y educación y destinados a la promoción de estilos de vida saludables desde un enfoque holístico. Las intervenciones educativas deben realizarse a largo plazo y proporcionadas en combinación con sanidad.

5.2.3. Recomendaciones

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud⁽⁸⁾ propone que “las Comunidades Autónomas adecuarán los servicios con programas específicos

para dar respuesta a las necesidades de niños, niñas y adolescentes en materia de salud mental”. Estos programas deberían tener unos criterios básicos que proporcionen una atención integral en todas las CCAA.

Lo prioritario es ofertar a los niños y adolescentes con problemas de salud mental unos tratamientos eficaces, de calidad y con equidad en todas las CCAA. La atención prestada desde la red de salud mental de niños y adolescentes ha de estar en concordancia con la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud⁽⁴³⁾ donde se detallan las prestaciones que han de ofrecer los servicios sanitarios:

- La Atención Primaria de Salud, en coordinación con los servicios de atención especializados, deben realizar: “actividades de prevención y promoción, consejo y apoyo para el mantenimiento de la salud mental en las distintas etapas del ciclo vital; y la detección de psicopatologías de la infancia/adolescencia, incluidos los trastornos de conducta en general y alimentaria en particular, y derivación, en su caso, al servicio especializado correspondiente”.
- La atención especializada en salud mental de niños y adolescentes debe prestar: “las actuaciones preventivas y promoción de la salud mental en coordinación con recursos sanitarios y no sanitarios; así como 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 conductas saludables”.

El planteamiento de esta asistencia viene dado, desde el modelo comunitario, en una atención integral y continuada que implica la coordinación entre todos los sectores de la vida del niño (educación, servicios sociales, sanidad y justicia) sin olvidar el papel destacado en toda intervención terapéutica de las familias. Por todo ello, se recomienda que:

- En cada Comunidad Autónoma debería definirse una red asistencial sanitaria especializada para la población infantil y adolescente con problemas de salud mental de 0 a 18 años, acorde con las leyes específicas de protección a la infancia y adolescencia. En cada área de salud deberían existir diferentes dispositivos que proporcionarían las prestaciones sanitarias. Estos dispositivos deberían funcionar en red, coordinados desde el equipo multidisciplinar de la unidad ambulatoria, eje de la red

de atención. Los dispositivos básicos de la red que se recomiendan son: unidad ambulatoria, unidad de hospitalización breve en hospital general y/o pediátrico, hospital de día y una unidad de tratamiento prolongado. Esta red debe situarse en un segundo nivel de la red sanitaria recibiendo las derivaciones desde atención primaria de salud. Las administraciones sanitarias de cada Comunidad Autónoma deberían potenciar e incrementar el nivel de coordinación entre la red de salud mental y la Atención Primaria de Salud garantizando la continuidad asistencial.

- Las administraciones sanitarias deberían tomar las medidas necesarias para la incorporación de profesionales con formación específica en los diferentes dispositivos de la red de salud mental de niños y adolescentes. También se deberían impulsar la acreditación docente de los diferentes dispositivos de la red. Las administraciones sanitarias deberían impulsar y apoyar una formación continuada específica para los profesionales que trabajen en la red de atención a esta población, sobre todo en estrategias de intervención y técnicas terapéuticas de eficacia probada.
- El equipo básico multidisciplinar de atención a niños y adolescentes con problemas de salud mental ha de estar constituido por psiquiatras de niños y adolescentes, psicólogos clínicos de niños y adolescentes, profesionales de enfermería y trabajo social junto con el apoyo administrativo y logístico necesario. En los hospitales de día y unidades de tratamiento prolongados se recomienda la incorporación de Psicomotricistas, Terapeutas Ocupacionales y profesionales de educación.
- Los sistemas de salud de las CCAA han de asegurar que, de manera equitativa las prestaciones del Sistema Nacional de Salud son ofertadas tanto desde la atención primaria como la especializada. Específicamente, deberían asegurarse los medios necesarios para el apoyo a la atención primaria de salud en su importante papel de detección de problemas de salud mental en niños y adolescentes. Las administraciones sanitarias también deberían promover la creación de espacios de coordinación y colaboración estandarizados con la atención especializada para la derivación de los trastornos mentales que precisen una atención específica.
- Las administraciones sanitarias deben impulsar la cooperación entre pediatría hospitalaria y la unidad de hospitalización breve de niños y adolescentes, así como el desarrollo de psiquiatría y psicología clínica de enlace específicamente para niños y adolescentes. Esta coordinación

promoverá la elaboración conjunta de programas para patologías físicas crónicas en niños y adolescentes, atención al recién nacido de alto riesgo, etc.; y promoverá, si no existen unidades específicas, el ingreso de niños y adolescentes (hasta 15 años) con trastornos mentales o problemas de salud mental en dichos servicios, siendo atendidos por los profesionales especializados de salud mental. Se recomienda la creación de unidades de hospitalización específicas para adolescentes (15 a 18 años) en hospitales generales independientemente de las unidades de hospitalización de adultos.

- Se han de consensuar criterios diagnósticos para reducir la variabilidad clínica injustificada y mejorar la calidad de la atención. Debe impulsarse la elaboración de protocolos y guías de práctica clínica homogénea en todas las CCAA para los trastornos más prevalentes en salud mental de niños y adolescentes. La Estrategia de Salud Mental del Ministerio de Sanidad⁽⁸⁾ recomienda que, en la atención a la población de niños y adolescentes se elaboren, en cada Comunidad Autónoma:
 - Protocolos de procesos de atención en: trastorno mental común en la infancia y adolescencia, trastorno mental grave infanto-juvenil y trastorno generalizado del desarrollo.
 - Guías de práctica clínica de los trastornos de la conducta alimentaria, trastornos generalizados del desarrollo, trastornos por conducta perturbadora en la infancia, trastornos emocionales graves de inicio en la infancia e intervención en crisis.
- No es recomendable la creación de dispositivos específicos para patologías determinadas (tal como manifiesta la Estrategia)
- El Ministerio de Sanidad debería impulsar la identificación de buenas prácticas en el uso de psicofarmacología, guías de uso racional de medicación para niños y adolescentes con problemas de salud mental.
- Las administraciones sanitarias deberían impulsar, como prioritaria, la elaboración de programas de continuidad de cuidados (que incluyan la rehabilitación) para los trastornos mentales graves de niños y adolescentes y el apoyo a sus familias.
- Cada administración sanitaria de las CCAA deberán ofertar a las familias/tutores legales/cuidadores su participación activa en la planificación de los servicios de atención a la salud mental de niños y adolescentes. La familia es un componente básico del tratamiento en niños y adolescentes con problemas de salud mental. Las administraciones sanitarias, jun-

to con las sociales, han de instar su participación, elaborar programas para el desarrollo de sus habilidades y competencias y resolver sus necesidades como la colaboración en centros de ocio, programas de respiro familiar, etc.

- El Ministerio de Sanidad debería desarrollar, junto a las CCAA un modelo de colaboración con Justicia, Educación y Servicios Sociales para mejorar la atención de niños y adolescentes.
- Las administraciones sanitarias de las CCAA deberían impulsar la firma de convenios de colaboración entre las Consejerías de Salud, Educación, Servicios Sociales y Justicia y promoverán la coordinación interinstitucional sectorizada en cada área de salud. Estos convenios servirían para hacer posible la instauración de una *Comisión Técnica Interinstitucional* formada por técnicos representantes de las distintas administraciones en un área de salud. Para ello se deberá promover la misma zonificación en servicios sociales, salud y educación. Así mismo se recomienda la creación de una comisión que elabore el Plan Terapéutico Integral individual, cuando el caso lo requiera, asegurando la continuidad asistencial de niños y adolescentes con problemas graves de salud mental.
- Las administraciones sanitarias de las CCAA también deberían promover la firma de convenios de colaboración con las administraciones sociales, educativas y/o judiciales (protección y reforma) para la creación de dispositivos de atención a niños y adolescentes con patologías graves y persistentes, así como la disposición de servicios residenciales u hogares alternativos necesarios para la prestación de una asistencia integral y continuada. La Ley Orgánica Reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores (Ley Orgánica 5/2000 de 12 de enero) deriva a las CCAA la ejecución de las medidas judiciales impuestas, entre las que se encuentran el internamiento en centros terapéuticos (en régimen cerrado, semiabierto o abierto).
- Las administraciones sanitarias de las CCAA deberían promover las medidas necesarias para la protección de los derechos del menor y su familia conforme a la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del paciente⁽⁴⁴⁾.
- El Gobierno de cada Comunidad Autónoma debería impulsar la intervención de cada una de sus Consejerías que tengan participación en la atención a la población infantil y juvenil a través de la elaboración de Programas Integrales dirigidos a ese sector de la población. La contribu-

ción de la Consejería de salud se realizará a través del apoyo y participación en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se promuevan. Las administraciones sociales promoverán la creación de recursos de ocio y tiempo libre dirigidos a la población de niños y adolescentes. Estos recursos, en horario de tarde y fines de semana son necesarios para el desarrollo de actividades culturales, lúdicas y deportivas. En el medio escolar se programarán intervenciones que desarrollen factores de protección como la mejora de las habilidades cognitivas, aumento de la autoestima y de las capacidades de resolución de conflictos en niños y adolescentes.

5.3. *Coordinación*

5.3.1. *Situación actual*

En el momento actual, no todas las comunidades tienen protocolos de coordinación entre diferentes estructuras de la red. Según el Observatorio de la AEN, aproximadamente la mitad ellas (como Andalucía, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Cataluña, Galicia, Canarias, País Vasco) disponen de sistemas estandarizados de coordinación en la red de Salud Mental en general. Sin embargo, incluso las que tienen protocolos y en teoría los realizan, lo hacen de forma poco sistemática en muchas ocasiones y suelen representar una carga añadida para los profesionales por la falta de recursos dedicados específicamente a ello.

Desde los Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) de algunas comunidades, se llevan a cabo, en mayor o menor medida en función de los recursos, cuatro tipos de coordinación:

1. Con los pediatras y médicos de familia del área de salud. Preferiblemente de forma semanal, con desplazamiento del psiquiatra/psicólogo/enfermería de Salud mental, con espacios de tiempo concretos para la interconsulta de casos y derivaciones. En algunos casos se ha planificado la realización de algunas actuaciones directamente en el área (grupos psicoeducativos para padres, actuaciones preventivas en grupos de riesgo...).
2. Las que se realizan con profesionales de servicios de la red de forma regular en espacios de tiempo concertados (servicios sociales, equipos psicopedagógicos, centro de salud mental de adultos). También con los centros de referencia infanto-juveniles hospitalarios para ingresos a tiempo completo, servicios de urgencias y con los hospitales de Día de niños y adolescentes. Las reuniones han de ser periódicas para estable-

- cer planes de actuación conjuntos y planificar las derivaciones necesarias.
3. Con los centros de atención a las drogodependencias para coordinar el abordaje tanto del consumo de sustancias en pacientes con patología psiquiátrica como para atender a los adolescentes que únicamente consultan por patología relacionada con el consumo.
 4. Las que se realizan puntualmente y no con una regularidad, en función de las necesidades de cada caso (escuelas, Fiscalía de Menores, departamentos de atención a la infantil, etc.). La coordinación puntual, las no establecidas de forma regular, se realizan a través del teléfono y/o reuniones.

5.3.2. *Puntos críticos*

Las dificultades principales son debidas a que:

- Es difícil disponer del tiempo necesario para realizar las coordinaciones con todos ellos debido a la gran presión asistencial de los profesionales tanto de Salud Mental como de pediatría como de otros recursos.
- Las edades de los pacientes atendidos en salud mental suele ser hasta los 18 años y no coincide con las edades que suelen atender los pediatras del área de salud que los derivan al médico de familia a los 14 o 16 años según la comunidad autónoma. Ello hace que las coordinaciones deban ser con diferentes profesionales incrementándose el tiempo necesario.
- La sectorización de los diferentes recursos y redes asistenciales no siempre coincide y ello obliga en ocasiones a coordinarse con más de un equipo de la misma red.
- Algunos recursos no son de tipo clínico (Servicios sociales, entidades educativas) y puede haber problemas de confidencialidad al comentar diagnósticos o datos clínicos de pacientes o familiares.
- Los criterios de actuación delante de una patología concreta no siempre coinciden en los diferentes recursos y redes.

5.3.3. *Recomendaciones*

Para intentar mejorar la coordinación se deberían incrementar los recursos de los centros para que los profesionales dispongan de tiempo para ello contar con un documento de consentimiento para la cesión de datos que los responsables del menor deben firmar. Además se ha de unificar todo lo que sea posible las áreas de atención de las diferentes redes e incluso contar con una historia clínica uni-

ficada por lo menos en parte. Las guías de actuación han de ser conjuntas siguiendo directrices internacionales en función de la evidencia científica^(10,38).

5.4. *Formación específica y especialidades*

5.4.1. *La formación en Psiquiatría de Niños y Adolescentes*

La situación de la formación especializada en Psiquiatría específicamente dedicada a niños y adolescente puede resumirse del siguiente modo:

1. La especialidad de psiquiatría de niños y adolescentes, que desde hace muchas décadas fue reconocida legalmente y ha logrado un importante desarrollo asistencial y reconocimiento social en todos los países europeos excepto Croacia, Letonia y Rusia, no existe en nuestro país.
2. Los conocimientos y habilidades específicos para trabajar con niños y adolescentes exigidos para la obtención del único título de especialidad médica existente de “Psiquiatría” se limitan a los adquiridos en los cuatro meses de rotación previstos por programas de atención a niños y adolescentes

La desigual situación respecto a nuestro entorno europeo queda claramente reflejada en el estudio comparativo encomendado por la UEMS (Unión Europea de Médicos Especialistas) a su Sección de Psiquiatría de Niños y Adolescentes y que se resume en la Tabla 3.

Aunque esta situación ha sido señalada reiteradamente desde hace veinticinco años por las asociaciones profesionales (AEPIJ, SEYPNA, Sección de Salud Mental Infanto-Juvenil de la AEN) ha sido discutida en varias ocasiones en la Comisión de la Especialidad de Psiquiatría, nuestro país se ha mantenido, cada vez más aislado, en esta situación de excepcionalidad. Hoy, las leyes europeas de obligado cumplimiento relativas a la libre circulación de profesionales y equiparación de títulos permiten a los especialistas en Psiquiatría de niños y adolescentes instalarse en nuestro país, pero la inexistencia de reciprocidad sitúa inevitablemente a nuestros profesionales en una situación de desigualdad.

En cuanto a los contenidos actuales requeridos para ser psiquiatra, el programa de especialización vigente aprobado en 1996 incluye, en el período de formación general obligatorio que dura 8 cuatrimestres, sólo una rotación de un cuatrimestre por “programas” de Psiquiatría Infantil. Aunque es cierto que teóricamente podría ampliarse porque permite también diversas opciones en el período de formación en áreas de interés, que dura un tiempo mínimo total de dos cuatrimestres y al menos un campo de especial interés, en la práctica lo que ocurre es que lo

Tabla 3. Diferencias en la formación de psiquiatría del niño y adolescente en Europa

Countries	Separate special (A)	Duration C&A (B)		Durat. psych (C)	Child Neuro. Rot. (D)	Pedi. Rot. (E)	Log. book (F)	Psycho-therapy (G)	Research/ thesis (H)	Exam. (entry) (I)	Exam. (grad.) (J)
		CP (min)	Total (postgr.)								
1. Albania	Si	30	48	9	+	+	+	-	-	+	+
2. Austria	No	24	96	48	opt	+	+	-	-	-	-
3. Bielorrusia	Si	9	12	3	-	-	+	+	-	-	-
4. Belgica	Si	24	60	12	opt	opt	+	-	-	-	-
5. Bosnia & H.	No	24	24	-	+	opt	-	-	+	+	+
6. Bulgaria	No	24	84	60	-	-	-	-	-	+	+
7. Croatia ²	No		72			-	-	+			+
8. Rep. Checa	Si	48	66	opt				+		+	+
9. Dinamarca	Si	48	60	1	+	+	+	+	+	-	-
10. Estonia	Si	36	48	12	+	+	+	+		+	+
11. Finlandia	Si	48	72	6	-	-	+	-	-	-	+
12. Francia	No	36	72	36	opt	+	-	-	+	+	+
13. Alemania	Si	42	60	12	opt	opt	+	+	-	-	+
14. Grecia	Si	30	54	18	+	-	-	-	-	-	+
15. Hungría	Si	36	62	12	3m	6m	+	+	-	+	+
16. Islandia	Si	36	66	12	-	6m	+	-	+	-	-
17. Irlanda	No	36	84	30	-	+		-		-	-
18. Italia	Si	36	60	12	+	+	-	-	+	+	+
19. Letonia ²	No		48	48	-	-	-	-	-	-	-
20. Lituania	Si	30	48	12	+	+	+	+	+	-	+
21. Países Bajos	No	24	78	42	-	+	+	+	-	-	-
22. Noruega	Si	36	66	12	-	+	+	+	-	-	-
23. Polonia	Si	24	60	33	6w	opt	+	-	+	+	+
24. Portugal	Si	36	48				-	+			+
25. Rumanía	Si	36	60	6	+	+	+	-	-	+	+
26. Rusia ²	No	4	36				-	+			+
27. Serbia	Si	33	48	4	+	+	+	-	-	-	+
28. Eslovaquia	Si	48	48	-	-	-	+	-		-	+
29. Eslovenia	Si	24	60	30	3	opt	+	+	-	-	+
30. España ²	No	4	48		-	-	+	-	-	-	-
31. Suecia	Si	36	60	12	opt	+	+	+	-	-	-
32. Suiza	Si	48	72	12	opt	opt		+			+
33. Turquía	Si	36	60	18	+	-	+	-	+	+	+
34. Reino Unido	No	36	90	36	opt	-	+	+	+	+	-

1 Las variables que faltan aparecen "en blanco"

2 Países que no tienen ningún programa estructurado en psiquiatría del niño y adolescente, ni como monoespecialidad, ni como una subespecialidad.

(A) Países con una monoespecialidad en psiquiatría del niño y adolescente.

(B) CP: duración mínima de formación específica en psiquiatría del niño y adolescente (en meses); Total (postgr.): duración de la especialidad en psiquiatría (en meses)

(C) ¿En la especialidad de psiquiatría del niño y adolescentes, cuál es la duración de la rotación por psiquiatría de adultos?

(D) Esta incluida la rotación por neurología infantil?

(E) ¿Esta incluida la rotación por pediatría?

(F), (G): ¿Es obligatoria la formación en psicoterapia?

(H) ¿Es obligatoria la formación en investigación?

(I) ¿Hay algún examen para empezar la formación?

(J) ¿Hay algún examen al terminar la especialidad?

que decide, más que el deseo del MIR, es que el programa establece que este período se registrará por las características de la unidad docente. En cuanto al tercer período complementario, establecido en un tiempo máximo de un cuatrimestre, podría dedicarse a realizar un segundo cuatrimestre a la Psiquiatría de Niños y Adolescentes completando así 8 meses de formación específica, pero la experiencia demuestra que solo es así muy excepcionalmente. El programa no precisa nada en cuanto a los contenidos del programa de clínica infantil y de la adolescencia, salvo (entre paréntesis) su duración de un cuatrimestre. En cualquier caso, nada asegura que los psiquiatras que posteriormente trabajarán con niños y adolescentes han realizado durante el MIR más que la rotación obligatoria.

En cuanto a los contenidos exigibles para una especialización específica adecuada, la citada Sección de la Especialidad de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes de la UEMS, tras un detenido estudio de las características predominantes en los diferentes países europeos, ha elaborado un documento (Child and Adolescent Psychiatry/Psychotherapy Training Log-Book, aprobado en octubre 2000) en el que se precisa la siguiente propuesta:

- Estructura de la formación:
 - 5 años de formación especializada que incluyen:
 - Un mínimo de 4 Años (48 meses) de rotación en servicios ambulatorios de psiquiatría de niños y adolescentes.
 - Un mínimo de 12 meses de rotación en servicios hospitalarios específicos para niños y adolescentes.
 - Un reparto equilibrado entre la experiencia clínica con niños y con adolescentes.
 - Un tiempo dedicado completamente a una investigación específica en psiquiatría de niños y adolescente puede ser incluido en el período de formación.
- 1 año de formación especializada complementario que incluye: :
 - *12 meses en psiquiatría general/ de adultos*
 - *Una rotación recomendada pero opcional por pediatría o neurología.*
- Contenidos de la formación
 - Formación Teórica
 - 720 horas a lo largo de cuatro años (120 horas/año; 3 horas/semana) de formación clínica integrada (presentación de casos, sesiones clínicas, seminarios, cursos)
 - 60 horas/año de Seminarios específicos (no incluidos en la for-

- mación clínica habitual) sobre:
- desarrollo físico, neurológico y psicosocial
 - síndromes clínicos
 - bases del tratamiento (psicoterapia individual y familiar, farmacoterapia, otras)
 - disciplinas relacionadas (pediatría, psiquiatría adulto/general, psicología)
 - gestión, administración y economía de la salud
- Formación Práctica
- Supervisión clínica integrada en la formación continuada
 - Cooperación clínica y trabajo de enlace con instituciones y otros profesionales relevantes.
 - Formación en psicoterapia
 - Entrenamiento-formación en psicoterapia individual, grupal y familiar, según técnicas psicoanalíticas/dinámicas, cognitivo /conductuales y sistémicas.

Este programa incluye también la exigencia de una evaluación de la calidad de la formación (visitas de los centros, asesoramiento de la docencia y los docentes) así como establecimiento de un “libro del residente”, que recoja todas las actividades realizadas, y el establecimiento de un examen de evaluación final de la formación.

5.4.2. *Psicología Clínica de Niños y Adolescentes*

El enorme desarrollo de la Psicología Clínica en nuestro país, en los últimos 20 años, viene determinado por las transformaciones sociales y políticas, que se producen a finales de los años 70 y que plantean nuevas necesidades y demandas sociales, ante las que se requieren respuestas institucionales. Entre ellas el cambio en la Sanidad Pública, que constituye el marco de referencia principal, aunque no el único, de actuación e innovación de la Psicología Clínica⁽⁴⁵⁾.

La creación de la especialidad se inicia con el desarrollo del programa PIR que comienza en 1977 con la primera convocatoria a nivel estatal. Las siguientes hasta 1993 solo serán en el ámbito autonómico. En 1983 aparece el primer Programa reglado de formación PIR en Asturias. En 1986 se pone en marcha el sistema PIR en Andalucía, en 1988 en Navarra, en 1990 la Comunidad de Madrid y en 1992 en Galicia. Finalmente en 1993 el Ministerio de Sanidad realiza la primera convocatoria a nivel estatal y en 1994 se hace de forma conjunta entre el Ministerio de Sanidad y el de Educación. Hecho este de significativa impor-

tancia ya que ambos ministerios son los responsables de las Especialidades Sanitarias. A partir de este momento se realizará ya anualmente⁽⁴⁶⁾.

En julio de 1995 se crea la Comisión Nacional Promotora de la Especialidad de Psicología Clínica, siguiendo el modelo del resto de las Comisiones Nacionales de Especialidades, encargada de la elaboración del Programa de la Especialidad, aprobado por ambos Ministerios (Sanidad y Educación) en 1996. En 1998 se publica finalmente el Real Decreto 2490 de 20 de noviembre por el que se crea la Especialidad de Psicología Clínica, hecho que constituye la institucionalización oficial de la especialidad⁽⁴⁷⁾.

Desde entonces los cambios y desarrollos del Sistema Sanitario⁽⁴⁸⁾ y las demandas en la atención a la salud mental de niños y adolescentes plantean la necesidad de configurar la Especialidad de Psicología Clínica de niños y adolescentes⁽⁴⁹⁾. El hecho de que no haya especialidad en nuestro país conlleva la ausencia de psicólogos clínicos con formación en el campo de niños y adolescentes, en Unidades Docentes acreditadas, con un programa teórico homogéneo y un sistema de rotaciones específicas para realizar dicha formación. En la actualidad la formación se realiza dentro del programa de formación de especialistas en Psicología Clínica de 1996 actualmente vigente⁽⁵⁰⁾. En el que figura un periodo de rotación por programas o unidades de atención a niños y adolescentes, sin fijar el tiempo concreto ni bloques teóricos. Entre los objetivos específicos a cumplir, en el tercer año de rotación, se señala únicamente el desarrollar tratamientos e intervenciones clínicas con niños y adolescentes. Esta indefinición produce una situación totalmente heterogénea. En el nuevo programa, elaborado por la Comisión en marzo de 2003, pendiente todavía de aprobación por parte del Ministerio, se especifica una rotación de 6 meses en programas y/o unidades de Psicología Clínica infantil y de la adolescencia, lo que sigue siendo totalmente insuficiente. El hecho tiene graves consecuencias para la calidad asistencial⁽⁵¹⁾, ya que las contrataciones en el Sistema Sanitario no tienen un perfil específico y se pueden cubrir con psicólogos clínicos de adultos sin la formación adecuada.

La situación de la Psicología Clínica de Niños y Adolescentes en Europa

La formación como especialista en Psicología Clínica en Europa no está unificada, en algunos países se realiza en asociaciones o instituciones privadas y en otros en el sistema sanitario de forma parecida a España⁽⁵²⁾. Estas discrepancias vienen marcadas por las diferencias en la formación universitaria que, en estos momentos, está en proceso de reestructuración para adecuarla al Espacio

Europeo de Educación Superior. Por tanto en la actualidad conviven los modelos antiguos con la progresiva implantación del nuevo esquema. En términos generales la duración media de los estudios que llevan a la obtención del título equivalente a la licenciatura en Psicología es de cinco años. Para la formación posterior como especialista en Psicología Clínica se requiere una formación posterior de al menos 3 años que incluye formación clínica supervisada. En algunos países dentro de esta formación hay un campo específico de niños y adolescentes, en otros es independiente y en otros esta vinculada a la formación como psicoterapeuta⁽⁵³⁾.

- En Alemania la especialización en el campo de niños y adolescentes se obtiene como especialista en *Psicología Clínica-psicoterapia de niños y adolescentes*. La formación tiene una duración de tres años impartida por universidades e instituciones de prestigio. Hay un examen final para obtener el título.
- En Austria hay una especialización en Psicología Clínica regulada desde 1991. La especialización incluye 160 horas de formación teórica y 1480 horas de práctica clínica. De ellas al menos 800 horas se deben realizar en un dispositivo público de salud. Se exige 120 horas de supervisión de la práctica clínica. La formación teórica y la práctica clínica tienen que ser aprobadas por los Ministerios de Salud y Ciencia e Investigación y requiere también el visado del Psychologist Advisory Committee. No hay especialización independiente de niños y adolescentes.
- En Bélgica la formación especializada en Psicología Clínica requiere 3 años de práctica supervisada. No hay especialización independiente de niños y adolescentes.
- En Dinamarca hay formación especializada en Psicología Infantil de 3 años de duración con prácticas supervisadas.
- En Finlandia la formación especializada en el campo de niños y adolescentes se obtiene como especialista en psicoterapia. Se imparte por organizaciones profesionales y universidades. Tiene una duración entre 3 y 6 años dependiendo del grado de especialización con un examen final. Comprende entre 200 y 400 horas de formación teórica, trabajo clínico supervisado y psicoterapia personal
- En Francia se comienza un primer nivel de especialización en los últimos años de la licenciatura con un año de prácticas supervisadas en el campo elegido. Entre ellos figura la Psicología de niños y adolescentes.

Una vez obtenido el título se requiere formación adicional a través de estudios de postgrado configuran un quinto ciclo.

- En Grecia la formación especializada en Psicología clínica requiere entre 2 y 3 años de duración. No hay especialidad independiente de Psicología Clínica de niños y adolescentes.
- En Holanda la formación especializada en Psicología Clínica esta regulada desde 1997. Se realiza mediante estudios de postgrado en instituciones privadas con una fuerte selección para acceder a las plazas. La Psicología Clínica de niños y adolescentes es una subespecialidad dentro de la Psicología Clínica. La formación tiene una duración de cinco años y se exige estar trabajando como psicoterapeuta en el sector publico o privado con supervisión durante toda la formación. El sistema es similar al PIR.
- En Irlanda la formación especializada en Psicología Clínica se realiza mediante estudios de postgrado de entre 2-3 años de duración. Para obtener el título de especialista se exige pasar un examen de la Psychological Society of Ireland. No hay especialidad de niños y adolescentes independiente.
- En Italia la formación especializada en el campo de niños y adolescentes se obtiene como especialista en psicoterapia. La formación teórica y práctica tiene una duración de 4 años con un examen final. Se imparte por escuelas privadas en su mayoría y algunas escuelas universitarias. El título es necesario para trabajar en los servicios públicos.
- En Portugal la formación especializada en Psicología Clínica se obtiene como Técnico Superior en Salud mediante un sistema de rotaciones por servicios públicos parecido al sistema PIR. La formación teórica y clínica tiene al menos 4 años de duración. Para acceder a la formación especializada se precisa un examen de Estado. Dentro del sistema de rotaciones hay una específica con niños y adolescentes.
- En el Reino Unido el primer nivel de formación especializada en Psicología Clínica se obtiene con el Chartered Clinical Psychologist que requiere al menos tres años de formación y pasar un examen de la British Psychological Society. Posteriormente se accede al máximo nivel de especialización, con 3 años al menos de trabajo clínico supervisado en el sistema Nacional de Salud validado por la British Psychological society. La formación incluye también técnicas de psicoterapia. El sistema de formación es similar al PIR. Desde 1990 esta regulada también la

formación en psicoterapia de niños. De 4 años de duración, realizada en escuelas reconocidas por la Association of Child Psychotherapists.

- En Suecia la formación especializada en Psicología Clínica-psicoterapia se realiza mediante estudios de postgrado impartidos por asociaciones o universidades. Tiene una duración de 3 años. No está enfocada específicamente en el campo de niños y adolescentes sino en diagnóstico, tratamientos de psicoterapia, etc.
- En Suiza la formación especializada en Psicología Clínica está reglamentada por la asociación suiza de psicólogos-psicoterapeutas. La formación específica en niños y adolescentes requiere años de trabajo en un servicio de psiquiatría infantil o como asistente en una consulta privada de psicoterapia. Incluye formación teórica, supervisión y experiencia personal en psicoterapia. Se imparten en las universidades e instituciones privadas.

La formación en Psicología Clínica de Niños y Adolescentes en España

En 1995 aparece el informe, realizado por el Comité de Áreas de Capacitación Específica, en el que se establecen los criterios de configuración de las ACES como “El conjunto de conocimientos añadidos en profundidad y/o extensión a los recibidos en el periodo de formación como especialista y desarrollados sobre una parte del contenido de una o más especialidades”. En un principio se configuran como una subespecialidad dentro de los programas de formación de especialistas. Los proyectos posteriores de Decreto sobre ACES modifican en parte este planteamiento y el último, de junio de 2001, fija las características de las ACEs, los requisitos para el acceso, la acreditación de las Unidades Docentes, las características de los programas de formación y el proceso de homologación. Sin embargo el proyecto queda paralizado.

La Comisión Nacional de Psicología Clínica, siguiendo el planteamiento inicial, elabora en el año 2000 un borrador de ACE en Psicología Clínica de niños y adolescentes, configurándola como una capacitación específica dentro de la Especialidad de Psicología Clínica, a desarrollar en el sistema PIR. La duración de la formación prevista era de cuatro años. Dos previos de Psicología Clínica de adultos y dos de formación específica en niños y adolescentes, en los que se incluían los 6 meses de rotación obligatoria del programa PIR y los 6 meses opcionales en niños y adolescentes, y se ampliaba un año más. Además se planteaban la acreditación de Unidades Docentes con un programa y un equipo interdisciplinario específico, un programa de formación teórica y el sistema de homologación correspondiente.

Actualmente sin embargo las necesidades del Sistema Sanitario y las prestaciones establecidas por la Cartera de Servicios del sistema Nacional de Salud requieren una formación de mayor entidad y calidad para garantizar una adecuada atención a los ciudadanos⁽⁵⁴⁾. Es necesario configurar una especialidad en Psicología Clínica de niños y adolescentes. La especialidad se tiene que desarrollar, como el resto de las especialidades en Ciencias de la Salud, en Unidades Docentes Acreditadas y debe tener un programa teórico que contemple las siguientes áreas:

- Psicología del desarrollo de la infancia y adolescencia
- Desarrollo psíquico, normal y patológico de la infancia y adolescencia
- Relaciones familiares y entorno social. Situaciones de riesgo y maltrato
- Psicopatología de la infancia y adolescencia
- Introducción a las patologías pediátricas y sus implicaciones psíquicas
- Evaluación y psicodiagnóstico clínico
- Tratamientos psicoterapéuticos
- Psicofarmacología básica
- Trabajo en equipo y trabajo comunitario
- Sistemas de clasificación, epidemiología e investigación
- Aplicación de pruebas y tests psicológicos
- Aplicación de material de juego

Temas de legislación y ética

La formación teórica se tiene que complementar con un sistema de rotaciones por dispositivos específicos: Unidades, programas y/o equipos comunitarios de salud mental de niños y adolescentes, unidades de ingreso hospitalario, hospitales de día, comunidades terapéuticas, etc.⁽⁵⁵⁾.

5.4.3. *Enfermería Especializada en Salud Mental*

Los procesos de cambio en la atención a la salud que han tenido lugar en nuestro entorno en los últimos años han dado lugar a la puesta en marcha de sistemas de atención y cuidados cada vez más especializados, lo que ha supuesto para la profesión enfermera una constante evolución en el propio concepto de cuidar.

Por ello se abrió en nuestro país un proceso de adaptación con el fin de ofrecer cuidados de mayor calidad, lo que conlleva a la vez a la necesidad de desarrollar programas de formación específica en enfermería, dando como resultado la creación de nuevas especialidades. Entre ellas se encuentra la de enfermera especialista en Salud Mental, publicado el 6 de Mayo de 2005 por Real Decreto 450/2005 de 22 de Abril, en el que se deroga el anterior Real Decreto 992/1987.

Se pretende que la formación de Enfermeras especialistas asegure una mayor cualificación a la hora de la prestación de cuidados redundando en una mayor calidad de los mismos tanto prestados directamente a las personas, a las familias y a los grupos sociales. Todo ello en los diferentes niveles de la atención a la salud y a la Salud Mental, con la dotación de conocimientos y recursos suficientes para potenciar el área de investigación, de gestión y docencia, asumiendo responsabilidades en todos sus campos de actuación incluido el de prevención, promoción y educación para la salud.

El 4 de Agosto de 1998 se publicó, en el BOE núm.185, la primera convocatoria de la prueba selectiva para la formación de enfermeras especialistas en Salud Mental para el año 1999, al igual que la primera relación de las unidades docentes acreditadas y la oferta de plazas. En ese primer momento, solo fueron acreditadas cuatro comunidades autónomas (Andalucía, Asturias, Madrid y País Vasco) con un total de 21 plazas, todas ellas en servicios públicos asistenciales. Posteriormente, se ha ido ampliando progresivamente la oferta de plazas, llegando a 133 plazas en 2007.

La progresiva mejora de la formación de enfermeras especialistas en Salud Mental va a ir permitiendo la también progresiva especialización por áreas y de esta, manera se irá contemplando una formación más específica en los cuidados enfermeros en infancia y adolescencia, tanto en los aspectos preventivos como en los de atención.

En estos momentos de implantación y de desarrollo de las especialidades lo que podemos considerar más factible con las necesidades de la demanda social y sanitaria actual sería completar una formación más específica en la atención en salud mental en estas edades, con una formación teórico-práctica específica que contemple los objetivos y necesidades actuales de la demanda en salud mental de la infancia y adolescencia, por lo que en los diferentes programas y objetivos deberíamos incluir este grupo etario con las consiguientes rotaciones por los dispositivos y módulos teóricos específicos. Ello incluiría:

Programas específicos de intervención de Enfermería

- En Centros de Salud Mental
 - Programas con adultos
 - Programas con infancia y adolescencia.
- En Unidades de Hospitalización
 - Programas con adultos
 - Programas con infancia y adolescencia
- En Unidades de Rehabilitación

- Programas con adultos
- Programas con infancia y adolescencia.

Todo ello de acuerdo con los objetivos generales del programa de formación que establecen que la formación de los enfermeras especialistas de Salud Mental deberá garantizar que al terminar la formación serán capaces, también en este campo, de:

- Profundizar en las ciencias que conforman la base de la enfermería de Salud Mental, de acuerdo con el concepto de atención integral que cubre las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de los pacientes y familias en su comunidad de pertenencia.
- Conocer y ampliar los métodos enfermeros en Salud Mental y capacitarlos para la elección de un método terapéutico apropiado a la edad, situación, circunstancias del paciente y de acuerdo con los diagnósticos de enfermería formulados.
- Reconocer que el producto final de la atención al paciente es el resultado de las interacciones de éstos con los miembros del equipo interdisciplinar y de las que se producen entre los propios integrantes del equipo.
- Tener conciencia de su identidad profesional y conocimiento de los derechos y deberes éticos y legales propios de la profesión.
- Desarrollar y colaborar en procesos educativos dirigidos a pacientes, familias, profesionales y grupos significativos del mundo comunitario.
- Conocer la legislación vigente en materia de Salud Mental.
- Investigar en el campo de la Enfermería en Salud Mental y participar en otros proyectos de investigación interdisciplinar.
- Organizar y administrar servicios de Salud Mental.
- Conocer las líneas políticas sanitarias y sociales que le permitan asesorar en calidad de expertos y decidir estrategias en el marco de Salud Mental.

Los tiempos de rotaciones asistenciales por los dispositivos deberán dar respuesta a las necesidades actuales de atención a la salud mental de la infancia y adolescencia en los diferentes ámbitos de intervención:

- Atención Comunitaria
 - En programa de Adultos
 - En programa de Infancia y adolescencia
 - Programa de Drogodependencias
- Atención Especializada

- Unidad hospitalaria.
- Unidad de Rehabilitación
- Investigación, Ética y legislación

En la actualidad, y con la actual duración de la residencia de 12 meses, lo que es factible y sería deseable es completar y profundizar en la formación teórico-práctica en los contenidos de salud mental de la infancia y adolescencia que contempla la formación de enfermeras especialistas en salud mental, en etapas sucesivas pueden plantearse alternativas en la especialidad.

5.4.4. *Puntos críticos*

1. La ausencia de una especialidad de Psiquiatría y de Psicología Clínica de niños y adolescentes a través del sistema MIR/PIR hace que no se pueda garantizar que los psiquiatras y psicólogos clínicos que atienden al niño tengan la formación y experiencia necesaria en este campo.
2. No hay representantes de los profesionales dedicados a la salud mental del niño y adolescente en las Comisiones Nacionales de las especialidades, con lo que no está garantizado que los planteamientos de los mismos sean adecuadamente planteados y defendidos.
3. En algunas comunidades autónomas, los niños derivados por el pediatra o el médico de atención primaria, son atendidos primero por el psiquiatra o psicólogo clínico de adultos antes de acceder al psiquiatra o psicólogo de niños y adolescentes.
4. Los responsables de los dispositivos que atienden a niños y adolescentes son en su mayor parte psiquiatras y psicólogos clínicos de adultos, lo que supone una menor sensibilización e implicación en las necesidades y problemas de este grupo de población.
5. España incumple las recomendaciones de todos los organismos europeos sobre este tema siendo un caso anacrónico que no se corresponde con el nivel económico ni con la calidad del sistema público de salud.
6. La formación pregrado, postgrado y continuada en salud mental de niños y adolescentes, que se oferta a los profesionales sanitarios que trabajan con este grupo etario, no está regulada, es muy heterogénea y deficiente.

5.4.5. *Recomendaciones*

1. La salud mental de niños y adolescentes debe constituir un área específica de formación en todos los países europeos.

2. Configurar las especialidades de Psiquiatría y Psicología Clínica de niños y adolescentes como el resto de las especialidades en Ciencias de la Salud, a través del sistema MIR/PIR, en Unidades Docentes Acreditadas, con un programa de formación e investigación específico y un circuito de rotaciones.
3. Considerar dentro del circuito de rotaciones los servicios de pediatría y las unidades de pediatría de atención primaria.
4. Constituir las Comisiones Nacionales de Psiquiatría y Psicología Clínica de niños y adolescentes.
5. Regular y mejorar la formación continuada en salud mental de niños y adolescentes de los profesionales sanitarios.
6. Mejorar la formación en salud mental de niños y adolescentes de otros especialistas en formación, contemplando un periodo de rotación por Unidades de salud mental infantil (MIR de pediatría, Médicos de Familia, Neurología, etc.).

5.5. Investigación

5.5.1. Situación actual: en Europa y en España

Hace aproximadamente una década, entre los profesionales de la comunidad internacional, la investigación en Psiquiatría y Psicología Clínica del niño y del adolescente quedaba en un segundo término en comparación con la de población adulta, en gran parte por considerarse que eran una población vulnerable y había que aportar justificaciones adicionales para poder investigar en esas edades. Incluso los estudios con nuevos fármacos se realizaban siempre en adultos y se utilizaban en niños sin haber controlado suficientemente su eficacia y seguridad. Sin embargo en los últimos años se le ha dado una gran importancia en todos los países desarrollados, considerándose que es necesaria la investigación en niños dado que los datos de adultos no son siempre extrapolables. Se ha considerado que el no investigar específicamente en niños había llevado a errores conceptuales, de diagnóstico y tratamiento de los trastornos que aparecen a edades tempranas.

En España sin embargo, la investigación en estas edades se ha quedado atrás en comparación con otros países y aún está muy poco desarrollada. Ello probablemente no se puede desligar de la falta de especialidad con la falta de formación que conlleva y la escasez de recursos asistenciales en algunas comunidades. Existen algunos grupos que llevan a cabo proyectos de investigación

(generalmente coincidiendo con la disponibilidad de recursos específicos infanto-juveniles) y de entre ellos sólo unos pocos consiguen publicar sus trabajos en revistas internacionales con elevado factor de impacto. Sin embargo, la investigación en niños debe ser muy rigurosa y cumplir requisitos como garantizar una protección máxima del paciente, estar adecuadamente optimizada con estudios bien diseñados que planteen preguntas relevantes para el diagnóstico y el tratamiento y además seguir escrupulosamente el marco legal establecido.

5.5.2. *Puntos críticos*

Los principales problemas serían que:

- La mayoría de profesionales están ya muy desbordados por la asistencia.
- No se valora suficientemente la investigación para la promoción de los profesionales.
- No se dan facilidades especiales a los profesiones para potenciar la investigación (horarios específicos, espacios) ni a los centros (más recursos).
- Los Comités Éticos no son expertos en psiquiatría y psicología clínica infantil, hay todavía muchos prejuicios al respecto.
- Existe además un prejuicio respecto a la realización de estudios de investigación en niños que implica a la sociedad en general, a las familias e incluso a algunos profesionales.
- Hay una notable escasez de investigación en áreas relacionadas con la Salud mental y los estilos de vida cuando no están relacionadas con tratamientos farmacológicos

5.5.3. *Recomendaciones*

Para promocionar la investigación en Psiquiatría y Psicología Clínica Infantil debería establecerse un marco legal claro que de cobertura a la investigación en niños además de llevar a cabo la acreditación de centros para realizar investigación de calidad. Los comités éticos de los centros deben contar con miembros especializados en estas edades para la adecuada evaluación de los proyectos. Se debe incentivar a los centros y a los profesionales para que realicen investigación de calidad (más personal, infraestructura, promoción) y para la coordinación entre clínicos y básicos para llevar a cabo estudios que aporten avances significativos⁽⁵⁶⁾.

5.6. *Sistemas de registro e información sobre la salud mental de niños y adolescentes*

Si se quiere planificar adecuadamente es imprescindible la implantación de un sistema de recogida de datos e información que permita, en primer lugar, la elaboración de estudios epidemiológicos, así como conocer las necesidades reales de atención en salud mental de los niños y adolescentes y sus familias.

Este Sistema de Información, conforme a la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud⁽¹⁾, ha de ser igualitario en todo el estado español y ayudará a la mejora de la calidad asistencial.

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud, en el Atlas de los recursos de salud mental de niños y adolescentes⁽¹⁰⁾ expresa que, sólo en tres países se recogen datos sobre la atención a la salud mental de niños y adolescentes en la memoria anual del Sistema de Salud Nacional del país. El Atlas también señala la falta de sistemas adecuados para la recogida de datos en cuestiones específicas relacionadas con la evaluación de los servicios de salud mental de niños y adolescentes. Así mismo, señala la ausencia de la capacidad para reunir, coherente y significativamente datos epidemiológicos ya que no existe una nomenclatura ni metodología estandarizada que permita una comparación de datos⁽¹⁰⁾.

5.6.1. Situación actual: en Europa y en España

Situación en Europa:

La Declaración Europea de Salud Mental⁽²⁸⁾ manifiesta la necesidad de “evaluar la situación de la atención a la salud mental, así como las necesidades de la población, de forma que posibilite el análisis comparado nacional e internacionalmente”. En el Plan de Acciones manifiesta la necesidad de establecer indicadores y sistemas de recogida de datos comparables para poder desarrollar una buena política y práctica en salud mental. Insta a desarrollar indicadores de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental, además de controlar los programas, servicios y sistemas existentes. Por último, para enfrentar los próximos retos, plantea que cada Estado Miembro se comprometa a “definir un grupo de indicadores de los determinantes y la epidemiología de la salud mental, útiles para el posterior diseño y desarrollo de los servicios en relación con otros Estados Miembros”⁽²⁸⁾.

La Comisión de las Comunidades Europeas, en su Libro Verde⁽²⁹⁾ denuncia que los actuales sistemas de vigilancia de la salud dedican poca atención a la salud

mental y propone, impulsar en Europa una política en materia de sociedad de información y medios de comunicación para el desarrollo de herramientas basadas en tecnologías de la información y la comunicación y que puedan ser utilizadas en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las personas con una enfermedad mental. Específicamente, el Libro Verde propone “armonizar indicadores de salud mental pertinentes para la Unión Europea, la vigilancia de la salud mental y las prioridades de investigación a nivel de la Unión Europea”⁽²⁹⁾.

Situación en España

Según manifiesta la Estrategia del Sistema Nacional de Salud⁽¹⁾, no existe un Sistema de Información en salud mental que recoja la actividad asistencial en cada Comunidad Autónoma. Así mismo también señala que sólo se centraliza información sobre el proceso de hospitalización en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria. Las únicas CCAA que disponen de un Registro de Casos Psiquiátricos convencional en toda la Comunidad Autónoma son las de Asturias, La Rioja y el País Vasco⁽¹⁾.

En la Estrategia⁽¹⁾ se describen las CCAA que disponen de un registro de casos psiquiátricos en lo que se incluyen información sobre la atención de niños y adolescentes con problemas de salud mental. Estos datos se centran, exclusivamente, en las unidades de salud mental infanto-juveniles. No existe ninguna información sobre los restantes dispositivos de la red de atención a la salud mental de niños y adolescentes.

Respecto a los nuevos modelos de gestión, la gestión clínica en salud mental tiende a la “implementación y desarrollo de procesos asistenciales integrados de salud mental... que va a posibilitar el establecimiento progresivo de indicadores de calidad... y criterios de efectividad y eficiencia”⁽⁵⁸⁾. Los nuevos modelos de gestión plantean que los servicios de salud mental se conformen como unidades de gestión. Lo importante es la atención, en los dispositivos de la red de salud mental, a las diferentes patologías de manera integral y continuada, en coordinación con atención primaria de salud y con los recursos sociales y comunitarios. Como señala del Pino⁽⁵⁸⁾ los sistemas de información son importantes para minimizar la subjetividad y garantizar una adecuada medición de indicadores y evaluación de resultados.

5.6.2. Puntos críticos

- La planificación de la atención a la salud mental de niños y adolescentes debe configurarse a través de la implementación de indicadores de medición del proceso asistencial integral. Sin embargo, no existe en las

CCAA un sistema de información estandarizado y con características específicas para el registro y la evaluación de todos los dispositivos de la red de atención a la salud mental de la infancia y adolescencia.

- No se dispone de información sobre epidemiología de los trastornos psíquicos en niños y adolescentes en todas las CCAA.
- No se dispone de información, sobre todo, de los trastornos más graves en niños y adolescentes (Autismo, Psicosis y Trastornos Generalizados del Desarrollo) en todas las CCAA.
- No se dispone de información sobre los Programas, Procesos asistenciales y/o Guías de Práctica Clínica, eficientes y eficaces, en niños y adolescentes con problemas de salud mental.

5.6.3. Recomendaciones

1. Debería crearse, dentro del sistema de registro e información general de salud mental de cada comunidad autónoma, unos indicadores específicos y homogéneos en la atención a la salud mental de niños y adolescentes que puedan garantizar la realización de estudios comparativos entre CCAA. Así mismo, para que el sistema de información pueda ser comparable entre todas las CCA, la atención debe prestarse al mismo sector poblacional, por lo que se recomienda la inclusión de toda la población de 0 a 18 años en la atención a niños y adolescentes.
2. Estos indicadores específicos en salud mental de niños y adolescentes, que se aplicaran en todas las CCAA, estarán basados en la confidencialidad y el respeto de los derechos de los niños y adolescentes y sus familias.
3. Los sistemas de información de la red de atención a la salud mental de niños y adolescentes debe contener información tanto del proceso integral como de las funciones y responsabilidades de los diferentes sectores que participan en el proceso.
4. Es necesario la elaboración de indicadores para la evaluación de la calidad de la asistencia prestada en los dispositivos de la red de niños y adolescentes con problemas de salud mental.

En general, los sistemas de registro e información de la atención a niños y adolescentes con problemas de salud mental deberían aportar datos a varios niveles:

- a) Población general: Situación de la salud mental en la población de la infancia y adolescencia general que ayude en a la realización de investigaciones epidemiológicas.

- b) Red de atención a la salud mental de la infancia y adolescencia: Para el conocimiento de la situación de la atención a la salud mental en la población de niños y adolescentes en todas las CCAA, análisis de la organización de los dispositivos, así como de todas sus actividades (asistenciales, de coordinación, docencia e investigación).
- c) Proceso asistencial individual: El sistema de información ha de ser centrado en el paciente, es decir, individualizado y longitudinal que permita el análisis del proceso asistencial integral y continuo e identifique las funciones y responsabilidades de todos los sectores implicados en dicho proceso (sanitarios, sociales, educativos, judiciales, etc.).

6. Conclusiones y recomendaciones finales

1. Promoción de hábitos de buena crianza desde el inicio del embarazo y primera infancia favoreciendo los factores de protección y disminuyendo los de riesgo.
2. Aplicación de medidas de diagnóstico e intervención precoz de eficacia reconocida coordinadas con otras disciplinas en patologías graves y situaciones de alto riesgo en las distintas etapas del desarrollo.
3. Impulsar medidas formativas específicas para profesionales sanitarios, educativos, jurídicos, de los servicios sociales y de los medios de comunicación con el fin de erradicar el estigma y la discriminación.
4. Desarrollar una red específica y especializada de calidad para la atención de 0 a 18 años, asegurando la accesibilidad y la equidad en todo el estado, siguiendo el modelo de atención comunitaria y contando con las asociaciones de familiares y profesionales, en la planificación, desarrollo, control y gestión de los recursos asistenciales..
5. Desarrollar la cartera de servicios del sistema nacional de salud en los aspectos específicos de la atención a niños y adolescentes.
6. Consensuar criterios diagnósticos y guías de práctica clínica a fin de reducir la variabilidad clínica injustificada y mejorar la calidad de la atención.
7. Establecer y regular la coordinación entre los departamentos de salud, servicios sociales, educación y justicia así como su articulación en el área de salud.
8. Impulsar la creación de las especialidades de Psiquiatría y Psicología Clínica de Niños y Adolescentes, con sus correspondientes estructuras docentes y asistenciales.
9. Fomentar la investigación básica, traslacional y aplicada en salud mental y desarrollo de niños y adolescentes.
10. Poner en marcha sistemas de información específicos de trastornos mentales en niños y adolescentes y de recursos terapéuticos y asistenciales con indicadores homogéneos en todo el territorio nacional.

Anexo 1. Puntos críticos

La siguiente relación de puntos clave fue consensuada entre los miembros del grupo redactor mediante una metodología Delphi y sirvió para orientar el trabajo posterior. Se definieron veintiséis puntos clave correspondientes a once apartados

Capacitación de los profesionales de la salud mental de niños y adolescentes

1. La ausencia de una especialidad de Psiquiatría y de Psicología Clínica de niños y adolescentes a través del sistema MIR/PIR hace que no se pueda garantizar que los psiquiatras y psicólogos clínicos que atienden al niño tengan la formación y experiencia necesaria en este campo.
2. No hay representantes de los profesionales dedicados a la salud mental del niño y adolescente en las Comisiones Nacionales de las especialidades, con lo que no está garantizado que los intereses de los mismos sean adecuadamente planteados y defendidos.
3. En algunas comunidades autónomas, los niños derivados por el pediatra o el médico de atención primaria, son atendidos primero por el psiquiatra o psicólogo clínico de adultos antes de acceder al psiquiatra o psicólogo de niños y adolescentes.
4. Los responsables de los dispositivos que atienden a la población infanto-juvenil son en su mayor parte psiquiatras y psicólogos de adultos, lo que supone una menor sensibilización e implicación en las necesidades y problemas de este grupo de población.
5. España incumple las recomendaciones de todos los organismos europeos sobre este tema siendo un caso anacrónico que no se corresponde con el nivel económico ni con la calidad del sistema público de salud.

Recursos

6. Numerosas comunidades autónomas tienen una red específica de salud mental infanto-juvenil poco desarrollada y con una dedicación de recursos muy por debajo de lo que sería necesario según los datos epidemiológicos disponibles. El número de profesionales es insuficiente para garantizar una atención de calidad, así como los dispositivos de hospitalización parcial y las unidades de hospitalización para los menores de 18 años.
7. No existen *urgencias psiquiátricas* específicas para niños y adolescentes, lo que supone que la demanda urgente sea atendida por psiquiatras sin formación en psiquiatría del niño y adolescente.

8. Es de destacar la ausencia de unidades para tratamientos prolongados específicos para niños y adolescentes.
9. Las consultas con horario de mañana, dificultan el cumplimiento del tratamiento psicoterapéutico de los menores en edad escolar, por la ausencia repetida y continua a clase.
10. La carencia de equipos interdisciplinarios dificulta que se den respuestas integrales y ajustadas a la problemática derivada de los trastornos mentales en la infancia y adolescencia.

Coordinación

11. Existen serias deficiencias de coordinación entre las diferentes instituciones y profesionales que atienden a los menores: salud mental, atención primaria, servicios sociales, educativos y de justicia.
12. Existen enormes dificultades para atender de manera integral a los niños y adolescentes que presentan necesidades especiales en salud mental, tanto en el plano sanitario, como social y educativo.

Docencia

13. La formación de pregrado, postgrado y continuada en salud mental infanto-juvenil, que se oferta a los profesionales sanitarios que trabajan con niños y adolescentes, no está regulada, es muy heterogénea y deficiente.

Investigación

14. Los recursos destinados a la investigación en estos tramos de edades están muy por debajo de los destinados a los adultos, y en consecuencia son muy pocos los equipos de salud mental infanto-juvenil, cuyos trabajos de investigación den lugar a publicaciones de impacto.

Prevención y promoción

15. Faltan programas de prevención primaria en salud mental infanto-juvenil.
16. Existen grandes deficiencias en la detección precoz y el abordaje temprano de los trastornos mentales de niños y adolescentes, consecuen-

cia de la falta de formación y medios de pediatras, médicos y educadores para detectar y orientar los problemas más prevalentes de salud mental.

17. Existe una escasez de programas de promoción y prevención de la salud mental del niño y adolescente y su aplicación junto con atención primaria y otros profesionales a niños de 0-3 años, a familias con niños de alto riesgo psicosocial (servicios sociales y escolares) o alto riesgo neuro-psicológico (servicios de neonatología), programas de embarazo y parto (psicosis y depresión postparto), psiquiatría de adultos (hijos de padres y madres con patologías importantes). No hay una sistematización de planes de atención temprana (por definición, interdepartamentales)

Falta de equidad

18. El modo de acceso a los servicios de salud mental de niños y adolescentes es muy diferente en las distintas comunidades autónomas, e incluso en las distintas áreas sanitarias de una misma comunidad, produciéndose situaciones de falta de equidad entre la población.

Sistemas de información

19. No disponemos en España de una buena información sobre la epidemiología de los trastornos psiquiátricos del niño y adolescente, incluidos los más graves (TGD y autismo, psicosis puberales, tentativas de suicidio y otros).
20. Carecemos de unos sistemas de información e indicadores de calidad, que nos faciliten la evaluación de la demanda y de la atención prestada, y nos orienten hacia nuevos modelos y estrategias.

Variabilidad clínica

21. Existe una gran variabilidad clínica y no es habitual basar el tratamiento de los trastornos mentales en estudios controlados y con una práctica clínica basada en la evidencia.
22. Carecemos de estudios sobre la aplicación de tratamientos y evaluación de los resultados.

23. La desigual formación (en cantidad y en orientaciones) en el terreno del diagnóstico y de las indicaciones terapéuticas repercute seriamente en la eficacia y calidad de la atención a los pacientes.

Familias

24. Las deficiencias del sistema de atención a la salud mental de niños y adolescentes provocan un gran sufrimiento en sus familias, una peor evolución de los trastornos, y constituyen una carga para toda la sociedad.
25. Han surgido numerosas asociaciones de familiares afectados y hay una mayor sensibilidad social acerca de problemas específicos (TDAH, autismo y TGD, anorexia, y ahora “Asperger”, “acoso-bullyng”...) exigiendo una respuesta mucho más eficaz y rigurosa de la sanidad pública.

Anexo 2. Disposiciones legales que afectan a la atención en salud mental de niños y adolescentes

Es importante para los diferentes profesionales que trabajan en dispositivos asistenciales de salud mental, conocer la legislación vigente sobre los derechos de los niños y adolescentes. A continuación se citan algunas leyes de aplicación internacional y estatal; unas hacen referencia a requisitos para mejorar las condiciones de vida de los niños, otras más específicas regulan situaciones concretas como la adopción, el ingreso psiquiátrico de los menores, la protección y atención de los niños y adolescentes maltratados o abusados, la responsabilidad penal de los menores, los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, etc.

A) *Ámbito Internacional*

- La Convención sobre los Derechos de los Niños, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 20-11-1989. La adhesión de España fue publicada en el BOE de 31-12-1990. Regula los derechos de los niños para la mejora de sus condiciones de vida en todos los países⁽⁵⁹⁾.
- La Carta Europea de Derechos del Niño, Resolución A3-0172/92 del Parlamento Europeo⁽⁶⁰⁾.
- Convenio firmado en la Haya el 29-5-1993, relativo a la protección del niño y a la cooperación en materia de adopción internacional. Ratificado por España el 11-7-1995⁽⁶¹⁾.

B) *Ámbito Estatal*

- La Constitución Española de 1978, en el Art. 39, menciona la protección a la infancia, en el apartado 4, dice: “los niños gozaran de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos”⁽⁶²⁾.
- Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril, en el título I, el capítulo III sobre la salud mental, dice el artículo 20: “...se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil...”⁽³⁶⁾.
- El Código Civil en el título X, regula la tutela, curatela y guarda de los menores o incapacitados, modificado en materia de adopción, tutela y guarda por la ley de 21/87, de 11 de noviembre de 1987, y modificado en materia de filiación y patria potestad por la ley de 11/81, de 13 de mayo de 1981⁽⁶³⁾.

- La Ley de enjuiciamiento Civil 1/2000, de 7 de enero, deroga el artículo 211 del Código Civil, que viene a ser sustituido por el artículo 763 de la ley 1/2000, que dice sobre el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. El internamiento de los menores, se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor⁽⁶⁴⁾.
- El capítulo V, de la ley de Enjuiciamiento Civil, se refiere a las resoluciones administrativas en materia de protección de menores, y ciertos aspectos sobre la adopción⁽⁶⁴⁾.
- El Código Penal aprobado por la ley orgánica 10/95, de 23 de noviembre de 1995. Tipifica distintos delitos y faltas: Maltrato físico, abandono familiar, abandono de menores, corrupción de menores, exposición de niños, parricidio, incesto, mendicidad, violación⁽⁶⁵⁾.
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor. Esta ley configura el marco jurídico para el ejercicio de la protección de los menores, obligación que tienen los poderes públicos por mandato constitucional. Regula sus actuaciones, recoge la obligación de denunciar, y de prestar auxilio inmediato; proclama el interés superior del niño, que deberá respetarse en cualquier actuación relacionada con los menores. Aborda una profunda reforma de las tradicionales instituciones de protección del menor reguladas en el Código Civil⁽⁶⁶⁾.
- Ley orgánica 14/1999, de 9 de junio, modifica en su artículo 2.1, el artículo 153 del Código Penal, relativo a quienes ejercen violencia sobre los hijos sujetos a su potestad, tutela, curatela o guarda de hecho⁽⁶⁵⁾.
- Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores⁽⁶⁷⁾. Su Reglamento de desarrollo, fue aprobado por Real Decreto 1774/2004, de 30 de julio, en el artículo 16, sobre tratamiento ambulatorio, dice:
*“Para elaborar el programa individualizado de la ejecución de la medida, la entidad pública designará el centro, servicio o institución más adecuada, a la problemática detectada objeto de tratamiento, entre los más cercanos al domicilio del menor en los que exista plaza disponible.
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. 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 acudir al centro, o institución designada para su tratamiento.

Cuando el tratamiento tenga por objeto la deshabituación del consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotropas, y el menor no preste su consentimiento para iniciarlo, o una vez iniciado, lo abandone, o no se someta a los controles establecidos, la entidad pública lo pondrá en conocimiento del juez de menores”.

La Ley Orgánica Reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores, deriva a las Comunidades Autónomas, la ejecución de las medidas judiciales, impuestas a los menores de edad penal, entre estas medidas se encuentran las de internamiento, que se realizan en centros de ejecución de medidas judiciales en régimen cerrado, semiabierto, abierto o en centros de internamiento terapéutico⁽⁶⁸⁾.

- 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. En el artículo 9 dice: “se otorgará el consentimiento por representación cuando el paciente menor de edad 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 tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente⁽⁴⁴⁾.
- Ley Orgánica 1/2004, 28 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. El artículo 5. dice: “...las administraciones competentes deberán prever la escolarización inmediata de los hijos que se vean afectados por el cambio de residencia derivada de actos de violencia de género”. En el Artículo 19, se indica que los servicios sociales deben prevenir y evitar, las situaciones que puedan comportar daños psíquicos y físicos a los menores que viven en entornos familiares donde existe violencia de género. El artículo 65, dice: “el juez podrá suspender para el inculpado por violencia de género el ejercicio de la patria potestad o de la guarda y custodia, respecto de los menores a que se refiera”.

Según el artículo 66 el juez puede suspender las visitas del inculcado por violencia de género a sus descendientes⁽⁶⁹⁾.

C) *Ámbito profesional*

- Código de Deontología y Ética Médica, en su artículo 30.2 indica: el médico que conociere que cualquier persona y más un menor o incapacitado, para cuya atención ha sido requerido, es objeto de malos tratos, deberá poner los medios necesarios para protegerlo, poniéndolo en conocimiento de la autoridad correspondiente⁽⁷⁰⁾.
- Código Deontológico de la Enfermería Española en su Capítulo VII, artículo 39, señala que la enfermera denunciará y protegerá a los niños de cualquier forma de abusos y denunciará a las autoridades competentes los casos de los que tenga conocimiento⁽⁷¹⁾.

Bibliografía

1. MSC. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Dirección General de la Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
2. Organización Mundial de la Salud. Child and adolescent mental health policies and plans. Geneva: OMS; 2005.
3. Mardomingo M. Psiquiatría para padres y educadores. Madrid: Narcea; 2003.
4. Tsuang. Textbook of Psychiatric Epidemiology. New York: John Wiley and Sons; 1995.
5. Cauffman E. A statewide screening of mental health symptoms among juvenile offenders in detention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2004;43:430-439.
6. Offord D. Lowering the burden of suffering from child psychiatric disorder: Tradeoffs among clinical targeted and universal interventions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1998;3:686-694.
7. Mardomingo M. Entorno familiar y psicopatología. La armonía añorada. In: Mardomingo M, editor. *Psiquiatría para padres y educadores*. Madrid: Narcea; 2003. p. 155-194.
8. Mardomingo M. Historia de la Psiquiatría del niño y del adolescente. In: Mardomingo M, editor. *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Díaz de Santos; 1994. p. 3-18.
9. Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana. Situación de las personas que padecen enfermedades mentales y de sus familias. Informe especial a las Cortes Valencianas. Valencia: Comunitat Valenciana; 2006.
10. Organización Mundial de la Salud. Atlas: child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future: OMS; 2005.
11. Kessler R. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Study Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):593-602.
12. Levav I. Psychiatric services and training for children and adolescents in Europe: Results of a country survey. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004;13:395-401.
13. Gómez-Beneyto M, Bonet A, Catalá M. The prevalence of child psychiatric disorders in the city of Valencia. *Acta Psichiatr Scand*. 1994;89:352-357.
14. Franco C, Arango C. Prevalencia de trastornos mentales en niños y adolescentes. *Monografías de Psiquiatría*. 2004;3:19-27.
15. Shattock P. Descripción del Autismo. *Autismo-Europa*. 2000. p. 1-14.
16. Andrés M, Catalá M, Gómez-Beneyto M. Estudio de la prevalencia del TDAH en niños de 10 años residentes en el municipio de Valencia. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiat*. 1995;23:184-188.
17. Fleming JE, Offord DR. Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990;29(4):571-580.
18. Polaino A, Doménech E. Prevalence of childhood depression: results of the first study in Spain. *J Child Psychol Psychiatry*. 1993;34:1007-1017.
19. Canals J. A longitudinal study of depression in an urban Spanish pubertal population. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1995;4:102-111.
20. Jiménez-Bueno M, Cabrero E, Porres D, Luna J. Weekends adolescent alcohol use in Alicante. *Adicciones*. 1997;9(2):171-179.
21. Ariza C, Nebot M, Villalbi J, Diez E, Tomas Z, Valmayor S. Trends in tobacco, alcohol, and cannabis consumption among secondary school pupils in Barcelona, Spain 1987-1999 *Gaceta Sanitaria*. 2003;173(190-195).
22. Lora N, Ruiz R, Jiménez J, Perula L, Vicente J, Rodríguez F. Prevalence of drug use among students from Cordoba. *Adicciones*. 1996;82:219-234.

23. Toro J. El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Ariel, ; 1996.
24. Keel P, Mitchell J. Outcome in bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry. 1997;154:313-321.
25. Roberts E. Prevalence of Psychopathology Among Children and Adolescents. Am J Psychiatry. 1998 155:715-725.
26. Durlak J. Common risk and protective factors in successful prevention programs. American Journal of Orthopsychiatry. 1998;68:512-520.
27. Keating D, Hertzman C. Developmental health and the Wealth of Nations: Social, Biological and Educational Dynamics. New York: The Guilford Press; 1999.
28. Organización Mundial de la Salud. Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions: report from the WHO European Ministerial Conference of Helsinki. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005.
29. Health and Consumer Protection Directorate-General. SANCO. Green Paper. Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. Brussels: European Communities; 2005.
30. EU EC. Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A Policy for Europe. The state of the Mental Health in the Europe. Geneva: Comisión of the European Communities; 2004.
31. Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. Declaración sobre el tratamiento de los trastornos mentales graves de niños y adolescentes (autismo, psicosis infantiles, trastornos generalizados del desarrollo. Congreso Nacional de SEPYNA; 2005; A Coruña; 2005.
32. Salvador I. Modelo Asistencial Integrador. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2001;80:11-118.
33. Organización Mundial de la Salud. Conclusions from Pre-conference "The Mental Health of Children and Adolescents". Luxembourg: European Comisión, WHO European region and the Ministry of Health of Luxembourg.; 2004.
34. Organización Mundial de la Salud MS. Manual de Recursos de la Organización Mundial de la Salud sobre Salud Mental: Derechos Humanos y Legislación.: OMS; 2006.
35. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Madrid: MSC, Secretaria General Técnica; 1985.
36. Ley General de Sanidad. Ley de 25 de Abril. Gobierno de España; 1986.
37. Salvador Sánchez I. El observatorio de salud mental: análisis de los recursos de salud mental en España. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2005;Nº monográfico 93.
38. Salvador Sánchez I. El Observatorio de salud mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría: Análisis de la situación de la atención a la salud mental en las Comunidades Autónomas a diciembre de 2005. Madrid: AEN; 2007.
39. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Guía de Recursos de la Salud Mental Infanto-juvenil (Junio 2006) hospitalarios y ambulatorios de la Sección de Salud Mental Infanto-Juvenil de la AEN.
40. Real Decreto de 15 de Septiembre por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado nº 222 2006 (16-09-2006).
41. Bravo Ortíz M. Hacia una atención comunitaria de Salud mental de calidad: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2000.

42. Guíasalud. Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud, .
43. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Libro Blanco de la Atención Temprana. Madrid: Grupo de Atención Temprana RPPAPM; 2000.
44. Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligación en materia de información y documentación clínica. BOE 15-11-02; 2002.
45. Escudero Alvaro C. La Psicología Clínica en el marco de las transformaciones sociales y sanitarias. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 1998;67: 3-5.
46. Olabarria González B. Para una historia del PIR o la Psicología Clínica como especialidad sanitaria: el proceso de institucionalización. Valencia. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 1998;1(55-72).
47. Escudero Alvaro C, Olabarria González B. La Psicología Clínica en el marco de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2000;75.
48. Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. Valoración sobre la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud. AEPCP. 2006.
49. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Especialidad en Psicología Clínica de niños y adolescentes. Documento de trabajo. 1996
50. Comisión Nacional de Psicología Clínica. Programa para la formación de especialistas en Psicología Clínica. CNPC. 2003.
51. Escudero Alvaro C, Pardo N. La Psicología Clínica en la atención a niños y adolescentes. En: AEN,. La Psicología Clínica en los Servicios Públicos; 1997. p. 33-36.
52. Comisión of the European Communities. XV General Direction of the European Commission. Directives 89/48. Psychology in Europe. 2002.
53. Europsy. Una propuesta marco para la educación y la formación del psicólogo en Europa. 2007.
54. Escudero Alvaro C, Serrano Guerra E. La formación de especialistas y del equipo terapéutico en salud mental de niños y adolescentes. In: Neuropsiquiatría AEd, editor. En La Formación de los profesionales de la salud mental en España. Madrid; , 2003.
55. Asociación Española de Psicología Clínica y Psicoterapia AEdPCyP. Propuesta para la formación universitaria en Psicología y para la formación sanitaria especializada en Psicología Clínica. 2005.
56. Costello E, Egger H, Angold A. 10-Year Research Update Review: The epidemiology of child and adolescent psychiatry disorders: I. Methods and public health burden. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2005;44:972-986.
57. Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE nº 128; 2003.
58. Pino López R. Gestión Clínica en salud mental. In: Espino Granado J, editor. La atención a la salud mental en España Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. p. 136-139.
59. Convención sobre los Derechos de los Niños. B.O.E. 31-12-1990; 1990.
60. Carta Europea de Derechos del Niño del Parlamento Europeo.; 1992.
61. Convenio de la Haya 29-5-1993, sobre la protección del niño y a la cooperación en materia de adopción internacional. 1993.
62. Constitución Española. 1978.
63. Código Civil 1987.
64. Ley de Enjuiciamiento Civil. BOE núm 7; 2000.

65. Código Penal. 1999.
66. Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor.; 1996.
67. Ley Orgánica reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores BOE nº 11, 13 2000.
68. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. II Plan de atención a la infancia y adolescencia 2002-2006. IMMF.Consejería de Servicios Sociales; 2007. p. 280-283.
69. Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.: BOE núm 313; 2004.
70. Código Español de Deontología y Ética Médica.
71. Código Deontológico de la Enfermería Española.