

PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

PROGRAMA DE SALUD MENTAL
DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA



Plan Integral
de Salud Mental
de Andalucía



JUNTA DE ANDALUCÍA

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

**PROGRAMA DE ATENCION
A LA SALUD MENTAL
DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA**

Programa de Salud Mental
Dirección General de Asistencia Sanitaria
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

Edición 2010

Autoría:

Grupo Director de Infancia y Adolescencia del Programa de Salud Mental:

Lourdes Sánchez García (Coordinadora)
Marta Báez López
Pablo García Túnez
M^a Dolores Gómez García
Manuel Herrera Rodríguez
Alma Dolores Martínez de Salazar Arboleas
M^a Isabel Rodríguez Nadal
Vicente Sánchez Vázquez
M^a Luisa Vidal Verdú

Revisión:

Rafael del Pino López
M^a Paz Conde Gil de Montes
Pablo G^a-Cubillana de la Cruz
Antonio Garrido Porras
Mariano Hernán García

Colaboración:

Escuela Andaluza de Salud Pública

Cubierta:

Juan José Pérez Rivas

Asesora Técnica Editorial:

Antonia Garrido Gómez

© 2010 Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

EDITA: Servicio Andaluz de Salud.

Avda. de la Constitución, 18

41071 Sevilla.

Tel. 955 01 80 00 Fax. 955 01 80 50.

www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud

D.L.: SE 3957-2010

I.S.B.N.: 978-84-693-4042-4



INDICE

PRESENTACIÓN	3
1.- INTRODUCCIÓN	5
1.1.- Justificación	5
1.2.- Recomendaciones y marco normativo	10
1.3.- Bases conceptuales	13
1.4.- Características generales del programa	18
2.- MORBILIDAD ATENDIDA EN LOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL DEL SSPA	19
3.- ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN ANDALUCIA	23
3.1.- Modelo de atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia	23
3.2.- Desarrollo actual del modelo de atención	29
3.3.- Análisis de la situación actual	31
4.- PROPUESTA DE MEJORA DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA EN EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD	33
4.1.- Áreas prioritarias de actuación en Atención Primaria y Especializada	33
4.2.- Propuesta de mejora de los Servicios de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia	39
5.- AVANCES NECESARIOS	59
5.1.- Cambios en los actuales dispositivos	59
5.2.- Nuevos dispositivos y programas	60
6.- COMPROMISOS	63
7.- BIBLIOGRAFIA	65
ANEXOS	71



PRESENTACIÓN

La elaboración de un programa de atención específica a la salud mental de la infancia y adolescencia se asume como compromiso en el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012 (II PISMA), a través de la Línea Estratégica de Infancia y Adolescencia. Este programa ha sido redactado por profesionales del Grupo Director de Infancia y Adolescencia del PISMA 2003-2007 y será implantado por el equipo multidisciplinar de profesionales que ponen su conocimiento, tiempo y habilidades a disposición de toda la red de salud mental para el desarrollo de esta línea estratégica.

Desde un modelo de atención comunitaria, el Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia tiene el objetivo fundamental de servir como elemento de apoyo a la red sanitaria de atención a la salud mental, con el objetivo de garantizar la continuidad asistencial y de cuidados de niños, niñas y adolescentes y, de esta manera, mejorar su salud y bienestar.

Esta mejora se sustenta en cuatro pilares fundamentales: el respeto de los derechos del niño y la consideración del interés del/la menor como bien supremo, la promoción de la salud de este colectivo basada en el modelo del desarrollo positivo, la prevención de los trastornos mentales en estas edades y la garantía de una asistencia de calidad basada en la mejor evidencia científica, con criterios de equidad y de no estigmatización.

Al mismo tiempo, el Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia contempla una visión integral e integrada, en la que la coordinación intersectorial es imprescindible para dar respuesta a las necesidades de la población infantil y juvenil y a las de su entorno.

Como herramientas básicas para la implantación de este Programa se contemplan: la incorporación de la perspectiva de la infancia y la adolescencia en todas las actuaciones del II PISMA; la inclusión de objetivos relacionados con él en los Acuerdos de Gestión Clínica; la unificación de la cartera de servicios; la adecuación de los dispositivos de salud mental y la diferenciación de espacios asistenciales en hospitalización y en aquellos programas que lo requieran y por último, la posibilidad de creación de nuevos servicios y dispositivos en función de futuras necesidades.

Se pretende que este documento mantenga como características fundamentales ser abierto y dinámico, de manera que pueda ir incorporando los ajustes necesarios para su permanente adaptación a los avances de la sociedad y las necesidades de la población atendida en el SSPA.



Este Programa va destinado a los profesionales sanitarios de la red asistencial de salud mental, aunque sus beneficiarios son niños, niñas y adolescentes, sus familias, las comunidades en las que viven y la sociedad en su conjunto.

Aurea Bordóns Ruiz
Dirección General de Asistencia Sanitaria
Servicio Andaluz de Salud



1. INTRODUCCIÓN

1.1. Justificación

El Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y Adolescencia (PASMIA) está vinculado al desarrollo de los objetivos y las líneas estratégicas que se establecieron como fundamentales para la elaboración del II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía.

El PASMIA quiere ser un referente útil para todos los/as profesionales y servicios de la red de Salud Mental dedicados a la infancia y adolescencia.

Este documento, apoyándose en las recomendaciones de organismos nacionales e internacionales para mejorar la salud y el desarrollo de niños, niñas y adolescentes, se plantea como bases fundamentales:

a) La supremacía de los **derechos del niño**

Existe un marco normativo universal y local que reconoce la especial vulnerabilidad de la infancia y la necesidad de implementar medidas específicas para su protección y atención. Como establece la normativa vigente, en todos los procesos y escenarios en que la infancia se ve involucrada, afectada y atendida debe privilegiarse siempre el superior interés del y la menor sobre cualquier otro interés legítimo, lo cual constituye un principio concreto, no abstracto, que debe regir todas las disposiciones y actuaciones. En la misma lógica, todas las estrategias deben priorizar la suficiencia de los recursos y la prioridad y celeridad de las actuaciones, la adecuación de las mismas a las características evolutivas de niños y niñas, la debida especialización, interdisciplinariedad y coordinación intersectorial y la evitación de intervenciones que provoquen victimización secundaria. Este enfoque de los derechos de la infancia exige igualmente avanzar en promover la participación de niños, niñas y adolescentes para incorporar la visión de la infancia en el diseño e implementación de las políticas y acciones que les conciernen.

b) **La Promoción** de la salud mental

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud en su justificación plantea:



“Las pruebas que demuestran la efectividad y eficiencia de las intervenciones de promoción y prevención son abundantes y cada vez mas frecuentes. 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”.... “la medicina históricamente ha concebido su quehacer en términos de enfermedad y riesgos de padecerla y muy recientemente ha iniciado un cambio hacia pensar en la salud como un factor primordial no solamente para prevenir la enfermedad, sino también en si mismo, como fuente de bienestar”.

Para promocionar la salud mental se puede actuar sobre la persona o sobre la población. A nivel individual, reforzando la “resiliencia” con intervenciones que incrementen la autoestima y dotan de destrezas para afrontar el estrés. A nivel poblacional, con intervenciones para incrementar el capital social, promover conductas sanas de crianza, mejorar la seguridad, reducir el estrés en las escuelas y en los lugares de trabajo. La promoción de la salud mental positiva implica un énfasis en la búsqueda del bienestar infantil y juvenil y una apuesta por los entornos favorables para la salud mental, la potenciación de las habilidades para la vida en los primeros años de vida, el desarrollo de una nueva orientación de los servicios de salud y el sustento en la participación infantil y juvenil en lo que actúa sobre su propia salud.

En esta línea consideramos que la promoción de la salud mental es una tarea prioritaria, que requiere de medidas de acción específica y orientada a las necesidades identificadas de la población que atendemos. La orientación de los servicios y los programas hacia los activos para la salud son claves para la consolidación de la promoción de la salud mental desde los servicios educativos, comunitarios, culturales, de igualdad y bienestar social y otras áreas de la sociedad.

c) El énfasis en el **carácter preventivo** de la salud mental de la infancia y adolescencia. Recordamos con Ajuriaguerra que “el adulto es el fruto del devenir del niño en formación”. La prevención en salud mental de la población general ha de integrar una atención a la infancia/juventud de calidad y no sólo en aspectos asistenciales frente a la patología emergente, sino también en otros aspectos específicamente preventivos y de educación sanitaria. Sabemos que las actividades de prevención,



intervención temprana y tratamiento están muy entrelazadas en la práctica clínica con edades tempranas y jóvenes y que gran parte de la asistencia es preventiva; sin embargo, son necesarias precisiones:

- La prevención en la infancia y adolescencia, desde el punto de vista sanitario, debería desarrollarse a través de actuaciones muy definidas y en grupos de riesgo.
- Es necesario considerar que el objeto de la prevención no se limita al niño, niña o adolescente, sino que incluye también el apoyo a sus contextos de vida. Así, toda actuación preventiva en salud mental infanto-juvenil deberá priorizar aspectos relacionales, familiares y educativos.
- Por último es importante referir la prevención y atención al maltrato infantil como una de las circunstancias más lesivas y dañinas para la salud mental de la infancia y como uno de los problemas invisibles de la atención sanitaria.

d) El **carácter específico** de la atención a la salud mental infanto-juvenil, que viene dado por su mismo objeto de atención: La comprensión del niño y la niña como un ser cuya personalidad tiene unas características muy específicas y que tiene en su padecer psíquico una expresión propia que le diferencia esencialmente de la persona adulta.

e) **La Recuperación**

Es un paradigma teórico que asume el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía, asociado a la recuperación del proyecto vital interrumpido en el adulto, entendemos que es un concepto que en el caso de niños, niñas y adolescentes incluye el proyecto de vida de la familia del que forman parte. Con frecuencia nos encontramos con familias que ante la disfuncionalidad del hijo o la hija, ven rotas sus expectativas deseos y esperanzas de crear un lazo social que les permita identificarse y no excluirse, ni excluir a ninguno de sus miembros.

Trabajar para la recuperación de esa ilusión perdida por parte de la familia, es una tarea que nos compete.

f) **La necesidad de unificar criterios y homogeneizar las actuaciones** en los servicios de la red de salud mental que permita garantizar una asistencia de calidad basada en la mejor evidencia científica y



con criterios de equidad y no estigmatización del niño/a y de sus cuidadores/as en nuestra práctica diaria.

g) La **coordinación intersectorial**, que permita dar respuesta a las necesidades de/la menor y su entorno desde una perspectiva integral e integradora, abarcando todos los ámbitos descritos anteriormente

Estas bases fundamentales se establecen por la especial población a la que va dirigido el Programa, especificidad que va a guiar todas las actuaciones que se desarrollan en el mismo y que se ve reflejada en la información relevante, tanto sobre el estado de la salud mental de esta población, como por las características que condicionan las estrategias de abordaje y aproximación, recogidas en los siguientes puntos:

- En el año 2008 la población menor de 18 años en Andalucía (fuente IEA) era 1.621.817, lo que representa casi un 20% del total de la población andaluza. (Ver Anexo I)
- La Encuesta Nacional de Salud refleja que un 13.7% de la población de Andalucía entre 4 y 15 años presentan “riesgo de padecer mala salud mental infantil”, siendo las niñas quienes presentan un mayor riesgo (15.2%), frente a los niños (12.2%). (Ver Anexo II)
- La prevalencia de trastornos mentales en estas edades, a nivel mundial, se estima en un 20% y, entre un 4 y 6% padecen un trastorno mental grave (AEN y MSPS, 2009).
- En España la prevalencia de problemas de salud mental en la población infantil y adolescente se estima entre un 10% y un 20% (AEN y MSPS, 2009).
- Esta población tiene unas características bien diferenciadas:
 - Es una población especialmente vulnerable, entre otras cosas por ser muy dependiente y muy influenciable.
 - La proyección de las intervenciones es mayor que en cualquier otra época de la vida
 - Tiene una entidad propia diferenciada del mundo adulto
- Las acciones de promoción de la salud, centradas en el desarrollo de competencias y las potencialidades de cambio, fundamentales en estas franjas de edad, requieren experiencias de “buenas prácticas” para su desarrollo.



- Las intervenciones tienen mayor posibilidad de ser eficaces y rentables dada la plasticidad del psiquismo infantil y su trascendencia a lo largo de los años.
- Las intervenciones tempranas tienen mayor impacto; el impacto más importante se logra entre los niños y las niñas con más necesidades.
- Es el sector de población más apropiado para cualquier intervención de carácter preventivo.
- La participación de las personas encargadas del cuidado de los niños/as y de las familias en los programas aumenta su eficacia.
- Los procesos terapéuticos y las intervenciones en salud en estas edades requieren una capacitación metodológica y técnica específica.
- El cuidado de la salud mental de niños, niñas y adolescentes no sólo responde a un derecho de las personas como individuos, sino que contribuye de manera muy relevante al bienestar de la comunidad.
- El psiquismo de los seres humanos, toda su vida mental, su personalidad, queda esencialmente definida en los primeros años de vida. Lo que un hombre o una mujer van a ser a lo largo de su vida, los estilos fundamentales de su pensamiento y conducta están en gran medida determinados por sus vivencias infantiles.
- Las maneras de enfermar, sus manifestaciones sintomáticas y el curso de los trastornos tienen características diferenciales muy relevantes.
- Los problemas de salud mental en menores van a condicionar su futuro, disminuyendo la posibilidad de completar su aprendizaje escolar y su posterior capacitación para tener un trabajo digno y una integración social satisfactoria.
- Los costes emocionales personales, familiares, sociales y también económicos que conlleva la enfermedad mental en la infancia y adolescencia.
- La aparición de trastornos disociales, delincuencia, drogadicción, conductas de riesgo están estrechamente relacionados con los primeros signos de psicopatología, siendo el tratamiento precoz la mejor manera de prevenir la cronicidad de estas problemáticas.
- Los factores de riesgo, las tasas de morbilidad, mortalidad de la infancia y adolescencia por trastornos mentales y la aparición de otras patologías emergentes.



Por último apoyándonos en la OMS podemos afirmar que: “Las principales preocupaciones por los niños y los adolescentes van más allá de su supervivencia y su crecimiento físico, y abarcan también su desarrollo psicosocial y su salud mental. Aproximadamente del 10% al 20% de los niños presentan uno o más problemas mentales o del comportamiento. El periodo de la adolescencia puede resultar estresante y se corre el riesgo de abusar de sustancias y de desarrollar otras conductas nocivas.

Los problemas de la salud mental pueden interferir con el pensamiento, el estudio y las relaciones sociales. Los problemas no resueltos de identidad, ira o depresión pueden llevar a la violencia o incluso el suicidio. En el mundo, se estiman en 90.000 los adolescentes que se quitan la vida cada año. La adolescencia también es un periodo durante el cual se pueden manifestar algunos trastornos mentales, en particular la esquizofrenia debilitante, las ansiedades y las fobias. En los casos en que las familias se vean especialmente afectadas por la pobreza, el conflicto y la migración forzada, el sostén que el sujeto necesita para un buen desarrollo intelectual y social puede verse alterado. Estas barreras tienen consecuencias a largo plazo para el bienestar y la productividad del individuo, y para la salud de las comunidades en su totalidad”.

1.2. Recomendaciones y Marco Normativo

En este apartado se señalan los principales hitos en la protección y promoción de la salud de la infancia y adolescencia y en la salud mental como elemento fundamental en el desarrollo de programas de prevención e intervención para esta población en todo el mundo, que han servido de base para la elaboración de este documento.

- La Convención sobre los Derechos del Niño, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. La adhesión de España fue publicada en el BOE de 31 de diciembre de 1990. Regula los derechos de los niños y las niñas para la mejora de sus condiciones de vida en todos los países.
- La Carta Europea de Derechos del Niño, (Resolución A3-0172/92 del Parlamento Europeo).



- Convenio firmado en la Haya el 29 de mayo de 1993, relativo a la protección del/a niño/a y a la cooperación en materia de adopción internacional. Ratificado por España el 11 de julio de 1995.
- Mental Health policy and Service Guidance Package: "Child and adolescent mental health policies and plan" (Organización Mundial de la Salud, 2005), cuyo objetivo es ayudar a los responsables políticos y los planificadores para elaborar una política y una estrategia global para mejorar la salud mental de la población e incluye un módulo específico para las políticas y planes de la salud mental del/a niño/a y adolescente.
- Orientaciones estratégicas para mejorar la salud y el desarrollo de los niños y los adolescentes (Organización Mundial de la Salud, 2003). Este reúne las áreas más críticas de trabajo para mejorar la salud y el desarrollo del pleno potencial de los/las niños/as y los adolescentes.
- "Libro Verde de la Salud Mental. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental" (Comisión de las Comunidades Europeas, Bruselas, 14.10.2005 COM -2005- 484 final), que incide, dentro del apartado de la Promoción de la salud mental de la población, en la necesidad de sentar las bases de la salud mental en la infancia y la adolescencia.
- Declaración de Helsinki sobre Bioética (Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial de Helsinki, Finlandia, en junio de 1964 y enmendadas por la 29ª Asamblea Médica Mundial de Tokio, Japón, en octubre de 1975, por la 35ª Asamblea Médica Mundial de Venecia, Italia, en octubre de 1983 y por la 41ª Asamblea Médica Mundial de Hong Kong, en septiembre de 1989).
- Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente (Adoptada por la 34ª Asamblea Médica Mundial de Lisboa, Portugal, en septiembre/octubre de 1981 y enmendada por la 47ª Asamblea General de Bali, Indonesia, en septiembre de 1995).
- Mental Health in Youth and Education. Consensus Paper (European Communities, 2008), aprobado en el Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar (EU High-level. Conference: Together for Mental Health and Well-being. Brussels, 12-13 June 2008).
- La Red Europea de Promoción de la Salud Mental realizó en 1999 recomendaciones para la promoción de la Salud Mental de los/as menores de seis años en el sentido de elevar la



conciencia de la importancia de la Salud Mental de los niños/as y desarrollar políticas para promover la Salud Mental de los niños/as y sus familias (Psiquiatría Pública, 2000).

- La Constitución Española de 1978, en el Art. 39, menciona la protección a la infancia; en el apartado 4 dice: "los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos" (BOE 29/12/1978)
- En España, la Ley General de Sanidad de 1986, en su capítulo III "de la salud mental", Art. 20, apartado 1, confirma que "se consideran de modo especial aquellos problemas referidos a la psiquiatría infantil" (BOE 29/04/1986).
- El Informe realizado por la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985), en el que se establece un nuevo modelo de atención a la salud mental donde se reconoce la importancia de los programas dentro del marco asistencial dirigidos a la población infanto-juvenil, permitiendo que cada Comunidad Autónoma los desarrolle según necesidades y prioridades.
- En Andalucía, el Estatuto de Autonomía, en su artículo 22, hace referencia a que: "las personas con enfermedad mental tendrán derecho a actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes" (BOJA 20/03/2007).
- LEY 1/1998, de 20 de abril, de los derechos y la atención al menor. Recoge en el artículo 10 todos los derechos relacionados con la salud de las personas menores, así como en el Artículo 49 se describe como se prestará la asistencia sanitaria y educativa en caso de necesitar tratamiento ambulatorio o ingreso en un centro de carácter terapéutico (BOJA 12/05/1998).
- Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas, en el que establecen una serie de medidas para satisfacer adecuadamente las necesidades de las familias desde una perspectiva global. Concretamente establece en su artículo 32 el desarrollo de dispositivos socio-sanitarios de salud mental: "Al objeto de paliar la sobrecarga familiar que ocasionan de terminadas psicopatologías en la población Infanto-Juvenil, se creará una red especializada para las patologías más complejas, que comprenderá hospital de día y hospitalización completa. Asimismo se establecerán medidas para consolidar la atención comunitaria desde los Equipos de Salud Mental de los Distritos de Atención Primaria de Salud". (BOJA 04/05/2002).
- Decreto 246/2005, de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades



propias de su edad y desarrollo y se crea el Consejo de Salud de las Personas Menores de Edad (BOJA 16/12/2005) .

- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (MSC, 2007), donde se fija la atención a la población infantil como una prioridad de los gobiernos autonómicos.
- Informe sobre la Salud Mental del Niño y Adolescente (AEN y MSPS, 2009), donde se analiza la situación de la salud mental de la infancia y la adolescencia en España y las CC.AA., se analizan puntos críticos y se emiten recomendaciones.
- Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de salud mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud (BOJA 17/03/2008).
- Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012 (II PISMA), que desarrolla una línea estratégica específica para la infancia y la adolescencia e incluye transversalmente la perspectiva de la infancia y adolescencia en todas las demás estrategias.

1.3. Bases conceptuales

En una gran parte de las sociedades, existe consenso en cuanto a la consideración de la población infantil y juvenil. El/la niño/a en primer término y el/la adolescente en segundo, son figuras que sugieren protección, cuidado y atención. Es un bien preciado que necesita desarrollarse en las mejores condiciones físicas y psíquicas para convertirse posteriormente en una persona adulta sana. Es el factor de mayor relieve en las expectativas de mejora de la sociedad, porque niños, niñas y adolescentes representan el futuro y sabemos, hoy más que nunca, que las dificultades en su desarrollo afectan al futuro de la sociedad en su conjunto.

Los problemas de salud mental en la infancia y la adolescencia deben ser prioritarios en la planificación de los servicios de salud, por el sufrimiento que supone para esta franja de la población y sus familias, porque en ocasiones están asociados con problemáticas sociales y también porque pueden ser la base de las dificultades en el trastorno psiquiátrico en la vida adulta.

Todos los niños y las niñas, sin excepción, necesitan sentir amor, cuidados, comprensión, atención y contención. El desarrollo madurativo dependerá de la integridad orgánica, la satisfacción de las



necesidades básicas y la creación de un clima emocional favorable en cuanto a la calidad, continuidad y afectividad de los progenitores y cuidadores/as. Por ello se considera que el sufrimiento psíquico en estas edades, está especialmente vinculado al sistema de relaciones familiares y sociales.

Por ello debemos promover el desarrollo positivo emprendiendo acciones que aumentan las fortalezas individuales (su sentido de identidad o su competencia social), de la familia (la comunicación y el apoyo parental) y de la comunidad (apoyo social o un entorno seguro).

Además de potenciar estos factores protectores hemos de reducir los factores de riesgo en el entorno familiar, social y especialmente en el sanitario.

Los padres y madres, cada vez con mayor frecuencia, solicitan en las consultas orientaciones y pautas de conducta sobre aspectos relacionados con la educación de sus hijos o de sus hijas. A veces muestran su dificultad para comprender situaciones, planteamientos y conductas que presentan. En ocasiones se sienten sorprendidos al ver cómo su comportamiento y sus intervenciones influyen en el desarrollo de sus descendientes.

Estas son algunas de las dificultades más frecuentes que se encuentran en las familias actuales en sus diversas configuraciones:

- Diferencia de criterios educativos entre las personas adultas de la familia con responsabilidad en la crianza.
- Desconocimiento de pautas y estrategias educativas adecuadas
- Tendencia a la satisfacción y gratificación inmediata de los hijos y las hijas
- Ausencia de límites claros y firmes (que no están en contradicción con la necesaria tolerancia y negociación).
- Escaso entrenamiento en la tolerancia a la frustración.

Por otra parte, en el recorrido que experimentan niños, niñas y adolescentes en su desarrollo, se ha observado un aumento progresivo en algunos problemas conductuales, apareciendo formas diferentes de expresión del sufrimiento psíquico. Ello ha dado lugar al aumento de síntomas como la ansiedad, la tristeza, el aislamiento, la agresividad en casa y el medio escolar, la falta de disciplina, el descontrol de



los impulsos, la ira... La consecuencia, son los cambios en la prevalencia de trastornos psicopatológicos como la hiperactividad en niñas y niños pequeños, el suicidio, conductas disociales, depresiones y el uso y consumo precoz del tabaco, alcohol y otras drogas entre la población juvenil.

Estamos siendo testigos de transformaciones vertiginosas a nivel social y económico y sobre todo, la ausencia, en ocasiones, de un soporte y contención familiar suficiente. Todo esto plantea un orden de cosas diferente y patologías cambiantes en función de dichos cambios sociales.

El desarrollo tecnológico también interviene en la presentación de un panorama diverso, configurando un desarrollo de formas de vida y hábitos no contemplados hasta el momento presente. Ello requiere un posicionamiento y comprensión de la realidad actual cuyas condiciones presentes podrían resumirse en:

- Incorporación de la mujer al mundo laboral.
- Diferencias en la organización de funciones logísticas domésticas.
- Confusión de valores y movimientos pendulares en cuanto a los criterios educativos.
- Aparición de otros modelos de convivencia familiar.
- Ausencia de tiempo para la dedicación a los hijos y las hijas, delegando en ocasiones dicha función a otros familiares o instituciones.

La familia es un modelo de organización social establecido cuyo papel principal será garantizar el cuidado y bienestar de sus miembros. Sin embargo, la estructura de la familia está sujeta a cambios sociales que se producen en el tiempo y en relación al tipo de cultura donde se inserta.

El modelo de familia más frecuente en la actualidad es el reducido, integrado por padres/madres e hijos/as con actividades laborales diversificadas que se ha dado en llamar familia nuclear. Por otra parte, vemos que actualmente existen otros modelos de familia que definen situaciones diversas de convivencia derivadas de diferentes circunstancias: separaciones y reanudaciones posteriores con incorporación de nuevos hijos o hijas, adopciones, parejas de hecho, parejas de homosexuales... que se denominan familias de tejido secundario. La familia en sus diversas modalidades, tiene responsabilidades y funciones de atención y cuidado dirigidas a los hijos y las hijas a su cargo. En el proceso de crecimiento, las familias pasan por etapas comunes a todas ellas.



El desarrollo emocional del niño o la niña y su proceso de aprendizaje, se produce desde el nacimiento hasta la vida adulta dentro del contexto familiar, como lugar de experiencias y de modelos educativos de referencia. La vida familiar es la primera escuela de aprendizaje emocional, siendo los padres y las madres las principales figuras estructurantes del psiquismo humano y modelo de referencia de dicho aprendizaje para el desarrollo emocional. La infancia en primer lugar y la adolescencia en segundo, como resultado posterior de lo acontecido en los primeros años, son claves en el desarrollo de la personalidad y de la conducta.

Los padres y las madres transmiten a sus hijos y a sus hijas, a través de lo que son, de lo que sienten por su hijo o su hija y de los cuidados que le prodigan, experiencias en el niño y la niña que forman parte de su proceso madurativo y evolutivo y le sirven para aprender a manejar sus propios sentimientos. De esta forma, todos los intercambios producidos en esta primera época infantil entre los padres/madres y sus hijos e hijas, así como la repetición regular de dichos intercambios, definen el aprendizaje emocional.

Es fácil entender, entonces, la importancia del entorno familiar como contexto y de las figuras paterna y materna como elementos intervinientes y condicionantes de estructuración o desestructuración en el desarrollo y crecimiento emocional del niño y la niña. En este sentido, la prevención, información y atención a las familias en los dispositivos de salud mental, supondrá una pieza principal en el trabajo con niños/as y adolescentes.

Así mismo, el trabajo con padres y madres, como elementos de alianza terapéutica, será esencial en la comprensión de los conflictos y en la resolución de los mismos, en lo que respecta al vínculo y dentro del marco de las relaciones parento -filial.

Se pondrá especial cuidado y atención a la relación terapéutica *profesional-progenitores-niño/a o adolescente* dentro del proceso asistencial, para producir cambios y transformaciones necesarias y saludables en la resolución de las distintas problemáticas y demandas solicitadas.



Una vez que el niño o la niña han realizado su primera andadura en el crecimiento dentro de la familia, el exterior pasa a formar parte como lugar de referencia de su aprendizaje y desarrollo a través de otros familiares, la escuela, los amigos y, posteriormente, el barrio y la sociedad en su conjunto.

El/la niño/a y el/la adolescente necesitan unos entornos saludables para su desarrollo, para lo que se requiere la participación de las diferentes instituciones y entidades que los atienden. El trabajo en red con las administraciones encargadas de educar y atender a la población infantil en su conjunto, cobra un sentido e importancia primordiales. Supone estar en contacto, coordinarse y transmitir la información necesaria para abordar los temas de mayor interés en la resolución de dificultades cuando éstas se producen. Hay que abordar el contacto con los colegios, institutos y otros departamentos como Servicios Sociales y Justicia.

El cuidado de la salud mental de niños, niñas y adolescentes no sólo responde a un derecho de las personas como individuos, sino que contribuye de manera muy relevante al bienestar de la comunidad. Mejorar la salud mental de las personas más jóvenes de una sociedad es poner las bases para unas relaciones interpersonales más sanas y, por tanto, representa una gran esperanza de que los seres humanos vayan construyendo sociedades más justas, mundos más habitables. Por eso, la OMS y otros organismos internacionales han llamado la atención reiteradamente sobre la necesidad de priorizar la atención a la infancia y la adolescencia en los sistemas sanitarios y de protección social.

En esta nueva red de atención a la salud mental ocupan un lugar muy importante los programas y dispositivos que atienden a niños, niñas y adolescentes. Sin embargo, la experiencia acumulada durante estos años invita a replantearse algunas de las propuestas iniciales y, sobre todo, anima a mejorar la atención a la salud mental infanto-juvenil completando la red de dispositivos asistenciales, poniendo en marcha nuevos programas, mejorando la organización de los servicios y cuidando, de modo especial, la capacitación de los/las profesionales.

Con estos principios se propone, en el marco del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía, el **Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia (PASMIA)**.



1.4. Características generales del programa

Este programa se encuadra dentro del Plan Integral de Salud mental de Andalucía y en base a sus valores y principios:

- Debe potenciar las fortalezas del niño, de la familia y de la comunidad, que permitan reducir los factores de riesgo y por tanto disminuir la necesidad de atención sanitaria.
- Debe ocupar un lugar prioritario la adopción de estrategias específicas de la promoción de la salud y del bienestar basado en un modelo de desarrollo positivo, prevención de la enfermedad y detección precoz del trastorno mental en la infancia y adolescencia.
- Para conseguir el éxito de estas estrategias es necesaria una coordinación intersectorial que desarrolle los pilares de una atención integral a la salud mental en los primeros años de vida.
- Debe reforzar la orientación estratégica hacia la especialización creciente de los servicios y profesionales y hacia la adecuación de los entornos y de los procesos terapéuticos a la especificidad inherente al ciclo vital infantil y del adolescente, con especial énfasis tanto en las Unidades de Salud Mental Comunitarias como en las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- Debe enfocar sus propuestas para garantizar la equidad, un enfoque de género, prestar atención a la diversidad y la no estigmatización ni discriminación de menores por padecer él/ella o sus cuidadores/as enfermedad mental.
- Debe facilitar la atención terapéutica del niño o la niña y de sus padres y madres u otros miembros de la familia, garantizando la continuidad de cuidados, especialmente en aquellos casos en que sabemos que la atención se va a prolongar durante varios años.
- Desde la perspectiva comunitaria, en la que se encuadra el modelo de atención a la salud mental en Andalucía, debe incluir a la familia en las actuaciones, programándolas y desarrollándolas de manera coordinada entre los distintos niveles sanitarios y también con otros sectores, especialmente con Educación, Servicios Sociales y Justicia.
- Ningún programa de salud mental puede tener un mínimo de eficacia si no se consigue aunar los esfuerzos de todos aquellos sectores, instituciones y medios que, de una manera muy directa, pueden condicionar los estilos de pensamiento, las formas de relación y de conducta de los niños y niñas.



2. MORBILIDAD ATENDIDA EN LOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL DEL SSPA.

El número de personas menores de 18 años atendidas en las **Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J)** en el año 2008 fue de 15.715 personas lo que supone una tasa de 984,7 personas por cada 100.000 menores. En su mayoría son niños (69,3%) y con edades comprendidas entre los 10 y 14 años (27,4%). El número de pacientes de las USMI-J ha tenido un incremento del 23,9% desde el año 2005, acusándose dicho incremento más en los niños (32,7%) que en las niñas (8,1%).

En cuanto a la morbilidad atendida, la patología más frecuente en esta población son los trastornos del comportamiento y emociones de comienzo habitual en la adolescencia que suponen el 34,0% del total de patologías atendidas con una tasa de 335,0 personas por cada 100.000 menores. Aún así, analizando la población atendida según sexo se observan diferencias en la distribución por grupo diagnóstico, siendo más frecuente en niños y adolescentes los trastornos del desarrollo (82,5%), los trastornos del comportamiento y emociones (76,8%) y los trastornos orgánicos (76,6%), mientras que las niñas y adolescentes son atendidas en su mayoría por trastornos asociados a disfunciones fisiológicas y factores somáticos (72,7%) y trastornos del humor (56,6%).

El número medio de consultas anuales realizadas por paciente menor de 18 años es de 8,2 (mediana de 5) aunque difiere según grupo diagnóstico, siendo la media de 33,0 consultas en los trastornos esquizofrénicos e ideas delirantes (mediana 13,50).

En cuanto a la evolución, el grupo diagnóstico que más se ha incrementado respecto al año 2005 es el de los trastornos del desarrollo (incremento del 74,9%). Por el contrario, el número de pacientes con trastornos esquizofrénicos e ideas delirantes y con trastornos del humor han disminuido en más del 30%.

Al analizar los datos relativos a las personas con trastornos hiperkinéticos, el número de pacientes se ha duplicado respecto al año 2005 pasando de 1.280 pacientes a 2.738 en el 2008. Los trastornos generalizados del desarrollo han experimentado igualmente un incremento del 84,8%. Por el contrario, el grupo de trastornos de la conducta alimentaria ha disminuido alrededor del 30%.



Cabe señalar que de las 15.715 personas menores de 18 años que acuden a las USMI-J, el 44,9% son atendidas en primera consulta.

En las **Unidades de Salud Metal Comunitaria** se han atendido a 17.306 personas menores de 18 años en el año 2008 lo que supone una tasa de 1.175,2 personas por cada 100.000 menores. La mayoría de estos pacientes son hombres (58,4%) aunque con una diferencia de distribución por sexo menos acusada que en las USMI-J. El número de personas menores de edad que acuden a las USMC se ha mantenido relativamente constante en los últimos años incrementándose sólo un 0,6% respecto al año 2005.

En cuanto a la morbilidad atendida en estos dispositivos, el 28,2% de las personas lo son por trastornos del comportamiento y de las emociones y el 11,4% por trastornos neuróticos, distribución similar a la observada en las USMI-J, si bien en las USMC se atienden un menor número de personas con trastornos del desarrollo. La distribución por sexo y tipo de trastorno mental sigue un patrón similar al de las USMI-J.

En cuanto a la evolución por grupo diagnóstico, la patología con mayor aumento en el número de pacientes desde el 2005 ha sido los trastornos del desarrollo (45,8%). En el lado opuesto, las personas con trastornos orgánicos y trastornos esquizofrénicos e ideas delirantes han disminuido en más de un 40%.

Aunque el número de personas menores de 18 años atendidas en las USMC se ha mantenido constante en los últimos años, el número de consultas ha disminuido un 8,4%. Además el número medio de consultas por paciente y año que se realizan en las USMC es muy inferior al de las USMI-J, 2,6 y 8,2 respectivamente.

El 77,7% de las personas que acuden a las USMC en el año 2008 son atendidas en primera consulta.

En cuanto a las personas que son **hospitalizadas en el SSPA por enfermedad mental**, en el año 2008 se han registrado un total de 401 altas hospitalarias por enfermedades y trastornos mentales de personas menores de 18 años, el 30,4% registrados con el GRD de trastornos mentales de la infancia.



El GRD que más se ha incrementado desde el año 2005 es el de reacción de adaptación aguda y disfunción psicosocial (24,4%) y por el contrario el que más ha disminuido es el de neurosis depresivas (-57,1%), seguido de las alteraciones orgánicas y retraso mental (-21,1%).

Ver Anexo III.



3. ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA EN ANDALUCÍA

3.1. Modelo de Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia

El modelo de atención a la infancia y la adolescencia está enmarcado dentro del modelo general de la Atención a la Salud Mental en Andalucía y específicamente se ha desarrollado en varios documentos:

A.- Documento del Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM):

En 1988 el IASAM, publica en "DOCUMENTOS DE TRABAJO N° 2", "*La organización de la atención especializada en Salud Mental Infantil*", por la que entonces era Consejería de Salud y Servicios Sociales. Es éste el primer documento sobre la atención a la Salud Mental de la Infancia en el que se ha basado nuestra práctica desde la Reforma Psiquiátrica en Andalucía (1983). En él se recoge el modelo general para la organización de los Servicios de SM:

"En lo que respecta a la intervención en Salud Mental Infanto-Juvenil, se pretende una actuación que contemple las intervenciones de cada uno de los escalones básicos ya mencionados, así como el desarrollo de Equipos especializados como niveles de apoyo y referencia en relación a los anteriores. Entre estos dispositivos se encontraban las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil".

El documento del IASAM hace referencia al Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (Abril 1985) que reconoce la atención a la salud mental infanto-juvenil como uno de los "Programas especiales de carácter permanente" y se responsabiliza a las Comunidades Autónomas para que diseñen y formulen este tipo de programas de acuerdo a sus características:

"Así mismo, hay que tener en cuenta, con carácter general, que la infancia y la adolescencia tienen un papel de extrema importancia en el concepto de la futura salud. El 50% de los indicadores elaborados por la OMS para cumplir el objetivo de Salud para todos en el año 2000 se refieren a la época infanto-juvenil y una parte importante de ellos hacen referencia a los contenidos psicosociales y relacionales. La inversión en servicios de atención a la infancia es,



además, uno de los indicadores internacionales del nivel cultural y de sensibilidad social de todo el conjunto de un país.”

B.- Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007 (I PISMA):

Este Plan Integral fue concebido en concordancia con la línea estratégica del Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, que supuso la incorporación de la metodología de gestión por procesos asistenciales integrados como herramienta básica de gestión y garantía de continuidad asistencial para la ciudadanía.

Hace referencia al proceso de reforma psiquiátrica, basada en la creación de una nueva red de atención sanitaria a la salud mental, de base y orientación comunitaria e integrada en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, y la organización de la atención a la salud mental en distintos niveles:

“Son los ESMD centros de apoyo a la Atención Primaria y constituyen la puerta de entrada a la red de salud mental especializada. Atienden los problemas de salud mental de la población (de todas las edades) derivados desde Atención Primaria, y coordinan las actuaciones del resto de dispositivos específicos, constituyendo el eje del Servicio de Salud Mental. Desarrollan programas comunitarios que integran actividades de carácter preventivo y de promoción de la salud, asistenciales y de rehabilitación y reinserción social coordinación con recursos sanitarios y no sanitarios”

Se definen en este primer PISMA, la Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J) en cada Área de Salud Mental, como *“Unidades específicas de apoyo a los ESMD y de atención ambulatoria y hospitalaria, total o parcial, a los problemas de salud mental más graves de niños/as y adolescentes hasta los 18 años, cuyas necesidades sobrepasan la capacidad de actuación de los ESMD. Tienen una triple función de apoyo a la atención infantil de los ESMD, atención clínica directa y desarrollo de programas de enlace y apoyo a otros dispositivos sanitarios, educativos y sociales”.*

En el marco del PISMA I, se elabora el Proceso Asistencial Integrado Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA).



C.- Decreto de apoyo a las familias andaluzas:

El Decreto 137/2002, de apoyo a las familias andaluzas, recoge en el artículo 28 el **desarrollo de dispositivos socio-sanitarios de salud mental**: *“Al objeto de paliar la sobrecarga familiar que ocasionan determinadas psicopatologías en la población Infanto-Juvenil, se creará una red especializada para las patologías mas complejas, que comprenderá Hospital de Día y Hospitalización Completa. Asimismo, se establecerán medidas para consolidar la atención comunitaria desde los equipos de Salud Mental de los Distritos de Atención Primaria de Salud”*

El desarrollo de este Decreto amplía las prestaciones de las USMI-J y se crean los Hospitales de Día y las camas Hospitalarias para menores en Unidades de Pediatría.

En Julio del mismo año se realiza un informe por el Grupo de Trabajo de USMI del Programa de Salud Mental del SAS en el que se especifican las funciones de las nuevas USMI-J-HD, los programas y protocolos a desarrollar¹

D.- Decreto de ordenación de los Servicios de Salud Mental:

El Decreto 77/2008, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de salud mental en el ámbito del SAS, hace referencia a la Ley General de Sanidad en lo que respecta a la atención a la SM, preferentemente en el ámbito de la comunidad, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio, de hospitalización parcial y la atención domiciliaria; realizándose las hospitalizaciones de pacientes, cuando se requiera, en unidades hospitalarias de salud mental.

Este decreto de salud mental pone de manifiesto la necesidad de que las intervenciones se efectúen con un enfoque comunitario y sociosanitario, así como que la asistencia a las personas con trastorno mental se lleve a cabo, tanto desde los dispositivos especializados creados a tal fin, como mediante programas de actuación horizontales y diferenciados en los que participen diversos dispositivos y distintos profesionales del conjunto de la red sanitaria pública, que permita profundizar en la atención comunitaria a la salud mental y garantizar la continuidad de cuidados, evitando la fragmentación de la

¹ Grupo de trabajo creado en el año 2000 y constituido por Remedios Dorado García (coordinadora), Marta López Narbona (secretaria), M^º Dolores Aguilera Prieto, Manuel Bellido Barranco, Marcelino Baras López, Pablo García Túnez, Teresa Guerra Alegre, Manuel Herrera Rodríguez, Ricardo Jarast Kaplan, María Félix Noa, Jaime Rodríguez Sacristán, Concha de la Rosa Fox y Vicente Sánchez Vázquez.



atención. Deben desarrollarse estrategias y actividades regladas de colaboración entre atención primaria y atención especializada.

Contempla el decreto la creación de la Unidad de Gestión Clínica, como modelo organizativo de la Salud Mental, que aborda de forma integrada actuaciones de prevención, promoción, asistencia, cuidados y rehabilitación.

La cartera de servicios de salud mental de infancia y adolescencia debe contemplar la atención primaria y especializada.

Los objetivos generales de la atención a la salud mental en el SAS son:

1. Promover la salud mental, la prevención de la enfermedad, la asistencia, los cuidados y la rehabilitación y recuperación de las personas con problemas de salud mental, aplicando el modelo comunitario de atención a la SM conforme a lo previsto en el artículo 18.2 de la ley 2/1998 de 15 de junio y de acuerdo con los principios generales de equidad, eficiencia y calidad.
2. Desarrollar, en todos los dispositivos asistenciales de atención a la SM, programas y actividades de rehabilitación
3. Garantizar la continuidad de la atención sanitaria y el apoyo a la integración social mediante programas transversales de coordinación de los dispositivos de atención a la SM con otras instituciones y dispositivos no sanitarios implicados en la atención comunitaria a la Salud Mental.

E.- Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012 (II PISMA):

El II PISMA define como pilar de la atención a la salud mental el modelo de atención comunitaria: los equipos de trabajo multidisciplinares, la continuidad asistencial y de cuidados, la cultura de trabajo conjunto con el nivel primario de salud y el desarrollo de programas intersectoriales. Enriquecida esta perspectiva comunitaria en los últimos años por el enfoque de la recuperación.



Como primer punto de las áreas de mejora propuesta, después del análisis de situación general, se propone: *“Necesidad de apostar por programas de prevención y promoción de la salud mental, haciendo especial hincapié en determinados colectivos que están en condiciones de desigualdad y presentan mayor vulnerabilidad para padecer trastornos mentales. Así mismo, se considera imprescindible incorporar la prevención en la población infantil y juvenil como un elemento necesario en la planificación de salud mental”.*

Entre las 15 líneas estratégicas propuestas para la consecución de los objetivos, existe una específica de “Atención a la salud mental de la infancia y adolescencia” en la que se inscribe la elaboración del presente documento y que exponemos a continuación:

Línea estratégica 8.- ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

La infancia y la adolescencia son etapas del desarrollo humano que requieren, por su complejidad, especificidad, necesidades del entorno y por su vulnerabilidad a los cambios sociales, un tratamiento diferente al de las personas adultas.

Es necesario que, dentro de las líneas estratégicas de salud mental, queden explicitadas estas diferencias y se desarrollen actuaciones transversales de promoción de salud, detección e intervención precoz en las patologías más graves y prevalentes. Por eso, este Plan Integral recoge una línea específica dirigida a este grupo poblacional.

Estas actuaciones, que se desarrollan tanto en los Servicios Sanitarios, como en el entorno familiar, educativo y comunitario, han demostrado ser eficaces para mejorar las competencias afectivas, cognitivas y sociales de los niños/as, niñas y adolescentes, repercutiendo de manera positiva en el bienestar mental y en la calidad de vida de las y los menores y sus familias.

De acuerdo con las recomendaciones de la OMS, los programas de promoción y prevención en salud mental de la infancia y adolescencia han de desarrollarse desde las primeras etapas evolutivas, incluida la atención perinatal, prestando una especial atención a la promoción de un apego positivo y de lazos afectivos tempranos. Y han de continuar a lo largo de estas edades, fundamentalmente mediante intervenciones que fomenten la salud mental positiva.

Además, la atención a la salud mental en la infancia y adolescencia debe ser sensible a los cambios sociales y a las nuevas expresiones sintomáticas motivadas por los mismos que, en ocasiones, se traducen en problemas que se perciben como especialmente relevantes en estos grupos de población (trastornos de la conducta alimentaria, dificultades atencionales, problemas conductuales...).

Es un compromiso Institucional impulsar aquellas iniciativas que permitan educar a las y los menores en la protección de sus derechos, en el conocimiento de sus deberes, convivencia solidaria, las relaciones igualitarias y el respeto a las demás personas.

**Objetivos específicos:**

- 1.- Incorporar la perspectiva de promoción y prevención en salud mental a las iniciativas dirigidas a la infancia y adolescencia.
- 2.- Potenciar los factores protectores de la salud mental y reducir los factores de riesgo en los entornos familiares, escolares, comunitarios y sanitarios.
- 3.- Garantizar la coordinación intersectorial y favorecer la atención integral a los problemas de salud mental de la infancia y de la adolescencia.
- 4.- Adecuar los recursos y los modelos de atención a las necesidades específicas de cada grupo de edad (infancia y adolescencia), con enfoque de género y de diversidad.
- 5.- Completar y homogeneizar los recursos y cartera de servicios de salud mental de la infancia y la adolescencia en la Comunidad Autónoma.
- 6.- Potenciar el trabajo conjunto con familia y escuela para dar continuidad al cuidado de las y los menores, evitando la interrupción de su desarrollo evolutivo y de su aprendizaje.

Actividades:

- 1.- Se desarrollarán los acuerdos entre las Consejerías de Salud, Educación, Igualdad y Bienestar Social y Justicia y Administración Pública y se creará una comisión de seguimiento que permita dar respuesta a los problemas de la infancia y adolescencia que requieren intervenciones intersectoriales.
- 2.- Se coordinarán las actuaciones del PISMA con otras iniciativas, como el Plan de Humanización de la Atención Perinatal de Andalucía, la Estrategia Forma Joven y otras que se desarrollen desde el SSPA.
- 3.- Se realizarán actividades formativas y divulgativas dirigidas a madres, padres/madres y educadores, orientadas a la promoción de salud y la prevención de la enfermedad mental.
- 4.- Se elaborará un "Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia en Andalucía" que refleje las bases conceptuales y modelo de atención, los recursos y necesidades asistenciales, los espacios de cooperación intersectorial necesarios en este ámbito, la evaluación y las estrategias de mejora.
- 5.- La cartera de servicios para la atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia debe incluir programas ambulatorios, de hospital de día y de hospitalización completa, diferenciando espacios para las edades infantil y adolescentes, en base a las características de cada etapa del desarrollo.
- 6.- Se desarrollarán e implantarán protocolos de actuación conjunta entre atención primaria, salud mental y otras instituciones que intervengan en la atención de menores, para garantizar la continuidad de cuidados y la coordinación intersectorial e interniveles.
- 7.- Se revisarán y actualizarán los PAIs relacionados con la salud mental de la infancia y adolescencia y se elaborarán nuevos procesos o subprocesos sobre aquellas patologías que lo requieran.
- 8.- Se establecerán mecanismos de coordinación y colaboración entre los profesionales de los distintos sectores que intervienen en el Programa de Atención Temprana, que permitan



optimizar el desarrollo de las acciones relacionadas con la atención a los Trastornos Generalizados del Desarrollo (autismo y otros).

9.- En las consultas de atención primaria a menores, se incluirá la detección precoz de situaciones de riesgo psicosocial, con especial atención a aquellos cuyos progenitores padecen una enfermedad mental grave.

10.- Se realizará un estudio epidemiológico y de la situación actual de la atención a la salud mental de la infancia y adolescencia, que permita conocer, evaluar y proponer actuaciones de futuro en base a criterios de calidad y equidad.

3.2.- Desarrollo actual del modelo de atención

El modelo de atención a la infancia y adolescencia en Andalucía, en los dispositivos de salud mental, se ha desarrollado así:

- I. Un primer nivel de atención es el Equipo Básico de Atención Primaria (EBAP), dispositivo en el que sus profesionales (Pediatras, Médicos de Familia, Enfermería) tienen el primer contacto con la población, realizando actividades de prevención y promoción de la salud mental, resolviendo determinadas demandas y detectando y derivando los problemas psicopatológicos, al nivel especializado, realizando en este caso el seguimiento de estos pacientes infantiles de forma coordinada con dichos dispositivos.
- II. Un segundo nivel de atención lo constituye la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC), anteriormente Equipo de Salud Mental de Distrito (ESMD), que es el primer nivel de la atención especializada a la salud mental de niños/as y adolescentes, siendo el dispositivo básico en su ámbito de influencia con el que se coordinan el resto de los dispositivos. Presta atención ambulatoria a la demanda de salud mental infanto-juvenil derivada desde Atención Primaria y realiza actividades de apoyo y asesoramiento en programas de salud mental infanto-juvenil. Deriva al nivel más especializado (USMI-J) los problemas psicopatológicos que requieran atención en programas específicos por su gravedad, complejidad o necesidad de tratamiento intensivo.
- III. En un tercer nivel de atención, se encuentra la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, dispositivo destinado a desarrollar programas especializados de atención a la salud mental de la población infantil y adolescente de edad no superior a dieciocho años.



Las funciones de este dispositivo son:

- a. Prestar atención especializada a la salud mental, en régimen ambulatorio y de hospitalización total o parcial a la población infantil y adolescente con trastorno mental, derivada desde las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de actuación.
- b. Dar apoyo asistencial a requerimiento de otros dispositivos de salud mental.
- c. Poner en marcha programas asistenciales específicos para dar cobertura a la demanda derivada desde las unidades de salud mental comunitaria, o desde instituciones sanitarias y no sanitarias con competencia en materia de menores, con las que se haya establecido cauces de coordinación.
- d. Asegurar la continuidad asistencial y de cuidados, tanto en el ámbito hospitalario como en el comunitario.
- e. Participar en el diseño y desarrollo de programas de atención a la salud mental de la población infantil y adolescente a implantar en otros dispositivos asistenciales de salud mental de su ámbito de influencia, prestándoles el asesoramiento necesario.
- f. Desarrollar actividades de formación continuada, docencia de pregrado y postgrado e investigación en salud mental.
- g. Aquellas funciones que así lo precisen, se ejercerán en colaboración con las instituciones competentes en materia de atención y protección de menores.

La Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J) desarrolla estas funciones en tres programas asistenciales:

- Consultas Externas: son atendidos menores que presentan problemas de salud mental y sus familias, de forma ambulatoria por el equipo multidisciplinar, garantizando la accesibilidad y continuidad asistencial.
- Hospital de Día: está orientado a atender a menores que, por la gravedad de su patología, requieren una intervención especializada, intensiva y continuada. Se intenta mantener al niño,



niña o adolescente integrado en la escuela y en su medio, siempre que sea posible, adecuando el plan de tratamiento a estas necesidades.

- Hospitalización completa: para situaciones de crisis en las que sea necesario el internamiento hospitalario, éste se llevará a cabo en camas disponibles y adecuadas para estas edades.

3.3.- Análisis de la situación actual

Este modelo de atención a la salud mental de la infancia y adolescencia se ha desarrollado de forma desigual en las distintas Áreas de Salud Mental de la Comunidad Autónoma, siendo la situación actual:

- Heterogeneidad en el desarrollo de programas y actuaciones de promoción, prevención y asistenciales en atención primaria
- La coordinación con primaria es escasa y las derivaciones a las Unidad de de Salud Mental Comunitaria (USMC) se realizan de forma desigual.
- Existen diferencias en cuanto a recursos específicos para la atención a menores en las USMC, tanto en profesionales, espacios específicos, material diagnóstico y psicoterapéutico, salas de espera, adecuación de las consultas, accesibilidad y horarios adecuados a menores y sus familias.
- Sobrecarga asistencial en la USMC, que dificulta asumir con la especificidad requerida el tratamiento de pacientes infantiles. Esta situación provoca que a veces se derive a las USMI-J patologías, cuyo abordaje podría realizarse en las USMC.
- Existen dispositivos con dificultades para adaptarse a la normativa andaluza que regula el ejercicio de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo (Decreto 246/2005, de 8 de noviembre).
- Desigual desarrollo en los Programas de Hospital de Día y Hospitalización completa (espacios destinados a estos programas, profesionales, horarios, criterios de inclusión en los mismos).
- No en todos los dispositivos se atiende a edades comprendidas entre 0 y 17 años, dependiendo de la edad pediátrica de sus hospitales de referencia.



- Desigual desarrollo de protocolos específicos y guías de práctica clínica para patologías específicas.
- Déficit en formación específica de profesionales dedicados a la atención a la infancia y adolescencia.
- Escasas iniciativas de proyectos de investigación de salud mental de la infancia.
- Gran variabilidad en la práctica clínica.
- Dificultades de coordinación y desarrollo de programas conjuntos interniveles e intersectoriales.
- Carencias en la elaboración de los planes de docencia a nivel estatal de la formación específica necesaria sobre infancia y adolescencia en psicología clínica, psiquiatría y enfermería.

Una perspectiva más homogénea garantiza la equidad, calidad, eficacia, eficiencia, así como una cartera de prestaciones de los servicios de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia común para toda la Comunidad Autónoma. Por ello, atendiendo a las necesidades actuales y siguiendo, no solo las recomendaciones nacionales e internacionales y las líneas estratégicas del II PISMA, sino incorporando también las propias expectativas de familiares (Ver Anexo IV) se proponen una serie de medidas de mejora.



4.- PROPUESTA DE MEJORA DE LA ATENCIÓN SANITARIA PARA LA SALUD MENTAL DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

Se proponen las siguientes líneas de mejora:

1. Definir áreas prioritarias de actuación en salud mental infanto-juvenil tanto en Atención Primaria como Especializada
2. Mejorar los servicios de salud mental de la infancia y la adolescencia atendiendo al modelo de atención a la salud mental desarrollado en el II PISMA y de acuerdo con la normativa vigente.
3. Desarrollar una cartera básica de prestaciones orientadas a la población infanto-juvenil, acorde con los criterios de equidad, calidad, eficacia, eficiencia, atención a la diversidad y accesibilidad a los servicios.
4. Implantar la Historia Clínica de Diraya (Diraya es el sistema que se utiliza en el sistema sanitario público de Andalucía como soporte de la historia clínica electrónica) en los dispositivos de salud mental e incorporar los registros de información más eficaces para la atención a la infancia y la adolescencia, que permitan evaluar y proponer mejoras.
5. Impulsar la formación específica del equipo multidisciplinar en infancia y adolescencia.
6. Desarrollar proyectos de investigación en la Comunidad Autónoma.

En este apartado se desarrollarán los dos primeros puntos, encontrándose los cuatro restantes incluidos de forma transversal en ambos.

4.1. Áreas prioritarias de actuación en Atención Primaria y Especializada

Se definen seis áreas prioritarias de actuación en el ámbito de la salud pública de la infancia y la adolescencia:

1. Promoción,
2. Prevención
3. Detección precoz
4. Discriminación y estigma
5. Coordinación intersectorial
6. Estudio epidemiológico en la Comunidad Autónoma



4.1.1. Promoción

Las acciones de promoción de la salud mental, se enmarcan dentro de la estrategia más global de promoción de salud de la Consejería, formando parte de los Proyectos que se definen estratégicos para la Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia de Andalucía, tales como:

- La evaluación y promoción de una parentalidad positiva en el proceso de embarazo, parto y puerperio y en el seguimiento de la salud infantil y del adolescente, con el objetivo general de apoyar las competencias parentales necesarias para favorecer el desarrollo positivo de los menores en el contexto familiar. De este modo, se mejoraría la detección y prevención de situaciones de riesgo y desprotección infantil y el fortalecimiento de la salud mental de las familias
- Forma Joven, estrategia de promoción de salud desarrollada por las Consejerías de Educación, de Igualdad y Bienestar Social y de Salud que pretende acercar a los espacios frecuentados por adolescentes y jóvenes, asesorías de información y formación atendidas por un equipo de profesionales de diferentes sectores, para ayudarle a decidir en la elección de las respuestas más saludables.

Todas las actuaciones de promoción deben desarrollarse en un horizonte estratégico en el que los apoyos a las familias y a los contextos comunitarios donde los niños y niñas crecen y evolucionan, favorezcan su configuración como entornos amigables, inclusivos y protectores.

Las experiencias de “buenas prácticas” y el impulso institucional para el desarrollo de nuevos proyectos y líneas estratégicas orientados a la promoción de salud mental en la infancia es una necesidad prioritaria, así como los programas de atención y promoción del buentrato para el bienestar y la salud de la infancia y la adolescencia.

4.1.2. Prevención

Hay evidencia y consenso entre las sociedades científicas respecto a la existencia de un continuo entre los trastornos mentales en la infancia y los que aparecen en la vida adulta. Es necesario actuar sobre



factores de riesgo, ya sean estos de tipo genético, intrauterino, perinatal, familiar o social, así como desarrollar factores de protección y de promoción de la salud infantil y de sus cuidadores/as.

Las acciones preventivas deben ocupar un lugar fundamental en cualquier programa de salud mental y, específicamente, de la infancia y la adolescencia. Las intervenciones de carácter preventivo son más eficaces si se realizan en la infancia.

Los sistemas sanitarios y la sociedad en general, tienen perfectamente asumido un calendario de vacunaciones en la infancia. Sin embargo, en lo que se refiere a la salud mental, es frecuente esperar a intervenir cuando los trastornos están ya muy instaurados.

Muchas de las experiencias vitales, que sabemos pueden dañar de manera incluso irreversible la salud mental de una persona, se producen en la infancia y aún antes de nacer. Es en torno a etapas y situaciones especialmente críticas donde la sociedad debe concentrar sus esfuerzos preventivos.

Hay situaciones que suponen un especial riesgo para la salud mental pues en estas edades la vulnerabilidad ante acontecimientos vitales o a situaciones negativas crónicas es muy alta y tiene una gran influencia en el desarrollo adulto.

Es necesario prestar especial atención y definir estrategias de intervención basándose en diferentes niveles de exposición a factores de riesgo, ya que existen evidencias científicas sólidas de que hay situaciones de niños/as expuestos a un mayor riesgo de desarrollar un trastorno mental

- vulnerabilidad psicosocial: prematuros, discapacitados, enfermos crónicos hospitalizado o institucionalizados.....
- vulnerabilidad del entorno familiar: maltrato infantil, padres con problemas de adicciones, con TMG o enfermedades crónicas, marginación social y pobreza, frecuencia e intensidad de acontecimientos vitales altamente frustrantes como separaciones y/o divorcios repetidos, familias monoparentales, situaciones de duelo....
- vulnerabilidad social y cultural: niños refugiados, inmigrantes, paro crónico de los padres, situación de precariedad o carencia de soporte social,..



Por otro lado como etapas o momentos clave en los que existe un contacto con el sistema sanitario en los que desarrollar actividades de prevención podemos valorar:

Embarazo, parto y puerperio:

En la inmensa mayoría de los casos, estas etapas transcurren con normalidad y con un razonable nivel de bienestar. Sin embargo, determinadas situaciones sociales, emocionales u otras pueden hacer que estas vivencias estén impregnadas de un alto potencial patógeno tanto para los progenitores como para el hijo o la hija. Cuidar la salud de la embarazada, estar atento a su capacidad de afrontamiento, a los apoyos familiares con que cuenta, a las expectativas y a los riesgos asociados a determinados embarazos es ya una manera importante de cuidar la salud mental de la población infantil.

Programa de Salud Infantil:

El seguimiento de salud que se realiza a través del Programa de Salud Infantil ofrece buenas oportunidades para realizar acciones preventivas y educación y orientación en salud. Así mismo, este programa es un instrumento muy útil para detectar signos patológicos, siempre que se desarrolle de manera adecuada, se haga un mínimo entrenamiento del personal y se dote a Atención Primaria de instrumentos sencillos de screening. Las y los profesionales pueden detectar señales de que el/la menor no se desarrolla adecuadamente o que está en serio peligro por un inadecuado trato por parte de su entorno en cuyo caso derivará a Servicios Especializados de Salud Mental o a Servicios Sociales, según los casos.

En relación a los centros educativos, la escuela es, sin duda junto a la familia, el entorno más apropiado para una educación sana que promueva una salud mental positiva y minimice los riesgos de actitudes y comportamientos insanos que pueden propiciar la aparición de patologías mentales o agravar sus consecuencias. Momentos especialmente delicados en la vida escolar son el primer ingreso en un centro educativo, la aparición de conductas de aislamiento o particularmente disruptivas, los primeros brotes de violencia como agresor o como víctima...



Aunque la competencia sobre los programas y acciones educativas es responsabilidad del ámbito educativo, el apoyo de los dispositivos de salud mental puede ser fundamental para mejorar la calidad de sus intervenciones en aspectos preventivos.

4.1.3. Detección precoz

En estadios iniciales de la vida, es decir, en la infancia, detectar la enfermedad mental es fundamental y trascendente., cualquier profesional de la red intersectorial en contacto con el niño, puede y debe ser un agente que colabore en la detección de signos de alerta en la evolución psicológica del niño/a.

Los profesionales sanitarios con un contacto más frecuente con niños, niñas y sus familias son los pediatras y enfermeras de Atención Primaria, por lo que serán quienes puedan efectuar una detección precoz de los trastornos psicopatológicos de niños, niñas y adolescentes. Para que esto sea posible es imprescindible una interrelación entre atención primaria y los dispositivos de salud mental infantil que permita estudiar las poblaciones de riesgo y detectar los síntomas de trastornos psicopatológicos para ser posteriormente valorados de forma más específica.

Una actividad clave para desarrollar esta detección sería la implementación en atención primaria de herramientas de detección precoz para los trastornos en los que se disponga de un nivel de evidencia que aconseje su uso sistemático, como los trastornos precoces del vínculo, los trastornos generalizados del desarrollo, las psicosis infantiles y el autismo. Por ejemplo, en el programa de salud infantil, la revisión que se realiza a los dieciocho meses de vida es un momento indicado para pasar alguna prueba específica (CHAT, por ejemplo) a aquellos niños o niñas a los que se detecten indicios de Autismo u otro trastorno grave del desarrollo.

4.1.4. Discriminación y estigma

Esta es una línea estratégica específica del II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía. Es importante señalar que siguen existiendo prejuicios y tabúes en la población general respecto a menores y familias que acuden a los servicios de salud mental. Los niños y las niñas son a veces motivo de burla y sienten vergüenza, ocultando este hecho la mayoría de veces a sus compañeros/as. Sin minimizar la importancia de garantizar la privacidad del/a menor y no herir ni dañar su autoestima,



es necesaria la información y sensibilización de la población general. Así mismo, en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, se analiza la situación actual, los puntos críticos y se proporcionan recomendaciones en estas áreas.

De las iniciativas europeas se destaca, como prioridad, que *"cada Estado miembro europeo disponga de un Plan de Acción para la promoción de salud mental y la prevención de trastornos mentales"*.

Referido a la infancia y adolescencia se propone:

- 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 susceptibles de padecer trastornos mentales
- Prevenir la depresión y el suicidio
- 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
- Dirigir las intervenciones de promoción de la salud mental a grupos específicos de población de manera que formen parte de las estrategias de acción de la atención primaria, especializada y salud pública

En Andalucía, en la estrategia de lucha contra el estigma y la discriminación, que desarrolla el PISMA, se está poniendo en marcha el Proyecto **"LO HABLAMOS. Sensibilización sobre salud mental en las aulas"**, que se implantará en los Institutos de Enseñanza Secundaria a través del Programa Forma Joven. Este proyecto, pretende lograr una mayor sensibilización de los y las adolescentes sobre la importancia de la salud mental y un trato menos discriminatorio y más igualitario hacia las personas que padecen una enfermedad mental.

4.1.5. Coordinación Intersectorial

El sistema sanitario no puede dar respuesta a estos programas en solitario, requiere de la colaboración y coordinación con la familia, administración educativa y de justicia, servicios sociales especializados y comunitarios, y la sociedad en general.



En Andalucía, desde hace algunos años, se han venido desarrollando diferentes propuestas de coordinación entre los ámbitos de la Educación, Salud, Bienestar Social y Justicia. En esta línea habría que señalar las propuestas que se realizaron en el Simposium que se celebró en Granada en 2005, *“Salud Mental Infanto-Juvenil, una tarea compartida”* y el Informe del Defensor del Pueblo Andaluz relacionado con los Trastornos de Conducta en menores.

Esta es una línea prioritaria a impulsar y desarrollar desde la Administración Autonómica, con propuestas concretas y convenios específicos, para dar respuesta a aquellas patologías que, por su gravedad e incidencia social, requieren la coordinación de los recursos de distintas administraciones y que posibiliten la puesta en marcha de programas y actuaciones específicas orientados a la detección precoz, prevención y promoción de la salud.

Así como el desarrollo de líneas de investigación que permitan el análisis de la situación actual y orienten hacia una mejora de los servicios.

4.1.6. Estudio epidemiológico autonómico

La falta de datos fiables sobre la envergadura de los problemas de salud mental de la infancia y adolescencia en Andalucía, la respuesta que se está ofreciendo y con qué recursos estamos atendiendo estos problemas, hace difícil que la Administración Pública pueda priorizar y establecer líneas de mejora específicas de los servicios de infancia y adolescencia.

Aunque disponemos de algunos datos valiosos proporcionados, entre otros, por la Escuela Andaluza de Salud Pública y por el Observatorio de la Infancia en Andalucía, es necesario realizar un estudio epidemiológico completo sobre la situación actual de la salud mental de la infancia y la adolescencia en la Comunidad Autónoma.

4.2. Propuesta de mejora de los Servicios de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia

La atención a la infancia y la adolescencia en los dispositivos de Atención Primaria, en las USMC y las USMI-J debe integrar actividades y programas específicos de promoción de salud, prevención,



detección precoz y por supuesto asistencia integral en los que se incluya, además, la formación de los equipos y los proyectos de investigación.

4.2.1. Atención primaria.

El Decreto de Ordenación de Servicios de Salud Mental de Andalucía especifica: “El primer contacto de los/las usuarios/as con el SSPA se establece, con carácter general, en el ámbito de la atención primaria. Los distritos de atención primaria continuarán desarrollando programas que integren actividades de promoción de la SM, tanto de carácter preventivo como asistencial y seguirán realizando, con carácter intersectorial, actividades coordinadas con otras instituciones de carácter social. En Atención Primaria se realizaran, por los profesionales adscritos a los mismos, (pediatras, médico/as de familia, enfermera/os, trabajadores/as sociales) programas de promoción, prevención y detección precoz y atención a los problemas de salud mental de la infancia y adolescencia según sus necesidades y periodos evolutivos y con el apoyo de los profesionales de Salud Mental”.

La evolución seguida desde entonces, la cartera de servicios, las distintas fuentes y la bibliografía consultada, etc., indican entre otras la realización de las siguientes funciones:

A. PROMOCIÓN:

- Desarrollar programas de apoyo a la crianza
- Incorporar en el “Programa de Salud Infantil”, aspectos concernientes al desarrollo evolutivo normal del/a niño/a
- Desarrollar programas de promoción de la salud mental en el embarazo, parto y puerperio, en los que se incluyan aspectos emocionales fundamentales en el desarrollo del bebé (relaciones vinculares, apego, lactancia...)
- Desarrollar programas de hábitos saludables: alimentación, sueño, deporte, desarrollo emocional y relacional
- Desarrollar una estrategia intersectorial ligada a la Atención Primaria de Salud sobre Bienestar emocional de la infancia y la adolescencia
- Participar en la implantación de los programas transversales de promoción de la salud mental de la infancia y la adolescencia de la Consejería de Salud, Programa de Salud Mental y UGCs de referencia.



B. PREVENCIÓN:

Áreas de intervención preventiva:

- Depresión postparto
- Prematuro/as o con secuelas de accidentes perinatales
- Nacido/as con importantes anomalías
- Malos hábitos en la crianza
- Disfunciones evolutivas de los/las lactantes
- Déficit de habilidades para el cuidado del/a recién nacido/a
- Soporte familiar inadecuado o en situaciones de riesgo psicosocial, como el maltrato infantil
- Estrategias para niños y niñas especialmente vulnerables

C. DETECCIÓN PRECOZ:

- Detección de factores de riesgo de trastorno mental grave en la infancia y adolescencia, mediante protocolos consensuados entre Atención Primaria y Especializada
- Implementar herramientas de detección precoz para trastornos precoces del vínculo, generalizados de desarrollo, psicosis infantiles y autismo.
- Detección de factores de riesgo por enfermedad mental de progenitores o problemas mentales en familiares cercanos
- Detección de patologías graves de salud mental: trastornos generalizados del desarrollo, Trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de conducta perturbadora, psicosis...
- Dificultades graves de aprendizaje y relacionales.
- Detección precoz del maltrato infantil
- Detección precoz de desorganizaciones psíquicas precoces (trastornos del vínculo y la comunicación, trastornos del lenguaje, etc.) susceptibles de afectar de modo generalizado o grave al desarrollo y al aprendizaje.
- Detección de problemas relacionados con el estigma y la segregación y malos tratos en la infancia
- Detección de situaciones de riesgo social

D. ATENCIÓN:

- Establecer el primer contacto con cuidadores/as de niños, niñas y adolescentes.



- Realizar la valoración y definición de estrategias de intervención.
- Prestar atención sanitaria en los casos que no requieran atención especializada: trastorno mental común de la infancia y adolescencia, trastornos funcionales y evolutivos.
- Atención a las víctimas infantiles del maltrato y abuso sexual.
- Realizar la derivación de pacientes infantiles y adolescentes a nivel especializado de atención a la SM en los casos que lo requieran.
- Identificar la necesidad de apoyo social, facilitando el acceso a los servicios comunitarios.
- Colaborar con los dispositivos de atención especializada de salud mental en el seguimiento de menores y adolescentes con trastornos mentales graves.
- Implantación de procesos asistenciales de infancia y adolescencia
- Desarrollar protocolos de actuación conjunta con atención especializada para aquellas patologías más prevalentes.
- Desarrollar programas de de formación en salud mental infanto-juvenil.
- Colaborar en proyectos de investigación de Salud Mental de la infancia y la adolescencia.

Para el desarrollo de las anteriores tareas se requiere que los profesionales de Atención Primaria cuenten con la formación, los equipos profesionales y el tiempo necesario de manera que puedan realizar:

- ✓ Entrevista familiar.
- ✓ Realización Historia Clínica, social y enfermera
- ✓ Diagnóstico Evolutivo
- ✓ Orientación diagnóstica
- ✓ Tratamiento y orientación familiar
- ✓ Derivación a su Unidad de Salud Mental Comunitaria de referencia si la problemática lo requiere.
- ✓ Coordinación con la USMC mediante: Informes, interconsulta, coterapia, supervisión u otras actividades que sean necesarias.

4.2.2. Atención Especializada

Con el actual Decreto de ordenación de servicios de salud mental, la atención especializada a la infancia y adolescencia se desarrolla en las USMC y en las USMI-J de las UGC de Salud Mental.



La atención a la infancia y la adolescencia requiere de actuaciones específicas, priorizadas y sostenibles en relación a la promoción, prevención y detección precoz de patologías graves, fundamental en estos ciclos vitales, por su vulnerabilidad y también por la efectividad demostrada, como se ha recogido en las áreas prioritarias de actuación

Es necesario que la atención especializada a la salud mental de la infancia y la adolescencia tenga los recursos necesarios de infraestructura y profesionales para prestar una atención de calidad en función de las necesidades actuales. La prioridad de estas actividades tiene su expresión en los objetivos del Contrato Programa del SAS y en los objetivos de las UGCs de Salud Mental.

Contemplando estos, las Direcciones de las UGCs trasladarán a las Direcciones Gerencia de sus hospitales de referencia lo siguiente:

- El desarrollo e implantación de este programa específico de atención a la salud mental de la infancia y adolescencia. El programa será coordinado por la dirección de la UGC de Salud Mental correspondiente y tendrá un carácter transversal y de aplicación a todos los dispositivos de la UGC.
- La existencia de programas Ambulatorios, de Hospital de Día y Hospitalización Completa para atender los problemas de salud mental en esta etapa evolutiva.
- El desarrollo de estrategias y actividades específicas en sus Áreas Sanitarias de promoción, prevención, detección precoz, evitación del estigma.
- La atención especializada no solo en las USMI-J sino también en las USMC, en base a su propia cartera de servicios (ver Anexo V).
- La derivación protocolizada a las USMI-J de referencia.
- Propuestas de coordinación interniveles e Intersectoriales.

4.2.2.1. Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC)

Es el dispositivo básico de la atención especializada con el que se coordinarán el resto de los dispositivos asistenciales de atención a la SM.

Las **funciones** de la USMC en la atención a la infancia y adolescencia son:



- Prestar atención integral a menores, adolescentes y sus cuidadores/as en régimen ambulatorio y domiciliario.
- Desarrollar programas de atención comunitaria que integren actividades de carácter preventivo y de promoción de la salud, asistenciales, de cuidados, de rehabilitación y recuperación, y de inclusión social.
- Garantizar la continuidad asistencial y de cuidados con otros dispositivos asistenciales.
- Apoyar y asesorar a los centros de atención primaria en la atención a los problemas de salud mental de la población asignada, mediante la realización de actividades de formación, interconsulta, coterapia u otras que se definan.
- Coordinar la derivación de pacientes a otros dispositivos de salud mental, cuando las necesidades de los mismos así lo requieran.
- Proponer la derivación de pacientes a otro centro o servicio vinculado con el SAS mediante convenio o concierto.
- Implantar la historia clínica de DIRAYA e incorporar en la misma los contenidos específicos y necesarios para atender a la infancia y adolescencia. La información recogida en los módulos de Citación e Historia Clínica debe facilitar la evaluación de la actividad asistencial.

La atención a la infancia y la adolescencia en las USMC comprenderá las siguientes **actividades**:

A. PROMOCIÓN DE SALUD:

- Las USMC implantarán programas de promoción de salud de la infancia y la adolescencia, en el marco que diseñe la UGC (programas transversales y/o específicos de las USMC).
- Impulsará el desarrollo e implantación de los programas de promoción de salud mental de la infancia y la adolescencia en sus Centros de Atención Primaria de referencia.
- Impulsará el desarrollo e implantación de los programas de promoción de la salud mental en colaboración con el ámbito educativo y otros sectores no sanitarios.
- Potenciará el trabajo en red con otros sectores e instituciones

B. PREVENCIÓN:

- Desarrollará programas de prevención de riesgos en el embarazo.
- Desarrollará programas de prevención de conductas de riesgo y consumo de sustancias.
- Desarrollará programas de prevención de suicidios.



- Desarrollará programas de prevención del maltrato infantil
- Desarrollará programas de prevención de las patologías más prevalentes.

C. DETECCIÓN PRECOZ:

- Detección de factores de riesgo de trastorno mental grave en la infancia y la adolescencia, mediante protocolos consensuados entre atención primaria y especializada.
- Detección de factores de riesgo por enfermedad mental de progenitores o problemas mentales en familiares cercanos.
- Detección de patologías graves de salud mental: trastornos generalizados del desarrollo, Trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de conducta perturbadora, psicosis...
- Dificultades severas de aprendizaje y relacionales.
- Detección precoz del maltrato infantil
- Detección precoz de desorganizaciones psíquicas precoces (trastornos del vínculo y la comunicación, trastornos del lenguaje, etc.) susceptibles de afectar de modo generalizado o grave al desarrollo y al aprendizaje.
- Detección de problemas relacionados con el estigma y la segregación Detección de situaciones de riesgo social.

D. ATENCIÓN:

- Atención integral a los trastornos mentales de la población infantil asignada y a sus cuidadores/as.
- La atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia en las USMC deberá realizarse por profesionales que tengan formación específica en este ámbito.
- Trabajo conjunto y Coordinación con AP mediante informes, protocolos conjuntos, contactos entre profesionales, orientación en las intervenciones a realizar (informes, coterapia, supervisión, interconsulta).
- Coordinación con su USMI-J de referencia recibiendo, a su vez, el apoyo de las mismas y derivando a ella a pacientes que por su gravedad lo requieran.
- Coordinación reglada con los ámbitos de Educación, Servicios Sociales y otras Instituciones cuando el caso requiera intervención intersectorial.
- Implantación y desarrollo de Procesos Asistenciales Integrados (PAIs) para infancia y adolescencia.



- Seguimiento de pacientes derivados por su USMI-J de referencia.

E. OTRAS ACTIVIDADES:

- Funciones administrativas y de gestión de la demanda.
- Docencia pregrado y postgrado.
- Formación interna reglada en la USMC y en la UGC.
- Formación conjunta con AP u otras Instituciones del/la menor.
- Investigación.

En función de estas áreas de intervención, las USMC desarrollarán programas específicos para la atención a los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia. Será necesario redefinir la ratio de profesionales y los espacios, adecuándolos a las necesidades de esta población y a la normativa vigente:

- a. Equipo: Cada USMC debe contar con un referente (psiquiatra o psicólogo/a clínico/a) para la atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia a tiempo completo y con formación específica en esta área. Contará con el apoyo a tiempo parcial de los y las profesionales de la propia USMC que sean necesarios en cada caso. Deberá plantearse, en función de las necesidades y de los programas específicos a implantar por cada UGC en su Área Sanitaria, la incorporación a las USMC, de otras categorías profesionales como Terapeutas Ocupacionales, Monitores/as Ocupacionales, Logopedas, Psicomotricistas, Maestros/as, etc.
- b. Infraestructura: Las USMC deberán adaptarse a la normativa vigente y contar con sala de espera diferenciada de la de personas adultas, material lúdico y psicométrico, espacios y tiempos específicos para la atención a niños y niñas y la asistencia de los padres y madres, garantizando la accesibilidad y, en la medida de lo posible, la no interrupción de la escolaridad.
- c. Cartera de Servicios:
 - Pruebas diagnósticas, psicométricas, biológicas o neurológicas.
 - Pruebas complementarias.



- Valoración dinámica familiar.
- Diagnostico según clasificaciones CIE-10.
- Psicoeducación familiar orientada al conocimiento de las etapas evolutivas y de apoyo en la crianza.
- Psicoterapias (grupales, individuales y familiares).
- Tratamiento farmacológicos.
- Historia Social y Enfermera.
- Planes de cuidados.
- Seguimiento domiciliario.
- Programas de seguimiento de hijos e hijas de progenitores con trastorno mental grave
- Derivación a las USMI-J de aquellas patologías graves que previamente se hayan considerado prioritarias en la UGC en función de su prevalencia.
- Facilitar a AP la derivación a USMI-J de aquellas patologías graves que lo requieran, previo consenso entre ambas partes.
- Coordinación con Servicios Sociales Comunitarios y otras Instituciones.

4.2.2.2. Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J)

En las Unidades de Salud Mental Infanto-juvenil se atenderán aquellas patologías que, por su gravedad o necesidad de tratamiento en Hospital de Día u Hospitalización Completa, sean derivadas por las USMC.

En el Informe del grupo de trabajo de USMI del Programa de Salud Mental de 2002, se definen las funciones de las USMI-J de consulta externa, de hospital de día y de hospitalización, así como los programas y protocolos a desarrollar.

El funcionamiento de las USMI-J, al igual que el resto de dispositivos de salud mental no ha sido homogéneo, caracterizándose la situación actual por:

- Desigual desarrollo en la coordinación con Atención primaria y las USMC.
- En algunas áreas hospitalarias existen derivaciones directamente a USMI-J desde Atención Primaria, sin pasar por las USMC.



- Desarrollo no homogéneo de protocolos de actuación conjunta tanto interniveles como intersectoriales.
- Se está produciendo una sobrecarga asistencial de patologías que no requieren de tratamiento intensivo.
- Diferencias de accesibilidad a la USMI-J para poblaciones y familias del medio rural, que se beneficiarían de un trabajo especializado y comunitario en sus USMC.
- Prioridad de la consulta ambulatoria.
- Inexistencia de un programa específico de promoción, prevención o detección precoz que sea común a las USMI-J.

Las **funciones** de la USMI-J son:

- A. Atención ambulatoria específica y protocolizada de las patologías con mayor complejidad.
- B. Atención en régimen de Hospital de Día.
- C. Atención en régimen de Hospitalización Completa.
- D. Coordinación de los Procesos Asistenciales Integrados relativos a la infancia y la adolescencia.
- E. Desarrollo e implantación de programas de coordinación interniveles e intersectoriales.
- F. Formación, investigación y docencia.
- G. Gestión del Conocimiento.

A.- Atención ambulatoria específica y protocolizada de las patologías más complejas.

- Atención de aquellos pacientes derivados de la USMC que requieran una intervención ambulatoria más específica en USMI-J. En aquellos casos en que existen indicadores de formas graves de trastornos psicopatológicos y exista un protocolo de derivación establecido por la Dirección General de Asistencia Sanitaria o por un Proceso Asistencial Integrado, puede establecerse la derivación directamente y de forma preferente desde Atención Primaria de Salud, poniéndose en conocimiento de la Unidad de Salud Mental Comunitaria de referencia.
- Realización del "Plan Individualizado de Tratamiento del/a Menor" (PITM).
- Coordinación de las actividades a realizar con AP, USMC, Educación, Servicios Sociales u otras Instituciones que estén relacionadas con el caso a tratar.
- Apoyo a USMC en valoración diagnóstica, tratamiento y rehabilitación.



- Apoyo a sus USMC de referencia mediante coordinación reglada, interconsulta, coterapia y supervisión conjunta.
- Desarrollo de un Subprograma de Salud Mental de Enlace específicamente para niños/as y adolescentes, que contemple la atención a las interconsultas hospitalarias y la atención a menores incluidos en programas específicos de colaboración intrahospitalaria.
- Atención de urgencias.

B.- Atención y Coordinación del programa de Hospital de Día

El Decreto de "Apoyo a las familias Andaluzas" a él que se ha hecho referencia en este documento, supone un hito en la atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia.

Las medidas que allí se establecieron, han supuesto una mejora fundamental en la atención y en la provisión de recursos de salud mental para la infancia y la adolescencia: se crearon las USMI-Js que faltaban en Málaga y Sevilla, Hospitales de Día en todas las USMI-Js con incorporación de nuevos profesionales (incremento de personal técnico, terapeutas ocupacionales, monitores/as, maestros/as) y las camas en Unidades de Pediatría.

Sin embargo, la implantación de estas medidas se ha desarrollado de forma diferente en cada USMI-J, debido, entre otras, a las siguientes razones:

- La ubicación de Hospitales de Día ha sido diferente en cada USMI-J: en unas se han ampliado los espacios existentes, otras han sido de nueva construcción (cerca de las USMI-Js o en espacios diferenciados)
- La incorporación de maestros/as a las USMI-J no se ha realizado en todas ellas.
- Las camas no han estado en funcionamiento en todos los Hospitales.
- Los programas y protocolos de intervención no han sido homogéneos.
- La accesibilidad al HD, facilitando el horario de tarde, ha tenido una implantación desigual: en algunas sólo para actividades de terapia ocupacional y no todos los y las profesionales han participado en las actividades.
- La franja de edad de 0 a 18 años tampoco se ha respetado en todas las USMI-Js, fundamentalmente por no coincidir con la edad pediátrica de los hospitales de referencia.



- No se han desarrollado medidas específicas para consolidar la atención comunitaria en las USMC y AP.

El desigual desarrollo de las prestaciones, horarios, recursos y profesionales ha venido condicionado, entre otras razones, por la disponibilidad estructural y presupuestaria de los Hospitales, pero, a su vez, ha conllevado que cada USMI-J pueda tener características específicas y diferenciadas, encuadres teóricos y técnicos diferentes, flexibles y dinámicos. Esto puede suponer un valor, si entendemos que ha sido en interés de la mejora continua de los servicios, permitiendo el desarrollo de programas adaptables a las necesidades de la población de referencia, a los cambios y demandas de la sociedad. Estas circunstancias no deben impedir que los programas, las prestaciones que cada USMI-J oferta sean evaluados y medidos con el fin de conseguir el rigor metodológico que se requiere en una Administración Pública.

En Andalucía con el desarrollo del "Decreto de Apoyo de las Familia Andaluzas", se realizó una propuesta de funcionamiento del grupo de trabajo de USMI-J del Programa de Salud Mental, que sirvió de base para la puesta en marcha de los Hospitales de Día orientado a la atención de las patologías más graves.

- Trastornos de la Conducta Alimentaria
- Trastornos del Comportamiento
- Esquizofrenia de inicio en la infancia y adolescencia
- Trastornos Generalizados del Desarrollo

La Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) publicó un informe *"Hospitales de día psiquiátricos para niños y adolescentes"* que ha servido de referencia al modelo andaluz y que lo definía así: *"El Hospital de día para niños y adolescentes es un dispositivo asistencial para el tratamiento institucional intensivo, en un medio terapéutico específico, de los trastornos mentales severos que aparezcan en estos períodos de la vida y que tienen en común el provocar una pérdida en sus posibilidades evolutivas y de vida autónoma, así como serias dificultades en la vida relacional social y familiar, estando asimismo seriamente alteradas sus capacidades académicas o profesionales"*.

Hoy sigue vigente esta definición, pero sería necesario redefinir este modelo siguiendo protocolos de actuación más homogéneos e integrales que hayan demostrado su eficacia según la mejor evidencia



disponible, orientándose a aquellas patologías y situaciones clínicas, familiares o sociales que puedan beneficiarse de este servicio.

Es una modalidad de tratamiento diferente para:

- Patologías graves y situaciones de crisis.
- Reducción de síntomas y mejoría del funcionamiento global de pacientes menores de edad.
- Niños, niñas o adolescentes con dificultades relacionales o falta de habilidades sociales.
- Realizar actividades con fines de observación y estudio diagnóstico.
- Menores que requieren de un mejor ajuste social y familiar.
- Como espacio terapéutico transitorio en casos de absentismo escolar secundario a un trastorno mental.
- Menores en situaciones de aislamiento en el contexto familiar y de las relaciones sociales.
- Niños, niñas y adolescentes con funcionamientos inadaptados, con alteraciones crónicas o que no hayan respondido a otros tratamientos a nivel ambulatorio.
- Otras circunstancias familiares o sociales que lo requieran.

El Hospital de día es una alternativa de tratamiento integral y se configura como un recurso asistencial intermedio, permitiendo un abordaje terapéutico intensivo de forma continuada o intermitente, sin sustraer al/a menor de su entorno y medio de vida habitual.

El HD para pacientes infantiles y adolescentes es un espacio de relación y de trabajo esencialmente terapéutico en sus intervenciones clínicas, actuaciones, contenidos, criterios y actividades. El objetivo principal será potenciar los recursos personales y afectivos para mejorar la propia imagen de cada paciente, la comprensión del conflicto que subyace y posteriormente, la modificación de actuaciones y de respuesta en su conducta interna y externa.

Todo ello, conlleva la redefinición de situaciones y de propuesta de alternativas de relación, vínculo y apego en los diferentes temas que se trabajan y aparecen en el contexto terapéutico de las actividades, como el control de impulsos, la imagen personal, la presencia del otro, la definición y comprensión de las pulsiones, los aspectos narcisistas de la personalidad y la autoestima, la imagen corporal, la sexualidad, el valor de los límites....



El espacio, a su vez, posibilita la estructuración de actividades según contenidos y criterios vinculados a las dificultades identificadas en cada caso, la patología a tratar, los objetivos que pretende cubrir ajustados de forma individualizada, qué actividades conviene realizar, con qué técnicas, qué personas y en cuanto tiempo.

Tiene especial importancia la forma de vinculación del niño, niña o adolescente con los diferentes miembros del equipo, con el grupo de menores que acuden al HD y en las distintas actividades y momentos que se producirán en el entorno del hospital de día. Los patrones de conducta y educativos que ha recibido cada menor en su medio, el modelo de familia, las formas de vinculación y los criterios y valores educativos básicos adoptados serán considerados en el tratamiento.

Cada una de las intervenciones a realizar, tiene o puede tener, repercusiones que resultan favorables para el niño o la niña, su bienestar psicológico y el curso de la enfermedad. Las experiencias en hospital de día favorecen y posibilitan correcciones y modificaciones que suponen cambios y respuestas nuevas por parte de los pacientes infantiles y adolescentes en su relación con los otros y su entorno.

C.- Atención y coordinación del programa de Hospitalización Completa

La hospitalización de un/a menor con trastorno mental presenta ciertas connotaciones diferenciales con respecto al resto de pacientes menores. Por una parte, a pesar de ser ingresos de corta estancia si los comparamos con los ingresos por trastorno mental en adultos/as (media de 20 a 24 días), resultan de larga duración en comparación con el resto de ingresos pediátricos, cuya media está en torno a los 6 días.

Por otra parte, la hospitalización se indica como respuesta a una crisis aguda o bien como una actuación necesaria para una evaluación complementaria que contribuya a un mejor diagnóstico y consecución de los objetivos terapéuticos propuestos. El ingreso hospitalario, pues, debe obedecer a un criterio clínico y nunca social, requiriéndose medidas o dispositivos diferentes para otras necesidades socio familiares (vgr. necesidad de respiro familiar, ingresos como "castigo" por la ausencia de contención del medio).



La Academia Americana de Psiquiatría del niño y del adolescente recoge, en su Reunión de Consenso del año 1989, los criterios de ingreso hospitalario esenciales en la atención a los problemas de salud mental de niños, niñas y adolescentes. Los tres puntos principales son los siguientes:

1. El trastorno psiquiátrico es de tal gravedad que altera el funcionamiento diario en, al menos dos, áreas importantes de la vida del niño o la niña (ambiente escolar, interacción social, relación familiar).
2. El tratamiento a realizar en el hospital es adecuado para esos problemas y probablemente beneficioso para el/la paciente.
3. Previamente se deben considerar otros tratamientos menos restrictivos. Se planteará la hospitalización completa cuando sea apropiada a las necesidades del/a paciente o bien hayan sido probados sin éxito otros tratamientos.

El ingreso, pues, debe tener una finalidad terapéutica, no sólo la mera contención, aunando un conjunto de intervenciones médicas y psicológicas integradas y coordinadas durante un tiempo limitado.

Entre las principales situaciones que pueden eventualmente requerir ingreso hospitalario, destacan:

- Primeros brotes psicóticos.
- Descompensaciones de cuadros psicóticos.
- Tentativas de suicidio y otro tipo de conductas autolíticas que supongan un potencial riesgo vital para el/la menor.
- Trastornos de la Conducta Alimentaria (según criterios establecidos en el PAI).
- Observación y diagnóstico diferencial.

Recomendaciones generales de exclusión para el ingreso psiquiátrico en la infancia y la adolescencia:

- Retraso mental como único diagnóstico.
- Conducta antisocial.
- Abuso o dependencia de tóxicos como único diagnóstico.
- Trastornos generalizados del desarrollo como diagnóstico principal.

La hospitalización del/la paciente infantil y adolescente con patología psiquiátrica es una necesidad detectada por todos los estamentos pero no resuelta de forma clara y organizada en todos los



hospitales. En la legislación vigente (Ley 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, en la Disposición Final Duodécima y Ley 1/1998, de 20 de abril, de los Derechos y la Atención al Menor, en su artículo 10, punto 7) se recogen indicaciones dirigidas al ingreso de menores en establecimientos adecuados a su edad y a que se posibilitará la existencia de espacios adaptados a la infancia.

Desde un punto de vista epidemiológico, se considera que el 20% de los/as menores presenta un trastorno mental diagnosticable en un momento determinado de su evolución madurativa. Por otro lado, las necesidades de camas hospitalarias para menores con trastornos mentales, se estiman actualmente entre 1 y 2 para niños/as y entre 2 y 3 para adolescentes por cada 100.000 habitantes (AEN y MSPS, 2009).

Al hablar de hospitalización psiquiátrica para población infantil y adolescente, nos referimos a un ingreso que debería ser lo más breve posible, indicado habitualmente, como intervención en situación de crisis.

En cuanto a la ubicación y criterios de edad:

- Según criterios de edad y necesidades específicas de la hospitalización se diferencian dos espacios hospitalarios para el ingreso del/a menor de edad: la ubicación de las camas para ingresos psiquiátricos se realizará en los servicios de Pediatría en menores de 14 años (En algunos hospitales se ha negociado la edad hasta los quince años incluidos, salvo situaciones de especial agitación) y, para mayores de 14 años, en espacios anexos a las unidades de hospitalización de adultos/as, pero diferenciados y adaptados.
- El ingreso se efectuará siempre por personal facultativo responsable de la USMI-J y, fuera del horario de consulta, el ingreso provisional lo realizará el/la psiquiatra de guardia, hasta su posterior valoración por la USMI-J.
- Tanto el seguimiento como la prescripción del tratamiento serán llevados a cabo por facultativos de la USMI-J.
- Las camas deberán estar en habitaciones independientes y dotadas de las condiciones de seguridad necesarias para garantizar la protección de los/las menores ingresados.
- Los ingresos se realizarán atendiendo a la Guía para la aplicación del Decreto 246/2005.



- Se debe garantizar la cualificación del personal de enfermería en patologías psiquiátricas en la etapa infanto-juvenil a través de formación teórica y práctica coordinada por la USMI-J
- Es imprescindible la coordinación entre el equipo pediátrico, tanto de médicos como de enfermería, con el equipo de salud mental, por lo que se establecerán reuniones periódicas de coordinación y formación entre ambos servicios.
- En el caso de adolescentes, se establecerá esta coordinación entre Unidades de Adultos y USMI-J

D.- Procesos Asistenciales Integrados (PAIs)

Desde la USMI-J se impulsarán e implantarán los Procesos Asistenciales Integrados de Infancia y Adolescencia existentes y participará en la elaboración de los nuevos que se desarrollen. Se elaborarán protocolos de intervención para las patologías más prevalentes.

E.- Desarrollo e implantación de programas de coordinación interniveles e intersectorial

Desde las USMI-J se debe impulsar un trabajo en red que garantice la continuidad de cuidados del /a menor y la colaboración de todos los estamentos sociales comprometidos con su salud y educación, dando un papel fundamental al trabajo conjunto con las familias y profesionales de la educación.

Con este objetivo cada Unidad de Gestión Clínica debe ser el referente que articule el espacio sociosanitario en salud mental infantil y del adolescente, deberían impulsarse la firma de convenios de colaboración entre las Consejerías de Salud, Educación, Servicios Sociales y Justicia e instaurar, con ellos, Comisiones Técnicas Interinstitucionales formadas por profesionales de las distintas administraciones en un área de salud:

1. Salud: Centros de Salud, Servicios Hospitalarios de Pediatría, USMC, USMI-Js.
2. Educación: Equipos psicopedagógicos de educación primaria y Servicios de orientación educativa de secundaria.
3. Área Social: Servicios sociales locales y Servicio de protección de menores.
4. Área Jurídica: Fiscalía de menores y Juzgado de familia.



La USMI-J será el referente de su UGC, para las propuestas, programas o protocolos de coordinación con las instituciones que atienden a menores: educación, bienestar social, justicia, servicios sociales comunitarios u otras instituciones que se requieran; de la coordinación con otros servicios hospitalarios a través de programas de enlace; de la colaboración con otros Planes Integrales con competencia en menores (Plan Oncológico, Obesidad Infantil, etc.), buscando la integración de un enfoque de bienestar y activos para la salud mental en los planes y programas del SSPA .

F.- Formación, Investigación y Docencia

Se hace necesario potenciar, no sólo la formación de profesionales y la adecuación de sus competencias para que sean cada vez más especializadas en infancia y adolescencia, sino también su participación en proyectos de investigación que ayuden al conocimiento de las dificultades de salud mental y su abordaje en estas etapas del desarrollo psicológico.

Para ello sería recomendable que en el Plan de formación continuada de cada UGC se contemplaran acciones formativas propias que hagan referencia a este periodo.

G.- Gestión del Conocimiento

La base sobre la que se asienta la práctica clínica es esencialmente el juicio clínico, es decir, el conjunto de conocimientos y experiencias adquiridos por cada profesional a lo largo de su trayectoria asistencial. Este conocimiento se expresa en cada una de sus actuaciones y en la toma de decisiones ante un/a paciente individual. Sin embargo, el desarrollo cualitativo y cuantitativo de la investigación científica, en el ámbito general y en salud mental en particular, hace difícil a cada profesional mantenerse al día en unos conocimientos que crecen y se diversifican de forma exponencial.

La gestión del conocimiento en salud tiene como finalidad buscar, seleccionar, analizar y reelaborar la gran cantidad de información existente, y poner a disposición de toda una comunidad profesional los conocimientos y las prácticas que aporten valor para la mejora de la calidad asistencial y de la salud, en nuestro caso de niños, niñas y adolescentes.



Para lograr este objetivo se ha de recurrir a la práctica basada en la evidencia, a iniciativas de evaluación de las innovaciones, a la elaboración de recomendaciones (guías clínicas) y a herramientas para el resumen y transferencia de conocimiento científico.

Ver Anexo VI.

Para el desarrollo de las funciones anteriores, la USMI-J ha de contar con la dotación siguiente:

- a. Equipo: El equipo multiprofesional tendrá formación especializada en salud mental de la infancia y adolescencia y estará compuesto por: personal facultativo especialista en psiquiatría y en psicología clínica, terapeutas ocupacionales, monitores/as ocupacionales, personal de enfermería y trabajo social, maestros/as, administrativos/as y otros profesionales que sean necesarios para el desarrollo de programas específicos de la UGC: logopedas, psicomotricistas, cuidadores/as o celadores/as, etc. La ratio del equipo se establecerá según la población de la UGC y las recomendaciones nacionales e internacionales.

- b. Recursos: En la actualidad hay en funcionamiento en Andalucía 14 USMI-J que deberían contar con el espacio necesario para desarrollar los programas a ella adscritos (es necesario proporcionar espacios al aire libre tales como jardines, patios, etc.). Es necesario que los espacios destinados a hospital de día y hospitalización completa estén lo más cercanos posible para mejor utilización de los recursos y profesionales.



5. AVANCES NECESARIOS

Actualmente el Servicio Andaluz de Salud se propone dar un nuevo paso en la construcción de una red asistencial lo más completa posible para atender las necesidades de salud mental de la infancia y la adolescencia.

Las propuestas para los necesarios cambios y avances en la construcción de esta red se basan, esencialmente, en los siguientes principios:

- Los nuevos aportes del conocimiento teórico y aplicado de la clínica relativa a estas edades
- La experiencia acumulada a lo largo de estos años
- Las recomendaciones de Instituciones y Organismos Nacionales e Internacionales
- Los cambios en las estructuras y dinámicas sociales, especialmente en lo que se refiere a las familias
- Las nuevas expresiones sintomáticas de la patología mental en la infancia y la adolescencia
- Los programas y dispositivos de atención puestos en marcha por otras administraciones que atienden la infancia y adolescencia, particularmente bienestar social, educación y justicia

Con estas bases y la reflexión de los/as profesionales, se hace necesario mejorar aspectos organizativos de los recursos actuales, pero, al mismo tiempo, es imprescindible la ampliación de los mismos y la puesta en marcha de espacios y dispositivos nuevos.

5.1. Cambios en los actuales dispositivos

- Ampliación, reordenación de los espacios y mejora del mobiliario de consultas de las USMC teniendo en cuenta las competencias que tienen que asumir y los diferentes periodos evolutivos de la población que van a tratar.
- Dotación a las USMC y USMI-J de los medios necesarios para la evaluación, diagnóstico y tratamiento: material psicométrico y de exploración clínica (Anexo VII), lúdico y psicoeducativo (Anexo VIII).
- Incremento de profesionales en las USMC que permita atender de forma diferenciada a la población de estas edades, así como desarrollar el programa de la infancia y adolescencia de



su UGC. Estos/as profesionales deberán tener formación específica en salud mental infanto-juvenil.

- Impulso del trabajo domiciliario.
- Ampliación y reordenación de los espacios y mobiliario de los hospitales de día, teniendo en cuenta las actividades que conforman los actuales programas terapéuticos y las diferentes edades. Necesidad de espacios para grupos, talleres, aula, relajación, psicomotricidad, etc.
- Dotación de espacios abiertos en los hospitales de día.
- Homogeneizar el horario y la accesibilidad de los dispositivos.
- Identificación de “buenas prácticas”.
- Actuación con protocolos en los casos de patologías más graves y prevalentes.
- Disminución de la variabilidad de la práctica clínica siguiendo las guías de práctica clínica.
- Realización de programas de intervención conjuntos con atención primaria orientados a la promoción de la salud mental, la prevención, la detección precoz y la recuperación.
- Implantación de Guías y protocolos específicos para continuar la estrategia de coordinación intersectorial.
- Fomento de la lucha contra el estigma y la discriminación.
- Diferenciación de espacios y programas para población infantil y adolescente.
- Diferenciar espacios para la hospitalización completa de la población de dichas edades.
- Formalización, a través de las comisiones de docencia, de la formación específica en población infantil y adolescente para psiquiatras, especialistas en psicología clínica y personal de enfermería
- Adecuación del perfil de competencias de profesionales que trabajen con menores.

5.2. Nuevos dispositivos y programas

Los dispositivos especializados (USMC y USMI-J) requieren de una reorganización de sus programas y competencias, así como de reajuste de las plantillas.

Sería necesario, además, impulsar la creación de otros dispositivos de apoyo a menores y a sus familias con problemas de salud mental. Esta necesidad se basa en la evidencia de que, incluso con un funcionamiento óptimo y de calidad de los recursos actuales, en algunos casos existen dificultades



para dar respuestas satisfactorias a determinadas problemáticas y situaciones graves. A continuación se señalan algunas propuestas de dispositivos y programas a desarrollar en un futuro:

- A. Unidades de Hospitalización: Aunque la recomendación de hospitalización de menores por razones de salud mental es poco frecuente, determinadas situaciones clínicas, especialmente cuando concurren circunstancias familiares difíciles, hacen necesaria una hospitalización completa. Esta hospitalización debe cumplir con dos requisitos aparentemente contradictorios: Por un lado debe evitarse al máximo la estigmatización y, por otra parte, el dispositivo de hospitalización debe responder adecuadamente a las necesidades específicas de estos pacientes así como a las particularidades del tratamiento. Para responder a estas especificidades cada USMI debería disponer de una pequeña unidad de hospitalización aneja a Pediatría, aunque con la suficiente autonomía y con personal específico. La hospitalización de adolescentes mayores de quince años podría hacerse en una zona especialmente reservada y adecuadamente dotada de personal y mobiliario, aneja a las unidades de hospitalización de salud mental de adultos.

- B. Unidades de Media Estancia: Hay adolescentes que pueden necesitar un tratamiento en régimen de hospitalización completa más prolongado que el razonable en las unidades de hospitalización descritas. Se plantea la creación de Unidades de referencia en Andalucía por un período experimental de cuatro años. Cada una de estas unidades tendría capacidad para diez pacientes en régimen de residencia y otros diez en régimen análogo al de hospital de día. Estas unidades, similares a una comunidad terapéutica, deberían disponer, además de los servicios sanitarios, de un programa formativo-académico que estaría bajo la responsabilidad de la Administración Educativa, mediante el establecimiento de los acuerdos intersectoriales que sean necesarios. Estas Unidades de Media Estancia estarían orientadas a patologías graves de salud mental de la infancia y la adolescencia. Tal y como señala la estrategia del SNS, no se recomiendan dispositivos específicos para patologías determinadas. Sería necesario realizar un censo sobre los casos, patologías concretas y las edades que requerirían este tipo de dispositivo, en base al cual se cuantificaría el número de Unidades de Media Estancia requeridas.

- C. Centros de día: Dispositivos a implantar en colaboración con otros sectores de ámbito regional, provincial o local, con competencias en menores, destinados a facilitar espacios de convivencia, ocio o actividades lúdicas con orientación terapéutica para menores que, por diferentes



situaciones o problemas psicopatológicos, tienen dificultades para relacionarse con normalidad en su medio. Estarían orientados a proporcionar a los/las menores experiencias correctoras y normalizadas que les permitan recuperar su autoestima y confianza en sus capacidades. La UGC de referencia tendría la competencia de elaborar el programa a desarrollar, la preparación de monitores/as y educadores/as y la supervisión técnica reglada. Este tipo de dispositivo sería particularmente necesario en las zonas más alejadas de los núcleos urbanos donde suelen concentrarse los dispositivos sanitarios.

- D. Programa Terapéutico en Familias de Acogida, en colaboración con el Servicio de Acogimiento y Adopción, Dirección General de Infancia y Familia, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Serían programas de acogimiento de menores, especialmente indicado para los/las más pequeños/as en grave situación de riesgo clínico, familiar o social, que hacen inviable el abordaje terapéutico en su propia familia, pero que requieren de un periodo de tratamiento intensivo en espacios de acogida y entornos familiares.
- E. Programa de Acompañamiento Terapéutico: El apoyo domiciliario y la tutoría de menores es una estrategia de intervención terapéutica orientada a aquellos casos con problemática familiar grave, dificultades escolares derivadas de problemas de salud mental, desajustes emocionales entre los miembros de la familia y otros. Permite que el niño o la niña pueda estar con su familia y tener una figura referente o "*intermediaria*" con la que establecer otro tipo de relaciones más ajustadas, mantener la asistencia al colegio, no sentirse expulsado/a de su familia ni ser la víctima de los problemas familiares.
- F. Otros dispositivos o programas a crear en colaboración con distintas instituciones: Será necesario llegar a acuerdos y suscribir convenios de colaboración entre distintas Instituciones para dar respuesta a aquellas demandas y necesidades de menores que por sus características de gravedad y especificidad, requieren de corresponsabilidad en su abordaje y que exceden las competencias de una única administración.



6. COMPROMISOS

Queremos cerrar este documento con un pequeño resumen de los compromisos que se deben asumir para contribuir, desde la atención a la salud mental, a lograr una infancia y adolescencia lo más saludable y feliz posible, apoyando sus procesos de crecimiento y motivando el logro del máximo potencial de desarrollo personal, desde una perspectiva biopsicosocial.

1. Conseguir que las acciones a desarrollar en el marco de cada línea estratégica del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012, contemplen la perspectiva de la infancia y la adolescencia, recogida en el Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y Adolescencia (PASMIA).
2. Lograr que el PASMIA sea un referente en la atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia en el ámbito de las Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental.
3. Priorizar objetivos referidos al PASMIA en los Acuerdos de Gestión Clínica de Salud Mental.
4. Asumir el carácter fundamental de la promoción de salud y la prevención de la enfermedad mental en la infancia y la adolescencia.
5. Desarrollar estrategias coordinadas intersectoriales para fomentar el bienestar y la salud mental de la infancia y la adolescencia sustentándolas en los activos para la salud que tienen las comunidades.
6. Lograr una coordinación intersectorial más efectiva
7. Protocolizar las patologías más prevalentes en base a la mejor evidencia disponible.
8. Homogeneizar la cartera de servicios.
9. Adecuar los dispositivos de salud mental a las necesidades del/la menor y su familia.
10. Diferenciar, en la hospitalización y en aquellos programas que lo requieran, a la infancia y la adolescencia.
11. Crear nuevos servicios y dispositivos en función de las necesidades detectadas.



7. BIBLIOGRAFÍA

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Inpatient Hospital Treatment of Children and Adolescents: 1989. Disponible en: http://www.aacap.org/cs/root/policy_statements/inpatient_hospital_treatment_of_children_and_adolescents.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría. 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 del 2005. Disponible en: http://www.aen.es/web/docs/ObservatorioAEN_05.pdf
- Asociación Española de Neuropsiquiatría y Ministerio de Sanidad y Política Social. Informe sobre la Salud Mental del Niño y Adolescente; 2009 (pendiente de publicación)
- Bertolote J, McGorry PD on behalf of the World Health Organization and the International Early Psychosis Association. Early intervention and recovery for young people with early psychosis: consensus statement. British Journal of Psychiatry 2005; 187 (suppl. 48):116 -119.
- Bravo MF, Aparicio D, Cuevas C, Diaz B, Eguiagaray M, Fuente J, Mateos A, Moré MA, Ozámiz A, Pérez F, Sánchez AE. Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad. Cuaderno técnico nº 4. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2000.
- Caplan G. (Ed). Principios de psiquiatría preventiva. Barcelona: Paidós; 1982.
- Clark Ch et al. Psychological symptoms and physical health and health behaviours in adolescents: a prospective 2-year study in East London. Addition 2006; 102: 126-135.
- Comisión de las Comunidades Europeas. Libro Verde: Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Bruselas; 2005. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2005:0484:FIN:ES:PDF>
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Sevilla. La Consejería; 2001
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión y Somatizaciones. Sevilla: La Consejería; 2002.
- Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Informe USMI-HD Andalucía. Documento interno del Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud; 2002.
- Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. III Plan Andaluz de Salud 2003 – 2008. Sevilla. La Consejería. Junta de Andalucía; 2003.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007. Sevilla: La Consejería; 2003.



- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Proceso Asistencial Integrado Trastornos de la Conducta Alimentaria. Sevilla: La Consejería; 2004.
- Consejería de Salud. Atlas de la Salud Mental en Andalucía 2005. Sevilla. La Consejería; 2006.
- Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2005 - 2008. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2005.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave. Sevilla: La Consejería; 2006.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Proceso Asistencial Integrado Atención Temprana. Sevilla: La Consejería; 2006.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012. Sevilla: La Consejería; 2008.
- Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. La atención sanitaria a personas menores en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Guía para la aplicación del Decreto 246/2005. Sevilla: La Consejería; 2009.
- Consejo de la Unión Europea. Conclusiones del Consejo de 2 de junio del 2003 sobre la lucha contra la estigmatización y la discriminación en relación con la enfermedad mental. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2003:141:0001:0002:ES:PDF>
- Edwards J, McGorry PD. La intervención precoz en la psicosis: guía para la creación de servicios de intervención precoz en la psicosis. Londres, Martin Dunitz Ltd Ed; 2002 (traducido al español en 2004 por la Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis).
- Escudero C, García-Villanova F, Sánchez A. Consideraciones teóricas y técnicas sobre el juego en los grupos de psicoterapia con niños. *Psiquiatría Pública* 1994; 6 (1).
- European Comission. Mental Well-being. Special Eurobarometer 248; 2006. Disponible en: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_248_en.pdf
- European Commission: Countering the stigmatisation and discrimination of people with mental health problems in Europe. Luxembourg; European Communities; 2008. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/stigma_paper_en.pdf
- European Commission: Mental Health in the EU – Key Facts, Figures, and Activities A Background Paper. Luxembourg; European Commission; 2008.
- Fox KR. The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutrition* 1999; 2(3a): 411-418.
- Häfner H, Maurer K. Detección temprana de la esquizofrenia: datos actuales y perspectivas futuras. *World Psychiatry (edición española)* 2006; 4 (3); 130-138.
- Huizing E, Ariza MJ, Rodríguez J, Lacida M, Reina M, García R. Estudio y análisis del estigma asociado a los trastornos mentales en los ámbitos sanitarios. *Rev Presencia* 2006; 2 (4).



- Instituto Andaluz de Salud Mental. Documentos de Trabajo Nº 2: La organización de la atención especializada en salud mental infantil. Sevilla: Consejería de Salud y Servicios Sociales; 1988.
- Instituto de Estadística de Andalucía. Revisión del Padrón Municipal de habitantes. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadistica/>
- International Early Psychosis Association Writing Group. International clinical practice guidelines for early psychosis. British Journal of Psychiatry 2005; 187 (suppl. 48): 120-124.
- Jané-Llopis E, Braddick F. (Eds). Mental Health in Youth and Education. Consensus paper. Luxembourg: European Communities; 2008. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/consensus_youth_en.pdf
- López M, Lara L. La coordinación intersectorial en la atención a la salud mental. Nuevas instituciones y formas de gestión en equipos e instituciones en salud mental. Salud mental de equipos e instituciones. Leal Rubio. Coordinador AEN 1997;149-168.
- Marshall M, Rathbone J. Intervención temprana para la psicosis. La Biblioteca Cochrane Plus 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
- Mental Health Europe. Mental Health Promotion of Adolescents and Young People. Directory of Projects in Europe. Brussels: European Commission; 2001.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Madrid. El Ministerio; 1985.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid. El Ministerio; 2007.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Consumo farmacéutico por grupos terapéuticos, edad y sexo. Indicadores. Instituto de Información Sanitaria. Mayo 2005. Disponible en: http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Consumo_farmaceutico_por_tramos_edad_y_sexoll_Final.pdf
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2006. Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm>
- Nussbaum de Moguillansky S. Diagnóstico en niños. Rev. de Psicopatología y Salud Mental del niño y del Adolescente 2009; 13 (Abril).
- Organización Mundial de la Salud. "Declaración de Salud Mental para Europa. Enfrentando desafíos, Construyendo soluciones". Conferencia Ministerial Europea de la OMS. Helsinki, Finlandia, 2005.
- Organización Mundial de la Salud. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental: Políticas, Planes y Programas de Salud Mental. Ginebra: OMS; 2005
- Organización Mundial de la Salud. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental: Mejora de la calidad de la Salud Mental (Quality improvement for mental health). Ginebra: OMS; 2003.



- Organización Mundial de la Salud. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental: Políticas, Planes y Programas de Salud Mental de la Infancia y Adolescencia (Child and adolescent mental health policies and plans). Ginebra: OMS; 2005.
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS; 2001
- Organización Mundial de la Salud. Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado. Organización Mundial de la Salud: Ginebra, 2004.
- Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica. Informe compendio. Ginebra: OMS; 2004.
- Pérez C, (Ed). La atención en la salud mental en Andalucía: presente y futuro. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2004.
- Purcell G, Wilson P, Delamothe T. The quality of health information on the Internet. BMJ 2002; 324: 557-8.
- Red Europea de Promoción de la Salud Mental. Promoción de la salud mental en niños menores de 6 años. Psiquiatría Pública 2000; 12 (2): 151-2
- Resolución del Parlamento Europeo "Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de Salud Mental"; 2006.
- Rüsç N, Angermeyer MC, Corrigan PW. El estigma de la enfermedad mental. Conceptos, consecuencias e iniciativas para reducirlo. European Psychiatry (Ed. Esp.) 2006; 13: 165-176.
- Sánchez V (Dir). Protocolos y Programas en Salud Mental Infantil y Juvenil. Córdoba: Fundación Castilla del Pino; 2004.
- Servicio Andaluz de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Programa de Salud Mental. Memoria de recursos y actividad asistencial 2005. Sevilla: SAS; 2006.
- Siquier ML, García ME, Grassano et al. Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico. Buenos Aires: Ediciones Nueva visión; 1987.
- Tizón JL, Ciurana R, Buitrago F, Camón R, Chocrón L, Montón C . Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. Aten primaria 1997; 20 (2): 122-151.
- Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud La evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud: Configurando la Salud Publica en una Nueva Europa: Parte Dos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004.
- Vallina O, Lemos S, Fernández Iglesias P. Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. Apuntes de Psicología 2006; 24 (1-3): 185-221.
- Wahlbeck K, Mäkinen M. (Eds). Prevention of depression and suicide. Consensus paper. Luxembourg: European Communities; 2008. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/consensus_depression_en.pdf



- Walker Z, Townsend T, Oakley L, Donovan C, Smith H, Hurst Z, et. al. Health Promotion for adolescents in primary care: Randomised controlled trial. BMJ 2002; 325: 524-527.
- Winnicott DW. Escritos de pediatría y psicoanálisis. Ediciones Piados; 1999.
- Winnicott DW. Realidad y juego. Ediciones Gedisa; 1983.
- Zárate de Estarín Y. La sesión del juego diagnóstico. Rev.de Psicopatología y Salud Mental del niño y del Adolescente 2004; 3 (Abril)



ANEXOS

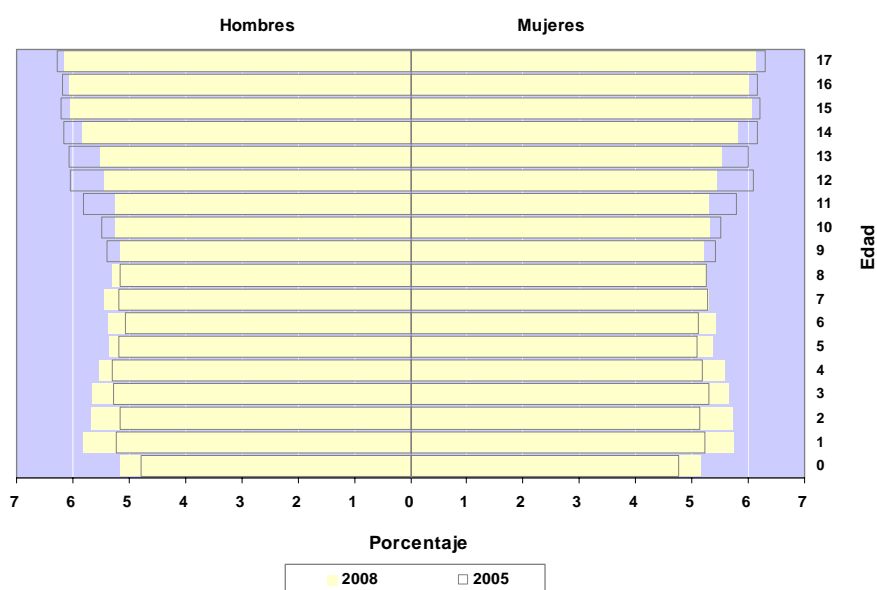
- ANEXO I: Población andaluza menor de 18 años
- ANEXO II: Salud mental percibida en la infancia y adolescencia
- ANEXO III: Morbilidad atendida en los dispositivos de salud mental del SSPA, 2005-2008
- ANEXO IV: Expectativas de familiares
- ANEXO V: Propuesta de Cartera Básica de Servicios de los dispositivos de Salud Mental
- ANEXO VI: Gestión del Conocimiento en Salud Mental de la Infancia y Adolescencia
- ANEXO VII: Material psicométrico y de exploración
- ANEXO VIII: Material Aula Lúdica



ANEXO I: POBLACIÓN ANDALUZA MENOR DE 18 AÑOS

En este apartado se ha utilizado la población recogida en el Instituto de Estadística de Andalucía (IEA) del año 2008 menor de 18 años (1.621.817), lo que supone un 19,8% del total de población (8.202.220). El 51,5% eran hombres (835.097) y el 48,5% mujeres (786.720). Esta población se incrementó un 2,7% con respecto a la del año 2005, en el que la población menor de 18 años de Andalucía era de 1.578.555 habitantes.

Gráfico 1. Pirámide de edad de la población andaluza menor de 18 años, 2005-2008



Fuente: Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2005 y 2008. Instituto de Estadística de Andalucía.

Por sexo, el incremento del número de hombres (2,8%) es ligeramente superior al de mujeres (2,7%), sin embargo por grupos de edad, destaca el mayor incremento de la población de 0 a 4 años tanto en niños como en niñas (11,4%) desde el 2005. Por el contrario el grupo de edad de 10 a 14 años ha disminuido alrededor de un 5%.

Tabla 1. Población por grupos de edad y sexo, 2005 y 2008.

	2005			2008			% Variación		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
0 a 4 años	209.241	196.240	405.481	232.428	219.087	451.515	11,08	11,64	11,35
5 a 9 años	211.127	200.464	411.591	222.468	208.825	431.293	5,37	4,17	4,79
10 a 14 años	240.323	226.447	466.770	227.742	215.733	443.475	-5,24	-4,73	-4,99
15 a 17 años	151.659	143.054	294.713	152.459	143.075	295.534	0,53	0,01	0,28
Total	812.350	766.205	1.578.555	835.097	786.720	1.621.817	2,80	2,68	2,74

Fuente: Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2005 y 2008. Instituto de Estadística de Andalucía.



ANEXO II: SALUD MENTAL PERCIBIDA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Según la Encuesta Nacional de Salud del año 2006, en la *población infantil* de Andalucía, un 13,7% de menores entre 4 y 15 años presentan *riesgo de padecer mala salud mental infantil*¹, siendo ese porcentaje a nivel nacional del 12%. Diferenciando por sexo, en Andalucía las niñas presentan un mayor riesgo de mala salud mental (15,2%) que los niños/as (12,2%), no existiendo esta diferencia en los datos relativos a España (11% en niñas y 12,9% en niños/as).

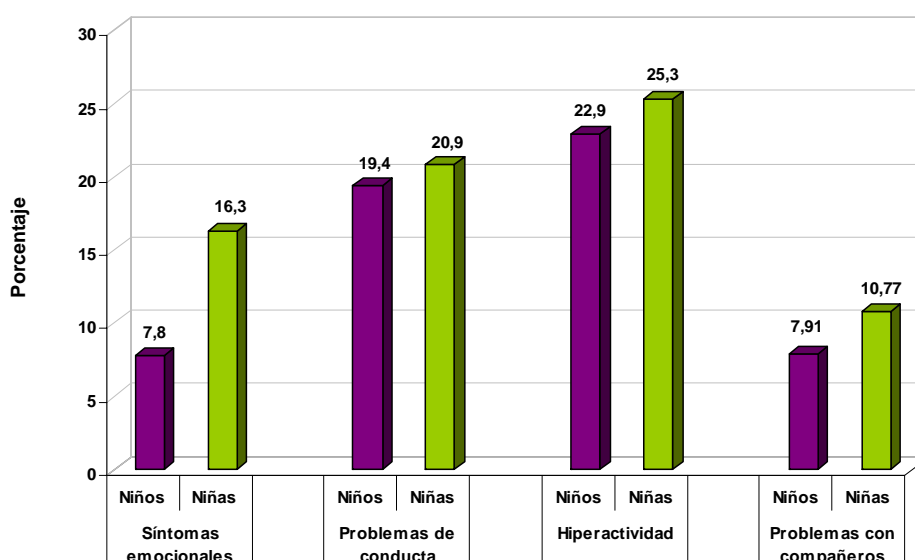
Tabla 1. Riesgo de mala salud mental infantil según sexo, 2006.

	Total	Niños/as	Niñas
Andalucía	13,69 (± 3,02)	12,19 (± 4,08)	15,21 (± 4,23)
Total Nacional	11,96 (± 1,16)	12,88 (± 1,67)	10,99 (± 1,50)

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006. Ministerio de Sanidad y Política Social.

Los problemas de salud mental con mayor riesgo de aparición en la población infantil andaluza, son la hiperactividad (24,1%) y los problemas de conducta (20,1%), frente a los síntomas emocionales (12,0%) y problemas con compañeros y compañeras (9,3%), siendo la probabilidad de aparición de todos los trastornos mayor en niñas (gráfico 1).

Gráfico 1. Riesgo de mala salud mental en la población menor de 18 años. Andalucía, 2006.



¹ Se ha utilizado el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (Strengths and Difficulties Questionnaire -SDQ-). El informante de este cuestionario es la persona del hogar que conozca mejor los aspectos referidos al estado de salud y atención sanitaria del niño/a. La interpretación de este indicador debe ser cautelosa debido a que la ENS utiliza por primera vez en 2006 el SDQ en España en una encuesta de este tipo. Los datos están basados en una muestra de la población y por tanto están sujetos a errores de muestreo. Se incluyen los intervalos de confianza para reflejar mejor la fiabilidad de las estimaciones obtenidas. El punto de corte para el SDQ se ha situado en 17 puntos o más. La población infantil de 4 a 15 años que obtenga esa puntuación se considera en riesgo de mala salud mental. No obstante, diferentes estudios demuestran que hay diferencias culturales que determinan diferencias en las respuestas y, consecuentemente, en el punto dónde se debe situar el corte.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006. Ministerio de Sanidad y Política Social.

A nivel nacional, el riesgo de aparición de estos trastornos mentales es menor que en Andalucía, a excepción de los problemas con los compañeros. Existen además diferencias en los problemas mentales según sexo ya que la probabilidad de aparición en Andalucía es menor en niños que en niñas con la salvedad de los síntomas emocionales que es mayor en niñas.

Tabla 2. Riesgo mala salud mental en la población menor de 18 años. Andalucía y Nacional, 2006

	ANDALUCÍA			NACIONAL		
	Niños	Niñas	TOTAL	Niños	Niñas	TOTAL
Síntomas emocionales	7,77	16,32	11,99	9,99	13,26	11,59
Problemas de conducta	19,36	20,90	20,12	19,46	17,18	18,35
Hiperactividad	22,88	25,34	24,09	24,41	19,85	22,18
Problemas con los compañeros	7,91	10,77	9,32	10,73	9,58	10,17

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006. Ministerio de Sanidad y Política Social.



ANEXO III: MORBILIDAD ATENDIDA EN LOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL DEL SSPA, 2005-2008.

1. Morbilidad atendida en las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J)

- 1.1. Características demográficas de la población atendida
- 1.2. Morbilidad y actividad asistencial
- 1.3. Grupos diagnósticos específicos
- 1.4. Personas atendidas en primera consulta

2. Morbilidad atendida en las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC)

- 2.1. Características demográficas de la población atendida
- 2.2. Morbilidad y actividad asistencial
- 2.3. Personas atendidas en primera consulta

3. Morbilidad atendida en hospitalización completa

- 3.1. Características demográficas de la población atendida
- 3.2. Morbilidad y actividad asistencial



1. MORBILIDAD ATENDIDA EN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL (USMI-J)

En este apartado se analizan los datos de la población andaluza menor de 18 años atendida en las USMI-J en 2008 (el 95% del total de la población atendida en estos dispositivos).

1.1. Características demográficas de la población atendida

1.1.1. Año 2008

A continuación se presenta la información relativa a las 15.715 personas menores de 18 años atendidas durante el año 2008 por las 14 Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil de Andalucía.

La distribución de las personas atendidas en las USMI-J muestra que el número de hombres que acuden a estos dispositivos (10.885) doblan al de mujeres (4.818). Sólo en el 0,08% de los casos no consta el sexo de la persona.

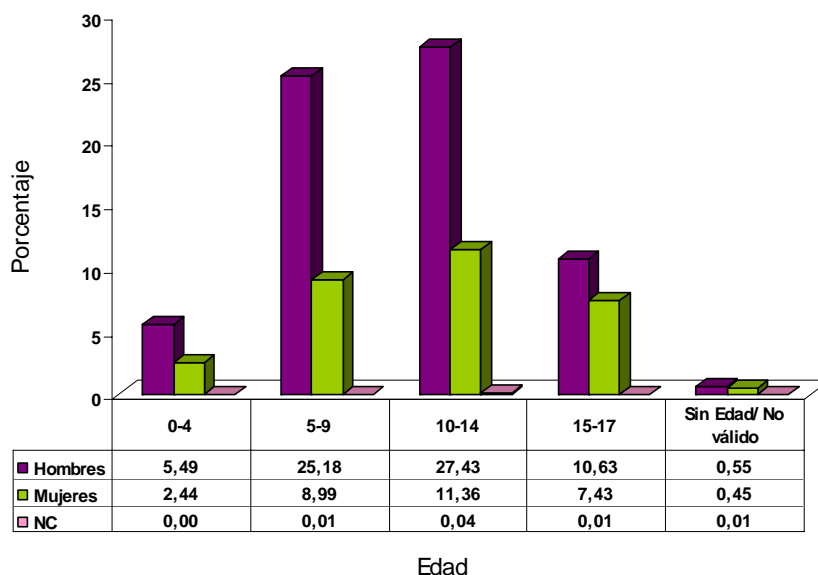
Tabla 1. Personas menores de 18 años atendidas en Unidades de salud Mental Infanto-Juvenil según sexo. SSPA, 2008.

Sexo	Número	Porcentaje
Hombres	10.885	69,27
Mujeres	4.818	30,66
NC	12	0,08
Total	15.715	100,00

En cuanto a los grupos de edad y sexo, se observa que el 27,4% de las personas atendidas en las USMI-J son niños de 10 a 14 años seguido del grupo de niños de 5 a 9 años con un 25,2%. En todos los grupos de edad el número de niños es mayor que el de niñas.



Gráfico 1. Personas menores de 18 años atendidas en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil según grupo de edad y sexo. SSPA, 2008.



1.1.2. Evolución 2005-2008

En este epígrafe se presenta una evolución comparativa de los indicadores demográficos, sexo y edad, de las personas menores de 18 años que han acudido a las USMI-J desde el año 2005 al 2008.

El número de personas menores de 18 años atendidas en estos dispositivos se ha incrementado un 23,9%, pasando de 12.689 pacientes en el año 2005 a 15.715 pacientes en el 2008.

Por sexo, la evolución del número de hombres atendidos ha sido un 32,7% más que en el año 2005, pasando de 8.204 a 10.885 pacientes en el año 2008. El número de mujeres aunque también ha aumentado en este periodo de tiempo, el incremento ha sido menor, variando de 4.456 a 4.818 usuarias en el año 2008, suponiendo un incremento del 8,1%.

Por grupos de edad, el mayor aumento se ha producido en los hombres de 15 a 17 años pasando de 740 en 2005 a 1.670 en 2008 (incremento del 125,68%). Sin embargo destaca la disminución tanto de niños como de niñas de 0 a 4 años que son atendidos en estos dispositivos (-31,7% y -20,2% respectivamente).



Tabla 2. Personas menores de 18 años atendidas por las Unidades de salud Mental Infanto-Juvenil según sexo y grupos de edad. SSPA, 2008.

Hombres	2005		2006		2007		2008		% Variación 2005-08
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	
0-4 años	1.262	9,95	799	6,20	840	6,04	862	5,49	-31,70
5-9 años	3.016	23,77	3.185	24,71	3.459	24,89	3.957	25,18	31,20
10-14 años	3.086	24,32	3.402	26,39	3.681	26,49	4.310	27,43	39,66
15-17 años	740	5,83	1.207	9,36	1.388	9,99	1.670	10,63	125,68
Sin edad/no válida	100	0,79	88	0,68	112	0,81	86	0,55	-14,00
Total	8.204	64,65	8.681	67,34	9.480	68,22	10.885	69,27	32,68
Mujeres	2005		2006		2007		2008		% Variación 2005-08
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	
0-4 años	480	3,78	334	2,59	369	2,66	383	2,44	-20,21
5-9 años	1.209	9,53	1.144	8,87	1.246	8,97	1.413	8,99	16,87
10-14 años	1.817	14,32	1.571	12,19	1.639	11,79	1.785	11,36	-1,76
15-17 años	876	6,90	1.091	8,46	1.075	7,74	1.167	7,43	33,22
Sin edad/no válida	74	0,58	58	0,45	80	0,58	70	0,45	-5,41
Total	4.456	35,12	4.198	32,56	4.409	31,73	4.818	30,66	8,12

*Excluidos los casos en los que no consta el sexo.

1.2. Morbilidad y actividad asistencial

1.2.1. Año 2008

En este apartado se describe la morbilidad que presentan las personas menores de 18 años atendidas por las USMI-J durante el año 2008, considerando los grupos diagnósticos definidos en la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades: Trastornos Mentales y del Comportamiento de la Organización Mundial de la Salud.

Como se observa en la tabla 3, la patología más frecuente entre la población usuaria de las USMI-J son los trastorno del comportamiento y emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (34,0%), destacando también los trastornos del desarrollo (12,8%) y los trastornos neuróticos (9,6%).

Además, el 29,6% de las personas se incluyen en el grupo diagnóstico "Trastorno mental sin especificación", referido a las personas que son atendidas en estos dispositivos sin haber llegado a un diagnóstico *definitivo* o aquellas para las que aún no se ha definido un diagnóstico específico.

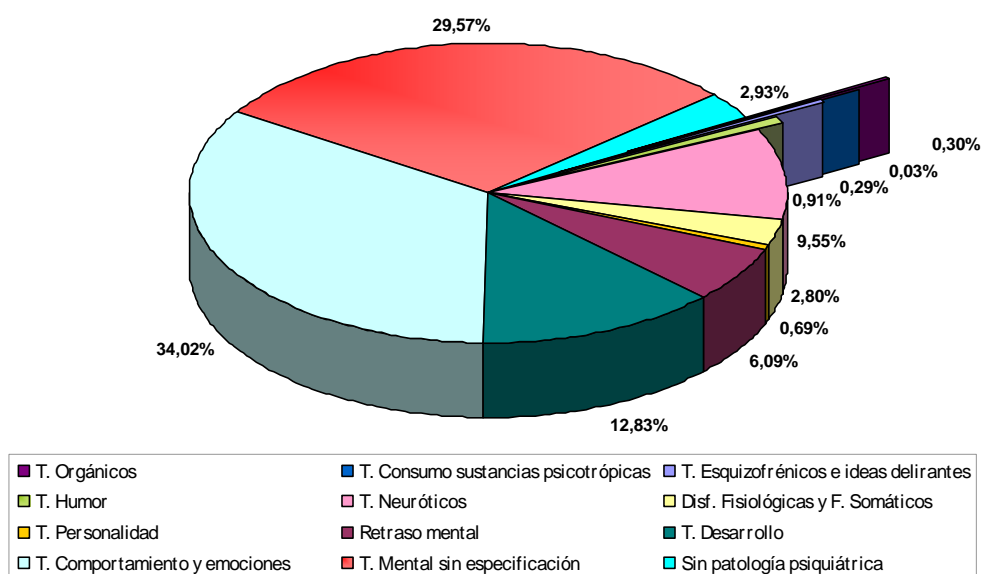


Los trastornos menos frecuentes son los relacionados con el consumo de sustancias psicotropas con un 0,03%, debido en parte, a que estas patologías son tratadas habitualmente en la red de atención a la drogodependencia dependiente de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.

Tabla 3. Personas menores de 18 años atendidas en Unidades de salud Mental Infanto-Juvenil según grupo diagnóstico. SSPA, 2008.

CIE-10	Grupo diagnóstico	Número	Porcentaje
F00-F09	T. Orgánicos	47	0,30
F10-F19	T. Consumo sustancias psicotrópicas	4	0,03
F20-F29	T. Esquizofrénicos e ideas delirantes	46	0,29
F30-F39	T. Humor	143	0,91
F40-F49	T. Neuróticos	1.500	9,55
F50-F59	Disfunciones fisiológicas y factores somáticos	440	2,80
F60-F69	T. Personalidad	108	0,69
F70-F79	Retraso mental	957	6,09
F80-F89	T. Desarrollo	2.016	12,83
F90-F98	T. Comportamiento y emociones (Infancia y Adolescencia)	5.346	34,02
F99	T. Mental sin especificación	4.647	29,57
-	Sin patología psiquiátrica	461	2,93
Total		15.715	100,00

Gráfico 2. Personas menores de 18 años atendidas en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil según grupo diagnóstico. SSPA, 2008.





La prevalencia atendida por enfermedad mental en estos dispositivos es de 984,7 por cada 100.000 menores¹, presentando una gran variabilidad entre los grupos diagnósticos como se puede observar en la tabla 4.

El grupo diagnóstico que presenta una mayor tasa es el de los trastornos del comportamiento y emociones (335). Presentan también una elevada prevalencia los trastornos del desarrollo (126,3) y los trastornos neuróticos (94).

Por el contrario presentan la menor tasa por 100.000 menores de 18 años, el grupo de trastornos por consumo de sustancias psicotrópicas (0,3) y el de trastornos orgánicos (3).

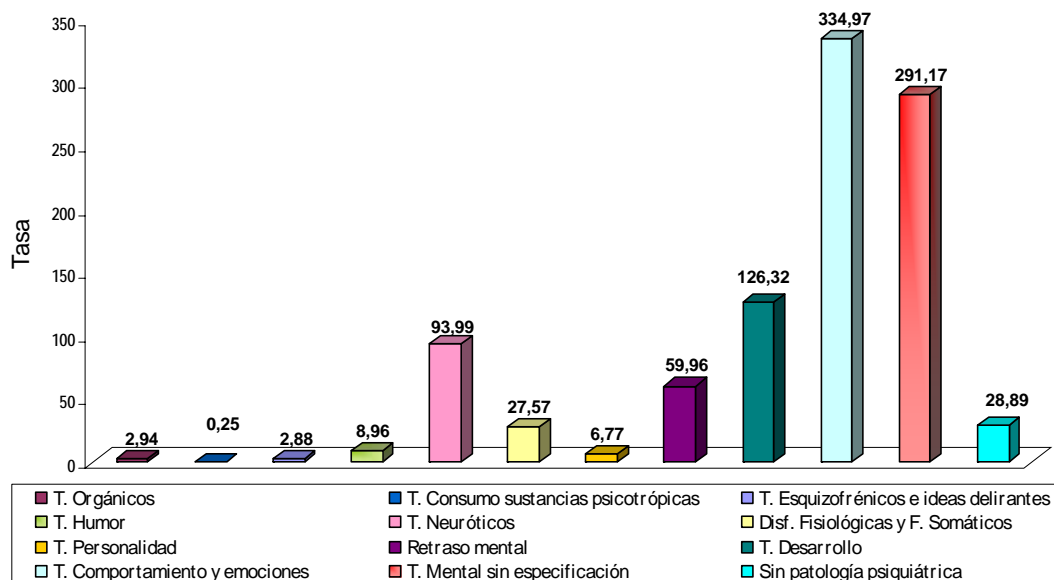
Tabla 4. Personas menores de 18 años atendidas en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil según grupo diagnóstico. Tasas por 100.000 menores. SSPA, 2008.

CIE-10	Grupo diagnóstico	Número	Tasa por 100.000 hab.
F00-F09	T. Orgánicos	47	2,94
F10-F19	T. Consumo sustancias psicotrópicas	4	0,25
F20-F29	T. Esquizofrénicos e ideas delirantes	46	2,88
F30-F39	T. Humor	143	8,96
F40-F49	T. Neuróticos	1.500	93,99
F50-F59	Disfunciones fisiológicas y factores somáticos	440	27,57
F60-F69	T. Personalidad	108	6,77
F70-F79	Retraso mental	957	59,96
F80-F89	T. Desarrollo	2.016	126,32
F90-F98	T. Comportamiento y emociones (Infancia y Adolescencia)	5.346	334,97
F99	T. Mental sin especificación	4.647	291,17
-	Sin patología psiquiátrica	461	28,89
Total		15.715	984,68

¹ Población de Andalucía menor de 18 años a 31 de diciembre de 2008 según Base de Datos de Usuarios (BDU): 1.595.953 habitantes. Esta población representa el 98,4% del Padrón Municipal de Habitantes del 2008 (IEA).



Gráfico 3. Personas menores de 18 años atendidas en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil según grupo diagnóstico. Tasas por 100.000 habitantes. SSPA, 2008.



Analizando los pacientes según grupo diagnóstico y sexo se observan diferencias significativas entre ambos sexos, como se muestra en la tabla y gráfico que se presentan a continuación.

Tabla 5. Personas menores de 18 años atendidas en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil según grupo diagnóstico y sexo. SSPA, 2008.

CIE-10	Grupo Diagnóstico	Porcentaje	
		Hombres	Mujeres
F00-F09	T. Orgánicos	76,60	23,40
F10-F19	T. Consumo sustancias psicotrópicas	75,00	25,00
F20-F29	T. Esquizofrénicos e ideas delirantes	60,87	39,13
F30-F39	T. Humor	43,36	56,64
F40-F49	T. Neuróticos	54,87	45,13
F50-F59	Disfunciones fisiológicas y factores somáticos	27,27	72,73
F60-F69	T. Personalidad	49,53	50,47
F70-F79	Retraso mental	69,81	30,19
F80-F89	T. Desarrollo	82,48	17,52
F90-F98	T. Comportamiento y emociones (Infancia y Adolescencia)	76,78	23,22
F99	T. Mental sin especificación	65,40	34,60
-	Sin patología psiquiátrica	63,56	36,44
Total		69,32	30,68

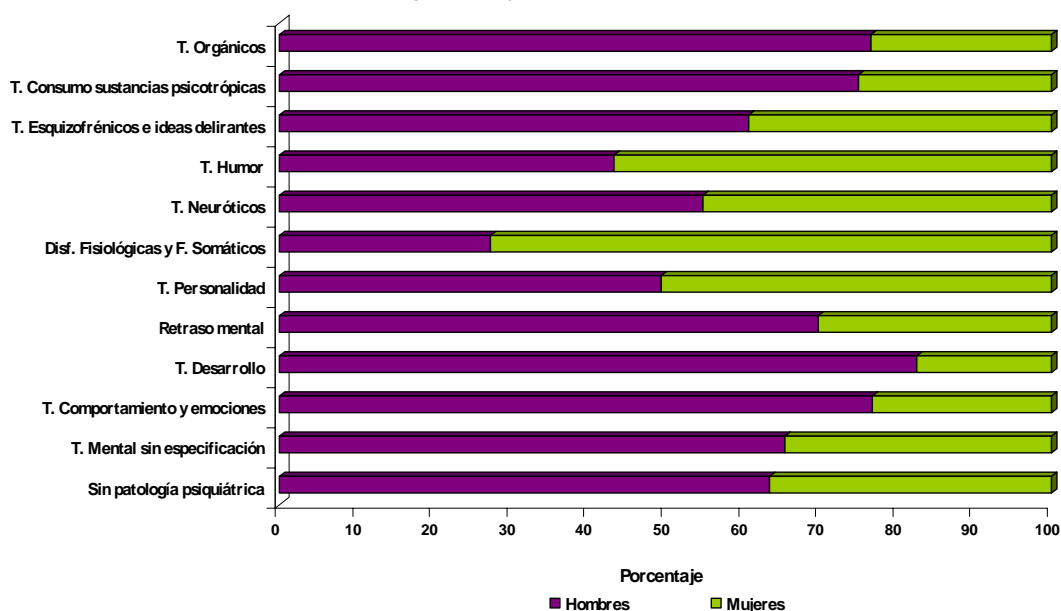
* Excluidos los casos en los que no consta el sexo.



Los trastornos atendidos con mayor frecuencia en niños y adolescentes son los trastornos del desarrollo (82,5%), los trastornos del comportamiento y emociones (76,8%) y los trastornos orgánicos (76,6%).

Por el contrario las niñas y las adolescentes son atendidas con mayor frecuencia por trastornos asociados a disfunciones fisiológicas y factores somáticos (72,7%) y trastornos del humor (56,6%).

Gráfico 4. Personas menores de 18 años atendidas en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil según grupo diagnóstico y sexo. SSPA, 2008.



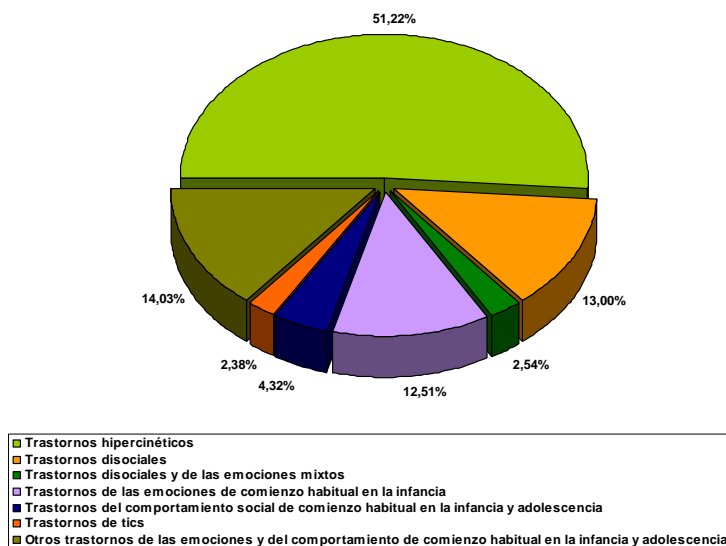
La tabla 6 y el gráfico 5 muestran la distribución por tipo de diagnóstico de las personas atendidas por *Trastornos del Comportamiento y de las Emociones de comienzo habitual en la adolescencia*, donde se observa que el 51,2% presentan trastornos hipercinéticos y un 13,0% trastornos disociales.



Tabla 6. Distribución de personas menores de 18 años atendidas por trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia según tipo de trastorno. SSPA, 2008

CIE-10	Grupo diagnóstico	Número	Porcentaje
F90	Trastornos hiperkinéticos	2.738	51,22
F91	Trastornos disociales	695	13,00
F92	Trastornos disociales y de las emociones mixtos	136	2,54
F93	Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia	669	12,51
F94	Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	231	4,32
F95	Trastornos de tics	127	2,38
F98	Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	750	14,03
Total		5.346	100,00

Gráfico 5. Distribución de personas menores de 18 años atendidas por trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia según tipo de trastorno. SSPA, 2008.



Respecto a la actividad asistencial desarrollada en estos dispositivos para atender a la población menor de 18 años, durante 2008 se han realizado 151.687 intervenciones, de las que el 85,4% son consultas. El resto estaría formado por otras actividades asistenciales como realización de informes, asesoramiento a atención primaria, sesiones clínicas, interconsultas con otro miembro de la USMI-J o USMC, etc.



Al analizar la variable *Presencia de cita*, se aprecia que el 66,8% de las consultas son individuales, el 15,3% son de carácter grupal y en el 15,1% de los casos es el familiar el que acude a consulta. El 2,8% de las consultas se realizan sin la presencia física del paciente o familiar.

Tabla 7. Consultas realizadas en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil según "Presencia de la cita". SSPA, 2008.

Presencia de la cita	Número	Porcentaje
Individual	86.417	66,75
Familiar	19.508	15,07
Grupal	19.831	15,32
Sin presencia	3.669	2,83
No Consta	40	0,03
Total	129.465	100,00

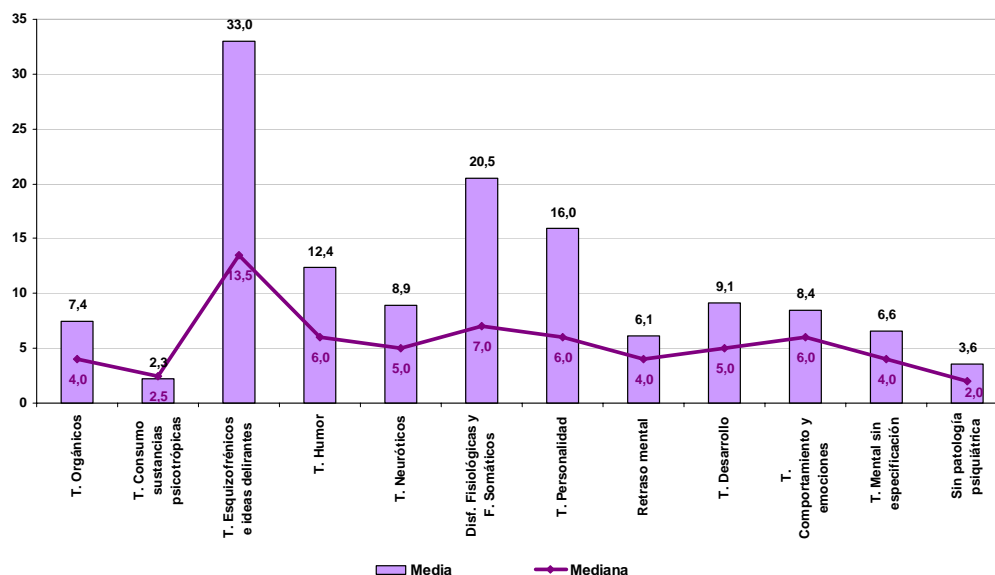
El número medio de consultas anuales realizadas por paciente menor de 18 años en las USMI-J varía entre los distintos grupos diagnósticos. Las personas con trastornos esquizofrénicos e ideas delirantes son las que presentan una mayor media de consultas por persona y año con 33,0 (mediana 13,5), seguido de las personas atendidas por disfunciones fisiológicas y factores somáticos con una media de 20,5 consultas (mediana 7,0). La media global de consultas por paciente es de 8,2 con una mediana de 5,0.

Tabla 8. Consultas realizadas en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil por persona y año según grupo diagnóstico. SSPA, 2008.

CIE-10	Grupo diagnóstico	Consultas		
		Número	Media	Mediana
F00-F09	T. Orgánicos	349	7,43	4,00
F10-F19	T. Consumo sustancias psicotrópicas	9	2,25	2,50
F20-F29	T. Esquizofrénicos e ideas delirantes	1.520	33,04	13,50
F30-F39	T. Humor	1.770	12,38	6,00
F40-F49	T. Neuróticos	13.410	8,94	5,00
F50-F59	Disfunciones fisiológicas y factores somáticos	9.028	20,52	7,00
F60-F69	T. Personalidad	1.724	15,96	6,00
F70-F79	Retraso mental	5.828	6,09	4,00
F80-F89	T. Desarrollo	18.325	9,09	5,00
F90-F98	T. Comportamiento y emociones (Infancia y Adolescencia)	45.149	8,45	6,00
F99	T. Mental sin especificación	30.715	6,61	4,00
-	Sin patología psiquiátrica	1.638	3,55	2,00
Total		129.465	8,24	5,00



Gráfico 6. Consultas realizadas en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil por persona y año según grupo diagnóstico. SSPA, 2008.



1.2.2. Evolución 2005-2008

En este epígrafe se presenta la evolución por grupo diagnóstico de las personas menores de 18 años que han sido atendidas en las USMI-J desde el año 2005 al 2008.

El grupo diagnóstico que más ha incrementado el número de personas menores de 18 años atendidas desde el 2005, ha sido el de trastornos del desarrollo (74,9%), destacando también el aumento del número de personas diagnosticadas por trastornos del comportamiento con un incremento del 42%.

Han disminuido el número de pacientes incluidos en los grupos diagnósticos de trastornos por consumo de sustancias psicotrópicas (-55,6%), del humor (-34,4%), esquizofrénicos e ideas delirantes (-33,3%), por disfunciones fisiológicas y factores somáticos (-28,9%), trastornos de la personalidad (-18,2%) y trastornos orgánicos (-11,3%).



Tabla 9. Personas menores de 18 años atendidas en las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil según grupo diagnóstico. SSPA, 2005-2008.

Grupo Diagnóstico	Año 2005		Año 2006		Año 2007		Año 2008		% Variación 2005-2008
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	
T. Orgánicos	53	0,42	47	0,36	47	0,34	47	0,30	-11,32
T. Consumo sustancias psicotrópicas	9	0,07	7	0,05	2	0,01	4	0,03	-55,56
T. Esquizofrénicos e ideas delirantes	69	0,54	68	0,53	52	0,37	46	0,29	-33,33
T. Humor	218	1,72	193	1,50	157	1,13	143	0,91	-34,40
T. Neuróticos	1.578	12,44	1.745	13,54	1.545	11,12	1.500	9,55	-4,94
Disf. Fisiológicas y F. Somáticos	619	4,88	549	4,26	493	3,55	440	2,80	-28,92
T. Personalidad	132	1,04	123	0,95	124	0,89	108	0,69	-18,18
Retraso mental	836	6,59	846	6,56	875	6,30	957	6,09	14,47
T. Desarrollo	1.153	9,09	1.585	12,29	1.731	12,46	2.016	12,83	74,85
T. Comportamiento y emociones (I y A)	3.765	29,67	4.652	36,08	4.731	34,04	5.346	34,02	41,99
T. Mental sin especificación	3.920	30,89	2.765	21,45	3.722	26,78	4.647	29,57	18,55
Sin patología psiquiátrica	337	2,66	312	2,42	418	3,01	461	2,93	36,80
Total	12.689	100,00	12.892	100,00	13.897	100,00	15.715	100,00	23,85

La tabla siguiente muestra la evolución de la distribución de los trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia por tipo de diagnóstico. Se puede observar que los trastornos hiperactivos, además de ser el grupo más frecuente todos los años, es el que ha incrementado su número en un mayor porcentaje (113,9%) pasando de 1.280 pacientes en 2005 a 2.738 pacientes en el 2008. Han disminuido los trastornos disociales y de las emociones mixtas, y los trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia aunque en un porcentaje inferior al 10%.



Tabla 10. Personas menores de 18 años atendidas en las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil con trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la adolescencia. SSPA, 2005-2008.

CIE-10	Grupo diagnóstico	2005		2006		2007		2008		% Variación
		Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	
F90	Trastornos hipercinéticos	1.280	34,00	1.902	40,89	2.222	46,97	2.738	51,22	113,91
F91	Trastornos disociales	656	17,42	791	17,00	727	15,37	695	13,00	5,95
F92	Trastornos disociales y de las emociones mixtos	151	4,01	157	3,37	141	2,98	136	2,54	-9,93
F93	Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia	725	19,26	712	15,31	649	13,72	669	12,51	-7,72
F94	Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	193	5,13	226	4,86	205	4,33	231	4,32	19,69
F95	Trastornos de tics	128	3,40	140	3,01	114	2,41	127	2,38	-0,78
F98	Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	632	16,79	724	15,56	673	14,23	750	14,03	18,67
Total		3.765	100,00	4.652	100,00	4.731	100,00	5.346	100,00	41,99

En el año 2005 la tasa de las personas atendidas en las USMI-J por cada 100.000 habitantes menores de 18 años fue de 803,9 y en el año 2008 de 984,7, lo que supone un incremento del 22,5%.

El grupo diagnóstico que más ha incrementado su tasa por 100.000 menores ha sido el de los trastornos del desarrollo (72,9%), junto a los trastornos del comportamiento y las emociones (40,4%).

En el lado opuesto, el grupo de personas diagnosticadas con trastornos por consumo de sustancias psicotrópicas ha disminuido su tasa por 100.000 habitantes menores de 18 años en un -56,0%, seguido de los trastornos del humor (-35,1%) y los trastornos esquizofrénicos e ideas delirantes con una disminución de la tasa de un -34,1%.



Tabla 11. Personas menores de 18 años atendidas en las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil según grupo diagnóstico. Tasas por 100.000 habitantes. SSPA, 2005-2008.

Grupo Diagnóstico	Tasa por 100.000 habitantes menores de 18 años				% Variación 2005-2008
	Año 2005	Año 2006	Año 2007	Año 2008	
T. Orgánicos	3,36	3,27	2,93	2,94	-12,29
T. Consumo sustancias psicotrópicas	0,57	0,50	0,12	0,25	-56,04
T. Esquizofrénicos e ideas delirantes	4,37	6,16	3,25	2,88	-34,06
T. Humor	13,81	14,53	9,80	8,96	-35,12
T. Neuróticos	99,96	117,59	96,47	93,99	-5,98
Disf. Fisiológicas y F. Somáticos	39,21	50,49	30,78	27,57	-29,69
T. Personalidad	8,36	9,87	7,74	6,77	-19,07
Retraso mental	52,96	57,29	54,64	59,96	13,23
T. Desarrollo	73,04	101,74	108,09	126,32	72,94
T. Comportamiento y emociones (I y A)	238,51	298,38	295,41	334,97	40,44
T. Mental sin especificación	248,33	182,11	232,41	291,17	17,25
Sin patología psiquiátrica	21,35	19,87	26,10	28,89	35,30
Total	803,84	861,80	867,75	984,68	22,50

En cuanto al número de consultas atendidas por los profesionales de las USMI-J, éstas han aumentado un 33,0 respecto al año 2005, donde se atendieron un total de 97.342 consultas, alcanzando las 129.465 consultas en 2008. El número medio de consultas por paciente menor de 18 años ha sufrido un ligero aumento pasando de 7,9 a 8,2, al igual que la mediana de consultas que ha aumentado en 1 punto su valor respecto al año 2005, alcanzando una mediana de 5,0 en el último año.

Por grupo diagnóstico, los trastornos del desarrollo son los que han incrementado un mayor número de consultas, un 69,3% mayor que en 2005, junto a los trastornos del comportamiento y de las emociones con un aumento del 47,7%. Por el contrario, han disminuido el número de consultas de las personas atendidas por trastornos por consumo de sustancias psicotrópicas (-91,9%), junto a los trastornos del humor con una disminución de las consultas del -48,2%.

Cabe señalar además el incremento del 57,9% del número de consultas de las personas incluidas en el grupo "*Trastorno mental sin especificación*".



Tabla 12. Consultas de personas menores de 18 años atendidas en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil según grupo diagnóstico. SSPA, 2005-2008.

Grupo Diagnóstico	Año 2005			Año 2006			Año 2007			Año 2008			% Variación 2005-2008
	N	Me	Md	N	Me	Md	N	Me	Md	N	Me	Md	
T. Orgánicos	381	7,47	4,00	342	7,77	5,00	353	7,51	5,00	349	7,43	4,00	-8,40
T. Consumo sustancias psicotrópicas	111	13,88	7,50	255	36,43	12,00	5	2,50	2,50	9	2,25	2,50	-91,89
T. Esquizofrénicos e ideas delirantes	1.896	28,73	16,50	1.575	23,86	14,00	1.682	32,35	12,00	1.520	33,04	13,50	-19,83
T. Humor	3.418	16,51	6,00	2.633	13,93	7,00	1.824	11,62	5,00	1.770	12,38	6,00	-48,22
T. Neuróticos	12.795	8,37	5,00	14.833	8,67	5,00	13.017	8,43	5,00	13.410	8,94	5,00	4,81
Disf. Fisiológicas y F. Somáticos	10.290	17,15	7,00	10.962	20,72	7,00	9.385	19,04	7,00	9.028	20,52	7,00	-12,26
T. Personalidad	1.674	13,08	7,50	1.365	11,28	7,00	1.388	11,19	5,00	1.724	15,96	6,00	2,99
Retraso mental	4.665	5,73	4,00	5.275	6,36	5,00	5.183	5,92	4,00	5.828	6,09	4,00	24,93
T. Desarrollo	10.825	9,62	5,00	15.233	9,87	5,00	15.366	8,88	5,00	18.325	9,09	5,00	69,28
T. Comportamiento y emociones (I y A)	30.576	8,37	5,00	39.724	8,76	6,00	39.706	8,39	5,00	45.149	8,45	6,00	47,66
T. Mental sin especificación	19.450	5,17	3,00	13.674	5,11	3,00	22.523	6,05	3,00	30.715	6,61	4,00	57,92
Sin patología psiquiátrica	1.261	3,94	3,00	1.575	5,30	3,00	1.381	3,30	2,00	1.638	3,55	2,00	29,90
Total	97.342	7,94	4,00	107.446	8,56	5,00	111.813	8,05	4,00	129.465	8,24	5,00	33,00

N: Número de consultas, Me: Media, Md: Mediana

1.3. Grupos diagnósticos específicos

En este epígrafe se analizan los grupos diagnósticos de especial interés o más relevantes que presentan las personas menores de 18 años atendidas en las USMI-J durante el año 2008, así como su evolución desde el año 2005.

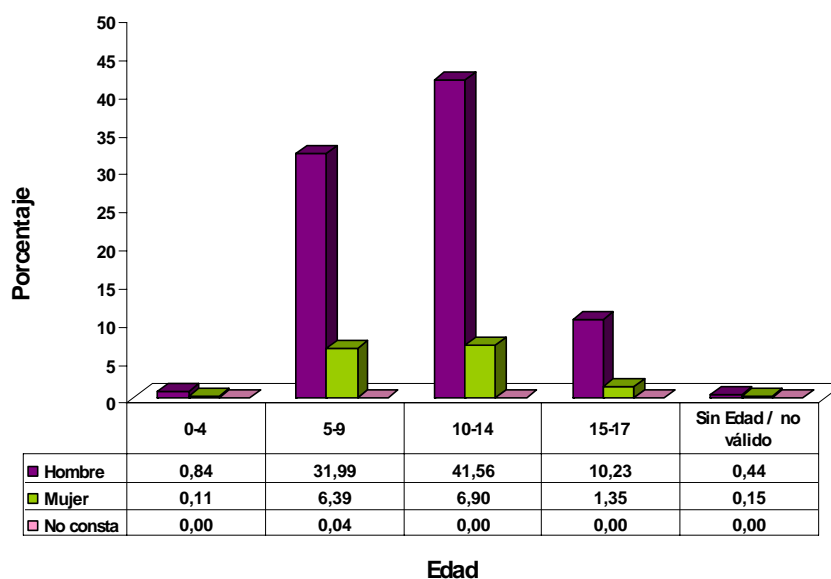
a) Trastornos Hipercinéticos

El número de personas menores de 18 años atendidas por trastornos hipercinéticos² en las USMI-J ha sido de 2.738 en el año 2008, de las cuales el 73,6% son niños de 5 a 14 años. Este tipo de trastorno es menos frecuente en niñas (14,9% del total), siendo en su mayoría, al igual que en niños, de edades comprendidas entre 5 y 14 años (13,3%).

² Diagnóstico principal según CIE-10: F90.



Gráfico 7. Personas menores de 18 años con Trastornos Hipercinéticos atendidas en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil según grupo de edad y sexo. SSPA, 2008.



El incremento del número de personas menores de 18 años atendidas por este tipo de trastornos se ha duplicado en los últimos 4 años pasando de 1.280 pacientes a 2.738. Este incremento ha sido mucho más notable en el grupo de trastornos hipercinéticos sin especificación que ha aumentado de 31 pacientes a 270 (incremento del 770%).

Tabla 13. Evolución del número de personas menores de 18 años atendidas por Trastornos Hipercinéticos en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil. SSPA, 2005-2008.

CIE-10	Grupo Diagnóstico	2005		2006		2007		2008		% Variación
		Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	
F90.0	Trastorno de la actividad y de la atención	1.040	81,25	1.304	68,56	1.668	75,07	2.189	79,95	110,48
F90.1	Trastorno hipercinético y de comportamiento disocial	194	15,16	248	13,04	245	11,03	250	9,13	28,87
F90.8	Otro trastorno hipercinético	15	1,17	22	1,16	21	0,95	29	1,06	93,33
F90.9	Trastorno hipercinético sin especificación	31	2,42	328	17,25	288	12,96	270	9,86	770,97
TOTAL		1.280	100,00	1.902	100,00	2.222	100,00	2.738	100,00	113,91

b) Trastorno Generalizado del Desarrollo

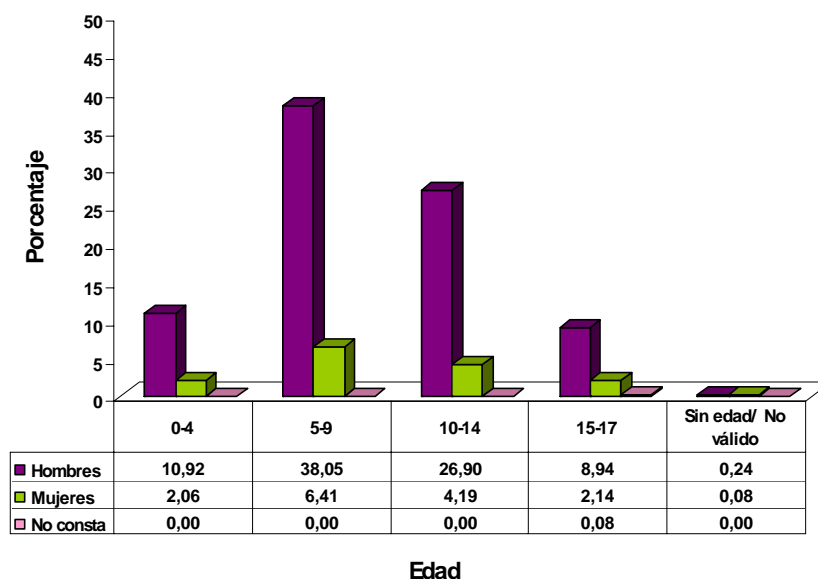
Durante el año 2008 se atendieron a 1.264 personas por trastorno generalizado del desarrollo³ en las USMI-J de las cuales el 85,1% son niños y el 14,88% son niñas. El grupo de edad más frecuente con

³ Diagnóstico principal según CIE-10:F84



este tipo de patología son los niños de 5 a 9 años (38,1%) y los de 10 a 14 años (26,9%). En cuanto a las niñas, este trastorno se atiende mayoritariamente en edades comprendidas entre 5 y 14 años (10,6%).

Gráfico 8. Personas menores de 18 años con Trastorno Generalizado del Desarrollo atendidas en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil según grupo de edad y sexo. SSPA, 2008.



El número de menores atendidos por este trastorno ha aumentado un 84,8% desde el año 2005. Este incremento es mayor en el grupo de TGD sin especificación, pasando de 127 personas a 378 (incremento del 197%). Por otro lado, el síndrome de Rett es el trastorno menos frecuente y más estable durante todo el periodo.

Tabla 14. Evolución del número de personas menores de 18 años atendidas por Trastornos Generalizados del Desarrollo en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil. SSPA, 2005-2008.

CIE-10	Grupo Diagnóstico	2005		2006		2007		2008		% Variación
		Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	
F84.0 - F84.1	Autismo Infantil y Autismo Atípico	399	58,33	341	36,24	426	40,38	559	44,22	40,10
F84.2	Síndrome de Rett	4	0,58	5	0,53	2	0,19	4	0,32	0,00
F84.3	Otro trastorno desintegrativo de la infancia	14	2,05	17	1,81	20	1,90	20	1,58	42,86
F84.4	Trastorno hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados	6	0,88	9	0,96	10	0,95	16	1,27	166,67
F84.5	Síndrome de Asperger	102	14,91	165	17,53	191	18,10	248	19,62	143,14
F84.8	Otro TGD	32	4,68	42	4,46	43	4,08	39	3,09	21,88
F84.9	TGD sin especificación	127	18,57	360	38,47	363	34,41	378	29,91	197,64
TOTAL		684	100,00	937	100,00	1.055	100,00	1.264	100,00	84,80



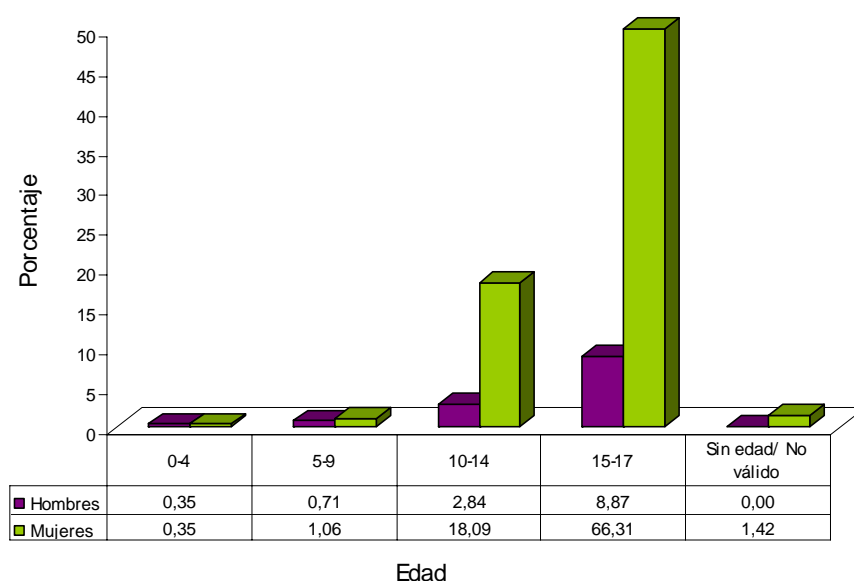
c) Trastornos de la Conducta Alimentaria

En total han acudido a estos dispositivos de salud mental durante el año 2008, 342 personas con trastornos de la conducta alimentaria⁴, de las cuales el 55,9% sufren anorexia y el 8,2% bulimia. En el resto de los casos no se especifica el tipo de trastorno alimentario.

Estos trastornos se presentan en su mayoría en mujeres (87,2%), siendo el grupo edad más numeroso el de adolescentes entre 15 y 17 años, que representa el 66,3% de la población menor de 18 años atendida en las USMI-J por este grupo diagnóstico.

En el caso de los niños, los adolescentes entre 15 y 17 años son los que presentan en un mayor porcentaje este tipo de trastorno con un 8,9% del total.

Gráfico 9. Personas menores de 18 años con Trastornos de la Conducta Alimentaria atendidas en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil según grupo de edad y sexo. SSPA, 2008.



El número de personas menores de 18 años que presentan trastornos alimentarios ha disminuido en los últimos 4 años en un 29,3%, reducción causada en su mayoría por las personas diagnosticadas de anorexia nerviosa (-35,4%) y de bulimia nerviosa (-53,3%).

⁴ Selección de códigos de diagnóstico según definición del Proceso Asistencial Integrado: Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Consejería de Salud.



Tabla 15. Evolución del número de personas menores de 18 años atendidas por Trastornos de la Conducta Alimentaria en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil. SSPA, 2005-2008.

CIE-10	Grupo Diagnóstico	2005		2006		2007		2008		% Variación
		Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	
F50.0 - F50.1	Anorexia Nerviosa	305	63,02	197	47,47	203	54,86	191	55,85	-37,38
F50.2 - F50.3	Bulimia Nerviosa	60	12,40	43	10,36	32	8,65	28	8,19	-53,33
F50.4 - F50.9	Otros TCA	119	24,59	175	42,17	135	36,49	123	35,96	3,36
TOTAL		484	100,00	415	100,00	370	100,00	342	100,00	-29,34

1.4. Personas atendidas en primera consulta

El número de personas menores de 18 años que acudieron a primera consulta en las USMI-J durante el año 2008 ha sido de 7.057, lo que supone un 44% del total de personas atendidas en estos dispositivos. Estas personas son en su mayoría niños/adolescentes (66%).

Gráfico 10. Personas menores de 18 años atendidas en primera consulta en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil según sexo. SSPA, 2008.

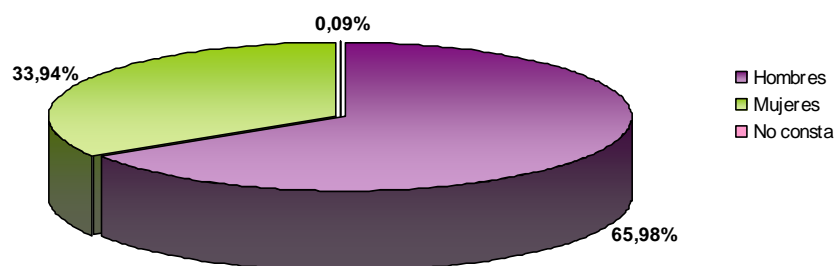
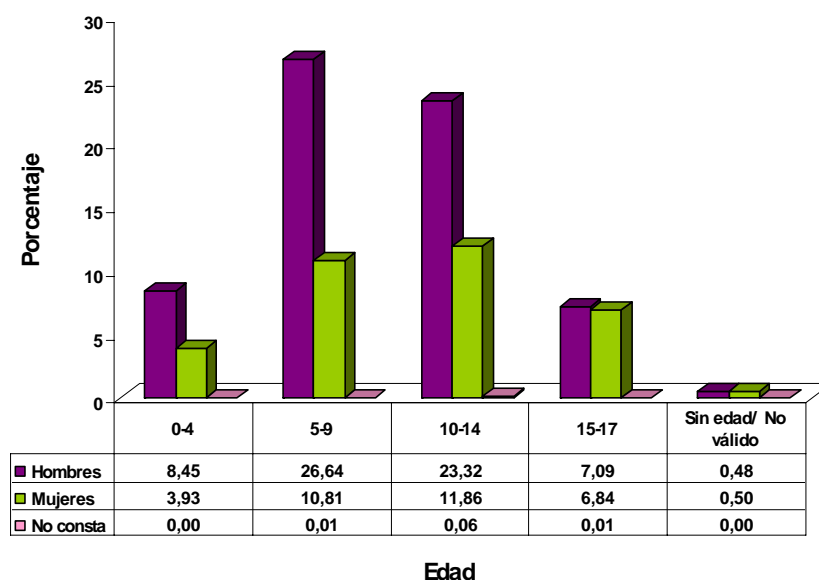


Gráfico 11. Personas menores de 18 años atendidas en primera consulta en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil según grupo de edad y sexo. SSPA, 2008.





De estas 7.057 personas que han acudido a primera consulta, para más del 85% era además la primera vez que eran atendidas en las USMI-J.

En cuanto a la morbilidad registrada de las personas que asisten a primera consulta, la tabla 16 refleja que en un mayor porcentaje las personas presenta trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (22,8%), seguido de los trastornos neuróticos (8,9%) y los trastornos del desarrollo (8,2%).

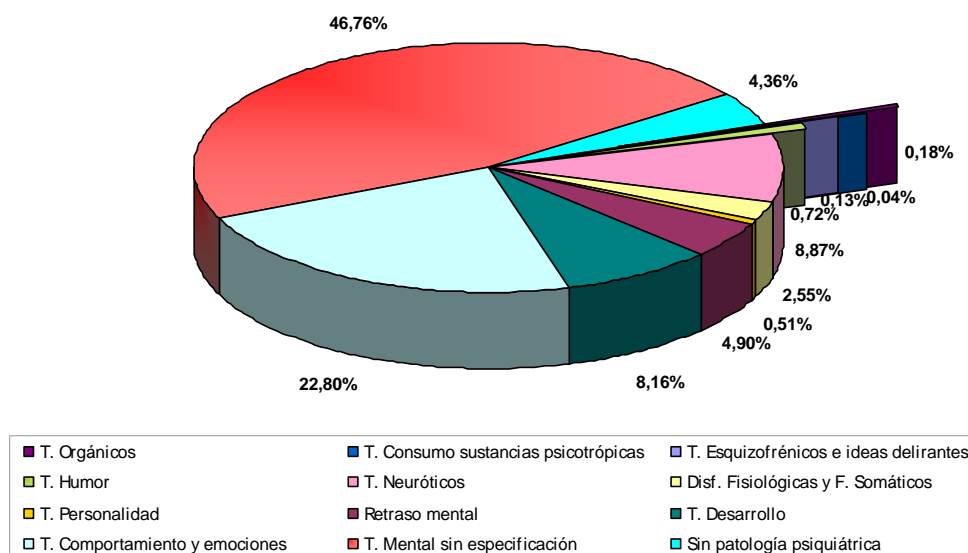
Es importante señalar que el 46,8% de las personas atendidas en primera consulta han sido catalogadas como *“Trastorno mental sin especificación”*.

Tabla 16. Personas menores de 18 años atendidas en primera consulta en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil según grupo diagnóstico. SSPA, 2008.

CIE-10	Grupo diagnóstico	Número	Porcentaje
F00-F09	T. Orgánicos	13	0,18
F10-F19	T. Consumo sustancias psicotrópicas	3	0,04
F20-F29	T. Esquizofrénicos e ideas delirantes	9	0,13
F30-F39	T. Humor	51	0,72
F40-F49	T. Neuróticos	626	8,87
F50-F59	Disfunciones fisiológicas y factores somáticos	180	2,55
F60-F69	T. Personalidad	36	0,51
F70-F79	Retraso mental	346	4,90
F80-F89	T. Desarrollo	576	8,16
F90-F98	T. Comportamiento y emociones (Infancia y Adolescencia)	1.609	22,80
F99	T. Mental sin especificación	3.300	46,76
-	Sin patología psiquiátrica	308	4,36
Total		7.057	100,00



Gráfico 12. Personas menores de 18 años atendidas en primera consulta en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil según grupo diagnóstico. SSPA, 2008.



La tabla 17 muestra la proporción de personas menores de 18 años que han acudido a primera consulta respecto al total de las atendidas en las USMI-J para cada grupo diagnóstico.

Tabla 17. Personas menores de 18 años atendidas en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil en primera consulta en relación al total de personas según grupo diagnóstico. SSPA, 2008.

CIE-10	Grupo diagnóstico	Personas primera consulta	Totales	Porcentaje
F00-F09	T. Orgánicos	13	47	27,66
F10-F19	T. Consumo sustancias psicotrópicas	3	4	75,00
F20-F29	T. Esquizofrénicos e ideas delirantes	9	46	19,57
F30-F39	T. Humor	51	143	35,66
F40-F49	T. Neuróticos	626	1500	41,73
F50-F59	Disfunciones fisiológicas y factores somáticos	180	440	40,91
F60-F69	T. Personalidad	36	108	33,33
F70-F79	Retraso mental	346	957	36,15
F80-F89	T. Desarrollo	576	2016	28,57
F90-F98	T. Comportamiento y emociones (Infancia y Adolescencia)	1.609	5346	30,10
F99	T. Mental sin especificación	3.300	4647	71,01
-	Sin patología psiquiátrica	308	461	66,81
Total		7.057	15.715	44,91



2. MORBILIDAD ATENDIDA EN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL COMUNITARIA (USMC)

2.1. Características demográficas de la población atendida

2.1.1. Año 2008

A continuación se presenta la información relativa a las 17.306 personas menores de 18 años atendidas durante el año 2008 por las Unidades de Salud Mental Comunitaria de Andalucía⁵, lo que representa el 8,8% del total de personas atendidas en estos dispositivos.

La distribución de las personas menores de 18 años atendidas en las USMC muestra que el número de hombres que acuden a estos dispositivos (10.107) es mayor que el de mujeres (7.199).

Tabla 18. Personas menores de 18 años atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria según sexo. SSPA, 2008.

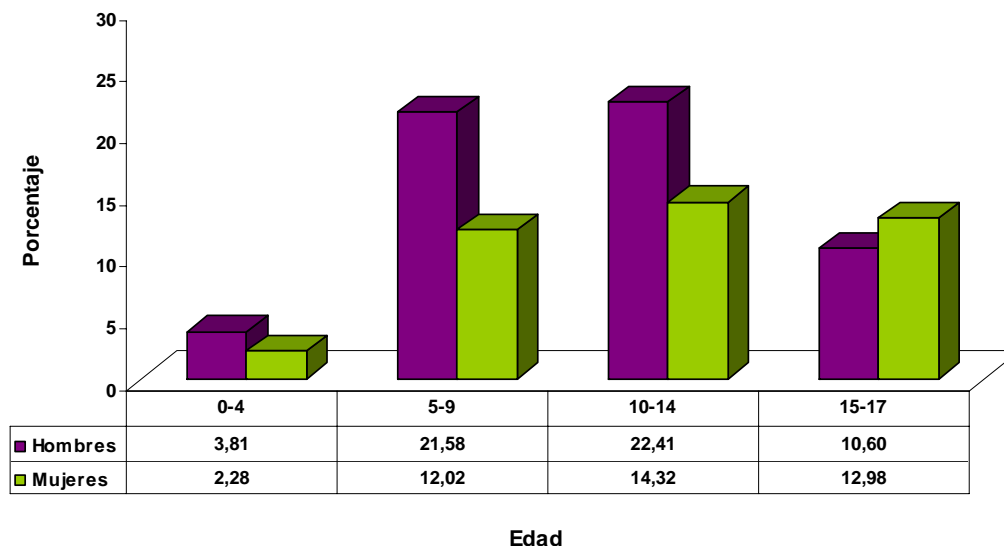
Sexo	Número	Porcentaje
Hombres	10.107	58,40
Mujeres	7.199	41,60
Total	17.306	100,00

En cuanto a los grupos de edad y sexo, se observa que el 44% de las personas menores de 18 años atendidas en las USMC son niños de 5 a 14 años. En todos los grupos de edad el número de niños es mayor que el de niñas, exceptuando el grupo de 15 a 17 años.

⁵ Los datos que se presentan corresponden al 92,27% de la población menor de 18 años. No se incluye la información de 5 USMC al no registrar datos en SISMA durante 2008 (el 7,73 % de la población según BDU menor de 18 años).



Gráfico 13. Personas menores de 18 años atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria según grupo de edad y sexo. SSPA, 2008.



2.1.2. Evolución 2005-2008

En este epígrafe se presenta una evolución comparativa de los indicadores demográficos, sexo y edad, de las personas menores de 18 años que han acudido a las USMC desde el año 2005 al 2008.

El número de personas menores de 18 años atendidas en estos dispositivos se ha incrementado sólo un 0,6%, pasando de 17.196 pacientes en el año 2005 a 17.306 pacientes en el 2008.

Pero al analizar los datos por sexo, se observa que la evolución del número de niños atendidos ha sido un 6,4% más que en el año 2005, pasando de 9.501 a 10.107 pacientes en el año 2008. Por el contrario, el número de niñas menores de 18 años ha disminuido un 6,5%, pasando de 7.695 a 7.199 usuarias en el año 2008.

Por grupos de edad, el mayor aumento se ha producido en los niños de 5 a 14 años, pasando de 6.780 en 2005 a 7.613 en 2008 (incremento del 12,3%). Sin embargo destaca la disminución tanto de niños como de niñas de 0 a 4 años que son atendidas en estos dispositivos (-31,7% y -23,2% respectivamente).



Tabla 19. Personas menores de 18 años atendidas por las Unidades de Salud Mental Comunitaria según sexo y grupos de edad. SSPA, 2005-2008.

Hombres	2005		2006		2007		2008		% Variación 2005-08
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	
0-4 años	966	5,62	618	3,74	656	3,91	660	3,81	-31,68
5-9 años	3.309	19,24	3.492	21,12	3.403	20,30	3.735	21,58	12,87
10-14 años	3.471	20,18	3.751	22,68	3.768	22,48	3.878	22,41	11,73
15-17 años	1.755	10,21	1.795	10,85	1.839	10,97	1.834	10,60	4,50
Total	9.501	55,25	9.656	58,39	9.666	57,66	10.107	58,40	6,38
Mujeres	2005		2006		2007		2008		% Variación 2005-08
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	
0-4 años	513	2,98	353	2,13	429	2,56	394	2,28	-23,20
5-9 años	1.939	11,28	1.868	11,30	1.861	11,10	2.080	12,02	7,27
10-14 años	2.829	16,45	2.457	14,86	2.547	15,19	2.479	14,32	-12,37
15-17 años	2.414	14,04	2.204	13,33	2.262	13,49	2.246	12,98	-6,96
Total	7.695	44,75	6.882	41,61	7.099	42,34	7.199	41,60	-6,45

2.2. Morbilidad y actividad asistencial

2.2.1. Año 2008

En este apartado se describe la morbilidad que presentan las personas menores de 18 años atendidas por las USMC durante el año 2008, considerando los grupos diagnósticos definidos en la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades: Trastornos Mentales y del Comportamiento de la Organización Mundial de la Salud.

Como se observa en la tabla 20, la patología más frecuente entre la población usuaria de las USMC menor de 18 años son los trastornos del comportamiento y emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (28,2%), destacando también los trastornos neuróticos (11,4%).

Además, el 40,8% de las personas se incluyen en el grupo diagnóstico "Trastorno mental sin especificación", referido a las personas que son atendidas en estos dispositivos sin haber llegado a un diagnóstico *definitivo* o aquellas para las que aún no se ha definido un diagnóstico específico.

Los trastornos menos frecuentes son los orgánicos (0,1%), los relacionados con el consumo de sustancias psicotrópicas (0,2%) y los trastornos esquizofrénicos e ideas delirantes (0,3%).



Tabla 20. Personas menores de 18 años atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria según grupo diagnóstico. SSPA, 2008.

CIE-10	Grupo diagnóstico	Número	Porcentaje
F00-F09	T. Orgánicos	20	0,12
F10-F19	T. Consumo sustancias psicotrópicas	27	0,16
F20-F29	T. Esquizofrénicos e ideas delirantes	49	0,28
F30-F39	T. Humor	219	1,27
F40-F49	T. Neuróticos	1.975	11,41
F50-F59	Disfunciones fisiológicas y factores somáticos	443	2,56
F60-F69	T. Personalidad	175	1,01
F70-F79	Retraso mental	309	1,79
F80-F89	T. Desarrollo	516	2,98
F90-F98	T. Comportamiento y emociones (Infancia y Adolescencia)	4.888	28,24
F99	T. Mental sin especificación	7.067	40,84
-	Sin patología psiquiátrica	1.618	9,35
Total		17.306	100,00

La prevalencia atendida por enfermedad mental en estos dispositivos es de 1.175,20 por cada 100.000 menores⁶, presentando una gran variabilidad entre los grupos diagnósticos como se puede observar en la tabla siguiente.

El grupo diagnóstico que presenta una mayor tasa es el de los trastornos del comportamiento y emociones (331,9). Igualmente muestran una elevada prevalencia los trastornos neuróticos (134,1).

Por el contrario, las menores tasas por 100.000 menores de 18 años, son las observadas tanto en el grupo de trastornos orgánicos (1,4), como por consumo de sustancias psicotrópicas (1,8).

⁶ Población de Andalucía menor de 18 años a 31 de diciembre de 2008 según Base de Datos de Usuarios (BDU): 1.595.953 habitantes. Esta población representa el 98,4% del Padrón Municipal de Habitantes del 2008 (IEA).



Tabla 21. Personas menores de 18 años atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria según grupo diagnóstico. Tasas por 100.000 menores. SSPA, 2008.

CIE-10	Grupo diagnóstico	Número	Tasa por 100.000 hab.
F00-F09	T. Orgánicos	20	1,36
F10-F19	T. Consumo sustancias psicotrópicas	27	1,83
F20-F29	T. Esquizofrénicos e ideas delirantes	49	3,33
F30-F39	T. Humor	219	14,87
F40-F49	T. Neuróticos	1.975	134,12
F50-F59	Disfunciones fisiológicas y factores somáticos	443	30,08
F60-F69	T. Personalidad	175	11,88
F70-F79	Retraso mental	309	20,98
F80-F89	T. Desarrollo	516	35,04
F90-F98	T. Comportamiento y emociones (Infancia y Adolescencia)	4.888	331,93
F99	T. Mental sin especificación	7.067	479,90
-	Sin patología psiquiátrica	1.618	109,87
Total		17.306	1.175,20

Analizando los pacientes según grupo diagnóstico y sexo se observan diferencias significativas entre ambos sexos, como se muestra en la tabla que se presentan a continuación.

Tabla 22. Personas menores de 18 años atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria según grupo diagnóstico y sexo. SSPA, 2008.

CIE-10	Grupo Diagnóstico	Porcentaje	
		Hombres	Mujeres
F00-F09	T. Orgánicos	70,00	30,00
F10-F19	T. Consumo sustancias psicotrópicas	66,67	33,33
F20-F29	T. Esquizofrénicos e ideas delirantes	53,06	46,94
F30-F39	T. Humor	42,47	57,53
F40-F49	T. Neuróticos	44,00	56,00
F50-F59	Disfunciones fisiológicas y factores somáticos	34,31	65,69
F60-F69	T. Personalidad	48,00	52,00
F70-F79	Retraso mental	63,43	36,57
F80-F89	T. Desarrollo	75,78	24,22
F90-F98	T. Comportamiento y emociones (Infancia y Adolescencia)	65,79	34,21
F99	T. Mental sin especificación	59,12	40,88
-	Sin patología psiquiátrica	53,77	46,23
Total		58,40	41,60

Los trastornos atendidos con mayor frecuencia en niños y adolescentes son los trastornos del desarrollo (75,8%), los orgánicos (70,0%), por consumo de sustancias psicotrópicas (66,7%) y los



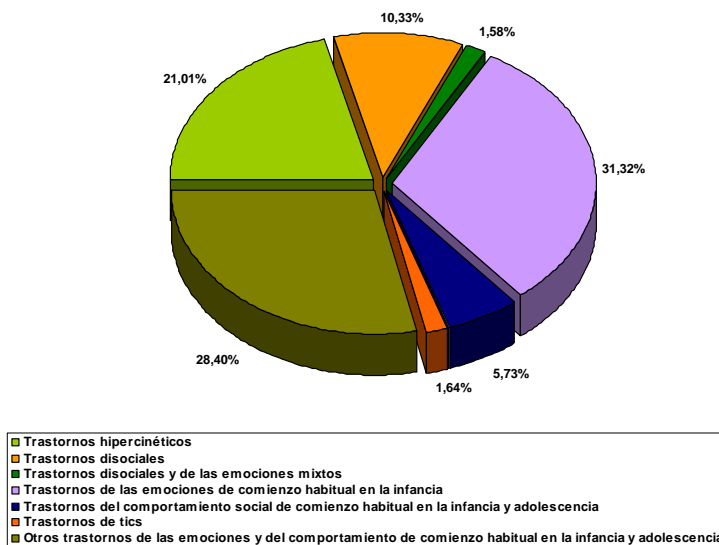
trastornos del comportamiento y emociones (65,8%). Por el contrario las niñas y las adolescentes son atendidas con mayor frecuencia por trastornos asociados a disfunciones fisiológicas y factores somáticos (65,7%).

La siguiente tabla y gráfico muestra la distribución por tipo de diagnóstico de las personas atendidas por *Trastornos del Comportamiento y de las Emociones de comienzo habitual en la adolescencia*, donde se observa que el 31,3% presentan trastornos de las emociones y un 21,0% trastornos hipercinéticos.

Tabla 23. Distribución de personas menores de 18 años atendidas por trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia según tipo de trastorno. SSPA, 2008

CIE-10	Grupo diagnóstico	Número	Porcentaje
F90	Trastornos hipercinéticos	1.027	21,01
F91	Trastornos disociales	505	10,33
F92	Trastornos disociales y de las emociones mixtos	77	1,58
F93	Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia	1.531	31,32
F94	Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	280	5,73
F95	Trastornos de tics	80	1,64
F98	Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	1.388	28,40
Total		4.888	100,00

Gráfico 14. Distribución de personas menores de 18 años atendidas por trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia según tipo de trastorno. SSPA, 2008.





En cuanto a la actividad asistencial desarrollada por estos dispositivos para atender a la población menor de 18 años, durante 2008 se han realizado 52.046 intervenciones, de las cuales el 85,2% son consultas. El resto estaría formado por otras actividades asistenciales como realización de informes, asesoramiento a atención primaria, sesiones clínicas, interconsultas con otro miembro de la USMC o USMI-J, etc. El 90,9% de las consultas son de carácter individual mientras que en el 7,6% es el familiar el que acude a consulta.

Tabla 24. Consultas realizadas a menores de 18 años en Unidades de Salud Mental Comunitaria según "Presencia de la cita". SSPA, 2008.

Presencia de la cita	Número	Porcentaje
Individual	40.315	90,91
Familiar	3.348	7,55
Grupal	455	1,03
Sin presencia	200	0,45
No Consta	27	0,06
Total	44.345	100,00

El número medio de consultas anuales realizadas por paciente menor de 18 años en las USMC varía entre los distintos grupos diagnósticos. Las personas con trastornos esquizofrénicos e ideas delirantes son las que presentan una mayor media de consultas por persona y año con 9,7 (mediana 5,0). La media global de consultas por paciente es de 2,6 con una mediana de 2,0.

Tabla 25. Consultas realizadas a menores de 18 años en Unidades de Salud Mental Comunitaria por persona y año según grupo diagnóstico. SSPA, 2008.

CIE-10	Grupo diagnóstico	Consultas		
		Número	Media	Mediana
F00-F09	T. Orgánicos	55	2,75	2,00
F10-F19	T. Consumo sustancias psicotrópicas	60	2,22	2,00
F20-F29	T. Esquizofrénicos e ideas delirantes	477	9,73	5,00
F30-F39	T. Humor	702	3,21	2,00
F40-F49	T. Neuróticos	5.834	2,95	2,00
F50-F59	Disfunciones fisiológicas y factores somáticos	1.491	3,37	2,00
F60-F69	T. Personalidad	550	3,14	2,00
F70-F79	Retraso mental	881	2,85	2,00
F80-F89	T. Desarrollo	1.214	2,35	1,00
F90-F98	T. Comportamiento y emociones (Infancia y Adolescencia)	14.463	2,96	2,00
F99	T. Mental sin especificación	15.117	2,14	1,00
-	Sin patología psiquiátrica	3.501	2,16	2,00
Total		44.345	2,56	2,00



2.2.2. Evolución 2005-2008

En este apartado se analiza la evolución por grupo diagnóstico de las personas menores de 18 años que han sido atendidas por las USMC desde el año 2005 al 2008.

El grupo diagnóstico que más ha incrementado el número de personas atendidas desde el 2005, ha sido el de trastornos del desarrollo (45,8%) y los que más han disminuido han sido los trastornos orgánicos (-48,7%) y los trastornos esquizofrénicos e ideas delirantes (-44,3%).

Cabe señalar además, el incremento del 56,8% de personas menores de 18 años atendidas en las USMC sin patología psiquiátrica.

Tabla 26. Personas menores de 18 años atendidas en las Unidades de Salud Mental Comunitaria según grupo diagnóstico. SSPA, 2005-2008.

Grupo Diagnóstico	2005		2006		2007		2008		% Variación 2005-2008
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	
T. Orgánicos	39	0,23	24	0,15	26	0,16	20	0,12	-48,72
T. Consumo sustancias psicotrópicas	34	0,20	19	0,11	25	0,15	27	0,16	-20,59
T. Esquizofrénicos e ideas delirantes	88	0,51	48	0,29	46	0,27	49	0,28	-44,32
T. Humor	249	1,45	211	1,28	236	1,41	219	1,27	-12,05
T. Neuróticos	2.371	13,79	2.128	12,87	2.148	12,81	1.975	11,41	-16,70
Disf. Fisiológicas y F. Somáticos	605	3,52	538	3,25	490	2,92	443	2,56	-26,78
T. Personalidad	236	1,37	170	1,03	167	1,00	175	1,01	-25,85
Retraso mental	335	1,95	290	1,75	298	1,78	309	1,79	-7,76
T. Desarrollo	354	2,06	463	2,80	535	3,19	516	2,98	45,76
T. Comportamiento y emociones (I y A)	4.461	25,94	5.083	30,74	5.111	30,49	4.888	28,24	9,57
T. Mental sin especificación	7.392	42,96	6.356	38,43	6.325	37,73	7.067	40,84	-4,40
Sin patología psiquiátrica	1.032	6,00	1.208	7,30	1.358	8,10	1.618	9,35	56,78
Total	17.196	100,00	16.538	100,00	16.765	100,00	17.306	100,00	0,64

En el año 2005 la tasa de las personas atendidas en las USMC por cada 100.000 menores de 18 años fue de 1.089,4 y en el año 2008 de 1.175,2, lo que supone un incremento del 7,9%.

El grupo diagnóstico que más ha incrementado su tasa por 100.000 menores ha sido el de los trastornos del desarrollo (56,3%). En el lado opuesto, el grupo de personas diagnosticadas con



trastornos orgánicos ha disminuido su tasa en un -45,0%, seguido de los trastornos esquizofrénicos e ideas delirantes con una disminución de la tasa de un -40,3%.

Tabla 27. Personas menores de 18 años atendidas en las Unidades de Salud Mental Comunitaria según grupo diagnóstico. Tasas por 100.000 menores. SSPA, 2005-2008.

Grupo Diagnóstico	Tasa por 100.000 habitantes menores de 18 años				% Variación 2005-2008
	Año 2005	Año 2006	Año 2007	Año 2008	
T. Orgánicos	2,47	1,51	1,62	1,36	-45,03
T. Consumo sustancias psicotrópicas	2,15	1,19	1,56	1,83	-14,87
T. Esquizofrénicos e ideas delirantes	5,57	3,02	2,87	3,33	-40,31
T. Humor	15,77	13,27	14,74	14,87	-5,72
T. Neuróticos	150,20	133,81	134,12	134,12	-10,71
Disf. Fisiológicas y F. Somáticos	38,33	33,83	30,60	30,08	-21,51
T. Personalidad	14,95	10,69	10,43	11,88	-20,51
Retraso mental	21,22	18,24	18,61	20,98	-1,12
T. Desarrollo	22,43	29,11	33,41	35,04	56,25
T. Comportamiento y emociones (I y A)	282,60	319,63	319,14	331,93	17,46
T. Mental sin especificación	468,28	399,68	394,94	479,90	2,48
Sin patología psiquiátrica	65,38	75,96	84,80	109,87	68,06
Total	1.089,35	1.039,94	1.046,83	1.175,20	7,88

En cuanto al número de consultas atendidas por los profesionales de las USMC, éstas han disminuido un -8,4% respecto al año 2005. El número medio de consultas por paciente menor de 18 años ha sufrido un ligero retroceso pasando de 2,9 a 2,6 y la mediana se ha mantenido en su valor (2,0) a lo largo de este periodo.

Por grupo diagnóstico, los trastornos del desarrollo son los que han incrementado un mayor número de consultas, un 44,7% mayor que en 2005. Por el contrario, han disminuido el número de consultas de las personas atendidas por trastornos por consumo de sustancias psicotrópicas (-57,8%), junto a los trastornos esquizofrénicos e ideas delirantes (-38,9%), orgánicos (-38,2%) y de personalidad (-37,9%).

Cabe señalar además el incremento del 67,2% del número de consultas a personas menores de 18 años sin patología psiquiátrica.



Tabla 28. Consultas de personas menores de 18 años atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria según grupo diagnóstico. SSPA, 2005-2008.

Grupo Diagnóstico	Año 2005			Año 2006			Año 2007			Año 2008			% Variación 2005-2008
	N	Me	Md	N	Me	Md	N	Me	Md	N	Me	Md	
T. Orgánicos	89	2,41	2,00	50	2,27	1,50	62	2,38	2,00	55	2,75	2,00	-38,20
T. Consumo sustancias psicotrópicas	142	4,18	2,00	53	2,79	2,00	60	2,40	1,00	60	2,22	2,00	-57,75
T. Esquizofrénicos e ideas delirantes	781	8,88	6,00	475	9,90	5,00	299	6,50	4,00	477	9,73	5,00	-38,92
T. Humor	1.041	4,23	3,00	776	3,79	3,00	819	3,47	2,00	702	3,21	2,00	-32,56
T. Neuróticos	7.515	3,23	2,00	6.389	3,08	2,00	6.551	3,05	2,00	5.834	2,95	2,00	-22,37
Disf. Fisiológicas y F. Somáticos	2.154	3,62	2,00	1.755	3,35	2,00	1.744	3,56	2,00	1.491	3,37	2,00	-30,78
T. Personalidad	886	3,85	3,00	482	2,90	2,00	602	3,60	3,00	550	3,14	2,00	-37,92
Retraso mental	1.247	3,80	3,00	862	3,10	2,00	999	3,35	2,00	881	2,85	2,00	-29,35
T. Desarrollo	839	2,45	2,00	1.065	2,35	2,00	1.210	2,26	2,00	1.214	2,35	1,00	44,70
T. Comportamiento y emociones (I y A)	13.865	3,19	2,00	15.097	3,04	2,00	15.475	3,03	2,00	14.463	2,96	2,00	4,31
T. Mental sin especificación	17.775	1,94	2,00	13.513	2,21	2,00	13.453	2,13	1,00	15.117	2,14	1,00	-14,95
Sin patología psiquiátrica	2.094	2,05	1,00	2.607	2,19	2,00	2.872	2,11	1,00	3.501	2,16	2,00	67,19
Total	48.428	2,89	2,00	43.124	2,68	2,00	44.146	2,63	2,00	44.345	2,56	2,00	-8,43

N: Número de consultas, Me: Media, Md: Mediana

2.3. Personas atendidas en primera consulta

En el año 2008 se atendieron en las USMC un total de 13.438 personas menores de 18 años en primera consulta lo que supone un 77,7% del total de menores atendidos en estos dispositivos.

Estos pacientes son en su mayoría niños (58,3%) y su distribución por grupos de edad muestra que existe una mayor proporción de niños que de niñas en todos los tramos de edad excepto en el de 15 a 17 años donde el porcentaje de niñas es superior.

Gráfico 15. Personas menores de 18 años atendidas en primera consulta en Unidades de Salud Mental Comunitaria según sexo. SSPA, 2008.

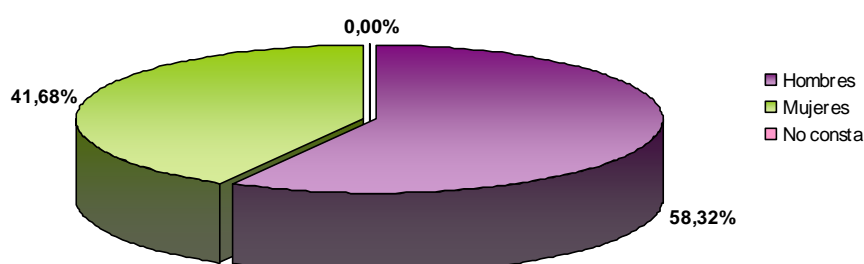
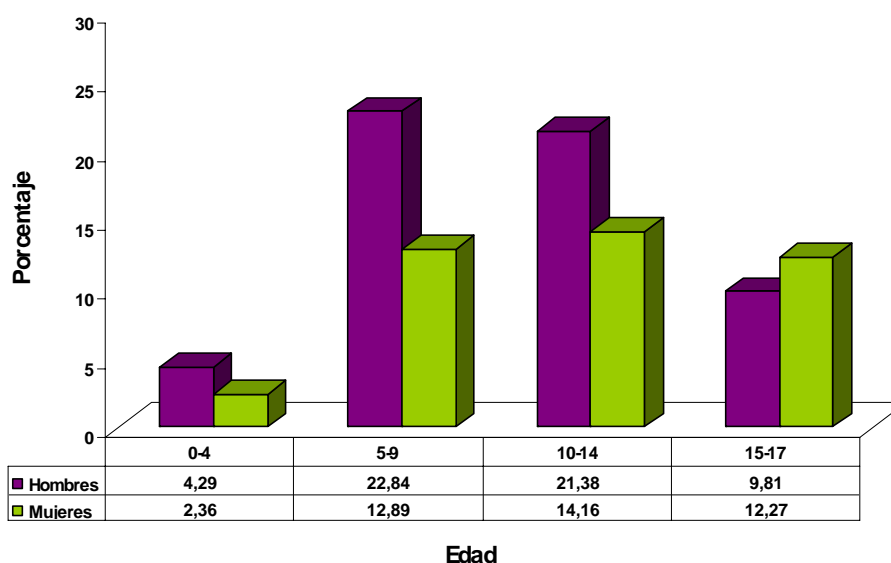




Gráfico 16. Personas menores de 18 años atendidas en primera consulta en Unidades de Salud Mental Comunitaria según grupo de edad y sexo. SSPA, 2008.



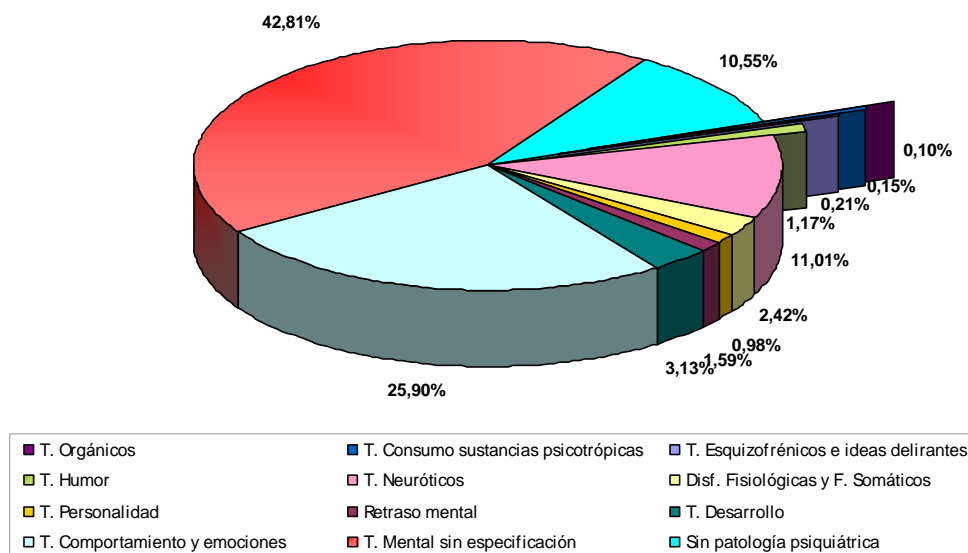
Respecto a la morbilidad registrada, el mayor porcentaje de personas son diagnosticadas con trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la adolescencia (25,9%) y un 11,0% por trastornos neuróticos. Destaca además que el 42,8% están incluidos en el grupo de trastorno mental sin especificar.

Tabla 29. Personas menores de 18 años atendidas en primera consulta en Unidades de Salud Mental Comunitaria según grupo diagnóstico. SSPA, 2008.

CIE-10	Grupo diagnóstico	Número	Porcentaje
F00-F09	T. Orgánicos	13	0,10
F10-F19	T. Consumo sustancias psicotrópicas	20	0,15
F20-F29	T. Esquizofrénicos e ideas delirantes	28	0,21
F30-F39	T. Humor	157	1,17
F40-F49	T. Neuróticos	1479	11,01
F50-F59	Disfunciones fisiológicas y factores somáticos	325	2,42
F60-F69	T. Personalidad	132	0,98
F70-F79	Retraso mental	213	1,59
F80-F89	T. Desarrollo	420	3,13
F90-F98	T. Comportamiento y emociones (Infancia y Adolescencia)	3480	25,90
F99	T. Mental sin especificación	5753	42,81
-	Sin patología psiquiátrica	1418	10,55
Total		13.438	100,00



Gráfico 17. Personas menores de 18 años atendidas en primera consulta en Unidades de Salud Mental Comunitaria según grupo diagnóstico. SSPA, 2008.



Del total de personas menores de edad que acuden en primera consulta (13.438), el 85,8% además era la primera vez que eran atendidas por estos dispositivos.

La siguiente tabla muestra la proporción de personas menores de 18 años que han acudido a primera consulta respecto al total de las personas que han sido atendidas en estos dispositivos para cada grupo diagnóstico. Destaca que el 81,4% de las personas diagnosticadas por trastornos del desarrollo y con trastorno mental sin especificar son atendidas en primera consulta. Por el contrario, sólo el 57,1% de las personas atendidas por trastornos esquizofrénicos e ideas delirantes son casos nuevos.



Tabla 30. Personas menores de 18 años atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria en primera consulta en relación al total de personas según grupo diagnóstico. SSPA, 2008.

CIE-10	Grupo diagnóstico	Personas primera consulta	Totales	Porcentaje
F00-F09	T. Orgánicos	13	20	65,00
F10-F19	T. Consumo sustancias psicotrópicas	20	27	74,07
F20-F29	T. Esquizofrénicos e ideas delirantes	28	49	57,14
F30-F39	T. Humor	157	219	71,69
F40-F49	T. Neuróticos	1479	1975	74,89
F50-F59	Disfunciones fisiológicas y factores somáticos	325	443	73,36
F60-F69	T. Personalidad	132	175	75,43
F70-F79	Retraso mental	213	309	68,93
F80-F89	T. Desarrollo	420	516	81,40
F90-F98	T. Comportamiento y emociones (Infancia y Adolescencia)	3480	4888	71,19
F99	T. Mental sin especificación	5753	7067	81,41
-	Sin patología psiquiátrica	1418	1618	87,64
Total		13.438	17.306	77,65

3. MORBILIDAD ATENDIDA EN HOSPITALIZACIÓN COMPLETA

En este apartado se analizan los datos de la población andaluza menor de 18 años, atendida en hospitalización completa por enfermedad mental, en los hospitales del SSPA.

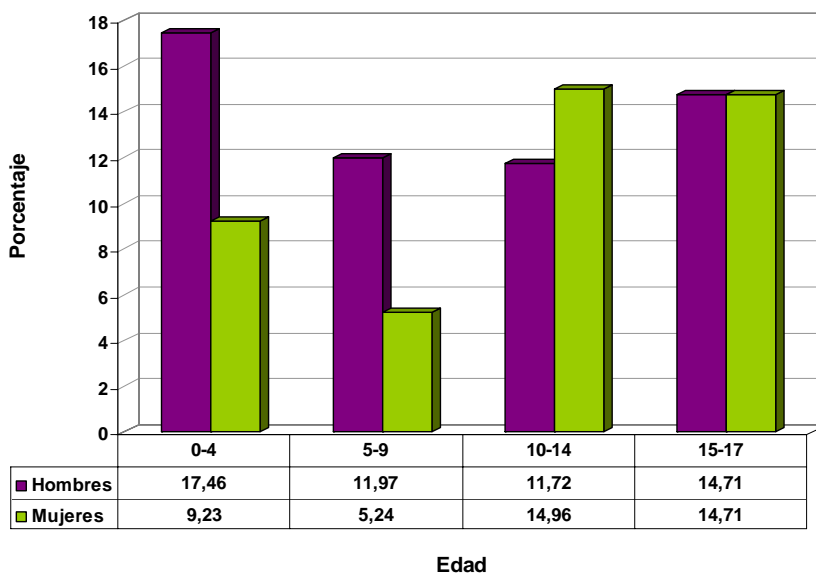
3.1. Características demográficas de la población atendida

A continuación se presenta la información relativa a las 401 altas de hospitalización completa por enfermedad mental de menores de 18 años durante el año 2008.

Estos pacientes son en su mayoría niños (55,9%) y su distribución por grupos de edad muestra que existe una mayor proporción de niños que de niñas en el tramo de 0 a 9 años y, en el tramo de 10 a 14 años, se invierte la proporción.



Gráfico 18. Altas hospitalarias por enfermedades y trastornos mentales de menores de 18 años según grupo de edad y sexo. SSPA, 2008.



3.2. Morbilidad y actividad asistencial

3.2.1. Año 2008

A continuación se describe la morbilidad que presentan las personas menores de 18 años atendidas en hospitalización completa por enfermedad mental durante el año 2008, en función de los *Grupos Relacionados con el Diagnóstico* (GRD)⁷.

Las altas por trastornos mentales de la infancia son las más numerosas (30,4%), seguidas de las alteraciones orgánicas y retraso mental (18,7%). En cuanto a la distribución por sexo, las mayores diferencias se observan en los ingresos por alteraciones orgánicas y retraso mental, psicosis y trastornos mentales de la infancia, con predominio de ingresos en niños por encima del 62%. Esta

⁷Sistema de clasificación de pacientes ampliamente utilizado en hospitales. Este sistema agrupa las altas de un mismo perfil de morbilidad y, por tanto, con un consumo similar de recursos, clasificando cada episodio de hospitalización en un GRD. Cada GRD tiene asignado un peso relativo en función de la complejidad relativa en términos de coste. Un peso mayor de 1 expresa mayor complejidad que el estándar y por el contrario, un peso menor de 1 significa menor complejidad.



proporción se invierte a favor de las niñas en el caso de los ingresos por trastornos de la personalidad y control de impulsos.

Respecto a la distribución por grupos de edad, los ingresos por procedimientos quirúrgicos con diagnóstico principal enfermedad mental, alteraciones orgánicas y retraso mental y trastornos mentales de la infancia son más frecuentes en la franja de 0 a 9 años, siendo los ingresos por el resto de patología de predominio en la franja de 10 a 17 años.

Tabla 31. Altas hospitalarias por enfermedades y trastornos mentales de menores de 18 años según GRD, grupos de edad y sexo. SSPA, 2008.

	GRD	Descripción	0-4 años		5-9 años		10-14 años		15-17 años		Total	
			H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Categoría Diagnóstica Mayor 19: Enfermedades y Trastornos Mentales	424	Procedimiento quirúrgico con diagnóstico principal enfermedad mental	3	2	-	1	-	1	-	-	3	4
	425	Reacción de adaptación aguda y disfunción psicosocial	3	-	6	4	8	20	5	5	22	29
	426	Neurosis depresivas	-	-	-	-	2	-	1	3	3	3
	427	Neurosis, excepto neurosis depresiva	1	-	-	2	3	5	9	3	13	10
	428	Trastornos de la personalidad y control de impulsos	-	-	1	-	1	2	8	15	10	17
	429	Alteraciones orgánicas y retraso mental	27	11	13	4	5	7	4	4	49	26
	430	Psicosis	-	1	1	-	7	3	22	14	30	18
	431	Trastornos mentales de la infancia	30	19	25	8	12	13	9	6	76	46
	432	Otros diagnósticos de trastorno mental	6	4	2	2	9	9	1	9	18	24
TOTAL			70	37	48	21	47	60	59	59	224	177

Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria, 2008. Servicio Andaluz de Salud.

3.2.2. Evolución 2005-2008

En este epígrafe se presenta la evolución por grupo diagnóstico de los menores atendidos en hospitalización completa en los hospitales del SSPA desde el año 2005 al 2008.



El mayor aumento se ha producido en los ingresos por reacción de adaptación aguda y disfunción psicosocial, con un incremento del 24%. Sin embargo destaca la disminución de ingresos por neurosis depresivas, seguido de los ingresos por alteraciones orgánicas y retraso mental (-57,1% y -21,1% respectivamente).

Tabla 32. Altas hospitalarias y estancia media por enfermedades y trastornos mentales de menores de 18 años según GRD. SSPA, 2005-2008.

	GRD	Descripción	Peso	Año 2005		Año 2006		Año 2007		Año 2008	
				Altas	EM	Altas	EM	Altas	EM	Altas	EM
Categoría Diagnóstica Mayor 19: Enfermedades y Trastornos Mentales	424	Procedimiento quirúrgico con diagnóstico principal enfermedad mental	2,1509 ¹ 2,5400 ²	1	3,00	2	13,00	6	10,00	7	8,14
	425	Reacción de adaptación aguda y disfunción psicosocial	0,7084 ¹ 0,8192 ²	41	4,56	47	7,13	43	6,26	51	5,02
	426	Neurosis depresivas	0,5465 ¹ 0,7769 ²	14	8,57	4	5,25	5	13,40	6	5,17
	427	Neurosis, excepto neurosis depresiva	0,9808 ¹ 0,9837 ²	22	7,36	24	10,96	17	6,41	23	15,30
	428	Trastornos de la personalidad y control de impulsos	0,5813 ¹ 0,6995 ²	25	5,60	17	6,71	16	6,81	27	17,63
	429	Alteraciones orgánicas y retraso mental	1,7116 ¹ 2,2627 ²	95	7,59	57	7,46	78	8,47	75	9,19
	430	Psicosis	1,2703 ¹ 1,5529 ²	53	14,85	43	23,93	56	21,79	48	18,98
	431	Trastornos mentales de la infancia	0,5933 ¹ 0,9200 ²	127	5,98	106	4,92	118	6,19	122	5,73
	432	Otros diagnósticos de trastorno mental	1,0417 ¹ 1,0799 ²	43	13,12	62	13,45	31	14,29	42	13,48
TOTAL				421	8,18	362	9,86	370	9,91	401	10,07

EM: Estancia Media. ¹ Peso por GRD "all patient" V18.0. Año 2003-2005. ² Peso por GRD "all patient" V21.0. Año 2006-2008.
Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria, 2005-2008. Servicio Andaluz de Salud.

La siguiente tabla muestra la evolución de las altas por cada uno de los grupos diagnósticos, en función del sexo y grupos de edad.



Tabla 33. Altas hospitalarias por enfermedades y trastornos mentales de menores de 18 años según GRD, grupos de edad y sexo. SSPA, 2005-2008.

	GRD	Descripción	Año	0-4 años		5-9 años		10-14 años		15-17 años		Total	
				H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
				Categoría Diagnóstica Mayor 19: Enfermedades y Trastornos Mentales	424	Procedimiento quirúrgico con diagnóstico principal enfermedad mental	2005	-	-	1	-	-	-
2006	1	-	-				-	1	-	-	-	2	-
2007	1	-	2				1	2	-	-	-	5	1
2008	3	2	-				1	-	1	-	-	3	4
425	Reacción de adaptación aguda y disfunción psicosocial	2005	-		1	1	6	7	13	1	12	9	32
		2006	4		5	4	4	4	10	7	9	19	28
		2007	2		1	5	4	10	11	3	7	20	23
		2008	3		-	6	4	8	20	5	5	22	29
426	Neurosis depresivas	2005	-		-	-	-	1	6	-	7	1	13
		2006	-		-	-	-	-	2	1	1	1	3
		2007	-		1	-	-	1	1	-	2	1	4
		2008	-		-	-	-	2	-	1	3	3	3
427	Neurosis, excepto neurosis depresiva	2005	-		-	-	1	4	6	1	10	5	17
		2006	-		-	1	1	3	7	2	10	6	18
		2007	1		-	1	2	1	8	2	2	5	12
		2008	1		-	-	2	3	5	9	3	13	10
428	Trastornos de la personalidad y control de impulsos	2005	-		3	-	-	-	4	12	6	12	13
		2006	1		-	-	-	4	1	3	8	8	9
		2007	-		-	-	-	1	1	7	7	8	8
		2008	-		-	1	-	1	2	8	15	10	17
429	Alteraciones orgánicas y retraso mental	2005	19		20	8	4	7	8	17	12	51	44
		2006	15		13	6	3	5	4	7	4	33	24
		2007	17		18	8	5	7	15	6	2	38	40
		2008	27		11	13	4	5	7	4	4	49	26
430	Psicosis	2005	-		-	1	2	6	2	32	10	39	14
		2006	-		-	2	-	6	4	25	6	33	10
		2007	2		-	2	2	4	-	27	19	35	21
		2008	-		1	-	-	7	3	22	14	30	18
431	Trastornos mentales de la infancia	2005	40	17	22	3	21	7	6	11	89	38	
		2006	37	13	15	7	18	9	2	5	72	34	
		2007	25	24	15	4	27	11	7	5	74	44	
		2008	30	19	25	8	12	13	9	6	76	46	
432	Otros diagnósticos de trastorno mental	2005	4	2	3	4	5	6	3	16	15	28	
		2006	5	7	3	2	8	15	9	13	25	37	
		2007	1	1	2	1	6	12	4	4	13	18	
		2008	6	4	2	2	9	9	1	9	18	24	

Tomando como referencia los ingresos por trastornos mentales de la infancia (GRD 431), la siguiente tabla muestra su evolución, en función de los diagnósticos principales. Los ingresos más frecuentes todos los años son por trastornos específicos del desarrollo mixto y trastornos de comportamiento



disociales, con un porcentaje de variación entre los años 2005 y 2008 de -18,2% y 20,0%, respectivamente.

Tabla 34. Altas hospitalarias de menores de 18 años con trastornos mentales de la infancia (GRD 431). SSPA, 2005-2008.

Diagnóstico principal CIE10		Año 2005	Año 2006	Año 2007	Año 2008	Variación 2005-2008	
GRD 431: Trastornos mentales de la infancia	F80	Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje.	12	11	10	14	16,67
	F81	Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar.	3	1	-	1	-66,67
	F82	Trastorno específico del desarrollo psicomotor.	3	1	1	1	-66,67
	F83	Trastorno específico del desarrollo mixto.	44	37	43	36	-18,18
	F84	Trastornos generalizados del desarrollo.	1	-	1	1	-
	F88	Otros trastornos del desarrollo psicológico.	3	3	5	6	100,00
	F89	Trastorno del desarrollo psicológico sin especificación.	3	5	1	7	133,33
	F90	Trastornos hipercinéticos.	15	5	7	7	-53,33
	F91	Trastornos de comportamiento disociales.	35	25	42	42	20,00
	F92	Trastornos de comportamiento disociales y de las emociones mixtos.	2	-	-	-	-100,00
	F93	Trastornos de las emociones de comienzo específico en la infancia.	-	1	-	2	
	F98	Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y en la adolescencia.	6	17	8	5	-16,67
			127	106	118	122	-3,94

Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria, 2005-2008. Servicio Andaluz de Salud.



ANEXO IV: EXPECTATIVAS DE FAMILIARES

Con el fin de detectar oportunidades de mejora en la calidad asistencial para el proceso de elaboración del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012, en 2007 se realizó un análisis de las necesidades y expectativas expresadas por las personas con trastorno mental, sus familiares y profesionales tanto de la salud como de otros sectores implicados en la atención a la salud mental en Andalucía.

A continuación se presentan, en extracto, las demandas y expectativas expresadas por familiares de menores atendidos, que participaron en uno de los grupos focales que se establecieron para este análisis. La selección de participantes se realizó incluyendo criterios de heterogeneidad que permitieran obtener información sobre diferentes experiencias y puntos de vista, así como criterios de homogeneidad que facilitaran la comunicación entre los mismos.

Las opiniones emitidas se han agrupado en relación con los siguientes aspectos:

- Opinión general sobre la atención que reciben las personas menores con trastorno mental en Andalucía.
- Valoración de los recursos disponibles
- Valoración de los profesionales de salud mental en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).
- Sugerencias de mejora de la atención a la salud mental de la infancia y adolescencia

A. Atención en Salud Mental

La valoración que los familiares de menores con trastorno mental realizan sobre la atención que se recibe en los dispositivos por parte de profesionales sanitarios es, en su conjunto, positiva. No obstante, señalan algunas áreas en las que la atención es susceptible de mejora. Fundamentalmente la falta de actuaciones de prevención en salud mental en la infancia, animando al sistema sanitario a adoptar medidas en este sentido.



B. Valoración de los recursos disponibles

En este apartado se han valorado dificultades significativas en la accesibilidad geográfica y flexibilidad horaria a los dispositivos sanitarios. Así mismo, consideran escaso el tiempo de atención en consulta y que los trámites para la obtención de fármacos de largo tratamiento son un obstáculo administrativo que resulta gravoso en tiempo y recursos económicos.

El colectivo de familiares de menores con trastorno mental considera que los dispositivos de atención hospitalaria y recursos con los que están dotados son insuficientes. En su opinión, no se diferencian adecuadamente los espacios destinados a pacientes según su edad o la gravedad de las patologías.

En cuanto a los recursos de apoyo social, se quejan por su inexistencia. Manifiestan además la existencia de obstáculos burocráticos para constituir asociaciones que centralicen y suministren la información de interés.

C. Valoración de profesionales del SSPA

La valoración general que hacen sobre profesionales de los servicios de salud mental es bastante positiva. Valoran el esfuerzo que este colectivo realiza ante la escasez de tiempo para realizar la asistencia y agradecen el componente humano que incorporan en consulta.

Al preguntar por la capacitación del colectivo de profesionales de salud mental hay variedad de opiniones, en función del tipo de la patología y nivel asistencial al que se haga referencia.

En general, la percepción que los familiares tienen sobre el tratamiento prescrito es de ausencia de terapias y exceso de medicación.

En cualquier caso, destacan que, con independencia del tratamiento elegido para abordar la enfermedad, ante todo debe garantizarse una individualización del mismo.

El grupo de familiares de menores con trastorno mental tiene una valoración positiva sobre la comunicación de los equipos profesionales, pero también hacen hincapié en la necesidad de conocer



cuanto antes el diagnóstico, ya que la incertidumbre les genera altos niveles de ansiedad y desconfianza.

D. Demandas para la mejora de la atención a la salud mental de la infancia y adolescencia

Finalmente se expresaron un conjunto de demandas globales para mejorar la calidad de la atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia en Andalucía:

- **Apoyo psicológico a familiares en el primer contacto con la enfermedad.**

Sobre todo en la fase de diagnóstico de la enfermedad, con el fin de asimilar la nueva situación familiar y afrontar mejor los periodos agudos o de crisis.

- **Recursos de apoyo social.**

El apoyo social debe extenderse a refuerzos terapéuticos, “respiros familiares” en periodos vacacionales y al apoyo desde los colegios con la dotación de especialistas en psicología.

- **Recursos sanitarios.**

Falta general de recursos en las USMI-J. Se demandan medios que permitan a los niños y niñas la realización de actividades de apoyo durante el periodo de ingreso, así como la dotación de más espacio físico que permita hacer distinciones durante la hospitalización por criterios de edad y tipo de trastorno.

CONCLUSIONES

Aunque la opinión generalizada entre los familiares de menores sobre la atención a la salud mental en Andalucía es buena en su conjunto, se señalan los problemas de accesibilidad a los servicios según el lugar de residencia y la sensación de escasez de recursos sanitarios, a lo que añaden la *insuficiente información* que reciben durante el proceso asistencial y la falta de actuaciones de *prevención*.

Las principales demandas y sugerencias se resumen en la siguiente tabla.



Tabla 1. Demandas y sugerencias expresadas por familiares de menores atendidos

Áreas	Demandas y sugerencias expresadas
RECURSOS HUMANOS	Incrementar la dotación de profesionales sanitarios para mejorar la accesibilidad a los dispositivos.
RECURSOS MATERIALES	Dotación de recursos e infraestructuras de las USMI-J para la realización de actividades durante el ingreso, diferenciando la atención por edad y tipología de trastorno.
RECURSOS DE APOYO SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Ayuda social y/o económica de apoyo a la familia. - Respiros vacacionales para los familiares
ATENCIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo psicológico a familiares de pacientes. - Información sobre la enfermedad, diagnóstico y tratamiento. - Tratamiento individualizado con más trabajo psicológico y psicoterapias.
CARTERA DE SERVICIOS	<ul style="list-style-type: none"> - Prevención de los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia. - Accesibilidad de los servicios sanitarios de Atención Primaria y Especializada.



ANEXO V: PROPUESTA DE CARTERA BÁSICA DE SERVICIOS DE LOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL

A continuación se presenta, como aportación inicial para la Cartera Básica de Servicios en salud mental que elaborará el Plan Integral de Salud Mental, una propuesta de cartera de servicios para la Infancia y la Adolescencia:

1. Modalidades de intervención

1.1. Asistenciales (Atención ambulatoria y hospitalaria)

A. **Acogida:** Este proceso se centra de manera especial en las actitudes y procedimientos a tener en cuenta en el primer contacto del/la paciente y su familia con el dispositivo de salud mental e incorpora, de manera explícita o no, elementos para priorizar la demanda.

B. Intervenciones:

- Consultas terapéuticas o psicoeducativas: Apoyo e información a padres y madres en cuestiones de desarrollo infantil y de relación. Muchas demandas pueden resolverse mediante este tipo de intervenciones
- Diagnóstico y tratamiento:
 - **Evaluación y diagnóstico:** Se basa esencialmente en la historia personal y familiar del /la paciente así como en la observación y escucha y en la relación que se establece con él o ella y su familia. Con frecuencia es también necesaria la utilización de algún material psicotécnico: tests psicométricos y proyectivos, escalas de desarrollo, cuestionarios, etc. Así mismo, en ocasiones, puede ser necesaria la utilización de pruebas complementarias de carácter biológico o la interconsulta con otras especialidades.
 - **Tratamiento:**
 - Psicoterapia individual, familiar y grupal, de distintas orientaciones de reconocida solvencia, como Psicodinámica, Cognitivo-conductual o Sistémica.



- Sesiones de orientación y apoyo a los padres y madres tanto individuales como grupales
- Farmacoterapias y otros tratamientos biológicos, que se utilizarán siguiendo rigurosos criterios científicos.
- Sesiones específicas para diagnóstico con tests.
- Sesiones de información a familiares y pacientes sobre recursos sociales (asociaciones de pacientes, derechos y beneficios, etc.).
- Visitas de apoyo y seguimiento domiciliario o institucional: centros de acogida, colegios, etc.
- Supervisiones individuales o de grupo, dentro del equipo u organizadas a través de expertos externos.

1.2. Programa de Enlace

- Consultas individuales y grupales. Se atiende al/la profesional que ha derivado el caso o solicita apoyo pero sigue siendo el/la responsable. Se puede realizar en grupo cuando hay varias fuentes de demanda.
- Reuniones de coordinación entre profesionales de distintas estructuras sanitarias y socio sanitarias.
- Interconsulta hospitalaria. El Equipo de salud mental infanto-juvenil deberá hacerse cargo de aquellos casos a los que se pide su colaboración desde otros servicios hospitalarios.

1.3. Coordinación Intersectorial

Puede ser limitada al Área o a la provincia o desarrollarse a través de dispositivos autonómicos. Se trata de la coordinación con otras organizaciones para:

- Coordinación intersectorial para el desarrollo de acciones de promoción y prevención.
- Desarrollo de protocolos sobre cuestiones de protección de menores, en general, o específicos (escuelas, poblaciones especiales, minusválidos,...)
- Actividades con otros niveles e instituciones, conjuntas y estructuradas, orientadas a facilitar la inclusión social de los menores atendidos.
- Resolución de problemas debido a solapamiento de servicios.
- Aportaciones de expertos sobre un tema específico.



1.4. **Formativas.** Las dos actividades formativas principales son:

- Formación de residentes, psiquiatras, especialistas en psicología clínica, profesionales de enfermería, otros profesionales de atención primaria, colaboración en la formación de profesionales de otras instituciones, etc., a través de métodos de aprendizaje supervisado y de la estructuración de una experiencia ecléctica y amplia.
- Formación continuada de todas las categorías profesionales. Esta formación incluye la realización regular de sesiones clínicas así como supervisiones individuales o de grupo, dentro del equipo u organizadas a través de expertos/as externos/as.

1.5. **Administrativas**

- Reuniones de Equipo para distribuir casos, supervisarlos o discutir sobre cuestiones que afecten al desarrollo del equipo.
- Sesiones de auditoría asistencial intra y entre equipos.
- Redacción de cartas, informes, actividad telefónica, etc.

2. **Intervenciones terapéuticas priorizadas**

2.1. **Criterios de priorización:** Se recomienda utilizar los siguientes, aunque de modo no excluyente:

- Factores clínicos: Gravedad diagnóstica, tiempo de evolución, comorbilidad con otras patologías, etc.
- Factores psicosociales: Situaciones de riesgo. Grupos que requieren "alto soporte" por su disfunción social, carencias educacionales, limitado contacto con los servicios asistenciales, etc.
- Grado de sufrimiento o impacto individual, familiar o social.
- Características de la demanda: magnitud del problema, rentabilidad posible en términos de efectividad.

Y, por encima de todo, es recomendable priorizar las intervenciones tempranas.



2.2. Perfiles de demanda destacados. Nos referimos a los perfiles de la demanda que son susceptibles de ser atendidos en el nivel más especializado en salud mental infanto-juvenil. Se pueden señalar las siguientes áreas de intervenciones específicas:

- **Conductas auto-destructivas, suicidio y para-suicidio.** Indicativos de un gran sufrimiento emocional que requiere una intervención inmediata y especializada. En interconsulta con los hospitales y estableciendo una vigilancia exhaustiva desde el nivel ambulatorio.
- **Trastornos de la conducta alimentaria.** Debido a la evidencia de que muchas anorexias y bulimias graves han empezado en la adolescencia o pre-adolescencia, sería deseable la realización de programas de prevención primaria, intervención primaria y, tras el paso por los programas anteriores, intervención especializada.
- **Trastornos disociales.** Aquellos que suponen una trasgresión grave de las normas sociales por parte de menores y que desembocan en delincuencia juvenil. Las unidades de salud mental infanto-juvenil no necesariamente han de llevar la iniciativa en la coordinación; en algunos casos pueden actuar como apoyo de otros servicios (Sociales, Educativos, Judiciales), asumiendo mayor o menor implicación asistencial en función de las características del caso.
- **Trastornos generalizados del desarrollo.** Debido a la gravedad del diagnóstico y el deterioro asociado, habría que incidir en la detección temprana y la canalización de las ayudas al niño o la niña y a los padres y madres, tanto en el aspecto terapéutico como de los recursos comunitarios existentes.
- **Psicosis y primeros episodios de esquizofrenia.** Insistir en la detección precoz y el seguimiento continuado. Además, hay que tener en cuenta el trabajo psicoeducativo con la familia.
- **Riesgos socio-familiares.** Incluye pacientes menores con enfermedades crónicas, hijos e hijas de progenitores con enfermedades mentales, menores en situación de desprotección, víctimas de abusos físicos o sexuales, poblaciones de inmigrantes, rupturas familiares por separación o divorcio y otros. El trabajo se realizaría en coordinación con otros Servicios de Apoyo y Protección a la Infancia (Servicios Sociales).



- **Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia.** En concreto, el Trastorno Obsesivo Compulsivo de inicio en la Infancia, cuya frecuencia no es despreciable y que puede ser indicativo de una grave problemática de esta índole en momentos evolutivos posteriores.
- **Intervenciones terapéuticas programadas.** Se trata de programas orientados a un determinado grupo de pacientes, previamente identificados, que comparten una problemática similar en términos poblacionales y epidemiológicos. Se establecen como programas prioritarios de atención terapéutica, si se ajustan a los anteriores criterios señalados para ello.



ANEXO VI: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN SALUD MENTAL DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

1. Introducción

La gestión del conocimiento en salud tiene como finalidad buscar, seleccionar, analizar y reelaborar la gran cantidad de información existente, y poner a disposición de toda una comunidad los conocimientos y las prácticas que aporten valor para la mejora de la calidad asistencial y de la salud de la ciudadanía.

En los documentos sobre Servicios y Políticas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, en concreto el denominado "Mejora de la calidad de la Salud Mental" (Quality improvement for mental health) publicado en el año 2.003(1), enfatiza la importancia de asegurar que en los tratamientos se emplean los conocimientos científicos más recientes y las nuevas tecnologías. También pone de manifiesto el abismo existente entre lo que se conoce y se pone en práctica. Concluye que la puesta en marcha de servicios basados en la evidencia se ha convertido en un medio para lograr tanto calidad como responsabilidad.

Así mismo, destaca las Guías de Práctica Clínica (GPC) como herramientas fundamentales para la toma de decisiones por parte de los/las profesionales sanitarios/as y de los/las pacientes acerca de la atención adecuada en circunstancias clínicas específicas, la necesidad de evaluación de las mismas ante su gran proliferación y la formación de los profesionales para su elección y uso.

En la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2.006) como parte del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, y dentro de la línea "Atención a los Trastornos Mentales", se señala el uso de Protocolos y Guías de Práctica Clínica para reducir la variabilidad injustificada, adecuar el gasto y mejorar la continuidad asistencial.

Por otro lado, y desde 1988 en que surge, con el patrocinio de la Comunidad Europea, la Fundación Europea para la Gestión de Calidad (EFQM) que en 1991 elabora el Modelo EFQM de Excelencia del que se deriva el Premio Europeo de Calidad inicialmente orientado hacia las grandes empresas del



sector privado. El modelo EFQM es el de mayor uso y consideración en Europa y se ha convertido en una herramienta básica para la evaluación de la calidad de las organizaciones (2).

El mismo modelo aplicado a las empresas privadas es adaptado en 1995 para el sector público, estableciéndose en 1998 el grupo de trabajo para la aplicación del modelo al sector sanitario, centro de nuestro interés.

Como desarrollo de la mejora de la gestión de la calidad asistencial diversas Comunidades Autónomas del Estado Español están implantando este modelo de gestión sanitaria (3). En esta línea la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía desarrolla sus Planes de Calidad que desde el año 2000 orienta la calidad asistencial en esta comunidad autónoma (4). El II Plan de Calidad (2005-2008) plantea una estructura compuesta por cinco procesos estratégicos de relevancia, cada uno con sus propios objetivos y líneas de acción prioritarias. El cuarto proceso estratégico es el pertinente para este apartado y hace referencia a la "Gestión del Conocimiento" (5).

La atención a la salud mental infanto-juvenil no puede estar al páreo de la última teoría pseudocientífica sobre la conducta humana o consideraciones más o menos bien intencionadas sustentadas en el mejor de los casos en el sentido común. El rigor y la contrastación científica de las actuaciones deben presidir la práctica clínica en el entorno de los trastornos de niños/as y adolescentes. En este sentido la Gestión del Conocimiento trata de aportar un nuevo enfoque para potenciar la creación y transferencia del conocimiento científico, en este caso, aplicado a los trastornos mentales en la edad que nos ocupa. Para lograr un buen uso del conocimiento científico se recurre a la práctica basada en la evidencia, a iniciativas de evaluación de las innovaciones, a la elaboración de recomendaciones (guías clínicas) y a las herramientas para el resumen y transferencia de conocimiento científico.

2. Práctica basada en la evidencia

La salud mental de la infancia y la adolescencia considerada como un bien social exige que todos los/las profesionales relacionados con ella hagan un uso racional de todos los recursos dispensados para tal fin. Sus unidades de atención deben brindar y sugerir las alternativas asistenciales que hayan demostrado poseer la mayor eficacia en la resolución de los problemas.



Este es el punto de partida de la llamada medicina basada en la evidencia (MBE) que aboga por el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes. David Sackett (6) uno de los prohombres de este movimiento la definió como: *"Un modelo de la práctica de la medicina, en el que la evidencia más confiable y ajustada para las circunstancias de un paciente en particular, es aplicada a fin de mejorar la calidad del juicio clínico y optimizar la relación costo/beneficio del cuidado de la salud"*. La práctica de la MBE significa integrar la pericia clínica individual con la mejor evidencia clínica externa disponible a partir de la investigación sistemática. La intención de la MBE no es priorizar los conocimientos de los artículos científicos sobre la práctica clínica sino integrar ambos para así ajustar mejor las decisiones asistenciales (7)

La práctica basada en la evidencia (PBE) es una ampliación, a la asistencia sanitaria en general, de los principios de la MBE. El fundamento de la PBE es la idea de que la provisión equitativa de cuidados debería guiarse por criterios de evidencia sobre la eficacia de los tratamientos. Se reconoce en general que el criterio último de referencia de mayor solidez lo aportan los ensayos controlados aleatorios (ECA), seguidos por los estudios controlados no aleatorizados bien diseñados (cohortes, casos y controles) y después los estudios no controlados o consenso. Las limitaciones de estos presupuestos a la práctica en salud mental infantil y juvenil son: sus dificultades metodológicas, la heterogeneidad de nuestras intervenciones, las críticas y contestación al modelo que se han manifestado desde distintas posiciones y disciplinas no son en absoluto nada desdeñables, pero es indudable que la PBE aporta un marco de referencia para dotar de rigor y eficacia las intervenciones clínicas en el ámbito de una salud mental pública. Concentrarse sobre la calidad ayuda a asegurar que los recursos disponibles se empleen de forma eficiente y eficaz. Sin calidad no habrá confianza en la efectividad del sistema.

En definitiva se trata de abordar sistemáticamente los problemas clínicos utilizando los resultados originados en la investigación científica. Supone la integración de la maestría técnica individual con el aporte de conocimientos clínicos basados en estudios controlados.

Se requiere, por lo tanto:

- a) Localizar la mejor evidencia¹.
- b) Evaluar críticamente la evidencia en términos de validez y utilidad clínica.
- c) Aplicar los resultados de la evaluación crítica a la práctica clínica.

¹ Puede utilizarse la Web de Gestión del Conocimiento en Salud Mental: www.psicoevidencias.es, para ampliar contenidos de búsquedas, principios generales de gestión del conocimiento, metodología, etc.



d) Evaluar nuestro rendimiento.

Desde las últimas décadas del siglo pasado grupos de expertos, instituciones y organizaciones sanitarias han expuesto diversos modelos donde se estructuran las recomendaciones. Es improbable que las decisiones sobre lo que se considera la forma más válida de evidencia sean universales, y en menor medida inmutables, entre todos los tipos de conocimiento clínico. Sin embargo, es justo señalar que prevalecen los juicios jerárquicos y que las gradaciones de uso más habitual son aquellas que tienen en cuenta la calidad de la evidencia y la eficacia terapéutica de una intervención.

La Agency for Healthcare Research and Quality ha establecido una metodología, que ha tenido gran fortuna y ha sido ampliamente aceptada en los medios científicos, sobre la clasificación de las recomendaciones en función del nivel de la evidencia disponible y que se ofrece en la siguiente tabla.

Tabla 1. Clasificación de las recomendaciones en función del nivel de la evidencia disponible. Agency for Healthcare Research and Quality

I.a. La evidencia científica procede de metanálisis (revisión sistemática) de ensayos clínicos controlados y aleatorios.
I.b. La evidencia científica procede de, al menos, un ensayo clínico controlado y aleatorio.
II.a. La evidencia científica procede de, al menos, un estudio prospectivo controlado, bien diseñado y sin aleatorizar.
II.b. La evidencia científica procede de, al menos, un estudio casi experimental, bien diseñado.
III. La evidencia científica procede de estudios descriptivos no experimentales, bien diseñados, como estudios comparativos, de correlación o de casos y controles.
IV. La evidencia científica procede de documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio.
GRADOS DE RECOMENDACIÓN
A. Corresponde a los niveles de evidencia científica I.a y I.b. Existe una evidencia 'buena' con base en la investigación para apoyar la recomendación.
B. Corresponde a los niveles de evidencia científica II.a, II.b y III. Existe una evidencia 'moderada' con base en la investigación para apoyar la recomendación.
C. Corresponde al nivel de evidencia IV. La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso.

Hace algo más de cinco años un grupo de metodólogos/as constituyó un equipo de trabajo con la intención de elaborar una propuesta común y única, con un consenso generalizado, para la formulación de las recomendaciones, conocido como sistema GRADE (8)



Tradicionalmente, las cuestiones sobre la PBE se han situado a nivel de casos clínicos individuales pero sería muy útil adoptar similar metodología sobre la organización global e interna de los servicios así como de los recursos e infraestructuras disponibles.

Aún hay un largo camino para lograr, de modo generalizado, la óptima incorporación de la metodología de la evidencia a la práctica cotidiana en salud mental de la población infantil y adolescente. Pero, por fortuna, ya se han iniciado los procesos para difundir estos conceptos e impregnar de nuevos usos científicos el quehacer cotidiano de las nuestras unidades asistenciales (por ejemplo la web: www.pediatribasadaenpruebas.com).

En nuestro ámbito de actuación hay tres áreas fundamentales donde se ha de aplicar en toda su extensión los criterios de la práctica basada en evidencias: Guías y protocolos clínicos, Evaluación Psicométrica y Psicoterapias.

2.1. Guías y protocolos clínicos

La base sobre la que se asienta la práctica clínica es esencialmente el juicio clínico, es decir, el conjunto de conocimientos y experiencias adquiridos por cada profesional a lo largo de su trayectoria asistencial. Este conocimiento se expresa en cada una de sus actuaciones y en la toma de decisiones ante pacientes individuales. Sin embargo, el desarrollo cualitativo y cuantitativo de la investigación científica, en el ámbito general y en salud mental en particular, hace difícil a cada profesional mantenerse al día en unos conocimientos que crecen y se diversifican de forma exponencial (9).

En este sentido, para ayudar a los/las profesionales clínicos/as a tomar las oportunas decisiones que sean las más apropiadas en un momento determinado y con un paciente o grupo de pacientes específicos, nacen las guías de práctica clínica (GPC). Se trata de un conjunto de instrucciones, directrices o recomendaciones desarrolladas de forma sistemática y con criterios y metodología claramente definidos (10). La definición de referencia más aceptada es la del Institute of Medicine de Estados Unidos (1990): *"Es el conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática, con el objetivo de ayudar a los clínicos y a los pacientes en el proceso de toma de decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, seleccionando las opciones diagnósticas y/o terapéuticas más adecuadas en el abordaje de un problema de salud o una condición clínica específica"* (11).



Por lo tanto las GPC son una opción importante para mantener y promover una práctica clínica correcta, prestar una atención a los pacientes más efectiva y ayudar a conseguir mejores resultados en salud mental infantil y juvenil. En cualquier caso, para asegurar que las GPC mejoren los cuidados a los/las pacientes y sus familias, éstas deben cumplir unos mínimos criterios de calidad.

La calidad de las guías está en relación a la confianza en que los riesgos potenciales del desarrollo de una guía en cuestión han sido señalados de forma adecuada y las recomendaciones son válidas interna e externamente, y se puede lógicamente llevar a la práctica. Este proceso incluye valorar los beneficios, daños y costes de las recomendaciones, así como los aspectos prácticos que conllevan. Por tanto, la evaluación incluye juicios a cerca de los métodos utilizados en el desarrollo de las guías, el contenido de las recomendaciones finales y los factores relacionados con su aceptación (12).

A mediados de los noventa, se hicieron múltiples llamamientos para establecer una metodología internacional que promoviera el desarrollo riguroso de GPC, así como evaluar su calidad e impacto en la práctica. Como consecuencia de esto se creó la colaboración AGREE (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation) constituida por un amplio grupo de instituciones académicas y agencias productoras de guías. Esta iniciativa dio lugar al instrumento AGREE que ofrece un marco sistemático y riguroso para el análisis de los componentes claves que determinan la calidad de las guías. La salud mental infanto-juvenil, en nuestro ámbito nacional, adolece de una escasez preocupante de GPC lo que exige redoblar los esfuerzos en este sentido.

Conviene distinguir entre guía de práctica clínica, manuales sintetizados y protocolos. El manual es una obra de referencia que presenta brevemente los elementos fundamentales de una disciplina, donde se compendia lo más sustancial de una materia, incluyendo un conjunto de instrucciones y explicaciones. Un protocolo es un escrito que se publica para que explicita las normas de actuación frente a un problema concreto o de una condición clínica concreta. Las GPC explicitan también las maniobras y operativas a realizar pero desde una perspectiva más amplia y siempre con actuaciones basadas en la mejor evidencia disponible. Las directrices de las GPC destilan las implicaciones prácticas de la intervención y los protocolos las transforman en consejos concretos para aplicar prácticas óptimas en una situación determinada dentro de un dispositivo sanitario. Dicho de otro modo el protocolo siempre será más específico: es el consenso de un grupo de profesionales, de un área determinada para valorar cómo tratar una enfermedad determinada, dentro de un ámbito determinado." (13).



La “evidencia científica” no existe en un espacio intelectual aislado, sino en un entorno económico y sociopolítico propio en el que puede utilizarse, correcta o incorrectamente, para múltiples finalidades (14). En este sentido cabe considerar, y tener presente, las argumentaciones de Paul Sturdee (15) en contra del uso del actual entusiasmo de la PBE por intereses creados solapados en planteamientos espurios.

Algunas webs que constituyen una buena base de GPC por su reconocido prestigio y con rigor científico demostrado son:

- www.nice.org.uk (National Institute for Health and Clinical Excellence)
- www.nzgg.org.nz (New Zealand Guidelines Group)
- www.sign.ac.uk (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)
- www.guideline.gov (National Guideline Clearinghouse)

2.2. Evaluación Psicométrica

Los procedimientos de evaluación y medición psicológica, clínica y educativa, tienen en desarrollo de más de un siglo de antigüedad. Se les emplea en la evaluación de niños, niñas y adolescentes para diferentes propósitos clínicos que incluyen el diagnóstico, la determinación de elegibilidad para programas especiales y la evaluación del progreso y el cambio. Las herramientas de evaluación se refinan de manera continua aplicándose cada vez una mejor metodología y precisión científica en su elaboración. Esto obliga a una consideración seria y rigurosa respecto a su uso y de las decisiones consecuentes que se han de adoptar. Una práctica basada en la evidencia debe abordar, desde sus presupuestos, los nuevos desarrollos que se producen en este campo. Se hace necesario, desde la perspectiva que nos ocupa tomar en consideración, en la salud mental de la población infantil y adolescente, los procedimientos mediante los cuales se aplican, califican, interpretan y se informan las pruebas psicológicas y psicopedagógicas así como de otros procedimientos de evaluación.

Las pruebas con referencia a la norma son indispensables para la evaluación clínica en una práctica basada en la evidencia. Deben ser pruebas con referencia a la norma, estandarizadas en un grupo claramente definido (grupo normativo) que permita una escala de manera que cada puntuación individual refleje un rango dentro del grupo de norma. Toda prueba psicométrica ha de estar adaptada a la población de referencia del sujeto a evaluar; esto supone que ha de tener validez, fiabilidad y estar



tipificada (16).

Actualmente se disponen de una gran variedad de pruebas fidedignas, en términos psicométricos, y bien estandarizadas con las cuales poder efectuar una evaluación. Aun así estas conviven con otras que no satisfacen las mínimas normas aceptables.

Como cierre de este apartado hay que señalar una serie de principios que constituyen un fundamento importante para el uso de pruebas clínicas:

- a) Las pruebas son muestras de la conducta.
- b) Las pruebas no revelan de manera directa los rasgos o capacidades, pero pueden permitir que se hagan inferencias acerca de la persona evaluada.
- c) Toda prueba para pasar el rango de calidad, y por lo tanto para su uso clínico, ha de estar adaptada a la población en la que se va a usar.
- d) Se ha de buscar la validez ecológica, esto es, se han de usar pruebas que permitan una relación funcional y predictiva con la conducta cotidiana.
- e) Los rendimientos en una prueba pueden verse afectados de manera adversa por estados temporales de fatiga, ansiedad o estrés, etc. que conviene considerar.
- f) Los resultados deben interpretarse a la luz de los antecedentes culturales de la persona menor, su lengua materna y entorno comunitario.
- g) Los resultados de la prueba dependen de la cooperación y motivación del/a menor.
- h) Los resultados de las prueba son complementarios y deben siempre interpretarse en relación con otros datos conductuales y con la información global de su historia clínica actual.

2.3. Psicoterapias

La psicoterapia debido a la singularidad de los individuos y la complejidad de las cuestiones que aborda plantea problemas particulares para la PBE. El grado máximo de evidencia se identifica, como hemos señalado anteriormente, con los ensayos controlados y aleatorios (ECA), un requisito prácticamente inaccesible para las terapias psicológicas y en mayor medida para el campo infantil y



adolescente. Se piensa que hay límites irreductibles para que este desarrollo de la PBE se haga extensivo a la psicoterapia, límites que reflejen la imposibilidad de estandarizar cualquier tratamiento psicológico más allá de un nivel muy básico. Hay que considerar que la evidencia puede adoptar múltiples formas en un campo psicológicamente tan complejo como este. Quizás como señala Tantan (17) las psicoterapias no deberían juzgarse por criterios convencionales de evidencia sino por algunos otros más especiales. En cualquier caso, no cabe duda de que todo psicoterapeuta que se precie debe tener presente y considerar, de modo permanente, los criterios con los que está operando.

Este énfasis reciente de la evidencia sobre los resultados y la eficacia de los tratamientos no debe desviar la atención sobre la necesidad urgente de adoptar un enfoque evidencial que se interese por los componentes básicos de la formación y supervisión en las terapias psicológicas (14).

A pesar de las dificultades que acarrea su control y validación no obvia la necesidad de trabajar en esta dirección. Para facilitar el abordaje de esta problemática es útil tener en cuenta la división pragmática que de la psicoterapia se hizo en Inglaterra (1999) por la NHS Psychotherapy Services: a) Tipo A, la psicoterapia forma parte integral de un plan asistencial complejo multidisciplina; Tipo B, llevada a cabo de forma planificada por un/a único/a profesional basándose en varios modelos teóricos subyacentes; c) Tipo C, terapia que suministra un/a único/a profesional basándose en un único modelo específico.

Todo/a psicoterapeuta infantil debe poseer información de las implicaciones clínicas de la PBE que capacitará para reconocer sus fuerzas y debilidades dentro de las exigencias de la organización de los servicios. A pesar de las dificultades expresadas ningún/a psicoterapeuta, apostando por servicios públicos de calidad, puede, hoy día, ignorar la PBE.

Para la evaluación de las psicoterapias es interesante tener presente tres aspectos ampliamente considerados: a) La eficacia como capacidad de un tratamiento para producir cambios psicológicos en la dirección esperada y superiores a la no intervención; b) La efectividad que supone estudiar los tratamientos desde la perspectiva del funcionamiento general de la persona (el éxito social y la satisfacción del/la paciente); c) La eficiencia que hace referencia al estudio de la relación coste/beneficio de la intervención.



Encontrar la mejor evidencia, desarrollar teorías coherentes y comprensibles, trabajar con clínicos expertos y reconocer las necesidades de los pacientes permitirá componer un modelo que facilite el avance del conocimiento sobre los tratamientos psicológicos más eficaces (18)

3. Bibliografía

1. OMS. Mejora de la calidad de la salud mental, Ginebra, 2003.
2. Lorenzo S, (ed.). "Modelo Europeo de Excelencia". Número Monográfico. Revista Calidad Asistencial, 2000, 15, pp. 129-184.
3. Torres, A., y otros. "Gestión de calidad asistencial en Andalucía". Revista Calidad Asistencial, 2004, 19(3), pp. 105-12.
4. Plan de Calidad. Nuevas estrategias para la sanidad andaluza, Sevilla, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2000.
5. Caminando hacia la excelencia. II Plan de Calidad 2005-2008, Sevilla, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2005.
6. Sackett, D. et al. Evidence based medicine: What it is and what it isn't. British Medical Journal, 1996, 312, pp. 71-72.
7. Ledesma, R. y Copertari, P. Medicina basada en las evidencias. www.iambe.org.ar/
8. Marzo-Castillejo, M. y Alonso-Coello, P. "Clasificación de la calidad de la evidencia y fuerza de las recomendaciones. GRADE working group". Atención Primaria, 2006, 37(1), 1-11.
9. Lalucat, LL. et al. "Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia: consideraciones sobre su aplicación en población infantil y adolescente". Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente, 2005, 5, pp. 47-65.
10. Jiménez, JF. "Qué es una Guía de Práctica Clínica", 2007. www.psicoevidencias.com.
11. Field MJ, Lohr KN, editors. Guidelines for Clinical practice: From development to use, Washington D.C.: Committae on Clinical Practice Guidelines, Division of Health Care Services and Institute and Medicine, 1992.
12. The AGREE Collaboration. AGREE Instrument Spanish version, www.agreecollaboration.org
13. Fidel Kinori, G. "Qué y cómo de las Guías de Práctica Clínica en Salud Mental", Interpsiquis, 2008, 1, pp. 1-11.
14. Mace, C. y Moorey, S. "La evidencia en Psicoterapia: un delicado equilibrio". En Mace, C., Moorey, S. y Robers, B. Guía práctica de terapias psicológicas, 2005, Barcelona: Ariel.
15. Sturdee, P. "¿Evidencia, influencia o evaluación?: Realidades y valores en ciencia clínica". En Mace, C., Moorey, S. y Robers, B. Guía práctica de terapias psicológicas, 2005, Barcelona: Ariel.
16. Sattler, JM. Evaluación infantil, 1996, México: Manual Moderno.



17. Tantam, D. "Causas evidentes: la naturaleza de la razón en psicoterapia". En Mace, C. , Moorey, S. y Rober, B. Guía práctica de terapias psicológicas, 2005, Barcelona: Ariel.
18. Pascual Llobet, J. et al. "Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia". Papeles del Psicólogo, 2004, 87, pp. 1-7.



ANEXO VII: MATERIAL PSICOMÉTRICO Y DE EXPLORACIÓN

Se enumeran algunas de las pruebas psicométricas que deberían ser imprescindibles tener en los dispositivos de salud mental para realizar las evaluaciones de los menores que así lo requieran.

A.- INTELIGENCIA, FUNCIONES NEUROPSICOLÓGICAS

1- Escalas de Desarrollo:

- Brunet-Lezine
- Inventario de Desarrollo Battelle (BDI). J. Newborg y cols.
- Escalas BAYLEY de Desarrollo Infantil, BSDI. N. Bayley.
- Batería de Evaluación de Kaufman para Niños/as, K-ABC. A. S. Kaufman, N. L. Kaufman.

2- Tests de la 2ª Infancia:

- Escalas de Inteligencia de Weschler
 - WPPSI
 - WISC
 - WISC- R
 - WISC-IV
 - WAIS -IV
- Escala de Madurez Mental de Columbia (CMMS). Burgemeister, Blum, Lorge.
- Tests de Conceptos Básicos (BOEHM). A. E. Boehm
- Tests Factor "G". R.B. Cattell y A. K. S. Cattell
 - Escala 1: 4 – 8 años y adultos/as con deficiencia mental.
 - Escala 2: 8 – 14 años y adultos/as de nivel cultural medio.
 - Escala 3: A partir de 15 años y adultos/as de nivel cultural alto.

3- Funciones Neuropsicológicas:

- Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil, (CUMANÍN). Portellano, Mateos, Martínez Arias, Granados y Tapia.



- Diagnóstico Neuropsicológico Infantil, LURIA Inicial y DNI. Ramos y Manga.

4- Otros: Tests de Raven, Alexander, Terman-Merrill...

B.- ÁREA PSICOMOTRIZ

- Balance Psicomotor para la 1' Infancia de Pick y Vayer.
- Balance Psicomotor para la 2' Infancia de Pierre Vayer.
- Tests Motores Ozerestki

C.- ÁREA DE LENGUAJE

- Evaluación de la Discriminación Auditiva y Fonológica, (EDAF). Brancal, Alcantud, Ferrer y Quiroga.
- Tests Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas (ITPA). Kirk, McCarthy y Kirk.
- Prueba de Lenguaje Oral Navarra, Revisada, PLON-R. Aguinaga, Armentia, Fraile, Olangua y Uriz.
- Batería de Lenguaje Objetivo y Criterial, BLOC. Puyuelo, Wiig, Renom y Solanas.
- Evaluación de la Afasia y Trastornos Relacionados de Boston. Goodglass y Kaplan.
- Test de Vocabulario en Imágenes, PEABODY, de LI. M. Dunn, L.M. Dunn y D. Arribas
- MACARTHUR, Inventario de Desarrollo Comunicativo, de S. López Ornat, C. Gallego, P. Gallo, A. Karousou, S. Mariscal y M. Martínez.

D.- ÁREA PERCEPTIVA

- Reversal Test.
- Prueba Gráfica de Organización Perceptiva para niños y niñas de 4 a 6 años.
- Test Gestático Visomotor de L. Bender.
- Test de Dominancia Lateral de A. J. Harris



- Test de Percepción Visual (M. Frostig).

E.- ÁREA DE LA LECTOESCRITURA:

- Test de Análisis de la Lectura y la Escritura (TALE) J. Toro.
- Inventario de Hábitos de Estudio, IHE. Fernández Pozar.

F.- ÁREA DEL CÁLCULO:

- Test para el diagnóstico de las competencias básicas en matemáticas TEDI-MATH. C. Van Nieuwenhoven, M. – P. Noel y J. Grégoire.
- Test de Competencia Aritmética Básica. TEMA-3. Ginsburg y Baroody.

G.- SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA:

1- Escalas de Achenbach:

- Child Behavior Chek-list , CBCL (1 ½- 5 años) y (6 a 18 años). Informan padres y madres
- Youth Self Report, YSR (11 a 18 años). Autoinforme
- Teacher´s Report Form, TRF (1 ½- 5 años) y (6 a 18 años). Informan maestros/as y/o cuidadores/as.

2- Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes, MMPI-A. J. N. Butcher y cols.

3- Inventario Clínico de Millon para Adolescentes, MACI. Th. Millon.

4- Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria, EDI-2. D.M. Garner



5- Evaluación Ansiedad/Depresión:

- Entrevista para el Diagnóstico de los Trastornos de ansiedad en Niños y Niñas, ADIS-IV,C/P. Bonifacio Sandín.
- Cuestionario de Personalidad de Eysenck ,EPQ – J.
- Escalas de Ansiedad (STAIC, CAS, CASI)
- Test de evaluación de la Ira, STAXI-NA
- Inventario de Depresión de Beck , BDI
- Inventario de Depresión para Niños y Niñas, CDI

6- Evaluación del Déficit de Atención e Hiperactividad:

- Evaluación del Déficit de Atención con Hiperactividad, EDAH.
- Test de Atención, D2. Edad: desde 8 años.
- Tarea de atención Sostenida en la Infancia, CSAT. Edad: 6-11 años.
- Test de Emparejamiento de figuras conocidas, MFF-20. Edad: 6-12 años.
- Test de colores y palabras, STROOP.

7- Evaluación de los Trastornos Generalizados del Desarrollo:

- Entrevista para el Diagnóstico del Autismo-Revisada, ADIR-R, de M. Rutter, A. Le Couteur y C. Lord.
- Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo, ADOS, de C. Lord, M. Rutter, P.C. DiLavore y S. Risi.
- Cuestionario de Comunicación Social, SCQ, de M. Rutter, A. Bailey y C. Lord.
- Escala de Evaluación de Autistas de Gilliam, GARS. J. E. William
- Escala Australiana para la evaluación del trastorno ASPERGER, OASIS. Attwood.
- Inventario de síntomas para el diagnóstico de Asperger (**HUVA**). López Soler.

8- Evaluación de las reacciones postraumáticas en Infancia y Adolescencia

- Escala Pediátrica de Estrés Emocional, PEDS (Saylor et al., 1999).
- The Child PTSD Sympton Scale, SPSS (Foa et al., 2001).
- Children´s Impact of Traumatic Events Scale, CITES-R (Wolfe et al., 1991).



- Impact of Event Scale, IES (Horowitz, Wilner y Alvarez, 1979).
- Escala abreviada de cribado del TPET derivada de la SCARED, SCARED-R (Muris et al., 2000 modificado).

H.- AREA DE CONDUCTA Y PERSONALIDAD.

1. **Cuestionario de Autocontrol para Infancia y Adolescencia, CACIA.** Capafóns y Silva.
2. **Cuestionario de Conducta Antisocial y Delictiva, AD.** N. Seisdedos.
3. **Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI).**
4. **Escala de Socialización Parental en la Adolescencia, ESPA29.** G. Musitu y F. García.
5. **Escalas de Afrontamiento para Adolescentes, ACS.** E. Frydenberg y R. Lewis.
6. **Cuestionario de Personalidad para Niños/as Eysenck (EPQ – J).** H.J. Eysenck y S.B.G. Eysenck.
7. **Cuestionarios de personalidad de Cattell.**
8. **Técnicas Proyectivas:**
 - Test de la Figura Humana de K. Machover.
 - Test de la Familia de L. Corman.
 - Test de Pata Negra de L. Corman.
 - Test de Apercepción Temática de Murray (TAT)
 - TAT – E (escolar).
 - CAT-H: Figuras Humanas.
 - CAT-A: Animales
 - CAT-S: Animales y Humanas.



9. Relaciones con iguales:

- Evaluación de la Convivencia Escolar, CONVES (2º Primaria a 2º Bachillerato)
- Acoso y Violencia Escolar, AVE (2º Primaria a 2º Bachillerato)



ANEXO VIII: MATERIAL AULA LÚDICA

1. Juegos y juguetes en la clínica infantil

El juego es una actividad que desarrollan no sólo los seres humanos, sino también muchos animales en otros niveles de la escala zoológica. Tampoco es exclusivo de la infancia, sino que se juega a cualquier edad.

Sin embargo, si hay una etapa en la que el juego es la actividad sobre la que pivota la vida, esta es la infancia. Niños y niñas necesitan jugar como necesitan comer o respirar. Un niño que no juega es un niño posiblemente enfermo, al igual que una niña.

En el juego el niño o la niña ponen a prueba y desarrolla sus capacidades físicas, intelectuales y emocionales. El juego de un niño o de una niña nos da idea de estado de desarrollo, de su capacidad para crear, de su nivel de socialización y también de sus fantasías y sus conflictos.

El juego cumple diversas funciones en la vida infantil. Refiriéndonos al ámbito de lo psíquico, el juego es para un niño o una niña un puente entre la fantasía y la realidad. Es una forma de expresión simbólica tan potente como la palabra, con la que se acompaña, por cierto, con frecuencia, la acción de jugar, incluso cuando el juego es solitario.

El juego da a la infancia la oportunidad de disponer de un mundo a escala y manejable. Los juguetes, especialmente aquellos que representan personajes y objetos de la vida cotidiana, le permiten desplegar su imaginación, proyectar sus afectos y sus conflictos, identificarse con personajes y roles, etc. La actividad lúdica en su conjunto es una inagotable fuente de satisfacciones, de catarsis y de aprendizaje.

Por eso, no puede imaginarse una clínica infantil en la que no se juegue o no haya juguetes. Juegos y juguetes deben constituir uno de los útiles fundamentales tanto en la exploración como en actividades terapéuticas en la clínica de Salud Mental Infanto-Juvenil.



2. El juego en el diagnóstico y en el tratamiento

Hay pocas cosas que nos den más información sobre el estatus y la salud mental de un niño o una niña que observarlo/a mientras juega. La forma en que juega, la elección de juguetes, el tipo de juego y las escenas y secuencias que organiza son sin duda un buen reflejo de su mundo interior y de su vida relacional. Evidentemente, el juego, como el dibujo, debe ser analizado a la luz de otras informaciones que tenemos del/la menor.

Existen juegos que son más propios de determinadas edades o etapas del desarrollo. Por ejemplo, se da un cierto gradiente entre el juego funcional, el juego simbólico y el juego de reglas. Estos tipos de juego van apareciendo a distintas edades, aunque con carácter acumulativo. Sabemos, por ejemplo, la gran dificultad o simplemente la imposibilidad de los niños y niñas autistas para desarrollar un juego simbólico o la resistencia de niños o niñas con determinados tipos de trastornos emocionales a aceptar los juegos de reglas. Por eso que el niño o la niña deseen y pueda jugar así como el tipo de juego que desarrolle es ya un indicador de su estado de desarrollo.

En la observación del juego de los niños podemos utilizar diversos encuadres y centrar el foco en diferentes aspectos de la conducta. Una fórmula frecuentemente utilizada es la llamada “hora de juego”.

3. La hora de juego diagnóstica

Algunos/as autores/as han descrito con precisión un marco concreto de utilización de juego y juguetes en el proceso diagnóstico, la llamada “hora de juego diagnóstica”. Consiste en observar el juego de un niño o una niña en un espacio acondicionado para ello y con un cajón de juguetes de contenido concreto: muñecos articulados y de distintos tamaños, familia de animales salvajes, familia de animales domésticos, cochecillos, aviones y otros vehículos, pistolillas de agua, algunos elementos de vajilla (platos y tazas, cucharillas...), algunos trapos, una o dos pelotas de gomaespuma o material similar.

Estos juguetes se complementan con lápices, goma y plastilina. No hay por qué considerar estrictamente este listado de juguetes y además conviene actualizarlos, aunque siempre manteniendo



algunos criterios: Que sean resistentes, que no sean mecánicos, que permitan la actividad del niño y representen los objetos y personajes de su vida cotidiana o del imaginario más común en su entorno, como es el caso de los animales salvajes. Es también importante que no haya demasiados y deben estar en un cajón a donde el niño o la niña debe volver a ponerlos cuando termine de jugar.

El espacio para esta hora de juego no tiene por qué ser muy grande, pero sí debe reunir unas mínimas condiciones de seguridad y comodidad. Aunque esto es más complicado, sería bueno contar con un pequeño lavabo o pileta.

Se dan al/la niño/a unas instrucciones claras y breves encaminadas a definir aspectos del encuadre: tiempo limitado para jugar, puede utilizar todo, pero luego debe recolocarlos, etc.

El/la terapeuta va observando su comportamiento, interviniendo lo menos posible en el juego. Se observará su actitud ante el cajón de juegos: sus dificultades para jugar, su inhibición, su forma de organizar el juego y utilizar los juguetes: temeroso y tímido, impetuoso y brusco, bien organizado... Observará la riqueza de su actividad, tanto psicomotriz como imaginativa y simbólica. Observará el tipo de escenas y secuencias, los personajes elegidos, aquellos con los que se identifica, la temática que desarrolla, las emociones que expresa, etc. etc.

Al finalizar, se observa la forma en que el niño o la niña corta con el juego, como acepta la frustración de terminar, de no quedarse con ningún juguete, de tener que recoger y ordenar...

En definitiva, se trata de entender que el juego para un/a niño/a es una forma primordial de expresión y comunicación y, por tanto, una fuente esencial para el conocimiento de su funcionamiento mental.

4. El juego como instrumento terapéutico

El principio es el mismo que para el diagnóstico: Se trata de entender el juego del niño o la niña como una actividad en la que reproduce aspectos de su vida mental y relacional: afectos, conflictos, temores, tendencias identificatorias...



En la práctica psicoterapéutica, el juego lógicamente tiene una continuidad, por eso cada niño/a o cada grupo, si la psicoterapia es grupal, debe tener su propio cajón de juegos y debe mantenerse durante un tiempo, quizá todo el que dure el proceso, sin hacer importantes cambios o reposiciones con el fin de que los niños y las niñas tengan una relación en continuidad con los objetos del cajón.

La continuidad de los juguetes permitirá, por ejemplo, a un niño o niña desarrollar sentimientos y actitudes de reparación con un objeto que previamente ha roto o dañado y, a su vez, esto permitirá al terapeuta poner algunas palabras o gestos que ayuden lo/la ayuden a comprender y reorganizar poco a poco sus afectos y su conducta.

En el juego, por ejemplo, los niños y las niñas se excitan, se ponen “nerviosos/as” o presenten conductas agresivas. Pero, así mismo, el juego permite un cierto control, una cierta negociación consigo mismo/a o con otros niños. Porque, al tratarse de una actividad lúdica, en gran medida simbólica, los impulsos no son tan amenazantes. Esto permite que una breve y oportuna intervención del/la terapeuta ayude al niño o la niña a metabolizar conflictos aprovechando ese espacio al que Winnicott llamaba transicional. Para este autor, el juego no es una realidad psíquica interna: Se encuentra fuera de la persona. Pero tampoco es exactamente el mundo exterior. El niño o la niña reúnen objetos o fenómenos de la realidad exterior y los usa al servicio de la realidad interna o personal y a la inversa. Es en este espacio entre lo interno y lo externo, entre la conducta y el pensamiento, entre el gesto y los afectos, donde el/la terapeuta interviene, formando él o ella también parte del escenario, para colaborar con el/la niño/a en sus ensayos para comprender el mundo y resolver sus conflictos, una de las funciones esenciales del juego.

PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

PROGRAMA DE SALUD MENTAL
DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA



Plan Integral
de Salud Mental
de Andalucía



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD