libro blanco de la psiquiatría del niño y el adolescente

Fundación Alicia Koplowitz

Cátedra de Psiquiatría Infantil
Fundación Alicia Koplowitz - UCM

libro blanco de la psiquiatría del niño y el adolescente

libro blanco de la psiquiatría del niño y el adolescente

Fundación Alicia Koplowitz

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

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

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

Libro Blanco de la Psiquiatría del niño y del adolescente

PUBLICA:
© Fundación Alicia Koplowitz, 2014.

www.fundacionaliciakoplowitz.org

ISBN: 978-84-695-9753-8
Depósito Legal: M-5627-2014

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

Índice

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

Relación del sector profesional con colectivos de pacientes y familiares y otros agentes 82

17. **Recomendaciones y áreas de mejora para el futuro de la psiquiatría del niño y el adolescente** 85
1. Constitución y acreditación de la especialidad en Psiquiatría del Niño y el Adolescente 86
2. Dotación de estructuras y recursos a las Redes autonómicas de Psiquiatría del Niño y el Adolescente 88
3. Fomento de la prevención y promoción de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente 90
4. Coordinación entre los colectivos implicados en la Psiquiatría del Niño y el Adolescente 90
5. Homogenización y de nición de funciones de los per les profesionales implicados en la Psiquiatría del Niño y el Adolescente 92
6. Mejora de los sistemas de información y el registro de datos de los pacientes 92
7. Organización y optimización de los recursos locales 93
8. Desarrollo y mejora de la forma de trabajo propia en las Comunidades Autónomas 94
9. Desarrollo de guías clínicas y terapéuticas basadas en la evidencia cientí ca y su implantación en la práctica clínica 95
10. Implantación de programas de transición al colectivo de adultos 95
11. Fomento del desarrollo de actividades formativas a todos los niveles 96
12. Impulso de las actividades de Investigación, Desarrollo e Innovación 97

Principales recomendaciones y áreas de mejora identi cadas por el colectivo profesional 97

ANEXO I.
Guión-cuestionario utilizado como base para la recopilación de la información cualitativa y cuantitativa 101

ANEXO II.
Datos generales de población y salud de la población joven en España 105

ANEXO III.
Principales grupos de patologías infanto-juveniles de nidas en el DSM-IV-TR 119

ANEXO IV.
Mejores prácticas a nivel internacional en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente 129
Reino Unido 129
Canadá 130

ANEXO V.
Principales iniciativas de formación en Psiquiatría del Niño y el Adolescente 135

ANEXO VI.
Políticas y principales agentes de I+D+i a nivel estatal 139
Políticas y estrategias de I+D+i 139
Estructuración de la I+D+i a nivel estatal 142

ANEXO VII.
Agentes y principales colectivos profesionales y personales relacionados con la Psiquiatría del Niño y el Adolescente 145

ANEXO VIII.
Información especí ca de las Comunidades Autónomas 151
Situación de la PNA en Andalucía 152
Situación de la PNA en Aragón 165
Situación de la PNA en Asturias 174
Situación de la PNA en Cantabria 180
Situación de la PNA en Castilla y León 188
Situación de la PNA en Castilla-La Mancha 199
Situación de la PNA en Cataluña 208
Situación de la PNA en la Comunidad de Madrid 217
Situación de la PNA en la Comunidad Valenciana 229
Situación de la PNA en el País Vasco 234
Situación de la PNA en Extremadura 245
Situación de la PNA en Galicia 255
Situación de la PNA en las Islas Baleares 262
Situación de la PNA en Canarias 270
Situación de la PNA en La Rioja 279
Situación de la PNA en la Región de Murcia 287
Situación de la PNA en Navarra 293

ANEXO IX. Principal bibliografía 303

1 Introducción

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

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

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

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

CELSO ARANGO
Director de la Cátedra Fundación Alicia Koplowitz-UCM
de Psiquiatría del Niño y del Adolescente

2 Presentación

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

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

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

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

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

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

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

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

- Inicialmente se ha descrito la metodología de trabajo utilizada para su elaboración, así como los principales agentes y profesionales implicados en su desarrollo.
- Posteriormente, se ha realizado una contextualización del campo de conocimiento, concretado en la definición de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, la presentación de diversos datos demográficos y de salud a nivel infantil y juvenil, la definición de las principales patologías que abarca, y por último la identificación de otras experiencias y mejores prácticas internacionales.
- Se ha realizado un estudio de los condicionantes legislativos que mayor implicación tienen en el desarrollo de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en España. Para ello, se han considerado tanto las recomendaciones internacionales relacionadas como la propia normativa y legislación a nivel estatal.
- A nivel asistencial, se ha realizado una profunda descripción de la organización de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en España. Esta descripción ha abarcado tanto la implantación de estrategias e iniciativas autonómicas y estatales como la propia organización de los dispositivos asistenciales presentes en cada Comunidad Autónoma.
- Una vez identificada la organización asistencial, se han cuantificado los recursos disponibles en cada una de las Comunidades Autónomas, tanto a nivel de recursos humanos como de recursos materiales (unidades ambulatorias, hospitales de día, unidades de hospitalización y otros centros relacionados con la Psiquiatría del Niño y el Adolescente). Por otra parte, se ha cuantificado la actividad desarrollada en cada una de las Comunidades Autónomas.
- Tras la descripción del ámbito asistencial, se ha realizado un análisis de la situación actual de la formación específica ofrecida en el campo de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente a todos los niveles: formación de grado, formación de postgrado, formación sanitaria especializada y formación continuada.
- De igual forma, se ha analizado la situación de la investigación desarrollada a nivel estatal en este campo de conocimiento, así como el grado de desarrollo particular en cada una de las Comunidades Autónomas.
- Se ha realizado una descripción de los principales agentes relacionados con el ámbito social de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, área en la que se detecta un elevado grado de atomización. Entre los agentes se encuentran asociaciones profesionales, sociedades científicas, agrupaciones de afectados y familiares, entidades de apoyo al campo de conocimiento, etc.
- Finalmente, se han recogido los principales retos a afrontar por el colectivo de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente para los próximos años, de forma que puedan servir de base para la definición de las principales líneas de trabajo de futuro de este campo de conocimiento.

3 Glosario de acrónimos

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

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

4 Metodología de trabajo para la elaboración del libro blanco

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

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

Nivel 1 Constitución del Comité Asesor del libro blanco

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

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

- Dr. Celso Arango López, Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid, CIBERSAM, Cátedra de Psiquiatría Infantil Fundación Alicia Koplowitz-UCM (coordinador del Comité Asesor).
- Dra. Jose na Castro Fornieles, Directora del Instituto Clínic de Neurociencias. Hospital Clínic de Barcelona. CIBERSAM.
- Dr. Carlos Imaz Roncero, LE Psiquiatría, Sección Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Profesor asociado Universidad de Valladolid.
- Dra. Aránzazu Fernández-Rivas, Hospital Universitario de Basurto.
- Dr. Tomás J. Cantó, Hospital General Universitario de Alicante.
- Dra. Mª Dolores Domínguez Sánchez, Profesora Titular de Psiquiatría. Unidad de Saúde Mental da Infancia e da Adolescencia (CHUS).
- Dr. Javier Royo Moya, Psiquiatra Infanto-Juvenil. Centro de Salud Mental Infanto-juvenil Sarriguren de Pamplona. Servicio Navarro de Salud.
- Dr. Francisco Díaz-Atienza, Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil de Granada.
- Dr. Mariano Velilla, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.

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

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

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

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

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

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

Finalmente, en un tercer nivel de participación, se ha contado con la colaboración de numerosos profesionales de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, a través de la realización de una encuesta donde han podido ofrecer datos cuantitativos y cualitativos de sus respectivos campos de actividad.

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

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

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

5 Delimitación del campo de conocimiento

Salud mental

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

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

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

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

Los problemas de salud mental tienen un peso signi cativo en la morbilidad y la mortalidad en los jóvenes en todo el mundo. Así, el suicidio es la tercera causa de muerte en los jóvenes, y los trastornos neuropsiquiátricos, incluyendo especí camente la depresión, la esquizofrenia y el abuso del alcohol, son la principal causa de discapacidad en los jóvenes de todas las regiones a nivel internacional.

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

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

Principales datos de la salud mental y los trastornos mentales

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

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

Situación actual de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente

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

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

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

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

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

Breve historia de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente

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

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

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

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

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

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

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

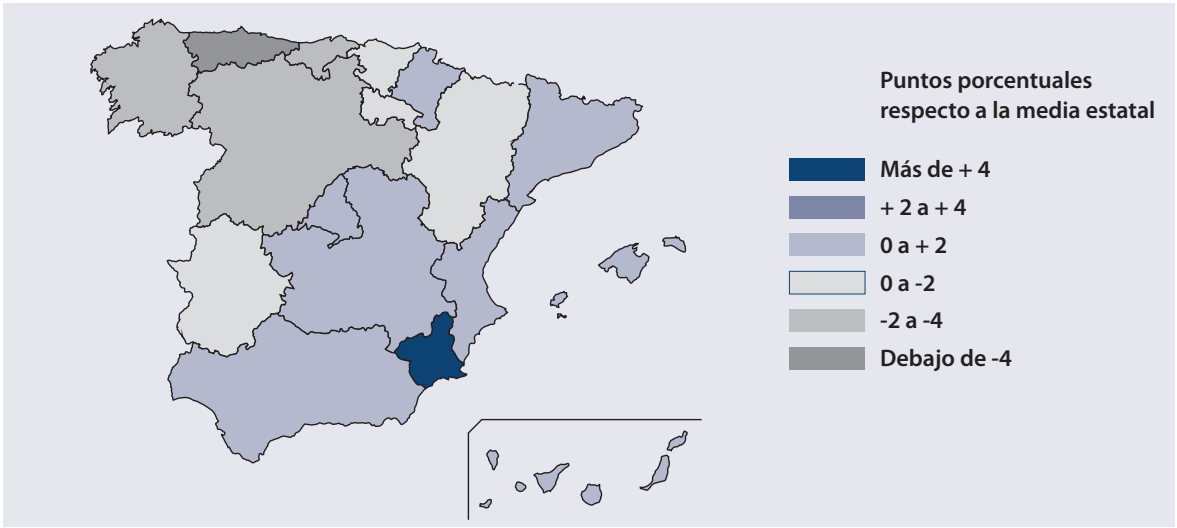
Datos generales de población

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

En el año 2012, España contaba con una población total de 46.196.278 personas, de las que 8.309.801 eran menores de edad (con edades comprendidas entre los 0 y los 17 años), lo que supone un 18,0% del total de la población. De este porcentaje, hasta un 20% podría beneficiarse a lo largo de su infancia de atención en salud mental (podría ser a través de pediatra o médico de familia en casos no graves).

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

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

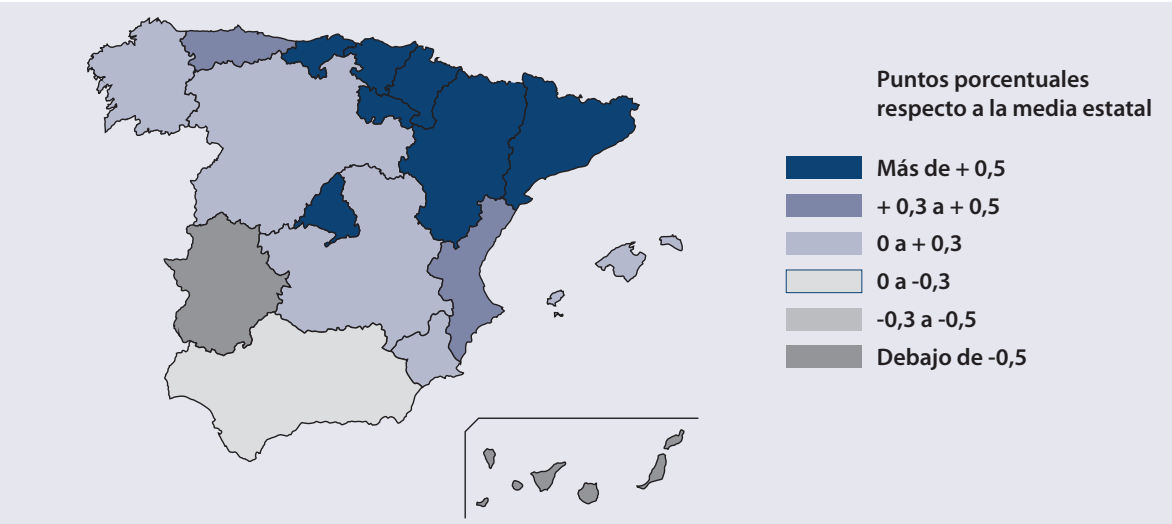


Fuente:INE 2013 (datos 2012). Estimaciones de la población actual de España calculadas a partir del censo de 2001. Datos de 1 de enero de 2012.

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

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

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



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

Datos de salud

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

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

Morbilidad hospitalaria – Altas hospitalarias

Los trastornos mentales generan un número reducido de altas hospitalarias a nivel estatal entre la población infantil y joven (de 0 a 24 años), en relación a otros grupos de patologías. Con un total acumulado de 13.170 altas hospitalarias durante el año 2012, se encuentran en duodécima posición al analizar los grupos de patologías (clasificación OMS).

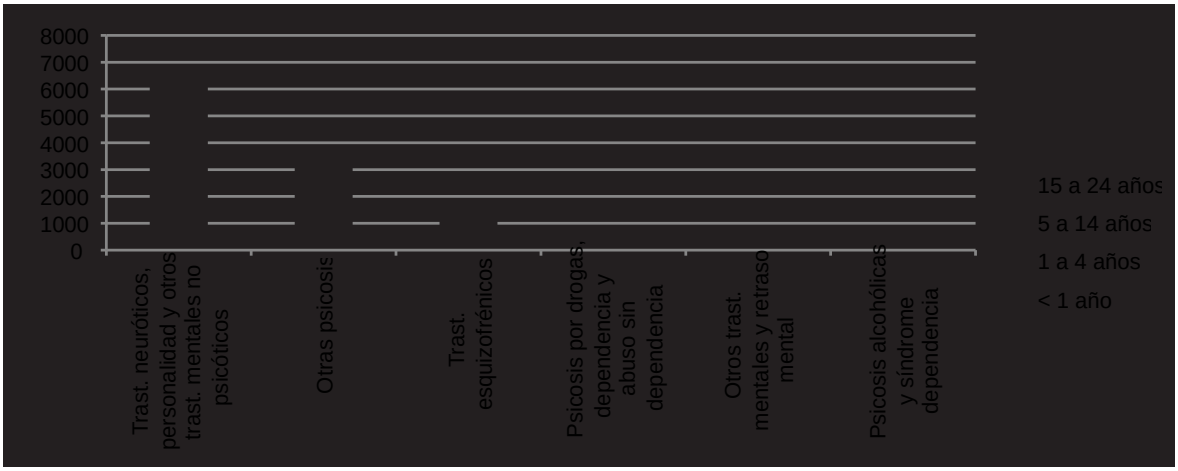
El mayor número de altas hospitalarias corresponden al grupo de edad comprendido entre los 15 y los 24 años, con 10.479 altas.

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

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

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

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



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

Morbilidad hospitalaria – Estancias causadas

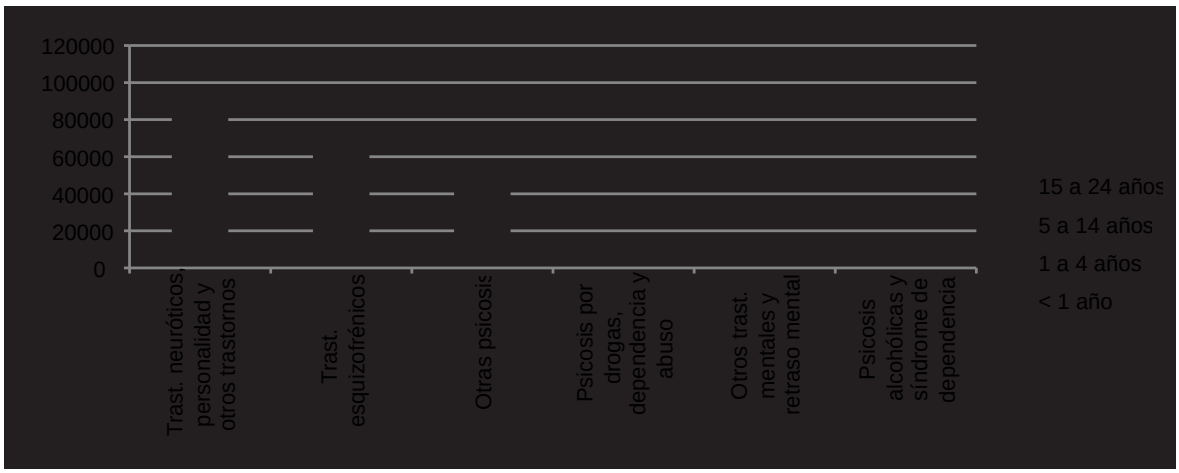
Aunque los trastornos mentales en la pobla ción infantil y adolescente no generan una eleva da morbilidad en términos de altas hospitalarias, es importante analizar la carga que supone para el Sistema Nacional de Salud el tratamiento e ingreso hospitalario de pacientes que presentan algunas de estas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

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

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

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

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



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

Morbilidad hospitalaria – Estancias medias

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

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

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

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

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

Morbilidad hospitalaria – Tasa de morbilidad hospitalaria

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

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

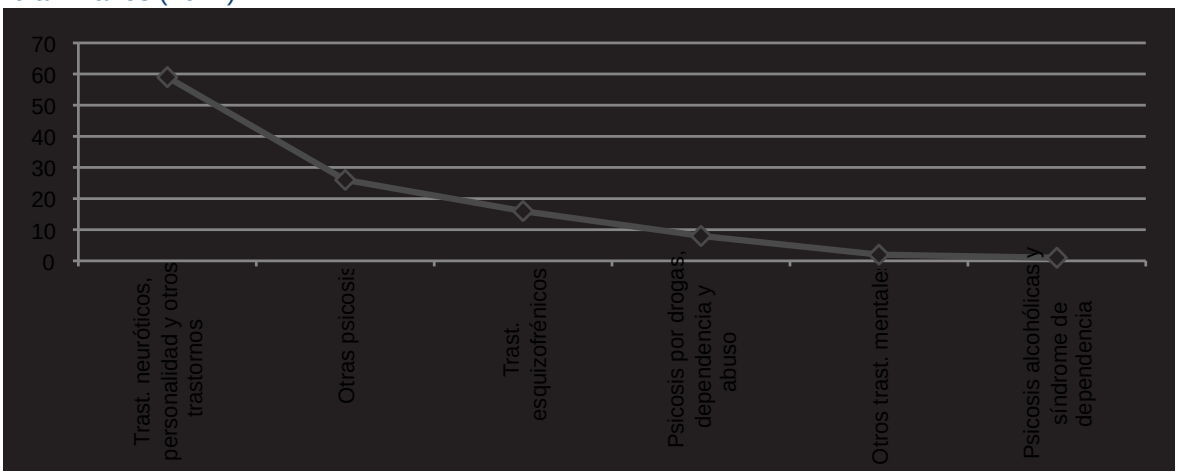
No obstante, si se analiza la tasa de morbilidad hospitalaria exclusivamente en el grupo de edad de 15 a 24 años, los trastornos mentales incrementan su peso, ubicándose en séptima posición respecto al resto de grupos de patologías analizados (225/100.000 hab.).

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

tasa de morbilidad hospitalaria de los trastornos mentales corresponde a los trastornos neuróticos, de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos (excepto por drogas y alcohol), que presentan una tasa de morbilidad hospitalaria de 59/100.000 habitantes, seguido de otras psicosis y los trastornos esquizofrénicos, con unas tasas de 26 y 16 por cada 100.000 habitantes.

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

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



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

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

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

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

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

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

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

Clasificación DSM-5

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

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

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

- La necesidad de recopilar datos estadísticos de la población, para incorporarlos al censo de los Estados Unidos en 1940.
- La colaboración entre la Asociación Estadounidense de Psiquiatría y la Academia de Medicina de Nueva York para la definición de unos términos comunes en el campo de la salud mental.
- La necesidad de identificar una nueva tipología de pacientes tras la finalización de la II Guerra Mundial.
- La inclusión en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de un apartado sobre patologías mentales.

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

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

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

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

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

Clasificación CIE-10

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

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

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

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

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

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

En este contexto, a nivel europeo, la Directiva 2005/36/CE reconoce la Psiquiatría del Niño y el Adolescente como especialidad médica con una duración mínima de formación sanitaria especializada de cuatro años.

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

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

Listado de países con especialidad PNA reconocida por la CE

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

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

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

En cuanto a estructura y organización de la formación:

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

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

En cuanto a la calidad y contenido de la formación

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

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

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

En cuanto a las condiciones de trabajo y la contratación

En general, se sigue la European Working Time Directive (EWTD), actualmente de 48 horas de trabajo por semana. Los salarios medios se corresponden a los percibidos por los profesionales de psiquiatría de adultos, no existiendo diferencias signi cativas.

Recomendaciones internacionales

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

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

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

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

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

a. Reorganización de los servicios y ampliación de la cobertura.
b. Atención integrada y adaptable.
c. Salud mental en las emergencias humanitarias (con ictos y otras catástrofes).
d. Desarrollo de los recursos humanos.
e. Corrección de las disparidades.

3. Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental y en especial en la prevención del suicidio.
4. Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.

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

- Intervenciones de salud mental dirigidas a las madres para mejorar el desarrollo de los niños.
- Intervenciones para prevenir el maltrato infantil y para la atención de los niños con discapacidad intelectual.
- Rehabilitación en la comunidad.
- Capacitación de los padres para la asistencia de los trastornos emocionales y conductuales en los niños.
- Enseñanza de aptitudes paternas para la asistencia de los niños con discapacidad intelectual y trastornos generalizados del desarrollo.
- Intervenciones farmacológicas y de otro tipo para el tratamiento de los niños con trastornos de déficit de atención con discapacidad.
- Intervenciones farmacológicas para los niños con trastorno de conducta perturbadora, trastorno de la conducta o trastorno negativista desafiante, y en los trastornos somatomorfos de niños y adolescentes.
- Antidepresivos en niños de 6 a 12 años y en adolescentes que sufren un episodio depresivo o depresión moderada o grave.
- Intervenciones farmacológicas contra los trastornos por ansiedad de niños y adolescentes.
- Técnicas de modificación de la conducta para promover la salud mental.

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

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

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

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

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

promoción de la salud mental en la infancia y la adolescencia

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

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

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

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

Legislación y normativa más relevante de ámbito internacional

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

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

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

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

Legislación y normativa de ámbito estatal

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

práctica sus recomendaciones, en especial las siguientes:

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

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

10 Situación estatal de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente

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

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

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

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

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

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud surge en 2004 como respuesta del Ministerio de Sanidad y Política Social para dar cumplimiento al objetivo estratégico de mejorar la atención a la salud mental en España.

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

Esta nueva Estrategia en Salud Mental incluye:

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

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

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

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

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

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

Línea Estratégica 2: Atención a los trastornos mentales

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

Línea Estratégica 3: Coordinación intrainstitucional e interinstitucional

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

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

Línea Estratégica 4: Formación de personal sanitario

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

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

Plan Estratégico de Infancia y Adolescencia 2013-2016

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Estrategias implantadas en las Comunidades Autónomas

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

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

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

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

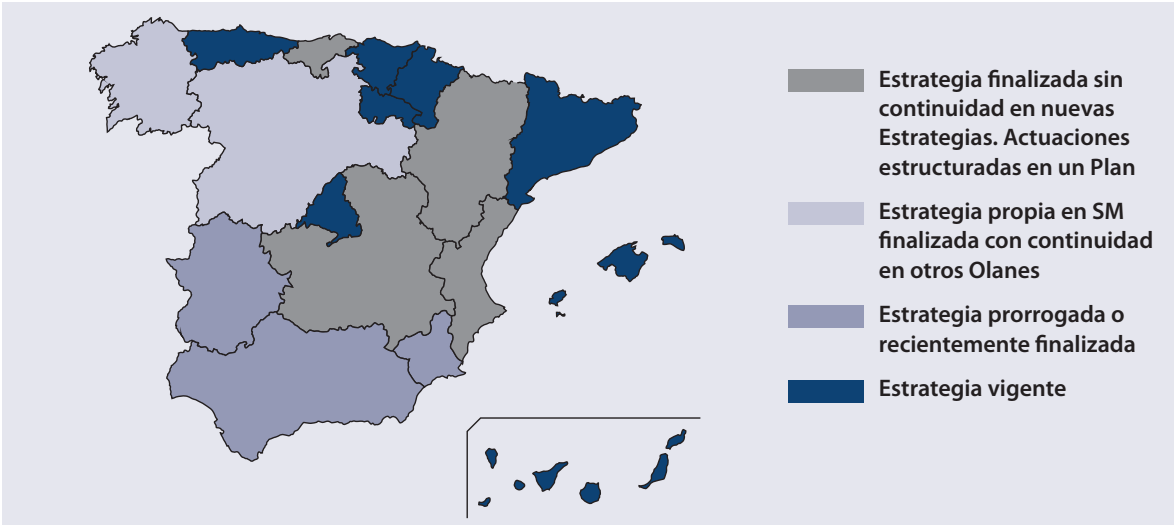
Desarrollo de políticas de las CCAA en el ámbito de la PNA

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

Elaboración propia.

A modo ilustrativo se recoge una gura que posiciona a cada Comunidad Autónoma en base al grado de desarrollo e implantación de estrategias en el campo de la Psiquiatría del Niño y el Adoles cente. Se ha realizado una clasi cación estructurada en cuatro apartados: estrategias nalizadas y sin continuidad actualmente, estrategias integradas en los planes de salud a nivel autonómico-, es trategias recientemente nalizadas o actualmente prorrogadas y estrategias implantadas y vigentes.

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



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

11 Organización asistencial de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente

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

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

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

Para poder ofrecer una visión general de la situación de la organización asistencial de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente a nivel estatal se desarrolla a continuación la disponibilidad de recursos, el posicionamiento en los servicios de salud, los procesos asistenciales implantados y el abordaje de las patologías respecto a la existencia de programas especí cos, identi cando las similitudes entre los modelos existentes en las Comunidades Autónomas y poniendo de mani esto los aspectos singulares y diferenciales existentes en algunas de ellas.

Posicionamiento en los servicios de salud y disponibilidad de recursos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Comunidades Autónomas con asistencia en el ámbito de niños y adolescentes hasta los 18 años: Andalucía, Aragón, Islas Baleares, Islas Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, el País Vasco, Extremadura, La Rioja y Comunidad de Madrid.
- Comunidades Autónomas con asistencia en el ámbito de niños y adolescentes hasta los 16 años Asturias, Galicia, Región de Murcia y Navarra.
- Comunidades Autónomas con asistencia en el ámbito de niños y adolescentes hasta los 14 años:Comunidad Valenciana.

Proceso de admisión, tratamiento y derivación de pacientes

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

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

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

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

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

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

Situación particular de la Ciudad Autónoma de Melilla

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

Principales protocolos y programas diferenciados

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

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

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

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

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

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

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

uno de los aspectos analizados. Para una descripción más pormenorizada y exhaustiva de la organización asistencial en cada una de ellas, se pueden consultar los anexos al presente libro blanco.

Organización asistencial de las CCAA en el ámbito de la PNA

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

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

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

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

12 Recursos disponibles

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

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

En este análisis se han considerado:

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

Recursos materiales disponibles

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

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

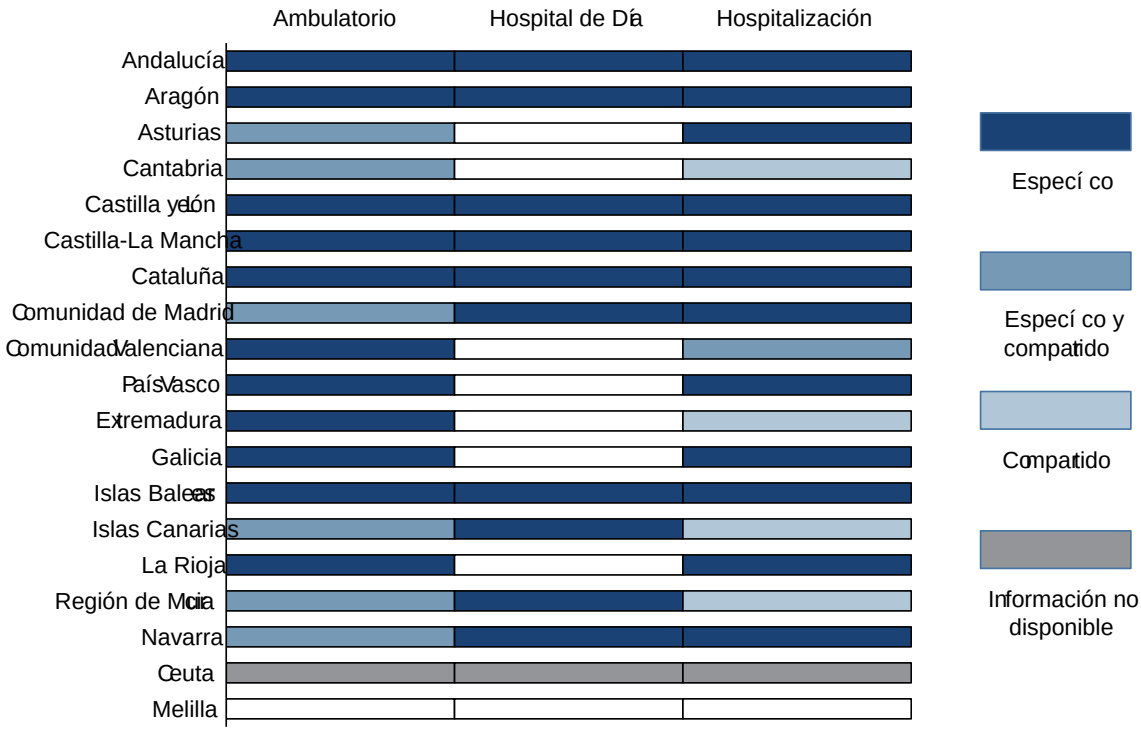
Los recursos indicados como "específicos" son aquellos puestos en marcha en la Comunidad Autónoma propios del colectivo de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Hacen referencia a instalaciones y personal propio, con funcionamiento independiente del colectivo de psiquiatría de adultos.

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

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

Numerosas Comunidades Autónomas no disponen de Unidad propias, por lo que el ingreso de pacientes debe realizarse, de forma general, o bien en el Servicio de Pediatría o bien en el de Psiquiatría de adultos (dependiendo de la edad del paciente).

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



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

Por otra parte, es interesante conocer el grado de cobertura que tiene cada una de estas tipologías de recursos materiales en las Comunidades Autónomas. Para ello, se ha cuantificado el volumen de dispositivos y su ratio por 100.000 habitantes de referencia a los que ofrece cobertura, es decir, el cálculo ha sido realizado sobre la población objetivo; en algunos casos es sobre habitantes hasta los 16 años, y en otros, hasta los 18 años, según la legislación particular en cada Autonomía.

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

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

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

* Se recogen tanto los recursos especí cos como los compartidos.

** Se incluye la dedicación parcial especí ca de recursos compartidos.

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

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

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

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

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

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

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

Recursos humanos disponibles

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

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

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

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

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

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

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

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

Información aportada por los responsables de salud mental de las Comunidades Autónomas.
* Los valores decimales se obtienen por las jornadas a tiempo parcial de los profesionales.
** Total respecto a la información disponible.

Únicamente se ha incluido en el análisis de los recursos humanos el volumen y los ratios para-psiquiatras y psicólogos. En numerosas ocasiones el resto del personal no tiene una dedicación plena a la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, ya que también realizan funciones con el colectivo de adultos (en el caso del personal de enfermería o auxiliares, por ejemplo), o pertenecen a otros Departamentos (como puede ser el caso de los pedagogos).

Cabe destacar que, actualmente, en la gran mayoría de Comunidades Autónomas no se han de nido puestos especí cos de psiquiatras de niños y adolescentes. Por tanto, estos puestos se pueden de nir funcionalmente, aunque pueden ser ocupados sin exigirse per les especí cos.

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

El análisis de los recursos humanos desglosa do por Comunidad Autónoma y per l profesional (psiquiatra o psicólogo clínico) permite observar que aunque de forma general los equipos se con forman con un mayor número de psicólogos que de psiquiatras (444,8 frente a 359,65), algunas Co munidades Autónomas no mantienen esta distri bución. Tal es el caso de Andalucía, Castilla y León, Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana, País Vasco y la Región de Murcia, donde el volu men (y por tanto el ratio) de psiquiatras es superior al de psicólogos.

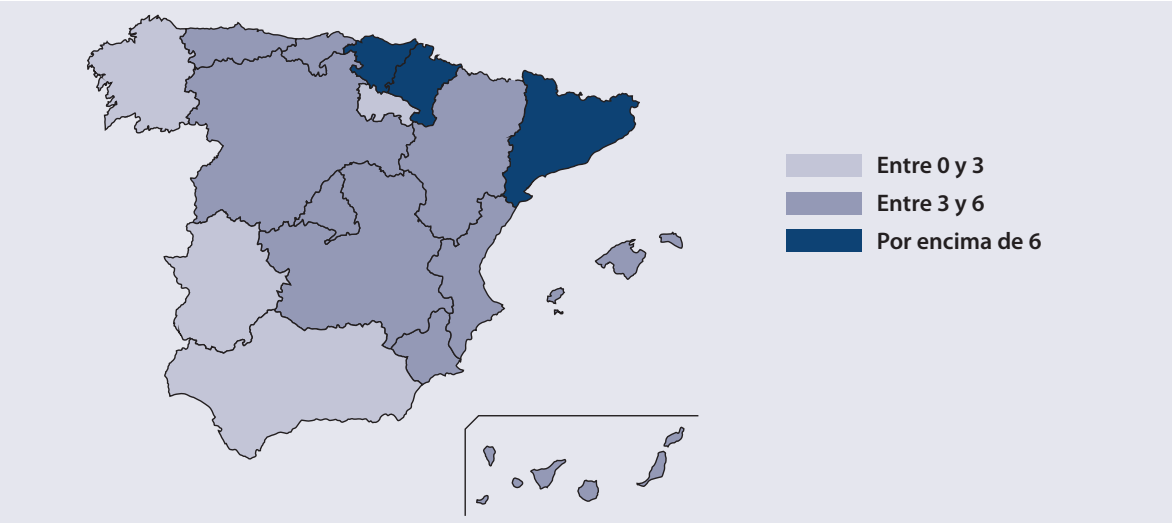
Respecto a la comparativa entre las Comuni dades Autónomas, existen diferencias signi cati vas al analizar los ratios de cada per l profesional. Así, el País Vasco tiene un ratio de psiquiatras por 100.000 habitantes de 9,28 mientras que el ratio para Extremadura es de 1,65. Las Comunidades de Cataluña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

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

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

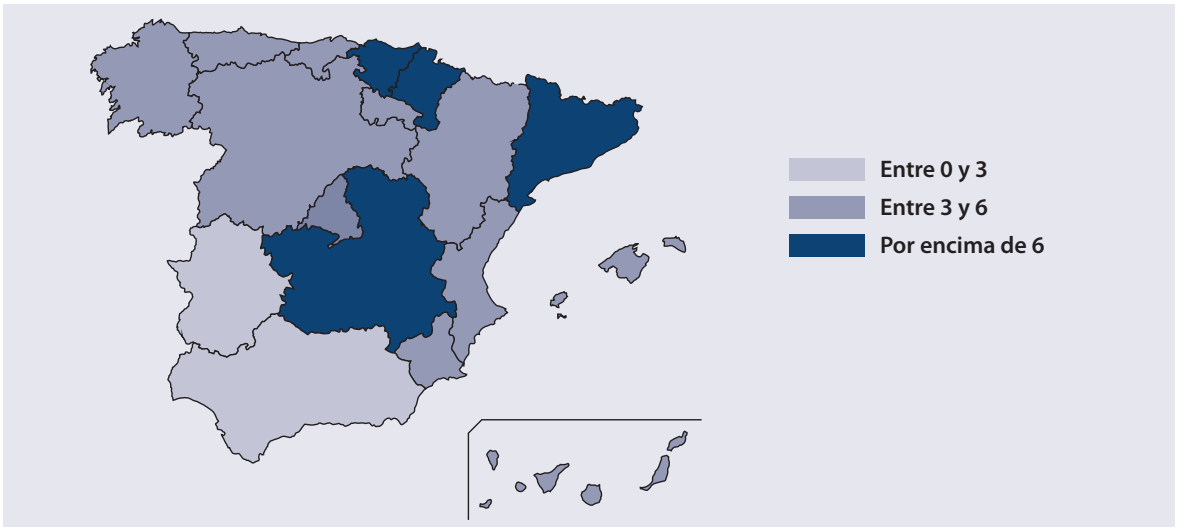
A continuación se representa grá camente la disponibilidad de recursos humanos en las Comu nidades Autónomas por per l profesional.

Ratio de psiquiatras de PNA por 100.000 habitantes por CCAA



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

Ratio de psicólogos clínicos de PNA por 100.000 habitantes por CCAA



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

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

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

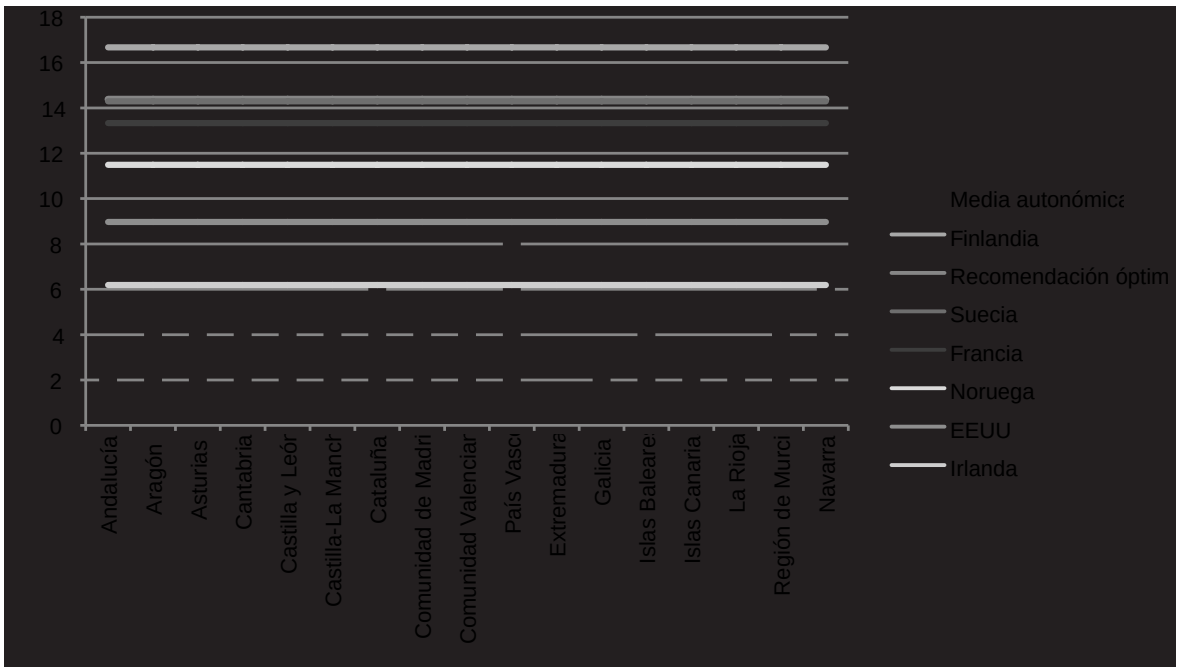
- Finlandia: un psiquiatra por cada 6.000 menores (16,67 por 100.000 menores).
- Suecia: un psiquiatra por cada 7.000 menores (14,29 por 100.000 menores).
- Francia: un psiquiatra por cada 7.500 menores (13,33 por 100.000 menores).
- Noruega: un psiquiatra por cada 8.700 menores (11,49 por 100.000 menores).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

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

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

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

Posicionamiento de las CCAA respecto a ratios internacionales de psiquiatras infantiles



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

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

13 Volumen de actividad

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

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

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

Análisis de la actividad ambulatoria

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

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

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

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

Existen numerosas di cultades para disponer de la información centralizada relativa a la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en las Comunidades Autónomas. En un elevado porcentaje de ellas no se dispone de la información su cientemente desagregada, por lo que es complicado obtener y analizar los indicadores planteados. Una de las principales causas que origina esta situación es el proceso de automatización y actualización de los sistemas de información con los que se dispone, que actualmente di culta la obtención de información. No obstante, se contempla entre las actuaciones de la mayoría de las Comunidades Autónomas continuar trabajando para avanzar en este aspecto.

Principales datos e indicadores de actividad en PNA de las CCAA

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

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

* Sólo disponible información de Mallorca.

** Incluye duplicidades de aquellos pacientes que han utilizado recursos especí cos y comunes con adultos.

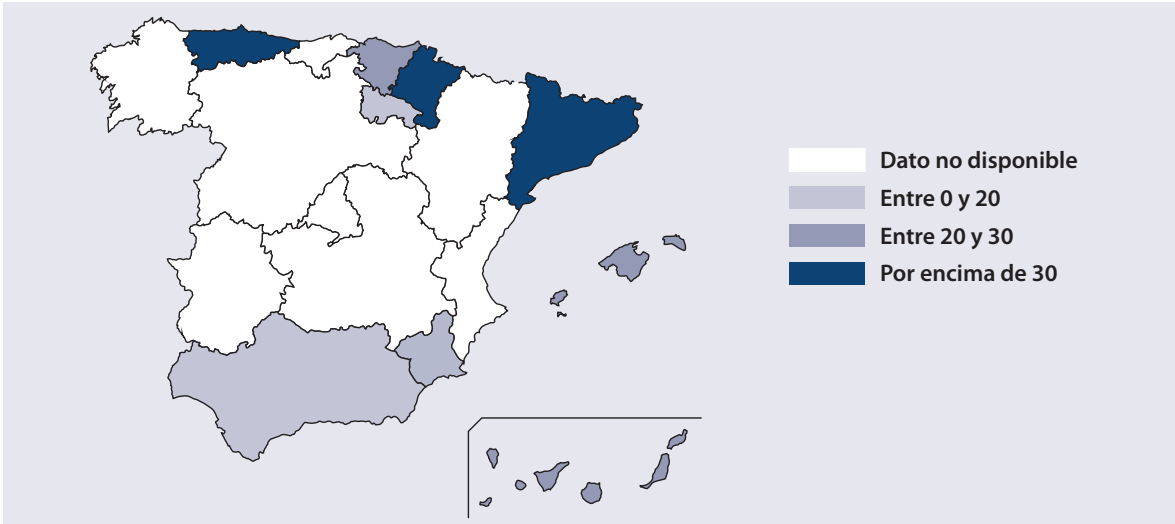
Analizando los datos, se observa que Navarra y Cataluña son las Comunidades con una mayor prevalencia administrativa de las patologías relacionadas con la Psiquiatría del Niño y el Adolescente (40,65 y 40,25 respectivamente), aunque el dato de Navarra puede presentar duplicidades debidas a la derivación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

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

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

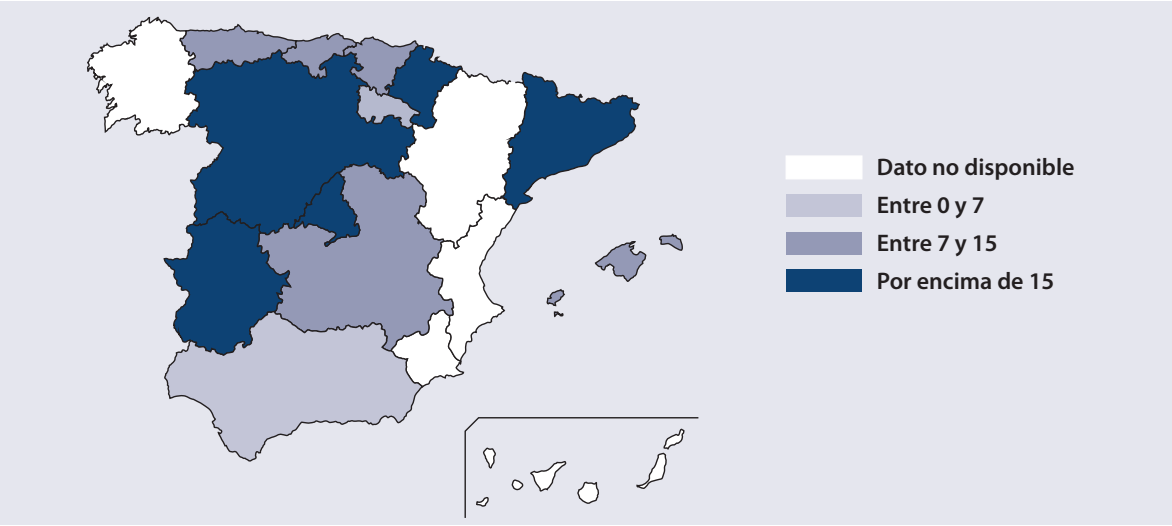
En las siguientes guras se realiza una representación gráfica de cada uno de los indicadores analizados, de forma que se muestre el estado de situación de las Comunidades Autónomas.

Prevalencia de patologías de PNA en España



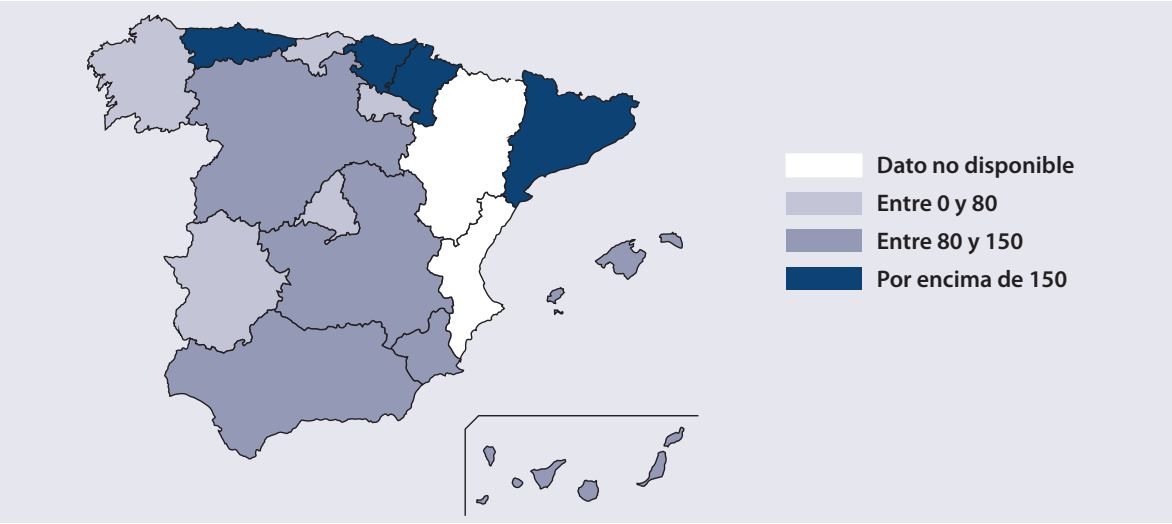
Elaboración propia a partir de información aportada por los responsables de salud mental de las Comunidades Autónomas.

Incidencia de patologías de PNA en España



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

Frecuentación de patologías de PNA en España



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

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

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

Patologías más prevalentes de las CCAA en el ámbito ambulatorio

Comunidad Autónoma	Patologías más prevalentes
Castilla y León	Trastornos del comportamiento y emocionales de comienzo en la infancia y la adolescencia, reacción a estrés grave y trastornos de adaptación, trastornos del desarrollo psicológico y otros trastornos de ansiedad
Cataluña	Trastornos por dé cit de atención, de la conducta y por comportamiento perju dicial, Trastornos de adaptación, Trastornos habitualmente diagnosticados en la lactancia, infancia y adolescencia y Trastornos de ansiedad
País Vasco (Álava)	Trastornos del comportamiento y emocionales de comienzo en la infancia y la adolescencia, trastornos neuróticos y trastornos del desarrollo
Islas Canarias	Trastornos del comportamiento y emocionales de comienzo en la infancia y la adolescencia, Trastornos neuróticos y trastornos del desarrollo
La Rioja	Trastornos del comportamiento y emocionales de comienzo en la infancia y la adolescencia, trastornos neuróticos y somatomorfos y trastorno del desarrollo psicológico
Región de Murcia	Trastornos emocionales, sociales y tics, trastornos hipercinéticos y trastorno-gene ralizado del desarrollo
Navarra	Trastornos de conducta, trastornos de ansiedad, otras neurosis y trastornos espe cí cos del desarrollo.

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

Análisis de la actividad hospitalaria

El análisis de la actividad hospitalaria relativa a la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en España se centra en el estudio del volumen y ujo de pa cientes atendidos en las Unidades de Hospitaliza ción (principalmente especí cas) que cada Comu nidad Autónoma dispone para el tratamiento con las patologías de mayor gravedad o complejidad.

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

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

Por otra parte, no se dispone en todas las Co munidades Autónomas de recursos especí cos de hospitalización en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente por lo que, en ocasiones, los ingresos deben realizarse en los Servicios de Pediatría o de Psiquiatría de adultos (previa comu nicación y autorización de las autoridades compe tentes). De esta forma, se han presentado di cul tades en la obtención de la información relativa a este campo.

Finalmente, y asociado a esta cobertura glo bal de dispositivos de hospitalización en Psiquia tría del Niño y el Adolescente, en algunos casos los profesionales se han visto obligados a la de rivación puntual de pacientes a otras Comunida des Autónomas para continuar el tratamiento de los pacientes. Esto puede ocasionar duplicidades puntuales en la información disponible y durante el tratamiento de la misma.

En este contexto, se recoge a continuación el volumen de actividad a nivel de hospitalización en cada una de las Comunidades Autónomas. Para ello, se han cuanti cado el número de pacientes atendidos (bien a través del número de ingresos o bien a través del número de altas hospitalarias). En aquellas Autonomías que no cuentan con unida des de hospitalización propias, en algunas ocasio nes se ha tenido que recurrir al número de deriva ciones de ingresos realizadas a unidades de otras Comunidades Autónomas para el tratamiento de los pacientes.

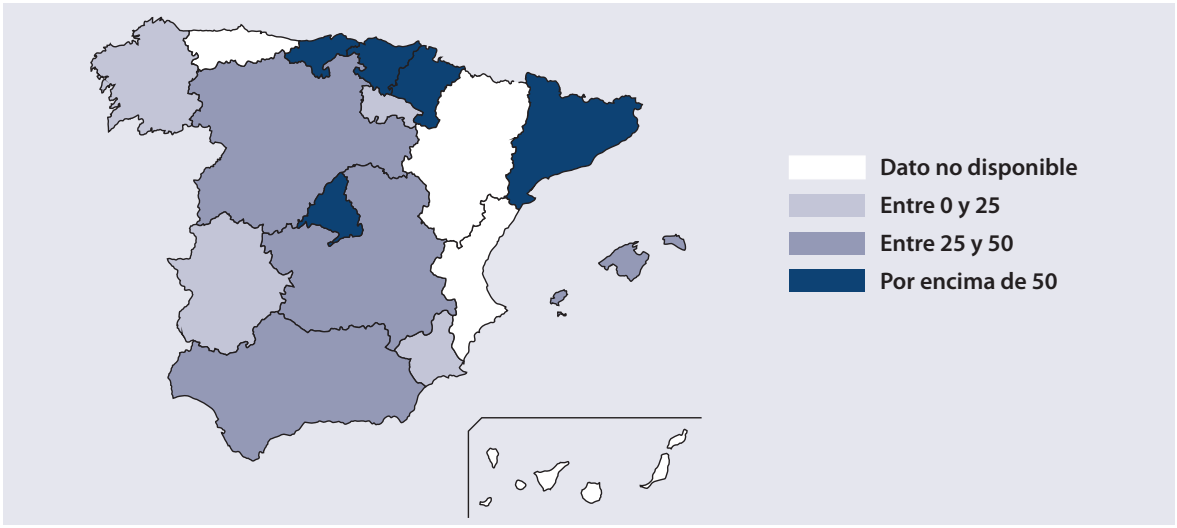
Con el objetivo de normalizar la información disponible y poder realizar comparativas entre las Comunidades Autónomas se recoge también en la tabla el ratio de ingresos/altas/derivaciones por 100.000 habitantes de la población de referencia.

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

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

Información aportada por los responsables de salud mental de las Comunidades Autónomas.
* Ingresos; ** Altas; *** Derivaciones.

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



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

Finalmente, se indican a continuación las principales patologías que han sido tratadas en las Unidades de Hospitalización de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en las Comunidades Autónomas.

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

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

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

14 Formación y docencia

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

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

Esta formación debe abarcar los cuatro grandes niveles de nidos:

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

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

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

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

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

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

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

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

Finalmente, a nivel de formación continuada, sí existe una oferta más amplia de formación específica en Psiquiatría del Niño y el Adolescente, aunque ésta tampoco se encuentra reglada ni distribuida de forma homogénea en las Comunidades Autónomas. Entre las acciones formativas que pueden encontrarse en las Autonomías a nivel de formación continuada se encuentran las siguientes: programas formativos en los que se incluyen cursos específicos en temáticas relacionadas con niños y adolescentes, jornadas y foros de discusión con participación de este colectivo, realización de seminarios en esta temática, etc. No obstante, de forma similar a como ocurre en el resto de niveles formativos, su mayor o menor desarrollo en las Comunidades Autónomas está estrechamente ligado a la disposición e interés de sus propios profesionales.

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

Grado de desarrollo de la formación en PNA de las CCAA

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

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

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

Por tanto, es una formación con gran potencial de desarrollo en su estructuración y consolidación. Una vez se alcancen éstas, se podrá ofrecer una formación homogénea en toda España, de forma que la atención a los pacientes se pueda realizar en igualdad de condiciones, independientemente de la Comunidad Autónoma en la que sea atendido.

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

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

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

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

"1. Se crea el título o cial de Médico Especialista en Psiquiatría del Niño y del Adolescente, que se integra en la relación de especialidades que gura en el apartado 1 del Anexo I.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Asociaciones profesionales específicas

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

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

15 Investigación

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

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

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

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

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

Este apartado se estructura en los siguientes apartados:

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

de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, así como los agentes nanciadores especí cos.

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

Políticas de I+D+i

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

Políticas y estrategias europeas de I+D+i

En este apartado destacan las siguientes políticas y estrategias:

- VIII Programa Marco de Investigación e Innovación – Horizonte 2020. Horizonte 2020 agrupa toda la nanciación de la investigación y la innovación que aporta la Unión Europea actualmente. Una vez implantado, concentrará los recursos en tres prioridades diferentes, aunque se refuercen mutuamente, en las que el valor añadido de la Unión Europea es claro: Ciencia excelente, Liderazgo industrial y Retos sociales.
- Estrategia Europa 2020. Como continuación de la Estrategia de Lisboa del año 2000, la Estrategia Europa 2020 constituye el nuevo marco de referencia para la coordinación de las políticas económicas y de empleo de los Estados miembros de la UE. Establece un ciclo que se extiende hasta el año 2020, a partir de dos instrumentos básicos: los Programas Nacionales de Reformas y las Directrices Integradas 2020, referencia para diseñar los Programas nacionales de reformas.
- Espacio Europeo de Investigación (EEI). El EEI es una plataforma destinada a reagrupar e intensi car las actividades de investigación en el ámbito comunitario y a coordinarlas con las iniciativas nacionales e internacionales. El EEI tiene por objeto guiar y ayudar a racionalizar las actividades de investigación y la política de innovación en toda Europa para, de esa manera, asegurar el futuro económico y competitivo de los Estados miembros de la Unión.

Especí cas en el ámbito de la salud mental:

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

Políticas y estrategias estatales de I+D+i

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

- Ley 14/2011 de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación. La Ley de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación aprobada el 12 de mayo de 2011 deroga la Ley de Investigación Cientí ca y Tecnológica de 1986, estableciendo un marco general para el fomento y la coordinación de la investigación cientí ca y técnica con el n de contribuir al desarrollo

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

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

Estructuración de la I+D+i a nivel estatal

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

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

RTA

La Red de Trastornos Adictivos (RTA) es una estructura organizativa financiada por el Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Economía y Competitividad, constituida por distintos grupos de investigación biomédica cuyo objetivo es investigar los orígenes de los procesos adictivos, sus manifestaciones clínicas y su impacto social con el último de proporcionar herramientas de intervención terapéuticas y sociales que ayuden a reducir el tremendo impacto de las adicciones y las patologías asociadas. Muy pocos grupos dentro de la RTA tienen su foco de interés en población infanto-juvenil.

CIBERSAM

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

Fundación Alicia Koplowitz

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

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

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

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

neralmente disponen de un mayor volumen de actividad cientí ca que las Comunidades Autóno mas que no cuentan con profesionales participan do en esta red de investigación, ya que en ella par ticipan aquellos grupos de la más elevada calidad cientí ca.

Respecto a las iniciativas regionales particula res, en los últimos años se están dando los pasos necesarios para intentar consolidar la actividad cientí ca en los centros sanitarios y de investiga ción en las Comunidades Autónomas.

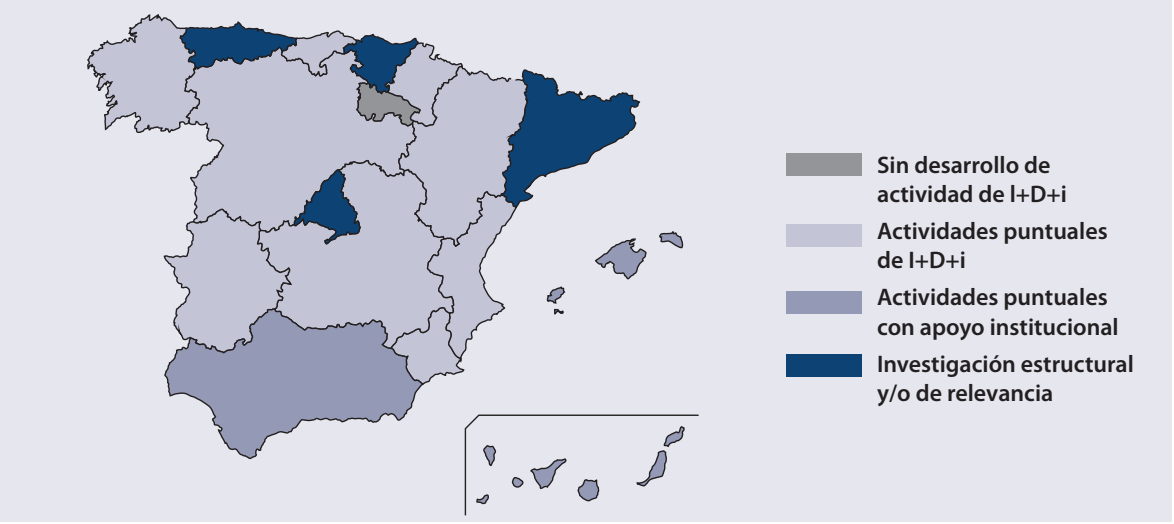
Estado de la I+D+i en PNA de las CCAA

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

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

A continuación se recoge de forma grá ca la distribución del grado de desarrollo de las activi dades de I+D+i en cada una de las Comunidades Autónomas.

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



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

.

16 Relación del sector profesional con colectivos de pacientes y sociedad

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)

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

Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPYPNA)

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

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

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

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

ANSHDA es una asociación de ámbito estatal, específica de la patología Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. Es una asociación de padres de niños con déficit de atención con o sin hiperactividad, de carácter privado, sin ánimo de lucro, cuyo objetivo es ayudar desinteresadamente a todos los posibles afectados.

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

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

Federación Española de Autismo (FESPAU)

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

Confederación de Autismo en España

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

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

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

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

Fundación Alicia Koplowitz

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

Relación con otros colectivos profesionales

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

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

Relación con el colectivo de Justicia

La relación con este colectivo se contextualizaba previamente en el capítulo de condicionantes legislativos relativos a la Psiquiatría del Niño y el Adolescente. En numerosas ocasiones ambos sectores deben trabajar estrechamente para ofrecer la mejor asistencia a menores con problemas judiciales.

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

Relación con el colectivo de Menores

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

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

Relación con el colectivo de Educación

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

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

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

Relación con las redes de atención a drogodependientes

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

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

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

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

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

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

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

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

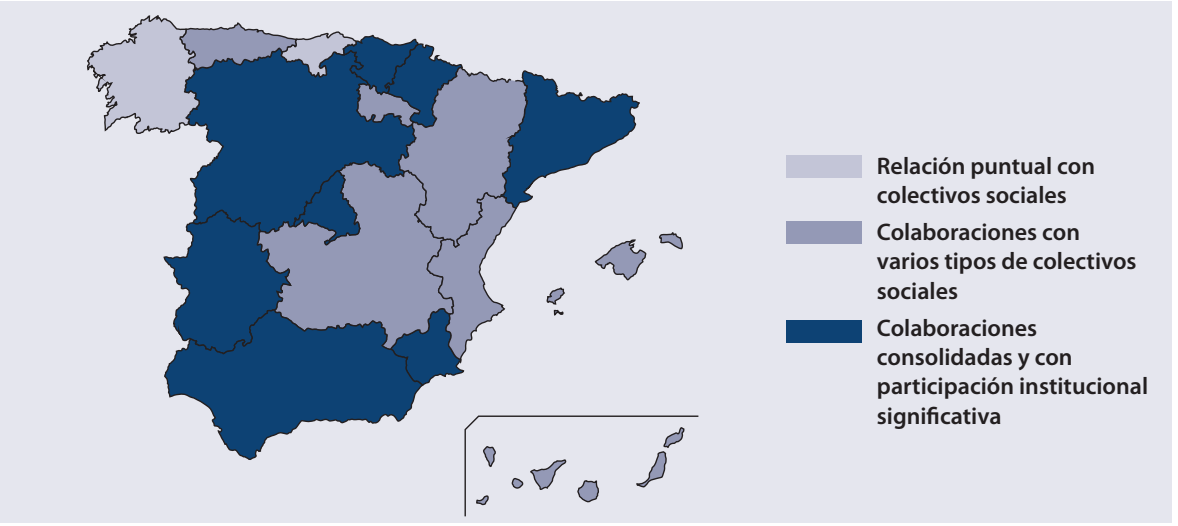
Estado de situación de la colaboración con colectivos sociales en las CCAA

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

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

A continuación se recoge de forma grá ca el posicionamiento de cada una de las Comunidades Autónomas respecto a su relación con los colecti vos sociales y otros colectivos profesionales rela cionados con la Psiquiatría del Niño y el Adoles cente.

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



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

.

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

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

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

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

En este sentido, se han realizado numerosas iniciativas y actividades de promoción, desarrollo y diferenciación de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente respecto a otras especialidades clínicas acreditadas, entre las que destaca la creación de la "Plataforma de Familias para la Creación de la Especialidad de la Psiquiatría Infanto-juvenil". Las iniciativas planteadas han consistido en la asignación y dotación de recursos específicos (tanto humanos como materiales y económicos) a los dispositivos existentes, se han establecido protocolos particulares de actuación con el colectivo de niños y adolescentes, e incluso se ha contemplado el perfil concreto de psiquiatra infantil y juvenil en el proceso de incorporación de personal al Sistema Sanitario, como ha ocurrido en el caso del País Vasco.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La creación de una especialidad oficialmente reconocida de Psiquiatría del Niño y el Adolescente es considerada el principal reto al que se enfrenta todo el colectivo de este campo de conocimiento. Si se quiere seguir la trayectoria y tendencias existentes en el entorno, se debe contar con el reconocimiento institucional de esta especialidad.

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

Oportunidades

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

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

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

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

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

Retos

Frente a esta oportunidad de organizar y normalizar la formación sanitaria en Psiquiatría del Niño y el Adolescente, uno de los principales retos es la definición de unos correctos criterios de selección y priorización para poder disponer de óptimas unidades acreditadas para la formación específica. Estos criterios deben estar consensuados y aprobados por todo el personal clave del sector, de forma que sean de nidos de manera conjunta.

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

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

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

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

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

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

- Se deberá definir y ajustar el periodo de formación de los nuevos especialistas, teniendo en cuenta la formación troncal y específica de la especialidad (2 años de formación troncal más 2-3 años de formación específica, etc.).
- Será crítico contar con grupos de trabajo específicos de aspectos concretos de la nueva especialidad que puedan contribuir al diseño, desarrollo y evaluación de los programas de formación de la nueva especialidad, de forma adicional a la comisión gestora responsable de su implantación. En este apartado se podrá contar con la colaboración de las Asociaciones profesionales específicas, a través de su experiencia y conocimiento.
- Deberá definirse la procedencia y formación académica (vía de acceso) de los profesionales que deseen realizar su formación en la nueva especialidad.
- Finalmente, se debe trabajar para lograr el reconocimiento de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en otros países del ámbito europeo, formalizando su convalidación a nivel internacional.

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

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

Recursos disponibles

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

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

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

Consolidación de servicios clínicos específicos

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

Creación de servicios intermedios y de hospitalización

Otra de las grandes carencias detectadas en todo el panorama estatal es la creación y desarrollo de servicios intermedios, principalmente hospitales de día, centros de media estancia para pacientes con trastornos mentales graves refractarios, talleres ocupacionales, etc. Estos centros son claves para ofrecer una atención de calidad, y actualmente no existen un gran número de ellos puestos en marcha, por lo que en el tratamiento de los pacientes no es posible contemplar la utilización de estos dispositivos y ni ofrecer un tratamiento intensivo. En ocasiones, estos centros se encuentran disponibles pero no son gestionados directamente por el servicio autonómico de salud, lo que presenta algunos problemas de organización y atención a pacientes. Por lo tanto, es crítico que se centralice la gestión de todos los dispositivos disponibles, tanto los actuales como los nuevos que se pongan en marcha en los próximos años.

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

Consolidación de dispositivos en patologías concretas

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

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

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

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

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

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

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

Los familiares de los pacientes (principalmente, padres y madres) es otro de los colectivos con el que se está trabajando actualmente, fundamentalmente en aspectos relacionados con el tratamiento más que en labores de promoción y prevención propiamente dichas. Sin embargo, es clave informar y formar a estos padres para ayudar en las labores de prevención secundaria y terciaria.

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

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

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

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

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

Optimización de las relaciones entre colectivos

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

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

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

Relación con equipos del colectivo de educación

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

Relacionado con la dotación de recursos, se debería contemplar, junto con la creación de estructuras de hospital de día, la coordinación con los Centros Terapéuticos Educativos. No obstante, algunas Comunidades Autónomas ya están poniendo esta iniciativa en marcha, contando con estas estructuras mixtas.

Relación con equipos de Pediatría y Atención a la Infancia

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

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

Relación con equipos sociosanitarios y de discapacidad intelectual

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

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

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

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

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

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

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

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

De igual forma, existen solapamientos de funciones y responsabilidades, que generan ineficiencias del sistema y desaprovechamiento de recursos. Por tanto, se considera crítico avanzar en los próximos años hacia el desarrollo e implantación en los sistemas sanitarios autonómicos de una estructura y relación de funciones y competencias para cada uno de los perfiles profesionales implicados en la atención de niños y jóvenes con problemas de salud mental.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Organización y optimización de los recursos locales

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Actualmente, no todas las Comunidades Autónomas presentan una estrategia específica común implantada y vigente para el abordaje de las patologías relacionadas con la salud mental del niño y el adolescente. En estas patologías se deberían dirigir líneas de trabajo concretas, factibles y adaptadas a la realidad de cada Autonomía, con indicación de las actividades específicas a desarrollar durante la vigencia del plan, intentando evitar los objetivos imprecisos y vagos. Especialmente, el foco debe centrarse en las Comunidades Autónomas de Aragón, Cantabria, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana e Islas Baleares, que actualmente tienen una estrategia finalizada sin continuidad explícita en nuevas estrategias y planes autonómicos.

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

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

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

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

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

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

9. Desarrollo de guías clínicas y terapéuticas basadas en la evidencia cientí ca y su implantación en la práctica clínica

Se están publicando diversos artículos recien temente en relación a la de nición de los paráme tros prácticos para la evaluación y tratamiento de niños y adolescentes con diferentes patologías, ta les como esquizofrenia o psicosis con inicios tem pranos. En estos artículos se pone de mani esto la distancia existente entre la práctica clínica y la evi dencia sobre la e ciencia de los tratamientos en la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, y se ofrecen claves para favorecer su acercamiento. Por tanto, deben centrarse los esfuerzos en el desarrollo, ela boración e implantación de protocolos especí cos de atención y tratamiento de patologías basados en evidencias.

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

Las herramientas de diagnóstico y guías clí nicas y terapéuticas deben contemplarse como forma de inversión para el futuro. La oferta en el Sistema Nacional de Salud de intervenciones que interesan a los profesionales que las llevan a cabo pero que han demostrado no sólo no ser coste e cientes sino ni siquiera e caces es un mal endémi co del sistema sanitario, aún más en el campo de la salud mental.

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

10. Implantación de programas de transición al colectivo de adultos

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

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

En las Comunidades Autónomas se trabaja ge neralmente de forma coordinada con el colectivo de adultos para facilitar la continuidad de cuida dos de los pacientes que se encuentran en proceso de transición entre los programas infantiles y juve niles y los programas de adultos.

Para ello, se elaboró en el año 2012 un docu mento de “Análisis y recomendaciones sobre la asistencia sanitaria a jóvenes”. Este informe afron

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Principales recomendaciones y áreas de mejora identificadas por el colectivo profesional

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

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

Puesta en marcha de una estrategia común a nivel estatal

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

Desarrollo de actividades de prevención

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

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

De nición de estándares básicos de atención: cartera de servicios

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

De nición de estrategias autonómicas en Psiquiatría del Niño y el Adolescente

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

Consolidación de la especialidad de Psiquiatría del Niño y el Adolescente

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

De nición de competencias de cada per l profesional

En ocasiones, la ausencia de una de nición concreta de competencias de cada uno de los perles profesionales que con guran los equipos de atención en la Psiquiatría del Niño y el Adolescente provocan di cultades en el abordaje de la enfermedad. Es por ello que se considera necesario de nir estas competencias, identi cando las funciones concretas de cada profesional.

De nición de estándares básicos de cada dispositivo y de puestos de trabajo

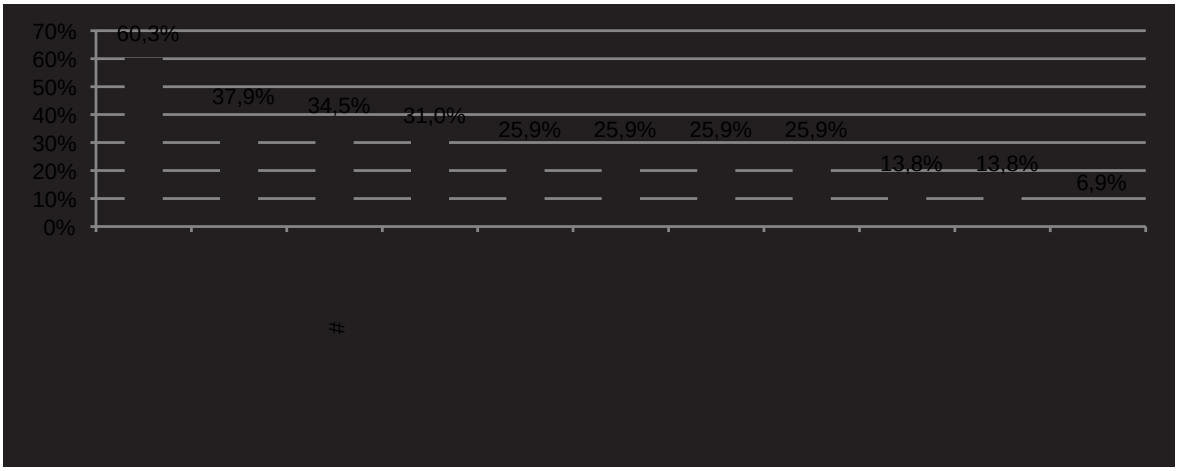
Se considera de elevada importancia la de nición de los estándares básicos con los que debe contar cada dispositivo relacionado con la Psiquiatría del Niño y el Adolescente (tanto ambulatorio como hospital de día como unidad de hospitalización). Estos estándares deben hacer referencia tanto a aspectos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

De nición de puestos de trabajo de psiquiatras y otros profesionales

Estrechamente relacionado con la de nición de las competencias de los per les profesionales, los encuestados ponen de mani esto la necesidad de de nir la composición y de nición de los puestos de trabajo que garantizarán un correcto abordaje de las patologías relacionadas con la Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

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

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



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

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

1. Organización y recursos asistenciales

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

2. Cartera de servicios y funcionamiento

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

3. Docencia en psiquiatría del niño y el adolescente

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

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

- Actividades científicas realizadas por las Unidades/Secciones en los últimos años. Tipología de dicha actividad (proyectos de investigación, ensayos clínicos, estudios observacionales, etc.).
- Participación de las Unidades/Secciones en iniciativas de investigación cooperativa. Indique las iniciativas en las que participan las Unidades/Secciones.
- Principales colaboraciones en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Indique la lista de centros o servicios con los que colabora asiduamente en actividades científicas.
- Revistas más relevantes en las que las Unidades/Secciones han publicado artículos científicos en los últimos años.
- Guías clínicas y otros productos de la investigación obtenidos en las Unidades/Secciones de aplicación en la práctica clínica.
- Principales iniciativas innovadoras desarrolladas en Psiquiatría del Niño y el Adolescente por las Unidades/Secciones, incluyendo las relaciones establecidas con el sector empresarial.
- Productos de innovación consolidados y nuevas tendencias del sector.
- Otros aspectos de interés en el campo de la investigación y la innovación.

5. Aspectos de calidad

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

6. Relación profesionales-sociedad (pacientes y cuidadores)

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

las Unidades/Secciones mantienen mayor contacto.
- Características de la relación entre estas asociaciones y sociedad y las Unidades/Secciones.
- Principales instituciones de mecenazgo con las que colaboran las Unidades/Secciones.
- Actividades realizadas por las Unidades/Secciones con la familia del paciente.

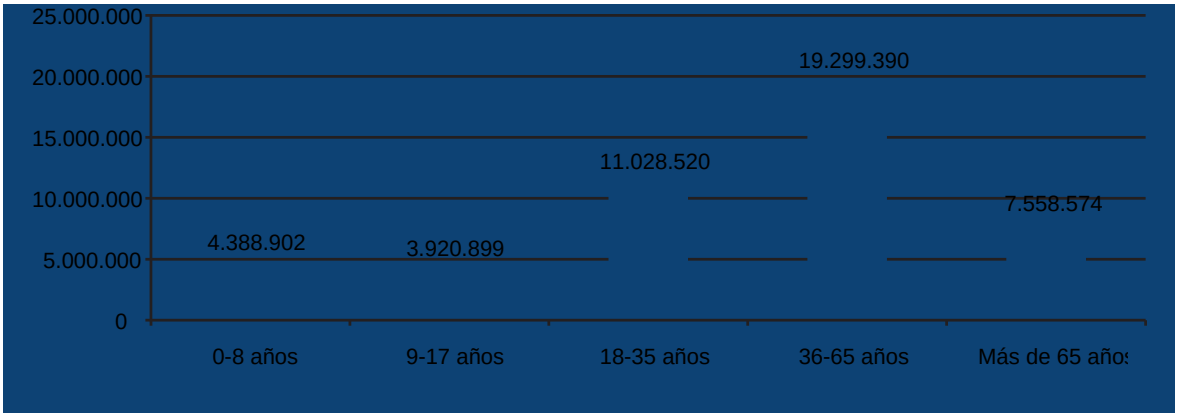
- Actividades y campañas de promoción y prevención en el campo de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente:
  - Colectivos y ámbitos donde se dirigen las actividades de promoción y prevención: centros de salud, colegios, etc. (tanto propios de las Unidades/Secciones como generales).
  - Principales campañas de promoción y prevención en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente promovidas desde las Unidades/Secciones.

7. Recomendaciones y áreas de mejora para el futuro

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

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

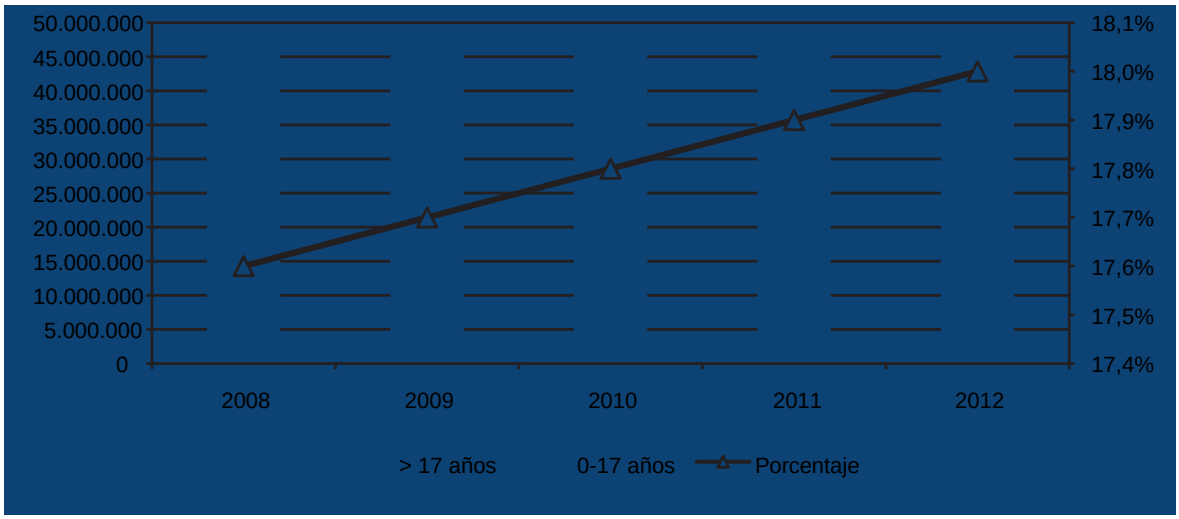
Distribución de la población española por grupos de edad (1 de enero de 2012)



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

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

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



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

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

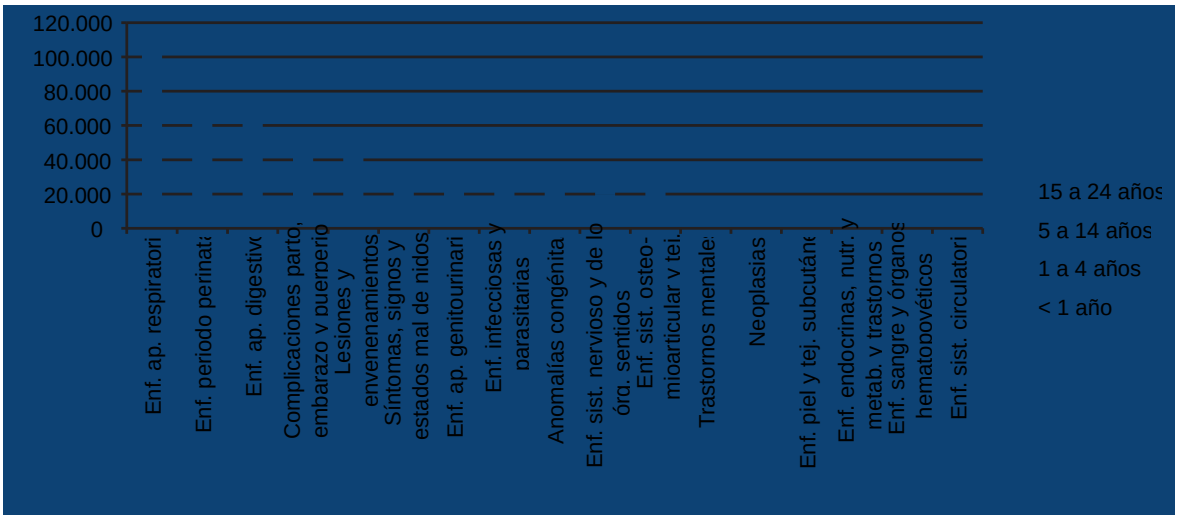
Evolución de población infantil por CCAA (2008-2012)

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

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

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

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



Grupo patología	< 1 año	1 a 4 años	5 a 14 años	15 a 24 años	Acumulado
Enfermedades del aparato respi ratorio	27.831	37.953	20.407	15.070	**101.261**
Enfermedades en el periodo peri natal	66.466	133	89	20	**66.708**
Enfermedades del aparato diges tivo	5.829	11.227	20.849	23.551	**61.456**
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	0	0	209	57.624	**57.833**
Lesiones y envenenamientos	2.312	7.996	17.100	23.014	**50.422**
Síntomas, signos y estados mal de nidos	7.687	10.647	10.776	6.607	**35.717**
Enfermedades del aparato geni tourinario	6.463	4.733	6.175	12.151	**29.522**
Enfermedades infecciosas y para sitarias	7.383	10.062	5.735	4.118	**27.298**
Anomalías congénitas	8.278	7.393	7.639	2.842	**26.152**
Enfermedades del sistema nervio so y de los órganos de los sentidos	2.084	7.228	10.678	6.142	**26.132**
Enfermedades del sistema osteo-mioarticular y tejido conectivo	324	1.646	5.473	15.911	**23.354**
Trastornos mentales	88	253	2.349	10.480	**13.170**
Neoplasias	654	2.057	3.657	5.439	**11.807**
Enfermedades de la piel y del teji do subcutáneo	646	2.075	2.201	4.755	**9.677**
Enfermedades endocrinas, de la nutrición, metabólicas y trastor nos de la inmunidad	954	1.935	3.235	3.077	**9.201**
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	472	2.152	3.278	1.320	**7.222**
Enfermedades del sistema circu latorio	484	806	1.708	3.946	**6.944**

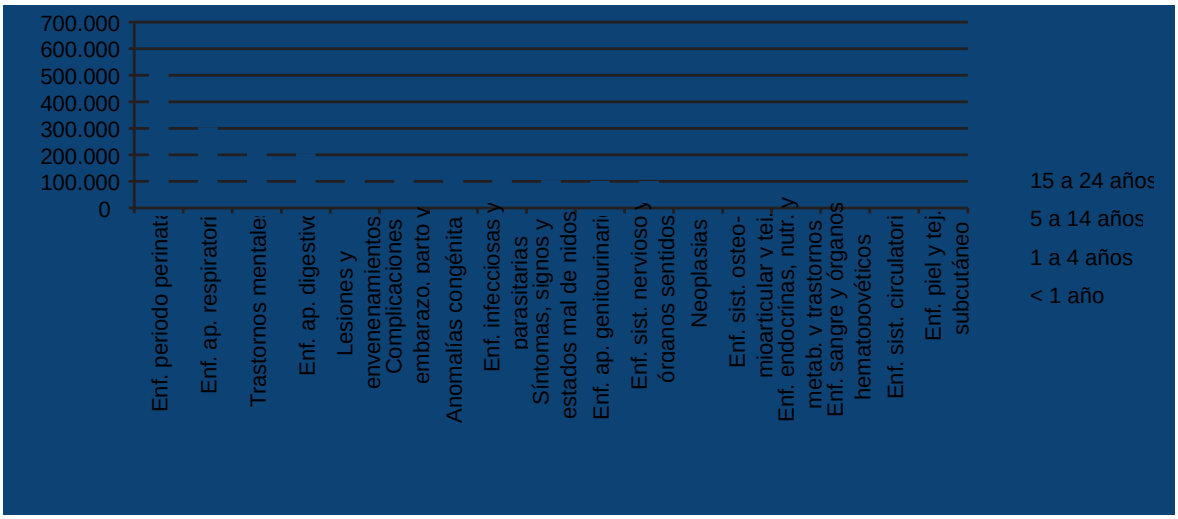
Fuente:INE 2014 (datos 2012). Encuesta de morbilidad hospitalaria 2012. Altas hospitalarias según el sexo, el grupo de edad y el diagnóstico principal.

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

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

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

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



Grupo patología	< 1 año	1 a 4 años	5 a 14 años	15 a 24 años	Acumulado
Enfermedades en el periodo peri natal	592.070	453	173	85	**592.781**
Enfermedades del aparato respi ratorio	131.835	115.748	54.910	48.565	**351.058**
Trastornos mentales	328	776	29.614	205.084	**235.802**
Enfermedades del aparato diges tivo	19.775	32.836	71.089	82.747	**206.447**
Lesiones y envenenamientos	8.687	27.150	52.602	103.010	**191.449**
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	0	0	649	166.092	**166.741**
Anomalías congénitas	64.038	26.958	22.681	9.761	**123.438**
Enfermedades infecciosas y para sitarias	32.208	36.454	22.297	24.105	**115.064**
Síntomas, signos y estados mal de nidos	26.878	27.868	28.389	21.990	**105.125**
Enfermedades del aparato geni tourinario	30.028	17.440	18.957	35.361	**101.786**
Enfermedades del sistema nervio so y de los órganos de los sentidos	13.749	25.000	34.352	28.157	**101.258**
Neoplasias	4.779	18.649	30.216	33.526	**87.170**
Enfermedades del sistema osteo-mioarticular y tejido conectivo	2.199	9.306	23.425	39.930	**74.860**
Enfermedades endocrinas, de la nutrición, metabólicas y trastor nos de la inmunidad	6.042	8.707	16.772	13.396	**44.917**
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	2.449	9.897	14.796	7.685	**34.827**
Enfermedades del sistema circu latorio	3.992	5.312	7.104	18.039	**34.447**
Enfermedades de la piel y del teji do subcutáneo	3.190	8.798	8.139	11.304	**31.431**

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

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

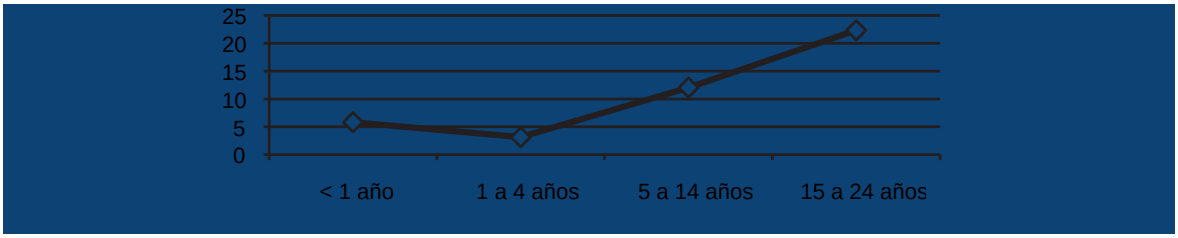
Grupo patología	< 1 año	1 a 4 años	5 a 14 años	15 a 24 años	Acumulado
Trastornos neuróticos, de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos (excepto drogas o alcohol)	320	632	23.561	71.377	**95.890**
Trastornos esquizofrénicos	0	0	763	61.603	**62.366**
Otras psicosis	8	142	4.849	51.866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

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

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

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

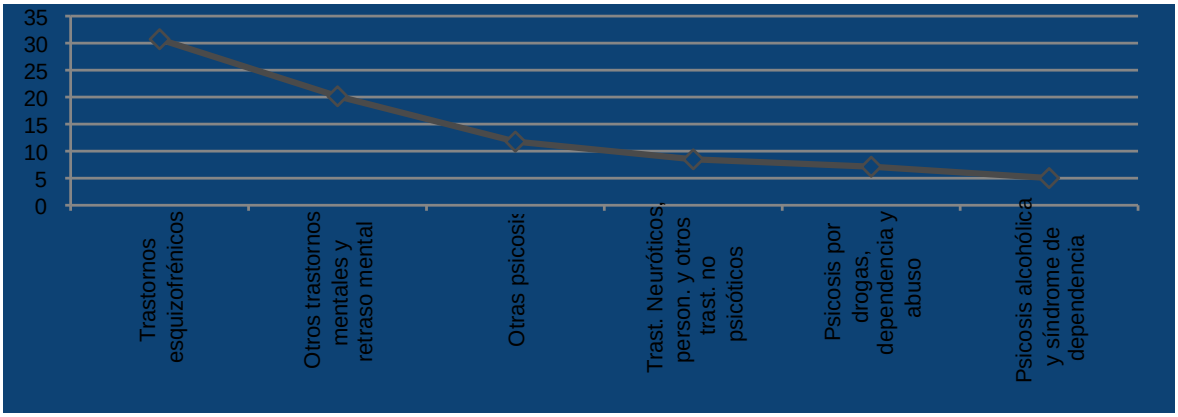
Distribución de estancia media por grupo de edad de los trastornos mentales -0 a 24 años (2012)



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

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

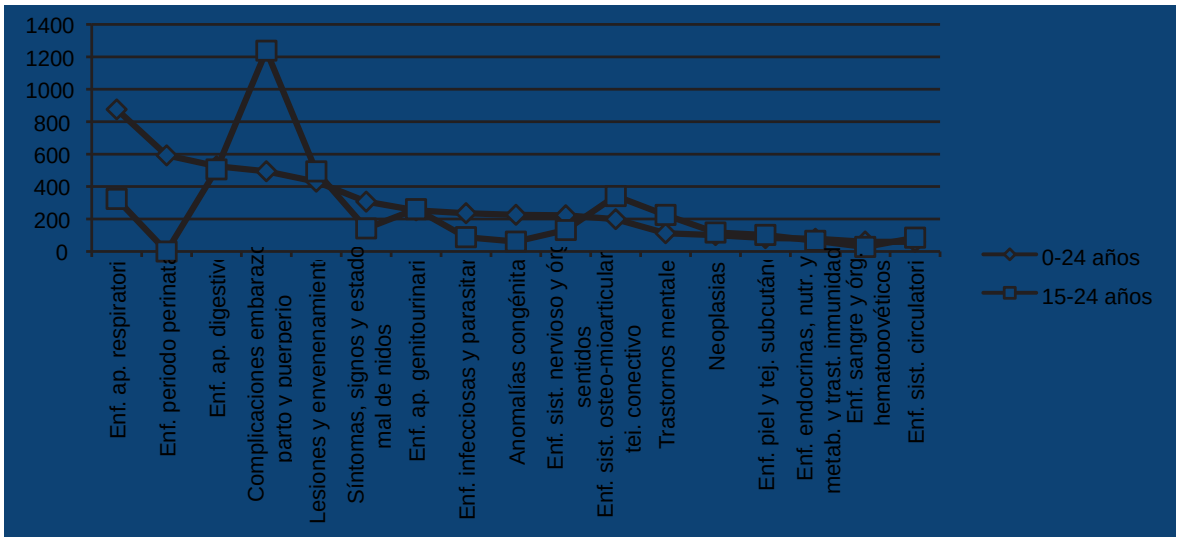
Estancias medias en trastornos mentales por grupos de patologías –0 a 24 años (2012)



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

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

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



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

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

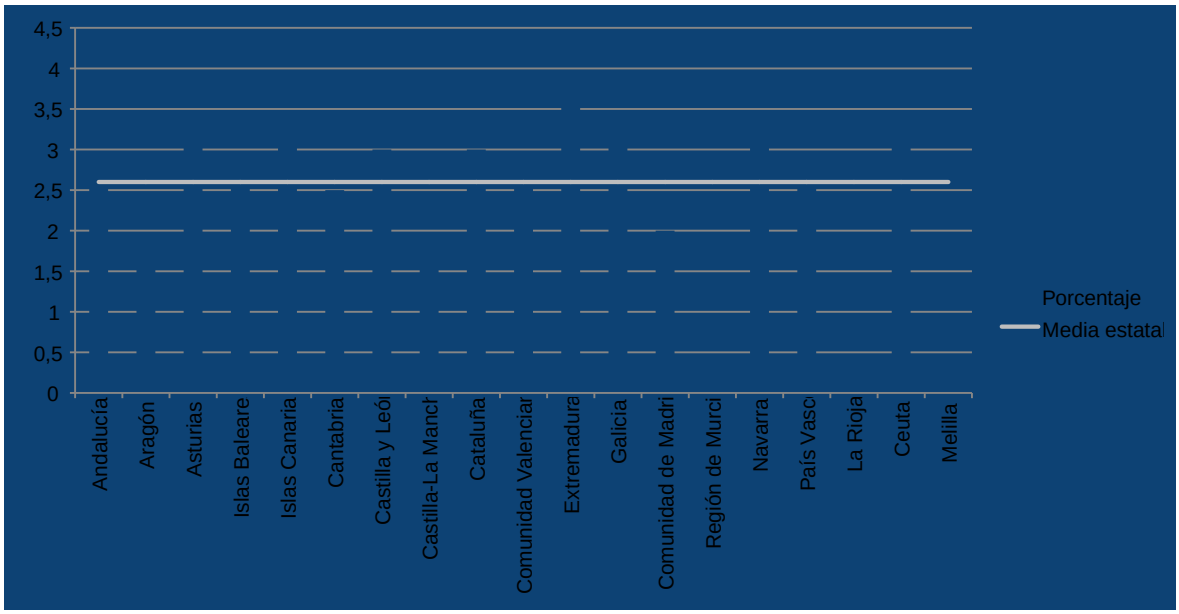
Fuente:INE 2014 (datos 2012). Encuesta de morbilidad hospitalaria 2012. Tasas de Morbilidad Hospitalaria por 100.000 habitantes según el diagnóstico principal, el sexo y el grupo de edad.

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

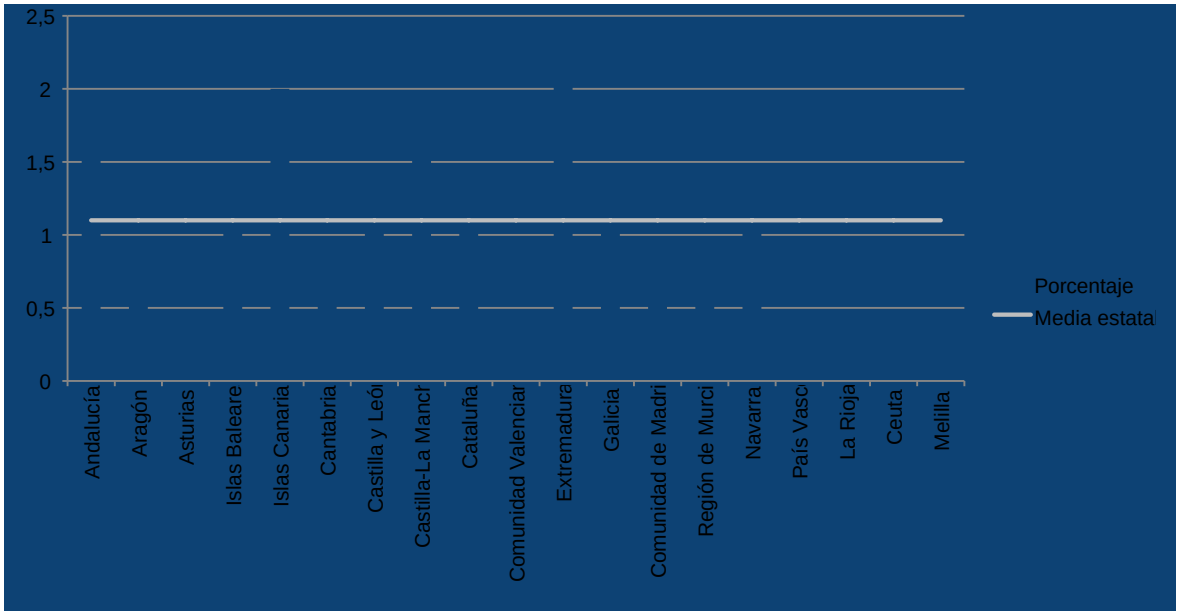
Grupo patología	< 1 año	1 a 4 años	5 a 14 años	15 a 24 años	Promedio
Trastornos neuróticos, de la perso nalidad y otros trastornos menta les no psicóticos (excepto drogas o alcohol)	19	11	41	101	**59**
Otras psicosis	0	1	7	59	**26**
Trastornos esquizofrénicos	0	0	1	40	**16**
Psicosis por drogas, dependencias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

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

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



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



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

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

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

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

Discapacidad Intelectual

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

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

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

También se ha identi cado la categoría de discapacidad intelectual no especi cada, cuando la inteligencia del paciente no puede ser evaluada mediantes los tests habituales.

Trastornos del aprendizaje

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

Las principales consecuencias derivadas de es tos trastornos son el rendimiento académico por debajo de lo esperado por el per l y características del paciente.

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

- Trastorno de la lectura.
- Trastorno del cálculo.
- Trastorno de la expresión escrita.
- Trastorno del aprendizaje no especi cado (en este apartado se recogen los trastornos del aprendizaje que no cumplen los criterios de cualquier trastorno del aprendizaje espe cí co).

Trastornos de las habilidades motoras

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

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

Trastornos de la comunicación

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

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

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

Trastornos generalizados del desarrollo o trastorno del espectro autista

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

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

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

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

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

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

Trastornos por dé cits de atención y comportamiento perturbador

Los niños afectados por dé cits de atención y comportamiento perturbador experimentan di- cultades para concentrarse en una sola actividad y suelen comenzar una nueva sin nalizar la anterior. Por tanto, estos niños presentan di cultades de concentración e impulsividad, siendo incapaces de resolver problemas.

Los trastornos más comunes de este grupo son los siguientes:

- Trastorno por dé cit de atención con hipe- ractividad (TDAH): el TDAH es un trastorno de conducta que aparece en la infancia. Se mani esta como un aumento de la actividad física, impulsividad y di cultad para mante- ner la atención en una actividad durante un periodo de tiempo continuado.
- Trastorno por dé cit de atención no especi cado: este grupo incluye los trastornos de dé cit de atención que no llevan asociados síntomas de hiperactividad.
- Trastorno disocial: los pacientes con esta pa- tología se caracterizan por mostrar un patrón de comportamiento persistente y repetitivo basado en el incumplimiento de las normas sociales establecidas y en la vulneración de los derechos básicos de las personas.
- Trastorno negativista desa ante: esta pato- logía es un trastorno del comportamiento que se caracteriza por presentar un compor- tamiento del paciente no cooperativo, desa ante, negativo, irritable y enojado hacia las personas del entorno, especialmente hacia las guras de autoridad.
- Trastorno de comportamiento perturbador no especi cado: en este grupo se engloban todos los casos que no cumplen los criterios especí cos para clasi carse en alguno de los trastornos previamente mencionados.

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

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

- Pica: el síndrome de pica o alitriofagia es un trastorno caracterizado por el deseo irresis- tible de comer o lamer sustancias no nutriti- vas y poco usuales, tales como pasta dental, colillas de cigarro, barro, pelo, etc.
- Trastorno de rumiación: la rumiación consis- te en la regurgitación de la comida ingerida para ser posteriormente masticados y traga- dos de nuevo. Esta patología suele presen- tarse en niños de temprana edad, y tiene mayor frecuencia en niños que padecen re- traso mental.
- Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o niñez: este trastorno se mani esta de diversas formas: comer de forma inade- cuada, ingestión de una variedad limitada de alimentos, problemas de conducta du- rante las comidas, etc. Es importante veri car que estos problemas no son debidos a una enfermedad gastrointestinal u otra pa- tología asociada.
- Trastorno por atracón: este trastorno se ca- racteriza por la ingesta de un exceso de co- mida del paciente doce veces en un periodo de tres meses.

Trastornos por tics

Las principales manifestaciones de estos tras- tornos se caracterizan por la presencia de tics vo cales o motores. Las patologías concretas engloba- das en este grupo son las siguientes:

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

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

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

Trastornos de la eliminación

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

En este grupo se recogen las siguientes patologías:

- Encopresis: los pacientes con esta patología se caracterizan por la evacuación repetida de heces en lugares inadecuados, tanto de forma voluntaria e involuntaria. La encopresis puede ser tanto retentiva (asociada al estreñimiento) como no retentiva (sin estreñimiento, las heces son de consistencia normal).
- Enuresis: de forma similar a la encopresis, es la emisión repetida de orina en la cama o ropa, tanto de forma voluntaria como involuntaria. La enuresis puede ser nocturna (micción involuntaria durante el sueño) o diurna (pérdida involuntaria de orina mientras el paciente está despierto). También puede darse el caso de presentarse ambas tipologías.

Otros trastornos de la infancia, niñez o adolescencia

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

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

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

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

Trastornos mentales debidos a enfermedad médica

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

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Los trastornos englobados en este grupo son los siguientes:

- Esquizofrenia: la esquizofrenia es un trastorno mental complejo que dificulta establecer la diferencia entre la realidad y la irrealidad, pensar de manera clara, presentar respuestas emocionales normales, o actuar normalmente en un contexto social. Los síntomas característicos son, entre otros, ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico, etc.
- Trastorno esquizofreniforme: este trastorno, muy similar a la esquizofrenia, es de menor duración (entre 1 y 6 meses de duración) y no suele presentar deterioro de la actividad social (aunque puede haberlo).
- Trastorno esquizoafectivo: este trastorno es una afección mental que presenta en el paciente tanto psicosis (pérdida de contacto con la realidad) como problemas anímicos, pudiendo presentarse estos de forma simultánea o de forma independiente. Entre otros, los síntomas asociados son cambios en el apetito, discurso desorganizado, problemas de sueño, aislamiento social, etc.
- Trastorno delirante: la principal característica del trastorno delirante es presencia de al menos una idea delirante persistente no extraña (que pueden ocurrir en la vida real). Esto puede relacionarse con alucinaciones táctiles u olfatorias.

Trastornos del estado de ánimo

Los trastornos del estado de ánimo afectan al estado emocional diario de la persona, no únicamente de forma ocasional. En un trastorno del estado de ánimo, el paciente pierde la sensación de control sobre su ánimo.

Las patologías englobadas en este grupo de trastornos son las siguientes:

- Trastorno bipolar: el trastorno bipolar es una enfermedad mental caracterizada por los repentinos e inusuales cambios de humor del paciente. Estos estados de ánimo alternan entre la manía (estado de euforia y de animación) y la depresión (asociada a una mucho menor actividad). Por tanto, el paciente alterna entre la alegría y la tristeza de una forma más extrema que el resto de personas.
- Episodio depresivo mayor: se caracteriza principalmente por presentarse un estado de ánimo deprimido o irritable relativamente continuado (al menos dos semanas). Esta patología presenta otra sintomatología asociada, como puede ser falta de energía, pérdida de apetito, dificultad para pensar o tomar decisiones, sentimientos de infravaloración, etc.
- Trastorno depresivo mayor: este trastorno se manifiesta en una serie de síntomas que afectan a la capacidad de estudiar, dormir, comer y realizar actividades que previamente resultaban placenteras para el paciente.

Normalmente, este trastorno se presenta con un estado de ánimo triste, irritable o disfórico de forma continuada, o con una disminución considerable de la capacidad de disfrutar de actividades, o mostrar interés o satisfacción en ellas. Existen dos categorías asociadas a este trastorno: desorden del comportamiento suicida y autolesión no suicida.

- Trastorno distímico: el trastorno distímico es un tipo de depresión de elevada duración (al menos dos años) asociada a afecciones leves o moderadas. Los síntomas principales de este trastorno son la falta o exceso de apetito, trastornos del sueño (falta o exceso de sueño) y falta de energía.
- Trastorno ciclotímico: esta patología es una forma leve del trastorno bipolar, y se caracteriza por variaciones en el estado de ánimo del paciente durante un periodo prolongado. Estas variaciones oscilan entre la depresión leve y la euforia emocional. En esta patología no se cumplen los criterios de un episodio depresivo mayor.
- Trastorno del estado de ánimo disruptivo y no regulado: este trastorno se define como rabietas y enfados repetitivos no proporcionales al nivel madurativo de la persona o a la situación. Pueden aparecer agresiones o insultos durante las rabietas y debe haber estado de ánimo irritable o enfadado la mayoría del tiempo entre rabietas debe ocurrir mínimo unas tres veces por semana.

Trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad engloban una serie de patologías que presentan diferentes síntomas, pero todos ellos se agrupan alrededor de un temor o pavor irracional y excesivo. Los trastornos de ansiedad se presentan normalmente junto con otros trastornos mentales, lo que puede enmascarar los síntomas de ansiedad o empeorarlos.

Las patologías englobadas en este grupo de trastornos son las siguientes:

- Trastorno de angustia: un paciente con trastorno de angustia sufre episodios súbitos de miedo intenso no justificados, denominados crisis de angustia. Estas crisis suelen ir acompañadas de síntomas físicos (palpitaciones, sudoración, dolor en el pecho, temblor, etc.). Los trastornos de angustia pueden ser con agorafobia o sin agorafobia.
- Fobia específica: una fobia específica es un miedo persistente e irracional a un determinado objeto, animal, actividad o situación que ofrece poco o ningún peligro real. La exposición a este estímulo implica una respuesta inmediata de ansiedad.
- Fobia social: la fobia social es un tipo de fobia caracterizado por presentar una respuesta de ansiedad y miedo al enfrentarse a ciertas situaciones sociales, o a la interacción con otras personas. Una característica específica de la fobia social es la respuesta previa a los hechos que van a ocurrir, denominada ansiedad anticipatoria.
- Trastorno por estrés agudo: los pacientes con un trastorno por estrés agudo presentan un conjunto de síntomas de ansiedad justo después de la exposición a un acontecimiento altamente traumático. A diferencia del trastorno por estrés postraumático, los síntomas se manifiestan durante el primer mes tras el acontecimiento y tienen una duración máxima de cuatro semanas.
- Trastorno de ansiedad generalizada: esta patología se manifiesta como una ansiedad y preocupación excesivas sobre un gran abanico de acontecimientos o actividades, con una duración superior a los seis meses.
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica: este trastorno es una patología secundaria a los efectos fisiológicos producidos por una enfermedad médica. Los principales síntomas son una ansiedad prominente y generalizada, crisis de angustia y obsesiones y compulsiones.

Trastornos obsesivos compulsivos

Este grupo de patologías presentan como característica común los elevados niveles de ansiedad que padece la persona, generalmente en solitario, debido a la aparición de obsesiones y compulsiones, porque la persona con TOC suele esconder su problema a los demás.

- Trastorno obsesivo-compulsivo: este trastorno, como su propio nombre indica, se caracteriza por la presencia de obsesiones (pensamientos o impulsos recurrentes y persistentes que invaden la conciencia) y compulsiones (conductas repetitivas que se realizan según determinadas reglas de forma estereotipadas) que provocan pérdidas de tiempo significativas.
- Tricotilomanía: la característica esencial de la tricotilomanía es la necesidad irresistible de tirar y arrancar el pelo del cuero cabelludo, así como de otras partes del cuerpo (como por ejemplo, las cejas). Este trastorno da lugar a una pérdida perceptible de pelo. La mayor incidencia de la patología se da entre los 5-8 años y los 13 años.
- Trastorno por acaparamiento (acumulación): este trastorno se presenta como una dificultad persistente de desprenderse de objetos, independientemente de su valor.
- Síndrome de excoriación: esta condición se caracteriza por el pellizcado crónico y rascado de la piel que puede causar heridas y costras, y es diagnosticado cuando los comportamientos no están asociados con otro trastorno.

Trastornos relacionados con traumas o eventos estresantes

Este grupo de trastornos se caracterizan por manifestarse tras la aparición de un traume o un evento estresante que ha sido sufrido por el paciente. Las patologías que se engloban en este apartado son las siguientes:

- Trastorno por estrés postraumático: este trastorno se manifiesta tras la aparición de un trauma y consta de cuatro grupos de síntomas, de nidos para su diagnóstico: re-experimentación, hiperactivación, evitación y "alteraciones negativas persistentes en las cogniciones y el estado de ánimo".
- Trastorno del comportamiento social desinhibido: este trastorno es causado por negligencias en el cuidado del niño, privación afectiva o cambios que impiden el desarrollo de un apego normal (por ejemplo casas de acogida). Se entiende como una excesiva proximidad a desconocidos, ser demasiado cercanos o familiares, buscar contacto excesivo no propio de la relación de familiaridad con esa persona, además no suelen buscar la figura de seguridad cuando están en ambientes desconocidos.

Trastornos somatomorfos

Los trastornos somatomorfos son un conjunto de patologías en las cuales los pacientes refieren síntomas físicos, pero niegan la existencia de trastornos mentales. Coloquialmente los trastornos somatomorfos son denominados trastornos psicosomáticos.

Los síntomas referidos por los pacientes no pueden ser explicados por ninguna patología orgánica subyacente.

El grupo de trastornos somatomorfos engloba las siguientes patologías:

- Trastorno de conversión: esta patología es una afección psiquiátrica en la cual el paciente presenta una afección de origen neurológico (ceguera, parálisis, etc.) que no pueden ser explicados tras una valoración médica. Es muy rara la aparición de la patología antes de los 10 años.
- Trastorno por dolor: en un trastorno por dolor, el paciente sufre un dolor tan intenso-localizado en una o varias partes de su cuerpo que afecta a su vida diaria. No obstante, este

dolor no tiene ninguna base física. El dolor sufrido es real, no es creado ni fingido.

- Trastorno por ansiedad a la enfermedad: un paciente que sufre esta patología cree que los síntomas físicos que padece se corresponden con una enfermedad grave, aunque estos síntomas no tengan una base médica que lo respalde. Las personas con este trastorno son incapaces de controlar sus miedos y preocupaciones.

Trastornos disociativos

Estos trastornos se encuentran basados en una alteración de funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno, o la pérdida total o completa de la integración normal entre ciertos recuerdos del pasado, la conciencia de la propia identidad, ciertas sensaciones inmediatas y el control de los movimientos corporales.

Las patologías que engloban los trastornos disociativos son las siguientes:

- Amnesia disociativa: la amnesia disociativa también es conocida como amnesia psicógena o funcional y es un trastorno disociativo, en el que el paciente es incapaz de recordar un suceso debido al alto estrés que le origina la situación. Es, por tanto, el olvido de sucesos traumáticos. En el colectivo infantil es difícil de diagnosticar, ya que puede confundirse con otras patologías con similares síntomas.
- Trastorno de identidad disociativo: este trastorno, también denominado trastorno de personalidad múltiple, consiste en la presencia de dos o más personalidades o identidades independientes. Estas personalidades controlan de forma recurrente el comportamiento del individuo. El paciente no es capaz de recordar sucesos que hayan ocurrido cuando otra personalidad poseía el control del cuerpo.
- Trastorno de despersonalización: este trastorno se caracteriza por el sentimiento persistente del paciente de estar separado del propio cuerpo o de sus procesos mentales. Por tanto, el paciente se convierte en un observador externo de sí mismo. Los episodios de despersonalización aparecen en el transcurso de otros trastornos mentales.

Trastornos del sueño

Estos trastornos, como su propio nombre indica, son problemas relacionados con el sueño, tanto para conciliar el sueño o mantenerse despierto, como permanecer dormido, quedarse dormido en lugares y momentos inapropiados o presentar conductas anormales durante el sueño.

Las patologías englobadas en este grupo de trastornos son las siguientes:

- Insomnio primario: el insomnio es la dificultad tanto para conciliar el sueño como mantenerse dormido, o bien para tener un sueño reparador. Normalmente no se presenta en el periodo infantil y juvenil, pero de forma excepcional pueden presentarse casos. El insomnio primario puede ser episódico (aparece y desaparece), de corto plazo (con una duración de pocas semanas) o crónico (de larga duración).
- Trastorno del sueño relacionado con la respiración: este trastorno se caracteriza por una destructuración del sueño, derivando tanto en una excesiva somnolencia como en insomnio. Ambos síntomas son considerados secundarios a las alteraciones de la ventilación durante el sueño. Esta patología progresa gradualmente hasta cronificarse.
- Pesadillas: las pesadillas son despertares repetidos provocados por sueños extremadamente terroríficos y prolongados y que se centran en amenazas para la supervivencia del paciente, su seguridad o su autoestima. Las pesadillas suelen aparecer entre los 3 y 6 años, y son superados con la edad.

- Terrores nocturnos: los terrores nocturnos son un trastorno del sueño en el que el paciente se despierta de forma repentina de su sueño en un estado aterrorizado. Estos despertares suelen producirse durante las primeras horas de sueño. Al contrario que las pesadillas, el paciente no tienen un recuerdo o justificación para su estado.
- Sonambulismo: este trastorno cursa con la realización de actividades o caminar mientras el paciente se encuentran todavía dormido. Aunque no se conocen las causas del sonambulismo, en niños está relacionado con la fatiga, la falta de sueño y la ansiedad.
- Trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental: la característica esencial de estos trastornos es la presencia de insomnio o hipersomnia de carácter temporal y asociado a otro trastorno mental.
- Trastornos del sueño debido a enfermedad médica: son alteraciones del sueño del paciente derivadas de los efectos fisiológicos de otra patología padecida.

Trastornos del control de los impulsos (no clasificados anteriormente)

Este grupo de trastornos se caracteriza esencialmente por el fracaso en reprimir el impulso para realizar ciertas tareas o actividades que pueden ser perjudiciales tanto para el propio paciente como para su entorno. En el momento de realizar la actividad, el paciente siente gusto y satisfacción, aunque posteriormente pueden manifestarse sentimiento de culpa o pena.

Las patologías englobadas en este grupo de trastornos son las siguientes:

- Piromanía: la piromanía se caracteriza por la presencia de múltiples episodios de provocación de incendios de forma voluntaria e intencionada. Previamente a estos episodios, el paciente experimenta activación emocional. Generalmente, un pirómano tiene una fascinación por el fuego, sus contextos y sus consecuencias.
- Trastornos adaptativos: la característica esencial de los trastornos adaptativos es el desarrollo de síntomas emocionales o de comportamiento en respuesta a un estresante psicosocial identificable. El estresante puede ser simple o complejo, y puede ser recurrente o continuo. Los subtipos de nidos son: con estado de ánimo depresivo; con ansiedad; mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo; con trastorno de comportamiento; con alteración mixta de las emociones y el comportamiento; y no específico.

ANEXO IV. Mejores prácticas a nivel internacional en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente

En el presente anexo se describen las principales iniciativas o mejores prácticas promovidas por los países para impulsar el ámbito de la Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Las dos iniciativas destacadas son las implantadas en Reino Unido y Canadá.

Reino Unido

La iniciativa implantada por el NHS en el Reino Unido son los llamados CAMHS (Child and Adolescent Mental Health Services), especializados en la prestación de ayuda y tratamiento para niños y jóvenes hasta la edad de 18 años con problemas de salud emocional, de comportamiento y mentales.

Los tipos de problemas en los que los CAMHS centran sus esfuerzos son el comportamiento violento o enojado, depresión, dificultades de alimentación, baja autoestima, ansiedad, obsesiones o compulsiones, problemas de sueño, comportamiento autodestructivo y los efectos del abuso o eventos traumáticos. Los CAMHS también pueden diagnosticar y tratar problemas otros trastornos mentales, como el trastorno bipolar y la esquizofrenia.

Los profesionales presentes en los CAMHS son psicólogos, psicoterapeutas, terapeutas familiares, psiquiatras infantiles o de adolescentes, enfermeras y trabajadores sociales.

Existen diferentes maneras de acceder a los CAMHS. La más común es a través del pediatra o médico de familia del niño o adolescente, aunque cabe la derivación por parte de los maestros y otro personal escolar, las enfermeras escolares, los trabajadores sociales y los servicios de asesoramiento para jóvenes.

A modo resumen, se recoge a continuación una breve cronología de la política de los CAMHS en el Reino Unido:

- Año 2000: El Programa del Plan de Implementación del NHS (Nacional Health Service) incluía el requisito de que las autoridades sanitarias y locales trabajaran conjuntamente para producir una estrategia local de CAMHS.
- Año 2008: El primer Children's Plan fue publicado y la Iniciativa ThinkFamily se puso en marcha. Se establecieron las primeras Guías enfocadas a Salud Mental en las Escuelas (TaMHS) y se publicó el Programa de Promoción de la Salud del Niño. En noviembre de ese mismo año se publicó la Revisión de los CAMHS (un examen independiente que incluyó una serie de recomendaciones para la acción a nivel nacional, regional y local).
- Año 2010: El Consejo Nacional Asesor de Salud Mental de la Infancia y el Bienestar Psicológico publicó un informe exponiendo cómo implantarían las recomendaciones de la Revisión de los CAMHS.
- Año 2011: En febrero el Gobierno publicó la Estrategia de Salud Mental No Health Without Mental Health: a Cross-Government Outcomes Strategy for People of All Ages.

Dentro de la iniciativa de los CAMHS se incluye una unidad docente de la University College of London llamada CAMHS EPBPU (CAMHS Evidence

Based Practice Unit), que promueve la práctica basada en los resultados y la evidencia. Fundada en enero de 2006, la CAMHS EBPU, de la University College of London en colaboración con el Anna Freud Center, tiene como objetivo desarrollar y difundir información sobre las últimas investigaciones en relación a la ayuda a niños y jóvenes con dificultades emocionales y de comportamiento, y sus familias.

La CAMHS EBPU busca promover activamente la práctica basada en resultados y en la evidencia informada. Esto implica asesorar a profesionales de salud mental del niño sobre los puntos fuertes y las limitaciones de la base de pruebas y sobre cómo utilizar la evaluación rutinaria de los resultados para reflexionar y mejorar la práctica.

La Estrategia de Salud Mental del Gobierno del Reino Unido también hace hincapié en la crucial importancia de la detección e intervención temprana en los problemas emergentes de salud emocional y mental de los niños y jóvenes.

La iniciativa para cubrir esta necesidad detectada es el proyecto BOND (Better Outcomes, New Delivery), que incluye las siguientes actividades:

- Recopilación e intercambio de ejemplos de las mejores prácticas.
- Trabajo intenso con las VCSO en cinco áreas piloto en todo el país para desarrollar herramientas y métodos prácticos para fortalecer la capacidad para prestar servicios de salud mental a niños y jóvenes.
- Aprendizaje de los programas pilotos a nivel nacional, a través de la capacitación y el intercambio de información.

El Programa es impartido por el Consorcio BOND, dirigido por Young Minds (la principal organización benéfica del Reino Unido dedicada a mejorar el bienestar emocional y la salud mental de los niños y jóvenes) e integrado por organizaciones nacionales y personas de reconocida experiencia y sólida trayectoria en la salud mental de niños y jóvenes.

Canadá

El Gobierno Canadiense reconoce que al igual que debería ser para el resto de países desarrollados la salud mental es una prioridad en el sistema sanitario. Lo hace en base a datos que son extrapolables a otros países:

- El 20% de canadienses sufrirá una enfermedad mental en su vida.
- La depresión afecta al 8% de la población.
- La esquizofrenia afecta al 1% de la población.
- El 70% de los problemas de salud mental y las enfermedades tienen su inicio en la infancia o en la adolescencia.
- Los jóvenes de 15-24 años de edad son más propensos a sufrir trastornos de enfermedad mental que cualquier otro grupo de edad.

En Canadá se consideró que muchas soluciones cali cadas como e caces sólo se aplicaban en los ámbitos académicos en los que se desarrollaban, sin llegar a los profesionales de la salud, los que realmente las necesitan en primera línea de la atención de salud.

Para cubrir esta brecha entre la evidencia de la investigación y la práctica de la salud mental, el Gobierno de Canadá, a través del Instituto Canadiense de Investigación en Salud (CIHR), y la Fundación Graham Boeckh (GBF) se asociaron en 2012 para crear una red orientada al paciente.

Esta Red se encarga de coordinar la participación de los pacientes (jóvenes y adolescentes entre 11 y 25 años de edad), las familias, los responsables políticos, profesionales de la salud, investigadores y otras partes interesadas y de asegurarse de que los resultados de la investigación basada en la evidencia tienen aplicación efectiva en todo Canadá, en una amplia gama de contextos, para lograr el éxito a escala nacional.

Tal y como indica su presidente, el Dr. Alain Beaudet, la Red utiliza los datos de investigación para desarrollar e implementar prácticas innovadoras, políticas y programas. El resultado es un sistema más rentable que produce mejores resultados de salud para los canadienses.

Los objetivos específicos de la Red son los siguientes:

- Llevar a cabo investigaciones sobre medidas ya identificadas como eficaces, en distintos entornos y en muestras de población mayores que las ya investigadas, para demostrar su impacto en la salud mental del paciente.
- Desarrollar nuevos métodos para implementar prácticas, políticas y programas basados en la evidencia y demostrar cómo se pueden mejorar los resultados y la satisfacción del paciente, el acceso a la atención y la eficiencia y el valor para el sistema de salud.
- Llevar a cabo la investigación con numerosos investigadores y centros vinculados a nivel nacional dentro de la Red para generar evidencia e innovaciones que impulsen cambios en las prácticas y políticas, que conduzcan a mejoras identificables y medibles en la salud, la atención y la eficiencia y eficacia de la prestación de servicios de salud a los pacientes.
- Asegurarse de que estos tres primeros objetivos son claros, medibles y de alto impacto. La Red articula para ello un conjunto de hitos concretos y detallados.

Adicionalmente, en Canadá se han implantado dos programas de transición de pacientes infantiles y juveniles con enfermedades crónicas que pasan a la atención sanitaria de adultos. Gracias a estos Programas se garantiza la correcta asistencia de estos pacientes que alcanzan los 18 años, entre los que se encuentran los relacionados con la Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Por tanto, es un sistema de asistencia sanitaria que permite la continuidad de cuidados de estas personas desde el momento del diagnóstico y a lo largo de toda su vida.

Estos dos Programas son los implantados en Toronto y Vancouver:

- Toronto SickKids 'Good2Go' model, Toronto, Canadá.
- British Columbia Children's hospital, ON TRAC, Vancouver, Canadá.

Las principales características que rigen ambos programas se indican a continuación:

Aspecto analizado	Toronto SickKids 'Good2Go' model, Toronto, Canadá	British Columbia Children's hospital, ON TRAC, Vancouver, Canadá
Proceso de transición	General y específico de ciertas patologías.	General
Fases de las que consta el modelo de transición	12-15 años: Fase inicial 16-18 años: Fase de transición	10-12 años: Fase inicial 13-15 años: Fase intermedia 16-18 años: Fase de transición
Áreas claves a desarrollar para crear un marco necesario para una transición con éxito	–Información básica sobre el sida –Educación sexual	–Autoestima –Defensa propia –Autonomía personal y médica –Educación sexual –Salud y estilo de vida –Apoyo social
Comunicación entre los pediatras y los médicos de adultos	Modelo colaborativo que consta de sesiones clínicas entre pediatras y médicos de adultos	Sí, se proponen visitas previas al servicio de adultos para que esta comunicación sea efectiva
Existencia de un mentor para cada joven	En el servicio médico de adultos existe una persona encargada de cada joven para facilitar su integración al sistema	No

Aspecto analizado	Toronto SickKids 'Good2Go' model, Toronto, Canadá	British Columbia Children's hospital, ON TRAC, Vancouver, Canadá
Registro de asistencia sanitaria	No	Registro de la asistencia sanitaria que los jóvenes reciben durante toda la época pediátrica. Este registro es usado para la transferencia de información entre el pediatra y el médico de adultos. Ésta será de suma importancia en el momento de la transición para que el médico de adultos reciba todos los datos necesarios
Pasaporte médico	Es una herramienta que tiene disponibles tanto: –1 modelo genérico –20 distintos modelos según condición médica Este provee de la información individualizada de cada paciente para que puedan llevarla siempre en la cartera en forma de carné para cualquier momento que puedan necesitarla	Es una herramienta que provee a los jóvenes con un sumario de su historial médico de tamaño de bolsillo y con una versión electrónica que está disponible en la red en todo momento y puede descargarse en el teléfono móvil
Grupos de apoyo disponibles	Sí En el centro pediátrico, grupos de apoyo psico-educacional tanto para jóvenes como para los padres Tardes de mentoring en el centro de adultos y tours por el hospital	Sí
Desarrollo profesional del personal médico	Medidas ya aprobadas pero aún no implantadas: Seminarios de entrenamiento al personal médico tanto en el pediátrico como en el centro de adultos donde se abordaran temas como: –Cómo facilitar la transición efectiva –Motivar la autogestión –Diferencias de los servicios ofrecidos en los distintos centros –Mejores prácticas identificadas –Cuidados de calidad durante las transiciones	Se identifica como una medida imprescindible en el proceso de transición, pero aún no está implantado ningún desarrollo profesional en particular
Procedimiento	Procedimiento del Proceso de Transición establecido en el centro tanto general como específico por enfermedades	Procedimiento del Proceso de Transición establecido en el centro (accesible bajo compra)

Uno de los principales impulsores de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en Canadá es el Dr. Stan Kutcher, que junto con su equipo trabaja en la creación y desarrollo de iniciativas científicas a nivel nacional e internacional, así como de los programas educativos y clínicos mediante la colaboración con los proveedores de atención a la salud, los responsables políticos, las escuelas,

la comunidad empresarial, las organizaciones sin ánimo de lucro y la sociedad en general.

Este equipo de trabajo ha puesto en marcha una iniciativa para el abordaje y tratamiento de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en Canadá, el Critically Evaluating School Mental Health (CESMH). Éste es un proyecto on-line basado en la mejor evidencia que proporciona la síntesis y la evaluación de los programas escolares de prevención y promoción de la salud mental para los educadores de todo Canadá, de forma que sirva para ayudarles en la selección de programas de salud mental que mejor pueden aplicar e implementar en las escuelas.

Cada uno de los programas propuestos es evaluado utilizando un proceso de revisión crítica y sistemática utilizando metodologías Cochrane, con el fin de evaluar la calidad de las evidencias de la información científica disponible. Este sistema clasifica los programas en seis niveles de evidencia de la efectividad y en tres niveles de preparación para la difusión, utilizando rigurosos elementos científicos.

Actualmente, este sistema ha desarrollado dos proyectos piloto: Signos de Suicidio (SOS) y el Programa de Prevención del suicidio "Yellow Ribbon". La puesta en marcha de estos programas ha detectado una falta de evidencia sobre la eficacia del SOS y los programas de prevención del suicidio "Yellow Ribbon" en la disminución de las tasas de suicidio. Por otra parte, no hay estudios disponibles para investigar la relación coste-eficacia o la seguridad de ambos programas previamente mencionados.

ANEXO V. Principales iniciativas de formación en Psiquiatría del Niño y el Adolescente

La formación específica en Psiquiatría del Niño y el Adolescente se encuentra bastante atomizada, y en numerosas ocasiones esas iniciativas son posibles gracias a los intereses particulares y el impulso de los propios profesionales.

En este sentido, principalmente a nivel de postgrado, diversas unidades y entidades académicas ofrecen una oferta formativa específica en este campo de conocimiento. De esta forma, a continuación se muestran varias de estos programas de formación de nuevos profesionales en el campo de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

Máster en formación en Paidopsiquiatría y Psicología de la Infancia y de la Adolescencia, de la Universitat Autònoma de Barcelona

El máster de formación en paidopsiquiatría y psicología de la infancia y la adolescencia tiene como finalidad formar profesionales de la medicina y de la psicología en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento psicológico de los problemas de los niños, los adolescentes y sus familias.

La psiquiatría infantil y juvenil es, en casi todos los países de la Comunidad Económica Europea, una especialidad reconocida y que implica tanto la existencia de cátedras como de cursos de especialidad y al mismo tiempo planes específicos de asistencia sanitaria. Esto se debe a las características biológicas evolutivas de la organización mental, tanto en el aspecto de la adaptación como en el del aprendizaje.

También la organización familiar y social en general en torno a la patología del niño y el adolescente imprime el ejercicio de esta especialidad de unas características bien definidas y diferenciales.

Los objetivos de este máster son los siguientes:

- Dar a conocer la teoría de los apartados de la valoración diagnóstica, clínica y terapéutica, y de la paidopsiquiatría comunitaria y forense.
- Entender y saber utilizar la terminología psicopatológica así como el uso de los manuales diagnósticos de uso actual (criterios diagnósticos).
- Conocer las principales manifestaciones clínicas de los trastornos psiquiátricos y psicológicos que afectan a niños y adolescentes.
- Saber llevar a cabo entrevistas clínicas y estudios de valoración diagnóstica.
- Adquirir conocimientos de planificación de estrategias terapéuticas y la aplicación de las mismas.
- Hacer prácticas en los apartados mencionados anteriormente.
- Conseguir que el alumno adquiera una formación teórico-práctica en contacto con el paciente y monitorizado por un tutor.

Máster propio en Psiquiatría y Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia, de la Universitat de Barcelona

Este máster, de 120 créditos y 2 años de duración, tiene como principal objetivo adquirir una formación en psiquiatría y psicología clínica de niños y adolescentes mediante el trabajo en un

equipo multidisciplinar de orientación cognitivo-conductual y biológica, que incluye prácticas de evaluación e intervención terapéutica en régimen de hospitalización completa, en hospital de día o en ambulatorio.

Los principales destinatarios a los que va dirigido el máster son licenciados en psicología o medicina, y para poder acceder al mismo se realizarán pruebas de preselección y entrevistas personales.

Máster Universitario en Psicoterapia Breve, promovido por la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia (SEMPyP)

La SEMPyP alcanzó un acuerdo con la Universidad San Jorge para acreditar el Máster Universitario en Psicoterapia Breve, promovido por esta Sociedad. Este máster se compone de tres cursos obligatorios y tres cursos optativos, a elegir entre cinco propuestas. Una de estas propuestas es el curso de experto en Psicoterapia Breve con Niños y Adolescentes.

De esta manera, los alumnos que hayan cursado los Expertos Universitarios previstos en el vigente plan de estudios pueden tener acceso, previa la realización de un trabajo Fin de Máster tutorizado por los profesores del mismo, a esta titulación universitaria.

Por el mismo acuerdo, se abre un periodo durante el que los alumnos Expertos no universitarios también pueden acceder a la convalidación del Máster.

Máster en Clínica Psicoanalítica con Niños y Adolescentes, de la Universitat de Barcelona

El Máster en Clínica Psicoanalítica con Niños/as y Adolescentes ofrece una formación integral, rigurosa y amplia dentro del ámbito psicoanalítico y sus diversas corrientes de pensamiento. Está creado e impartido por profesores de la Escuela de Clínica Psicoanalítica con Niños y Adolescentes, asociación sin ánimo de lucro que desde septiembre de 1992 es miembro fundador de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP). Desde el año 2002, la Escuela ofrece el Máster en Clínica Psicoanalítica con Niños y Adolescentes.

Con el objetivo de establecer las bases de la psicoterapia psicoanalítica en la infancia y la adolescencia, así como de facilitar el abordaje psicoanalítico del síntoma y de los trastornos mentales que afectan al niño y al adolescente para obtener una correcta orientación terapéutica, el máster se estructura en dos áreas, una teórica y otra clínica, constantemente interrelacionadas. Incluye seminarios de profundización, sesiones clínicas, espacios de prácticas y supervisión de casos clínicos y favorece el recorrido por las diversas corrientes del pensamiento psicoanalítico.

Los objetivos de este máster son los siguientes:

- Conocer el enfoque estructural y los principales principios y mecanismos de la estructuración del aparato psíquico en la infancia.
- Dominar los fundamentos de la psicopatología psicoanalítica, comprender el síntoma según el psicoanálisis y alcanzar los principales postulados de la metapsicología freudiana a partir del estudio y el análisis de la teoría de las pulsiones y la sexualidad infantil.
- Conocer el proceso de diagnóstico psicoanalítico a partir de entrevistas, de la interpretación del juego y del dibujo, de técnicas proyectivas y del trabajo con los padres.
- Saber aplicar los fundamentos teóricos brindados en la vertiente práctica: observar y lograr una mirada clínica en los centros donde se realicen las prácticas, abstraer lo más relevante de los casos observados/trabajados, aprender la dinámica profesional, comprender las líneas de actuación y los modelos terapéuticos de los diversos profesionales que expongan las sesiones clínicas.

Máster interuniversitario en Iniciación a la Investigación en Salud Mental, promovido por la Universidad de Cantabria, la Universitat Autònoma de Barcelona, la Universidad Complutense de Madrid, la Universitat de Barcelona, la Universidad de Cádiz y la Universidad del País Vasco

Este Máster pretende dar a conocer a los/las alumnos/as las herramientas básicas que permiten generar un profundo conocimiento científico de la salud mental. Los contenidos abarcan los factores genéticos, fisiopatológicos y ambientales de las enfermedades mentales transmitidos de forma muy especializada y contemplando desde la formulación de hipótesis, hasta el diseño de los estudios y análisis estadísticos más pertinentes para cada determinado problema de salud, la elaboración de protocolos de investigación para los estudios y, por tanto, las implicaciones éticas, así como la publicación de resultados.

Los objetivos generales planteados en este máster son los siguientes:

- Profundizar en el conocimiento exhaustivo y meticuloso en el campo de estudio de la salud mental.
- Lograr que los/las alumnos/as desarrollen un análisis crítico del conocimiento y herramientas existentes, su aplicabilidad y límites, así como perseguir un aprendizaje continuado y autónomo a lo largo de su vida.
- Facilitar, dentro de la labor investigadora, la comprensión de la relevancia que los principios fundamentales del funcionamiento del sistema nervioso presentan para determinar los diversos aspectos de la salud mental.
- Promover la investigación y la evaluación crítica en la práctica clínica en los campos relacionados con la psiquiatría y la salud mental.
- Proporcionar una educación adecuada acerca de las actitudes, conocimientos y habilidades necesarias para el desarrollo de un trabajo e caz en el área de la salud mental.
- Facilitar el desarrollo profesional de los estudiantes, mediante la discusión crítica, el análisis de la literatura científica o el estudio de casos clínicos en el área la salud mental.

Contenido en el Programa del máster se recoge el módulo de Psiquiatría Infanto-juvenil, impartido en la Universidad Complutense de Madrid. Esta oferta formativa, aunque no específica de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, se ha querido resaltar en el presente libro blanco debido a la elevada implicación de entidades académicas en su desarrollo.

Máster en Diagnóstico y Tratamiento de la Psicopatología de la Impulsividad: de los Problemas Familiares, Escolares y Laborales a la Siniestralidad, las Adicciones y la Delincuencia, de la Universitat Autònoma de Barcelona

El Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Vall d'Hebron viene desarrollando, desde hace 10 años, una importante labor asistencial, de investigación y docente en el ámbito de la psicopatología de la impulsividad, centrada, en estos momentos, en una serie de programas específicos, entre los que se encuentra el Programa de TDAH (que incluye al colectivo infantil y adolescente), el Programa de Trastornos del Comportamiento perturbador de inicio en la infancia, trastorno límite de la personalidad y trastorno antisocial de la personalidad y el Programa de Fracaso Escolar, Académico y Laboral y Psicopatología, entre otros.

Los profesores del Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal de la Universidad, junto con los profesionales del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Vall d'Hebron, ofrecen una formación de primer nivel en este ámbito y contribuyen, de este modo, a mejorar la respuesta social ante los graves problemas personales, familiares, escolares, académicos, laborales y legales que presentan, a lo largo de la vida, los pacientes afectados por estas dolencias.

La realización del máster garantizará que los alumnos adquieran una formación avanzada de carácter especializado orientada a la capacitación en el ámbito asistencial, investigador y académico.

Así, al finalizar el Máster el estudiante será capaz de:

- Detectar la impulsividad patológica.
- Aplicar los conocimientos para hacer indicaciones, acoger los pacientes, resolver las incidencias y hacer un seguimiento de los pacientes de esta psicopatología en los ámbitos determinados.
- Abordar la psicopatología dentro de los límites y competencias de cada profesional, sin extralimitarse ni inhibirse en cada situación.

Máster en avances en la clínica psicoanalítica de la infancia y la adolescencia, de la Universitat de Barcelona

Este máster está dirigido a profesionales licenciados en Psicología o en Medicina que quieran profundizar en la práctica clínica con niños y adolescentes desde la teoría psicoanalítica.

Los principales cursos del programa formativo son los siguientes:

- Adquirir una especialización en la clínica infantil y juvenil (etapa de bebé a adolescente), teniendo en cuenta la importancia de esta etapa de la vida en la constitución del futuro del individuo.
- Adquirir las herramientas teóricas y diagnósticas para abordar las situaciones en las que el desarrollo emocional puede verse afectado y desemboca en situaciones patológicas.
- Conocer especialmente las alteraciones de la personalidad y la conducta.
- Identificar los principales modelos teóricos y técnicos de la psicoterapia psicoanalítica aplicada a la infancia y la adolescencia, y con la familia.
- Reflexionar, mediante el uso de casos clínicos, sobre las estrategias de abordaje terapéutico.
- Iniciarse en la práctica asistencial y adquirir recursos técnicos en la práctica clínica.
- Conocer el funcionamiento de la red asistencial en salud mental infantil y juvenil.
- Identificar y reconocer un objeto de estudio e investigación en el ámbito clínico.

Actividades formativas promovidas por SEPYPNA

SEPYPNA dispone de una amplia oferta formativa principalmente centrada en las Comunidades Autónomas de Madrid y País Vasco, aunque también realiza actividades en el resto de España. Estas actividades se centran en diferentes cursos y seminarios, entre los que pueden encontrarse los siguientes:

- El hijo imaginario.
- Curso básico y ciclo de profundización de Formación en Psicopatología y Psicoterapia de Niños y Adolescentes: diagnóstico estructural, TDAH, evaluación del niño pequeño, estatus mental, etc.
- Curso de especialización en Psicopatología y Psicoterapia de Niños y Adolescentes.
- La expresión gráfica y su comprensión.

ANEXO VI. Políticas y principales agentes de I+D+i a nivel estatal

Políticas y estrategias de I+D+i

Políticas y estrategias europeas de I+D+i

VIII Programa Marco de Investigación e Innovación – Horizonte 2020

Dentro de la Estrategia Europa 2020 destaca la iniciativa de la "Unión para la Innovación", con el objetivo puesto en la mejora de las condiciones y el acceso a nanciación de la Investigación y la Innovación. Es en este marco en el que se desarrolla el VIII Programa Marco de Investigación e Innovación que será publicado bajo el nombre "Horizonte 2020".

Horizonte 2020 agrupa toda la nanciación de la investigación y la innovación que aporta la Unión Europea actualmente. Una vez implantado, concentrará los recursos en tres prioridades diferentes, aunque se refuercen mutuamente, en las que el valor añadido de la Unión Europea es claro:

- Ciencia excelente: el objetivo es aumentar el nivel de excelencia de la base científica de Europa y asegurar un ujo estable de investigación de categoría mundial a n de garantizar la competitividad europea a largo plazo. Se prestará apoyo a las mejores ideas, desarrollando el talento dentro de Europa, ofreciendo a los investigadores acceso a infraestructuras de investigación prioritarias y consiguiendo que Europa resulte atractiva para los mejores investigadores del mundo.
- Liderazgo industrial: se tendrá por objetivo hacer de Europa un lugar más atractivo para la inversión en investigación e innovación (incluida la ecoinnovación), fomentando actividades en las que sean las empresas las que determinen la agenda. Se proporcionará una inversión importante en tecnologías industriales clave, se maximizará el potencial de crecimiento de las empresas europeas facilitándoles unos niveles de nanciación adecuados y se ayudará a las PYME innovadoras a convertirse en empresas líderes en el mundo.
- Retos sociales: se re ejan aquí las prioridades políticas de la estrategia Europa 2020 y se abordan las grandes preocupaciones compartidas por los ciudadanos de Europa y otros lugares. Un enfoque basado en los retos agrupará recursos y conocimientos de diversos ámbitos, tecnologías y disciplinas, incluidas las ciencias sociales y las humanidades. Se incluirán actividades desde la investigación hasta el mercado, con un nuevo énfasis en las actividades relacionadas con la innovación, como ejercicios piloto, demostración, bancos de pruebas y apoyo a la contratación pública y la asimilación por el mercado. Entrará aquí la creación de vínculos con las actividades de las Cooperaciones de Innovación Europea.

La Salud es una de las grandes prioridades para el Horizonte 2020, ya que permitirá mejorar el nivel de vida de la sociedad europea. En este sentido, las principales líneas de acción de nidas en este campo son las siguientes:

1. Envejecimiento: con especial foco en enfermedades neurodegenerativas. En este apartado se prioriza, por tanto, la salud

mental en general. Como ha sido comentado previamente, es crítico para mejorar la salud de los pacientes con trastornos psiquiátricos, contar con un diagnóstico precoz y ofrecer unos tratamientos lo más temprano posible. Por tanto, también se considera como prioridad la investigación en aspectos relacionados con la Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

2. Resistencia antimicrobiana.
3. Obesidad y nutrición.

Estrategia Europa 2020

Como continuación de la Estrategia de Lisboa del año 2000, la Estrategia Europa 2020 constituye el nuevo marco de referencia para la coordinación de las políticas económicas y de empleo de los Estados miembros de la UE. Establece un ciclo que se extiende hasta el año 2020, a partir de dos instrumentos básicos: los Programas Nacionales de Reformas y las Directrices Integradas 2020, referencia para diseñar los Programas nacionales de reformas.

La estrategia Europa 2020 cuenta entre sus objetivos a largo plazo con el de conseguir que la inversión en I+D en la unión europea alcance el 3% de su PIB.

Para alcanzar sus objetivos se proponen diversas iniciativas, una de las cuales es la denominada "Unión por la innovación", que trata de concentrar los esfuerzos de investigación e innovación de Europa, así como la cooperación con terceros países, en temas como el cambio climático, la energía y la seguridad alimentaria, la salud y el envejecimiento de la población, reforzando cada uno de los eslabones de la cadena de innovación, desde la investigación "pura" hasta la comercialización.

La iniciativa abarca ámbitos de actuación, en los que deben implicarse todos los países, que van desde los aspectos referentes al desarrollo del Espacio Europeo de Investigación, la mejora de las condiciones generales que favorezcan la innovación por parte de las empresas, particularmente las normas relativas a marcas, patentes y protección de la propiedad intelectual y la puesta en marcha de actuaciones como las "Cooperaciones de Innovación Europea", que se denen como instrumentos de cooperación entre la Unión y los Estados Miembros en aspectos concretos de gran proyección (bioeconomía, tecnologías para la integración social de personas mayores, etc.).

La iniciativa también contempla la revisión y consolidación del papel de los diversos instrumentos nancieros de la UE (los fondos estructurales, los de desarrollo rural y el programa marco de I+D, etc.) destinados a apoyar la innovación.

Espacio Europeo de Investigación (EEI)

El EEI es una plataforma destinada a reagrupar e intensi car las actividades de investigación en el ámbito comunitario y a coordinarlas con las iniciativas nacionales e internacionales. El EEI tiene por objeto guiar y ayudar a racionalizar las actividades de investigación y la política de innovación en toda Europa para, de esa manera, asegurar el futuro económico y competitivo de los 25 Estados miembros de la Unión.

Engloba todas las actividades, programas y políticas en el ámbito de la investigación y el desarrollo que requieren una perspectiva trasnacional.

Permite a los investigadores, instituciones y empresas tener un marco de movilidad, competencia y cooperación entre países.

Entre las últimas iniciativas que están cambiando el panorama del EEI se encuentran:

- El European Research Council (ERC): primera institución de nanciación de la I+D a nivel paneuropeo. Su objetivo es potenciar la investigación de alta calidad en Europa a través de la nanciación competitiva.
- Las Joint Technology Initiatives son herramientas para desarrollar la estrategia de algunas de las European Technology Platforms (ETPs). Una de las que entrarían en este programa es la Innovative Medicines Initiative (IMI), donde se encuentra una especí ca de autismo.
- El European Institute for Innovation and Technology (EIT) con el objetivo de facilitar el

paso de ideas a productor, del laboratorio al mercado y de estudiante a empresario.

The Madrid Declaration: why we need a coordinated Europe-wide e ort in mental health research

En abril de 2011, el British Journal of Psychia try publicó el editorial The Madrid Declaration: why we need a coordinated Europe-wide e ort in mental health research, rmado entre otros autores por el Director cientí co y el por el responsable de Pro gramas Europeos del CIBERSAM.

La Declaración de Madrid está promovida por representantes de siete redes de investigación de salud mental nanciadas a nivel estatal, junto con los líderes de los proyectos en curso de salud men tal nanciados por la Unión Europea.

Esta declaración aboga por la creación de una red de instituciones colaborativas de excelencia en el ámbito de la investigación en salud mental.

El mensaje clave de la Declaración de Madrid es llamar a un sistema formal de cooperación basa da en proyectos europeos existentes nanciados por la Unión, así como en las iniciativas estatales, que permitan responder de manera oportuna a las prioridades cientí cas y para optimizar los recur sos generados por la investigación.

El ROAMER es la hoja de ruta de la investiga ción a nivel europeo para los próximos años. Uno de los agentes clave en el desarrollo de la misma es el Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM). En esta hoja de ruta se recogerá la necesidad de invertir en investigación especí ca en Psiquiatría del Niño y el Adolescente, concretamente en el mejor conocimiento del neu rodesarrollo normal y patológico.

Políticas y estrategias estatales de I+D+i

Ley 14/2011 de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación

La Ley de la Ciencia, la Tecnología y la Innova ción aprobada el 12 de mayo de 2011 deroga la Ley de Investigación Cientí ca y Tecnológica de 1986, estableciendo un marco general para el fomento y la coordinación de la investigación cientí ca y téc nica con el n de contribuir al desarrollo sostenible y al bienestar social mediante la generación y difu sión del conocimiento y la innovación.

El texto se estructura en cuatro títulos y uno preliminar. En éste se recogen el objeto y los ob jetivos de la Ley y se de ne el Sistema Español de Ciencia, Tecnología e Innovación, que está inte grado por el Sistema de la Administración General del Estado y por los Sistemas de cada una de las Comunidades Autónomas, e incluye a agentes de coordinación, de nanciación y de ejecución.

La nueva Ley de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación pretende conseguir más participación de la empresa privada en actividades de investiga ción, más trabajo estable para los jóvenes inves tigadores y más calidad en la ciencia española, a través de una apuesta de nitiva e irreversible por la investigación de excelencia.

Estrategia Española de Ciencia y Tecnología y de Innovación 2013-2020

La Estrategia Española de Ciencia y Tecnología y de Innovación constituye una herramienta para potenciar el conjunto de las capacidades del Sis tema Español de Ciencia, Tecnología e Innovación, facilitando la colaboración entre todos sus agentes e incrementando los retornos sociales y económi cos derivados de la inversión en I+D+i.

Su principal objetivo es promover la coordina ción entre todos los agentes implicados, así como su internacionalización, e impulsa especialmente la búsqueda de soluciones orientadas a resolver los principales retos de la sociedad española, que coinciden, en buena medida, con los grandes retos mundiales.

El propósito general de la Estrategia Española de Ciencia, Tecnología y de Innovación es promo ver el liderazgo cientí co, tecnológico y empresa rial del conjunto del país e incrementar las capaci dades de innovación de la sociedad y la economía españolas.

Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación 2013-2016

El Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación 2013-2016 representa el instrumento destinado a desarrollar y financiar las actuaciones de la Administración General del Estado en materia de I+D+i para permitir la consecución de los objetivos y prioridades incluidos en la Estrategia Española de Ciencia y Tecnología y de Innovación.

El objetivo principal de este Plan Estatal es impulsar el liderazgo internacional del Sistema Español de Ciencia, Tecnología e Innovación, garantizar la sostenibilidad de las capacidades de generación de conocimientos e impulsar la competitividad del tejido empresarial de todo el Estado amparada en una sólida base científica y tecnológica y en la innovación en todas sus dimensiones.

Las actuaciones de la Administración General del Estado contenidas en el Plan Estatal se ordenan en cuatro Programas Estatales en correspondencia con los objetivos de la Estrategia Española de Ciencia y Tecnología y de Innovación y permiten instrumentalizar dichos objetivos. Estos Programas, a su vez, permiten el desarrollo de objetivos específicos ligados a la implementación y desarrollo del propio Plan a los que se vinculan los correspondientes indicadores de impacto de los resultados.

Estructuración de la I+D+i a nivel estatal

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

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

RTA

La Red de Trastornos Adictivos (RTA) es una estructura organizativa financiada por el Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Economía y Competitividad, constituida por distintos grupos de investigación biomédica cuyo objetivo es investigar los orígenes de los procesos adictivos, sus manifestaciones clínicas y su impacto social con el último de proporcionar herramientas de intervención terapéuticas y sociales que ayuden a reducir el tremendo impacto de las adicciones y las patologías asociadas.

El principal objetivo de la RTA es conseguir que la adicción a drogas sea tratada como una enfermedad, incorporada al sistema público de salud, aportando a través de la investigación los conocimientos sobre fisiopatología, etiopatogenia, terapéutica y prevención que permitan dar una solución a uno de los problemas de salud más acuciantes del mundo occidental.

La investigación desarrollada en esta Red se encuentra relacionada con la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, ya que un porcentaje de los trastornos mentales infantiles y juveniles (aunque preferentemente este último colectivo) están vinculados al consumo de sustancias de abuso.

CIBERSAM

El CIBERSAM está formado por 24 grupos de investigación clínica, preclínica y traslacional pertenecientes a 8 Comunidades Autónomas. Estos grupos, seleccionados de forma competitiva entre los más productivos a nivel estatal están dedicados fundamentalmente al estudio de trastornos mentales como la depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, así como los trastornos de ansiedad y trastornos mentales del niño y del adolescente, o la innovación terapéutica.

Su misión consiste en aportar respuestas y soluciones que permitan conocer mejor la etiofisiopatología de los trastornos mentales, mejorando la promoción de la salud mental, la prevención y los tratamientos actuales y de esta forma mejorar la calidad de vida de los ciudadanos. Por ello, se asume un abordaje traslacional y se busca activamente reunir y generar el máximo talento investigador en los grupos que desarrollan su actividad en hospitales, centros de investigación y universidades.