

# Evaluación de la calidad asistencial en el SNS de los trastornos mentales graves en la infancia. Estudio en salud mental infanto-juvenil

Informes de Evaluación  
de Tecnologías Sanitarias.  
Osteba

**INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN**



MINISTERIO  
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES  
E IGUALDAD



RED ESPAÑOLA DE AGENCIAS DE EVALUACIÓN  
DE TECNOLOGÍAS Y PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



EUSKO JAURLARITZA  
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA  
DEPARTAMENTO DE SALUD

# Evaluación de la calidad asistencial en el SNS de los trastornos mentales graves en la infancia. Estudio en salud mental infanto-juvenil

Informes de Evaluación  
de Tecnologías Sanitarias.  
Osteba

**INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN**



Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia  
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2014

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la Red Bibliotekak del Gobierno Vasco: <http://www.bibliotekak.euskadi.net/WebOpac>

Edición: 1.ª diciembre 2014

Internet: <http://publicaciones.administraciones.es>

Edita: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia  
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco  
c/ Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz

Fotocomposición: EkipoPo

Este documento se ha realizado al amparo del convenio de colaboración suscrito por el Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Economía y Competitividad, y el Departamento de Salud del Gobierno Vasco (Osteba), en el marco del desarrollo de actividades de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías y Prestaciones del SNS, financiadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Para citar este informe:

**Lasa Zulueta A, Jorquera Cuevas C, Solana Azurmendi B, Del Arco Heras S.** Evaluación de la calidad asistencial en el SNS de los trastornos mentales graves en la infancia. Estudio en Salud Mental Infanto-Juvenil. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2014. **Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA.**



## Índice de autores

**Alberto Lasa Zulueta.** Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil Uribe (Bizkaia). Osakidetza. Centro de día educativo-terapéutico de Ortuella (Bizkaia).

**Cristina Jorquera Cuevas.** Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (Osteba). Dirección de Investigación e Innovación Sanitaria. Departamento de Salud. Gobierno Vasco/ Eusko Jaur-laritz. Vitoria-Gasteiz (Araba/Álava).

**Begoña Solana Azurmendi.** Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil Uribe (Bizkaia). Osakidetza. Centro de día educativo-terapéutico de Ortuella (Bizkaia).

**Salvador del Arco Heras.** Centro de día educativo-terapéutico de Ortuella (Bizkaia).

## Colaboradores

**José Antonio de la Rica.** Jefe de Asistencia Psiquiátrica y Salud mental. Osakidetza.

**Francisco Tomás Chicharro Lezcano.** Jefe de Servicio de Unidad de Gestión Clínica, Red de Salud Mental Bizkaia. Osakidetza.

## Revisión externa

**Francisco Palacio-Espasa.** Psiquiatra, ex-jefe del Servicio de Psiquiatría Infantil Instituciones Universitarias de Ginebra (Suiza).

## Declaración de conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses en relación con este informe.

# Agradecimientos

Muchas personas han colaborado de alguna forma en la elaboración de este documento. El equipo investigador quiere agradecer a todos los profesionales que han respondido al cuestionario y también a quienes nos han aportado datos y contactos para facilitar este trabajo, listado que sería interminable, pero personas sin las cuales hubiera sido imposible realizarlo; queremos, además, guardar así la confidencialidad de la identidad de las personas que nos han concedido sus respuestas. Obviamente, los juicios y recomendaciones que se recogen en el documento reflejan la visión del equipo investigador y no necesariamente la de las personas señaladas.

## Coordinación del proyecto

**Desarrollo científico y coordinación técnica:** Cristina Jorquera Cuevas (Osteba).

**Coordinación y Gestión administrativa:** Rosana Fuentes Gutiérrez (Osteba).

**Edición y difusión:** Asun Gutiérrez Iglesias, Ana Belén Arcellares Díez e Iñaki Gutiérrez Ibarluzea(Osteba).

## Autora para correspondencia

cristina.jorquera@gmail.com (Cristina Jorquera)

# Índice

<b>Acrónimos</b> .....	<b>11</b>
<b>Resumen estructurado</b> .....	<b>13</b>
<b>Laburpen egituratua</b> .....	<b>17</b>
<b>Structured summary</b> .....	<b>21</b>
<b>I Introducción</b> .....	<b>25</b>
I.1. Justificación.....	29
<b>II. Objetivos</b> .....	<b>31</b>
II.1. Objetivos generales .....	31
II.2. Objetivos específicos .....	31
<b>III. Metodología</b> .....	<b>33</b>
III.1. Revisión bibliográfica.....	33
III.2. Estudio cualitativo-descriptivo .....	36
<b>IV. Resultados</b> .....	<b>39</b>
IV.1. Revisión bibliográfica .....	39
IV.1.1. Situación de la SMIJ en las CC. AA. - Inclusión de la atención a los TMGIJ en los Planes de SM .....	58
IV.2. Estudio cualitativo-descriptivo.....	69
IV.2.1. Mapeo de los Servicios de Salud Mental infanto-juvenil en las CC. AA. ....	69
IV.2.2. Datos de incidencia-prevalencia .....	71
IV.2.3. Datos recogidos en los CSMIJ y cuestionarios .....	80
<b>V. Discusión</b> .....	<b>109</b>
<b>VI. Conclusiones y recomendaciones</b> .....	<b>119</b>
<b>VII. Referencias</b> .....	<b>125</b>



<b>VIII. Anexos .....</b>	<b>131</b>
VIII. 1. Diagnósticos incluidos bajo el concepto de Trastorno Mental Grave em población infantil.....	131
VIII. 2. ....	132
a. Cuestionario enviado a los centros de salud mental infanto-juvenil.....	132
b. Cuestionario versión texto, todos los ítems a la vista .....	141
VIII. 3. Tablas completas .....	153
a. Tabla completa datos incidencia y prevalencia aportados por Cataluña .....	153
b. Tablas completas con respuestas desglosadas en porcentajes por CC. AA. de los ítems más relevantes .....	158

# Acrónimos

<b>AAP:</b>	American Academy of Pediatrics
<b>AACAP:</b>	American Academy Of Child and Adolescent Psychiatry
<b>AP:</b>	Atención Primaria
<b>CAPV:</b>	Comunidad Autónoma del País Vasco
<b>CC. AA.:</b>	Comunidades Autónomas
<b>CIE:</b>	Clasificación Internacional de Enfermedades
<b>CFTMEA:</b>	Clasificación Francesa de los T. Mentales del Niño y el Adolescente
<b>CSM:</b>	Centro de Salud Mental
<b>CSMIJ:</b>	Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil
<b>DSM:</b>	Diagnostic and Statistical Manual (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales)
<b>EPIJ:</b>	Equipo de Psiquiatría Infanto-Juvenil
<b>ESM:</b>	Equipos de Salud Mental
<b>GPC:</b>	Guía de Práctica Clínica
<b>NZ:</b>	New Zealand
<b>OMS:</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>PAI:</b>	Plan de Atención Individualizado
<b>PAP:</b>	Pediatría de Atención Primaria
<b>PTI:</b>	Plan Terapéutico Individualizado
<b>RCP:</b>	Registro de Casos Psiquiátricos
<b>RSMIJ</b>	Red de Salud Mental Infanto-Juvenil
<b>SIGN:</b>	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
<b>SM:</b>	Salud Mental
<b>SMIJ:</b>	Salud Mental Infanto-Juvenil
<b>SNS:</b>	Sistema Nacional de Salud
<b>SVS:</b>	Sistema Vasco de Salud
<b>TEA:</b>	Trastornos del Espectro Autista

<b>TGD:</b>	Trastorno Generalizado del Desarrollo
<b>TMGIJ:</b>	Trastorno Mental Grave Infanto-Juvenil
<b>UPI:</b>	Unidad de Psiquiatría Infantil
<b>USMIJ:</b>	Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil
<b>UTE:</b>	Unidad Terapéutico-Educativa

# Resumen estructurado

**Título:** Evaluación de la calidad asistencial en el SNS hacia los trastornos mentales graves en la infancia. Estudio en salud mental infanto-juvenil.

**Autores:** Lasa-Zulueta A, Jorquera-Cuevas C, Solana-Azurmendi B, Del Arco-Heras S.

**Palabras clave:** Trastorno mental grave (TMG), infanto-juvenil, guías de práctica clínica (GPC), salud mental, respuesta asistencial.

**Fecha:** diciembre 2014.

**Páginas:** 163.

**Referencias:** 59.

**Lenguaje:** castellano y resumen en castellano, euskera e inglés.

## Introducción

Entendemos por trastorno mental grave (TMG) en población infantil el conjunto de diagnósticos que tienen en común una gravedad clínica y evolutiva directamente relacionada con la afectación del desarrollo, desde edades tempranas, de funciones psíquicas fundamentales (en particular, sus capacidades de relación, pensamiento y comunicación), trastornos que conllevan una importante repercusión en su calidad de vida, en su entorno familiar y en su desarrollo académico y social. Hablamos principalmente de los trastornos generalizados del desarrollo, trastornos del espectro autista, psicosis infantiles y trastornos afectivos graves. Aunque no se trata de patologías de prevalencia elevada, su carácter crónico y limitante exige una intensidad y continuidad de cuidados que incluya intervenciones multidisciplinares, coordinadas y de inicio temprano (y dependientes de diferentes departamentos y agencias públicas: sanitarias, educativas, sociales; y privadas: asociaciones de familiares, fundacionales). Estos recursos, imprescindibles para atender a esta población, son muy específicos y, por ahora en nuestro país, insuficientes y desigualmente distribuidos.

## Objetivos

Con este estudio se propone: a) conocer la situación asistencial hacia la patología mental grave en los servicios de salud mental infanto-juvenil del Servicio Nacional de Salud; b) describir el mapa de recursos asistenciales destinados a atender a esta población con información actualizada de cada Comunidad Autónoma, para detectar carencias, necesidades, recursos y desigualdades intercomunitarias; c) comparar la práctica clínica en nuestro

país con las indicaciones de las guías y documentos publicados; d) establecer indicadores de calidad asistencial y recomendaciones en función de lo hallado en la práctica clínica y lo indicado en las guías.

## Metodología

- Revisión bibliográfica en las fuentes de información y bases de datos disponibles sobre Guías de Práctica Clínica internacionales, y de guías y documentos publicados en nuestro contexto asistencial, sobre atención a los trastornos mentales graves en población infantil.
- Estudio cualitativo-descriptivo: recogida de datos en los servicios de Salud Mental infanto-juvenil de cada comunidad autónoma del SNS, mediante cuestionario para facultativos en activo en dichos servicios.
- Consulta y análisis de los datos de los RCP (registro de casos psiquiátricos) de esos servicios en cuanto a incidencia y prevalencia de los diagnósticos incluidos.

**Análisis económico:** SÍ  NO **Opinión de Expertos:**  SI NO

## Resultados

El concepto de trastorno mental grave en población infantil no se emplea como tal ni de forma uniforme, tanto nacional como internacionalmente, por lo que se hace difícil extraer información y conclusiones unificadas para el conjunto de diagnósticos que se incluyen bajo este concepto, siendo los TEA los que más y mejor se identifican.

Se percibe gran variabilidad en la práctica clínica, en los recursos disponibles para esta población y su distribución geográfica en las distintas Comunidades Autónomas. Son pocas las áreas que pueden ofrecer desde los servicios de SMIJ la atención requerida por esta población, de forma específica, uniforme en toda la comunidad, y de una manera intensiva y con la frecuencia deseable. Los profesionales manifiestan su insatisfacción con la atención que pueden ofrecer y las carencias de recursos que sufren y les impide mejorarla.

## Conclusiones

Sería deseable generalizar las experiencias que hayan confirmado su viabilidad y buenos resultados en cuanto a la atención específica e intensiva a estos trastornos desde los servicios públicos de SMIJ. Se hace necesario resolver la distancia entre la práctica clínica y la medicina basada en la evidencia en lo que respecta a la atención a este tipo de patologías en edad in-

fantil. La incidencia, relativamente pequeña, de los TMG en los CSMIJ necesita, como reconocen todos los profesionales, una alta concentración de recursos destinados a su diagnóstico y tratamiento; su prevalencia, creciente en los últimos años, supone una demanda y presión a su vez crecientes sobre la SM pública, cuyas respuestas son por ahora fragmentarias e insuficientes.



# Laburpen egituratua

**Izenburua:** Ebaluazioa, buruko gaixotasun larriak dituzten hurrek osasun zerbitzu nazionalaren baitan jasotzen duten arretaren kalitateari buruzkoa. Haur eta gazteen buruko osasunari buruzko ikerlana.

**Egileak:** Lasa-Zulueta A, Jorquera-Cuevas C, Solana-Azurmendi B, Del Arco-Heras S.

**Hitz gakoak:** LTrastorno mental grave (TMG), infanto-juvenil, guías de práctica clínica (GPC), salud mental, respuesta asistencial.

**Data:** 2014ko abendua.

**Orriak:** 163.

**Erreferentziak:** 59.

**Hizkuntza:** gaztelania eta laburpena gaztelaniaz, euskaraz eta ingelesez.

## Sarrera

Haurren buruko gaixotasun larritzat (BGL) jotzen da diagnosi-multzo bat. Diagnosi horiek ezaugarri hau dute: handituz doan larritasun klinikoa, zeina zuzenean dagoena erlacionatuta oinarrizko funtzio psikikoen garapena txikitatik kaltetuta izatearekin (batez ere, erlazio-, pentsamendu- eta komunikazio-gaitasuna). Gaitz horiek eragin handia dute bizi-kalitatean, familia-ingurunean eta garapen akademiko eta sozialean. Oroz gain, garapenaren gaitz orokorrez, autismoaren espektroko gaitzez, haur-psikosiez eta afektibitate-gaitz larriez ari gara. Ez dira prebalentzia handiko patologiak. Hala ere, patologia kronikoak eta mugatzaileak direnez, ezinbestekoa da zainketa intentsiboak eta etengabeak ematea. Zainketa horietan, premiazkoa da hasiera-hasieratik diziplina anitzeko esku-hartze koordinatuak egitea (esku-hartze horiek osasun-, hezkuntza- eta gizarte-arloko hainbat sail eta agentzia publikoren mende daude, bai eta agentzia pribatuen mende ere; hala nola, familia-elkarteen eta fundazioen mende). Baliabide horiek ezinbestekoak dira paziente horiek zaintzeko, eta oso espezifikoak dira; hala ere, gaur egun, gure herrialdean, gutxi dira, eta ez daude berdin banatuta.

## Helburuak

Ikerlanaren helburuak: a) Osasun Zerbitzu Nazionalak haur eta gazteen buruko osasunerako dituen zerbitzuetan buruko patologia larrietarako zer laguntza ematen diren jakitea; b) paziente horiek zaintzeko asistentzia-zerbitzuen mapa deskribatzea, autonomia-erkidego bakoitzeko informazio eguneratua baliatuz, gabeziak, premiak, baliabideak eta erkidegoen arteko



aldeak hautemateko; c) gure herrialdeko praktika kliniko alderatzea argitaratutako gida eta dokumentuetako aholkuekin; d) praktika klinikoaren datuek eta gidek diotena oinarri hartuz, kalitatezko arretaren adierazle batzuk ezartzea eta aholkuak ematea.

## Metodologiak

- Bibliografia aztertzea, eskura ditugun informazio-iturrietan eta datu-baseetan; hau da, praktika klinikoaren nazioarteko gidei buruzko informazio-iturrietan eta datu-baseetan, bai eta aztergai dugun arretaren testuinguruarekin, hots, buruko gaixotasun larriak dituzten haurrek jasotzen duten arretarekin, zerikusia duten gidei eta dokumentuei buruzkoetan ere.
- Azterlan kualitatibo deskribatzailea: datuak biltzea, Osasun Zerbitzu Nazionalak autonomia-erkidego bakoitzean dituen haur eta gazteen buruko osasunerako zerbitzuetan, zerbitzu horietan lan egiten duten medikuei galdera-sorta bat emanaz.
- Zerbitzu horietako kasu psikiatrikoen erregistroko datuak kontsultatzea eta aztertzea, haurren buruko gaixotasun larri gisa sailkatutako diagnosien intzidentzia eta prebalentzia zein den jakiteko.

**Analisi ekonomikoa:** BAI **EZ** **Adituen iritzia:** **BAI** EZ

## Emaitzak

Haurren buruko gaixotasun larriaren kontzeptua ez da era berean erabiltzen estatuan eta nazioartean. Hortaz, zaila da informazio eta ondorio bateratuak lortzea kontzeptu horretan sartzen diren diagnosien multzorako; autismoaren espektroko gaitzak identifikatzen dira hobekien.

Autonomia-erkidegoen artean alde handiak daude, praktika klinikoari, paziente horientzako baliabideei eta banaketa geografikoari dagokionez. Eremu gutxik eskain diezaiekete paziente horiei behar duten arreta modu espezifikoa, uniformeki erkidego osoan, modu intentsiboan eta nahi adinako maiztasunarekin, haur eta gazteen buruko osasunerako zerbitzuen bidez. Profesionalak ez daude pozik eskain dezaketen arretarekin eta baliabide gabeziarekin. Baliabide gabeziak eragotzi egiten die arreta hobea ematea.

## Ondorioak

Gaitz horiei haur eta gazteen buruko osasunerako zerbitzu publikoetan ematen zaien arreta espezifiko eta intentsiboari dagokionez, orokor bihurtu beharko lirake arreta hori bideragarria dela eta emaitza onak dituela baieztatu duten esperientziak. Beharrezkoa da praktika kliniko ebidentzian

oinarritutako medikuntzaren araberakoa izatea, horrelako patologiak dituzten hauren arretari dagokionez. Buruko gaixotasun larrien intzidentzia txiki samarra da haur eta gazteen buruko osasunerako zentroetan, eta, profesional guztiek esaten dutenez, baliabide asko behar dira diagnosirako eta tratamendurako. Prebalentziak gora egin du azken urteotan, eta gero eta demanda eta presio handiagoa egiten dio buruko osasunerako zerbitzu publikoari. Zerbitzu horren erantzunak, oraingoz behintzat, zatikatuak eta eskasak dira.



# Structured summary

**Title:** Evaluation of care quality in the NHS towards severe childhood mental disorders. A study in infant/juvenile mental health services.

**Authors:** Lasa-Zulueta A, Jorquera-Cuevas C, Solana-Azurmendi B, Del Arco-Heras S.

**Key words:** Severe mental disorder (SMD), infant/juvenile, clinical practice guidelines (CPG), mental health, care response.

**Date:** December 2014.

**Pages:** 163.

**References:** 59.

**Language:** spanish, summaries available in spanish, basque and english.

## Introduction

Severe mental disorder (SMD) in the infant population is considered to be the set of diagnoses that share a clinical and developmental severity directly related with developmental impairment of basic mental functions (especially the ability to relate, think and communicate) from an early age, with such disorders having a marked effect on the patient's quality of life, family environment and academic and social development. The disorders involved are mainly generalised developmental disorders, autistic spectrum disorders (ASD), childhood psychoses and severe affective disorders. Although these disorders are not highly prevalent, their chronic and limiting nature requires an intensity and continuity of care that includes multidisciplinary, coordinated and early-onset interventions which depend on various several public (healthcare, educational, social) and private (family associations, foundations) departments and agencies. These resources, which are essential as regards caring for this population, are highly specific and currently insufficient and unevenly distributed in Spain.

## Objectives

The aim of this study is to: a) gain a better understanding of the care situation towards severe mental disorders in infant/juvenile mental health services offered by the National Health Service (SNS); b) draw up a map of care resources dedicated to caring for this population with up to date information for each Autonomous Community in order to detect deficiencies, needs, resources and inequalities between such Communities; c) compare clinical practice in Spain with the indications in published guidelines and

documents; d) establish care quality indicators and recommendations based on findings from clinical practice and guideline recommendations.

## Methodology

- A literature review of available information sources and databases concerning international clinical practice guidelines, and guidelines and documents published in our care setting regarding the care of severe mental disorders in the infant population.
- A qualitative-descriptive study: compilation of data from the infant/juvenile mental health services from each Autonomous Community in the SNS by way of a questionnaire aimed at physicians currently practising in those services.
- A consultation and analysis of PCR (psychiatric case registry) data from these services as regards the incidence and prevalence of diagnoses in the category of severe mental disorder in the infant population.

**Economic analysis:** YES  **Expert opinion:**  NO

## Results

The concept of severe mental disorder in the infant population is not used as such or used uniformly, either nationally or internationally, therefore it has proved difficult to extract unified information and conclusions for the set of diagnoses included under this concept, with ASD being the most common and best identified.

A marked variability is perceived in clinical practice, the resources made available for this population and the geographical distribution in the various Autonomous Communities. IJMH services can offer the care required by this population specifically, uniformly throughout the community, and intensively and with the preferred frequency, in very few areas. Professionals in this field demonstrate their dissatisfaction with the care they are able to offer and the lack of resources that prevents them from improving this care.

## Conclusions

It would be desirable to generalise the experiences that have confirmed their viability and good results as regards the specific and intensive care of these disorders by public IJMH services. The distance between clinical practice and evidence-based medicine as regards care of this type of disorder in childhood must be bridged. Professionals in this field recognise that the relatively low incidence of SMD in IJMHS requires a high concentration of re-

sources dedicated to its diagnosis and treatment, although its increasing prevalence over the past few years represents a similarly increasing demand and pressure on public MH services, the response to which is currently fragmented and insufficient.



# I. Introducción

Los trastornos psicológicos o psicopatológicos que se diagnostican en la niñez, pueden ser agrupados o clasificados de diferentes formas. Aunque no es un criterio de clasificación diagnóstica, es fundamental para su evaluación clínica y pronóstica y para la valoración del impacto personal, familiar y social que generan, considerar su gravedad para adecuar las respuestas asistenciales, escolares y sociales que necesitan. Consideramos, en tanto que profesionales del campo sanitario, que la salud mental pública debe responder prioritariamente a las necesidades asistenciales de los niños más gravemente afectados y de sus familias. Para poder hacerlo, es un requisito previo definir qué entendemos por trastornos mentales graves en la población de niños y adolescentes, y tratar de delimitar su incidencia y prevalencia en nuestros servicios. Podemos incluir en la denominación de *trastorno mental grave* (en adelante, TMG) en la infancia y adolescencia, una serie de patologías psíquicas con factores etiológicos múltiples, evoluciones diversas, y por tanto, pronóstico en muchos casos difícil de predecir con precisión, que afectan de forma severa y global desde edades tempranas al desarrollo de las funciones psíquicas, en particular, a sus capacidades cognitivas, de comunicación, relación y adaptación, y que al ser altamente invalidantes en muchos casos suponen un alto coste en sufrimiento personal y familiar (1). Conviene precisar que, por sorprendente que parezca a los conocedores de la psiquiatría de adultos mucho más familiarizada con el concepto de TMG, fácilmente aceptado y conocido por ellos, deba, sin embargo, ser reconocido y tomado en consideración para la población infanto-juvenil. Puede explicarlo la simple constatación de que la idea de niños pequeños gravemente afectados por una patología psíquica duradera y de complejo tratamiento, resulta muy difícil de aceptar para cualquiera.

Para delimitar el concepto de TMG en la población infantil nos encontramos con el problema, tanto teórico como práctico, de la falta de una sistematización o clasificación universalmente aceptada y utilizada de los diagnósticos que se engloban en él, aunque habitualmente, pero no exclusivamente, suele referirse a los trastornos generalizados del desarrollo (TGD) o trastornos del espectro autista (TEA), psicosis infantiles, y algunos trastornos graves afectivos o de la personalidad. El término Trastorno Generalizado del Desarrollo se introdujo en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Americana (2), para describir y agrupar un conjunto de trastornos que incluían al autismo. Este término así se ha mantenido en las clasificaciones



diagnósticas, aunque se emplea a la vez y de forma habitualmente indistinta el término TEA, con la discusión abierta de la pertinencia de este uso indistinto, ya que el término “generalizado” presupone una afectación en todas las áreas del desarrollo que no puede extenderse a todos los casos afectos de este conjunto de diagnósticos (3). Son aún así los términos que más se han estudiado y más literatura científica y clínica han generado, en detrimento de los conceptos de psicosis, esquizofrenias y trastornos afectivos y de personalidad graves, menos definidos y aceptados para la población infantil y, por tanto, carentes de la abundancia de guías, protocolos y dedicación de la que gozan los primeros. A diferencia de los sistemas de clasificación diagnóstica internacionales, la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y el Adolescente (CFTMEA-R-2000) (4), que utiliza para el diagnóstico de la psicopatología infantil una perspectiva evolutiva y psicodinámica, sí reconoce el concepto de psicosis en la infancia, abarcando dentro del gran grupo diagnóstico ‘Autismo y trastornos psicóticos’ las psicosis precoces o trastornos invasivos del desarrollo (que se corresponden con los trastornos generalizados del desarrollo de la CIE-10), la esquizofrenia infantil y de la adolescencia, y los trastornos delirantes, los trastornos psicóticos agudos y los trastornos tímicos. También incluye un apartado para las patologías límite y trastornos de personalidad de inicio en la infancia.

Encontramos con frecuencia entre la población general, pero también en la profesional, afirmaciones sobre la incurabilidad de estos trastornos, lo que deriva en la deducción errónea de la ineficacia e inutilidad de las intervenciones terapéuticas y, lo que es peor, en una actitud (social, profesional, asistencial) de pasividad y de negativismo, que finalmente se convierte, por dejación de responsabilidades terapéuticas, en agente co-causal que determina y confirma las peores predicciones.

Y ello a pesar de que existe, desde hace más de una década, un amplio consenso entre expertos respecto al hecho de que el diagnóstico precoz y el tratamiento temprano intensivo, especializado, continuado, coordinado e integrado son factores que inciden muy significativamente en una evolución más favorable y menos invalidante en muchos casos (5-8). Sin embargo, las características de dicho tratamiento incluyen dos problemas clave que dificultan su desarrollo: su coste y su materialización en un lugar concreto. En líneas generales, se ha respondido a estas dificultades confiando en forma parcial o total la atención intensiva de estos niños a la escuela (a través de la ley de Integración Escolar que desarrolló la dotación de recursos educativos especiales) y a las asociaciones de familiares de afectados. En nuestra opinión, corresponde a los especialistas en psiquiatría y salud mental de niños y adolescentes decir si estas opciones cubren las necesidades terapéuticas que estos niños necesitan. Los profesionales de la SM pública, que entienden que

deben adecuar y desarrollar sus recursos para una atención específica de estos trastornos, piensan que se puede estar responsabilizando excesivamente a la escuela y a las familias, sobrecargándoles con tareas terapéuticas que requieren de una formación clínica y una dedicación intensiva y específica, desbordando así sus ya importantes labores con estos niños (9). Conociendo que, gradualmente, van apareciendo contados centros de día u otros dispositivos y programas de tratamiento intensivo, algunos específicos para estos trastornos, interesa verificar si resultan o no eficaces y suficientes, si están homogéneamente distribuidos en la red asistencial, y si atienden adecuadamente a las diferentes franjas de edad.

Los TMG en la infancia son una problemática reconocida por nuestro sistema sanitario y por planes y organismos de salud mental nacionales e internacionales, que se refieren explícitamente a los problemas mencionados: la gravedad de su clínica; la falta de uniformidad en su definición y clasificación; la escasez e insuficiencia de recursos específicos para su atención y tratamiento; o la necesidad percibida de desarrollar políticas activas para combatir su estigma y discriminación, implicando en ellas a otras entidades que complementen la labor sanitaria, tales como asociaciones de familiares de afectados, del entorno educativo y social, medios de comunicación, etc. (10-15). Máxime cuando este tipo de patologías es crónica, y consume una cantidad de recursos creciente hasta la edad adulta.

La necesidad de abordar esta problemática se ha venido recogiendo en distintos documentos; se recoge de forma explícita en la cartera de servicios del SNS en su epígrafe 7.5 (16). En las Estrategias de Salud Mental del SNS 2007 (17), se preconizaba la necesidad de desarrollar una serie de medidas fundamentales para los afectados de TMG (que deberán incluir también a la población de niños y adolescentes): aplicación de medidas de diagnóstico e intervención precoz de eficacia reconocida, consenso de criterios diagnósticos y desarrollo de protocolos y guías de práctica clínica para mejorar la calidad de la atención a este tipo de trastornos; puesta en marcha de sistemas de información específicos de trastornos mentales en niños y adolescentes y de recursos terapéuticos y asistenciales con indicadores homogéneos; impulso de medidas formativas específicas destinadas a erradicar el estigma y la discriminación en profesionales sanitarios, educadores, servicios sociales y medios de comunicación.

El Plan de Acción Europea para la Salud Mental de la OMS (Helsinki, 2005) (18) define varias prioridades específicamente destinadas a la salud mental de niños y adolescentes -en particular a aspectos relativos a la promoción, prevención y estigma- y entre ellas: difundir el conocimiento de la incidencia y prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la infancia y ado-

lescencia; estudiar y dar a conocer la situación y necesidades asistenciales de los niños y adolescentes con TMG; establecer sistemas integrales, integrados y coordinados entre distintos niveles sanitarios, educativos y sociales; aumentar la calidad de los servicios de salud mental para niños y adolescentes acrecentando la especialización de las intervenciones y desarrollando servicios propios; o reconocer la experiencia de usuarios y familiares, apoyando su implicación en el desarrollo de los planes y servicios en salud mental.

En algunas comunidades autónomas ya se han desarrollado importantes iniciativas que han otorgado un espacio específico al trabajo sobre esta problemática: en Cataluña se creó un Grupo de trabajo sobre los TMG en la infancia y adolescencia, resultando en la elaboración de un programa que contiene recomendaciones para la atención específica e integral a esta población para su implementación en los servicios de salud mental, consensuando una definición y una clasificación de los diagnósticos a incluir dentro de este epígrafe (19).

La atención desde una perspectiva integral a los niños y adolescentes con TMG requiere la coordinación y la estrecha cooperación entre los centros de salud mental, pediatras, dispositivos intermedios (centros de día), escuela, equipos de asesoramiento psicológico, programas de atención precoz, etc., así como, ocasionalmente, con diferentes actores de los Departamentos de Justicia y/o Interior. Por tanto, en la atención a niños y adolescentes con TMG, gran parte de las actividades no son directas, sino que tienen que ver con la coordinación, asesoría, e implementación de planes de cuidados consensuados entre diferentes profesionales y administraciones. En el mismo sentido, en la elaboración de indicadores de actividad, calidad, etc., deberá incluirse una forma de registrar las acciones no estrictamente clínicas pero imprescindibles para el abordaje de estas patologías.

En cuanto a su prevalencia, la OMS apunta hacia un 20% de niños y adolescentes en todo el mundo sufriendo trastornos mentales; de este 20%, se reconoce que entre el 4% y 6% de los niños y adolescentes padecen un trastorno mental grave (20).

Los datos epidemiológicos relativos a los TMG, en la medida en que los criterios diagnósticos se han ido modificando, también han ido variando. La superposición de conceptos diagnósticos no siempre equivalentes -en unas décadas se ha pasado progresivamente a la sustitución y solapamiento de diagnósticos tales como “psicosis infantiles”, “trastornos generalizados del desarrollo” y ahora “trastornos del espectro autista”- ha contribuido sin duda a la modificación de las dimensiones epidemiológicas utilizadas. Así, del criterio clásico que sostenía que el autismo afecta a 4-5 de cada 10 000 personas (cuando en realidad eran cifras que correspondían solo al autismo in-

fantil precoz, variante clínica descrita por Kanner), las cifras de incidencia y prevalencia han ido aumentando y en la medida en que se han ido incluyendo el resto de trastornos que forman el espectro autista, se encuentran cifras, aún muy dispares, de 6/1 000 (21) o de entre 30-91/10 000 (22); en 2008, la red de vigilancia de trastornos del desarrollo y autismo de EE. UU. (ADDM) arrojó cifras actualizadas de 11'3 por cada mil niños (1 de cada 88), incluyendo autismo, TGD no especificado y Síndrome de Asperger, y estimando un aumento de los diagnósticos de un 78% desde 2002 (23). En 2011 NICE ya habla de un 1% de la población (24).

Resaltaremos que estos datos se refieren solo a cuadros clínicos delimitados con criterios que no son lo suficientemente homogéneos como sería necesario para garantizar su comparación estadística con rigor metodológico.

Hay áreas de mejora, realistas y viables cuya puesta en marcha es urgente: medidas de prevención. Entre otras: la atención a las madres de alto riesgo o de patología psíquica evidente y a sus bebés durante el período de maternidad-crianza; el seguimiento intensivo de bebés con problemas neonatológicos y de alto riesgo; la detección e intervención precoz en casos de patologías graves detectables tempranamente (autismo y psicosis infantiles-TGD, otros trastornos precoces de la vinculación afectiva). Abordar estas cuestiones puede evitar evoluciones hacia la cronicidad, mejorando su pronóstico y su coste económico, social y humano.

## I.1. Justificación

A pesar de la reconocida importancia de los Programas de Atención Temprana (por definición interdepartamentales) y de los centros de día de tratamiento intensivo, su aplicación no está sistematizada, los modelos son muy variables y, salvo excepciones, al margen del conocimiento y coordinación de la red de salud mental.

Es imprescindible mejorar las deficiencias actuales en la detección precoz y el abordaje temprano de los trastornos mentales graves de niños y adolescentes (autismo y otros trastornos del vínculo, TGD-Psicosis).

Hay un insuficiente y desigual desarrollo de estructuras o programas sanitarios destinados al tratamiento intensivo y prolongado para trastornos mentales graves en población infantil.

El interés y la preocupación por todas estas cuestiones justifica la necesidad de conocer la situación de cada C. A. de nuestro país para poder

reproducir iniciativas y sistemas que estén funcionando e implementarlas en otras comunidades y regiones carentes de acciones específicas al respecto, para poder recoger información sobre la situación asistencial en nuestro medio respecto a la población infantil con trastornos mentales graves, y para estudiar si se ha llevado a cabo alguna de las medidas propuestas en los mencionados documentos estratégicos.

Las acciones que proponemos se enmarcan en este contexto y tratan de evaluar la calidad de la actual respuesta asistencial a estos trastornos en nuestro ámbito territorial y en el estatal, reconociendo la importancia y necesidad de enfocar el trabajo hacia la investigación en servicios de salud, puesto que la atención a un problema de salud mental es más que el tratamiento en sí, y tan importante es tener estudios que muestren la evidencia de eficacia de tratamientos como tenerlos de la evidencia de que un sistema de salud dado funciona mejor que otro. Así lo exige cualquier aspiración a lograr la equidad asistencial en la atención a estos trastornos con particular impacto personal, familiar y social.

## II. Objetivos

Se basan en la siguiente *hipótesis de trabajo*: una delimitación homogénea y unitaria operativa en la práctica asistencial de qué diagnósticos psiquiátricos deben ser incluidos bajo la denominación de TMG en la población infanto-juvenil y el análisis de la calidad asistencial en nuestra red de Salud Mental hacia estos trastornos, puede desembocar en acciones que ayuden a reducir la desigualdad e insuficiencia de respuestas y medios asistenciales específicos en nuestro SNS. El análisis de la situación actual permitirá detectar en el medio profesional dedicado a la salud mental infanto-juvenil tanto los logros como las carencias y los desarrollos necesarios para una mejor asistencia de los afectados y sus familias

### II.1. Objetivos generales

Estudiar y delimitar la consideración de TMG en la infancia-adolescencia entre los profesionales de los servicios de Salud Mental de la red pública (psiquiatras - psicólogos clínicos) y la calidad de la atención en estos centros y recursos específicos destinados a esta problemática, además de obtener un mapa situacional, epidemiológico y asistencial sobre los trastornos mentales graves en población clínica infanto-juvenil española.

### II.2. Objetivos específicos

1. Delimitar la incidencia y prevalencia de TMG en la infancia-adolescencia en nuestro medio.
2. Revisar la literatura respecto a la inclusión de la atención específica a los TMG en población infanto-juvenil en planes y programas de Salud Mental de nuestro país, y respecto a estudios de análisis y estándares de clasificación y atención a TMG en población infantil en servicios públicos o concertados, y documentos de experiencias asistenciales respecto a la población en cuestión desde estos servicios.
3. Conocer la forma de actuación de los profesionales de la red de Salud Mental Infanto-Juvenil en el SNS en cuanto a los TMG

(atención, respuesta terapéutica, vías de derivación, barreras percibidas, etc.).

4. Identificar y describir las modalidades de atención y respuesta asistencial existentes en nuestra red, para definir indicadores de calidad asistencial.
5. Establecer recomendaciones para la práctica adaptadas a nuestro contexto.
6. Contribuir al conocimiento y a la sensibilización de profesionales y sociedad en general a este respecto.

# III. Metodología

## III.1. Revisión bibliográfica

Se realizó una búsqueda sistemática de guías de práctica clínica (GPC) y documentos de consenso a fin de obtener estándares o criterios de calidad de la atención a estas patologías en población infantil con los que poder comparar la práctica clínica en nuestro contexto asistencial.

*Los criterios de inclusión fueron los siguientes:*

- Tipo de estudio = guías de práctica clínica, documentos de consenso de sociedades científicas o grupos de profesionales.
- Que el contenido versara sobre recomendaciones y estándares de práctica clínica, experiencias de atención en Salud Mental o políticas o estrategias de actuación respecto a la atención en Salud Mental Infanto-Juvenil a los trastornos mentales graves de la infancia.
- Población infanto-juvenil (<18).
- publicaciones de los 10 últimos años (2000-actualidad).
- Idioma = castellano, inglés, francés.

*Como criterios de exclusión tomamos los siguientes:*

- E ensayos clínicos de eficacia de aspectos concretos de tratamiento, de métodos diagnósticos, estudios etiológicos o neurofisiológicos, estudios sobre parámetros clínicos específicos de alguno de los trastornos.
- Documentos dirigidos exclusivamente a ámbitos distintos de la Salud Mental (Educación, Pediatría, etc.).
- Dirigidos a población adulta.
- Que la definición del trastorno en cuestión se alejara de la considerada por el equipo de investigación, incluida en la parte de Introducción y Anexos.



La estrategia de búsqueda en Pubmed fue la siguiente:

#1 Search (“1999/01/01”[Publication Date] : “3000”[Publication Date]) AND (“Child Development Disorders, Pervasive”[Mesh] OR (“Child Development Disorders, Pervasive/classification”[Mesh] OR “Child Development Disorders, Pervasive/epidemiology”[Mesh] OR “Child Development Disorders, Pervasive/prevention and control”[Mesh])) AND ((Editorial[ptyp] OR Letter[ptyp] OR Meta-Analysis[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp] OR Review[ptyp] OR Clinical Conference[ptyp] OR Comparative Study[ptyp] OR Consensus Development Conference[ptyp] OR Consensus Development Conference, NIH[ptyp] OR Evaluation Studies[ptyp] OR Government Publications[ptyp] OR Guideline[ptyp] OR Multicenter Study[ptyp]) AND (English[lang] OR French[lang] OR Italian[lang] OR Spanish[lang]) AND (infant[MeSH] OR (infant[MeSH] OR child[MeSH] OR adolescent[MeSH]) OR infant, newborn[MeSH] OR infant[MeSH:noexp] OR child, preschool[MeSH] OR child[MeSH:noexp] OR adolescent[MeSH])) 07:04:30 [2029](#)

Se consultaron las siguientes bases de datos y elaboradores y compiladores de GPC:

- Centre for Reviews and Dissemination
- Repositorios y elaboradores de guías de práctica clínica:
  - National Guidelines ClearingHouse
  - Guíasalud
  - Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)
  - Alberta Medical Association Clinical Practice Guidelines Programme
  - American College of Physicians
  - Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC)
  - University of California
  - CMA Infobase
  - ETESA (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Chile)
  - Fisterra
  - GIN (Guidelines Internacional Network)
  - ICSI ( (Institute for Clinical System Improvement)

- National Electronic Library for Health. Guidelines Finder del NHS Británico
- NHRMC Guidelines Group (National Health and Medical Research Council)
- New Zealand Guidelines Group
- Royal college of Physicians
- SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)
- NICE (National Institute for Clinical Evidence)

Por otra parte, se realizó una búsqueda bibliográfica de documentos publicados en nuestro país y búsqueda manual en bibliografía propia y referencias encontradas en dicha búsqueda, para obtener guías y documentos de consenso que no aparecieran en la anterior búsqueda, planes ministeriales/ autonómicos y literatura gris y documentos publicados desde servicios o profesionales de la Salud Mental infanto-juvenil sobre la atención a los trastornos mentales graves de la infancia. Se consultaron las siguientes bases de datos y repositorios:

- Google
- IME, IBECS
- Webs del Gobierno de España:
- Catálogo de publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo
- Real Patronato de Discapacidad
- Publicaciones de la OMS
- Revistas específicas de psicopatología infantil y de salud mental de nuestro país
- Psiquiatria.com
- Publicaciones de literatura gris (comunicaciones a congresos)

Se emplearon como palabras del lenguaje libre: trastorno mental grave (TMG), trastornos generalizados del desarrollo (TGD), trastornos del espectro autista (TEA), autismo, psicosis inicio precoz, salud mental, sistemas de salud, red asistencial, planes de salud, guía de práctica clínica, infancia.

En las bases de datos que emplean palabras clave/Mesh: “Child Development Disorders, Pervasive”, “mental health systems”, “autistic (spectrum) disorder”, “Psychotic Disorders”, “practice guideline”, childhood.

## III.2. Estudio cualitativo-descriptivo

Se optó por un diseño de estudio cualitativo descriptivo y de investigación en servicios de salud, mediante encuesta a los profesionales de la salud mental infanto-juvenil en activo en los servicios de salud mental de la red del SNS.

Se solicitó permiso y colaboración desde la Jefatura de Salud Mental del País Vasco a sus homólogos en el resto de Comunidades Autónomas (CC. AA.) para recabar datos de los centros o unidades de salud mental infanto-juvenil existentes actualmente en cada provincia española y poder enviar a cada uno de estos servicios el cuestionario elaborado ad hoc por el equipo investigador. Además, se solicitó el acceso a datos epidemiológicos (incidencia-prevalencia) de los últimos años de los diagnósticos incluidos bajo el epígrafe TMG (códigos CIE-10: F20-, F22-, F25, F28, F29, F30-39, F60.31, F84), según los datos recogidos en los Registros de Datos Psiquiátricos, en las CC. AA. que dispusieran de dicho registro.

Una vez obtenido el mapa de los servicios de salud mental infanto-juvenil existentes, se realizó un muestreo de profesionales en cada uno de esos servicios, para hacer un envío vía correo electrónico del enlace al cuestionario elaborado.

El cuestionario (puede verse en Anexo VIII. 2), elaborado ad hoc por el equipo investigador y apoyado en metodología de investigación cualitativa, tiene como objetivo analizar la práctica clínica y conocer la opinión de los profesionales en la red de salud mental infanto-juvenil de nuestro SNS hacia los trastornos mentales graves en la infancia, lo que nos permitiría posteriormente compararla con estándares de atención a TMG identificados en la literatura.

Los ítems se dirigieron a conocer el funcionamiento de cada centro o servicio de salud mental infanto-juvenil en cuanto a la atención a los casos de trastorno mental grave, en términos de: profesionales que los atienden, respuesta terapéutica, derivación a qué recursos, barreras para la atención a estos en salud mental etc. También a conocer la opinión de los psiquiatras y psicólogos que conforman estos equipos en cuanto a la calidad de, y satisfacción con, la atención que les es posible proporcionar a esta población. Por último, una serie de ítems iban dirigidos a comparar la práctica clínica en estos centros en función del cumplimiento o no de criterios de calidad y recomendaciones consensuadas extraídas de la literatura basada en la evidencia.

El cuestionario se envió a través de la aplicación *encuestafacil.com*, herramienta que permite la configuración de cuestionarios dinámicos, el

envío a listas de distribución y el seguimiento de dichos envíos, así como el análisis de las respuestas recibidas en gráficos y tablas descargables a formato Excel.

Mediante consenso del equipo investigador, se identifican indicadores de puntos fuertes y débiles de nuestra red de Salud Mental respecto a esta problemática, barreras para la implementación de estándares de calidad asistencial identificados en la literatura basada en la evidencia, desigualdades intercomunidades a estos respectos y necesidades de mejora a proponer.



# IV. Resultados

## IV.1. Revisión bibliográfica

De la búsqueda en bases de datos y en los organismos compiladores y elaboradores de Guías de Práctica Clínica (GPC), no obtuvimos ninguna que estuviera dirigida al trastorno mental grave infantil como concepto operativo, término que queda reservado en este tipo de publicaciones a las patologías mentales severas del adulto. De hecho, recientemente incluso se ha elaborado desde nuestro SNS una GPC sobre intervenciones psicosociales en el TMG, pero dirigida sólo a población adulta quedando excluido el abordaje infantil. Por tanto, la selección tuvo que dirigirse por las patologías comúnmente aceptadas como trastorno mental grave en población infantil, es decir, trastornos del espectro autista, autismo “clásico” de Kanner, trastornos generalizados del desarrollo y psicosis. Sin embargo, las guías de práctica clínica sobre psicosis también aparecen dirigidas solamente a población adulta, o a primeros episodios psicóticos o psicosis precoces que puede aparecer en la adolescencia o inicio de la edad adulta, concepciones que están fuera del alcance de nuestro estudio, dirigido a los trastornos psicóticos detectados ya en los primeros años del desarrollo del niño y la infancia posterior. Siguiendo estos criterios, la mayoría de GPC detectadas en las bases de datos y elaboradores internacionales se dirigen al autismo clásico o a trastornos del espectro autista (TEA), aunque generalmente en la definición operativa incluida en las guías engloban dentro de ese concepto a los trastornos generalizados del desarrollo e incluso, en algunos casos, a las psicosis infantiles.

De la búsqueda libre en publicaciones de nuestro país encontramos documentos muy relevantes para nuestro objetivo, ya que recogen datos y criterios asistenciales contextualizados a nuestro sistema sanitario, revisando y recogiendo a su vez las principales guías y revisiones de la evidencia publicadas a nivel internacional.

Una vez detectados los posibles documentos, decidimos seleccionar solamente los documentos elaborados en nuestro país que cumplieran los criterios de inclusión, puesto que estos suponían un volumen suficiente de información, actual y contextualizada a nuestro sistema de salud, se ajustaban a nuestro enfoque y objetivos y, además, incluían en su revisión las principales GPCs internacionales, por lo que con ello cubrimos de forma suficiente

la evidencia científica publicada al respecto y los criterios asistenciales a comparar con los datos de la práctica clínica hallada mediante los cuestionarios, dado que, además, una revisión bibliográfica extensa no era el objetivo principal de nuestro trabajo. Recogemos en la [Tabla 1](#) dichas publicaciones seleccionadas.

Aún así, consideramos documentos a tener en cuenta el resto de guías publicadas a nivel internacional, y así las recogemos en la [Tabla 2](#).

**Tabla 1. Documentos seleccionados de la revisión bibliográfica**

Autores Organismo elaborador	Título	Año publicación
Consejo asesor sobre asistencia psiquiátrica y salud mental. Servicio Catalán de Salud	Recomendaciones para la atención a los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia	2004
Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo	Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista	2005
	Guía de buena práctica para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista	2005
	Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista	2006
Salud Madrid. Comunidad de Madrid	Guía de diagnóstico y tratamiento de los trastornos del espectro autista. La atención en la Red de Salud Mental	2009
Instituto de Investigación de Enfermedades Raras (IIER). Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). Ministerio de Ciencia e Innovación.	Evaluación de la eficacia de las intervenciones psicoeducativas en los trastornos del espectro autista	2009

[Referencias 19, 22, 25-28](#)

**Tabla 2. Principales GPC internacionales detectadas en la búsqueda**

Organismo elaborador de la GPC	Título	Año publicación
AACAP - American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (EE. UU.)	Practice Parameters For The Assessment And Treatment Of Children, Adolescents, And Adults With Autism And Other Pervasive Developmental Disorders	1999
AAN – American Academy of Neurology (EEUU)	Practice Parameter: Screening And Diagnosis Of Autism	2000
Administrators of Services for Children with Disabilities (MADSEC) (EE. UU.)	Report of the MADSEC Autism Task Force.	2002
National Initiative for Autism: Screening and Assessment (Reino Unido)	National Autism Plan for Children: Plan for the identification, assessment, diagnosis and access to early interventions for pre-school and primary school aged children with Autism Spectrum Disorders (ASD)	2003
Children's Mental Health, Ontario. (Canadá)	Evidence-based practices for children and adolescents with ASD. Review of the literature and practice guide.	2003
Centre for Developmental Disability Studies. Sydney University. Department of Ageing, Disability and Home Care (Australia)	A review of the research to identify the most effective models of best practice in the management of children with autism spectrum disorders.	2004
Fédération Française de Psychiatrie . Haute Autorité de Santé (Francia)	Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme.	2005
Australian Government Department of Health and Ageing, Australia.	Early Intervention for Children with Autism Spectrum Disorders: Guidelines for Best Practice.	2006
AAP - American Academy of Pediatrics (EE. UU.)	Management of Children With Autism Spectrum Disorders	2007
SIGN - Scottish Intercollegiate Guidelines Network (Escocia)	Assessment, diagnosis and clinical interventions for children and young people with autism spectrum disorders.	2007
NEW ZEALAND's Ministry of Health (Nueva Zelanda)	New Zealand Autism Spectrum Disorder Guideline	2008

[Referencias 29-39](#)



La guía de recomendaciones más pertinente en cuanto a la concepción de TMG en población infanto-juvenil elaborada en nuestro país, y única en el abordaje del conjunto de los trastornos mentales graves en edad infantil, es el documento publicado por el **Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental del CatSalut** (Servicio Catalán de Salud) en 2004 y titulado **“Recomendaciones para la atención a los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia”** (19). Su importancia estriba en que aborda de forma unitaria la atención a los distintos trastornos mentales severos en población infantil en nuestro contexto sanitario. Este grupo define los TMG en la infancia y adolescencia como el conjunto de patologías mentales que tienen o pueden llegar a tener una importante repercusión en la calidad de vida de los que lo padecen, dado que la gravedad clínica y la persistencia en el tiempo afectan gravemente a la vida familiar, escolar y social y producen una importante desadaptación. La clasificación diagnóstica de los trastornos incluida dentro de este concepto operativo que el grupo expone es en la que hemos basado nuestra propuesta, con la exclusión del trastorno disocial de la personalidad y del desorden mixto del desarrollo. Remarcan la importancia de las necesidades asistenciales concretas de estos niños, ya que se requiere que estos trastornos sean identificados precozmente y que su diagnóstico y tratamiento se adapten específicamente con un programa de atención multidisciplinar y con planes de tratamiento a corto, medio y largo plazo. Señalan, además, la necesidad de coordinación entre los distintos dispositivos disponibles, CSMIJ, Centros de Atención Primaria (pediatras y médicos de familia), centros de día y dispositivos mixtos para adolescentes, escuela y equipos de Asesoramiento Psicológico (EAP), los equipos de atención a la infancia y adolescencia (EAIA), los centros de desarrollo infantil y atención precoz (CDIAP), entre otros. Proponen así mismo la valoración de la gravedad en torno a seis ejes (Tabla 3).

**Tabla 3. Ejes para valoración de la gravedad propuestos en el documento de CatSalut**

- Eje 1 – Diagnóstico clínico
- Eje 2 – Comorbilidad
- Eje 3 – Gravedad evolutiva
- Eje 4 – Gravedad relacionada con el consumo de servicios
- Eje 5 – Gravedad relacionada con situaciones psicosociales anómalas asociadas
- Eje 6 – Gravedad relacionada con la discapacidad psicosocial

Desde este documento se plantea la organización y características de un programa de atención específica a los TMG, con el CSMIJ como recurso asistencial idóneo para la implantación, coordinación y seguimiento de dicha atención. Serían susceptibles de inclusión en estos programas todo niño o adolescente en los que se pueda hacer un diagnóstico de certeza de los incluidos en la clasificación TMG expuesta, con prioridad de atención y de intensidad asistencial para los casos que presenten criterios de gravedad entre los ejes 2 y 6, en particular, los que acumulen dos o más ejes; y también en los que se pueda hacer un diagnóstico de presunción, con presencia de comorbilidad o dos o más ejes de gravedad. Este programa persigue lograr una asistencia ajustada a las necesidades de cada niño/adolescente, mejorar la detección precoz, definir el circuito de derivación para que los posibles casos de TMG lleguen rápidamente al CSMIJ, garantizar la continuidad asistencial, además de elaborar un registro de los casos. El desarrollo del programa supone: la priorización de los casos en función de la gravedad, facilitada y objetivada en un registro de valoración en el que se ponderan puntuaciones en función de los distintos ejes; elaboración de un proyecto terapéutico individualizado (PTI, que incluye tratamiento psicoterapéutico, farmacológico, intervención terapéutica o de apoyo a la familia, intervención en la comunidad y coordinación con otros dispositivos) y de un programa de atención individualizada (PAI, trabajo en red con el ámbito sanitario, social, educativo, judicial y laboral) multidisciplinares y revisados cada seis meses; seguimiento y atención frecuente con al menos un contacto semanal y contacto domiciliario si es necesario con recuperación activa en caso de ausencias o desvinculación; y coordinación protocolizada con el CSM de adultos cuando los pacientes alcanzan la mayoría de edad.

Siendo ésta la única guía encontrada sobre el conjunto de los TMG que aquí consideramos, el resto de guías valoradas versan sobre el espectro de trastornos más conocido y diagnosticado de los TMG, los del espectro autista.

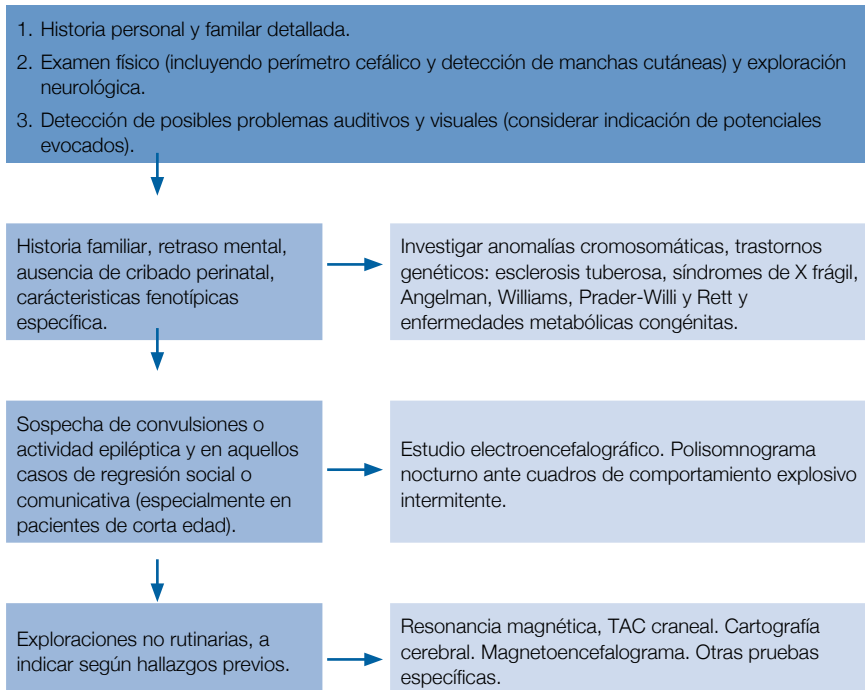
En 2004 también se publicaron las tres guías de buena práctica clínica elaboradas por el **Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista (GETEA) del Instituto de Salud Carlos III (25-27)**, que abordan en tres documentos la detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento de este grupo de trastornos, los TEA. Parten de la importancia de la detección temprana justificada en que una intervención temprana específica, personalizada para el niño y su familia, conduce a una mejoría en el pronóstico de la mayoría de los niños con TEA, y plantean tres niveles en este proceso en relación a los servicios implicados. El *nivel I, de vigilancia del desarrollo*, correspondería a Atención Primaria (con los programas de seguimiento del niño sano en Pediatría) y a las escuelas infantiles, quienes tendrían que considerar aspectos prenatales y perinatales con mayor riesgo de autismo, los motivos de

preocupación de los familiares, el seguimiento periódico del desarrollo rutinario en momentos clave, usar sistemáticamente las escalas de valoración del desarrollo o valorar la presencia de señales de alerta. En el *segundo nivel* es donde sitúan a los equipos de SMIJ para la función de *detección específica* una vez identificada una sospecha, junto a los servicios de AP, equipos de valoración y orientación de los centros base (Servicios Sociales) y equipos de Atención Temprana, recomendando pruebas diagnósticas específicas a aplicar en este punto (M-CHAT, PDDST, ASIEP-2, ASSQ, CAST, ASDI). El *tercer nivel* correspondería al *proceso diagnóstico*, para lo que indican derivación a un servicio diagnóstico especializado (servicios interdisciplinarios especializados), y a la intervención temprana, concebida en Centros de Atención Temprana, Unidades de Atención Temprana (Servicios Sociales) y Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana.

En cuanto al *proceso de evaluación*, indican la necesidad de una estrategia coordinada de carácter multidisciplinario, en la que deben participar especialistas de la pediatría, la psicología, la neurología y la psiquiatría. El proceso de evaluación debe incluir: historia de la persona y antecedentes médicos y familiares, una evaluación médica que incluiría estudios psiquiátricos y biomédicos, y una evaluación psicológica de la inteligencia, habilidades sociales, habilidades comunicativas y lingüísticas y competencias adaptativas. El GETEA subraya que el derecho a la salud de todos los ciudadanos debe asegurar la gratuidad y la equidad de los servicios diagnósticos y de atención para las personas con TEA en el Estado español.

Como *pruebas diagnósticas* adecuadas, el GETEA recomienda ADI-R, DISCO, ADOS-G, CARS, GARS, además de instrumentos generales de evaluación cognitiva en edades infantiles (Uzgiris/Hunt's Scales of Infant Development, Merrill-Palmer Scale of Mental Tests, Leiter International Performance Scale, Escalas de inteligencia Wechsler, Test de matrices progresivas de Raven, Escalas Bayley de desarrollo infantil, PEP-R, Escalas McCarthy de aptitudes y psicomotricidad, K-ABC) y para la evaluación comunicativa, adaptativa y simbólica (CSBS, ACACIA, Reynell Developmental Language Scales, Vineland Adaptive Behavior Scales, Costello Symbolic Play Test), de las cuales sólo disponemos de versión en castellano validada de las Escalas de Inteligencia de Weschler, Test de Matrices progresivas de Raven, Escalas Bayley de desarrollo infantil, Escalas McCarthy de aptitudes y psicomotricidad, K-ABC y ACACIA. Proponen al psiquiatra, con formación infanto-juvenil, como el más preparado para el diagnóstico diferencial y de las comorbilidades, y fundamental en los casos que precisan medicación psicotrópica. Como aspectos que se han de incluir rutinariamente en la exploración biomédica, señalan: parámetros de crecimiento y perímetro craneal, examen de la piel (lámpara de Wood), examen corporal para

**Figura 1. Algoritmo diagnóstico de la exploración biomédica recomendada por el GETEA**



detectar anomalías físicas o rasgos dismórficos, examen neurológico, evaluación de la audición y visión, y como pruebas complementarias, análisis rutinario completo de sangre y estudios genéticos y metabólicos. Como aspectos que se deben considerar en la exploración biomédica, recomendados en algunos protocolos internacionales pero no aceptados para su uso generalizado, señalan: estudios de genética molecular, y medición de los niveles de plomo; como estudios que se deben considerar en la exploración neuropediátrica que requieren una sospecha clínica de alteración estructural específica: estudio electroencefalográfico y resonancia magnética (RM) estructural; y por hallazgos o sospechas clínicas que las justifiquen, pruebas de evaluación neurofisiológica y pruebas de neuroimagen estructural y funcional.

Los *tratamientos recomendados* por este Grupo, basándose en su revisión sistemática, con evidencia de eficacia, son tan solo las intervenciones conductuales y el tratamiento farmacológico con risperidona. Aunque cuentan con una evidencia más débil, también recomiendan las intervenciones dirigidas a la promoción o fomento de competencias sociales, los sistemas alternativos/ aumentativos de comunicación (fomentar la comunicación utilizando objetos,

fotografías, dibujos, signos, o símbolos, sobre todo en las personas no verbales con TEA), el sistema TEACCH (como sistema modélico en cuanto a que supone una red comprensiva y descentralizada de servicios comunitarios para pacientes con TEA, adaptando a la vez su entorno en función de las necesidades de cada caso), la terapia cognitivo-conductual (en Asperger o autismo de un nivel de funcionamiento elevado), y la indicación de psicoestimulantes en los casos de TEA comórbidos con TDA/H. En relación al *tratamiento farmacológico* en los casos de TEA, aclaran que se utiliza como tratamiento sintomático de los trastornos comórbidos que, además del malestar personal que generan, obstaculizan la educación y adaptación social de estas personas y complican su tratamiento, por lo que se dirigen a potenciar el beneficio que la persona va a obtener de otros tratamientos educativos o conductuales y mejorar su calidad de vida y la de su familia. Las terapias de integración auditiva o sensorial, las psicoterapias expresivas, así como dietas y suplementos vitamínicos, las consideran sólo como elementos experimentales en estudios. Otras intervenciones que se han estudiado y para las que no encuentran evidencia y, por tanto, no recomiendan, son las siguientes: el método Doman-Delacato, las lentes de Irlen, la comunicación facilitada, la terapia psicodinámica, la secretina, la terapia antimicótica, el tratamiento con quelantes, la inmunoterapia, la terapia sacrocraneal y las terapias asistidas con animales.

Además de lo basado en la revisión de la literatura, el GETEA creyó conveniente remarcar ciertas *recomendaciones de buena práctica* en la atención a los TEA. Consideran que existe consenso en que la educación –con especial incidencia en programas para el desarrollo de la comunicación y la competencia social– y el apoyo comunitario son los principales medios de tratamiento; aspectos que se deben complementar, en ocasiones, con medicación y otros programas terapéuticos. Para que una intervención sea efectiva, debe ser individualizada, estructurada, intensiva y extensiva a todos los contextos de la persona, generalizable al entorno natural del niño y con implicación de los padres.

En noviembre de 2009, el Instituto de Investigación de Enfermedades Raras (IIER – perteneciente al ISCIII - Ministerio de Ciencia e Innovación) publicó un informe de **Evaluación de la eficacia de las intervenciones psico-educativas en los TEA** (22), mediante una exhaustiva revisión sistemática de distintas guías, documentos, revisiones y meta-análisis internacionales. A la vista del amplio abanico de intervenciones psicoeducativas que se encuentran desarrolladas para esta población, los autores proponen una clasificación de las mismas, que recogemos en la [Tabla 4](#) (una descripción detallada de cada intervención se puede consultar en dicho documento).

**Tabla 4. Propuesta de clasificación de las intervenciones psicoeducativas (IIER)**

<b>A. Según los modelos teóricos de las intervenciones:</b>
<b>A.1. Modelos conductuales</b>
<b>A.1.1. Modelos Clásicos:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Intervención Temprana Conductual Intensiva [Early Intensive Behaviour Intervention (EIBI); Intensive Behavioural Intervention (IBI)]</li><li>• Análisis Conductual Aplicado [Applied Behaviour Analysis (ABA) - tipo Lovaas]</li><li>• Entrenamiento por Ensayos Discretos [Discrete Trial Training (DTT)]</li></ul>
<b>A.1.2. Modelos Contemporáneos:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Apoyo Conductual Positivo [Positive Behavioural Support (PBS)]</li><li>• Evaluación Funcional [Functional Assessment]</li><li>• Entrenamiento en Comunicación Funcional [Functional Communication Training (FCT)]</li><li>• Enseñanza Naturalista [Naturalistic Teaching]</li></ul>
<b>A.2. Modelos del desarrollo</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Modelo Social-Pragmático de Desarrollo [Developmental Social-Pragmatic Model (DSP)]</li><li>• Intervención basada en el Desarrollo de Relaciones [Relationship Development Intervention (RDI)]</li><li>• Modelo Greenspan - Terapia de juego en suelo o Intervención del desarrollo basada en las relaciones y las diferencias individuales</li><li>• Enseñanza Receptiva [Responsive Teaching]</li></ul>
<b>B. Según las áreas funcionales en las que se centran las intervenciones</b>
<b>B.1. Intervenciones centradas en la comunicación</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Comunicación facilitada [facilitated communication (FC)]</li><li>• PECS [Picture Exchange Communication Systems]</li><li>• Enfoque de Conducta Verbal [Verbal Behaviour Approach (VB)]</li><li>• Comunicación Total [Total Communication (Benson Schaeffer)]</li><li>• Comunicación alternativa y Aumentativa (CAA) [Augmentative and alternative Communications (AAC)]</li></ul>
<b>B.2. Intervenciones centradas en las interacciones sociales</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Entrenamiento en Habilidades Sociales [Social Skills Training]</li><li>• Historias Sociales [Social Stories]</li></ul>

Nos parece importante señalar, para los no familiarizados con estas cuestiones, que, como ocurre en este informe, el término “psicoeducativas” ha ido desplazando al término “psicoterapéuticas”, hasta hacerlo desaparecer en muchas publicaciones, sobre todo anglosajonas. Es importante no desconocer que -además de los juicios emitidos respecto a los fundamentos teóricos y a las críticas metodológicas, que se dicen siempre “basadas en la evidencia” y que apoyan o no la eficacia de unas y otras intervenciones- también subyacen en estas cuestiones aspectos ligados a tensiones ideológicas y de poder institucional. Entre otras, ni más ni menos, de qué ámbito (¿sanitario? ¿educativo? ¿social?) debe depender su realización y financiación.

Las revisiones sistemáticas en torno a estas intervenciones que cumplían los criterios de inclusión de los autores para su análisis (tan sólo 11 de las 44 recuperadas) evaluaban de manera principal: intervenciones mediadas por los padres, intervención en la comunicación alternativa y aumentativa, intervenciones tempranas conductuales, intervenciones basadas en ABA y Lovaas, intervenciones globales que valoran programas de ABA, TEACCH y el modelo de Denver, e intervenciones conductuales y del desarrollo. El análisis de esta literatura lleva a los autores a extraer las siguientes *conclusiones*, impresiones que compartimos:

- Encuentran un exceso de literatura secundaria (revisiones sistemáticas y meta-análisis) en la evaluación de la eficacia de intervenciones psicoeducativas en autismo, con gran cantidad de los trabajos con valor científico insuficiente;
- pese a la gran cantidad de intervenciones que en la actualidad existen y se aplican en autismo, algunas de ellas no cuentan con un aval en cuanto a demostración de su eficacia;
- incluso las revisiones seleccionadas que cumplían los criterios de inclusión adolecían de carencias metodológicas y limitaciones importantes (gran heterogeneidad de los sujetos participantes en edad, diagnóstico, capacidades, etc.; gran heterogeneidad entre las intervenciones estudiadas y la forma de llevarlas a cabo; heterogeneidad en las medidas de resultados, que carecen de estandarización y de validez social o contextual por lo que no se pueden extrapolar a la población diana a la que se dirigen);
- la evidencia en torno a estas intervenciones es, por tanto, muy débil.

Y en cuanto a las intervenciones específicas:

- Sobre el Análisis Conductual Aplicado (ABA, tipo Lovaas), no queda claro el beneficio que puede aportar, pero lo que sí se extrae es la

falta de evidencia para sostener las afirmaciones previas que aseguraban que el ABA puede resultar en un funcionamiento normal de estos niños;

- la Intervención Temprana Conductual Intensiva (EIBI-IBI) es beneficiosa en algunos aspectos (mejora del CI, el lenguaje y la conducta adaptativa), pero no en todos los casos, por tanto, no pueden recomendarla ya que no se sabe para quiénes es beneficioso y para quiénes no lo es;
- el entrenamiento para padres parece ser beneficioso tanto para los padres como para los niños, aunque el nivel de evidencia es débil;
- tanto los modelos del desarrollo como las historias sociales parecen tener cierta posibilidad de eficacia, aunque las características óptimas de estas aproximaciones son sumamente inespecíficas;
- no hay suficientes evidencias para intervenciones como TEACCH, el modelo de Denver o la CAA.

Este informe determina como *necesidades inminentes* el evaluar por parte de los profesionales todas y cada una de las intervenciones que se están llevando a cabo para corroborar los beneficios de dichos tratamientos, el basar los tratamientos en manuales de intervención, de forma que estas intervenciones sean reproducibles, y el incorporar a los padres, familiares o tutores legales en el tratamiento, ya que esto supone un beneficio añadido para las familias.

Nuestro acuerdo con las conclusiones generales de este exhaustivo estudio, no nos evita, sin embargo, plantearnos algunas cuestiones sobre sus propuestas. En general, éstas se relacionan con el hecho de que la neutralidad del investigador y de su tarea, exige una distancia con respecto a la implicación personal y emocional de quienes se sitúan en una dimensión totalmente diferente, la de una relación clínica, terapéutica y educativa. Con otras palabras, la aproximación al problema necesita un doble abordaje -desde diferentes perspectivas y equipos a formar ¡y a financiar!- que, en nuestra opinión, necesita medios hoy en día inalcanzables con los recursos asistenciales reales disponibles.

El propio estudio concluye que “teniendo en cuenta la debilidad de las aportaciones y la falta de especificidad de las poblaciones a las que se dirigen y las características específicas que han de tener los distintos tratamientos, *resulta controvertido, si no imposible, establecer implicaciones para la práctica clínica*”. El contraste entre las exigencias de la investigación y las realidades asistenciales también nos lleva a preguntarnos cómo hacer factible otra



de sus conclusiones: la de cómo desarrollar su propuesta de “determinar... la necesidad inminente de... evaluar todas y cada una de las intervenciones que se están llevando a cabo”. Esta propuesta, metodológicamente impecable y asistencialmente deseable, necesitaría generalizar la aplicación de medios y métodos de investigación a un mundo asistencial cuyos recursos son demasiado precarios para hacer posible su realización. Y más si hay que hacerlo con las directrices esenciales que también proponen: “necesidad de plantear ECAs (ensayos clínicos aleatorizados) metodológicamente robustos para responder a nuestras preguntas” para “en la siguiente fase, desarrollar estudios de efectividad a nivel comunitario” y todo ello con un diseño que incluye hasta ocho aspectos metodológicos (entre otros: asignar los participantes a los grupos de manera aleatoria, con un tamaño de muestra suficientemente grande y llevar a cabo la evaluación con investigadores “cegados”).

En otra de sus dos directrices esenciales respecto a la investigación concluyen: “es imprescindible dejar de desarrollar investigaciones secundarias como revisiones y meta-análisis” y detallan los motivos por los que lo hacen: “la multiplicidad de trabajos de los últimos años se solapan y no aportan conocimientos nuevos...adolecen de serias carencias metodológicas, de manera que sus recomendaciones serán siempre débiles y escasamente concluyentes”. Pensamos que seguramente, para quienes se mueven en el terreno difícil y trabajoso de una relación clínica con estos niños, y con sus familias, les resultará difícil añadir a su costoso compromiso habitual la perspectiva de incorporarse a tareas de colaboración en la investigación, vista la necesaria exigencia de trabajo metodológico y dedicación que ésta exige.

En realidad, la habitual distancia y las discrepancias -también habituales en otras especialidades médicas- entre las recomendaciones de las GPC y las realidades de la práctica clínica, se encuentra en el terreno de los TMG con algunas particularidades específicas que dificultan las exigencias metodológicas de la medicina basada en la evidencia: ausencia de marcadores biológicos; características de la población (poco homogénea y reducida); diversidad de factores etiopatogénicos; variaciones evolutivas del desarrollo; multiplicidad y diversidad de intervenciones terapéuticas; su aplicación casi siempre combinada simultánea o sucesivamente y en diferentes lugares y ámbitos profesionales; diversidad de sus objetivos y modelos teóricos que han necesitado su clasificación con una nomenclatura consensuada. Si, además, estamos estudiando una población de niños cuya principal vulnerabilidad se sitúa en el terreno de la relación y la comunicación y del aislamiento respecto a su entorno, y queremos estudiar la eficacia de intervenciones muy prolongadas en el tiempo: ¿Cómo medir la calidad de equipos terapéuticos y la eficacia de sus intervenciones cuando, independientemente de la teoría o tipo de intervención escogido, la relación terapéutica personal, es una he-

rramienta clínica esencial del proceso? ¿Cómo valorar la influencia de la formación, la experiencia e incluso la calidad humana de los profesionales que intervienen, cuando estos elementos son más determinantes que la técnica que utilicen? ¿Cómo evaluar la influencia de un factor tan determinante y variable como la calidad del medio familiar y su grado de participación, implicación y apoyo a las intervenciones terapéuticas? ¿Cómo evaluar las intervenciones de equipos humanos altamente variables -tanto por su estructura como por sus variaciones temporales- en su disponibilidad y medios?

En nuestra opinión, son estos aspectos específicos los que obligarían a acercar las posiciones de investigadores y de clínicos y a favorecer la comprensión mutua de las peculiaridades y exigencias de sus respectivos trabajos, que trascurren en dos ámbitos totalmente diferentes.

Las guías elaboradas en nuestro país, que acabamos de comentar –así como otras similares realizadas en otros países- incluyen una revisión exhaustiva de GPC (todas dedicadas selectivamente a los TEA y no a la totalidad de los TMG), así como de trabajos con revisiones sistemáticas y de meta-análisis. Tratan con ello de establecer el fundamento científico de la “credibilidad” y la “solidez” de los criterios diagnósticos y de las intervenciones preventivas y terapéuticas en los que se apoyarán sus “recomendaciones para buenas prácticas”. Para ello, y con una metodología impecable e implacable, utilizan diversos instrumentos de evaluación y lectura crítica de ingentes cantidades de publicaciones, muchas de las cuales suelen quedar excluidas por carencias metodológicas.

Tras este trabajo de depuración, seleccionadas las publicaciones de mayor calidad metodológica, suelen llegar a establecer diferentes niveles de evidencia científica en los que basan diferentes grados de recomendaciones (hasta siete niveles de evidencia y cuatro grados en las recomendaciones en la guía SIGN, por ejemplo, y citando sólo una de las más reconocidas). Simplificando y resumiendo, podemos decir que se ha extendido el catalogar las recomendaciones en cuatro grados, de mayor a menor calidad científica: A. Prueba científica establecida (Pruebas nivel 1; ensayos comparativos randomizados -ensayos clínicos aleatorizados (ECA) o meta-análisis de ECA). B. Presunción científica (Pruebas de nivel 2: ensayos clínicos aleatorizados de baja potencia; estudios de cohortes). C. Débil nivel de prueba (Nivel 3: Estudios de casos-testigo y estudios retrospectivos de series) y D. Consenso de expertos. Todo ello permite luego que comisiones de expertos, generalmente designadas por entidades político sanitarias, emitan informes con las “intervenciones recomendadas” y “no recomendadas” (cuando no reciben un consenso suficiente). Quienes acumulan la experiencia de casos tratados intensivamente durante años pero poco numerosos para alcanzar significación estadística, cosa que

ocurre en este ámbito clínico con frecuencia, alegan que esta metodología les excluye de cualquier reconocimiento de validez “científica”.

Lo que acabamos de detallar hace pensar que deberían aceptarse sus conclusiones sin más debate. Sin embargo, el hecho de que cuestionen trabajos, anteriormente considerados como indiscutibles, hace que algunas dudas subsistan. Por ejemplo, el debate actual existente en EE. UU. sobre la eficacia de intervenciones (método Lovaas de Análisis Conductual Aplicado-ABA) que pretendía haber demostrado resultados terapéuticos superiores a otros y que ahora son cuestionados, o el hecho de que instancias como la Academia Nacional de Ciencias –a través de su Comité de estudio de las intervenciones educativas para niños con autismo- haya reconocido hasta diez “programas globales de intervención” que –a pesar de no ser los recomendados en las GPC- “han demostrado su eficacia”, son sucesos que han ampliado el cuestionamiento de la aplicación estricta de los métodos de la MBE en este terreno tan específico. Leer en su informe que “no se ha demostrado que exista una relación entre la intervención concreta y el progreso de los niños”, o que “no existen comparaciones adecuadas entre diferentes tratamientos globales” o que concluya que “las intervenciones efectivas dependen de las necesidades individuales de cada niño y de cada familia”, supone un cuestionamiento radical de ciertos planteamientos metodológicos (40, 41).

La buena noticia de este documento, es que contribuye a limar diferencias entre los partidarios de tratamientos de corte conductual, “destinados a cambiar los síntomas superficiales -como el comportamiento repetitivo y la autoestimulación- y basados en resultados educativos evaluados mediante tests estructurados de rendimiento”, y los que prefieren “modelos de tratamiento basados en la interacción y el desarrollo para mejorar las relaciones, las habilidades sociales y el uso espontáneo del lenguaje y la comunicación” y a salvar enfrentamientos estériles entre ambas corrientes. Estima que existe actualmente una aproximación entre técnicas de intervención y reconoce la efectividad de hasta 10 programas globales de intervención: 3 basados en el desarrollo, al apoyo familiar y la creación de interacciones; 2 son programas conductuales muy estructurados y 4 incorporan una combinación de ambos elementos (42,43).

Para los clínicos es importante saber que en estas revisiones, muy selectivas y realizadas por potentes equipos de investigación, se exige para confirmar su validez científica, un nivel de prueba “elevado”, que muchas veces se queda en “moderado” y “débil” y a veces en “insuficiente”. Pese a ello, confirman que hay intervenciones con resultados “buenos” y “aceptables” cuya aplicación resulta “pertinente” y concluyen que la confirmación

definitiva de muchas propuestas necesitará de estudios ulteriores. Si con su metodología y medios, exhaustivos, se muestran tan prudentes, cabe preguntarse cómo los profesionales de la clínica podrán, con los recursos de que disponen -además de asumir las variadas y habituales tareas terapéuticas- demostrar su eficacia. Sin embargo, como tendrán que hacerlo, hay que concluir que sólo con la *colaboración activa de los equipos clínicos con equipos de investigación* será posible.

Por último, incluimos la **Guía de Diagnóstico y Tratamiento de los TEA (28)** elaborada desde el sistema público de Salud Mental de la Comunidad de Madrid y publicada en diciembre de 2008 con la colaboración de COGESIN, por su valor en cuanto a su contextualización en la atención prestada desde la Red de Salud Mental. El objetivo de este documento es recoger las indicaciones terapéuticas y los abordajes que específicamente deben realizarse desde los recursos de Salud Mental y plasmar la experiencia clínica, acumulada a lo largo de los años, en el trabajo que día a día se lleva cabo con esta población en los equipos infanto-juveniles de los Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Remarcan lo fundamental de la detección precoz debido a que permite un inicio temprano del tratamiento, la planificación educativa y de la atención médica, una previsión de ayudas familiares y asistenciales y el manejo del estrés familiar, factores que redundarán en un mejor pronóstico a largo plazo, frente a la recomendación frecuente de esperar cuando se detectan algunos retrasos en el desarrollo. Reconocen la importancia de tener en cuenta las preocupaciones de los padres puesto que son los primeros en detectar cuándo algo no va bien, y algunas de estas preocupaciones son signos de alarma que obligan a una evaluación en profundidad. Este grupo de trabajo se basa en la propuesta de Filipek et al. (44) de dos niveles a la hora de identificar los TEA:

- En el Nivel I, se identificaría a los niños de riesgo para cualquier tipo de desarrollo atípico incluido los trastornos autistas en el contexto de las revisiones del niño sano.
- En el Nivel II, se investigaría más en profundidad, y de forma multidisciplinar, los niños ya identificados como de riesgo, que incluiría diferenciar autismo de otro tipo de trastornos del desarrollo y determinar el tipo de intervención.

Se facilita en esta guía una amplia descripción de los signos de alarma a tener en cuenta en la identificación de los trastornos del desarrollo, y señalan la *consulta del pediatra de AP* como lugar privilegiado para la *detección* de problemas en el desarrollo, con la posibilidad de emplear herramientas de screening diseñadas específicamente para este contexto como son el CHAT y M-CHAT. Tras una sospecha detectada en el *primer nivel*, tanto Pediatría

como otros servicios en este nivel (Centros de Atención Temprana, Equipos de Orientación Temprana) deben remitir al niño a las instancias médicas que permitirán la *evaluación de segundo nivel*, confirmándose y completándose el diagnóstico, siendo a juicio de los autores de esta guía el *profesional de Salud Mental quien debe ser el coordinador* de los estudios y exploraciones en esta etapa, así como el encargado del *seguimiento y de algunos aspectos de su tratamiento*.

En cuanto a las características del *diagnóstico*, lo describen como eminentemente clínico, psiquiátrico, debe tener siempre en cuenta, y adaptarse a la perspectiva evolutiva y debe ser entendido como un proceso continuo y flexible en función de los diferentes cambios que operan en el sujeto (maduración, dinámica familiar, intervención, etc.). El proceso de valoración diagnóstica es necesariamente interdisciplinar, y debe comprender la recogida de información a través de las entrevistas con los padres y el niño, la exploración psicopatológica del niño (observación, juego, dibujo...), la información obtenida de otras instituciones implicadas (educativas, sociales...), valoración del aprendizaje y del funcionamiento familiar, y las exploraciones complementarias para el diagnóstico diferencial de patología orgánica, que incluyen: el examen médico y neurológico, la exploración audiológica, la consulta genética y la valoración cognitiva y del lenguaje. Como instrumentos a emplear durante este proceso, siempre como guía y sin que sustituyan a la observación clínica, recomiendan la ADI-R, la Escala Australiana de Asperger y el Cuestionario de Comunicación Social (SCQ) como entrevistas estructuradas para guiar la exploración con los padres o los cuidadores, el ADOS, ACACIA, el Inventario IDEA de Riviére que permite la valoración cualitativa de la severidad de los rasgos del espectro autista; para evaluar el desarrollo evolutivo recomiendan las escalas Bayley o Brunett-Lezine, y el PEABODY; para medir las capacidades cognitivas, las escalas Wechsler (WPPSI, WISC-IV) o McCarthy, y para la inteligencia no verbal, la Batería de Evaluación de Kaufman (K-ABC) o la Leiter International Performance Scale (LIPS); pruebas para la valoración de la conducta adaptativa como la Escala de Comportamiento Adaptativo de Vineland, o pruebas de función ejecutiva como el Wisconsin Card Sort Test. Esta guía comparte con la elaborada por el grupo de trabajo del ISCIII la descripción de la exploración médica rutinaria y complementaria que debe hacerse en estos casos.

En cuanto al *tratamiento*, otorgan una significación especialmente importante a la continuidad tanto del personal, como de los lugares y los tiempos, y remarcan de nuevo la necesidad de interdisciplinariedad, intensidad e instauración precoz de las intervenciones. Consideran determinantes en el establecimiento del plan terapéutico y de las prioridades en la intervención, el estadio evolutivo en el que se encuentra el niño, su capacidad cognitiva y

la gravedad de la afectación en el contexto del espectro. Es necesario a la vez instituir un tratamiento de apoyo para los padres fomentando los recursos de la familia. Describen los *dos enfoques* clásicos del abordaje del autismo, que necesariamente deben integrarse: el cognitivo y el afectivo.

En el *modelo cognitivo* se encuadrarían las intervenciones psicopedagógicas que generalmente se enmarcan dentro del enfoque cognitivo-conductual y pretenden la adquisición de habilidades sociales, comunicacionales y cognitivas básicas. Corresponderían a este modelo los programas de intervención conductual tipo Lovaas (no recomendados por falta de evidencias y las dificultades que implica) o el Análisis de Conducta Aplicada, los sistemas de fomento de competencias sociales como el entrenamiento en habilidades mentales, las historias y guiones sociales y la intervención para el desarrollo de relaciones (RDI), los sistemas alternativos y aumentativos de comunicación (los cuales, señalan, cuentan con consenso en que son útiles para fomentar la comunicación sobre todo en las personas con TEA sin recursos verbales, aunque la escasa evidencia probada no se correlaciona con su amplia utilización en los pacientes con TEA), o el Sistema TEACCH.

Desde el *modelo afectivo*, tanto de orientaciones socio-afectivas como psicodinámicas, la acción terapéutica se dirige a los mecanismos que utiliza el niño frente a la angustia y a la búsqueda del sentido de los síntomas, para que la intervención, y a través de ella el mundo exterior, adquieran un significado para el niño.

La *planificación de la intervención* para estos autores debe realizarse en las áreas de *Educación, Salud Mental e Integración y Apoyo Social*:

- Desde el *sector educativo*, se deben evaluar las capacidades y las necesidades educativas del niño para así proyectar un apropiado plan educativo y de intervención, pudiendo contar incluso con alternativas educativas intensivas como las que han desarrollado en la Comunidad de Madrid durante los últimos años, descritas como muy integradoras para esta población y que consideran pioneras en relación con otras Comunidades, aunque señalan que esta intervención educativa forma parte de un tratamiento integral y en ningún caso puede considerarse que, utilizada de forma aislada, constituye un tratamiento en sí mismo.
- El papel de los *servicios de Salud Mental* se considera fundamental, tanto para el diagnóstico como para la coordinación de las intervenciones, así como para el abordaje psicoterapéutico y farmacológico.
  - El *tratamiento farmacológico* no tiene en ningún caso función curativa, sino que se puede emplear en función de la sintomatología ex-

hibida en cada caso (hiperactividad, agresividad, ansiedad, etc.) para facilitar los logros educativos y otras intervenciones. Aunque no existen en la mayoría de los fármacos estudios que permitan asegurar evidencia científica para su utilización en esta población, a excepción de la Risperidona con indicación específica para TEA, existe el consenso entre los clínicos de que ciertos fármacos pueden ser beneficiosos en niños con TEA; aún así, la prescripción se basa en la detección de los síntomas que más pueden perjudicar al paciente y que mejor pueden responder a los tratamientos existentes, y la valoración del riesgo/beneficio es una prioridad en esta población.

- En cuanto al *abordaje psicoterapéutico* desde los CSMIJ, señalan que el establecimiento de un vínculo terapéutico del profesional de los SSM con estos pacientes, que van a necesitar atención a largo plazo, permite que las intervenciones psicoterapéuticas sean eficaces aun cuando sean solo temporales o en periodos de crisis. Además, es importante ofrecer a las familias desde los dispositivos de Salud Mental un espacio de apoyo y contención donde puedan expresar las dudas y sentimientos que les provoca la enfermedad de su hijo y donde puedan ser ayudados en el manejo de los problemas conductuales y afectivos que se planteen, pudiendo ser de gran utilidad los grupos de orientación a padres con las funciones de apoyo, ayuda a la adherencia al tratamiento, información e intercambio de experiencias.
  - La intervención en *Hospital de día* como forma de tratamiento institucional a tiempo parcial que ofrece un abordaje intensivo, integral y multidisciplinar, posibilita experiencias emocionales en un marco más contenedor que el que permite la vida cotidiana y en el que se prioriza que el sujeto desarrolle patrones de relación más adaptativos. El grupo elaborador de esta guía defiende los modelos de Hospitales de Día no monográficos para los TEA y entiende que si los niños autistas comparten el espacio terapéutico con niños con otras patologías en las que hay un menor aislamiento y mayores capacidades de expresión y simbolización, se les ofrecerá posibilidades interesantes de comunicación.
- Desde los enfoques de *integración y apoyo social*, se busca ayudar a la familia en la búsqueda de los apoyos que precisen en función de sus necesidades, ya sean económicas (ayudas económicas, fiscales, becas), al hogar (cuidadores, acompañamiento, programas de estancias cortas), sociales (programas de ocio y tiempo libre ...), y también apoyar la integración en el contexto escolar, informando tanto a

profesores como a los alumnos para facilitar la aceptación de los niños con TEA. La realidad es que muchos de estos apoyos y recursos sociales son puestos en marcha por el esfuerzo de las asociaciones de afectados y familiares que en distintas Comunidades Autónomas se han organizado.

Lo hasta aquí recogido y resumido, podría ser complementado con más información respecto al debate actual existente en medios profesionales y mediáticos respecto a varias de las cuestiones comentadas. Optaremos por ceñirnos a resumir lo que no suscita dudas y cuestionamientos.

Existe actualmente un amplio consenso sobre la etiología multifactorial de estos trastornos y, en consecuencia, sobre el carácter polivalente de las medidas terapéuticas necesarias y eficaces, así como sobre su carácter evolutivo, que -por afectar al desarrollo neuropsicológico y relacional en sus diferentes fases- va a exigir diferentes intervenciones en diferentes momentos. Existe también consenso en que la atención adecuada debe ir ajustándose al tipo de afectación y momento evolutivo de cada niño -a sus limitaciones y a sus capacidades- por lo que debe planificarse y modificarse de manera personalizada individualmente. En consecuencia -y aquí comienzan ya las divergencias- se necesita una coordinación y una figura con una posición jerárquica para complementar adecuadamente las diferentes intervenciones que obligatoriamente deben ser -para resultar eficaces- continuadas, intensivas y de inicio lo más temprano posible.

La complejidad de esta tarea y la diversidad de opciones en las intervenciones y equipos profesionales concernidos -pertenecientes además a diferentes ámbitos sanitarios, educativos e institucionales- ayuda a entender también que la diversidad de enfoques e intereses profesionales, y el respeto a las diferentes opciones deseadas y elegidas por las familias de los afectados, genere debates y desacuerdos difíciles de resolver, pese a los intentos de subordinarlos a la “evidencia científica”.

Para quienes pensamos que los TMG son parte esencial de la atención psiquiátrica, la responsabilidad fundamental del desarrollo de intervenciones y recursos adecuados, su seguimiento y coordinación, atañen a los profesionales de la salud mental. Entendemos también que -si bien es cierto que la precariedad de los recursos en salud mental específicamente destinados a esta población ha implicado una posición activa en su desarrollo por parte de otros colectivos concernidos: familias, escuela, servicios sociales- sería un grave error por parte de los medios sanitarios -de la salud mental y de la psiquiatría de niños y adolescentes- el no asumir sus responsabilidades, específicas e insustituibles, en este terreno.



### IV.1.1. Situación de la SMIJ en las CC. AA.: inclusión de la atención a los TMGIJ en los Planes de SM

Además de la revisión de estas guías, hemos querido hacer un pequeño apunte sobre otros documentos que detallaran la actuación sobre esta población en nuestro país a nivel de los servicios de Salud Mental, dado que el principal objetivo de este estudio era conocer la visión de este sector al respecto (a través del cuestionario que les hicimos llegar). No es nuestra intención, y queda fuera de nuestro alcance, hacer un análisis pormenorizado de la situación de la SMIJ en cada CC. AA., esfuerzo que ya se ha realizado desde el Observatorio de Salud Mental creado por la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), que se va actualizando periódicamente con nuevas publicaciones de sus análisis y resultados, textos que hemos consultado y nos han servido de base (45,46). Sin embargo, sí queríamos incluir ciertas pinceladas teóricas de cómo deben organizarse idealmente los Equipos de SMIJ, cuál debe ser su funcionamiento, cómo se recoge esto en Planes de SM específicos de IJ en nuestras distintas CC. AA., sobre todo en lo que respecta a la atención de los trastornos mentales graves en esta población, para la posterior discusión de los datos encontrados en las publicaciones con la situación actual descrita por los encuestados y los intercambios de información con los profesionales de la Red de Salud Mental con los que hemos podido contactar.

Cabe recordar y tomar en consideración que la revisión documental se realizó hasta 2011 y que, hasta la fecha de publicación de este informe, han podido producirse cambios en la dotación asistencial y recursos que se describen a continuación.

En el Programa específico de Atención a la Salud Mental infanto-juvenil de Aragón publicado en 2003 como parte del Plan Estratégico de Salud Mental 2002-2010 del Servicio Aragonés de Salud (12), describen la composición y funciones ideales de los equipos de SMIJ, que tomaremos como referencia teórica. Propone que el equipo multidisciplinar debe estar compuesto de psicólogos, psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales y auxiliares administrativos, proponiendo como composición ideal la de dos psicólogos, dos psiquiatras, un enfermero, un auxiliar administrativo y un trabajador social. Se plantea la necesidad de una USMIJ por cada dos o tres Unidades de Salud Mental de adultos, lo que implicaría la existencia de una USMIJ por unos 150 000 habitantes. La realidad, por otro lado, es que la composición de los Equipos de Salud Mental Infanto-Juveniles en Aragón es desigual e incompleta, lo que hace muy necesaria la dotación de los profesionales que faltan en ellos, situación que se repite en muchas CC. AA. Los Equipos de

SMIJ deben participar en el diseño y ejecución de los programas asistenciales, rehabilitadores etc. en las unidades, asegurar la accesibilidad de la población a los programas, la continuidad asistencial y la cobertura total (en forma integrada e integral) en la prestación asistencial. Las funciones del Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil (que coinciden con las descritas a grandes rasgos en otros documentos de Estrategias de SM como el de Baleares o Canarias) serían:

- De prevención y promoción de la salud.
- Asistenciales y rehabilitadoras (realización de diagnósticos y tratamientos integrales, atención especializada, desarrollar los programas terapéuticos, o participar en programas de tratamientos rehabilitadores (atención temprana, etc.)
- De coordinación con otros dispositivos de atención a la infancia/juventud. Insistiendo en su importancia, proponen la creación, vía oficial, como ya se ha hecho en otras Comunidades Autónomas, de un Comité Coordinador compuesto por técnicos de Salud Mental Infanto-Juvenil, Pediatría, Educación, y Bienestar Social, y con los objetivos, entre otros, de efectuar estudios de morbilidad, unificar criterios sobre toma de datos y registros de casos, estudio de posible integración de recursos y propuesta de creación de nuevos si fueran necesarios o la elaboración de protocolos de intervención en diferentes situaciones de riesgo. Además, debería propiciarse la comunicación y coordinación entre los Servicios y Equipos específicos de Salud Mental Infanto-Juvenil, y entre estos y sus hospitales de referencia, Centros Base, Centros Sociolaborales o cualquier otro dispositivo que proporcione programas de rehabilitación/reeducación a la población infanto-juvenil. Los cauces y el tiempo para coordinación han de estar claramente definidos en las USMIJ considerándose fundamental esta actividad; con ello, se contribuiría a evitar la duplicidad de intervenciones mediante las derivaciones oportunas. Siendo Atención Primaria la principal y necesaria vía de canalización y derivación a SMIJ (se insta a que desde otros servicios asistenciales, educativos, asociacionistas etc. se derive a AP como filtro previo al acceso a SMIJ), se debe desarrollar la coordinación y colaboración sobre todo entre ambos niveles, proponiendo para ello la realización de interconsultas y reuniones programadas entre los Equipos de Atención Primaria y los Equipos de las USMIJ para el estudio de casos comunes.
- De formación, investigación y docencia.
- Administrativas y de gestión.

Considerando las USMIJ ambulatorias como un 2º nivel de atención especializada, existiría un tercer nivel más especializado aún donde se ubicaría la hospitalización y otros servicios específicos de tipo terapéutico/rehabilitador como centros de día y otros. Como señalan en este documento, “para algunos cuadros psicopatológicos graves, en algún momento de su evolución, puede resultar insuficiente el tratamiento ambulatorio y, en ese caso, debe ser posible continuar el tratamiento a nivel hospitalario siempre en orden a la continuidad de cuidados integrales, de modo intensivo y especializado tal como permite la institución hospitalaria”. Esta hospitalización debe contar con un programa propio, independientemente de dónde se realice; hasta la edad de 14 años es indicado realizar los ingresos en Unidades de Pediatría de Hospitales Generales y en adelante en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica específicas (de adolescentes). Los Centros de Día y Hospitales de Día para la población infanto-juvenil, en alguna medida reducirán las hospitalizaciones y acortarán las estancias en ellas; por ello, deben crearse paralelamente a los recursos hospitalarios. Se trata de cubrir una demanda reducida pero que requiere de servicios muy especializados y actuaciones intensivas.

Delimitando los papeles de las distintas instancias asistenciales, sitúan al pediatra y médicos de familia en las tareas de prevención y promoción de la salud mental, detección temprana de señales de alerta y factores de riesgo (facilitada con listados elaborados desde SMIJ como los incluidos en este documento del Servicio Aragonés de Salud), diagnóstico de problemas y sospecha de trastornos, solicitud de interconsulta y derivación a la USMIJ y colaboración terapéutica con la USMIJ en los trastornos. En la [Tabla 5](#) se adjunta el protocolo de actuación propuesto desde Aragón en función de lo detectado desde AP, y la [Figura 2](#) recoge su algoritmo de funcionamiento y derivaciones.

Señalan, además, como algo esencial la continuidad de cuidados, para lo cual deben mantenerse una serie de principios, entre ellos, la garantía de

**Tabla 5. Pautas de actuación en las alteraciones detectadas en AP**

<b>Alteración detectada</b>	<b>Procedimiento a seguir</b>
Factor/es de riesgo	Seguimiento AP
Señal/es de alerta	Seguimiento o interconsulta SMIJ
Problema (inicial)	Seguimiento y/o interconsulta
Problema persistente	Interconsulta o derivación
Síntoma de trastorno severo	Derivación
Situación biopsicosocial compleja	Interconsulta o derivación

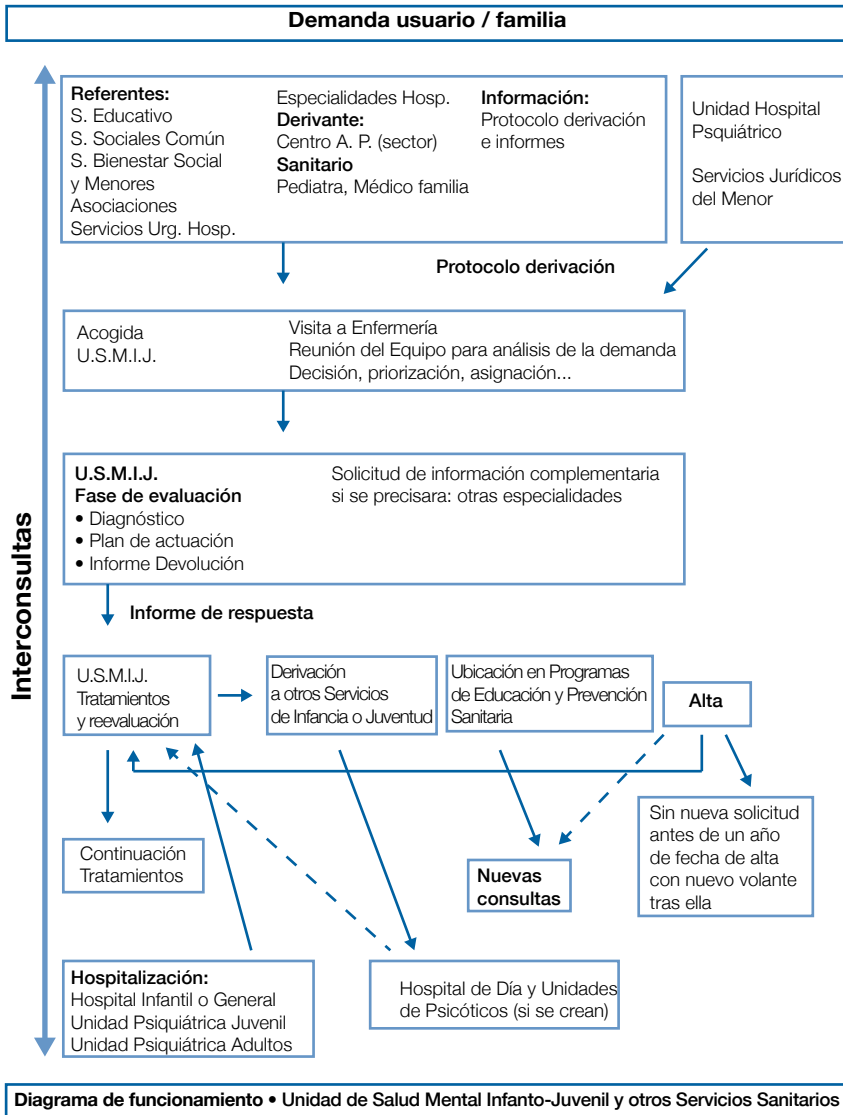
que el paciente puede acudir al servicio cuando lo necesite, una oferta integral de servicios (la continuidad no existe si algún servicio necesario no está disponible), o la oportunidad para el paciente de establecer una relación estable y continuada con un referente del sistema.

En cuanto a la situación asistencial concreta de la Comunidad de **Aragón**, en el momento de la publicación de este Plan de SMIJ contaban con cuatro USMIJ, las desarrolladas desde 1988 con el anterior plan; actualmente han aumentado a 8 USMIJ, ya sean ubicadas en hospital, en centros de salud o en edificios independientes. No cuentan en esta comunidad con hospital de día infanto-juvenil en la Red de Salud Mental pública (solamente para trastornos de la conducta alimentaria), aunque sí existe, desde la iniciativa privada, un conjunto de recursos de atención a la SM que cuenta con HDIJ para trastornos mentales graves, ubicado en Zaragoza (47), y a finales de 2008 se inauguró en esta comunidad de forma pionera -con un modelo similar al existente previamente, desde 2001, en Bizkaia y posteriormente extendido a la totalidad de territorios del País Vasco (60), un Centro de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental creado de forma conjunta por los Departamentos de Salud y de Educación del Gobierno de Aragón para tratar a niños y adolescentes de entre 6 y 18 años con trastornos de salud mental que les impiden de forma coyuntural la escolarización en su centro educativo. Este centro viene a cubrir la necesidad de atención educativa a niños y adolescentes que, temporalmente, no pueden asistir a sus centros docentes de referencia y necesitan al mismo tiempo un tratamiento terapéutico intensivo en entornos estructurados, con una intervención coordinada de profesionales procedentes de los sectores educativo y sanitario (48), y que en palabras de su coordinador, viene a rellenar una grieta en la red asistencial del menor con trastorno mental grave (49).

Respecto a la cartera de servicios de las USMIJ, el Plan aragonés señala como perfiles de demanda destacados y susceptibles de desarrollar intervenciones específicas, entre otros, los TGDs y las psicosis y primeros episodios de esquizofrenia, por la gravedad de estos diagnósticos y el deterioro asociado, insistiendo en la detección temprana, el seguimiento a largo plazo, y el trabajo psicoterapéutico con los niños así como de psicoeducación con los padres.

Respecto al cumplimiento de lo propuesto en aquel plan de 2003, a fecha de la recogida de datos de este estudio, sí se han cumplido algunos de los objetivos de dotación de recursos, como la creación de nuevas USMIJ, aunque aún sin la dotación de personal requerida para un funcionamiento óptimo, y tampoco se ha logrado desarrollar programas específicos de atención a esta población en las propias USMIJ.

Figura 2. Algoritmo de funcionamiento y derivaciones en SMIJ de Aragón (12)



En **Asturias** no se ha desarrollado un plan específico de SMIJ, pero en su reciente Plan de Salud Mental 2011-2016 (13), precedido por un Informe de Evaluación de la situación asistencial y los servicios de SM en 2010 (50), una de sus recomendaciones es la implantación de medidas que mejoren la coordinación entre los niveles de atención, con el fin de mejorar la captación

de personas con TMG, especialmente en la infancia, la adolescencia y primera edad adulta, y proponen la revisión y validación del Programa Piloto de TMG Infanto-Juvenil que se encuentra implantado en al menos uno de los CSMIJ y la difusión de sus resultados. Mayor dedicación recibe en cambio la atención al TMG adulto, con acciones estratégicas destinadas a la elaboración de una Guía de detección precoz y continuidad de cuidados en el TMG y de un protocolo de Coordinación con AP, al establecimiento generalizado de protocolo de PTI para TMG, asegurar la continuidad de cuidados, o una mayor dotación de estructuras intermedias y de recursos de alojamiento.

En la Estrategia de Salud Mental de **Baleares** publicada en 2006 (51), abordan el TMG, pero una vez más, con mayor intensidad desde su vertiente en población adulta, para la que detallan una aceptable distribución de recursos ambulatorios, hospitalarios, intermedios, residenciales, de integración, etc., mientras que la atención a la población infanto-juvenil se describe infra-dotada, con carencias a nivel básico en número de USMIJ y de personal en ellas, con desigualdades entre las distintas áreas de salud, y en lo que respecta a la atención al TMG infantil, carentes de ningún recurso específico. Entre las líneas estratégicas definidas en dicho plan, la sexta se dirige a las recomendaciones para “definir, completar, optimizar y homogeneizar la dotación de dispositivos y de recursos humanos y materiales para la atención a la salud mental en todas las áreas”, reconociendo que “cada área de SM debería contar con su propia USMIJ, debería haber un Hospital de día infanto-juvenil y una Unidad Terapéutico-Educativa de día (UTED) por isla, una Unidad de Hospitalización Breve infanto-juvenil (UHB-IJ), y una Unidad Terapéutico-Educativa de media estancia de referencia para toda la comunidad autónoma. Todas estas carencias motivaron la redacción en 2010 de un documento (14) por parte de tres de las asociaciones baleares de afectados y familiares con la implicación también de profesionales de la Salud Mental, reivindicando, por un lado, su participación en la planificación de la salud mental, dado el grado en que les concierne y el modelo comunitario desde el que se funciona, y por otro, la creación prioritaria y urgente de los recursos comprometidos y hasta el momento no llevados a cabo, como el HDIJ o la UTE, recursos que consideran esenciales para atender los trastornos mentales más graves y de peor pronóstico padecidos por niños y adolescentes que son difícilmente integrables en la escuela normal dada su psicopatología. Describen la atención a la población infanto-juvenil como muy deficitaria, con el único logro, hasta entonces, de seis camas de hospitalización breve para adolescentes. Además de estas peticiones, proponen la creación a su vez de un centro de rehabilitación psicosocial con actividades socio-psico-terapéutico-rehabilitadoras de tarde, que desde el ámbito asociacionista ya se oferta, pero sin contar con el apoyo económico de las instituciones públicas implicadas; solicitan también una

atención escolar preferente de los niños y adolescentes con trastornos mentales graves, y paliar el déficit de ASCES (Aulas Sustitutivas de Centros Específicos de Educación) y del número de plazas de las existentes.

Parece que estas reivindicaciones han dado sus frutos puesto que, en la reciente Guía de Recursos y situación de la Salud Mental de las Islas Baleares publicada en mayo de 2011, ya encontramos una reforma importante en cuanto a la SMIJ: la diferenciación respecto a la SM de adultos en una unidad de gestión clínica propia denominada Instituto Balear de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia (IBSMIA), y con mayor y más completa dotación de recursos, contando ya con cinco USMIJ (que pasan a denominarse Unidades Comunitarias de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia, UCSMIA), un Hospital de día infanto-juvenil junto con una Unidad Terapéutico Educativa de Soporte (UTES), con 12 plazas, y un programa específico de atención a los trastornos del espectro autista en la Unidad de Hospitalización Breve infanto-juvenil (ahora denominada Unidad Hospitalaria del IBSMIA, UHSMIA).

Respecto al **archipiélago canario**, en su Programa de Atención a la Salud Mental infanto-juvenil (15), publicado en 2006 a partir del II Plan de Salud de Canarias 2004-2008, dedican una importancia especial con un apartado propio y extenso a la detección precoz de los trastornos mentales graves, función que “está al alcance, casi en exclusiva y por pura definición, de los pediatras de Atención Primaria que tienen la ventaja de encontrarse en contacto frecuente con los niños y sus familias desde que nacen” y, por tanto, deben conocer y tener en cuenta los factores de riesgo y signos de alerta psicopatológica que pueden darse en las diferentes etapas evolutivas (los detallan ampliamente en varias tablas). Recogen, además, las necesidades ya detectadas desde 1998 por los propios profesionales en jornadas y documentos de análisis y consenso, entre las que destacaban la necesidad urgente de que el Servicio Canario de la Salud estableciera indicadores de incidencia y prevalencia de niños afectados de TGD con el objeto de prestar la atención clínica más adecuada, la necesidad de un Hospital de Día como dispositivo clínico alternativo y/o complementario a las consultas ambulatorias, o la de dar prioridad asistencial a las psicosis de aparición precoz. Sin embargo, y pese al reconocimiento de que la atención a la salud mental infanto-juvenil debe ser prioritaria y específica, no cuentan en esta Comunidad con unidades diferenciadas de las de adultos, y no fue además hasta 2006 cuando se aprobó e implementó un programa específico de atención infanto-juvenil en la red de Salud Mental, con personal en las USMC de adultos con dedicación específica a la población infantil. Sí cuentan en cambio con dos hospitales de día infanto-juveniles, el primero en Santa Cruz de Tenerife inaugurado en diciembre de 2003, y el segundo desde diciembre de 2005 en Gran Canaria, ambos con 45 plazas repartidas en tres tramos de edad (0-6, 7-11, 12-17). La

Consejería de Sanidad se ha marcado como objetivo poner en marcha Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil específicas (actualmente ya existen en Lanzarote, Fuerteventura, Tenerife y La Palma) y ha hecho una apuesta firme por la formación especializada en infanto-juvenil.

Respecto a **Cantabria**, no hemos localizado un plan actualizado desde el elaborado para el periodo 1998-2001, que, además, no se encuentra en formato digital por lo que no ha sido posible consultarlo.

En **Castilla y León** la última estrategia en cuanto a Salud Mental elaborada es la de 2003 (52), que hacía hincapié en el desarrollo más completo de la red de SMIJ, en Castilla y León, a partir del 2º plan de Salud, que sí se ha llevado a cabo, contando en la actualidad con equipos o programas en todas las provincias de la comunidad. En esta estrategia consideran preferente la atención a los trastornos mentales graves y prolongados pero en su vertiente adulta, mientras que en población infanto-juvenil lo que destacan como fundamental es la necesidad de coordinar las actuaciones en el ámbito de los trastornos psíquicos de menores en sistemas de protección y de reforma, y desarrollar programas específicos de detección e intervención en trastornos por estrés post-traumático en menores, además de un protocolo de atención para hijos de personas con enfermedad mental grave y prolongada. Sin embargo, ninguna de las medidas, estrategias u objetivos incluidos en el último plan de Salud (III Plan 2008-2012) está dirigido a la SMIJ, y queda programado el desarrollo de la estrategia de SM derivada de este III Plan, que aún no se ha materializado.

En **Extremadura**, en su Plan Integral de Salud Mental 2007-12 (53), destacan la escasez de desarrollo en los dispositivos de atención infanto-juvenil, señalando la ausencia de Hospitales de Día y camas de hospitalización infanto-juvenil específicas; disponían entonces de 14 ESM y dos infanto-juveniles, siendo la ratio de psiquiatras en atención a adultos de 2,84 por 100 000 habitantes mientras que la de psiquiatras y psicólogos por 100 000 habitantes en atención ambulatoria infanto-juvenil era de 0,18, con tan sólo un psiquiatra, un psicólogo y una enfermera en cada uno de los dos Equipos. Señalan la necesidad de mejora de la atención a los TMG como prioridad, pero sin hacer referencia a la edad infantil. También plantean como objetivo incrementar los recursos en SMIJ, con más ESMIJ, más personal dedicado específicamente a la atención infanto-juvenil en los ESM, una UHB y dos hospitales de día y de un centro terapéutico-residencial. Actualmente tan sólo tenemos conocimiento de la creación de un ESMIJ más.

En **Galicia** cuentan con el Plan Estratégico de Saúde Mental 2006-2011 (54) en el que se planteaban como prioridades y necesidades asistenciales, entre otras, la de crear una unidad de hospitalización psiquiátrica para ado-



lescentes, de referencia para la comunidad autónoma, y potenciar las unidades de salud mental de infanto-juveniles existentes. Los recursos en cuanto a USMIJ son aceptables (aunque por densidad de población señalan un déficit de tres unidades), contando con ocho unidades, y hablan de la puesta en marcha de un nuevo programa de trastornos mentales graves en la adolescencia que debería suponer, al menos, un aumento de un especialista médico más por unidad. También apuntan al desarrollo de programas asistenciales, entre ellos uno dirigido al trastorno mental severo que “han de desarrollarse adaptándose a las características que estos trastornos presenten en las distintas etapas vitales (infancia, adolescencia, adultez, vejez)”, por lo que se entiende habría un programa para TMG en población infanto-juvenil. Sin embargo, en el posterior documento “Estrategia SERGAS 2014” (55) elaborado en 2009, siguen estando entre las líneas estratégicas en cuanto a la salud mental: el desarrollo de programas de trastorno mental grave destinados a la atención integral del paciente desde las fases precoces y el potenciar el desarrollo de la psiquiatría infanto-juvenil, con la creación de dispositivos de hospitalización psiquiátrica y de hospitales de día infanto juveniles. Hemos conocido que a mediados de 2012 se abriría la esperada Unidad de Hospitalización Breve infanto-juvenil, en el Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela.

En **La Rioja**, comunidad con una sola USMIJ, priorizaron absolutamente la atención al TMG infanto-juvenil entre sus objetivos del Plan de Salud Mental 2010 (56); dentro del objetivo específico de “desarrollar programas específicos de atención a la infancia y adolescencia”, prácticamente todas las acciones propuestas se dirigen a esta población que nos ocupa: establecimiento de protocolos de actuación en TMG en niños y adolescentes y en hospitalización en niños y adolescentes, creación de un Hospital de día Infanto-Juvenil, y apoyar terapéuticamente a las familias de menores con trastorno mental grave infanto-juvenil.

En **Navarra** se recoge la actividad de los servicios de SM en memorias anuales que se publican en formato digital en la web. En la correspondiente a 2010 avanzan el inicio de una nueva etapa en la gestión y planificación de la Salud Mental de Navarra, que se iniciaría con la publicación de la Ley Foral 21/2010 por la que se establece la nueva estructura orgánica de la Dirección de Salud Mental del SNS-Osasunbidea. Se conformaría, además, en el marco de un nuevo Plan Estratégico de Salud Mental, datándose el anterior de 1986. La Red de SM en esta comunidad está estructurada en dos niveles, el primer nivel lo constituyen los CSM que atienden a personas de cualquier edad, población adulta e infanto-juvenil, mientras que el segundo nivel está formado por el resto de dispositivos de Salud Mental y se entiende como red de apoyo a los CSM en determinados tramos de edad y patologías, y es en este nivel donde se

ubican los servicios de SMIJ, un CSMIJ y un HDIJ, a los que se accede por derivación desde los CSM del primer nivel. La atención infanto-juvenil se define como un Programa ('Programa Infanto-Juvenil'), junto con los de Trastornos Mentales Graves, Trastornos Adictivos y Trastornos Mentales Comunes, estos tres últimos dirigidos a población adulta, a partir de 16 años. En el año 2007 se estableció un grupo técnico de trabajo de Salud mental infanto-juvenil encargado de la redacción de un nuevo plan específico de atención a esta población, finalizándose el correspondiente documento en 2008. Desde entonces, y según lo que consta en esta memoria correspondiente al año 2010, se ha aumentado el número de profesionales y se han ido diseñando y planificando programas y protocolos específicos. Además, se han acondicionado locales diferenciados para el desempeño de la actividad infanto-juvenil, trasladando lo que se conocía como Hospital de Día Infanto-Juvenil "Natividad Zubieta" (que en realidad funcionaba como CSMIJ para los casos de mayor complejidad diagnóstica o terapéutica que no podían abordarse en los CSM) a una zona rehabilitada del Centro Psicogeriátrico, contando aquí con 10 plazas de HDIJ como tal, pasando el antiguo "Natividad Zubieta" a denominarse CSM Infanto-Juvenil, y a ser referente para la atención ambulatoria de los casos en edad infantil que lo requieran por su mayor complejidad. El CSMIJ cuenta con 5 psiquiatras y 5 psicólogos clínicos, además de enfermera, auxiliar sanitario, trabajador social y personal administrativo, mientras que el actual HDIJ dispone de un psiquiatra y un psicólogo clínico, además de trabajadora social, enfermera, terapeuta ocupacional, educadora, auxiliar de clínica, profesor y auxiliar administrativa. Cuentan, además, con cuatro camas para hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil en el Complejo Hospitalario de Navarra. En memorias anteriores señalan la existencia de un programa de hospitalización parcial dentro del anterior HDIJ para ciertos casos de trastornos generalizados del desarrollo, en colaboración con el Departamento de Educación desde 1998 y en el que participaban una profesora pedagógica, una educadora y una trabajadora social, accediendo a él desde los CSM.

En **Andalucía**, el primer programa de atención específica a la salud mental de la infancia y adolescencia se publica en 2010 (57), tras asumirse como compromiso en el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012 (II PISMA). Es en el primer PISMA (2003-2007) donde se definen las USMIJ como unidades específicas de apoyo a los ESMD (Equipos de Salud Mental de Distrito) y de atención ambulatoria y hospitalaria, total o parcial, a los problemas de salud mental más graves de niños/as y adolescentes hasta los 18 años, cuyas necesidades sobrepasan la capacidad de actuación de los ESMD. Se les asigna una triple función de apoyo a la atención infantil de los ESMD, atención clínica directa y desarrollo de programas de enlace y apoyo a otros dispositivos sanitarios, educativos y sociales. Se organiza aquí, por tanto, y al igual que en

Navarra, la atención a la SMIJ como un tercer nivel de especialización. Existen, además, hospitales de día infanto-juveniles y camas hospitalarias para menores en Unidades de Pediatría, a raíz del desarrollo del Decreto 137/2002 de apoyo a las familias. Dentro de la Línea estratégica dirigida a la atención a la salud mental de la infancia y adolescencia expuesta en el II PISMA, se recogía la necesidad de desarrollar actuaciones transversales de promoción de salud, detección e intervención precoz en las patologías más graves y prevalentes. Se incluía además como actividad a desarrollar, el que la cartera de servicios debe incluir programas ambulatorios, de hospital de día y de hospitalización completa, diferenciando espacios para las edades infantil y adolescentes, en base a las características de cada etapa del desarrollo; y también se recoge la intención de establecer mecanismos de coordinación y colaboración entre los profesionales de los distintos sectores que intervienen en el Programa de Atención Temprana, que permitan optimizar el desarrollo de las acciones relacionadas con la atención a los Trastornos Generalizados del Desarrollo (autismo y otros).

La mejor muestra de cómo desde la SMIJ en **Cataluña** se ha otorgado un espacio privilegiado a la atención al TMG se recoge en el documento ya citado (19), y que hemos mencionado en varias ocasiones a lo largo de este informe. En el Plan Director de Salud Mental y Adicciones de 2006 (58) se recogía dentro de su tercera línea de prioridades, incorporar una cartera de servicios orientada a las necesidades de los usuarios, con base territorial, la de implantar progresivamente una nueva cartera de servicios de los CSM que incluya, entre otros, la atención a la población infantil y juvenil con trastornos mentales graves (TMG); y dentro de sus objetivos operativos, y como proyectos a elaborar e implantar, el de mejorar la atención a los niños y adolescentes con TMG, además de la elaboración de programas conjuntos CSMIJ-CSMA para garantizar la continuidad asistencial de los adolescentes y jóvenes con TMG y el Objetivo operativo 2.1 específico para mejorar la cartera de servicios en relación con los trastornos generalizados del desarrollo (TGD). También el de ‘Generalizar en todo el territorio el Programa TMG a la infancia y la adolescencia’, que se planteaba lograr para finales de 2007. Cabe destacar que la atención especializada en psiquiatría y salud mental en Cataluña constituye un subsistema muy complejo en el sistema sanitario catalán, con peculiaridades que la diferencian del resto de CC. AA. La provisión de los diferentes servicios en Cataluña es mayoritariamente de concertación privada, con una composición muy heterogénea que abarca desde fundaciones benéfico-privadas, sin ánimo de lucro, organizaciones religiosas, asociaciones de profesionales o cooperativas de trabajadores. Además, ya en el año 1989 Cataluña había desplegado equipamientos específicos para población infantil (59) que se han seguido desarrollando desde entonces.

En el País Vasco funcionan varias unidades terapéutico-educativas con atención específica a los TMGIJ. En Bizkaia desde el año 2000 y, con el mismo modelo, en Álava y Gipuzkoa, ratificadas las tres unidades por un acuerdo administrativo entre las consejerías de Sanidad y Educación. Estos recursos (dos unidades para dos grupos de 10 niños de 6 a 12 y otros 10 adolescentes de 12 a 16 años en Bizkaia, además de una en Gipuzkoa y otra en Álava de similares características) resultan, para sus responsables, aún insuficientes para abordar el volumen global de niños con patologías graves. Motivado por esta carencia, desde enero de 2011, se ha logrado poner en marcha en Bizkaia en los CSMIJ y con la implicación de la Gerencia y Dirección Asistencial de la Red de Salud Mental de Bizkaia, un Programa de atención específica a los TMG, que ha supuesto una implementación de 6 facultativos distribuidos en cuatro CSMIJ y dedicados exclusivamente a esta tarea. Disponen de una serie de procesos establecidos, indicadores, criterios de priorización, de entrada y salida del Programa (en función de la valoración de la gravedad), Planes Terapéuticos y Asistenciales Individualizados, (PAI), etc. Sin embargo, carecen de los medios (en cuanto a personal con la disponibilidad y los conocimientos necesarios) para operativizar todas estas acciones. A fecha de la redacción de este documento, el Programa se encuentra en fase de desarrollo. Los recursos citados se complementan con una unidad de hospitalización en cada uno de los tres territorios históricos, y una unidad de tarde adscrita al CSMIJ de San Sebastián. Además, la sanidad pública contribuye también en la financiación de los recursos diagnósticos y terapéuticos ofertados por las asociaciones de familiares (APNABI y GAUTENA).

## IV.2. Estudio cualitativo-descriptivo

### IV.2.1. Mapa de los Servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil en las CC. AA.

Basándonos en los documentos publicados por el Observatorio de Salud Mental de la Asociación Española de Neurología (AEN) y el Ministerio de Sanidad y Consumo con la relación de dispositivos de Salud Mental existentes en cada comunidad autónoma, actualizamos y completamos dichos listados en cuanto a los CSMIJ, solicitando información a los responsables de Salud Mental y/o profesionales en activo en dichos servicios.

En la [Tabla 6](#) describimos los recursos en cuanto a número de unidades, centros, servicios o programas de salud mental infanto-juvenil existentes

actualmente en cada Comunidad Autónoma. Incluimos el dato de la población igual o menor de 16 años en 2010 correspondiente a cada CC. AA., tomada de los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística, para tener una referencia de la población aproximada a la que atienden (tomamos la referencia de 16 años como media ya que en unas CC. AA. se atiende en SMIJ hasta los 14, en otras hasta 16 y en algunas hasta 18 años).

**Tabla 6. Número de centros o servicios de salud mental infanto-juvenil por comunidad autónoma y población general aproximada a la que atienden**

Comunidad Autónoma	Nº de USMIJ/ programas de atención SMIJ	Población menor (hasta 16 años inc.)	Ratio media de población por USMIJ
Andalucía	14	1 550 717	110 765
Aragón	8	206 065	25 758
Asturias	7	128.383	18 340
Baleares <sup>1</sup>	6	188 180	31 363
Canarias <sup>2</sup>	16	355 156	22 197
Cantabria	2	86 524	43 262
Castilla y León <sup>3</sup>	11	346 924	31 538
Castilla La Mancha <sup>4</sup>	7	366.232	52 318
Catalunya <sup>5</sup>	71	1 280 699	18 038
Com. Valenciana <sup>6</sup>	19	856 769	45.093
Extremadura	3	184 583	61 527
Galicia	8	366 802	45 850
Comunidad de Madrid <sup>7</sup>	36	1 098 596	30 516
Murcia	9	288 005	32 000
Navarra <sup>8</sup>	1	108 704	108 704
País Vasco <sup>9</sup>	10	321 585	32 158
La Rioja	1	51 952	51 952

<sup>1</sup>Cuatro USMIJ, una de ellas (USMIJ Palma) dividida en tres equipos.

<sup>2</sup>No son CSMIJ como tal sino personal (un psiquiatra y/o un psicólogo clínico por lo general) asignado al Programa de atención infanto-juvenil en distintos CSM de las diferentes áreas de salud de las islas.

<sup>3</sup>Siete equipos y cuatro programas.

<sup>4</sup>2 USMIJ tienen dos equipos desdoblados, hacen un total de 9 servicios.

<sup>5</sup>Entre CSMIJ (50) y Consultas Periféricas dependientes de estos equipos.

<sup>6</sup>Según datos del Observatorio AEN 2009.

<sup>7</sup>Son principalmente USM que atienden población infanto-juvenil.

<sup>8</sup>Desde los CSM reciben la demanda y filtran la derivación al CSMIJ en función de la gravedad.

<sup>9</sup>Dos de ellos son consultas externas de psiquiatría infantil en hospitales de Bizkaia.

## IV.2.2 Datos incidencia-prevalencia

Se solicitaron a las CC. AA. -en las que se pudo contactar con personal responsable de la RSMIJ y que dispusieran de sistemas de Registro de Casos Psiquiátricos-, datos relativos a la incidencia (casos nuevos) y prevalencia (casos que permanecen en activo en los CSMIJ) de los diagnósticos que incluimos como TMG infanto-juvenil. Recibimos datos de Andalucía, Canarias, Castilla y León, Murcia, Cataluña y País Vasco. Además, pudimos encontrar datos respecto a Navarra en sus memorias anuales de Salud Mental publicadas desde 2003 en la web del Servicio Navarro de Salud.

Las tasas que se exponen muestran el porcentaje de nuevas entradas con diagnóstico TMG respecto al total de nuevas entradas (incidencia) y el de casos con diagnóstico TMG que permanecen en activo en los CSMIJ respecto al total de pacientes que están siendo atendidos en ellos (prevalencia).

### Andalucía

Recibimos datos de 2005 a 2008 de prevalencia (casos atendidos en las 14 USMIJ) de cada código del grupo diagnóstico F84 de la CIE-10, además del dato acumulado de los grupos F20-29 y F30-39. Contando sólo el grupo F84, el de los TEA, estos diagnósticos supusieron el 5,39% de las consultas atendidas en SMIJ en 2005, aumentando año a año hasta llegar al 8,04% en 2008. Si además sumamos los casos diagnosticados de trastornos esquizofrénicos o del humor, la cifra aumenta hasta el 7,65% en 2005 y supera el 9% en los posteriores.

En el documento sobre el Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia que publicó el Servicio Andaluz de Salud (53) y en el que se recogían estos datos, se detalla la atención en 2008, además de la evolución 2005-2008; del grupo diagnosticado de TGD (F84), el 85,1% son niños frente a un 14,88% de niñas, y el grupo de edad que más prevalece con este diagnóstico es el de los 5-8 años (44%), seguido de los 10-14 con un 31%; tan sólo un 13% de casos pertenecía a la franja de los 0 a los 4 años. El número de menores atendidos por este grupo diagnóstico aumentó un 84,8% desde el año 2005.

Tabla 7. Prevalencia de TMG en SMIJ de Andalucía 2005-2008

CIE-10	Diagnóstico	2005		2006		2007		2008	
		Nº casos	Incid.	Nº casos	Incid.	Nº casos	Incid.	Nº casos	Incid.
F84.0 -.1	Autismo Inf. y Autismo Atípico	399	3,14	341	2,65	426	3,07	559	3,56
F84.2	Síndrome de Rett	4	0,03	5	0,04	2	0,01	4	0,03
F84.3	Otro t. desintegrativo inf.	14	0,11	17	0,13	20	0,14	20	0,13
F84.4	T. hipercin. con r.m. y mov. estereot.	6	0,05	9	0,07	10	0,07	16	0,10
F84.5	Síndrome de Asperger	102	0,80	165	1,28	191	1,37	248	1,58
F84.8	Otro TGD	32	0,25	42	0,33	43	0,31	39	0,25
F84.9	TGD sin especificación	127	1,00	360	2,79	363	2,61	378	2,41
<b>Grupo F84</b>		<b>684</b>	<b>5,39</b>	<b>937</b>	<b>7,27</b>	<b>1055</b>	<b>7,59</b>	<b>1264</b>	<b>8,04</b>
F20-29	T. Esquizofrénicos e ideas delirantes	69	0,54	68	0,53	52	0,37	46	0,29
F30-39	T. Humor	218	1,72	193	1,50	157	1,13	143	0,91
<b>Total TMG</b>		<b>971</b>	<b>7,65</b>	<b>1198</b>	<b>9,30</b>	<b>1264</b>	<b>9,09</b>	<b>1453</b>	<b>9,24</b>
<b>Total pacientes SMIJ</b>		<b>12 689</b>		<b>12 892</b>		<b>13 897</b>		<b>15 715</b>	

## Cataluña

Desde el Registro de Cataluña nos remitieron datos pormenorizados de 2005 a 2009 de los pacientes atendidos en los CSMIJ, tanto nuevos como prevalentes, con diagnóstico principal tributario de TMG, por código diagnóstico, tramos de edad y porcentaje de género en cada uno. Hacemos en la [Tabla 8](#) una síntesis de estos datos (con las equivalencias de los códigos CIE-9 en los que recibimos los datos, a códigos CIE-10), pudiendo consultar en el Anexo VIII. 3 las tablas completas recibidas; hemos excluido el “desorden

Tanto la incidencia como la prevalencia ha ido aumentando progresivamente en los CSMIJ catalanes, pasando de suponer en 2005 el grupo de los TEA un 0,65% y un 1,26% respectivamente a un 1,79% de incidencia y 3,61% de prevalencia en 2009, prácticamente el triple de diagnósticos en cuatro años. En el total de TMG, la incidencia se ha duplicado (de 1,29 a 2,57%) y la prevalencia es aún mayor del doble (de 2,06 a 5,43%). Si analizamos la incidencia y prevalencia de todos los diagnósticos que en este Registro tributan como TMGIJ, la incidencia en 2009 asciende a un 4,47% y la prevalencia a un 8'36% de los casos atendidos, cifra similar a las resultantes en Andalucía. Tanto en incidencia como en prevalencia el grupo de edad más numeroso es el tercero (12-18 años), excepto en 2008 y 2009 que en los casos nuevos el segundo grupo (6-11 años) superó ligeramente al tercero; la mediana de edad en los TMG está entre los 9 y los 12 años. En cuanto al género, se mantiene más o menos fija la proporción hombre-mujer en alrededor del 70-75% de niños receptores del diagnóstico.

## Castilla y León

Recibimos el dato de pacientes nuevos (incidencia) en los ESMIJ extraídos del Sistema de Información de Asistencia Psiquiátrica según grupo diagnósticos CIE-10. Disponen de datos desagregados para los grupos F80-89 y F90-99 sólo a partir de 2007.

Tabla 9. Incidencia en los ESMIJ de Castilla y León 2005-2009

CIE10	2005			2006			2007			2008			2009		
	Niños	Niñas	Total	Niños	Niñas	Total	Niños	Niñas	Total	Niños	Niñas	Total	Niños	Niñas	Total
F20-29	19	4	23	16	14	30	15	11	36	14	6	20	13	4	17
F30-39	118	136	254	143	142	285	179	174	353	138	115	253	78	110	188
F60-69	0	0	0	2	4	6	6	2	8	0	0	0	0	0	0
F80-89	118	113	301	199	119	318	223	90	313	262	113	375	238	76	314
F84	*No se dispone			*No se dispone			50	9	59	61	19	80	57	10	67
<b>Total 1<sup>as</sup> consultas</b>	3.541			4.284			5.281			5.502			5.854		
<b>Incidencia estimada**</b>	9,51			8,82			8,48			6,41			4,64		
<b>Incidencia estimada F84</b>	1,69			1,47			1,11			1,45			1,14		

\* Podemos hacer una estimación extrapolando de los datos desagregados a partir de 2007, en los que el F84 supone entre un 19% y un 21% de los casos F80-89, por lo que asumimos un 20% de media para estimar los F84 de 2005 y 2006, lo que supondría 60 y 63 casos respectivamente).

\*\*Incidencia estimada, con el sumatorio de casos diagnosticados de F20-29, F30-39, y F84 (excluimos el grupo F80-89 y F60-69 por no ser específico de TMG, exceptuando el F84) sobre el total de nuevas consultas.



Al contrario que en las anteriores CC. AA., los datos de Castilla y León muestran un descenso de la incidencia, con un pequeño repunte en 2008, estando los casos F84 entre el 1,11 y 1,69% de los casos atendidos en primera consulta de 2005 a 2009, y el total de lo que podríamos considerar TMG (notas pie de tabla) en 9,51% en 2005 y bajando hasta el 4,64% de 2009.

## Murcia

Recibimos los datos de la actividad asistencial del Programa Infanto-Juvenil en cada uno de los ocho CSM de Murcia, y de la incidencia y prevalencia por grupos diagnósticos entre los que estaba el F84, pero ninguno de los otros grupos que hemos incluido en tablas anteriores, por lo que mostramos tan sólo los datos correspondientes a los TEA. Señalar, además, que obtuvimos información de 2003 a 2007, exceptuando 2005, año del que no disponían de datos por códigos diagnósticos.

Tabla 10. Incidencia y prevalencia en SMIJ de Murcia 2003-2007

CIE-10	2003		2004		2006		2007	
	Incid.	Prev.	Incid.	Prev.	Incid.	Prev.	Incid.	Prev.
FF84	20	95	34	156	51	287	51	290
Total pacientes SMIJ	1.863	4.020	2.263	4.949	2.063	4.844	2.122	5.008
Incid./Preval.	1,07	2,36	1,50	3,15	2,47	5,92	2,40	5,79

Como puede observarse en la tabla, el número de casos nuevos y atendidos por diagnósticos del grupo F84 se duplicó de 2003 a 2006, llegando en ese año al 2,47% de incidencia y 5,92% de prevalencia en SMIJ, mientras que en 2007 descendió ligeramente el número de casos.

## Canarias

En el momento de nuestra solicitud, sólo tenían datos registrados en el RECAP de la provincia de Gran Canaria, las demás islas se estaban incorporando al registro y aún no disponían de ellos; además, sólo disponían de

mixto del desarrollo” y el “trastorno disocial de personalidad” que incluían en los datos recibidos como tributarios de TMG puesto que no los hemos incluido en nuestra propuesta de clasificación de los TMG adaptada de la suya, además de para hacer los datos comparables con el resto de CC. AA. que tampoco los han incluido en sus datos.

**Tabla 8. Pacientes atendidos en los CSMIJ catalanes durante 2005-2009, tanto nuevos como prevalentes, con diagnóstico principal tributario de TMG**

CIE-10	Diagnóstico	2005		2006		2007		2008		2009	
		Incid.	Prev.	Incid.	Prev.	Incid.	Prev.	Incid.	Prev.	Incid.	Prev.
F84.0	Autismo	46	160	56	214	76	294	103	401	126	506
F84.3	Psicosis desintegrativas	2	13	4	18	7	21	9	28	4	16
F84 (resto)	Otras psicosis de la primera infancia	41	255	115	521	174	792	197	927	241	1.257
	<b>Grupo F84</b>	<b>89</b>	<b>428</b>	<b>175</b>	<b>753</b>	<b>257</b>	<b>1107</b>	<b>309</b>	<b>1356</b>	<b>371</b>	<b>1779</b>
F20, F25	Esquizofrenias	37	117	43	144	39	154	53	285	51	346
F30-39	Trastornos afectivos graves	11	29	32	90	50	146	58	167	48	185
F22	Delirios paranoides	3	19	4	35	14	48	13	63	12	78
F60.31	Trastorno límite de la personalidad	38	108	32	155	57	198	57	210	51	285
	<b>Total TMG</b>	<b>178</b>	<b>701</b>	<b>286</b>	<b>1177</b>	<b>417</b>	<b>1653</b>	<b>490</b>	<b>2081</b>	<b>533</b>	<b>2673</b>
	Total pacientes SMIJ	13 757	33 955	15 994	38 685	18 341	42 096	20 620	47 854	20 733	49 219
	<b>Incid./Preval. F84</b>	<b>0,65</b>	<b>1,26</b>	<b>1,09</b>	<b>1,95</b>	<b>1,40</b>	<b>2,63</b>	<b>1,50</b>	<b>2,83</b>	<b>1,79</b>	<b>3,61</b>
	<b>Incid./Preval. TMG</b>	<b>1,29</b>	<b>2,06</b>	<b>1,79</b>	<b>3,04</b>	<b>2,27</b>	<b>3,93</b>	<b>2,38</b>	<b>4,35</b>	<b>2,57</b>	<b>5,43</b>

los datos de todas las unidades de la provincia desde 2007. Nos remitieron, por tanto, desde el RECAP los datos de Gran Canaria en número de casos por rangos de edad, de los casos nuevos respecto a 2007-2008 y de los casos prevalentes de mayo de 2009 a mayo de 2010, además de la tasa de incidencia y prevalencia, de los tres grupos diagnósticos principales (F20-29, F30-39 y F84). Recogemos dichos datos en las siguientes figuras:

Figura 3. Incidencia en Gran Canaria 2007-2008

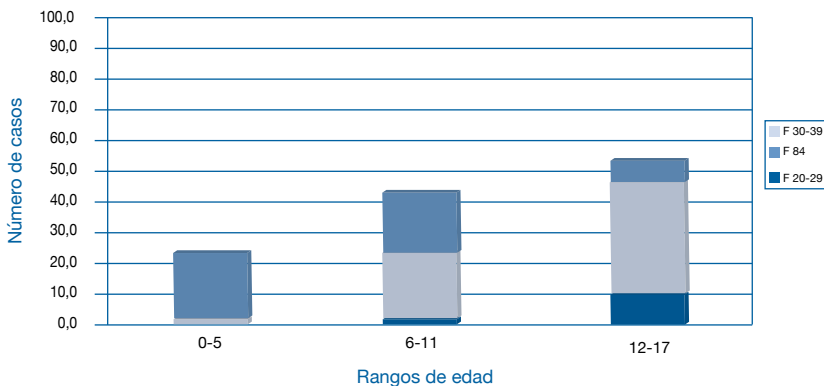
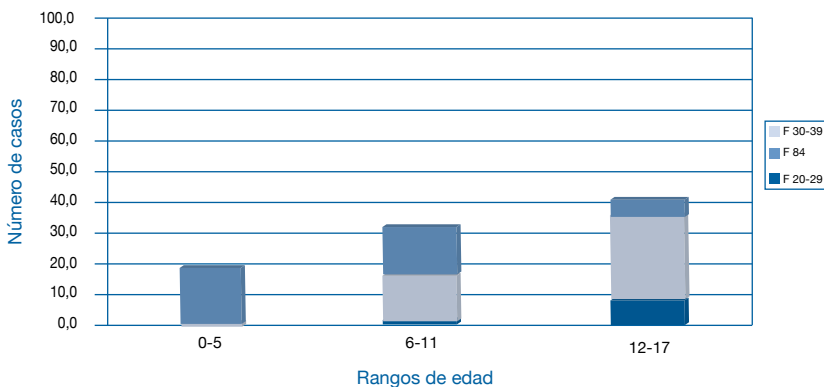


Figura 4. Prevalencia en Gran Canaria 2009-2010



Las tasas de incidencia y prevalencia reportadas se recogen en la siguiente tabla.

**Tabla 11. Tasas de incidencia y prevalencia proporcionadas por el RECAP de Gran Canaria**

CIE10	Incidencia		Prevalencia	
	2007-2008		mayo'09 - mayo '10	
F20-29	0,11		0,09	
F30-39	0,41		0,30	
F84	0,33		0,28	
<b>Total TMG</b>	<b>0,85</b>		<b>0,67</b>	

## País Vasco

Recibimos del RCP (Registro de Casos Psiquiátricos) de cada una de las tres provincias vascas los datos correspondientes a la atención en SMIJ por grupos diagnósticos de 2005 a 2009. Los datos no son uniformes en los tres territorios, disponiendo del dato de número de casos tanto nuevos como prevalentes en Bizkaia y Gipuzkoa pero no en Álava, de ésta sólo recibimos los datos de prevalencia. Además, el registro diagnóstico en Bizkaia y Álava se encontraba en códigos CIE-9 mientras que los de Gipuzkoa ya correspondían a CIE-10; la agrupación de Bizkaia y Álava englobaba los códigos CIE-9: 295, 297, 298, 299 (correspondientes en CIE-10: F20, F22, F25, F28, F29 y F84) en “otras psicosis”, por lo que no podemos desglosar el número de casos correspondiente al F84, respondiendo este dato en la tabla a los casos de Gipuzkoa.

**Tabla 12. Incidencia y prevalencia correspondientes a la atención en SMIJ en el País Vasco de 2005 a 2009**

CIE-10	2005		2006		2007		2008		2009	
	Incid.	Prev.	Incid.	Prev.	Incid.	Prev.	Incid.	Prev.	Incid.	Prev.
F84	12	80	20	89	18	98	18	103	21	120
F20-29	3	8	1	10	3	10	4	13	6	17
*F20-29 + F84	20	158	23	203	29	220	46	241	48	310
F30-39	24	64	13	64	30	78	25	76	27	76
F60.31	5	12	5	14	2	6	3	6	2	5
Total TMG	64	322	62	380	82	412	96	439	104	528
Incid./prevalencia F84	0,55	1,12	0,87	1,19	0,73	1,26	0,64	1,24	0,69	1,28
<b>Incid./prevalencia TMG</b>	<b>2,95%</b>	<b>4,50%</b>	<b>2,70%</b>	<b>5,09%</b>	<b>3,31%</b>	<b>5,29%</b>	<b>3,41%</b>	<b>5,29%</b>	<b>3,39%</b>	<b>5,64%</b>

\*‘Otras psicosis’ corresponde a Bizkaia y Alava, que engloban los códigos CIE9 295, 297, 298, 299 (correspondientes en CIE10: F20, F22, F25, F28, F29 y F84).

Nota de los autores: Los datos correspondientes a incidencia corresponden a Bizkaia y Gipuzkoa, de Álava sólo disponemos de los datos de prevalencia. Para el cálculo de la incidencia en población clínica, disponemos del dato del total de 1<sup>as</sup> consultas de Bizkaia en todos los años incluidos, mientras que de Gipuzkoa sólo estaba disponible ese dato a partir de 2007; hacemos una estimación del total de 1<sup>as</sup> consultas en Gipuzkoa para 2005 y 2006, aplicando la media de incremento porcentual de los años 2007-2009 al dato de 2007.

Tanto la cifra de incidencia como la de prevalencia ha aumentado de 2005 a 2009, aunque no de forma constante; la incidencia se ha mantenido alrededor de un 3% de la población atendida en los CSMIJ y la prevalencia lo hace alrededor del 5%. Los casos de TEA suponen algo más del 1% de las consultas, aunque como hemos señalado anteriormente este dato corresponde solamente a los casos de Gipuzkoa.

## Navarra

Aquí, como se explica en el apartado de Revisión bibliográfica, se atiende a población infanto-juvenil en dos niveles: el primer nivel lo constituyen los CSM, donde existe un responsable funcional de la atención infanto-juvenil, y el segundo nivel donde se atienden los diagnósticos y problemáticas de mayor complejidad, que hasta 2010 lo constituía el denominado Hospital de día infanto-juvenil Natividad Zubieta, que desde esa fecha pasó a denominarse CSMIJ y se estableció un HDIJ como tal con 10 plazas en otra ubicación. Se muestra aquí, por tanto, los datos de incidencia y prevalencia de casos menores de 16 años atendidos con diagnósticos de 'TGD' y 'otras psicosis', tal y como se recogen en las memorias anuales de SM en Navarra, desglosados por nivel asistencial (CSM y HDIJ -CSMIJ en 2010-).

Tabla 13. Incidencia y prevalencia en Navarra de 2005 a 2010

	2005			2006			2007			2008			2009			2010		
	CSM		HDIJ	CSM		HDIJ	CSM		HDIJ	CSM		HDIJ	CSM		HDIJ	CSM		CSMIJ
	Incid.	Prev.	Prev.	Incid.	Prev.	Prev.	Incid.	Prev.	Prev.	Incid.	Prev.	Prev.	Incid.	Prev.	Prev.	Incid.	Prev.	Prev.
'T. Psicóticos'	18	42	18	14	39	20	30	54	17	13	40	17	24	37	44	21	33	39
'TGD'	2	11	51	10	22	58	9	26	66	3	15	70	12	26	110	9	19	115
Total pacientes SMIJ	1008	1914	451	915	1935	426	1051	2195	512	1091	2346	611	1228	2546	769	1199	2673	921
Incid./prevalencia TGD (F84)	0,20	0,57	11,31	1,09	1,14	13,62	0,86	1,18	12,89	0,27	0,64	11,46	0,98	1,02	14,30	0,75	0,71	12,49
Incid./prevalencia TMG	1,98	2,77	15,30	2,62	3,15	18,31	3,71	3,64	16,21	1,47	2,34	14,24	2,93	2,47	20,03	2,50	1,95	16,72

Los datos muestran una progresión ascendente hasta 2007 tanto de la incidencia como de la prevalencia, con un descenso bastante significativo en 2008, y de nuevo aumento de casos en 2009 para descender en 2010. El porcentaje de casos atendidos por un trastorno mental grave en el segundo nivel más especializado oscila entre el 14% y el 20% de los niños atendidos, lo cual es un volumen muy significativo de prevalencia y demanda para los servicios de salud mental públicos y corrobora la importancia que desde este documento queremos otorgarle.

En las siguientes figuras se recoge una comparativa de los datos extraídos de las distintas CC.AA. Como hemos señalado anteriormente, no son datos totalmente homogéneos por lo que su comparación inter-comunidades debe hacerse con esta consideración y cautela.

Figura 5. Incidencia (porcentaje de casos nuevos cada año con diagnóstico TMG respecto al total de nuevos pacientes) comparada entre las CC.AA. de las que se recibieron estos datos

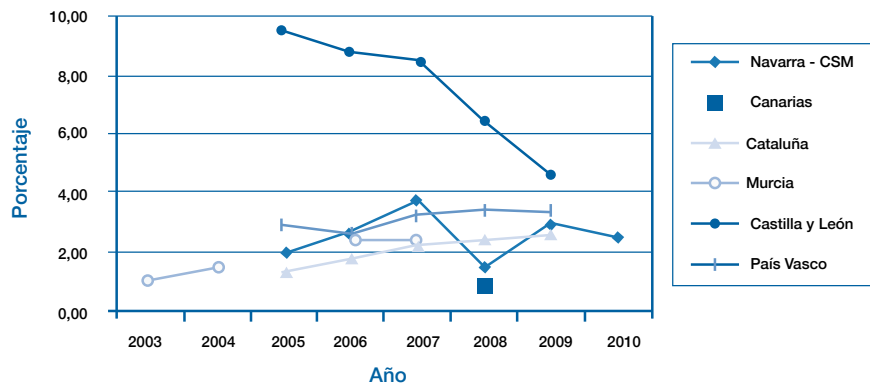
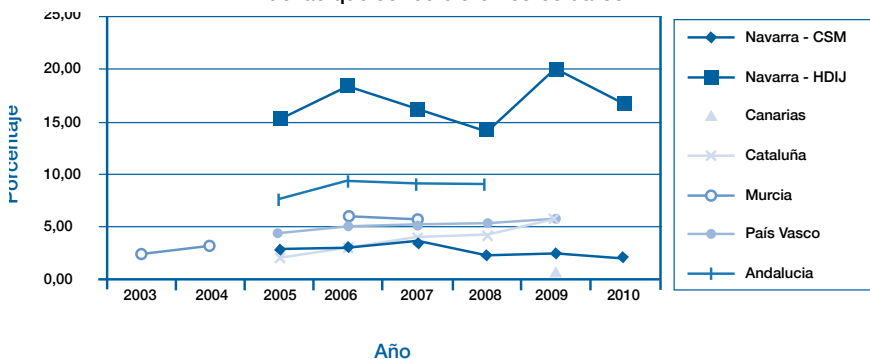


Figura 6. Prevalencia (porcentaje de casos atendidos con diagnóstico TMG respecto al total de casos atendidos) comparada entre las CC.AA. de las que se recibieron estos datos



### IV.2.3. Datos recogidos en los CSMIJ y cuestionarios

El cuestionario se envió a todas las CC.AA., exceptuando la Comunidad Valenciana, cuya participación en el estudio no fue posible al informarnos que se encontraban en un periodo de reestructuración en el que no se pudo conseguir contactar con la persona adecuada que pudiera proporcionarnos el permiso, la información y contactos de los CSMIJ a los que poder remitir el cuestionario.

En el resto de CC.AA. se logró contactar, en los plazos previstos, con todos los CSMIJ, exceptuando uno en Castilla y León y 13 en la Comunidad de Madrid. En algunas CC.AA., como son Cataluña, Murcia y Castilla la Mancha, un mismo profesional actúa como responsable de varios centros o programas, en estos casos remitimos el cuestionario a estas personas para que lo contestaran de forma conjunta respecto a los diferentes centros bajo su responsabilidad, resultando que en Cataluña 46 responsables cubren 70 CSMIJ y consultas periféricas en las distintas regiones sanitarias; 7 que cubren 9 en Castilla la Mancha; y 6 que cubren 9 en Murcia.

En total, **se enviaron 167 cuestionarios**, de los que se recibieron **122 respuestas** (tasa de respuesta del 73%), en el periodo de Julio a Diciembre de 2010; cabe señalar que algunos cuestionarios se recibieron sin la totalidad de respuestas contestadas, por lo cual indicamos en la siguiente tabla el número de respuestas válidas por ítem en las que se basa la descripción posterior.

Tabla 14. Número de respuestas válidas recibidas, detallado por ítem

Ítem	Título	Nº respuestas
1	¿Está de acuerdo con la clasificación de diagnósticos que le hemos presentado como TMG infantil en función de la definición previa?	119
2	¿Incluiría algún otro diagnóstico?	60
3	¿Eliminaría algún diagnóstico de los incluidos en la tabla?	33
4	Datos de incidencia ¿cuántos casos nuevos se diagnosticaron en su CSMIJ de los incluidos en la tabla anterior durante 2007 y 2008?	45
5	Datos de prevalencia ¿Cuántos de los anteriores casos continúan como población activa en su CSMIJ actualmente?	39
6	Los casos que llegan a su CSMIJ con sospecha o por motivo de consulta sugerente de alguno de dichos diagnósticos, podría decir que en su mayoría...	122

.../...

.../...

Item	Título	Nº resp.
<b>Eval. diag. (116 centros)</b>	En los casos que se diagnostican en su CSMIJ, ¿cuál es el tiempo medio en número de consultas de evaluación hasta confirmar el diagnóstico final?	116
	¿Qué facultativos de su equipo del CSM intervienen en la evaluación diagnóstica de estos casos?	116
	¿Intervienen o piden colaboración a otros profesionales externos a su servicio para el proceso diagnóstico?	112
	¿Se emplea en su CSMIJ un protocolo sistemático o guía de práctica clínica de diagnóstico para estos casos?	116
	¿Emplean en su CSMIJ instrumentos o pruebas de valoración diagnóstica específicos para TEA-TGD o TMG?	77
	¿Cuáles de las siguientes pruebas biomédicas complementarias realiza o solicita realizar en los casos de TEA-TGD?	115
7	¿Conoce alguna Guía de Práctica Clínica o documento de consenso que considere adecuado para el proceso diagnóstico de este tipo de casos?	90
8	¿Consideraría necesario disponer de mayores recursos de coordinación con otros niveles asistenciales para la realización de la evaluación diagnóstica?	122
9	Una vez confirmado el diagnóstico dentro de los TMG, ¿cuál es la propuesta asistencial posible en su CSMIJ?	122
10	Existe consenso unánime en la literatura en que el tratamiento en estos casos debe diseñarse desde una concepción interdisciplinar, aplicarse de forma intensiva e instaurarse precozmente. ¿Considera que este diseño de intervención puede darse en su CSMIJ?	122
11	En su opinión, ¿cuál cree que es el servicio o centro más adecuado para...	122
12	¿Cuáles considera, a su juicio, elementos esenciales en la intervención con este tipo de casos?	101
13	¿Considera necesario el tratamiento farmacológico en este tipo de casos?	122
	¿Con qué función?	118
	¿Qué grupos terapéuticos emplean habitualmente en su CSMIJ en el tratamiento de este tipo de trastornos?	111
14	¿Conoce y/o aplica las siguientes intervenciones psicológico-psicoeducativas, que han sido estudiadas para este tipo de patologías?	120
15	¿Se realizan en su CSM experiencias o reuniones para la implementación o actualización de protocolos o directrices de actuación frente a los casos de TMG?	122
16	¿Considera que existen suficientes recursos disponibles en su área sanitaria para la atención y tratamiento de los trastornos mentales graves infantiles?	122
17	Si no existe en su área sanitaria ¿considera necesaria la implantación de un programa de atención específica a los TMG en la infancia?	83
18	Como profesional de la S. Mental, ¿cuál es su grado de satisfacción con la atención que se le puede brindar a los niños afectos de un TMG en su área sanitaria?	122



Las primeras tres preguntas trataban de pulsar el grado de acuerdo con la clasificación TMG propuesta por el equipo investigador, adaptada del documento de CatSalut (Anexo VIII. 1.); el 77% afirmaron estar de acuerdo con ella (figura 7), y se obtuvieron 60 y 33 respuestas afirmativas respectivamente a las preguntas abiertas de si incluirían otros diagnósticos o eliminarían alguno de los trastornos incluidos, las cuales se recogen en las figuras 8 y 9. La mitad de los profesionales que incluirían algún otro diagnóstico dentro de esa clasificación señalan los trastornos obsesivo-compulsivos, y un tercio de ellos, los trastornos disociales, seguidos de los de la conducta alimentaria y otros trastornos del desarrollo (T. mixto del desarrollo del aprendizaje escolar, T. específico del desarrollo mixto, T. multisistémico del desarrollo, etc.). Algunas de las respuestas recogen reflexiones en torno a la necesidad de utilizar criterios funcionales y no categóricos como lo hace el DSM, la posibilidad de reordenar la clasificación de otra manera, o la circunstancia de que determinadas situaciones de maltrato pueden tener efectos sobre el desarrollo expresándose en cuadros psicopatológicos que podrían considerarse TMG, pero que no siempre pueden encuadrarse claramente dentro de los diagnósticos que se incluyen en la clasificación, como podrían ser los T. postraumáticos complejos, cabiendo la posibilidad de incluirlos como T. reactivos de la CFTMEA. En cuanto a los diagnósticos que eliminarían de la tabla, del 27% de profesionales que dieron una respuesta afirmativa, casi la mitad se inclina a eliminar el Trastorno Límite de Personalidad (TLP), con la argumentación, por parte de algunos, de no poder diagnosticarlo en menores de 18 años. Otro buen número de ellos quitarían de dicha clasificación el diagnóstico de Síndrome de Rett, el Trastorno Desintegrativo en la infancia y también el trastorno hiperactivo con retraso mental y movimientos estereotipados. En un centro añaden que no hay total acuerdo en el equipo respecto al TLP, otro facultativo señala que habría que definir qué se entiende por trastorno de personalidad en la infancia, y otros dos comentarios apuntan a eliminar de la clasificación los trastornos afectivos que no sean graves.

**Figura 7. Grado de acuerdo con la clasificación diagnóstica**

¿Está de acuerdo con la clasificación de diagnóstico que le hemos presentado como TMG infantil, en función de la definición previa?

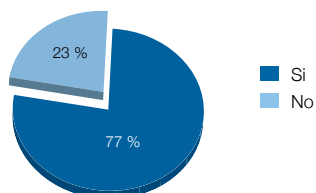


Figura 8. Diagnósticos propuestos a incluir en el concepto TMGIJ

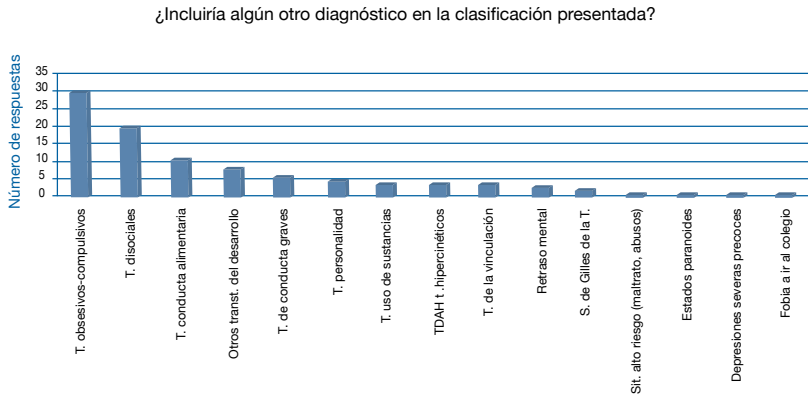
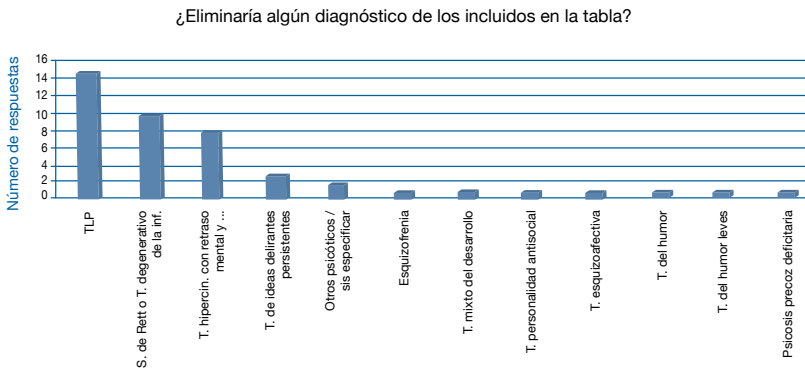


Figura 9. Diagnósticos propuestos a eliminar del concepto TMGIJ



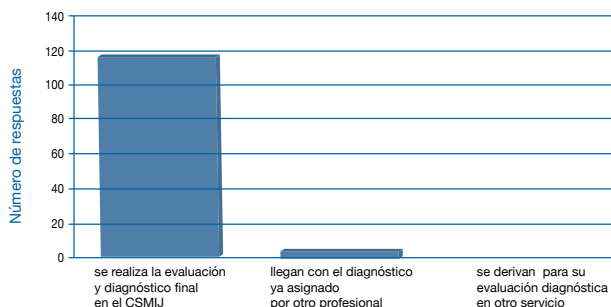
Los ítems 4 y 5 pretendían recoger datos de incidencia y prevalencia en cada Comunidad Autónoma, a través de los datos de casos registrados en cada CSMIJ, sobre todo en aquellas que no dispusieran de Registros de Casos, pero han sido pocos los CSMIJ que han podido proporcionar datos concretos y completos sobre su población atendida y, por tanto, tan sólo podríamos proporcionar datos incompletos y no comparables, por lo que no incluiremos aquí dichos datos.

El siguiente grupo de ítems corresponde a la encuesta sobre el tipo de **evaluación diagnóstica** que se hace en cada centro respecto a los TMG. En la práctica totalidad de los centros, el 94%, se realiza la evaluación diagnóstica en el propio CSMIJ, con tan sólo 6 de ellos en los que llegan con el diagnóstico ya asignado por otro profesional y uno, ubicado en Castilla y

León, en el que se derivan para su evaluación diagnóstica a otro servicio, la Asociación Autismo Burgos.

**Figura 10. Evaluación diagnóstica**

Los casos que llegan a su CSMIJ con sospecha o por motivo de consulta sugerente de alguno de dichos diagnósticos, podría decir que en su mayoría:



Los siguientes datos sobre la evaluación diagnóstica corresponden al 94% de los centros en los que se realiza el proceso diagnóstico (116 centros). Respecto al número medio de **consultas** que se emplean para realizar la evaluación diagnóstica hasta confirmar un diagnóstico, el porcentaje más elevado está entre 4 y 6 consultas con el 57% de las respuestas (66 centros), seguido del 35% de los centros que emplean entre 1 y 3, con tan sólo nueve centros que dicen emplear más de seis consultas.

En el 91% de los CSMIJ **participan** psiquiatras en el proceso diagnóstico, en todos los centros participan psicólogos o psicólogos clínicos, mientras que trabajadores sociales y DUEs tan sólo colaboran en 32 y 21 centros respectivamente. Se han recogido seis respuestas especificando otros profesionales que participan en el proceso diagnóstico, siendo estos terapeutas ocupacionales, neuropsicólogo, enfermera especialista, o monitores de hospital de día, y la aclaración de un CSMIJ andaluz en cuyo servicio la evaluación diagnóstica la coordina un psiquiatra o psicólogo clínico e intervienen en la observación terapeuta ocupacional, enfermera y maestro, y no necesariamente el psiquiatra si coordina un psicólogo clínico y viceversa.

**Figura 11. Evaluación diagnóstica (2)**

En los casos que se diagnostican en su CSMIJ, ¿cuál es el tiempo medio, en número de consultas de evaluación, hasta confirmar el diagnóstico final?

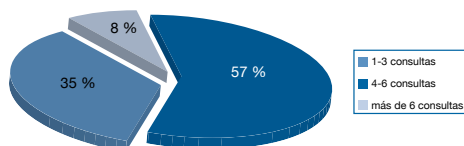
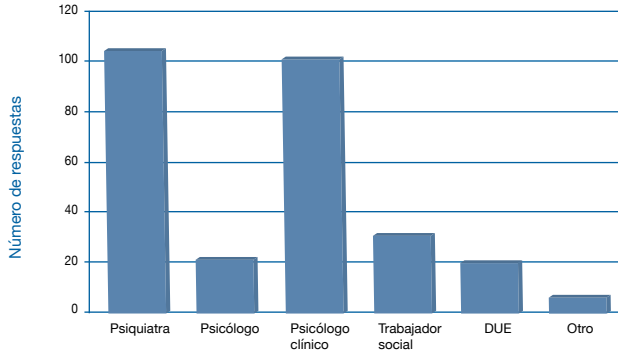


Figura 12. Evaluación diagnóstica (3)

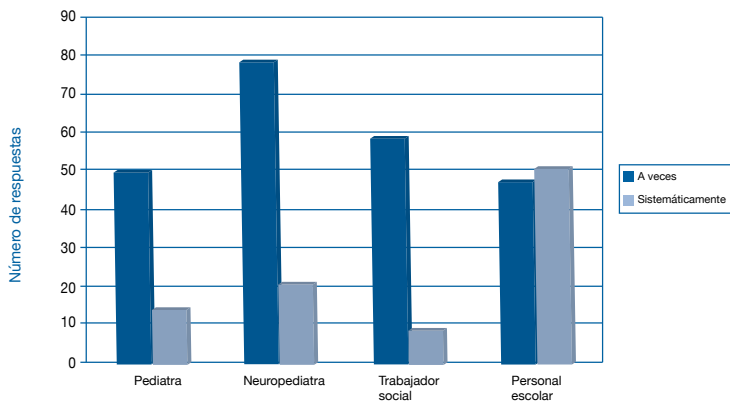
¿Qué facultativos de su equipo CSM intervienen en la evaluación diagnóstica de estos casos?



En cuanto a si intervienen o piden **colaboración** a otros profesionales externos al CSMIJ para el proceso diagnóstico, es al personal escolar a quien sistemáticamente más se acude, afirmándolo así el 46% de los que responden, seguido de neuropediatría en menor número, y siendo con esta especialidad con la que también se colabora más, en el 71% de los centros, aunque no de forma sistemática. De forma similar, y con menor frecuencia, se colabora también tanto con pediatría, como con servicios sociales y personal escolar.

Figura 13. Evaluación diagnóstica (4)

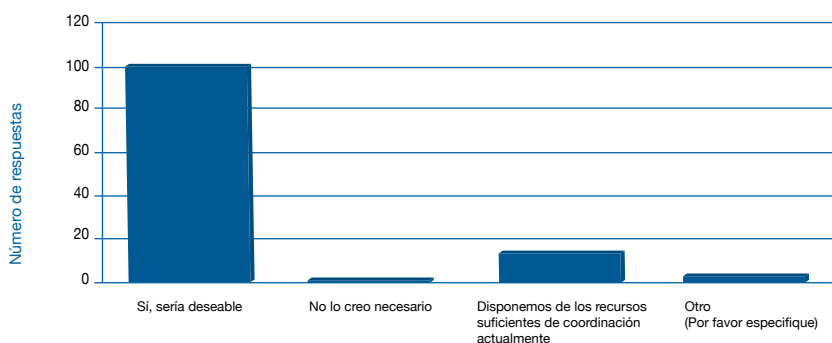
¿Intervienen o piden colaboración a otros profesionales externos a su servicio para el proceso diagnóstico?



Por otra parte, resulta reseñable que el 83% de los encuestados consideran necesario disponer de mayores recursos de coordinación con otros niveles asistenciales para la realización de la evaluación diagnóstica, lo que hace pensar que puede resultar compleja dicha coordinación y no llevarse a cabo en parte por escasez de recursos o la dificultad para realizarla con la fluidez requerida.

Figura 14. Recursos para la coordinación

¿Consideraría necesario disponer de mayores recursos de coordinación con otros niveles asistenciales para la realización de la evaluación diagnóstica?



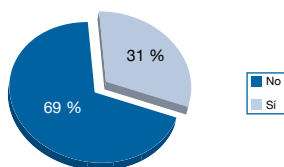
Tan sólo 15 centros (el 12%) manifiestan disponer de los recursos suficientes de coordinación, y son ocho CSMIJ en Cataluña, 2 en Madrid, los CSMIJ de Navarra y Extremadura, y uno en Andalucía, C. La Mancha y País Vasco. Los cinco centros que han respondido “otros”, todos pertenecientes a la provincia de Barcelona, han aportado los siguientes comentarios: “Disponemos de los circuitos de coordinación adecuados pero nos falta recursos de tiempo por exceso de presión asistencial”, proponen una “mayor utilización de nuevas tecnologías para la comunicación interprofesional”, manifiestan que “aunque disponemos de los recursos, una mayor facilidad para la coordinación con neurología sería necesaria”, otro centro apunta que “en la actualidad se esta organizando en nuestro Hospital una Unidad para el diagnóstico de trastornos autistas”, y el último, que la coordinación resulta “imprescindible” con “neuropediatría y genética, terapeutas del lenguaje y otorrinos”.

Tan sólo un tercio (n=36) de los centros emplean un **protocolo sistemático** o se apoyan en una Guía de Práctica Clínica (**GPC**) para la evaluación diagnóstica de este tipo de casos. Entre los que sí utilizan uno, la mayoría dicen haber desarrollado un protocolo propio en su servicio (n=11), 9 utilizan el documento de recomendaciones de CatSalut (19), y el resto

citan otros como las *Guías de buena práctica clínica del grupo de trabajo del Carlos III*, la *Guía de diagnóstico y tratamiento de los TEA de la Comunidad de Madrid*, *La Guía de Práctica Clínica elaborada por la FETB (Fundación Eulalia Torres de Bea)*, *GPCs sobre esquizofrenia y psicosis incipientes*, *Guías clínicas de diagnóstico de TDAH y TEA*, guías de la AACAP y AEPNYA, citando también pruebas diagnósticas como *tests de inteligencia*, *ADIR*, *ADOS-G*, *cuestionarios autoaplicados*, *entrevista estructurada*, *entrevista diagnóstica K-SADS*, un artículo de *Pedreira-Massa de 2005*, o la *CIE-10*. Las CC. AA. en que más centros emplean algún protocolo o guía son Cataluña, Canarias y Andalucía, aunque también lo hacen en los centros unitarios de Navarra y La Rioja y en algunos de otras comunidades. Ante la pregunta de si lo consideran útil o por el contrario innecesario, el 100% responden “útil”.

Figura 15. Empleo de protocolos o guías de práctica clínica

¿Se emplea en su CSMIJ un protocolo sistemático o guía de práctica clínica de diagnóstico para estos casos?



De los centros que afirman no utilizar ningún protocolo o GPC, la inmensa mayoría de las respuestas (n=63) afirman que lo considerarían “útil” (n=58), tres centros lo considerarían ‘imprescindible’ y tan sólo 2 ‘innecesario’; ninguno ha elegido la opción ‘inviable’.

Por otra parte, en la cuestión de si conocen alguna **GPC o documento de consenso** que consideren **adecuado** para el proceso diagnóstico de este tipo de casos, se recogen 77 respuestas afirmativas, además de 13 respuestas negativas. En la [Tabla 15](#) se recogen las guías más citadas, junto con el número de centros que lo hacen. Además de estas, se han nombrado las siguientes: guía CDDS Australia, MADSEC, Evidence Based Practice Ontario, las guías de SIGN y NICE sobre espectro autista y esquizofrenia, Guía de Primeros Episodios Psicóticos del Ministerio y de la AEN, la de Pedreira Massa para la evaluación del autismo y psicosis, y los parámetros de la AACAP.

**Tabla 15. GPC o documentos de consenso más citados como adecuados para el proceso diagnóstico de TMG**

Guía de diagnóstico y tratamiento de los TEA. La atención en la Red de Salud Mental. Comunidad de Madrid, Salud Madrid, 2009.	24
Grupo de Estudio de los TEA del Instituto de Salud Carlos III. Guías de buena práctica.	20
Recomanacions per a l'atenció dels trastorns mentals greus en la infància i l'adolescència. Quaderns de SM nº 6 CatSalut 2003	10
GPC para el Manejo de Pacientes con TEA en Atención Primaria (SNS).	8
Proceso asistencial TEA de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía	4
Protocolos AEPNYA	4

Siguiendo con la evaluación diagnóstica, se cuestionó si emplean en los CSMIJ **instrumentos o pruebas de valoración diagnóstica específicos** para TEA-TGD o TMG, obteniendo 52 respuestas afirmativas, por lo que se puede decir que sólo el 45% de los CSMIJ lo hacen. En la [Tabla 16](#) recogemos los instrumentos señalados por los profesionales, en la primera parte los más citados, pero añadimos a continuación el resto de pruebas nombradas por la rica información que aporta para el diagnóstico de la psicopatología infantil, aunque gran parte de ellos no sean específicos de los TEA o TMG.

**Tabla 16. Instrumentos o pruebas de valoración diagnóstica específicos citados**

Nombre de la Prueba	Nº de CSMIJ que la citan
ADI(-R) [Entrevista para el diagnóstico del autismo - revisada -- Autism Diagnostic Interview, Revised; M. Rutter, A. Le Couteur y C. Lord., 2003]	33
ADOS [Escala de observación para el diagnóstico del autismo -- Autism Diagnostic Observation Schedule; C.Lord, M.Rutter, P.C.DiLavore y S.Risi, 1989]	19
(M)CHAT [Lista de Verificación (Modificada) de Autismo en Infantes -- (Modified) Checklist for Autism in Toddlers; Robins, Fein, & Barton, 1999]	13
ASSQ [Cuestionario de Cribaje para el Espectro Autista -- Autism Spectrum Screening Questionnaire; Ehlers, Gillberg y Wing (1999).	7
CAST [Childhood Asperger Syndrome Test; Scott y cols, 2002]	7
Escala Australiana de Asperger (Attwood, 1998)	7
Escalas de Inteligencia, Escalas de Weschler (WPPSI y WISC-IV)	7
SCQ [Cuestionario de Comunicación Social-- Social Communication Questionnaire; Rutter, Bailey, & Lord, 2003]	5
Inventario de Espectro Autista IDEA; Rivière 1997	5
CARS Childhood Autism Rating Scale (Schopler y otros, 1980).	4

**También citados**

Escalas de Adaptación Conductual de Vineland [Vineland Adaptive Behavior Scales; 1984]

CBCL [Child Behavior Checklist; T. Achenbach, 1991]

SDQ [Cuestionario de Cualidades y Dificultades -- The Strengths and Difficulties Questionnaire; Goodman 1997]

Escala Bayley de desarrollo infantil;

Batería de Kaufman (K-ABC)

CDI [Cuestionario de depresión para niños --Children Depression Inventory; Kovacs M., 1992]

E. Desarrollo Brunet-Lezine

Erca (Escala de valoración de autismo - Bretonneau 1985)

SNAP-IV

.../...



.../...

---

ESQUIZO-Q [Cuestionario Oviedo para la evaluación de la esquizotipia; E. Fonseca, J. Muñiz, S. Lemos, M. Paino y U. Villazón, 2010]

---

CDRS ["Children Depressive Rating Scale"; Poznanski et al., 1985]

---

pruebas neurológicas de imagen y EEG

---

Entrevista semiestructurada

---

ASAS

---

ACACIA

---

Inventario psicopatológico de Frankfurt

---

Escala ATA ("Escala d'Avaluació dels Trets Autistes (ATA)" (Jané, Capdevila, Domènech, 1994))

---

CSAT

---

EMIC

---

EIVA (Trias y cols 1994)

---

CUATE (Cuestionario para la Detección Temprana del Autismo y de otros Trastornos del Espectro Autista, José Manuel Herrero Navarro 1993)

---

Conners

---

Rorschach

---

GARS

---

Escala Schopler

---

CDS [Escala de depresión infantil-- Childrens Depression Scale; Tisher, M and Lang, M., 1978]

---

CMAS-R [Escala de ansiedad manifiesta en niños-revisada -- Children's Manifest Anxiety Scale-Revised; Reynolds y Richmond, 1997]

---

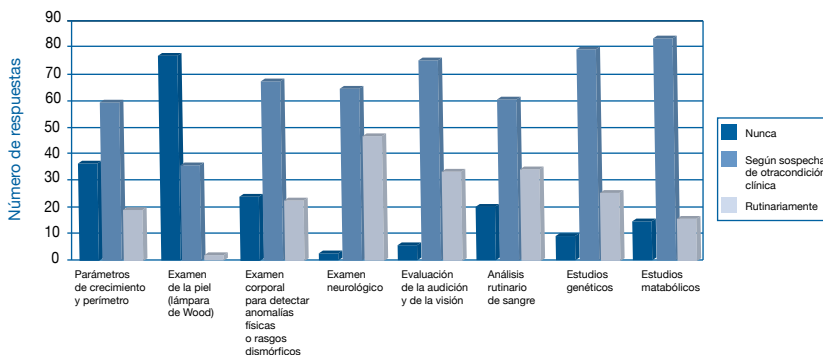
CMRS [Child Mania Rating Scale]

---

El siguiente ítem preguntaba sobre la solicitud de pruebas biomédicas complementarias que pudieran ayudar a los profesionales de la SMIJ en el diagnóstico de los TMG. Ninguna de las opciones presentadas (extraídas de las GPC como recomendación) se solicita rutinariamente en todos los CSMIJ; el examen neurológico es lo más habitualmente solicitado, pero tan sólo en el 41% de los centros que responden, seguido del análisis de sangre y evaluación de la audición y visión en el 29% de servicios. Lo más común, a juzgar por las respuestas de los profesionales, es la solicitud de las diversas pruebas según sospecha de alguna otra condición clínica. La prueba menos solicitada es el examen de la piel (lámpara de Wood).

Figura 16. Pruebas biomédicas

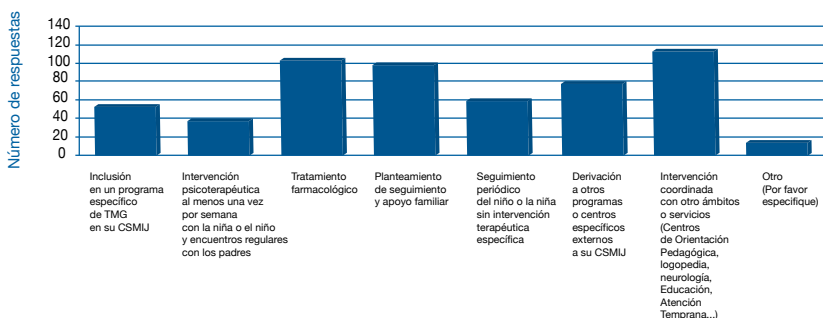
¿Cuáles de las siguientes pruebas biomédicas complementarias realiza o solicita realizar en los casos de TEA-TGD?



En cuanto a la **propuesta asistencial** posible en los CSMIJ encuestados una vez confirmado un diagnóstico de TMG (figura 17), en 53 centros (el 43%) dicen poder incluirlos en un programa específico de TMG en su CSMIJ. Sin embargo, al verificar su procedencia vemos que la gran mayoría se encuentran en Cataluña, también en Andalucía, contándose con algún programa además en Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, las dos Castillas, País Vasco y Navarra. Lo más habitual en la mayoría de los CSMIJ es la intervención coordinada con otros ámbitos o servicios, además de la pauta del tratamiento farmacológico en los casos en que sea necesario y el planteamiento de seguimiento y apoyo familiar. La intervención psicoterapéutica con una frecuencia al menos semanal, solo es posible en un tercio de los centros encuestados.

Figura 17. Propuesta asistencial en los CSMIJ

Una vez confirmado el diagnóstico dentro de los TMG  
¿Cuál es la respuesta asistencial posible en su CSMIJ?  
(Puede marcar varias respuestas)



Subrayaremos que el 67% de los centros realiza derivaciones a otros programas, servicios o centros específicos externos a su CSMIJ, derivaciones que solicitábamos describieran. Dada la relevancia de esta información, y la de los programas específicos que han descrito asimismo los centros que disponen de ellos, la recogemos de forma completa en las siguientes tablas; la información referente a Cataluña, por ser la más extensa, la hemos incluido en una segunda tabla (tablas 17 y 18).

**Tabla 17. Programas específicos existentes descritos por los profesionales de SMIJ por CC. AA. y servicios a los que se derivan**

	<b>Programas específicos en CSMIJ</b>	<b>Servicios a los que derivan</b>
<b>Andalucía</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Hospital de Día"</li> <li>• "Programa terapéutico de Hospital de Día a tiempo parcial; Grupos terapéuticos de niños/as con TEA."</li> <li>• "Programas de Hospital de Día, con intervenciones tanto de Atención Temprana como de rehabilitación concebida en una perspectiva psicodinámica, que incluye intervención individual, en pequeño grupo y con los padres."</li> <li>• "Diagnóstico y diagnóstico diferencial con derivaciones sistemáticas a Neurología, genética, metabopatía. Coordinación mensual con Neurología por casos compartidos. Asignación de Facultativos referentes, tanto de enfermería como Psiquiatría o Psicología Clínica, pruebas de evaluación, atención por parte de enfermería, contacto sistemático con Centro escolar, búsqueda de recursos, trabajo con la familia, inclusión en el Grupo Psicoeducativo de padres TGD, acceso a la Cartera de Servicios incluido Talleres del Hospital de día; valoración de ingreso en nuestras camas de Salud Mental infanto-juvenil."</li> <li>• "Sesión semanal de tres horas en que se trabajan las áreas afectadas por varios profesionales, incluyendo algunas rutinas de la vida cotidiana e intervención psicoeducativa con las familias. Generalmente las intervenciones con niños se hacen en situación semigrupal: varios niños con varios terapeutas. El programa incluye también un seguimiento espaciado por parte de Psicólogo Clínico o Psiquiatra y coordinación periódica con Servicios Educativos (Aulas Específicas de Autismo y Coordinadora Provincial del Programa en Educación y dos visitas anuales a cada aula y reunión semanal del Equipo)."</li> <li>• "Unidad de Día multidisciplinar (con los menores y las familias) con programa de intervención de un curso académico de duración."</li> <li>• "Tto. intensivo en distintos programas de Hospital de Día de nuestra USMIJ - seguimiento ambulatorio - diferentes tipos de hospitalización."</li> <li>• "Tratamiento ambulatorio y en Hospital de Día."</li> </ul>	<p>Centros de atención temprana (CAIT), Equipos de orientación escolar o educativa (EOEs), Centro de valoración de minusvalía, Asociaciones de afectados, Neurología, rehabilitación logopédica, genética, servicios sociales, equipos específicos de tratamiento de abusos sexuales, centros terapéuticos para niños con problemas graves de conducta. Todos son servicios públicos pertenecientes al Servicio Andaluz de Salud, Educación o Bienestar Social (salvo las asociaciones de afectados).</p>

.../...

Aragón	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Intentamos en la actualidad coordinar la asistencia recibida por el niño y/o adolescente, evitando la dispersión e incluyendo a los pacientes en Salud Mental.”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención Temprana (Instituto Aragonés de Servicios Sociales), Educación, Servicios Sociales, Asociaciones de afectados y familias.</li> </ul>
Asturias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Talleres, psicoterapia individual y familiar, tratamiento farmacológico, grupos de padres.”</li> <li>• “Programa ambulatorio de terapia intensiva para la atención de niños con TMG. Consultas semanales. Tratamiento combinado individual y grupal. Trabajo multidisciplinar. Coordinaciones presenciales.”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No aportan información.</li> </ul>
Balears	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Proyecto piloto de evaluación, intervención e investigación en primeros episodios psicóticos y EMAR (estados mentales de alto riesgo). Nos coordinamos con los colegios y con la UTE, recurso común de educación. Para TEA está en proceso de desarrollo, con perspectiva de hacer algo similar, y de poder hacer intervención grupal a los chicos y por otro lado a los padres. Dentro del área de Mallorca hay otros dispositivos que intervienen en este tipo de patología fuera de la red de salud mental.”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro Gaspar-Hauser de atención al autismo (asociación de afectados, concertado con Educación para algunos casos)</li> <li>• Asociaciones y centros específicos.</li> <li>• UTE (común entre SM y Educación).</li> <li>• Educativos, atención temprana, neuropsiquiatría.</li> </ul>
Canarias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No aportan información.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro Estimulación Temprana.</li> <li>• Servicios Sociales, Asociación de Afectados, Departamento de Orientación, Unidad de Hospitalización (La Palma o Tenerife), Hospital de Día Infanto Juvenil (Tenerife); todo público (Sanidad, Educación o Bienestar Social);</li> <li>• Psicomotricidad (Asoc. Perenquén: Privado Concertado).</li> <li>• “ A Hospital de Día Infanto Juvenil; No se admiten todos los casos de TGD, así que si no, lo tratamos como podemos en el CSM (ya que en Canarias no existen CSMU, sino un psicólogo clínico que atiende a la población infanto-juvenil en cada CSM).”</li> <li>• Unidad Internamiento Breve (a partir de 14 años), Hospital Materno Infantil (hasta 14 años), Centro Base de Valoración de Minusvalía (Servicios Sociales).</li> <li>• “Dependiendo el caso: hospital de día infanto-juvenil, centros de logopedia, Centro Base (Atención temprana), clases de pedagogía terapéutica.”</li> <li>• Equipos psicopedagógicos de Educación.</li> </ul>

.../...

<b>Cantabria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Valoración según programa, intervención individual y familiar, grupo de padres, contacto con asociaciones, contacto con medio escolar.”</li> <li>• “Programa específico de atención a primeros episodios psicóticos (programa de asistencia-investigación, convenio Hospital-Universidad de Oviedo).”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asociación de familiares TGD.</li> <li>• Programa de atención a primeros episodios psicóticos.</li> </ul>
<b>Castilla-La Mancha</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital de día (Albacete, Alcazar de San Juan)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación, S. Sociales, Asociaciones de afectados, Otras especialidades (Toledo)</li> <li>• APANAG (Asociación de padres de niños autistas, Centro de intervención polivalente) (Guadalajara)</li> <li>• Atención temprana, AUTRADE (Asociación Regional de Afectados de Autismo y Otros TGD - Ciudad Real).</li> </ul>
<b>Castilla y León</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El implantado en Hospital de Día Infanto-Juvenil (Valladolid)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asociaciones de Autismo (León, Burgos).</li> <li>• Neuropediatría (Valladolid).</li> <li>• Asociación Autismo. Logopedia concertado. Centro Base para menores de 3 años (Ávila).</li> <li>• En función de tipo de síntomas, intensidad de los mismos, edad y recursos antes citados (Centro específico para tratamiento de autismo) (Valladolid).</li> </ul>
<b>Extremadura</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No aportan información.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Los niños autistas son atendidos por APNABA (Asociación de Padres de Niños Autistas) logopedia, estimulación, orientación para padres... para niños con otras psicosis no existen recursos y no los admite el CRPS (Centro de Rehabilitación Psicosocial) hasta los 18 años.”</li> </ul>
<b>Galicia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No aportan información.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asociaciones de afectados con programas de intervenciones psicopedagógicas, centro de día...concertados con la Consellería de Educación; Atención Temprana.</li> </ul>
<b>La Rioja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No aportan información.</li> </ul>	<p>ARPA (Asociación autismo), Atención temprana (Servicios sociales), Educación.</p>

.../...

<b>Madrid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No aportan información.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención Primaria; Otros Servicios Especializados; Atención Temprana y Equipos de orientación Psicopedagógica; Servicios de Neurología; Equipo específico para TGD; Hospital de Día Infantil; Servicio específico para TGD del H. Gregorio Marañón (AMI-TEA); Unidad de ingreso de adolescentes (HG. Marañón).</li> <li>• Asociaciones de afectados.</li> <li>• Educación, Centro terapéutico de día.</li> <li>• Hospital de Día Infanto-Juvenil de la Red de Salud Mental concertado también con Educación.</li> <li>• Hospital de Día, el de adolescentes es de la Red de Salud Mental, el de niños menores de 12 años es concertado.</li> <li>• Psicomotricidad en centros privados; logopedia en centros públicos o privados.</li> <li>• AFANDEM, asociación concertada hasta los 7 años, derivación desde Equipos de Atención Temprana (EAT) o CSM.</li> <li>• Aulas de TGD dentro de la Consejería de Educación de la CAM y Equipo con programa para TGDs en psiquiatría infantil y Unidad de Adolescentes del H. Gregorio Marañón.</li> </ul>
	<b>Murcia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No aportan información.</li> </ul>
<b>Navarra</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupo semanal (terapia de juego, psicomotricidad, relacional) + Grupo de padres + Coordinación con el centro educativo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No aportan información.</li> </ul>
<b>País Vasco</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención grupal a niños hasta 7 años con diagnósticos F84. Es una experiencia piloto que se pondrá en marcha próximamente. (Bizkaia)</li> <li>• Centro de atención precoz (de 2 a 8 años) con grupos pequeños con psicomotricidad y trabajo institucional, reuniones con padres y escuelas. (Gipuzkoa)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bizkaia: Centro Educativo Terapéutico Ortuella (CET, funciona como Hospital de día, servicio concertado entre Osakidetza y Educación), APNABI (Asociación de Padres de Niños Autistas de Bizkaia), ASBIBE (Colegio de Educación especial), Atención Temprana, Asociaciones de afectados, servicios privados, Servicios Sociales.</li> <li>• Álava: Unidad Terapéutico-Educativa (UTE, concertado entre Osakidetza y Educación).</li> <li>• Guipúzcoa: GAUTENA (Asociación Guipuzcoana de Autismo).</li> </ul>

**Tabla 18. Programas específicos descritos por los profesionales en Cataluña**  
 (\*Programas de atención específica a los TMG en la infancia y la adolescencia, la mayoría elaborados a partir del documento del grupo de trabajo multidisciplinar a nivel de Catalunya (n-º de referencia: 19), que el Servei Català de la Salut fue desplegando progresivamente en los diversos CSMIJ de Cataluña), y **servicios a los que derivan**

<b>Programas específicos TMG</b>
<b>Barcelona</b>
Decidir conjuntamente con el coordinador del programa del CSMIJ la inclusión del paciente en él; establecimiento del PAI y del PTI que ya está consensuado por la Generalitat.
Fase 1: Acogida, Fase 2: Diagnóstico, Fase 3: Inclusión en el programa TMG, Fase 4: Elaboración del PTI, Fase 5: Elaboración del PAI..
Para TEA: tratamiento en habilidades socioemocionales individual o grupal (a partir de 5-6 años); asesoramiento a padres individual o grupal; asesoramiento a escuelas; tratamiento farmacológico. Para Tr. Psicóticos/Esquizofrénicos: psicoeducación individual o grupal, asesoramiento individual a padres, asesoramiento a escuelas; tratamiento farmacológico.
Intervención/tratamiento semanal, coordinación con la red.
Cumplimiento obligatorio de los 4 puntos primeros que exponéis y, además, seguimiento de la desvinculación si acontece para propiciar la revinculación. Además, según los casos pueden sumarse otras propuestas asistenciales.
Objetivos del Plan Funcional del Programa Específico: mejorar la detección precoz de los casos graves; definir los circuitos de derivación y atención urgente-preferente; garantizar una atención y un diagnóstico a tiempo, complejo y revisable; reducir el estrés y sufrimiento familiar; establecer planes de tratamiento intensivos a corto, medio y largo término; garantizar la continuidad asistencial; trabajo asistencial integral y en red; elaboración de un registro acumulativo y extensivo de los pacientes que cumplan criterio TMG en nuestro ámbito territorial de referencia.
Realizar un seguimiento más intensivo planteándose objetivos revisándolos con cierta periodicidad.
Realización de un PTI y un PAI para cada niño/a a revisar cada 6 meses.
<b>Girona</b>
En el CSMIJ existe el programa de atención a los TMG. Están asignados a él cuatro profesionales: Psiquiatra, psicóloga, DTS y DUE, con diferentes tiempos de dedicación. En el momento actual su capacidad de intervención es para 25 casos. Se realiza tratamiento psicoterapéutico individual con los niños y también con la familia, que puede ser con el niño@ o sólo con los padres dependiendo de las características del/la paciente. Se trabaja también a nivel comunitario con reuniones en las escuelas y, cuando es necesario, con servicios sociales de zona u otros equipos.
Atención intensiva individual y familiar, valoración social, programa adaptado al paciente, evaluación continuada, atención interdisciplinar.
Es un equipo de psiquiatra, trabajadora social, y psicólogo, hacemos intervenciones con la familia y el paciente una vez a la semana, si se puede, damos prioridad en las visitas y hacemos una valoración PTI y social inicial, con luego PTI cada cuatro meses.
Priorización de casos TMG e inclusión en programa TMG en función de los indicadores de riesgo social, cronicidad, edad, gravedad, sintomatología e interferencia en las actividades de la vida diaria

## Lleida

Garantizar la atención semanal, elaboración del programa terapéutico individualizado (PTI) y del programa de atención especializada (PAI), seguimiento de la evolución del paciente y de las indicaciones terapéuticas y de coordinación.

## Tarragona

Alta frecuentación valoración multidisciplinar, soporte clínico escolar, terapia grupal o individual semanal (pocos casos), grupo de padres.

Detección, asistencia y rehabilitación de los pacientes registrados.

### Servicios a los que derivan cuando es necesario

## Barcelona

CARRILET(Centro concertado de atención a autismo), Hospital de Día (HD), Unidad de Crisis de Adolescentes (UCA), Unidad de Referencia de Psiquiatría Infantil (URPI), Equipos Atención/Asesoramiento Psicopedagógico (EAP).

Red de S.Mental: CSMA (Centros de S.Mental de Adultos), HD Adolescentes, UCA, URPI; S. Sociales: Equipo Básico de Atención Social Primaria (EBASP), Atención a la mujer, Cruz Roja; Centro de Día (S.Mental - Educación).

Unidad de Tratamiento de 0 a 5 años de niños con trastornos de la comunicación y la relación en grupo paralelo de niños y padres (Servicio de Psiquiatría del Hospital Sant Joan de Déu); Unidad Especializada en Trastornos del Desarrollo (Servicio de Psiquiatría y Neurología del Hospital Sant Joan de Déu).

EAP, S. Sociales, hospitalización total o parcial, pediatría, neurología pediátrica, unidades de tratamiento específico de TGDs o toxicomanías, centros de estimulación precoz, colegios de educación especial, CSMA (todos son servicios públicos).

De acuerdo con el EAP del Departament d'Educació: Centros específicos de atención a autismo, Escuelas de educación especial; si son niños muy pequeños en algunos casos los derivamos al CDIAP (Centro de Desarrollo Infantil y Atención Precoz), que depende del departamento de Acción Social y Ciudadanía. Todos los anteriores son centros públicos o bien concertados con los respectivos departamentos. En casos de necesidad de psicoterapia intensiva no posible en nuestro CSMIJ, derivamos a centros privados.

Servicios sociales de base, centros educativos especiales.

Hospital de día (Salud mental de la red pública), Escuela especial pública (Departamento de Educación) en la que prestamos apoyo a los alumnos con TGD (16 horas semanales), USEE en instituto público (unidad de 8 plazas con 2 psicopedagogos, dos educadores y un apoyo de nuestro centro de profesional a 15 horas semanales).

Hospitalización total u Hospital de día (si se valora que en el momento no es posible tratamiento ambulatorio), Escuela de educación especial, Servicios sociales, etc. (siguiendo el tratamiento en el CSMIJ).

En los casos que se requiere una derivación ésta se realiza a hospitales de día (Red SM), Unidad de Crisis de Adolescentes (UCA - Red SM), Servicios Especializados en Salud Mental para discapacitados intelectuales (SESM-DI). Por otra parte, no podemos derivar directamente pero si indicar Educación Especial que pertenece al Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya.



---

Asociación de afectados (Asperger, Autismo).

---

Hospital Sant Joan de Deu, Hospital Benito Menni (adolescentes).

---

Unidad de Preescolares Hospital Sant Joan de Deu (HSJD); Unidad Autismo HSJD; Hospital de Día.

---

Solemos asumirlos en el CSMIJ, pero derivamos a la URPI, para interconsultas o situaciones muy graves, y a Hospital de Día (ambos de la red de SM).

---

### **Girona**

Neuropediatría, Asociaciones diversas.

---

### **Lleida**

HDIJ, Unidad de ingreso hospitalario, neuropediatría, centros educativos especiales.

---

### **Tarragona**

CDIAP (Departament Acció Social i Ciutadania), EAP (Departament Educació), Neuropediatría, Programa Psicosis incipiente.

---

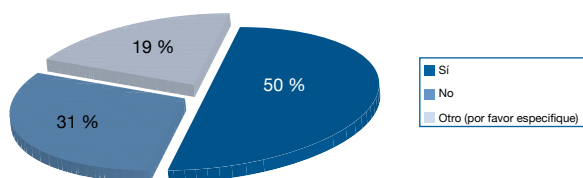
En el siguiente ítem cuestionábamos a los profesionales si consideran que el diseño de intervención que se requiere para este tipo de casos puede darse en su CSMIJ, asumiendo una concepción interdisciplinar, de instauración precoz y aplicación intensiva. El 50% de los centros afirman que sí (Figura 18), frente al 31% que dicen no poder hacerlo en su CSMIJ. Al menos un centro en cada C.A., excepto en Extremadura y Galicia, han respondido afirmativamente; los mayores porcentajes corresponden a Asturias, Cataluña, Murcia y Castilla la Mancha. El 19% restante aportan los siguientes comentarios:

- Desde Andalucía, comentan no poder hacerlo “en lo que respecta a los TGD”, sí poder hacerlo “pero son necesarios más recursos”, un centro apunta que en su Servicio “sí es interdisciplinar y lo más precoz posible, pero no con la intensidad que se dice en la literatura científica”, otro afirma que “se hace lo que se puede, mucha demanda y poco recurso”, y otro que solo puede hacerse “parcialmente”.
- Desde Cataluña se recogen nueve comentarios, que giran en torno a la falta de recursos para poder realizarlo adecuadamente, sobre todo ante el “incremento progresivo de casos graves que requieren una mayor atención clínica y interdisciplinar”, poder hacerse “sólo en un número limitado de casos, quedando excluidos los TEA de mayor afectación”, las dificultades derivadas del volumen de trabajo, y de “la dotación económica para el programa, muy inferior a la necesaria para la intensidad que requerirían muchos pacientes”, o la “falta de terapeutas instrumentales e intervención escolar intensiva (tipo hospital de día) que escapa al CSMIJ y las escuelas de educación especial”.

- Desde Aragón un centro apunta a la “falta de recursos y de coordinación”, mientras que otro afirma poder hacerse “en trabajo de enlace con otros dispositivos”.
- Desde Madrid reclaman que “podría darse si se implementaran los recursos humanos”, y “siempre desde la coordinación con otros recursos” y que “además, se requerirían muchos más medios (más profesionales, más formación)”.
- Desde el País Vasco comentaban que “puede darse siempre que se priorice la atención, no en la situación actual en la que no hay ni prioridad ni dotación”, y otro centro, que “no” puede darse “por falta de tiempo para la frecuencia asistencial requerida por el trastorno”
- Desde Asturias, por otro lado, señalan que “su centro es el único, en el área, por características, capacidad y personal, que da una respuesta adecuada y rápida, es decir, de identificar los casos de forma inmediata y rápida, de formar a los derivantes, y una vez derivados los potenciales casos, distinguirlos (diagnosticarlos), pero, por la dimensión del centro y debido al resto de población atendida no es posible mantener una atención intensiva en el tiempo, de modo que dependemos de la coordinación continuada con otros sectores (atención temprana, servicios sociales, asociaciones, etc...)”.
- Desde uno de los centros de Castilla la Mancha señalan que podría hacerse en un futuro, y un centro de Baleares que solo pueden hacerlo “en parte”.

**Figura 18. Posibilidad de intervención adecuada en los CSMIJ**

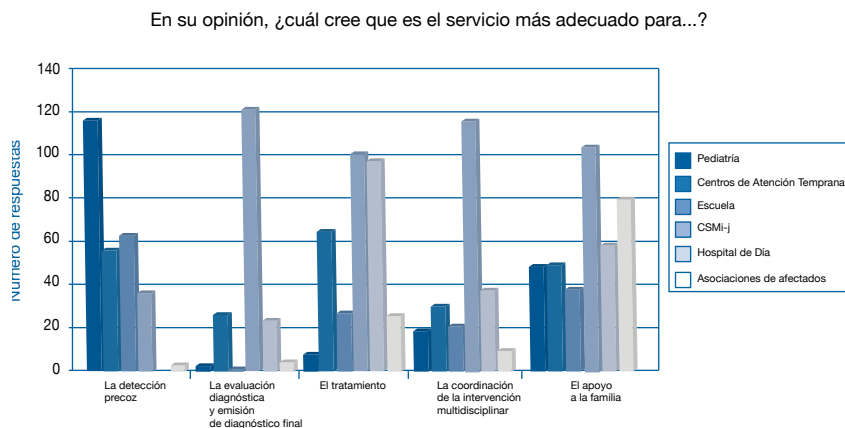
Existe consenso unánime en la literatura en que el tratamiento en estos casos debe diseñarse desde una concepción interdisciplinar, aplicarse de forma intensiva e instaurarse precozmente.  
¿Considera que este diseño de intervención puede darse en su CSMIJ?



Como continuación al anterior ítem, se añadió la pregunta sobre qué servicio consideran más adecuado para las siguientes actuaciones en relación

al TMG: la detección precoz, la evaluación diagnóstica y emisión de diagnóstico final, el tratamiento, la coordinación de la intervención multidisciplinar y el apoyo a la familia.

Figura 19. Servicios considerados más adecuados para las diferentes tareas



Como se puede apreciar en la [figura 19](#), la práctica totalidad de los centros señalan a los pediatras como los más adecuados para realizar la detección precoz de este tipo de casos, aunque alrededor del 50% de los respondientes también apuntan a los servicios de atención temprana y a las escuelas para esta tarea. Existe unanimidad a la hora de señalar a los CSMIJ como los más adecuados para realizar la evaluación diagnóstica y emitir un diagnóstico definitivo. En cuanto al tratamiento, resultan casi a la par los CSMIJ y el hospital de día para el 83 y 80% de los centros, aunque también los centros de atención temprana para el 53%. Para la coordinación de la intervención multidisciplinar señalan de nuevo casi unánimemente al CSMIJ como el servicio más indicado para ello. El apoyo a la familia consideran corresponde también al CSMIJ en un 85% de los centros, aunque es en esta tarea donde más se destaca la intervención de las asociaciones de afectados, por un 66% de los centros, y al resto de servicios prácticamente por igual, entre un 32% y un 48%.

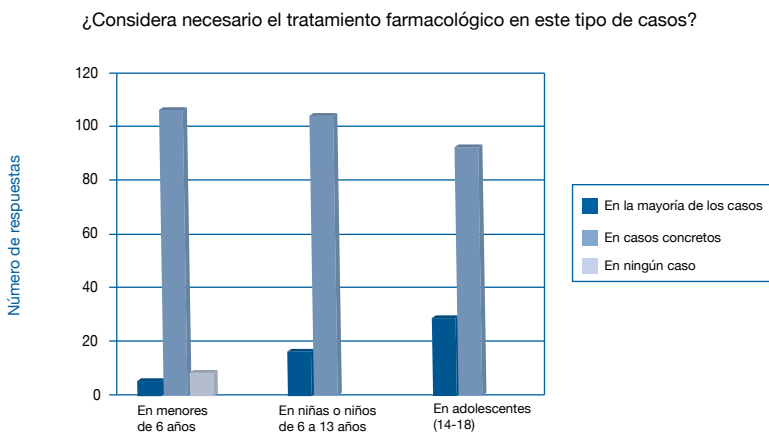
En el siguiente ítem queríamos conocer la opinión de los profesionales respecto a cuáles consideran los elementos esenciales de la intervención con este tipo de casos; recogemos en el siguiente cuadro las respuestas más repetidas entre los respondientes.

**Tabla 19. Elementos esenciales de la intervención en TMGIJ.**  
**(respuestas más citadas, entre paréntesis número de veces citada)**

- Detección y diagnóstico precoz (25)
- Intervención multidisciplinar (23), trabajo en red (7), y Coordinación de las intervenciones, entre todas las personas y/o servicios que trabajen con el paciente (22)
- Inicio temprano de la atención, y tratamiento intensivo (15 y 14)
- Intervención con la familia (34) (apoyo, psicoeducación, orientación y asesoramiento, grupo de padres, entrenamiento a las figuras de referencia, atender a su demanda, darles información adecuada)
- Necesidad de mayores recursos (institucionales [hospital de día/centros de día infantiles y juveniles, recursos intermedios], de tiempo y personal, recursos no sólo psicológicos (psicomotricidad, educativos apropiados, etc), material diagnóstico, asistenciales) (18)
- Abordaje psicoterapéutico (10)
- Formación de los profesionales (9) (especializada, continua, en aspectos clínicos)
- Intervención terapéutica frecuente e intensiva en recursos especializados, en hospital de día (8)
- Atención o intervención en distintos ámbitos y contextos (6) (psicológica y psiquiátrica, social y educativa, bio-psico-social, tratamiento integral, familiar, escolar...)
- Tratamiento farmacológico (si la sintomatología lo requiere) (7)
- Plan terapéutico individualizado, adaptación de las intervenciones a las necesidades de cada paciente/familia (5)
- Tiempo para dedicarles la frecuencia asistencial que necesitan (4)

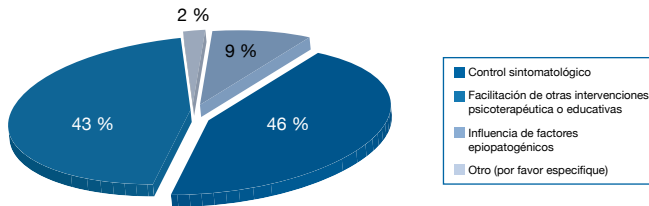
Posteriormente, incluíamos una serie de ítems que trataban de conocer el empleo de psicofármacos como parte de la intervención con los niños afectados de un TMG. En las siguientes tres figuras se muestran las preguntas y respuestas al respecto.

**Figura 20. Necesidad de tratamiento farmacológico**



**Figura 21. Función del tratamiento farmacológico**

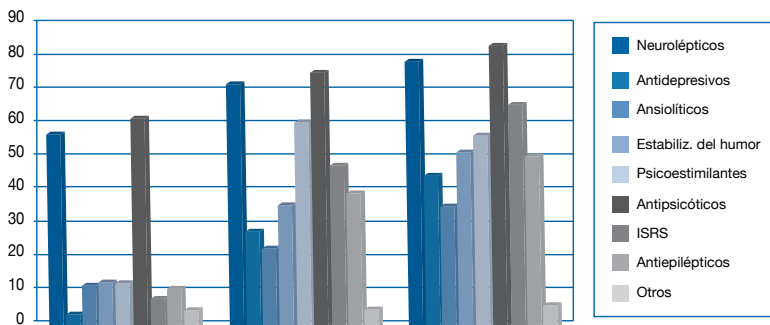
¿Con qué función?



**Figura 22. Grupos farmacoterapéuticos más utilizados en TMGIJ**

¿Qué grupos terapéuticos emplean habitualmente en su CSMIJ en el tratamiento de este tipo de trastornos?

(Si por su titulación no le es posible prescribir, consulte por favor con el psiquiatra de su equipo)



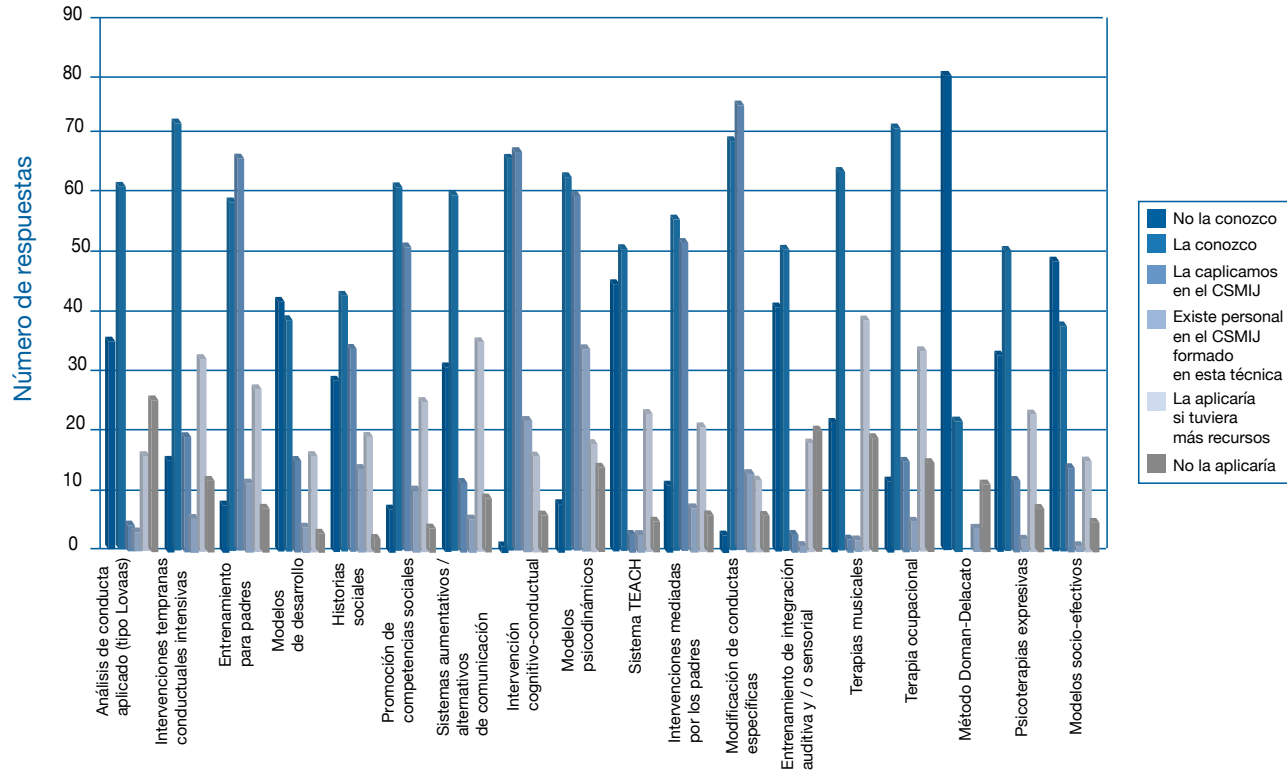
Los profesionales de la salud mental infanto-juvenil opinan mayoritariamente que el tratamiento farmacológico es necesario sólo en casos concretos, en todos los tramos etarios; tan sólo un 7% opina que no es necesario en ningún caso, y lo dicen respecto al tramo de menores de seis años. Su uso en la mayoría de casos es considerado necesario para el 5%, 14% y 24% de los respondientes en los menores de seis años, niños de 6 a 13 y adolescentes respectivamente. En cuanto a la función con que emplean este tipo de tratamiento, gran parte de las respuestas se dividen entre el uso para el control de los síntomas (46%) y la facilitación de otras intervenciones psicológicas o educativas (43%), tan sólo un 9% lo utilizan por su influencia en factores etiopatogénicos. Entre los grupos terapéuticos más empleados en los TMG están los neurolépticos y antipsicóticos; la distribución del uso de los distintos psicofármacos es prácticamente igual entre los niños de 6 a 13 y los adolescentes, aunque siempre superior en el grupo adolescente, con la excepción

de los psicoestimulantes, de mayor uso en niños. En los menores de 6 años el uso de neurolépticos y antipsicóticos es el más extendido (el 46% y el 50% de los centros los emplean), el resto de grupos terapéuticos es empleado por menos del 10% de los profesionales.

El siguiente ítem trataba de averiguar cuáles de las técnicas y tipo de intervenciones psicoterapéuticas estudiadas para estos trastornos conocen y aplican los profesionales de la SMIJ. En la [Figura 23](#) se puede explorar la información completa al respecto. Las técnicas menos conocidas son el método Doman-Delacato (el 67% afirma no conocerlo), los modelos socio-afectivos y el sistema Teacch, aunque es de destacar que ninguna técnica es conocida por el total de los profesionales respondientes. Las intervenciones que gozan de mayor aplicación entre los profesionales de los CSMIJ son la modificación de conductas específicas (63%), la intervención cognitivo-conductual y el entrenamiento para padres, seguidas de cerca por los modelos psicodinámicos, las intervenciones mediadas por los padres y la promoción de competencias sociales; las técnicas más rechazadas son las de tipo Lovaas (no la aplicarían el 21% de los respondientes), el entrenamiento de integración auditiva y/o sensorial y las terapias musicales. En cuanto a la existencia de personal específicamente formado en alguna de las técnicas en los CSMIJ, es el modelo psicodinámico la orientación en la que más personal formado existe en los centros (en el 28% de los centros). Las intervenciones que a los profesionales les gustaría poder aplicar si dispusieran de más recursos son las terapias musicales (33% de respuestas), los sistemas alternativos o aumentativos de comunicación y la terapia ocupacional.

Figura 23. Conocimiento y aplicación de intervenciones

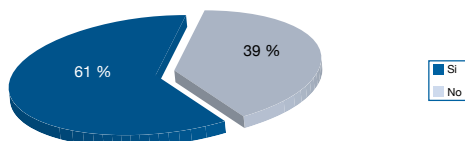
¿Conoce y/o aplica las siguientes intervenciones psicológico-psicoeducativas, que han sido estudiadas para este tipo de patologías?  
(Puede marcar más de una respuesta por fila)



Para finalizar el cuestionario, se incluyeron las siguientes preguntas. Se consultaba si se realizan en los CSMIJ experiencias o reuniones para la implementación o actualización de protocolos o directrices de actuación frente a los casos de TMG, a lo que el 61% de los profesionales respondieron afirmativamente.

**Figura 24. Reuniones específicas**

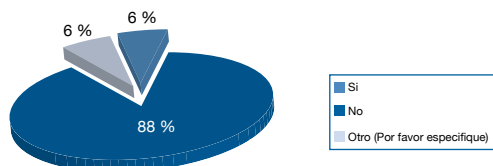
¿Se realizan en CSMIJ experiencias o reunión, espasa para la implementación o actualización de protocolos o directrices de actuación frente a los casos de TMG?



Tan sólo un 6% de los CSMIJ considera que existen suficientes recursos disponibles en su área sanitaria para la atención y tratamiento de los trastornos mentales graves infantiles (figura 25), y corresponden a dos centros de Cataluña, y un centro en Canarias, Castilla y León, Navarra, Madrid y Andalucía. Se recogen, además, algunos comentarios, como los de diferentes centros de Cataluña que señalan “faltan recursos humanos para el tratamiento intensivo de los TMG de primera infancia y equipos interdepartamentales integrados y planificados para su tratamiento integral”, que “conviene “inventar” o modificar algunos recursos disponibles para adecuarlos a las necesidades que nos muestra la práctica clínica en estos casos” o que “las listas de espera no siempre permiten la periodicidad indicada”; un centro andaluz indica que “están mejorando bastante en los últimos años, recursos más amplios permitirían hacer más psicoterapia y un tratamiento más integral o más coordinado con otros dispositivos”; desde un centro del País Vasco se consideraban “claramente insuficientes”; en Castilla la Mancha “sí” consideran que “hay recursos suficientes pero no están coordinados”, mientras que en Castilla y León apuntan que “siempre son deseables más recursos”.

**Figura 25. Valoración de suficiencia de recursos**

¿Considera que existen suficientes recursos disponibles en su área sanitaria para la atención y tratamiento de los transtornos mentales graves infantiles?

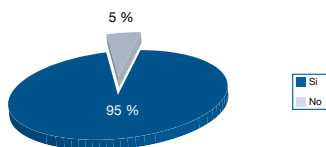




A la pregunta de si consideran necesaria la implantación de un programa de atención específica a los TMG en la infancia en las áreas sanitarias en las que no disponen de dicho recurso, de las 83 respuestas recibidas (se indicaba que respondieran solo si no existía en su área) el 95% responde afirmativamente.

**Figura 26. Valoración de necesidad de implantación de programas específicos**

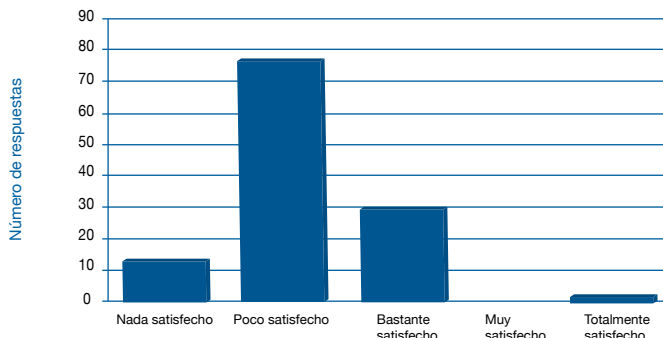
Si no existe en su área sanitaria, ¿considera necesaria la implantación de un programa de atención específica a los TMG en la infancia?  
(responder a esta pregunta sólo si no existe un programa específico)



Finalizábamos las preguntas de opinión solicitándoles que nos indicaran su grado de satisfacción con la atención que como profesionales de la salud mental pueden ofrecer a los niños afectos de un trastornos mental grave; como se aprecia en la [figura 27](#) el 74% de los profesionales están poco o nada satisfechos, tan sólo un 25% están bastante satisfechos, y sólo un 2% está totalmente satisfecho. Estos últimos son un profesional de Aragón y otro del País Vasco, y de los que se consideran bastante satisfechos, corresponden la mayoría a profesionales de Cataluña (14 centros), cuatro centros de Andalucía, tres de Canarias y de Madrid, dos de Asturias, y un profesional de Extremadura, Navarra y las dos Castillas ([Figura 28](#)).

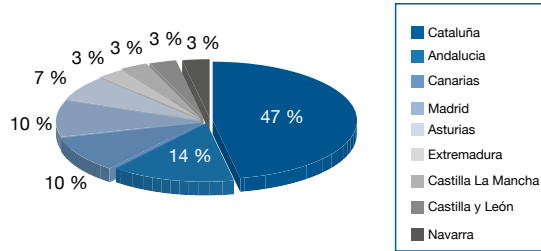
**Figura 27. Grado de satisfacción de los profesionales**

Como profesional de la Salud Mental, ¿cuál es su grado de satisfacción con la atención que se les puede brindar a los niños y niñas afectos de un trastorno mental grave en su área sanitaria?



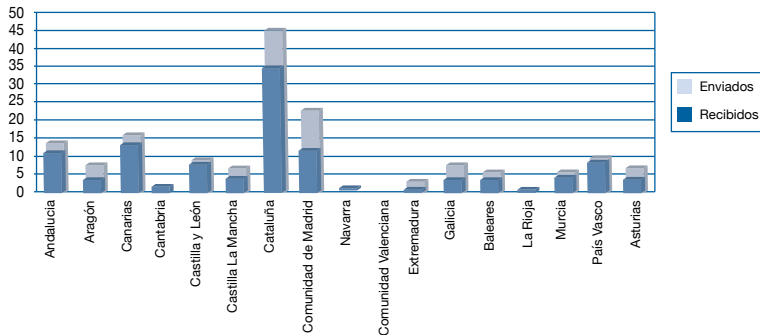
**Figura 28. Procedencia de la satisfacción con la atención brindada**

Procedencia de los profesionales que se consideran "bastante satisfechos" con la atención que pueden ofrecer a los TMGI-j



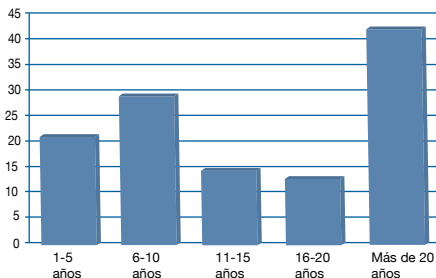
A continuación se muestran la procedencia y número de los profesionales que han recibido y respondido al cuestionario por CC.AA., los años de experiencia profesional con que cuentan las personas que han respondido al cuestionario, y su titulación.

**Figura 29. Número de cuestionarios enviados y respuestas recibidas**

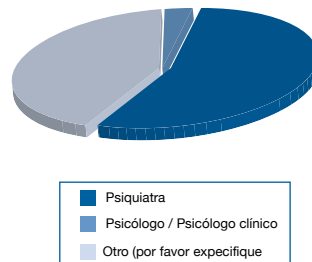


**Figuras 30 y 31. Experiencia de los profesionales que han respondido al cuestionario y titulación de los mismos**

Años de experiencia en Salud Mental infanto-juvenil



Titulación de los respondiente



Se puede comprobar en la [Figura 30](#) que los profesionales que han aportado su conocimiento, visión y opinión, cuentan con sobrada experiencia en la SMIJ, contando el 46% de ellos con más de 15 años de experiencia, el 35% con más de 20 años.

Completamos la información obtenida a través del cuestionario aportando en el Anexo VIII. 3 las respuestas en porcentajes desglosadas por CC. AA. de los ítems más relevantes.

# V. Discusión

## Definición y delimitación de los TMG

El grado de acuerdo entre los profesionales de SMIJ con la definición y clasificación propuesta de los TMG (extraída y adaptada del documento de CatSalut, que puede consultarse en el Anexo VIII. 1) es alto (77%), aunque un buen número de los encuestados propone incluir o eliminar algunos de los diagnósticos (ver figuras 8 y 9). Entre los primeros destacan los trastornos obsesivo-compulsivos y los disociales, y como diagnósticos a eliminar del concepto TMGIJ, el trastorno límite y el síndrome de Rett.

Para la selección de diagnósticos incluidos dentro del concepto de TMG, nos basamos en un documento de consenso previo, procedente de un medio asistencial y cultural semejante al de las demás CC.AA., que nos parecía razonable y aceptable por todos los profesionales. La única variación que introdujimos fue la de suprimir el T. disocial y el T. mixto del desarrollo, porque pensamos que podían estar sujetos a criterios diagnósticos más variables y porque son cuadros clínicos con trayectorias evolutivas diversas y distintos grados de afectación y gravedad. Sin embargo, el hecho de que en los datos procedentes de la comunidad que elaboró el documento al que nos referimos, obtenidos posteriormente a nuestra decisión, esté muy presente en número de casos el diagnóstico de ambos trastornos, nos hace pensar que nuestra decisión ha repercutido, disminuyéndolo significativamente, en el total de casos catalogados como TMG (de los solicitados a los registros de las CC. AA.). Con ello, podemos decir que la incidencia global registrada en nuestro estudio recoge los casos indudablemente considerables como graves y que un número importante de niños con afectaciones muy probablemente equivalentes en cuanto a gravedad, no han sido contabilizados. Podríamos decir que son todos los que están, pero no están todos los que son. En cuanto a los desacuerdos minoritarios y a las matizaciones respecto a los criterios diagnósticos utilizados en nuestro estudio, reflejan tanto la dificultad de llegar a un consenso en la sistematización de la diversidad clínica -problema fundamental que tratan de resolver las diferentes clasificaciones existentes- como los diversos criterios psicopatológicos aplicados por diferentes profesionales en su apreciación de la gravedad de los cuadros clínicos. Sus diferentes opciones diagnósticas y su elección de sistemas y criterios de clasificación parece estar muy influida por su concepción, estructural o sintomática, de los trastornos mentales. Así parece ocurrir, por ejemplo, con quienes optan por considerar los trastornos obsesivo-compulsivos o las

conductas y/o personalidad disocial como diagnósticos que responden a un trastorno mental grave. Por otro lado, se han manifestado varias opiniones, también minoritarias, proponiendo excluir como TMG el Síndrome de Rett y el trastorno hiperactivo con retraso mental y movimientos estereotipados. Entendemos que este criterio está en relación con considerarlos como trastornos de etiología orgánica o de afectación neurológica; sin embargo, creemos que el que estén sistemáticamente asociados a evoluciones gravemente deficitarias debe ser motivo para considerarlos TMG independientemente de su etiología.

Respecto al más controvertido debate de incluir o no el TLP, se trata de una cuestión recurrente en los debates clínicos y diagnósticos de los especialistas en este tema. Parece claro que quienes tienen el criterio de considerarlo un trastorno estructural en la organización de la personalidad infantil optan por considerar su continuidad y gravedad evolutiva, y lo consideran como TMG diagnosticable desde la infancia. Distinta posición tienen quienes se ciñen a los criterios DSM (que excluyen el diagnóstico por debajo de los 18 años), y piensan que el diagnóstico de trastornos de la personalidad no es posible a estas edades por estar sometido a muchas variables influyentes en el desarrollo y también quienes optan por un diagnóstico sintomático. Evidentemente ni las clasificaciones diagnósticas ni los criterios diagnósticos de este estudio pueden ser totalmente satisfactorios para todos los profesionales.

## **Datos de incidencia y prevalencia de los TMG**

Los ítems 4 y 5 pretendían recoger datos de incidencia y prevalencia en cada Comunidad Autónoma, sobre todo en aquellas que no dispusieran de Registros de Casos, pero han sido pocos los CSMIJ que han podido proporcionar datos concretos sobre su población atendida. Los datos obtenidos entre las respuestas a estos ítems y lo solicitado a los Registros en los casos en que fue posible, presentan una heterogeneidad que dificulta concluir en datos homogéneos. Las deducciones que podemos avanzar, con la prudencia de estar basadas en datos insuficientes, y no del todo comparables (ver las características de los datos de cada C.A. en el apartado IV.2.2), son las siguientes. Cotejando y agrupando los datos totales de los diferentes años (en Murcia aportados desde 2003 y en Navarra hasta 2010, pero la mayor parte de datos concentrados de 2005 a 2009) de las siete comunidades de las que disponemos de datos (Andalucía, Canarias, Castilla y León, Cataluña, Murcia, País Vasco y Navarra), comprobamos que la incidencia ha sido irregular en todas las comunidades, excepto en Cataluña que ha experimentado un crecimiento constante; las cifras medias de incidencia se asemejan moviéndose entre el 1,86% y el 3,15%, siendo signifi-

cativamente superior en Castilla-León (7,60%), con la peculiaridad añadida de ser la única media que resulta de cifras decrecientes constantes partiendo de una tasa muy elevada en 2005. Las cifras de prevalencia muestran una progresión algo más regular, un crecimiento más constante de los niños que se mantienen activos por estos diagnósticos en los CSMIJ; destaca una prevalencia superior en Andalucía (media de 8'82% de 2005 a 2008), además de la del HDIJ de Navarra (16,80%), más lógica esta última que debe explicarse por el reclutamiento específico de pacientes graves en este tipo de dispositivos. Entendemos que el hecho de que los dispositivos de SMIJ de Andalucía estén en un nivel terciario, podría explicar el porqué, debido al filtrado previo de la demanda, llega a SMIJ un mayor porcentaje de casos graves. Si comparamos los datos de 2005 frente a los de 2008 (los dos años más distantes de los que disponemos más datos), exceptuando las excepciones descritas, las cifras han sido paulatinamente crecientes, tanto en incidencia como en prevalencia.

Aunque la variabilidad de los datos necesitaría un análisis más completo y pormenorizado, podemos deducir que las cifras de incidencia varían tanto en función de los criterios diagnósticos de los profesionales que pasan por los servicios, como de la diversa implantación y captación de casos de los diferentes dispositivos de salud mental y de los recursos con que cuentan, todo ello oscilante, desgraciadamente. En cuanto a las cifras de prevalencia -como era de esperar al tratarse de casos que cursan con una evolución crónica- su aumento progresivo traduce el "sedimento" resultante en la población asistida y su conocimiento más detallado ayudaría a dimensionar adecuadamente las importantes necesidades asistenciales que genera esta población tan específica. Dentro de la insatisfacción derivada de la dificultad de obtener -al menos con nuestros medios y diseño- datos más amplios y precisos, concluiremos lo que sigue. Es extremadamente necesario salir del desconocimiento actual de los datos hasta reunir los suficientes e imprescindibles para acotar la dimensión del problema asistencial que suponen los TMG en población infanto-juvenil. Aunque, como ya se podía anticipar, su incidencia y prevalencia proporcional -en la población que consulta los CSMIJ- es minoritaria (más aún en la circunstancia actual de aumento generalizado de la demanda y de los motivos de consulta), su repercusión asistencial es mucho mayor. La tendencia general al aumento de la incidencia y prevalencia de los TMG, que se observa en los datos recibidos, es una constante general en otros estudios que lo confirman en todos los países y que lo relacionan con la mejora y expansión de los recursos destinados a su detección y diagnóstico.

## Evaluación y protocolos diagnósticos

En cuanto a la evaluación diagnóstica, el 94% de los CSMIJ afirman realizarla en sus propios centros sin necesidad de derivación a otros servicios. Puede llamar la atención la variación en el número de consultas utilizado en el proceso diagnóstico. Entendemos que puede deberse a varios factores: en algunas CC.AA. existe una presión administrativa dado que el número de consultas destinadas al diagnóstico es evaluado como un factor de calidad y debe ajustarse a un número preciso de consultas; en otras, existen circuitos de derivación que acortan o que eximen del proceso diagnóstico; la existencia de personal y programas específicos destinados a los TMG también influye en este dato.

Respecto a la colaboración de otros profesionales externos al CSMIJ para el proceso diagnóstico (figura 13), es al personal escolar con quien sistemáticamente más se cuenta, afirmándolo así el 46% de los que responden, seguido de neuropediatría con menor frecuencia. Si se pregunta por la colaboración esporádica, a veces, es también esta última especialidad la más solicitada, en un 71% de los centros. Se percibe, por tanto, que la multidisciplinariedad que se recomienda en las guías de buena práctica no está del todo consolidada. Tampoco la coordinación con otros profesionales externos a los servicios de SM se hace de forma sistemática, aunque es probable que esto dependa de la complejidad o no de los casos y también de la existencia o no de hábitos de coordinación entre diversos niveles sanitarios. Sin embargo, el 83% de los encuestados consideran necesario disponer de mayores recursos de coordinación con otros niveles asistenciales para la realización de la evaluación diagnóstica, lo que hace pensar que dicha coordinación puede resultar compleja y que no se lleva a cabo, al menos en parte, no por falta de voluntad o necesidad por parte de los profesionales, sino por la escasez de recursos para realizarla con la fluidez requerida, como se refleja, además, en algunos de los comentarios de los encuestados.

En cuanto a la protocolización del proceso de atención ante estas patologías, tan solo un tercio de los centros dicen emplear un protocolo sistemático o apoyarse en una GPC para la evaluación diagnóstica, y en estos casos, la mayoría han desarrollado un protocolo propio en su servicio, siendo el documento de recomendaciones de Catalunya (19) el protocolo publicado más citado por los profesionales. Todos ellos consideran útil el basarse en un protocolo, y al ser preguntados por ello, los centros que no utilizan ninguno lo considerarían útil, por lo que cabría pensar en la posibilidad de generalizar a otros centros los protocolos que se muestran útiles para quienes los han implementado en sus servicios. Por otra parte, a la cuestión de si conocen alguna GPC o documento de consenso que consideren adecuado para el

proceso diagnóstico de este tipo de casos, se recogen 77 respuestas afirmativas, destacando como más citados tres documentos elaborados en nuestro país: la guía sobre TEA elaborada en 2009 por profesionales de la Red de Salud Mental de Madrid (28), los tres documentos de buena práctica para la detección, diagnóstico y tratamiento de los TEA elaborados en 2005 por el grupo de estudio del Instituto de Salud Carlos III (25-27), y el documento de recomendaciones de atención a los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia elaborado por los profesionales de Cataluña en 2004 (19), siendo tan sólo este último el que aborda de manera amplia todos los diagnósticos considerados como graves en la infancia y no sólo los TEA como lo hacen los dos primeros. Resalta un mayor consenso en la utilización de algunas pruebas diagnósticas específicas para los TEA, lo que parece confirmar de nuevo que -entre todos los trastornos incluidos como TMG- los TEA son los que resultan más homogéneos para los profesionales, y que no existen pruebas específicas para diagnosticar otros trastornos graves, o al menos no son utilizadas de forma habitual en estos servicios; cabe señalar por otro lado, que ninguno de los instrumentos específicos más citados y utilizados sea de construcción sobre muestra española. No es habitual ni rutinario tampoco solicitar pruebas biomédicas para ayudar al diagnóstico de estos trastornos, a pesar de estar recomendado en las guías internacionales.

Podemos concluir, por tanto, que no se ha generalizado un uso uniforme de GPCs y de protocolos estandarizados y consensuados y tampoco se hace una aplicación sistemática de los criterios de estas guías en el ámbito de la salud mental. Esto confirmaría que existe una distancia importante entre las propuestas que se reclaman de la medicina basada en la evidencia (MBE) y la práctica habitual de los servicios de SMIJ. Si, como es lógico, se supone que debemos avanzar en la aplicación de propuestas consensuadas y acordes con las elaboradas por expertos en las GPC, conviene preguntarse – y dar respuestas- al por qué profesionales competentes con años de experiencia en este campo se resisten a generalizarlas, sea por falta de convicción en los criterios que guían su elaboración –tipo de metodología requerida para probar la eficacia de intervenciones relacionales, complejas y polivalentes- o en la experiencia clínica de los expertos –en investigación y metodología- que afirman opinar desde la MBE. Se puede pensar también que los equipos profesionales con más experiencia clínica basan su diagnóstico e intervenciones terapéuticas en su conocimiento de la realidad clínica y las peculiaridades individuales y evolutivas de cada paciente, que dificultan la utilización de parámetros sistematizados y generalizables y más si, como ocurre en muchas GPC, provienen de contextos asistenciales y culturales muy diferentes del nuestro. En este sentido, llama la atención que entre la escasa proporción de centros que sí dicen emplear protocolos diagnósticos, la mayoría resultan ser



protocolos elaborados dentro del propio servicio, lo que indica que la necesaria contextualización a la población, recursos asistenciales y sistema sanitario concreto en que se elaboran parecen imponerse frente a la generalización e implementación de los protocolos propuestos en Guías internacionales o provenientes de otros contextos sociales/asistenciales. En cuanto a los datos obtenidos respecto a la realización de pruebas biomédicas complementarias, comentaremos como dato más llamativo, que las recomendadas por las GPCs no se realizan rutinariamente en la mayoría de los CSMIJ. La exploración neurológica es la más solicitada, pero el número de centros que lo hace rutinariamente es minoritario. Matizaremos que también es cierto que “según las características del caso” sí se solicitan todas con frecuencia esporádica. Suponemos que los hábitos de relación y confianza con los servicios hospitalarios y las ideas preconcebidas de los profesionales con respecto a la naturaleza orgánica, genética o neurológica de estos trastornos, determinan las diferentes actitudes recogidas.

## Propuestas terapéuticas

En cuanto a la propuesta asistencial posible en los CSMIJ una vez confirmado un diagnóstico de TMG, menos de la mitad de los centros pueden ofrecer incluirles en un programa específico de TMG en su CSMIJ; además, estos servicios se concentran en Cataluña, Andalucía y País Vasco, aunque cuentan con algún programa aislado en algunas otras CC.AA. La descripción que hacen de los programas es variada (tablas 17 y 18), pero coinciden en la intervención frecuente, tanto individual como grupal, el trabajo paralelo con los padres, la individualización, la coordinación con otros servicios y recursos y la interdisciplinariedad. La derivación a otros servicios es más frecuente, además de amplia, como se recoge en lo aportado por los profesionales en dichas tablas; se deriva a atención temprana, servicios sociales, educativos, unidades hospitalarias, recursos privados y sobre todo a asociaciones de afectados. Esta mayor frecuencia evidencia que la mayoría de TMG son enviados para ser tratados -sin que ello parezca responder a criterios homogéneos- a los diversos dispositivos existentes en cada zona con sus peculiaridades y variedad de recursos. No obstante, en todas las CC.AA. existen servicios de atención temprana y asociaciones de familiares de afectados con programas y atención de muy diferente calidad. Lo que, en nuestra opinión, refuerza la necesidad y la pertinencia de que la SMIJ de la sanidad pública tenga un papel preponderante en la racionalización y coordinación de recursos (que, por su coste y carácter multiprofesional, siempre procederán de diferentes áreas: socio-sanitarias, educativas, fundacionales etc). Relevancia especial merecen los datos procedentes de Cataluña; probablemente, la política de concertación de servicios allí existente y el hecho de que los progra-

mas y recursos de atención intensiva reciban financiación de diferentes procedencias institucionales (por ejemplo, la atención temprana, también de los niños pequeños con TMG, depende de los servicios sociales) ha llevado a una imprescindible política de consenso, plasmada en el ya ampliamente citado documento de recomendaciones elaborado por CatSalut (19) que tanta aceptación recibe y que ha logrado una implementación de forma generaliza en esta comunidad, y que se hace patente ante los resultados del buen funcionamiento de sus servicios respecto a la atención a los TMG en población infantil gracias en parte, hemos de suponer, a esta protocolización.

Dado que solamente el 50% de los centros encuestados responden afirmativamente a la pregunta de si consideran que en su CSMIJ puede realizarse el tratamiento necesario para estos casos (entendiendo como tal el diseñado desde una concepción interdisciplinar, aplicado de forma intensiva e instaurado precozmente), podemos extraer la afirmación complementaria: el 50% de los niños más gravemente afectados no pueden recibir en su CSMIJ -según estos afirman con franqueza que les honra- el tratamiento que necesitarían. Sin embargo, la mayoría abogan tanto por el CSMIJ como el servicio más adecuado para el tratamiento (figura 19) –a la vista del dato anterior se deduce que en aquellos que disponen de recursos para hacerlo- como por el Hospital de día –se deduce también que allí donde existen- siendo, además, el CSMIJ el más señalado, con diferencia significativa, para encargarse de la evaluación diagnóstica y la coordinación de la intervención multidisciplinar. Es evidente que el recurso más deseado por los profesionales para el tratamiento de los TMG, entendido como tratamiento polivalente, multidisciplinar, intensivo, ambulatorio y específico para ellos –que queda sintetizado en la expresión ‘hospital de día’- es actualmente un dispositivo casi ausente, con contadas excepciones, como oferta sanitaria pública. La coincidencia ampliamente mayoritaria en situar la detección precoz de estos trastornos en el terreno pediátrico, además de coincidir con lo que los estudios y guías proponen, nos parece adecuarse a la realidad asistencial de nuestra sanidad, sin embargo, no son pocos profesionales de la salud mental los que a la vez que establecen esto como deseable, comentan que la situación actual, para resultar eficaz en la detección precoz, necesitaría una mayor coordinación e información entre pediatría y salud mental. También la escuela es citada como lugar indicado para la detección precoz, dato que hace pensar en una realidad social como es la extensión de la escolaridad cada vez más precoz.

Entre los elementos esenciales en la intervención con este tipo de casos, destacados -y deseados- por los profesionales encuestados, se encuentran la detección y diagnóstico precoz, la intervención multidisciplinar y trabajo en red o coordinación de las intervenciones entre todos los profesionales y/o servicios que trabajen con el paciente, el inicio temprano de la atención, el

tratamiento intensivo y continuado y la intervención con la familia, aspectos que parecen cumplirse en los programas específicos descritos por los profesionales (tablas 17 y 18). En lo ideal de estas intervenciones coincide el consenso de los encuestados con el de las guías y documentos consultados. Esta unanimidad es menos homogénea cuando se trata de encontrar el mismo acuerdo al precisar el tipo, duración, y lugar de las intervenciones. Entendemos que, como los expertos afirman (ver comentarios a estudios revisados), dada la variedad clínica y evolutiva de estos trastornos, sus diferentes grados de afectación, limitaciones y capacidades y el carácter polivalente de los factores etiopatogénicos en causa, resultará difícil establecer criterios consensuados hasta que estudios comparativos de amplias cohortes de casos clínicos homogéneos y tratados en condiciones comparables permitan obtener evidencias de eficacia terapéutica.

La gran mayoría señalan que el tratamiento farmacológico resulta, para todas las franjas de edad, necesario sólo en casos concretos y no en la mayoría, con la excepción de nueve profesionales que consideran que en ningún caso debe usarse en menores de seis años. Las indicaciones de prescripción son de orden sintomático (manifestaciones de angustia masiva; hiperactividad extrema y agitación; comportamientos de auto o heteroagresividad; trastornos del sueño, etc.) y pensamos que de esta variedad clínica resulta la amplia gama de psicofármacos utilizados, que va más allá de las indicaciones específicas autorizadas. Ni los encuestados ni los documentos consultados ven, en las medicaciones utilizadas hasta ahora, efectos curativos.

De las intervenciones psicológicas y educativas, las más frecuentemente aplicadas en los centros son la modificación de conductas específicas, intervención cognitivo-conductual y entrenamiento para padres, seguidas de cerca por los modelos psicodinámicos e intervenciones mediadas por los padres; las intervenciones más rechazadas son las de tipo Lovaas (Análisis de conducta aplicado), el entrenamiento de integración auditiva y/o sensorial y las terapias musicales (figura 22). Puede sorprender -a los no iniciados en este terreno- la abundancia y variedad de las intervenciones que se realizan. Sin embargo, basta leer los documentos revisados para comprobar que no es algo insólito sino, por el contrario, algo muy extendido internacionalmente. Independientemente de las preferencias y/o elecciones de los profesionales encuestados, cabe señalar aquí que en el terreno de las intervenciones – tanto de las psicoeducativas como en las reeducativas de tipo psicomotriz y del lenguaje y aun más en las psicoterapéuticas- existe estos últimos años un abierto debate aún no resuelto respecto a la eficacia de diferentes intervenciones (ver comentarios a los documentos referidos en la revisión bibliográfica). Entendemos por ello que, en tanto el debate continúe, será difícil que se imponga “por razones de evidencia científica” la aceptación unánime de

protocolos de intervenciones terapéuticas, que estimamos deseable pero difícil de alcanzar en el momento actual.

Por otra parte, y como puede resultar ya evidente a la luz de las anteriores respuestas, la mayoría de los profesionales encuestados considera que no existen suficientes recursos disponibles en su área sanitaria para la atención y tratamiento de los trastornos mentales graves infantiles y, prácticamente la totalidad de ellos, consideran necesaria la implantación de un programa de atención específica a los TMG en la infancia en las áreas en las que no existía en ese momento. Esto se traduce en la insatisfacción generalizada que confirman el 74% de los profesionales, con tan sólo un 25% que se consideran bastante satisfechos con la atención que se le puede brindar a los niños afectos de un trastorno mental grave en su área sanitaria, y la excepción de dos totalmente satisfechos. Con toda seguridad esta insatisfacción coincide con la necesidad explícitamente mencionada en los diferentes documentos y planes de estrategias de salud mental consultados, de desarrollar más recursos específicos en el área de la salud mental de niños y adolescentes.

Resaltar, por último, que las respuestas y opiniones aquí recogidas provienen en su mayoría de profesionales con una amplia y dilatada experiencia de muchos años en el campo de la salud mental de niños y adolescentes (figura 29), lo que les otorga un valor y confiabilidad añadida por el conocimiento de las características y necesidades específicas de esta población, además del funcionamiento de los servicios y recursos existentes.



## VI. Conclusiones y recomendaciones

1.- En la **situación asistencial** de atención hacia la patología mental grave en los servicios de salud mental de niños y adolescentes del Servicio Nacional de Salud y en el mapa de los **recursos asistenciales** destinados a ella, se manifiesta una gran variabilidad y desigualdad en la práctica clínica, en los recursos asignados para esta población y en su distribución geográfica, detectándose áreas con carencias importantes. En algunas comunidades sí se ha iniciado el desarrollo de planes y programas específicos para la atención asistencial -tratamientos ambulatorios intensivos; centros de día- que esta población necesita, con una adecuada dotación y financiación de recursos destinados a ella. Consecuentemente, una primera recomendación sería generalizar las experiencias que hayan confirmado su viabilidad y buenos resultados y que permitan establecer protocolos de actuación medibles, comparables y evaluables, que orienten sobre las medidas y mejoras a implantar y desarrollar.

2.- La **comparación de la práctica clínica en nuestro país con las indicaciones de las guías y documentos** publicados resulta difícil, tanto por la variación y falta de homogeneidad de las respuestas clínicas y asistenciales, como por la escasez y débil evidencia de los estudios existentes que, además, se dirigen sistemáticamente a una parte limitada de los TMG, los TEA, seguramente porque la menor heterogeneidad clínica de estos trastornos permite estudios con mayor precisión metodológica. El concepto, más amplio, de “trastorno mental grave” no se emplea de forma generalizada como tal en niños y adolescentes -aunque sí en psiquiatría del adulto- por lo que se hace difícil extraer información y conclusiones unificadas y extrapolables para el conjunto de diagnósticos que se incluyen bajo este concepto. La recomendación consecuente sería la implicación de los gestores y responsables sanitarios -en colaboración con los profesionales formados en la atención específica de los distintos aspectos del desarrollo físico, emocional y psíquico del niño- en la elaboración e implementación de criterios asistenciales basados en la mejor evidencia posible, y cuando ésta no este disponible o no sea generalizable a nuestro medio, fomentar estudios, tanto cuantitativos como cualitativos contextualizados en nuestros servicios, para una toma de decisiones lo más acertada posible.

3.- En la práctica clínica habitual actual no se ha establecido el uso de **indicadores de calidad asistencial** consensuados. Sin embargo, existe un gran consenso, entre profesionales y en las propuestas de las guías, en que la extensión del diagnóstico e intervención precoces; la instauración y seguimiento de intervenciones intensivas y prolongadas, integrales y complementarias; la existencia de programas y actividades de apoyo a los padres que permitan su incorporación y participación en las intervenciones terapéuticas y la calidad y establecimiento de instancias de coordinación estable con atención primaria y servicios sociales y escolares, son los ámbitos en los que se podrían y deberían situar y definir los indicadores de calidad recomendables. Todo ello hace aconsejable la elaboración, consensuada interprofesionalmente y desde las autoridades sanitarias, sociales y educativas implicadas, de guías y protocolos de actuación para el conjunto de trastornos mentales graves en edad infantil que puedan ser seguidos de una forma adaptada a cada comunidad autónoma.

4.- A pesar de su reconocida importancia, los **Programas de Atención Temprana y los Programas ambulatorios y centros de día de tratamiento intensivo**, han tenido diversos grados de desarrollo, con diferentes modelos y grados de colaboración y coordinación con la red sanitaria y de salud mental, con articulaciones y dependencias -jerárquica y de financiación- vinculadas a diferentes departamentos y consejerías. En consecuencia, se estima necesario extenderlos y generalizarlos con una estructuración similar y comparable, lo que supone el reto de superar los problemas de organización y coordinación existentes en las complejas realidades político-administrativas actuales. La posibilidad de poder reproducir experiencias de buenas prácticas, similares a las existentes, parecen por ahora condicionadas a iniciativas locales en vez de responder, como sería de desear, a una política sanitaria global y consensuada al más alto nivel. Las medidas propuestas de forma muy explícita en muchas estrategias de salud mental han quedado de momento, en la mayoría de lugares, sólo en el papel, y sería imprescindible su puesta en marcha. Para ello, las diversas respuestas actualmente existentes en cuanto a quién es el o los profesionales adecuados para la detección, evaluación completa, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estos casos deberían ser unificadas y resueltas en nuestro sistema sanitario según las capacidades, formación y recursos de los distintos niveles asistenciales que atienden la demanda por esta problemática, protocolizando una coordinación lo más beneficiosa y efectiva posible para el paciente. Esta medida se considera necesaria y urgente para frenar la excesiva diversidad y relativa confusión asistencial presente hasta ahora en lo referente a los trastornos mentales graves en población infantil.

5.- Las acciones para tratar de evaluar la calidad de la actual respuesta asistencial a estos trastornos y la necesidad de enfocar el trabajo hacia la investigación en servicios de salud, realizando estudios que muestren la evidencia de eficacia de los tratamientos, parece estar lejos del alcance actual de los recursos disponibles y necesita su implementación. Para ello habrá que considerar además que, a las exigencias metodológicas de la MBE y del rigor que necesitan los estudios clínicos para lograr suficiente nivel de prueba -y la dedicación y formación específica y costes de personal que requieren- se suman las dificultades específicas de esta población y la complejidad de las intervenciones a estudiar.

Las *revisiones*, muy selectivas, realizadas por potentes equipos de investigación han constatado la dificultad de obtener, para las *intervenciones estudiadas* y de aplicación ampliamente extendida, un nivel de prueba “elevado”, quedándose en “moderado” y “débil” y, a veces, en “insuficiente”. Pese a ello, confirman que hay intervenciones con resultados “buenos” y “aceptables” cuya aplicación resulta “pertinente” y concluyen que la confirmación definitiva de muchas propuestas necesitará de estudios ulteriores. Si con su metodología y medios, exhaustivos, se muestran tan prudentes, parece mucho pedir a los profesionales de la clínica, con los recursos de que disponen, que, además de asumir tareas terapéuticas, demuestren su eficacia. Sin embargo, tendrán que hacerlo, y sólo con la *colaboración activa de los equipos clínicos con equipos de investigación* parece posible. Estos deben entender que es imprescindible impulsar la implicación de los profesionales clínicos, que atienden a la población afectada y que son quienes pueden conocer las necesidades y carencias específicas, variables y evolutivas de cada paciente -y familia- afectados. Los clínicos deben aceptar que para poder probar metodológicamente la valía de sus intervenciones se necesita el aporte metodológico de los investigadores. Los gestores deben saber que el hacerlo posible implica un coste en tiempo y financiación.

6.- Los datos clínicos respecto a la eficacia de las *intervenciones terapéuticas* (se llamen psicoeducativas, rehabilitadoras o psicoterapéuticas), que hasta ahora se han limitado a su aplicación a los TEA, siguen siendo por ahora fragmentarios e insuficientes. Ninguna, por sí sola, responde a las necesidades de todos los TMG y todas necesitan de intervenciones complementarias. No es posible identificar ninguna que garantice alcanzar un nivel de funcionamiento mental normal ni identificar intervenciones cuya eficacia esté demostrada, con validez científica, fuera de toda duda para cualquier grupo clínico. Es probable además, como ya viene ocurriendo, que estudios ulteriores maticen o modifiquen las conclusiones y recomendaciones actuales. Por todo ello, se evidencia la necesidad de que los clínicos estén permanentemente informados de los conocimientos relativos a la eficacia y validez de



las intervenciones que utilizan y formados para una lectura crítica y actualizada de la amplia, creciente y cambiante literatura científica existente. En particular, deberán conocer los estudios de calidad que han verificado de forma constante los efectos positivos de diversas intervenciones y hacer posible el contribuir a su realización. También se hace necesaria una reflexión actualizada sobre los tratamientos farmacológicos, amplia y habitualmente utilizados: su eficacia demostrada y sus efectos no deseados; condiciones de uso e indicación; utilización combinada con otras intervenciones etc.

7.- La **incidencia**, relativamente pequeña, de los TMG en los CSMIJ necesita, como reconocen todos los profesionales, una alta concentración de recursos destinados a su diagnóstico y tratamiento. Su prevalencia, creciente en los últimos años, supone una demanda y presión a su vez crecientes sobre la SM pública, cuyas respuestas son por ahora fragmentarias y parciales. Esta situación supone un desafío para poder lograr la **equidad asistencial**, reduciendo las desigualdades e insuficiencias en la accesibilidad y la atención a estos trastornos con particular impacto personal, familiar y social. Además, el SNS debe contribuir al logro de otros principios éticos que esta población y sus familias reclaman: participación social y derechos de los afectados; defensa contra su estigmatización; difusión de información adecuada; sensibilización de profesionales, medios de comunicación y sociedad en general etc.

8.- El carácter multiprofesional y la variedad de las intervenciones (terapéuticas, rehabilitadoras, educativas) necesita una **coordinación estable** para complementar adecuadamente sus diversos componentes en tratamientos personalizados, evolutivos y ajustados a las características clínicas y diversas necesidades de cada niño y familia. Es necesaria una entidad -pensamos que sanitaria y vinculada a la salud mental- que, con una jerarquía consensuada y de ámbito regional o autonómico, coordine y asuma la responsabilidad del seguimiento, siempre prolongado, y de la distribución adecuada de las intervenciones dependientes de diferentes entidades y equipos profesionales cuya colaboración es imprescindible. Sin ella, los riesgos de fragmentación, discontinuidad, superposición e interferencias entre las diferentes intervenciones, servicios y profesionales, serán difíciles de evitar. Con ella será factible la **oferta de servicios asistenciales globales e integrados** y se contribuirá a potenciar los necesarios acuerdos interdepartamentales en instancias comunitarias e interministeriales.

9.- Se hace necesario impulsar la **transferencia de conocimientos y experiencias**, los espacios compartidos de formación y supervisión entre los diferentes ámbitos y profesionales concernidos: universitarios y asistenciales; de investigación y clínicos; sanitarios y socioeducativos. El **traslado y cono-**

***cimiento de las experiencias piloto con buenos resultados demostrados*** y su extensión y reproducción también es una tarea fundamental pendiente.

10.- Una de las características esenciales de los niños y adolescentes afectados por TMG es su vulnerabilidad y su fragilidad psíquica y social, lo que les hace extremadamente *dependientes de su medio*, en especial del familiar. Por ello, se hace imprescindible la recomendación de potenciar y colaborar en tareas de información, formación y ***apoyo de familiares***, y también de las entidades y profesionales que colaboran en tareas de integración escolar, profesional y social.



## VII. Referencias

1. SEPYRNA. Sobre el tratamiento de los trastornos mentales graves de la infancia y la adolescencia (autismo, psicosis infantiles y trastornos generalizados del desarrollo). Declaración presentada en el XVIII Congreso Nacional de SEPYRNA. A Coruña, 2005. Disponible en: <http://www.sepyrna.com/declaraciones/a-coruna-tratamiento-trastornos-mentales-graves-infancia-adolescencia/>
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Ed. Masson; 2002.
3. Alcamí Pertejo M, Molins Garrido C, Mollejo Aparicio E, Ortiz Soto P, Pascual Aranda A, Rivas Cambronero E et al. Guía de diagnóstico y tratamiento de los trastornos del espectro autista. La atención en la Red de Salud Mental. Madrid: Comunidad de Madrid. Salud Madrid; 2009.
4. AFAPSAM. Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente (CFTMEA-R-2000). Buenos Aires: Ed. Polemos.
5. Jiménez Pascual AM. Detección y atención precoz de la patología mental en la primera infancia. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* [online]. 2002; 22(82): 115-126.
6. Jiménez Pascual AM. Dispositivos de internamiento terapéutico para patología mental grave de niños y adolescentes. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* [online]. 2004;89:167-186.
7. Millá MG, Mulas F. Atención temprana y programas de intervención específica en el trastorno del espectro autista. *Rev Neurol.* 2009 Feb 27;48 Suppl 2:S47-52.
8. National Initiative for Autism: Screening and Assessment. National Autism Plan for Children: Plan for the identification, assessment, diagnosis and access to early interventions for pre-school and primary school aged children with autism spectrum disorders (ASD). Reino Unido; 2003.
9. Mollejo E. Situación de la salud mental infanto–juvenil en España. Informe de la Sección de Infanto–Juvenil. *Norte de Salud Mental.* 2006; 26: 89–90.

10. Artigas-Pallarés J. Atención precoz de los trastornos del neurodesarrollo. A favor de la intervención precoz de los trastornos del neurodesarrollo. *Rev Neurol.* 2007; 44 (Supl 3): S31-S34.
11. Jiménez-Pascual A.M (coord.). Coordinación entre dispositivos de educación y salud mental infanto juvenil. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2005; 25(96):129-139.
12. Servicio Aragonés de Salud. Programa de Atención a la Salud Mental infanto-juvenil. Aragón: 2003. Disponible en:  
[http://portal.aragon.es/portal/page/portal/SAS/MENTAL/PUBLICACIONES\\_SALUD\\_MENTAL](http://portal.aragon.es/portal/page/portal/SAS/MENTAL/PUBLICACIONES_SALUD_MENTAL)
13. Gobierno del Principado de Asturias. Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2011-2016. Asturias: 2011. Disponible en: <http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnextoid=2b2cfc70b5e0310VgnVCM10000098030a0aRCRD>
14. Propuestas para la mejora de la atención a la salud mental en Baleares. Disponible en: [http://adisamef.com/fondo%20documental/sm\\_en\\_espanya/8\\_propuestas\\_para\\_la\\_mejora\\_dela\\_atencion\\_sm\\_baleares.pdf](http://adisamef.com/fondo%20documental/sm_en_espanya/8_propuestas_para_la_mejora_dela_atencion_sm_baleares.pdf)
15. Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad. Programa de atención a la salud mental infanto-juvenil de la comunidad de Canarias. Canarias: 2006. Disponible en: <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/organica.jsp?idCarpeta=f0ae71f7-a98d-11dd-b574-dd4e320f085c>
16. Ministerio de Sanidad y Política Social. Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización. 2009. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/carteraServicios.pdf>
17. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: 2007. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\\_mental/ESTRATEGIA\\_SALUD\\_MENTAL\\_SNS\\_PAG\\_WEB.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf)
18. Organización Mundial de la Salud. La Conferencia Ministerial de la OMS para salud mental. Helsinki, 2005. Disponible en: <http://feafes.org/publicaciones/declaracion-helsinki-4244/>
19. Consejo asesor sobre asistencia psiquiátrica y salud mental. Recomendaciones para la atención a los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia. *Catsalut*, 2004; *Quaderns de salud mental* 6.

20. VVAA. Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes. 2008. Disponible en: [http://www.aepp.net/arc/LaSaludMental\\_I-J.pdf](http://www.aepp.net/arc/LaSaludMental_I-J.pdf)
21. Fombonne E. Epidemiology of autistic disorder and other pervasive developmental disorders. *J Clin Psychiatry*. 2005; 66 Suppl 10:3-8.
22. Instituto de Investigación de Enfermedades Raras (IIER). Instituto de Salud Carlos III. Evaluación de la eficacia de las intervenciones psico-educativas en los trastornos del espectro autista. Ministerio de Ciencia e Innovación, Madrid: 2009.
23. Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year 2008 Principal Investigators; Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of autism spectrum disorders--Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 sites, United States, 2008. *MMWR Surveill Summ*. 2012 Mar 30;61(3):1-19.
24. National Institute for Health and Clinical Excellence. Autism diagnosis in children and young people. NICE guideline no. 128. London: NICE, 2011. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13572/56428/56428.pdf>
25. Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III. Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Rev Neurol*. 2005; 41: 237-45.
26. Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III. Guía de buena práctica para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Rev Neurol*. 2005; 41: 299-310.
27. Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo, España. Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol*. 2006; 43(7): 425-438.
28. Salud Madrid. Guía de diagnóstico y tratamiento de los trastornos del espectro autista. La atención en la Red de Salud Mental. Comunidad de Madrid: 2009.
29. Volkmar F, Cook EH Jr, Pomeroy J, Realmuto G, Tanguay P. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with autism and other pervasive developmental disorders. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Working Group on Quality Issues. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999 Dec; 38(12 Suppl):32S-54S.

30. Filipek PA, Accardo PJ, Ashwal S, Baranek GT, Cook EH Jr, Dawson G. Practice parameter: screening and diagnosis of autism: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. *Neurology*. 2000 Aug 22;55(4):468-79.
31. Maine administrators of services for children with disabilities (MADSEC). Report of the MADSEC Autism Task Force. <http://www.madsec.org/docs/ATFReport.pdf> (2000).
32. National Initiative for Autism: Screening and Assessment. National Autism Plan for Children: Plan for the identification, assessment, diagnosis and access to early interventions for pre-school and primary school aged children with autism spectrum disorders (ASD). Reino Unido, 2003.
33. Children's Mental Health. Evidence-based practices for children and adolescents with ASD. Review of the literature and practice guide. Ontario, 2003.
34. Centre for Developmental Disability Studies. Sydney University. Department of Ageing, Disability and Home Care. A review of the research to identify the most effective models of best practice in the management of children with autism spectrum disorders. Australia 2004.
35. Fédération Française de Psychiatrie . Haute Autorité de Santé. Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme. Paris, 2005.
36. Australian Government Department of Health and Ageing, Australia. Early Intervention for Children with Autism Spectrum Disorders: Guidelines for Best Practice. Australia, 2006.
37. Myers SM, Johnson CP; American Academy of Pediatrics Council on Children With Disabilities. Management of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*. 2007 Nov;120(5):1162-82.
38. SIGN - Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Assessment, diagnosis and clinical interventions for children and young people with autism spectrum disorders. Escocia, 2007.
39. NEW ZEALAND's Ministry of Health. New Zealand Autism Spectrum Disorder Guideline, 2008.
40. National Academy of Sciences, Comité on educational Interventions for Children with Autism, NRC. Educating Children with Autism 2001. Washington DC: National Academies Press.

41. Shea V. A perspective on the research literatura related to early intensive behavioural intervention (Lovaas) for young children with autism. *Autism*. 2004 Dec;8(4):349-67.
42. Koegel LK, Camarata SM, Valdez-Menchaca M, Koegel RL. Setting generalization of question-asking by children with autism. *Am J Ment Retard*. 1998 Jan;102(4):346-57.
43. Greenspan SI, Wieder S. *Engaging Autism. Using the floortime approach to help children relate, communicate, and think*. Cambridge, US: Ed. Da Capo Press; 2006:434 pp.
44. Filipek PA, Accardo PJ, Baranek GT, Cook EH Jr, Dawson G, Gordon B et al. The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*. 1999 Dec; 29(6):439-84.
45. Jiménez JF (coord). *Observatorio de Salud Mental 2010 de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Informe descriptivo de la situación de la atención a la salud mental en las comunidades autónomas. Cuadernos técnicos 15*; Madrid: 2011.
46. *Asociación Española de Neuropsiquiatría. El Observatorio de Salud Mental: análisis de los recursos de Salud Mental en España. Cuadernos Técnicos 5*; Madrid: 2004.
47. Egea O, Varona J. Hospital de día infanto-juvenil terapéutico-pedagógico y centro especial residencial para el trastorno mental grave. *Avances en Salud Mental Relacional (on-line) 2006; vol.5 (2)*
48. <http://ecodiario.eleconomista.es/salud/noticias/928739/12/08/Aragon-El-Ejecutivo-autonomo-crea-un-Centro-InfantoJuvenil-de-Salud-Mental-con-servicios-educativos-en-Movera.html>
49. [http://www.medicosypacientes.com/colegios/2010/05/10\\_05\\_26\\_salud\\_mental](http://www.medicosypacientes.com/colegios/2010/05/10_05_26_salud_mental)
50. Gobierno del Principado de Asturias. *Evaluación de los servicios de Salud Mental del Principado de Asturias. Primera fase: informe de situación*. 2010. Disponible en: <http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnnextoid=278e169cb4ff0310VgnVCM10000098030a0aRCRD>
51. Govern de les Illes Balears. *Conselleria de Salut i Consum. Estrategia de Salud Mental de las Illes Balears*. 2006. Disponible en: <http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST357ZI47944&id=47944>



52. Junta de Castilla y León. Estrategia Regional de salud mental y asistencia psiquiátrica en Castilla y León. 2003. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-regional-salud-mental-asistencia-psiquiatica>
53. Junta de Extremadura. Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2007-2012. Mérida 2007. Disponible en: [http://www.saludmentalextramadura.com/fileadmin/documentos/Plan\\_Integral\\_de\\_Salud\\_Mental\\_de\\_Extremadura\\_2007-2012.pdf](http://www.saludmentalextramadura.com/fileadmin/documentos/Plan_Integral_de_Salud_Mental_de_Extremadura_2007-2012.pdf)
54. Xunta de Galicia. Plan Estratégico de Saúde Mental 2006-2011. Disponible en: <http://www.sergas.es/Publicaciones/DetallePublicacion.aspx?IDPaxina=40008&IDCatalogo=1517>
55. Xunta de Galicia. Estrategia SERGAS 2014. Disponible en: [http://www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estrategia\\_Sergas\\_2014.pdf](http://www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estrategia_Sergas_2014.pdf)
56. RiojaSalud. Plan de Salud Mental de La Rioja 2010. Disponible en: [http://www.riojasalud.es/f/old/ficheros/plan\\_salud\\_mental\\_2010.pdf](http://www.riojasalud.es/f/old/ficheros/plan_salud_mental_2010.pdf)
57. Servicio Andaluz de Salud. Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia. 2010. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/Listadodeterminado.asp?idp=406>
58. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Plan Director de Salud Mental y Adicciones de Cataluña 2006. Disponible en: [http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/ms\\_rgspain\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/ms_rgspain_es.pdf)
59. M.S.C. Instituto de Información Sanitaria - Subcomisión de Sistemas de Información del SNS. Salud Mental: organización y dispositivos. 2007. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/SALUD\\_MENTAL\\_ORGANIZACION\\_Y\\_DISPOSITIVOS.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/SALUD_MENTAL_ORGANIZACION_Y_DISPOSITIVOS.pdf)
60. Solana B. Atención integral a los trastornos mentales graves en la infancia. Centro de día terapéutico-educativo de Ortuella. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente: revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente 2010; 50. Disponible en: <http://www.sepypna.com/articulos/atencion-integral-trastornos-graves-infancia-ortuella/>

# VIII. Anexos

## Anexo 1. Diagnósticos incluidos bajo el concepto de Trastorno Mental Grave en población infantil

<b>CIE-10</b>	<b>CFTMEA-R-2000</b> Clasific. Francesa de los Trast. Ment. Del Niño y el Adol.	
<b>T.GENERALIZADOS DEL DESARROLLO</b>	<b>AUTISMO Y TRASTORNOS PSICÓTICOS PRECOSES (T.INVASIVOS DEL DESARROLLO)</b>	
F84.0	1.00	Autismo infantil - Autismo infantil precoz tipo Kanner
F84.1	1.01	Autismo atípico - Otras formas de autismo;
	1.02	Psicosis precoz deficitaria
F84.2	1.05	Síndrome de Rett - T.desintegrativos de la infancia
F84.3	1.05	Otro trastorno desintegrativo de la infancia
F84.4		T. hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados
F84.5	1.03	Síndrome de Asperger
F84.8	1.02, 1.04, 1.08	Otros t. generalizados del desarrollo - Psicosis precoz deficitaria; Disarmonías psicóticas; otras psicosis precoces u otros t. invasivos del desarrollo
F84.9	1.09	T. generalizado del desarrollo sin especificación - Psicosis precoces o t. invasivos del desarrollo no especificados
F20-	1.10, 1.11	Esquizofrenia - Esquizofrenia infantil; T. esquizofrénicos de la adolescencia
F22	1.2	T. de ideas delirantes persistentes - T. delirantes
F25; F30-39	1.4	T. esquizoafectivos; t. del humor - T. tímicos
F28	1.8	Otros t. psicóticos no orgánicos - Otros t. psicóticos
F29	1.9	Psicosis no orgánica sin especific. - Trastornos psicóticos no especificados
F60.31	3.-	Trastorno Límite/Borderline de la personalidad

Adaptado de (19).

## VIII. 2. Cuestionarios

### a. Cuestionario enviado a los centros de salud mental infanto-juvenil

[http://www.encuestafacil.com/RespWeb/Cuestionarios.aspx?EID=7445338MT=X8MSJ=NO\\_COPIAR\\_ESTO\\_LINK#Inicio](http://www.encuestafacil.com/RespWeb/Cuestionarios.aspx?EID=7445338MT=X8MSJ=NO_COPIAR_ESTO_LINK#Inicio)



Cuestionario para los servicios de Salud Mental infanto-juvenil sobre atención a los Trastornos Mentales Graves en la infancia

Abandonar->

Continuaré más tarde

#### Introducción

A continuación les presentamos el cuestionario elaborado ad hoc por el equipo investigador que integramos el estudio titulado "EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN EL SNS HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES GRAVES EN LA INFANCIA". Este proyecto se enmarca dentro del convenio de colaboración con el Plan de Calidad que el SNS tiene con las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, en nuestro caso OSTEBA (Servicio de evaluación de Tecnologías Sanitarias del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco). Con objeto de conocer la situación asistencial actual y la práctica clínica en nuestro Sistema Nacional de Salud hacia los trastornos mentales graves de niños y adolescentes atendidos en sus Centros de Salud Mental infanto-juveniles, solicitamos su colaboración mediante su respuesta a este cuestionario, que consideramos muy valiosa por su formación y experiencia en este campo. Agradecemos de antemano su implicación, ya que nos permitirá posteriormente emitir una descripción ajustada a la situación real actual a nivel nacional. Las respuestas pueden ser las representativas de su servicio o equipo, por lo que puede consultar con sus compañeros para obtener una respuesta consensuada cuando lo considere necesario. Por supuesto sus datos serán tratados de forma confidencial.

#### El equipo:

Alberto Lasa Zulueta  
Begoña Solana Azurmendi  
Salvador del Arco Heras  
Cristina Jorquera Cuevas

#### Colaboración:

Francisco Chicharro Lezcano  
Jose Antonio de la Rica Giménez

Pag. 1 / 10

Siguiente->

[Esta encuesta se ha lanzado utilizando el software de encuestas online - www.encuestafacil.com](http://www.encuestafacil.com)

Nº 1 en Europa y Latinoamérica. Tu también puedes lanzar GRATIS encuestas como esta, para obtener información de una forma rápida y sencilla, a través de encuestas online.

Encuestafacil.com no es responsable de ningún contenido enviado y/o incluido en esta encuesta.



Concepto de TMG

CIE-10	CFTMEA-R-2000 Clasific. Francesa de los Trast. Ment. Del Niño y el Adol.	
T.GENERALIZADOS DEL DESARROLLO	AUTISMO Y TRASTORNOS PSICÓTICOS PRECOCES (T.INVASIVOS DEL DESARROLLO)	
F84.0	1.00	Autismo infantil - Autismo infantil precoz tipo Kanner
F84.1	1.01	Autismo atípico - Otras formas de autismo.
	1.02	Fenosis precoz deficitaria
F84.2	1.05	Síndrome de Rett - T desintegrativos de la infancia
F84.3	1.05	Otro trastorno desintegrativo de la infancia
F84.4		T. hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados
F84.5	1.03	Síndrome de Asperger
F84.8	1.02, 1.04, 1.08	Otros t. generalizados del desarrollo - Psicosis precoz deficitaria, Disarmonías psicóticas, otras psicosis precoces u otros t. invasivos del desarrollo
F84.9	1.09	T. generalizado del desarrollo sin especificación - Psicosis precoces o t. invasivos del desarrollo no especificados
F20-	1.10, 1.11	Esquizofrenia - Esquizofrenia infantil, T. esquizofrénicos de la adolescencia
F22	1.2	T. de ideas delirantes persistentes - T. delirantes
F25, F30-39	1.4	T. esquizoafectivos, t. del humor - T. típicos
F28	1.8	Otros t. psicóticos no orgánicos - Otros t. psicóticos
F29	1.9	Fenosis no orgánica sin especific. - Trastornos psicóticos no especificados
F60.31	3.-	Trastorno Límite/Bordejine de la personalidad

Entendemos por Trastorno Mental Grave infantil el conjunto de diagnósticos que tienen en común una gravedad clínica y evolutiva directamente relacionada con la afectación del desarrollo desde edades tempranas de funciones psíquicas fundamentales (en particular, sus capacidades de relación, pensamiento y comunicación), trastornos que conllevan una importante repercusión en su calidad de vida, en su entorno familiar y en su desarrollo académico y social; hablamos principalmente de los trastornos generalizados del desarrollo (TGD), trastornos del espectro autista (TEA), psicosis infantiles y trastornos límites y afectivos graves. Su carácter crónico y limitante exige una intensidad y continuidad de cuidados que incluya intervenciones multidisciplinarias y multiagenciales. Consideramos por tanto, los siguientes diagnósticos dentro de la denominación de "trastorno mental grave" en población infantil y adolescente:

Abandonar->

Continuaré más tarde

## 1. INCIDENCIA - PREVALENCIA

\*1. ¿Está de acuerdo con la clasificación de diagnósticos que le hemos presentado como TMG infantil, en función de la definición previa?

Sí  No

2. ¿Incluiría algún otro diagnóstico? (en caso afirmativo, indique cuál)

3. ¿Eliminaría algún diagnóstico de los incluidos? (en caso afirmativo, indique cuál)

4. ¿Cuántos casos nuevos se han diagnosticado en su CSM de los incluidos en la tabla anterior durante 2007 y 2008? (Si es posible, consulte o solicite por favor el número de diagnósticos de los anteriores códigos recogidos en los datos registrados en su CSM)

Año 2007

Año 2008

5. ¿Cuántos de los anteriores casos han seguido como población activa en 2009? (Por favor, si es posible, consultar en los datos registrados en su CSM los casos diagnosticados durante 2007 y 2008 que se mantienen activos en su CSM durante 2009, que no han recibido alta)

<-Anterior

Siguiente->

Pag. 3 / 10

Abandonar->

Continuaré más tarde

## 2. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

\*6. Los casos que llegan con sospecha o por motivo de consulta sugerente de alguno de dichos diagnósticos, podría decir que en su mayoría:

- se realiza la evaluación y diagnóstico final en el CSMIJ  
 llegan con el diagnóstico ya asignado por otro profesional  
 se derivan para su evaluación diagnóstica en otro servicio

<-Anterior

Siguiente->

Pag. 4 / 10

Abandonar->

Continuaré más tarde

## 2. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

\* En los casos que se diagnostican en su CSM, ¿cuál es el tiempo medio en número de consultas de evaluación hasta confirmar el diagnóstico final?

Elija una

\* ¿Qué facultativos de su equipo del CSM intervienen en la evaluación diagnóstica de estos casos?

Psiquiatra

Psicólogo

Psicólogo clínico

Trabajador social

DUE

Otro (Por favor especifique)

¿Intervienen o piden colaboración a otros profesionales externos a su servicio para el proceso diagnóstico? (en caso de no hacerlo, pase a la siguiente pregunta)

	a veces sistemáticamente	
Pediatra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neuropediatra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicios Sociales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personal escolar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* ¿Se emplea en su CSM un protocolo sistemático o guía de práctica clínica de diagnóstico para estos casos?

Sí  No

¿Cuál?

Lo considera:

Elija una

<-Anterior

Siguiente->

## 2. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

¿Emplean instrumentos o pruebas de valoración diagnóstica específicos para TEA o TMG? En caso afirmativo, indique cuáles.

\* ¿Cuáles de las siguientes pruebas biomédicas complementarias realiza o solicita realizar en los casos de TEA-TGD?

	Nunca	Según sospecha de otra condición clínica	Rutinariamente
Parámetros de crecimiento y perímetro craneal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Examen de la piel (lámpara de Wood).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Examen corporal para detectar anomalías físicas o rasgos dismórficos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Examen neurológico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evaluación de la audición y de la visión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Análisis rutinario de sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estudios genéticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estudios metabólicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 2. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

7. ¿Conoce alguna Guía de Práctica Clínica o documento de consenso que considere adecuado para el proceso diagnóstico de este tipo de casos? (En caso afirmativo, indique cuál)

\*8. ¿Consideraría necesario disponer de mayores recursos de coordinación con otros niveles asistenciales para la realización de la evaluación diagnóstica?

- Sí sería deseable
- No lo creo necesario
- Disponemos de los recursos suficientes de coordinación actualmente
- Otro (Por favor especifique)



Abandonar->

Continuaré más tarde

### 3. RESPUESTA ASISTENCIAL

\*9. Una vez confirmado el diagnóstico dentro de los TMG, ¿cuál es la propuesta asistencial posible en su CSMIJ? (puede marcar varias respuestas)

- Inclusión en un programa específico de TMG en su CSMIJ
- Intervención psicoterapéutica al menos una vez por semana con el niño y encuentros regulares con los padres
- tratamiento farmacológico
- planteamiento de seguimiento y apoyo familiar sin intervención terapéutica específica
- derivación a otros programas, servicios o centros específicos externos a su CSMIJ
- Otro (Por favor especifique)

\*10. Existe consenso unánime en que el tratamiento en estos casos debe diseñarse desde una concepción interdisciplinar, aplicarse de forma intensiva e instaurarse precozmente. ¿Considera que este diseño de intervención puede darse en su CSMIJ?

- Sí
- No
- Otro (Por favor especifique)

\*11. En tu opinión, ¿cuál crees que es el servicio o centro más adecuado para:

	Pediatría	Centros de Atención Temprana	Escuela	CSMI-j	Hospital de Día	Asociaciones de afectados
la detección precoz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la evaluación diagnóstica y emisión de diagnóstico final	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
el tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la coordinación de la intervención multidisciplinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. ¿Cuáles considera elementos esenciales de la intervención con este tipo de casos?

\*13. ¿Considera necesario el tratamiento farmacológico en este tipo de casos?

	Sí	No
en menores de 6 años	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
en niños de 6-13 años	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
en adolescentes (14-18)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



\*14. ¿Conoce y/o aplica las siguientes intervenciones psicológico-psicoeducativas, que han sido estudiadas para este tipo de patologías? (puede clicar más de una respuesta por fila)

	no la conozco	la conozco	la aplicamos en el CSMIJ	existe personal en el CSMIJ específicamente formado en esta técnica	la aplicaría si tuviera más recursos	no la aplicaría
Análisis de conducta aplicado (tipo Lovaas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intervenciones tempranas conductuales intensivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entrenamiento para padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modelos del desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Historias sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Promoción de competencias sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistemas aumentativos/alternativos de comunicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intervención cognitivo-conductual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modelos psicodinámicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema TEACCH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intervenciones mediadas por los padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modificación de conductas específicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entrenamiento de integración auditiva y/o sensorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapias musicales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia ocupacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Método Doman-Delacato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicoterapias expresivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modelos socio-afectivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<-Anterior      Siguiente->

Abandonar->

Continuaré más tarde

#### 4. ASPECTOS ORGANIZATIVOS

\*15. ¿Se realizan en su CSM experiencias o reuniones para la implementación o actualización de protocolos o directrices de actuación frente a los casos de TMG?

Sí  No

\*16. ¿Considera que existen suficientes recursos disponibles en su área sanitaria para la atención y tratamiento de los trastornos mentales graves infantiles?

Sí  
 No  
 Otro (Por favor especifique)

17. Si no existe en su área sanitaria ¿considera necesaria la implantación de un programa de atención específica a los TMG en la infancia? (responder a esta pregunta sólo si no existe ya un programa específico)

Sí  No

<-Anterior

Siguiente->

Pág. 9 / 10

18. Como profesional de la Salud Mental, ¿cuál es su grado de satisfacción con la atención que se le puede brindar a los niños afectados de un trastorno mental grave en su área sanitaria?

Elija una

Abandonar->

Continuaré más tarde

DATOS DE FILIACIÓN

\*18. Centro o Servicio de Salud Mental en el que ejerce su trabajo :

\*19. Provincia y Municipio:

\*20. Titulación:

- Psiquiatra
- Psicólogo
- Psicólogo clínico
- MIR
- PIR
- Otro (Por favor especifique)

21. Años de experiencia en Salud Mental infanto-juvenil

22. Plantilla profesional de su CSMD

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Psiquiatras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psicólogos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psicólogos clínicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermeras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trabajadores sociales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personal administrativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. ¿Desea dejar algún comentario?

<-Anterior

Fin->

## b. Cuestionario versión texto, todos los ítems a la vista

### **Cuestionario para los servicios de Salud Mental infanto-juvenil sobre atención a los Trastornos Mentales Graves en la infancia**

#### **Pág.1.- Introducción**

---

A continuación les presentamos el cuestionario elaborado por el equipo investigador que integramos el estudio titulado "EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN EL SNS HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES GRAVES EN LA INFANCIA". Este proyecto se enmarca dentro del convenio de colaboración con el Plan de Calidad que el SNS tiene con las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, en nuestro caso OSTEBA (Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Departamento de Salud del Gobierno Vasco). Con objeto de conocer la situación asistencial actual y la práctica clínica en nuestro Sistema Nacional de Salud hacia los trastornos mentales graves de niños y adolescentes atendidos en sus Centros de Salud Mental infanto-juveniles, solicitamos su colaboración mediante su respuesta a este cuestionario, que consideramos muy valiosa por su formación y experiencia en este campo. Agradecemos de antemano su implicación, ya que nos permitirá posteriormente emitir una descripción ajustada a la situación real actual a nivel nacional. Las respuestas pueden ser las representativas de su servicio o equipo, por lo que puede consultar con sus compañeros para obtener una respuesta consensuada cuando lo considere necesario. Por supuesto, sus datos serán tratados de forma confidencial.

**Muchas gracias.**

**El equipo: Alberto Lasa Zulueta  
Begoña Solana Azurmendi  
Salvador del Arco Heras  
Cristina Jorquera Cuevas**

**Colaboración: Francisco Chicharro Lezcano  
Jose Antonio de la Rica Giménez**

## Pág.2.- Concepto de TMG

---

Entendemos por Trastorno Mental Grave (en adelante TMG) infantil el conjunto de diagnósticos que tienen en común una gravedad clínica y evolutiva directamente relacionada con la afectación del desarrollo desde edades tempranas de funciones psíquicas fundamentales (en particular, sus capacidades de relación, pensamiento y comunicación), trastornos que conllevan una importante repercusión en su calidad de vida, en su entorno familiar y en su desarrollo académico y social; hablamos principalmente de los trastornos generalizados del desarrollo (TGD), trastornos del espectro autista (TEA), psicosis infantiles y trastornos límites y afectivos graves. Su carácter crónico y limitante exige una intensidad y continuidad de cuidados que incluya intervenciones multidisciplinares y multiagenciales. Consideramos, por tanto, los siguientes diagnósticos dentro de la denominación de "trastorno mental grave" en población infantil y adolescente:

CIE-10	CFTMEA-R-2000 <i>Clasific. Francesa de los Trast. Ment. Del Niño y el Adol.</i>	
T.GENERALIZADOS DEL DESARROLLO	AUTISMO Y TRASTORNOS PSICÓTICOS PRECOCES (T.INVASIVOS DEL DESARROLLO)	
F84.0	1.00	Autismo infantil - Autismo infantil precoz tipo Kanner
F84.1	1.01	Autismo atípico - Otras formas de autismo;
	1.02	Psicosis precoz deficitaria
F84.2	1.05	Síndrome de Rett - T.desintegrativos de la infancia
F84.3	1.05	Otro trastorno desintegrativo de la infancia
F84.4		T. hipercinético con retraso mental y movimientos estereotipados
F84.5	1.03	Síndrome de Asperger
F84.8	1.02, 1.04, 1.08	Otros t. generalizados del desarrollo - Psicosis precoz deficitaria; Disamfonías psicóticas; otras psicosis precoces u otros t. invasivos del desarrollo
F84.9	1.09	T. generalizado del desarrollo sin especificación - Psicosis precoces o t. invasivos del desarrollo no especificados
F20-	1.10, 1.11	Esquizofrenia - Esquizofrenia infantil; T. esquizofrénicos de la adolescencia
F22	1.2	T. de ideas delirantes persistentes - T. delirantes
F25; F30-39	1.4	T. esquizoafectivos; t. del humor - T. tímicos
F28	1.8	Otros t. psicóticos no orgánicos - Otros t. psicóticos
F29	1.9	Psicosis no orgánica sin especific. - Trastornos psicóticos no especificados
F60-31	3.-	Trastorno Límite/Borderline de la personalidad

\* Adecuada de: CatSalut 2004. *Recomendaciones para la atención a los trastornos mentales graves en la infancia y adolescencia.*

### **Pág.3.- INCIDENCIA - PREVALENCIA**

---

**Preg.1.- ¿Está de acuerdo con la clasificación de diagnósticos que le hemos presentado como TMG infantil, en función de la definición previa?**

- Sí  
 No

**Preg.2.- ¿Incluiría algún otro diagnóstico? (en caso afirmativo, indique cuál)**

Respuesta:

---

**Preg.3.- ¿Eliminaría algún diagnóstico de los incluidos en la tabla? (en caso afirmativo, indique cuál)**

Respuesta:

---

**Preg.4.- Con objeto de obtener datos de incidencia de los diagnósticos anteriores, ¿podría decirnos cuántos casos nuevos se diagnosticaron en su CSMIJ de los incluidos en la tabla anterior durante 2007 y 2008? (Si es posible, consulte o solicite, por favor, el número de diagnósticos de los anteriores códigos recogidos en los datos registrados en su CSM)**

Año 2007 : \_\_\_\_\_

Año 2008 : \_\_\_\_\_

**Preg.5.- Con objeto de obtener datos de prevalencia, ¿Cuántos de los anteriores casos continúan como población activa en su CSMIJ actualmente? (Por favor, si es posible, consulte en los datos registrados en su CSM los casos diagnosticados de alguno de dichos diagnósticos durante 2007 y 2008 que se mantienen activos en su CSMIJ actualmente, que no han recibido alta)**

Respuesta:

---

## **Pág.4.- EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA**

---

**Preg.6.- Los casos que llegan a su CSMIJ con sospecha o por motivo de consulta sugerente de alguno de dichos diagnósticos, podría decir que en su mayoría:**

- se realiza la evaluación y diagnóstico final en el CSMIJ
- llegan con el diagnóstico ya asignado por otro profesional (\* Continuar en la pág.:7)
- se derivan para su evaluación diagnóstica en otro servicio (\* Continuar en la pág.:7)

## **Pág.5.- EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA**

---

**En los casos que se diagnostican en su CSMIJ, ¿cuál es el tiempo medio en número de consultas de evaluación hasta confirmar el diagnóstico final?**

(\* Contestar solo si : han contestado a "Los casos que llegan a su CSMIJ con sospecha o por motivo de consulta sugerente de alguno de dichos diagnósticos, podría decir que en su mayoría:" : "se realiza la evaluación y diagnóstico final en el CSMIJ" de la página "EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA".)

- 1-3 consultas
- 4-6 consultas
- más de 6 consultas

**¿Qué facultativos de su equipo del CSM intervienen en la evaluación diagnóstica de estos casos?**

(\* Contestar solo si : han contestado a "Los casos que llegan a su CSMIJ con sospecha o por motivo de consulta sugerente de alguno de dichos diagnósticos, podría decir que en su mayoría:" : "se realiza la evaluación y diagnóstico final en el CSMIJ" de la página "EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA".)

- Psiquiatra
- Psicólogo
- Psicólogo clínico
- Trabajador social
- DUE
- Otro (Por favor especifique) \_\_\_\_\_

**¿Intervienen o piden colaboración a otros profesionales externos a su servicio para el proceso diagnóstico? (en caso de no hacerlo, pase a la siguiente pregunta)**

(\* Contestar solo si :

han contestado a "Los casos que llegan a su CSMIJ con sospecha o por motivo de consulta sugerente de alguno de dichos diagnósticos, podría decir que en su mayoría:" : "se realiza la evaluación y diagnóstico final en el CSMIJ" de la página "EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA".)

	a veces	sistemáticamente
Pediatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuropediatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicios Sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personal escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**¿Se emplea en su CSMIJ un protocolo sistemático o guía de práctica clínica de diagnóstico para estos casos?**

(\* Contestar solo si :

han contestado a "Los casos que llegan a su CSMIJ con sospecha o por motivo de consulta sugerente de alguno de dichos diagnósticos, podría decir que en su mayoría:" : "se realiza la evaluación y diagnóstico final en el CSMIJ" de la página "EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA".)

- Sí  
 No



## Pág.6.- EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

---

**¿Emplean en su CSMIJ instrumentos o pruebas de valoración diagnóstica específicos para TEA-TGD (trastornos del espectro autista, t. generalizados del desarrollo) o TMG (trastorno mental grave)? En caso afirmativo, indique cuáles.**

(\* Contestar sólo si :

han contestado a "Los casos que llegan a su CSMIJ con sospecha o por motivo de consulta sugerente de alguno de dichos diagnósticos, podría decir que en su mayoría:" : "se realiza la evaluación y diagnóstico final en el CSMIJ" de la página "EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA".)

Respuesta:

---

**¿Cuáles de las siguientes pruebas biomédicas complementarias realiza o solicita realizar en los casos de TEA-TGD?**

(\* Contestar sólo si :

han contestado a "Los casos que llegan a su CSMIJ con sospecha o por motivo de consulta sugerente de alguno de dichos diagnósticos, podría decir que en su mayoría:" : "se realiza la evaluación y diagnóstico final en el CSMIJ" de la página "EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA".)

	Nunca	Según sospecha de otra condición clínica	Rutinariamente
Parámetros de crecimiento y perímetro craneal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen de la piel (lámpara de Wood)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen corporal para detectar anomalías físicas o rasgos dismórficos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen neurológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluación de la audición y de la visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Análisis rutinario de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estudios genéticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estudios metabólicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Pág.7.- EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

---

**Preg.7.- ¿Conoce alguna Guía de Práctica Clínica o documento de consenso que considere adecuado para el proceso diagnóstico de este tipo de casos? (En caso afirmativo, indique cuál)**

Respuesta:

---

**Preg.8.- ¿Consideraría necesario disponer de mayores recursos de coordinación con otros niveles asistenciales para la realización de la evaluación diagnóstica?**

- Sí sería deseable
- No lo creo necesario
- Disponemos de los recursos suficientes de coordinación actualmente
- Otro (Por favor especifique)\_\_\_\_\_

**Pág.8.- RESPUESTA ASISTENCIAL**

-----

**Preg.9.- Una vez confirmado el diagnóstico dentro de los TMG, ¿cuál es la propuesta asistencial posible en su CSMIJ? (puede marcar varias respuestas)**

- Inclusión en un programa específico de TMG en su CSMIJ
- Intervención psicoterapéutica al menos una vez por semana con el niño y encuentros regulares con los padres
- Tratamiento farmacológico
- Planteamiento de seguimiento y apoyo familiar
- Seguimiento periódico del niño sin intervención terapéutica específica
- Derivación a otros programas, servicios o centros específicos externos a su CSMIJ
- Intervención coordinada con otro ámbitos o servicios (Centros de Orientación Pedagógica, logopedia, neurología, Educación, Atención Temprana, etc.)
- Otro (Por favor especifique)\_\_\_\_\_

**¿En qué consiste dicho programa específico implementado en su CSMIJ?**

(\* Contestar sólo si :  
han contestado a "Una vez confirmado el diagnóstico dentro de los TMG, ¿cuál es la propuesta asistencial posible en su CSMIJ? (puede marcar varias respuestas)" : "Inclusión en un programa específico de TMG en su CSMIJ" de la página "RESPUESTA ASISTENCIAL".)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Indique, por favor, a qué servicio se derivan, y si pertenece a la Red de Salud Mental o está concertado con otro Departamento Público o Privado (Educación, Servicios Sociales, Asociaciones de afectados, etc.)**

(\* Contestar sólo si :  
han contestado a "Una vez confirmado el diagnóstico dentro de los TMG, ¿cuál es la propuesta asistencial posible en su CSMIJ? (puede marcar varias respuestas)" : "Derivación a otros programas, servicios o centros específicos externos a su CSMIJ" de la página "RESPUESTA ASISTENCIAL".)

Respuesta: \_\_\_\_\_

**Preg.10.- Existe consenso unánime en la literatura en que el tratamiento en estos casos debe diseñarse desde una concepción interdisciplinar, aplicarse de forma intensiva e instaurarse precozmente. ¿Considera que este diseño de intervención puede darse en su CSMIJ?**

- Sí  
 No  
 Otro (Por favor especifique)\_\_\_\_\_

**Preg.11.- En su opinión, ¿cuál cree que es el servicio o centro más adecuado para:**

	Pediatría	Centros de Atención Temprana	Escuela	CSMI-j	Hospital de Día	Asociaciones de afectados
la detección precoz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la evaluación diagnóstica y emisión de diagnóstico final	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
el tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la coordinación de la intervención multidisciplinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
el apoyo a la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Preg.12.- ¿Cuáles considera, a su juicio, elementos esenciales en la intervención con este tipo de casos?**

Respuesta: \_\_\_\_\_

**Preg.13.- ¿Considera necesario el tratamiento farmacológico en este tipo de casos?**

	en la mayoría de casos	en casos concretos	en ningún caso
en menores de 6 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
en niñ@s de 6-13 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
en adolescentes (14-18)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**¿Con qué función?**

- control sintomatológico  
 facilitación de otras intervenciones psicoterapéuticas o educativas  
 influencia en factores etiopatogénicos  
 Otro (Por favor especifique)\_\_\_\_\_

**¿Qué grupos terapéuticos emplean habitualmente en su CSMIJ en el tratamiento de este tipo de trastornos? (si por su titulación no le es posible prescribir, consulte, por favor, con un psiquiatra de su equipo)**  
 (\* Contestar sólo si :

	neuro- lépticos	antide- presivos	ansio- líticos	estabiliz. del humor	psicoes- timulantes	antipsi- cóticos	ISRS	antiepi- lépticos	otros
en menores de 6 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
en niñ@s de 7 a 13 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
en adolescentes de 14 a 18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Preg.14.- ¿Conoce y/o aplica las siguientes intervenciones psicológico-  
psicoeducativas, que han sido estudiadas para este tipo de patologías?  
(puede marcar más de una respuesta por fila)**

	no la conozco	la conozco	la aplicamos en el CSMIJ	existe personal en el CSMIJ específicamente formado en esta técnica	la aplicaría si tuviera más recursos	no la aplicaría
Análisis de conducta aplicado (tipo Lovaas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intervenciones tempranas conductuales intensivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entrenamiento para padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modelos del desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Historias sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Promoción de competencias sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistemas aumentativos/alternativos de comunicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intervención cognitivo- conductual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modelos psicodinámicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema TEACCH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intervenciones mediadas por los padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modificación de conductas específicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entrenamiento de integración auditiva y/o sensorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapias musicales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia ocupacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Método Doman-Delacato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicoterapias expresivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modelos socio-afectivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **Pág.9.- ASPECTOS ORGANIZATIVOS**

---

**Preg.15.- ¿Se realizan en su CSM experiencias o reuniones para la implementación o actualización de protocolos o directrices de actuación frente a los casos de TMG?**

- Sí  
 No

**Preg.16.- ¿Considera que existen suficientes recursos disponibles en su área sanitaria para la atención y tratamiento de los trastornos mentales graves infantiles?**

- Sí  
 No  
 Otro (Por favor especifique) \_\_\_\_\_

**Preg.17.- Si no existe en su área sanitaria ¿considera necesaria la implantación de un programa de atención específica a los TMG en la infancia? (responder a esta pregunta sólo si no existe ya un programa específico)**

- Sí  
 No

**Preg.18.- Como profesional de la Salud Mental, ¿cuál es su grado de satisfacción con la atención que se le puede brindar a los niños afectados de un trastorno mental grave en su área sanitaria?**

- Nada satisfecho  
 Poco satisfecho  
 Bastante satisfecho  
 Muy satisfecho  
 Totalmente satisfecho

## **Pág.10.- DATOS DE FILIACIÓN**

---

**Preg.19.- Centro o Servicio de Salud Mental en el que ejerce su trabajo, y municipio en que se encuentra ubicado:**

Respuesta: \_\_\_\_\_

**Preg.20.- Comunidad Autónoma:**

**Preg.21.- Provincia:**

**Preg.22.- Titulación:**

- Psiquiatra
- Psicólogo
- Psicólogo clínico
- MIR
- PIR
- Otro (Por favor especifique) \_\_\_\_\_

**Preg.23.- Género:**

- Mujer
- Hombre

**Preg.24.- Años de experiencia en Salud Mental infanto-juvenil**

- 1-5 años
- 6-10 años
- 11-15 años
- 16-20 años
- Más de 20 años

**Preg.25.- Plantilla profesional de su CSMIJ**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Psiquiatras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicólogos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicólogos clínicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajadores sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personal administrativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Preg.26.- ¿Desea dejar algún comentario?**

---

---

---

---

---

**- MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN -**

## VIII. 3. Tablas completas

### a. Tabla completa datos incidencia y prevalencia aportados por Cataluña

Cód. CIE9	2005	Incidencia					Prevalencia										
		0-5 a.	6-11 a.	12-18 a.	Edad mal notif.	TOTAL	Mediana edad	%♂	%♀	0-5 a.	6-11 a.	12-18 a.	Edad mal notif.	TOTAL	Mediana edad	%♂	%♀
	Pac. atendidos	1855	6034	5671	197	13 757	10,0	57,7	42,3	3082	14 360	15 834	679	33 955	11,0	60,7	39,3
	<b>Pacientes con diagnóstico principal tributario de TMG</b>	<b>63</b>	<b>111</b>	<b>152</b>	<b>7</b>	<b>333</b>	<b>11,0</b>	<b>69,7</b>	<b>30,3</b>	<b>131</b>	<b>478</b>	<b>626</b>	<b>21</b>	<b>1256</b>	<b>12,0</b>	<b>72,5</b>	<b>27,5</b>
<b>299.0</b>	<i>Autismos</i>	17	24	5	0	<b>46</b>	6,0	73,9	26,1	33	76	48	3	<b>160</b>	8,0	75,6	24,4
<b>299.1</b>	<i>Psicosis desintegrativas</i>	0	1	1	0	<b>2</b>	12,0	50,0	50,0	0	7	6	0	<b>13</b>	11,0	76,9	23,1
<b>299.8</b>	<i>Otras psicosis de la 1ª infancia</i>	11	22	5	3	<b>41</b>	8,5	82,9	17,1	23	121	105	6	<b>255</b>	11,0	83,1	16,9
<b>315.5</b>	<i>Desorden mixto del desarrollo</i>	33	53	21	2	<b>109</b>	8,0	73,4	26,6	72	226	113	7	<b>418</b>	9,0	71,3	28,7
<b>295</b>	<i>Esquizofrenias</i>	0	1	34	2	<b>37</b>	17,0	67,6	32,4	0	10	104	3	<b>117</b>	17,0	70,9	29,1
<b>296</b>	<i>Trastornos afectivos graves</i>	0	2	9	0	<b>11</b>	15,0	45,5	54,5	0	6	22	1	<b>29</b>	15,5	62,1	37,9
<b>297</b>	<i>Delirios paranoides</i>	0	0	3	0	<b>3</b>	16,0	66,7	33,3	0	1	18	0	<b>19</b>	16,0	57,9	42,1
<b>301.8</b>	<i>T. límite de la personalidad</i>	1	1	36	0	<b>38</b>	15,5	34,2	65,8	1	6	100	1	<b>108</b>	16,0	41,7	58,3
<b>301.7</b>	<i>T. disocial de la personalidad</i>	1	7	38	0	<b>46</b>	15,0	82,6	17,4	2	25	110	0	<b>137</b>	15,0	81,8	18,2



2006		Incidencia							Prevalencia								
		0-5 a.	6-11 a.	12-18 a.	Edad mal notif.	TOTAL	Mediana edad	%♂	%♀	0-5 a.	6-11 a.	12-18 a.	Edad mal notif.	TOTAL	Mediana edad	%♂	%♀
	Pac. atendidos	2089	7176	6580	149	15 994	10,0	57,6	42,4	3297	16 985	17 947	456	38 685	11,0	60,6	39,4
Cód. CIE9	<b>Pacientes con diagnóstico principal tributario de TMG</b>	<b>97</b>	<b>214</b>	<b>222</b>	<b>1</b>	<b>534</b>	<b>10,0</b>	<b>71,5</b>	<b>28,5</b>	<b>159</b>	<b>848</b>	<b>980</b>	<b>22</b>	<b>2009</b>	<b>11,0</b>	<b>73,1</b>	<b>26,9</b>
<b>299.0</b>	<i>Autismos</i>	22	21	13	0	<b>56</b>	6,0	89,3	10,7	33	116	64	1	<b>214</b>	9,0	78,5	21,5
<b>299.1</b>	<i>Psicosis desintegrativas</i>	0	1	3	0	<b>4</b>	12,0	75,0	25,0	0	8	10	0	<b>18</b>	12,0	72,2	27,8
<b>299.8</b>	<i>Otras psicosis de la 1ª infancia</i>	32	61	22	0	<b>115</b>	7,0	79,1	20,9	54	269	190	8	<b>521</b>	10,0	79,5	20,5
<b>315.5</b>	<i>Desorden mixto del desarrollo</i>	29	75	23	1	<b>128</b>	8,0	76,6	23,4	51	304	133	8	<b>496</b>	9,0	76,2	23,8
<b>295</b>	<i>Esquizofrenias</i>	0	6	37	0	<b>43</b>	16,0	44,2	55,8	0	17	126	1	<b>144</b>	16,0	63,2	36,8
<b>296</b>	<i>Trastornos afectivos graves</i>	0	7	25	0	<b>32</b>	14,5	56,3	43,8	0	20	70	0	<b>90</b>	14,5	47,8	52,2
<b>297</b>	<i>Delirios paranoides</i>	0	0	4	0	<b>4</b>	15,0	75,0	25,0	0	3	31	1	<b>35</b>	15,0	74,3	25,7
<b>301.8</b>	<i>T. límite de la personalidad</i>	0	1	31	0	<b>32</b>	16,0	31,3	68,8	0	11	142	2	<b>155</b>	16,0	45,2	54,8
<b>301.7</b>	<i>T. disocial de la personalidad</i>	14	42	64	0	<b>120</b>	13,0	75,0	25,0	21	100	214	1	<b>336</b>	13,0	79,2	20,8

Cód. CIE9	2007	Incidencia							Prevalencia								
		0-5 a.	6-11 a.	12-18 a.	Edad mal notif.	TOTAL	Mediana edad	%♂	%♀	0-5 a.	6-11 a.	12-18 a.	Edad mal notif.	TOTAL	Mediana edad	%♂	%♀
	Pac. atendidos	2112	8563	7459	207	18 341	10,0	58,5	41,5	3123	18 950	19 666	357	42 096	11,0	61,1	38,9
	<b>Pacientes con diagnóstico principal tributario de TMG</b>	<b>133</b>	<b>309</b>	<b>321</b>	<b>6</b>	<b>769</b>	<b>10,0</b>	<b>69,2</b>	<b>30,8</b>	<b>200</b>	<b>1209</b>	<b>1387</b>	<b>17</b>	<b>2813</b>	<b>11,0</b>	<b>74,0</b>	<b>26,0</b>
<b>299.0</b>	<i>Autismos</i>	24	37	15	0	<b>76</b>	7,0	84,2	15,8	40	163	90	1	<b>294</b>	9,0	79,3	20,7
<b>299.1</b>	<i>Psicosis desintegrativas</i>	1	4	2	0	<b>7</b>	8,0	57,1	42,9	1	9	11	0	<b>21</b>	12,0	71,4	28,6
<b>299.8</b>	<i>Otras psicosis de la 1ª infancia</i>	52	81	41	0	<b>174</b>	8,0	79,3	20,7	75	415	299	3	<b>792</b>	10,0	81,3	18,7
<b>315.5</b>	<i>Desorden mixto del desarrollo</i>	43	123	43	3	<b>212</b>	8,0	70,8	29,2	64	415	206	6	<b>691</b>	9,0	75,4	24,6
<b>295</b>	<i>Esquizofrenias</i>	0	6	33	0	<b>39</b>	16,0	69,2	30,8	0	19	134	1	<b>154</b>	16,0	64,9	35,1
<b>296</b>	<i>Trastornos afectivos graves</i>	2	6	42	0	<b>50</b>	15,0	38,0	62,0	2	25	119	0	<b>146</b>	15,0	48,6	51,4
<b>297</b>	<i>Delirios paranoides</i>	0	2	11	1	<b>14</b>	15,0	64,3	35,7	0	5	40	3	<b>48</b>	16,0	72,9	27,1
<b>301.8</b>	<i>T. límite de la personalidad</i>	0	6	50	1	<b>57</b>	15,0	31,6	68,4	0	15	181	2	<b>198</b>	16,0	43,9	56,1
<b>301.7</b>	<i>T. disocial de la personalidad</i>	11	44	84	1	<b>140</b>	12,0	73,6	26,4	18	143	307	1	<b>469</b>	13,0	80,0	20,0

Cód. CIE9	2008	Incidencia							Prevalencia								
		0-5 a.	6-11 a.	12-18 a.	Edad mal notif.	TOTAL	Mediana edad	%♂	%♀	0-5 a.	6-11 a.	12-18 a.	Edad mal notif.	TOTAL	Mediana edad	%♂	%♀
	Pac. atendidos	2005	9975	8563	77	20 620	10,0	58,5	41,5	2852	21 733	23 041	228	47 854	11,0	61,3	38,7
	<b>Pacientes con diagnóstico principal tributario de TMG</b>	<b>122</b>	<b>380</b>	<b>370</b>	<b>4</b>	<b>876</b>	<b>10,0</b>	<b>75,1</b>	<b>24,9</b>	<b>217</b>	<b>1463</b>	<b>1711</b>	<b>59</b>	<b>3450</b>	<b>12,0</b>	<b>75,4</b>	<b>24,6</b>
<b>299.0</b>	<i>Autismos</i>	24	60	19	0	<b>103</b>	8,0	86,4	13,6	48	227	126	0	<b>401</b>	9,0	82,8	17,2
<b>299.1</b>	<i>Psicosis desintegrativas</i>	2	3	4	0	<b>9</b>	8,0	77,8	22,2	2	8	18	0	<b>28</b>	13,0	60,7	39,3
<b>299.8</b>	<i>Otras psicosis de la 1ª infancia</i>	27	108	62	0	<b>197</b>	8,0	83,8	16,2	65	493	369	0	<b>927</b>	10,0	84,9	15,1
<b>315.5</b>	<i>Desorden mixto del desarrollo</i>	55	135	40	0	<b>230</b>	7,5	78,7	21,3	84	509	262	2	<b>857</b>	9,0	75,7	24,3
<b>295</b>	<i>Esquizofrenias</i>	1	7	44	1	<b>53</b>	16,0	60,4	39,6	1	23	216	45	<b>285</b>	17,0	66,3	33,7
<b>296</b>	<i>Trastornos afectivos graves</i>	1	6	49	2	<b>58</b>	15,0	50,0	50,0	1	30	130	6	<b>167</b>	15,0	48,5	51,5
<b>297</b>	<i>Delirios paranoides</i>	0	1	11	1	<b>13</b>	17,0	84,6	15,4	0	7	51	5	<b>63</b>	16,0	69,8	30,2
<b>301.8</b>	<i>T. límite de la personalidad</i>	0	11	46	0	<b>57</b>	15,0	42,1	57,9	0	21	188	1	<b>210</b>	16,0	46,7	53,3
<b>301.7</b>	<i>T. disocial de la personalidad</i>	12	49	95	0	<b>156</b>	13,0	76,9	23,1	16	145	351	0	<b>512</b>	14,0	78,7	21,3

Cód. CIE9	2009	Incidencia							Prevalencia								
		0-5 a.	6-11 a.	12-18 a.	Edad mal notif.	TOTAL	Mediana edad	%♂	%♀	0-5 a.	6-11 a.	12-18 a.	Edad mal notif.	TOTAL	Mediana edad	%♂	%♀
	Pac. atendidos	2113	9988	8548	84	20 733	10,0	59,9	40,1	3044	22 712	23 181	282	49 219	11,0	62,5	37,5
	<b>Pacientes con diagnóstico principal tributario de TMG</b>	<b>154</b>	<b>406</b>	<b>362</b>	<b>4</b>	<b>926</b>	<b>9,0</b>	<b>74,4</b>	<b>25,2</b>	<b>260</b>	<b>1754</b>	<b>2010</b>	<b>90</b>	<b>4114</b>	<b>12,0</b>	<b>75,8</b>	<b>24,2</b>
<b>299.0</b>	<i>Autismos</i>	31	67	27	1	<b>126</b>	7,0	83,3	16,7	54	273	178	1	<b>506</b>	10,0	82,6	17,4
<b>299.1</b>	<i>Psicosis desintegrativas</i>	0	3	1	0	<b>4</b>	8,5	50,0	50,0	1	8	7	0	<b>16</b>	11,0	37,5	62,5
<b>299.8</b>	<i>Otras psicosis de la 1ª infancia</i>	53	118	70	0	<b>241</b>	8,0	86,7	13,3	90	642	523	2	<b>1257</b>	10,0	84,7	15,3
<b>315.5</b>	<i>Desorden mixto del desarrollo</i>	61	183	61	2	<b>307</b>	7,0	72,6	27,4	99	686	332	3	<b>1120</b>	9,0	76,3	23,8
<b>295</b>	<i>Esquizofrenias</i>	1	5	45	0	<b>51</b>	16,0	64,7	35,3	2	22	248	74	<b>346</b>	18,0	64,7	35,3
<b>296</b>	<i>Trastornos afectivos graves</i>	2	10	36	0	<b>48</b>	15,0	56,3	43,8	2	33	148	2	<b>185</b>	15,0	54,6	45,4
<b>297</b>	<i>Delirios paranoides</i>	0	2	9	1	<b>12</b>	14,0	83,3	16,7	0	9	62	7	<b>78</b>	16,0	71,8	28,2
<b>301.8</b>	<i>T. límite de la personalidad</i>	0	2	49	0	<b>51</b>	16,0	29,4	70,6	0	22	262	1	<b>285</b>	16,0	44,2	55,8
<b>301.7</b>	<i>T. disocial de la personalidad</i>	6	16	64	0	<b>86</b>	14,0	80,2	19,8	12	59	250	0	<b>321</b>	14,0	83,5	16,5

b. Tablas completas con respuestas desglosadas en porcentajes por CC. AA. de los ítems más relevantes

b. 1

	CSMIJ respond.	1. ¿Está de acuerdo con la clasificación...				6. Los casos que llegan a su CSMIJ...			6a. N° consultas de evaluación			6b. Qué facultativos intervienen en la evaluación diag.					6c. Intervienen o piden colaboración...								6d. Se emplea protocolo o GPC...	6e. Se emplean instrum. especif...	7. ¿Conoce alguna GPC...?
		Si	Diag. en CSMIJ		Se derivan	1 - 3	4 - 6	+ de 6	Psiqu.	Psic.	Ps.Clin.	Tr.Soc.	DUE	Pediatría		Neuroped.		S.Soc.		PEscolar		Si	Si	Si			
			A veces	Sistem.										A veces	Sistem.	A veces	Sistem.	A veces	Sistem.								
ANDALUCÍA	12	100%	92%	8%	0	33%	50%	8%	100%	0	100%	36%	27%	45%	0	64%	18%	55%	9%	64%	27%	36%	50%	50%			
ARAGÓN	4	75%	75%	25%	0	67%	33%	0	100%	0	100%	0	0	67%	0	33%	0	33%	0	33%	33%	0	0	25%			
ASTURIAS	4	50%	100%	0	0	75%	25%	0	75%	25%	100%	0	0	50%	0	100%	0	75%	0	25%	50%	25%	25%	100%			
BALEARES	4	100%	100%	0	0	25%	75%	0	100%	50%	50%	25%	50%	50%	0	50%	50%	75%	0	0	100%	25%	75%	100%			
CANARIAS	14	79%	100%	0	0	36%	43%	21%	36%	7%	93%	7%	21%	57%	29%	50%	29%	64%	0	43%	57%	29%	57%	79%			
CANTABRIA	2	100%	100%	0	0	0	100%	0	100%	0	100%	0	0	0	50%	0	100%	50%	0	0	100%	50%	100%	100%			
C. LA MANCHA	5	40%	100%	0	0	40%	60%	0	100%	40%	80%	20%	20%	0	20%	40%	60%	60%	0	20%	80%	20%	40%	60%			
C. y LEÓN	9	89%	89%	0	11%	50%	50%	0	100%	12%	88%	25%	25%	25%	12%	75%	25%	25%	12%	25%	25%	12%	37%	44%			
CATALUÑA	35	60%	97%	3%	0	18%	76%	6%	100%	32%	91%	47%	18%	59%	9%	85%	3%	44%	15%	53%	29%	50%	44%	57%			
EXTREMADURA	1	100%	100%	0	0	0	100%	0	100%	0	100%	100%	100%	100%	0	100%	0	100%	0	0	100%	0	0	0			
GALICIA	4	75%	100%	0	0	50%	50%	0	100%	25%	50%	0	0	25%	25%	50%	25%	75%	0	75%	25%	50%	25%	50%			
LA RIOJA	1	100%	100%	0	0	0	100%	0	100%	0	100%	0	0	0	0	100%	0	0	0	0	0	100%	0	100%			
MADRID	12	83%	83%	17%	0	60%	30%	10%	100%	20%	80%	20%	20%	40%	10%	50%	30%	60%	10%	30%	60%	20%	40%	92%			
MURCIA	5	80%	100%	0	0	20%	80%	0	100%	0	80%	40%	0	40%	20%	80%	20%	60%	20%	60%	40%	0	20%	40%			
NAVARRA	1	0	100%	0	0	0	100%	0	100%	0	100%	0	0	0	0	100%	0	0	0	0	100%	100%	100%	100%			
PAÍS VASCO	9	89%	100%	0	0	56%	22%	22%	100%	11%	89%	22%	11%	11%	11%	78%	0	33%	0	33%	44%	0	56%	44%			

b. 2

	CSMJU respond.	9. Una vez confirmado el diagnóstico dentro de los TMG, ¿cuál es la propuesta asistencial posible en su CSMJU?								10. La intervención puede darse en su CSMJU?	
		Programa específico TMG en su CSMJU	Psicoterap. semanal y encuentros reg. con padres	Tratamiento farmac.	Planteam. de seguimiento y apoyo familiar	Seguim. periódico del niño@ sin interv. terap. especif.	Derivación a otros progr., servicios o centros	Intervención coordinada con otros ámbitos o servicios	Otro	Si	
		ANDALUCIA	12	75%	42%	100%	92%	58%	75%	100%	17%
ARAGÓN	4	25%	50%	75%	100%	25%	100%	100%	0	25%	
ASTURIAS	4	50%	25%	25%	50%	0	0	50%	25%	75%	
BALEARES	4	25%	25%	75%	75%	75%	100%	100%	0	50%	
CANARIAS	14	0	29%	64%	79%	43%	79%	86%	7%	43%	
CANTABRIA	2	100%	0%	100%	100%	50%	50%	100%	0	50%	
C. LA MANCHA	5	20%	40%	100%	60%	80%	60%	100%	20%	60%	
C. Y LEON	9	11%	0%	100%	78%	33%	78%	100%	11%	56%	
CATALUÑA	35	94%	63%	97%	80%	46%	57%	94%	14%	69%	
EXTREMADURA	1	0	0	100%	100%	100%	100%	0	0	0%	
GALICIA	4	0	0	50%	100%	75%	50%	100%	0	0%	
LA RIOJA	1	0	0	100%	100%	100%	100%	100%	0	100%	
MADRID	12	0	25%	83%	83%	50%	83%	100%	33%	33%	
MURCIA	5	0	0	100%	80%	80%	20%	100%	0	60%	
NAVARRA	1	100%	0	100%	100%	0	0	100%	0	100%	
PAIS VASCO	9	22%	0	78%	67%	56%	89%	100%	0	11%	

b. 3

	CSMIJ respond.	11. En su opinión, ¿cuál cree que es el servicio o centro más adecuado para:																	
		Detección precoz						Eval. diagnóstica y emisión de diagnóstico final						Tratamiento					
		Ped.	A.T.	Esc.	CSMIJ	H.Día	Asoc.	Ped.	A.T.	Esc.	CSMIJ	H.Día	Asoc.	Ped.	A.T.	Esc.	CSMIJ	H.Día	Asoc.
ANDALUCIA	12	100%	25%	42%	17%	0%	0%	0%	17%	0%	100%	0%	0%	0%	75%	50%	83%	92%	50%
ARAGÓN	4	75%	25%	25%	25%	0%	0%	0%	50%	0%	100%	0%	0%	0%	75%	0%	75%	75%	25%
ASTURIAS	4	100%	0%	75%	25%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	100%	0%	0%	75%	75%	0%
BALEARES	4	100%	50%	50%	0%	0%	0%	25%	0%	0%	100%	25%	0%	25%	50%	75%	100%	75%	50%
CANARIAS	14	100%	21%	64%	7%	0%	14%	14%	0%	7%	100%	57%	0%	21%	36%	36%	64%	86%	21%
CANTABRIA	2	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	50%	0%	100%	0%	0%	0%	50%	50%	100%	100%	0%
C. LA MANCHA	5	100%	60%	40%	20%	0%	0%	20%	20%	0%	100%	20%	0%	0%	60%	40%	80%	80%	40%
C. y LEON	9	100%	67%	56%	11%	0%	0%	0%	11%	0%	100%	22%	33%	0%	33%	0%	78%	67%	22%
CATALUÑA	35	97%	60%	60%	54%	0%	0%	0%	46%	0%	100%	29%	0%	3%	60%	9%	97%	74%	9%
EXTREMADURA	1	100%	0%	0%	0%	0%	0	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%
GALICIA	4	100%	25%	25%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	50%	50%	75%	100%	25%
LA RIOJA	1	100%	100%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
MADRID	12	92%	58%	42%	50%	0%	8%	0%	0%	0%	100%	17%	8%	8%	25%	17%	67%	83%	8%
MURCIA	5	100%	80%	40%	0%	0%	0%	0%	20%	0%	100%	0%	0%	20%	60%	40%	100%	80%	60%
NAVARRA	1	100%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%
PAÍS VASCO	9	89%	44%	67%	44%	0%	0%	0%	33%	0%	100%	0%	11%	0%	56%	0%	67%	89%	11%

	CSMIJ respond.	11. En su opinión, ¿cuál cree que es el servicio o centro más adecuado para: (continuación)											
		Coordinación de la interv. multidisciplinar						Apoyo a la familia					
		Ped.	A.T.	Esc.	CSMIJ	H.Día	Asoc.	Ped.	A.T.	Esc.	CSMIJ	H.Día	Asoc.
ANDALUCIA	12	17%	25%	25%	92%	33%	8%	33%	50%	42%	92%	50%	75%
ARAGÓN	4	25%	25%	25%	100%	25%	25%	50%	75%	25%	100%	50%	50%
ASTURIAS	4	0%	0%	0%	100%	0%	0%	75%	25%	0%	75%	75%	25%
BALEARES	4	25%	50%	50%	100%	25%	0%	25%	25%	25%	50%	50%	100%
CANARIAS	14	21%	14%	14%	100%	57%	14%	29%	29%	36%	79%	71%	79%
CANTABRIA	2	0%	0%	0%	100%	0%	0%	50%	50%	50%	100%	50%	50%
C. LA MANCHA	5	20%	20%	20%	100%	0%	0%	40%	60%	40%	80%	80%	80%
C. y LEON	9	11%	22%	11%	89%	11%	11%	22%	0%	11%	56%	11%	78%
CATALUÑA	35	23%	43%	26%	97%	43%	11%	51%	54%	37%	94%	49%	63%
EXTREMADURA	1	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%
GALICIA	4	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	25%	0%	100%	0%	75%
LA RIOJA	1	0%	0%	0%	100%	0%	0%	100%	0%	0%	100%	0%	100%
MADRID	12	0%	0%	0%	100%	17%	0%	33%	33%	33%	100%	50%	58%
MURCIA	5	40%	40%	40%	100%	40%	40%	80%	60%	80%	80%	40%	100%
NAVARRA	1	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%
PAÍS VASCO	9	0%	22%	0%	67%	44%	0%	33%	44%	22%	67%	56%	33%

b. 4

	CSMIU respond.	13. ¿Considera necesario el tratamiento farmacológico en este tipo de casos?									¿Con qué función?		
		En menores de 6 años			En niños de 6-13			En adolescentes			Control sintomatológico	Facilitación otras interv.	Influencia en fact. etiopatogénicos
		Mayoría casos	Casos concretos	Ningún caso	Mayoría casos	Casos concretos	Ningún caso	Mayoría casos	Casos concretos	Ningún caso			
ANDALUCIA	12	8%	84%	8%	25%	75%	0%	50%	50%	0	83%	83%	16%
ARAGÓN	4	0	75%	25%	0	100%	0%	0	100%	0%	75%	75%	0
ASTURIAS	4	0	100%	0%	0	100%	0%	25%	75%	0%	75%	100%	25%
BALEARES	4	0	100%	0%	0	100%	0%	0	100%	0%	100%	75%	25%
CANARIAS	14	14%	79%	7%	21%	79%	0%	21%	79%	0%	100%	93%	14%
CANTABRIA	2	0	100%	0%	0	100%	0%	0	100%	0%	100%	100%	0%
C. LA MANCHA	5	0	100%	0%	0	100%	0%	20%	80%	0%	80%	80%	20%
C. y LEÓN	9	11%	89%	0%	22%	78%	0%	22%	78%	0%	100%	78%	0%
CATALUÑA	35	0	91%	9%	17%	83%	0%	31%	69%	0%	97%	91%	30%
EXTREMADURA	1	0	100%	0%	100%	0%	0%	100%	0%	0%	100%	100%	0%
GALICIA	4	0	100%	0%	0	100%	0%	25%	75%	0%	100%	50%	0%
LA RIOJA	1	0	100%	0%	0	100%	0%	0	100%	0%	100%	100%	100%
MADRID	12	0	83%	17%	0	100%	0%	8%	92%	0%	100%	100%	9%
MURCIA	5	40%	60%	0%	40%	60%	0%	40%	60%	0%	100%	80%	40%
NAVARRA	1	0	100%	0%	0	100%	0%	0	100%	0%	100%	100%	0%
PAÍS VASCO	9	0	89%	11%	0	100%	0%	0	100%	0%	78%	100%	22%



b. 5

	CSMU / respnd.	14.- ¿Conoce y/o aplica las siguientes intervenciones psicológico-psicoeducativas, que han sido estudiadas para este tipo de patologías?																		
		Anal. cond. aplicado (pro L.veas)	Interv. temp. cod. intensivas	Entrenam. para padres	Modelos del desarrollo	Habilidades sociales	Promoción compet. sociales	Sist. aumen./ditem. comunicación	Intervención cognitivo-conductual	Modelo psicodinámico	Sistema TEACCH	Intervención modular por planes	Modificación de conductas específicas	Entrenam. integr. auditiva y/o sensorial	Terapias musicales	Terapia ocupacional	Método Doman-Deleato	Psicoterapias expresivas	Modelos socio-afect.	
ANDALUCÍA	12	La aplicamos	0	17%	75%	0	33%	58%	17%	67%	50%	0%	58%	83%	0%	8%	0%	0%	17%	33%
		Pers.especif.	0	0	8%	0	17%	8%	0%	0%	17%	0%	0%	8%	0%	0%	25%	0%	0%	0%
ARAGÓN	4	La aplicamos	0	25%	75%	25%	25%	50%	0%	50%	25%	0%	75%	0%	0%	0%	0%	25%	25%	
		Pers.especif.	0	0	25%	0	0	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0	0
ASTURIAS	4	La aplicamos	0	25%	75%	50%	25%	25%	25%	75%	25%	0%	25%	25%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		Pers.especif.	0	0	0%	0	25%	0	0	0%	0	0%	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0%
BALEARES	4	La aplicamos	0	0%	75%	0%	0%	0%	0%	75%	25%	0%	25%	75%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		Pers.especif.	0	0	0%	0	0	0	0	0%	25%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
CANARIAS	14	La aplicamos	14%	14%	43%	14%	21%	43%	14%	50%	36%	7%	43%	57%	0%	0%	0%	0%	0%	7%
		Pers.especif.	0	0	0%	7%	0%	0%	0%	14%	7%	0%	0%	7%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
CANTABRIA	2	La aplicamos	0	0%	100%	50%	50%	0%	0%	100%	0%	0%	50%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		Pers.especif.	0	0	0%	0	0	0%	0%	50%	0%	50%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0	0
C. LA M.	5	La aplicamos	20%	20%	60%	20%	20%	40%	0%	60%	100%	0%	60%	80%	0%	20%	20%	0%	0%	0%
		Pers.especif.	0	0	20%	0	0,2	20%	0%	40%	60%	0%	20%	20%	0%	20%	0%	0%	0	0
C. y LEÓN	9	La aplicamos	0%	0%	22%	11%	11%	11%	11%	33%	0%	0%	11%	56%	0%	0%	11%	0%	11%	11%
		Pers.especif.	0,11	0	0%	0,11	0,11	11%	11%	11%	22%	0%	22%	22%	0%	0%	0%	0%	0,11	0,11
CATALUÑA	35	La aplicamos	3%	20%	60%	14%	43%	60%	11%	46%	80%	3%	60%	60%	6%	0%	6%	0%	17%	11%
		Pers.especif.	0,06	0,14	20%	0,06	0,23	20%	11%	34%	46%	6%	11%	20%	0%	3%	3%	0%	0	0
EXTREM.	1	La aplicamos	0%	0%	100%	0%	100%	0%	0%	100%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		Pers.especif.	0	0	0%	0	0	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0	0
GALICIA	4	La aplicamos	0%	25%	50%	0%	0%	25%	0%	100%	25%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		Pers.especif.	0	0	0%	0	0	0%	0%	0%	25%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0	0
LA RIOJA	1	La aplicamos	0%	0%	100%	0%	100%	100%	0%	100%	0%	0%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		Pers.especif.	0	0	0%	0	0	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0	0
MADRID	12	La aplicamos	0%	25%	33%	8%	25%	33%	0%	50%	42%	0%	25%	50%	0%	0%	0%	0%	17%	17%
		Pers.especif.	0	0	0%	0	0	0%	0%	17%	25%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0	0
MURCIA	5	La aplicamos	0%	20%	100%	20%	20%	40%	0%	100%	20%	0%	20%	80%	0%	0%	20%	0%	0%	0%
		Pers.especif.	0	0,2	20%	0	0,2	0%	0%	40%	0%	0%	0%	20%	0%	0%	0%	0%	0	0
NAVARRA	1	La aplicamos	0%	0%	0%	0%	0%	100%	100%	0%	100%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		Pers.especif.	0	0	0%	0	0	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0	0	
P. VASCO	9	La aplicamos	0%	0%	11%	0%	11%	22%	0%	33%	56%	11%	22%	22%	0%	0%	0%	0%	0%	11%
		Pers.especif.	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	56%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	11%	0%	0%

b. 6

	CSMIJ resp.	15.- ¿Se realizan en su CSM reuniones para implem. protoc./directrices de actuación en TMG?		16.- ¿Considera existen sufici. recursos en su área para atención/tratamiento de TMG?		17.- Si no existe en su área ¿considera necesaria implantación progr. especif. TMG?		18.- ¿Cuál es su grado de satisfacción con la atención que se le puede brindar a los niños afectos de un trastorno mental grave en su área sanitaria?			
		Si	No	Si	No	Si	No	Nada	Poco	Bastante	Mucho
ANDALUCÍA	12	75%	25%	8%	83%	100% (10)	0%	0%	67%	33%	0%
ARAGÓN	4	0%	100%	0%	100%	100%	0%	0%	75%	0%	0%
ASTURIAS	4	50%	50%	0%	100%	100% (3)	0%	0%	50%	50%	0%
BALEARES	4	100%	0%	0%	100%	100% (3)	0%	0%	100%	0%	0%
CANARIAS	14	36%	64%	7%	93%	92% (11)	8%	21%	57%	21%	0%
CANTABRIA	2	50%	50%	0%	100%	100%	0%	50%	50%	0%	0%
C. LA MANCHA	5	80%	20%	0%	80%	100% (4)	0%	20%	60%	20%	0%
C. y LEON	9	22%	78%	11%	78%	100% (8)	0%	22%	67%	11%	0%
CATALUÑA	35	100%	0%	6%	83%	100% (6)	0%	3%	57%	40%	0%
EXTREMADURA	1	0%	100%	0%	100%	0%	100%	0%	0%	100%	0%
GALICIA	4	50%	50%	0%	100%	100%	0%	75%	25%	0%	0%
LA RIOJA	1	100%	0%	0%	100%	100%	0%	0%	100%	0%	0%
MADRID	12	42%	58%	8%	92%	83%	17%	8%	67%	25%	0%
MURCIA	5	20%	80%	0%	100%	100%	0%	0%	100%	0%	0%
NAVARRA	1	100%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%
PAÍS VASCO	9	33%	67%	0%	89%	100% (8)	0%	11%	78%	0%	0%

