

# Estudio sobre las necesidades sociales de la infancia y adolescencia con atención en salud mental

Una aproximación desde la percepción  
profesional de la red pública de salud  
mental infantil-juvenil

Agintzari S. Coop.de Iniciativa Social

2012

Con la financiación de



*Estudio sobre las necesidades sociales de la infancia y adolescencia con atención a salud mental.  
Una aproximación desde la percepción profesional de la red pública de salud mental infanto-juvenil*

***Autora: Agintzari S. Coop de Iniciativa Social***

*Línea Comunitaria*

*Equipo de I+D+i de la Línea Comunitaria*



Estudio sobre las necesidades sociales de la infancia y adolescencia con atención a salud mental. Una aproximación desde la percepción profesional de la red pública de salud mental infanto-juvenil por Agintzari S. Coop. de Iniciativa Social se encuentra bajo una Licencia *Creative Commons Reconocimiento-No Comercial 3.0 España*. Usted puede usar, copiar, difundir este documento o parte del mismo siempre y cuando mencione su origen, no se use de forma comercial y no se modifique su licencia.

*Nuestro agradecimiento a los profesionales y las profesionales de la red pública de salud mental infanto-juvenil, por la cortesía con la que nos han abierto sus agendas y despachos, y por la sinceridad con la que han contestado a las cuestiones planteadas. Esperamos responder con la consideración de todos los aspectos propuestos y la reflexión abierta, desde la oportunidad que siempre nos brinda una mirada externa.*

*Muchas gracias  
Eskerrik asko*

## Índice

Introducción.....	5
1.- Objetivos, muestra y metodología del estudio.....	7
2.- Red pública de Atención de Salud Mental Infanto-Juvenil.....	9
3.- Infancia y adolescencia con atención en la red de salud mental infanto-juvenil en la CAPV.....	12
4.- Necesidades sociales de esta población infanto-juvenil .....	14
Ámbito familiar .....	14
Ámbito escolar.....	17
Ámbito social .....	18
5.- Recursos actuales, coordinación y percepción de las mejoras necesarias.....	20
6.- Conclusiones.....	23
Bibliografía.....	25

## Introducción

---

Agintzari es una sociedad cooperativa de Iniciativa Social, que provee diversos servicios sociales en la CAV, especialmente en Bizkaia, que trabaja desde el compromiso con la calidad de la atención, y procura en cada actuación dar la mejor respuesta a las necesidades sociales emergentes.

A través de la observación y reflexión que se deriva del trabajo diario en los servicios de intervención socioeducativa y psicosocial<sup>1</sup> adscritos a los servicios sociales de base de veintitrés municipios y mancomunidades, se pone de manifiesto un aumento progresivo de la presencia de problemática de salud mental en la población atendida. A su vez, y como consecuencia de lo anterior, se ha percibido un aumento de la relación y coordinación profesional con los servicios de salud mental tanto de personas adultas como de menores de edad.

Con referencia a los niños, niñas y adolescentes, los profesionales y las profesionales del ámbito socioeducativo vienen señalando el peso cada vez mayor, que los problemas emocionales y de comportamiento tienen en el conjunto de la población atendida como infancia o juventud en riesgo. Por datos extraídos de trabajos previos<sup>2</sup>, estimamos que en torno a 1 de cada 4 niños, niñas o adolescentes que atendemos en los servicios socioeducativos, de los Servicios Sociales de Base, también recibe o ha recibido recientemente alguna atención en la red de salud mental infanto-juvenil.

Con el interés de dar una eficaz cobertura a estos niños, niñas y adolescentes, que reciben ayuda de forma simultánea por parte de servicios sociales y de salud mental, se nos planteaban diversas cuestiones relativas a las sinergias, la complementación y la combinación, teniendo en cuenta por un lado la intervención socioeducativa y psicosocial, y su especial encargo de apoyar y favorecer la integración familiar, escolar y social, y por otro, la función clínica de atención en la salud mental.

Así mismo, se nos planteaba desde la práctica profesional, qué papel pudiera cubrir la intervención que desarrollamos desde los servicios sociales de base cuando los problemas de salud mental tienen una presencia nuclear en la persona menor de edad, y tiene una incidencia notable en su autonomía y su desarrollo, dado que es en estos casos cuando aumentan las necesidades de apoyo a la familia y la actividad de integración social.

Con todo ello, y favorecido también por la caracterización de este grupo como “infancia vulnerable” en el Informe Extraordinario que el Ararteko publica ese mismo año, se presenta este estudio a la convocatoria de subvenciones para el tercer sector del Departamento de Empleo y Asuntos Sociales, de la que obtiene parte de su financiación.

---

<sup>1</sup>Para un mayor detalle de los servicios provistos a las entidades municipales puede consultarse: Línea Comunitaria. Balance Social 2011. [www.agintzari.com](http://www.agintzari.com)

<sup>2</sup> Estudio-investigación sobre los procesos de intervención socioeducativa con infancia, juventud y Familia (Fase I). Agintzari S. Coop. de Iniciativa Social. 2010.

Tras el desarrollo del estudio se recogen en este documento de memoria los aspectos fundamentales del proceso y los resultados obtenidos. El documento se estructura en seis apartados. El primero de ellos, resume los objetivos y la metodología del estudio.

El segundo y el tercero, corresponden a aspectos del campo de estudio. Presentan la red de centros públicos de atención a salud mental infanto-juvenil de la Comunidad Autónoma y caracterizan brevemente la población atendida por los mismos.

Los apartados cuarto y quinto, desarrollan el foco central del estudio, qué necesidades sociales de los niños, niñas y adolescentes se perciben, a qué recursos se recurre y qué relación se establece con ellos.

El documento finaliza con un apartado que resume las conclusiones del estudio.

## 1.- Objetivos, muestra y metodología del estudio

---

El estudio desarrollado tiene un carácter exploratorio sobre las necesidades sociales entendidas desde una perspectiva general, es decir, las necesidades que presenta la infancia y adolescencia que recibe atención en salud mental en la CAV, en su ámbito familiar, educativo, de integración social, de tiempo libre, etc.

Cuando hablamos de necesidades sociales en el estudio, nos hemos referido a qué **respuesta social es necesaria** cuando el niño, niña o adolescente no recibe una atención suficientemente buena desde los ámbitos de referencia que por su naturaleza partían con este encargo vital.

Cuando hablamos de infancia y adolescencia con atención en salud mental en este estudio, nos hemos referido a las personas menores de edad atendidas por las profesionales y los profesionales clínicos de la Red de Salud Mental Infanto Juvenil de Osakidetza.

El objetivo general establecido para el estudio es:

- Conocer las necesidades de atención social percibidas desde el ámbito sanitario para la población infantil y juvenil atendida en salud mental.

Los objetivos específicos se concretan en:

- Obtener una relación de las necesidades que esta población infantil presenta desde la perspectiva del personal clínico que las atiende.
- Identificar los recursos de los sistemas de educación, de servicios sociales, cultura... hacia los que se dirigen las demandas de cobertura de estas necesidades, o ya participan en la misma.
- Identificar los problemas o dificultades que perciben los y las profesionales en la disposición de recursos, coordinación o trabajo conjunto para la atención a las necesidades del colectivo.
- Recoger una relación de propuestas o demandas de recursos, prestaciones o perspectivas novedosas en la atención social de los niños, niñas y adolescentes con atención en salud mental.

Para la consecución de estos objetivos, se estableció como **elemento metodológico principal la entrevista a psicólogos clínicos, psicólogas clínicas y psiquiatras** en contacto directo con los niños, niñas y adolescentes.

Para la selección de las profesionales y los profesionales clínicos participantes, en primer lugar delimitamos el campo de estudio, focalizando el análisis en la red de atención pública de salud mental y excluyendo la atención que puede estar ofreciéndose desde entidades privadas o entidades del tercer sector, a través de la elaboración de **un mapa de servicios y agentes de atención pública en salud mental infanto-juvenil**.

Para ello, se realizaron en la fase inicial entrevistas con referentes y responsables de los tres territorios históricos de la red pública sanitaria, quienes aportaron información sobre la atención y organización de los servicios y programas. De ello, resulta el mapa de recursos representado en el apartado dos, que presenta 24 centros físicos de atención y 4 programas, que conforman la *Red pública de atención de Salud Mental Infanto –juvenil de la CAV* analizada en el estudio.

Posteriormente, se diseñó una entrevista semi-estructurada para ser desarrollada preferiblemente de manera presencial en cada uno de los 28 centros / programas identificados en la red de atención, con profesionales con experiencia en la atención directa y un reparto equilibrado en el total de entrevistas entre las disciplinas de psiquiatría y psicología.

El guión de la entrevista, que fue remitido previamente a los y las profesionales participantes, se presenta a continuación:

1. *¿Qué características sociodemográficas (edad, sexo, nivel sociocultural, entorno rural o urbano, etc.) tiene la población que atiende usted o en general el centro?. En su opinión, ¿puede destacarse alguna correlación de estas características con los diagnósticos?*
2. *¿Qué necesidades sociales específicas (familia, escuela, tiempo libre, relaciones de amistad, integración social..) cree que tienen estos, niños, niñas u adolescentes?. ¿Cuáles de estas considera que no están suficientemente cubiertas o presentan algunos déficits?*
3. *Entre las necesidades que identifican, ¿cuáles priorizaría de cobertura mínima necesaria para una evolución positiva de los casos?*
4. *Cuando se identifican estas necesidades desde el servicio de salud mental, ¿Dónde suelen acudir? ¿Suele encontrarse el recurso adecuado? ¿Cuáles son las demandas más habituales que realizan y a quienes se dirigen? ¿Existen relaciones, canales o protocolos establecidos con entidades, o instituciones educativas, de servicios sociales u otros?*
5. *Si pudiera pedir cualquier prestación o programa para atender esas necesidades de estos niños y niñas, ¿qué iniciativas propondría?*
6. *¿Le gustaría añadir cualquier observación o comentario?*

Del total de los 28 centros y programas que componen la red identificada, se realizaron entrevistas presenciales en 24 de los centros, de aproximadamente 1 hora de duración, y dos más han respondido a la entrevista por escrito. La participación total ha sido de 18 profesionales de psiquiatría, 12 de psicología, 2 de trabajo social y 1 de enfermería. Se considera por lo tanto una muestra significativa que aporta una visión profesional completa para la consecución de los objetivos del estudio.

Paralelamente, y con el objetivo de dimensionar y caracterizar la población atendida por la red de salud mental identificada, se solicitaron los datos de atención a los responsables o referentes territoriales, tal y como se describe en el capítulo tres.

Tal y como se ha señalado, se trata de un estudio exploratorio de carácter cualitativo-descriptivo basado en la percepción de profesionales clínicos que atienden a niños, niñas y adolescentes desde servicios de atención a salud mental. Por ello, el análisis de datos realizado ha sido principalmente cualitativo sobre el contenido de las entrevistas realizadas, describiendo como resultado la

diversidad de necesidades identificadas por cada profesional o profesionales desde sus realidades concretas.

Los principales hitos del trabajo y su calendarización, comprenden cuatro fases principales. La primera corresponde a la fase inicial de diseño y activación del estudio realizada durante los primeros meses del año. La segunda es la elaboración del mapa de recursos de atención, con la presentación institucional y de refrendo que le precede, y la organización del acceso a los recursos posterior. Esta actividad se ha desarrollado de junio a septiembre. A continuación, entre los meses de octubre a diciembre se realiza la presentación y solicitud por centros, y el desarrollo de las entrevistas. Por último, el análisis de información y la redacción del documento se finalizan en el mes de enero del año 2013.

## **2.- Red pública de Atención de Salud Mental Infanto-Juvenil**

---

La población infanto-juvenil cuenta con tres espacios de atención a su salud emocional: la red de Osakidetza y de atención pública, la red privada que se extiende mayoritariamente por gabinetes de atención psicológica, y la atención en programas específicos desarrollados por entidades sin ánimo de lucro del tercer sector. Sin embargo, y reconociendo la importancia de los tres ámbitos, el estudio se ha ceñido exclusivamente, debido a sus recursos limitados, al ámbito de la red pública, bien por provisión directa o por concertación.

Tal y como se ha señalado anteriormente, para esta delimitación, recurrimos a la información que los propios cargos directivos y de referencia territorial de Osakidetza nos han ofrecido, construyendo el diagrama presentado en la página 9: Red pública de atención en salud mental infanto-juvenil de la CAV analizada en el estudio.

Los recursos presentan una organización institucional por territorio histórico, con una división principal en recursos de tipo ambulatorio y recursos de tipo hospitalario, con los siguientes formatos y prestaciones generales:

- **Centros de salud mental infanto-juvenil (CSMIJ):** son centros ambulatorios específicos para la atención a personas menores de edad (hasta 15 o 17 años cumplidos según la zona). La derivación o demanda se realiza desde pediatría y médicos de cabecera. Los equipos profesionales están compuestos por personal de psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería, etc.
- **Centros de Salud Mental (CSM):** son centros ambulatorios dirigidos a la población en general, aunque para la atención a la población infanto-juvenil se asignan profesionales específicos. La derivación o demanda es similar a los anteriores. La atención en estos centros permite una mayor proximidad de la población a los dispositivos de atención.
- **Centros Educativos-Terapéuticos (CET):** son centros de atención simultánea educativa y terapéutica para niños, niñas y adolescentes que por su situación de salud mental, no pueden responder a la escolarización normalizada. Estos servicios resultan de un convenio entre Osakidetza y Educación, cuentan con unidades diferenciadas de primaria y

secundaria y se ubican en los tres territorios históricos. La cobertura de atención de estos centros es similar a la del horario escolar.

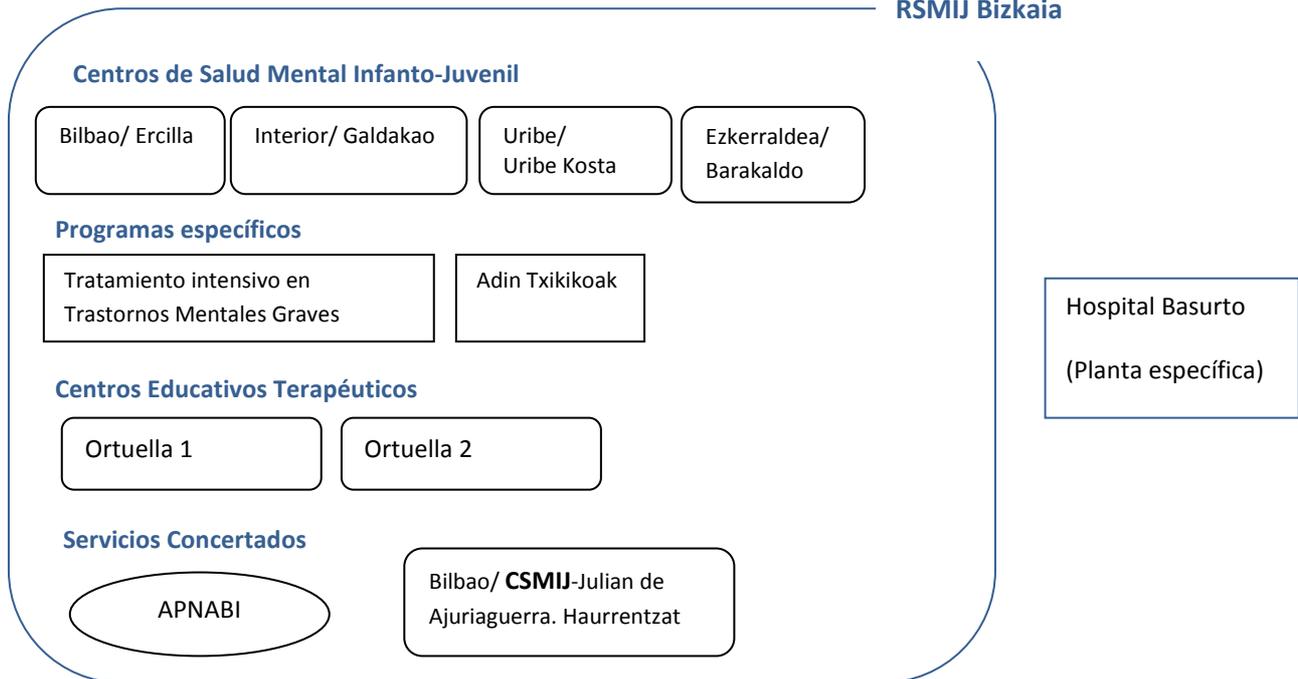
- **Centros concertados de atención de trastornos del espectro autista.** Son centros concertados con el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco con las asociaciones APNABI en Bizkaia y GAUTENA en Gipuzkoa. Son asociaciones de familiares de niños y niñas afectadas. Ofrecen una atención integral que comprende el diagnóstico, tratamiento, programas de apoyo familiar, de ocio y tiempo libre, etc.
- **Unidades de Hospitalización infanto-juvenil.** Se encuentran ubicadas dentro de los servicios de psiquiatría de los hospitales de Santiago, Donostia y Basurto y cuentan con plantas específicas para personas menores de 18 años. El tratamiento que ofrecen es de internamiento hospitalario. El hospital de Santiago cuenta además con la modalidad de Hospital de día, que aporta un tratamiento intensivo sin pernocta.
- **Programa Intensivo en Trastornos Mentales Graves.** Bajo el concepto de trastorno mental grave se incluye un conjunto de patologías mentales que tienen una importante repercusión en la calidad de vida de las personas que la padecen. Este programa ofrece una mayor intensidad de tratamiento, con una dotación profesional específica por comarcas. La atención se realiza en los propios centros de salud mental. Este programa de lleva a cabo en Bizkaia y Gipuzkoa.
- **Programa de Atención Precoz:** se desarrolla en Gipuzkoa en el CSMIJ de Donostia. Persigue una atención más precoz de los trastornos graves y una atención más integral, complementando la psiquiátrica y psicoterapéutica clásica, con psicomotricidad e intervenciones más intensivas y globales.
- **Programa Adin Txikikoak:** para el tratamiento de niños y niñas, en situación de guarda o tutela por la Diputación Foral de Bizkaia. El objetivo es mejorar su salud mental, ya que corresponde a un colectivo de grave riesgo, por su historial de desprotección. Este programa tiene asignados profesionales de psiquiatría, psicología y enfermería a tiempo parcial, y la atención se dispensa en un CSMIJ.

## Red pública de atención a salud mental infanto-juvenil en la CAPV

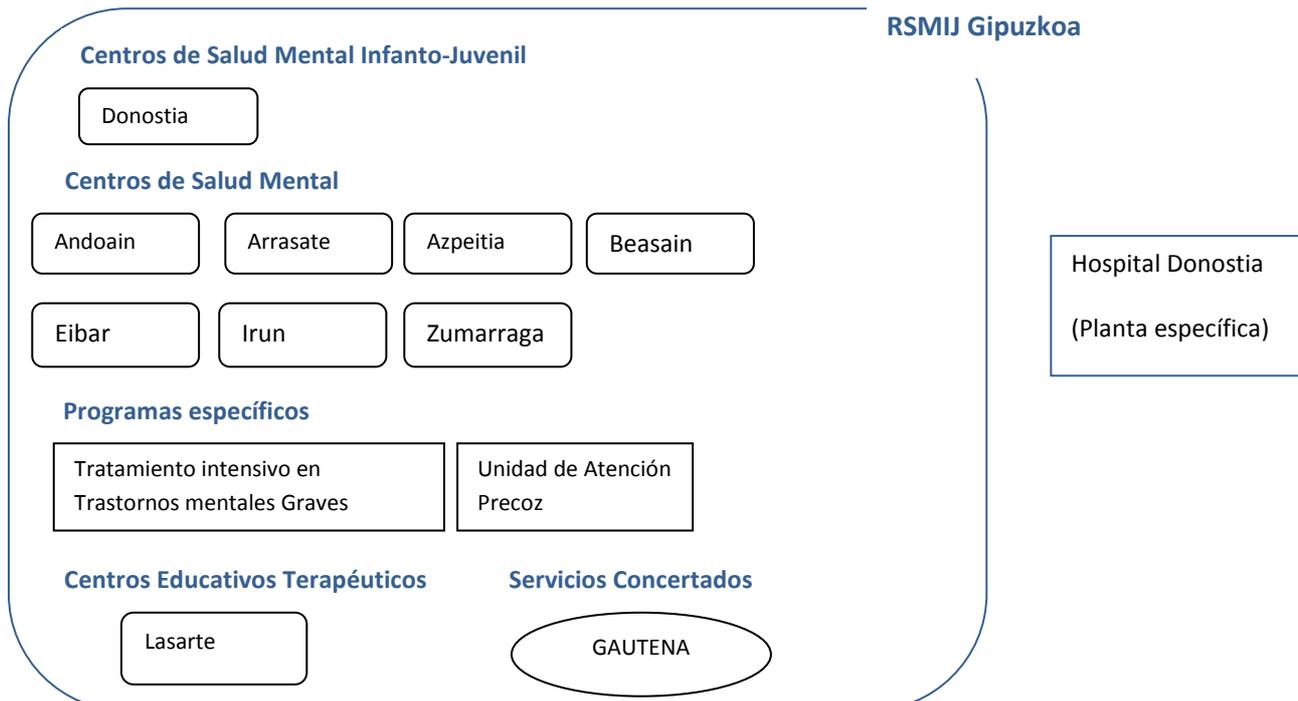
### Araba



### RSMIJ Bizkaia



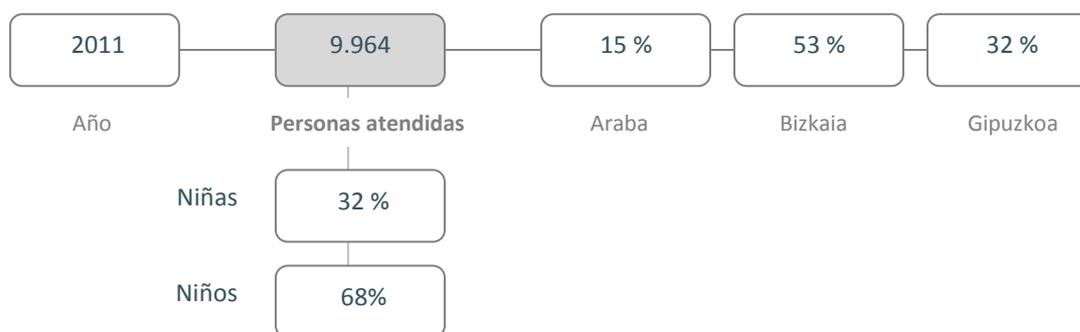
### RSMIJ Gipuzkoa



### 3.- Infancia y adolescencia con atención en la red de salud mental infanto-juvenil en la CAPV

Una vez delimitada la red de centros y programas, hemos considerado necesaria una dimensión cuantitativa y una breve caracterización de la población sobre la que se solicita la opinión profesional.

En esta población se han contabilizado todos los niños, niñas o adolescentes que hayan tenido alguna atención en el año 2011 en los centros señalados, y le corresponde las siguientes cifras totales y de distribución por provincia y por sexo<sup>3</sup>.



Las personas atendidas ascienden a 9.964, y se distribuyen por territorios con una proporción exacta al reparto de población total de la CAV, un 15% es atendida en Araba, un 53% en Bizkaia y un 32% en Araba. Esta atención supone el 2,9% de la población comprendida entre 0 y 17 años cumplidos.

En cuanto a la edad, la franja más atendida se sitúa entre los 6 y 11 años, seguido de la franja adolescente. La atención a los niños y las niñas menores de 6 años supone un 9% de la atención, tal y como puede observarse en el gráfico siguiente:

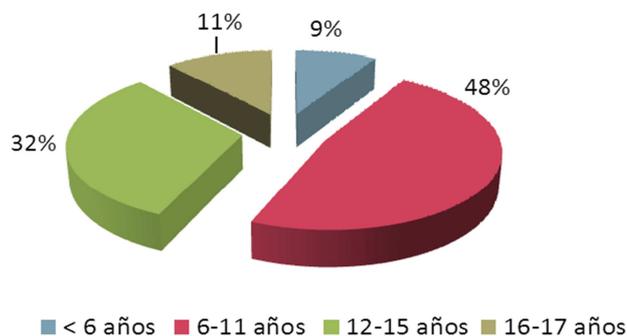
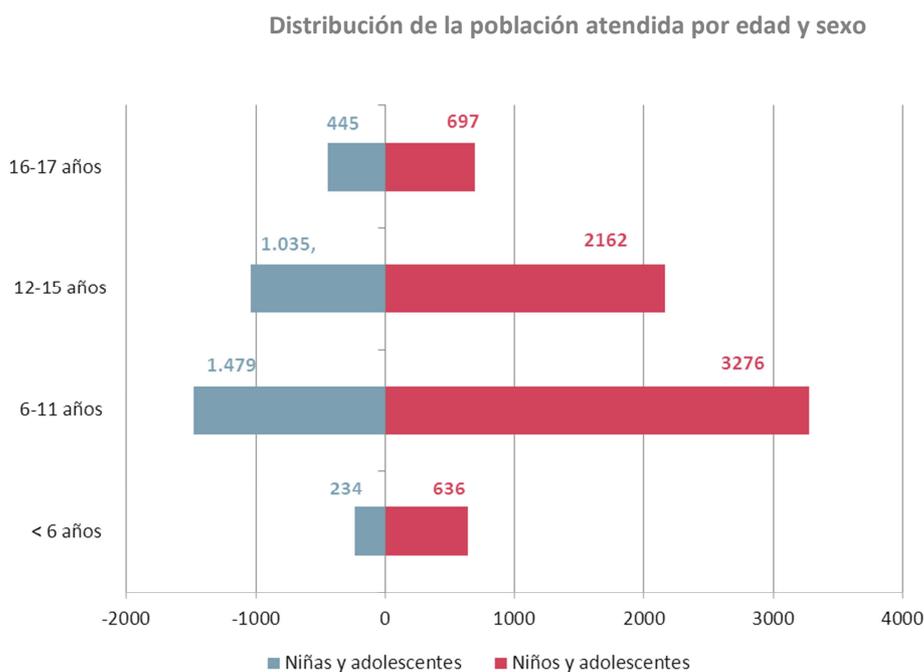


Gráfico 1: Distribución de la población atendida en la RSMIJ de la CAV

<sup>3</sup> Fuente: Osakidetza

La distribución de la atención por sexo presenta diferencias, ya que el total de niñas y adolescentes es de 3.193 (32%), frente a 6.771 niños y adolescentes atendidos (68%). Las diferencias se mantienen en todas las franjas de edad, pero la diferencia disminuye en la franja de los 16-17 años, con una distribución porcentual del 39% chicas y 61% de chicos. Al respecto los profesionales y las profesionales han señalado diferente prevalencia de algunas patologías y trastornos según el sexo.



En cuanto a las problemáticas o dificultades que presentan los niños, niñas y adolescentes atendidos, el estudio no ha pretendido un análisis exhaustivo sobre los diagnósticos clínicos pero a través de las entrevistas realizadas, de manera cualitativa se ha podido recoger una caracterización general. Las dificultades señaladas por los y las profesionales se recogen a continuación:

- ☞ Problemas de conducta, dificultades emocionales o estados depresivos en la infancia media y en la adolescencia, asociado en muchas ocasiones a dificultades como el multi-estrés familiar, situaciones de separación o divorcio, problemas asociados a estilos de crianza y educación familiar, o a problemas de adaptación a cambios en la familia, la escuela o el entorno social.
- ☞ Trastornos de personalidad y consumo de sustancias en edades más avanzadas.
- ☞ Trastornos de aprendizaje, problemas de rendimiento y fracaso escolar, en la infancia media y posterior.
- ☞ TDH con o sin hiperactividad.
- ☞ Problemas reactivos a dificultades de vinculación en la infancia.
- ☞ Dificultades socio-emocionales, relacionadas con carencias en la integración social, con mención específica en personas inmigrantes.

- ☞ Dificultades de socialización, fobias y ansiedad.
- ☞ Problemas con la alimentación, trastornos del sueño, angustia por separación; enuresis, trastornos de la conducta alimentaria; dificultades en niños y niñas adoptadas.
- ☞ Las patologías graves (autismo y espectro autista, trastornos del desarrollo, psicosis, etc.) se señalan presentes en poca proporción en la atención ofrecida desde los CSM, pero constituyen una población con una atención más compleja e intensa. Constituyen la totalidad de la población atendida por Apnabi y Gautena (162 niñas y 851 niños).

#### 4.- Necesidades sociales de esta población infanto-juvenil

---

Recoger las necesidades sociales de los niños, niñas y adolescentes atendidos desde los centros de salud mental, constituía el objetivo central del estudio.

Con esta pregunta, nos hemos referido a qué **respuesta social es necesaria** cuando el niño, niña o adolescente no recibe desde sus ámbitos de referencia una atención suficientemente buena, y que los profesionales y las profesionales de la atención en salud mental consideran conveniente para favorecer un mejor pronóstico de las situaciones atendidas. Indagamos en qué respuesta social es necesaria cuando no hay (*parafraseando el título del libro de la doctora Lia Ricon, quien a su vez parafrasea el término de Winnicott*) “una familia suficientemente buena”, “una escuela suficientemente buena” y “unas relaciones sociales suficientemente buenas”, entendidas como la auténtica base del sostén emocional y de desarrollo de los niños, niñas y adolescentes.

La identificación de estas necesidades, se ha nutrido de reflexiones profesionales desde el trabajo diario específico. Los distintos centros visitados, tienen características específicas en cuanto a su enclave, el tipo de población más rural o urbana, con un nivel socioeconómico mayor o menor, con una demografía poblacional diferente, y con unos niveles de inmigración distintos, circunstancias que sin duda, caracterizan la población atendida en cada centro y por ello también, las diferentes impresiones emitidas. Creemos que todo ello ha enriquecido la recogida de información.

Las aportaciones recogidas han sido diversas, con variación también en el nivel de concreción y abstracción, desde soluciones y recursos concretos, hasta demandas sociales generales sobre cambios de modelo cultural, pero en toda esta recogida hemos podido observar el trinomio; **familiar, escolar y social**.

Por este motivo, y para ordenar la información y procurar un marco ágil y útil, se ha optado por estructurar la descripción del apartado en dichos tres ámbitos, ordenando en cada uno de ellos los contenidos desde aquellos aspectos más extensibles a toda la población hasta los más específicos para colectivos concretos.

##### Ámbito familiar

En este ámbito se recuerda la importancia preponderante del contexto familiar, y de las figuras materna y paterna como agentes de la estructuración en el desarrollo y crecimiento emocional del niño o niña, y de la importancia de los primeros años de vida para la fortaleza y salud en la construcción de la persona.

En el ámbito de la familia, el conjunto de profesionales consultado señala las siguientes necesidades de cobertura social cuando los contextos naturales no llegan:

**Protección general de la primera infancia.** Se ha señalado la necesidad de salvaguardar el desarrollo adecuado del niño y niña, especialmente en sus primeros meses, procurando el cuidado y la vinculación con la persona adulta, favoreciendo la cercanía de sus figuras de cuidado y promoviendo a su vez el bienestar emocional de éstas para el desempeño que les corresponde.

Si bien la vulnerabilidad física infantil es más visible, los aspectos más subyacentes y latentes como el desarrollo de un apego seguro cobran una importancia determinante en estos primeros años para el desarrollo neurológico y psicológico. Esta protección durante estos años se convierte por tanto en una necesidad de prevención, que debe partir de una atención general en todos los nacimientos y otra más específica sobre indicadores de riesgo en el entorno, sin esperar a que emerja sintomatología en el niño o niña para recibir atención, ya que en muchos casos puede ser ya demasiado tarde.

En esta línea se han señalado:

- *necesidad de crear una cultura de derivación desde pediatría a salud mental desde los primeros meses cuando se presentan síntomas que lo indican*
- *necesidad de programas para padres y madres primerizas con dificultades o bajas capacidades*
- *necesidad de seguimiento de la salud mental de la madre desde el contacto con su matrona cuando haya indicadores que lo requieran...*
- *necesidad de protección social familiar desde una cobertura económica, permisos maternales/paternales retribuidos,*
- *necesidad de avanzar en las prestaciones y coordinación en atención temprana*

**Apoyo a familias con dificultades.** Muchos niños y niñas atendidos en salud mental, viven situaciones familiares de multi-estres, debido a dificultades cognitivas y bajas capacidades en sus adultos de referencia, a situaciones sociales desfavorecidas, a falta de modelos adecuados en sus familias de origen, y es por ello que estas familias no cubren adecuadamente sus funciones socialmente asignadas y sitúan a los niños y niñas en situación de riesgo a nivel físico y también psíquico. Se destaca la necesidad generalizada de apoyo en la cobertura de las funciones normativas (obediencia, autoridad, normas y límites, etc.), pero también en el apoyo a la creación de espacios de ocio, espacios de diversión, de creación de disponibilidad marental y parental y potenciación del afecto.

Por ello, se ha señalado la necesidad de ayuda a estas familias tanto a través de apoyos instrumentales y asistenciales, como a través de intervenciones educativas o psicosociales centradas en:

- *programas educativos de orientación en la crianza y educación de los hijos e hijas, para normas y límites*
- *la funcionalidad del hogar; ayuda en tareas de mantenimiento saludable del hogar*
- *la organización de tareas escolares y juego*

- *la socialización y participación social de la familia*

Se considera que ese apoyo a la familia también debiera incluir **acciones compensatorias dirigidas** directamente a los **niños, niñas y adolescentes**.

**Más tiempo y disposición familiar general.** Se observan limitaciones en las oportunidades que los padres y las madres tienen para el disfrute de tiempo compartido y la dedicación a la relación y la interacción con sus hijos e hijas. Las obligaciones laborales y de provisión económica de las familias aportan una carga sobre las figuras adultas, que bien en tiempo o energía, disminuyen la calidad de la interacción con los niños y niñas, con un impacto especial en las edades tempranas. Se subrayan situaciones de actividad laboral compleja, con condiciones y salarios precarios así como largas jornadas de trabajo, en las que las personas menores de edad pasan muchas horas solos y solas.

Desde el juicio profesional se valora que ofrecer recursos a las familias que permitan mejorar la atención que ofrecen a sus hijos e hijas, cuidando los espacios de interacción con personas adultas significativas, tiene un alto impacto en su desarrollo especialmente en las etapas de mayor aprendizaje y estructuración personal.

Se señala:

- *necesidad social de medidas de conciliación*
- *necesidad de espacios extraescolares de acompañamiento por un adulto mediador, con profesionales que toleran y entienden los comportamientos desadaptados: deberes, merienda, ocio, deporte, etc.*

**Apoyo familiar específico en situaciones de separación y divorcio.** La mala resolución de la separación entre las parejas, está generando un sufrimiento infantil importante que en muchas ocasiones acaba requiriendo atención en los centros de salud mental. En nuestra sociedad, por su escaso bagaje histórico hay una falta de modelos cercanos en la respuesta a la separación de pareja, lo que contribuye a posiciones de lucha y confrontación, con escasa protección a los niños y niñas. Se subrayan como necesarios *programas educativos y psicoeducativos que ayuden a las familias en este tránsito, y que aporten soluciones más adaptativas y funcionales, que fomenten la coparentalidad, así como la utilización de recursos como la mediación familiar*<sup>4</sup>.

**Regulación de los deberes, tareas y requerimientos escolares** Se señala en algunos casos la carga familiar que suponen algunas dinámicas escolares: muchos deberes para los niños y niñas que recaen sobre la familia, lo que requiere capacidades cognitivas y culturales en las personas adultas de referencia no posible en muchos casos. Indican que muchas familias, ven desbordada su convivencia familiar por estos requerimientos, privando al niño o niña de un espacio distendido y donde el afecto y el tiempo compartido sea agradable. Se ha señalado en esta *línea la necesidad de revisión desde lo escolar de un sistema de funcionamiento que combine el aprendizaje, la disciplina y autonomía del niño o niña, así como las posibilidades familiares*.

---

<sup>4</sup> El servicio integral de mediación familiar es un servicio del catálogo del Sistema Vasco de Servicios Sociales, dependiente o de acción directa del Gobierno Vasco ( Artículo 22, punto 2.7.3.3). El GV dispone de un servicio en cada capital territorial (Bilbao, Donostia y Vitoria-Gasteiz).

**Programas educativos, psicoeducativos, de apoyo familiar y respiro para padres con hijos o hijas con necesidades específicas de alta intensidad.** Algunos trastornos como el TDHA, de desarrollo, del espectro autista, discapacidad, trastornos de conducta, etc. implican un alto nivel de exigencia en los padres y madres, desde la toma de conciencia de los problemas que presentan, así como un conocimiento de las necesidades especiales de sus hijos e hijas, o la adquisición de competencias educativas para una relación y crianza específica que funcione. Es por ello que las familias requieren de recursos de todo tipo que complementen la atención en la familia, y faciliten un proyecto familiar. Se han señalado:

- *Necesidad de espacios de tiempo libre compartido*
- *Necesidad de centros de día,*
- *Necesidad de programas de respiro*
- *Necesidad de acompañamiento social a la familia y personas cuidadoras.*

**Atención a adolescentes que no residen con sus familias y con necesidades especiales.** Se observa la necesidad de contextos reeducativos para adolescentes con historial de vida difícil, daño emocional y problemas de conducta, que más allá de la presencia de patología clínica o no, necesitan de una atención reeducativa, y contextos de cuidado, estructuración personal y contención de la conducta.

## **Ámbito escolar**

Tras el universo familiar y los primeros años de vida, la práctica escolar, tanto en la adquisición de competencia y destrezas, como en la adaptación al grupo y la socialización adquieren mucha importancia y constituyen el inicio de la integración social posterior. Los profesionales y las profesionales sanitarias, señalan en general el buen hacer escolar en el importante encargo social que se les asigna.

Aún reconociendo el avance que se ha dado en inclusión e integración de la diversidad y las necesidades especiales, se subraya la complejidad progresiva que presentan los grupos-aula, con necesidades de atención muy personalizadas, por lo que señalan para este ámbito las siguientes aportaciones:

**Refuerzo de la función socializadora, de contención y control de la escuela.** Muchos niños y niñas presentan situaciones especiales, son vulnerables en el espacio afectivo y relacional, y no viven la escuela como un espacio agradable de intercambio con otros. Se ha señalado la necesidad de reconocer las diferencias y trabajar por la adaptación del entorno a esas necesidades diferenciales. Se señala la necesidad de dignificar lo que es diferente, y no así negar la diferencia como medio para normalizarla. Se han destacado positivamente algunas iniciativas desarrolladas en algunos centros escolares orientadas al trabajo de cohesión – relación del grupo aula, y el acompañamiento a niños y niñas con dificultades psíquicas en espacios de patio o comedor y la organización de actividades y juegos regulados.

Se indica la necesidad de actuaciones específicas dirigidas a lograr una suficiente integración social y un clima convivencial del aula satisfactorio como:

- *dinámicas hacia los niños y niñas que favorezcan las relaciones saludables con la aceptación a la diferencia*
- *apoyo estructural y de conocimiento para el profesorado para el manejo y resolución de los comportamientos disruptivos*
- *refuerzo de los programas psicopedagógicos. Dirigidos a la mejor evolución de problemas y trastornos de atención, de aprendizaje, de conducta, etc.*
- *acompañamiento en espacios escolares pero no lectivos (comedor, recreos, etc) para las situaciones de mayor vulnerabilidad.*
- *aulas estables para niños y niñas con altas necesidades especiales.*

**Apoyo escolar específico para situaciones desfavorecidas.** Algunos entornos familiares y sociales no pueden aportar a los niños y niñas la construcción de ciertos hábitos de estudio y los apoyos necesarios. *Se señala necesaria esta cobertura.*

**Mayor flexibilidad en el modelo bilingüe en niños y niñas con dificultades de aprendizaje.** Para algunos niños y niñas que presentan dificultades en el área del lenguaje, la lectura y la escritura, el bilingüismo puede suponer un objetivo inalcanzable. Al respecto se señalan convenientes *medidas de flexibilización y adaptación.*

**Una posición menos centrada en el diagnóstico y más en la resolución de problemas.** Algunos profesionales señalan que en ocasiones la exploración de las causas de un problema emerge como primer objetivo, relegando a un segundo plano su orientación a la solución, lo que obstaculiza la evolución pronta y satisfactoria del problema. Señalan la *necesidad de flexibilizar el objetivo de disponer de un diagnóstico de salud mental en pro de tener como objetivo el diseño de la solución sobre los problemas que presenta el niño o niña.*

**Recursos de orientación psicológica en los centros.** Se señala la *necesidad de la figura del psicólogo escolar* como refuerzo para el profesorado, ya que facilitaría la resolución de algunos conflictos en el propio espacio dónde se manifiestan. Se señala además que esta figura profesional en este ámbito puede facilitar un correcto ajuste en las demandas hacia salud mental, ya que se considera que en ocasiones se tiende a demandar a salud mental aportaciones que tendrían una buena cobertura desde medidas precoces psico-pedagógicas, y en otras ocasiones pueden no ser detectados a tiempo indicadores internalizantes de daño emocional en un niño o niña.

**Formación para la detección temprana de dificultades 0-6 años.** La ampliación de la escolarización de la población infantil en edades tempranas permite un espacio de detección precoz que puede suponer una pronta intervención y mejores resultados. Para ello *sería necesaria una mayor formación del conjunto profesional de estas etapas para conseguir un conocimiento profesional amplio en los aspectos evolutivos que permitan identificar los indicadores de riesgo y los aspectos que pueden considerarse fuera de los parámetros de normalidad.*

## **Ámbito social**

**Espacios de socialización.** Además de lo que corresponde a la familia y la escuela, se demanda que estos niños y niñas puedan disponer de oportunidades de relación y participación, y en mayor medida según avanza la edad. Estos espacios de socialización se constituyen apoyados

fundamentalmente en la actividad cultural y de ocio, que pueden darse de manera informal, o requerir de una acción social planificada.

Estos recursos proporcionan a los niños, niñas y adolescentes oportunidades positivas y a su vez, reducen su vulnerabilidad a situaciones relacionales negativas y actividades perjudiciales, y restan soledad, aislamiento y/o sensación de vacío a estos niños y niñas. Se señalan espacios de relación estructurados como:

- *las asociaciones de tiempo libre, y se subraya la implicación que la desaparición de estas está teniendo para muchas niños y niñas*
- *espacios de merienda y juego después de la escuela*
- *gaztelekus, locales bien preparados, con materiales cuidados, mediados por una persona adulta referente*
- *grupos específicos por edades, hasta los 11 años, otros hasta los 18 años y otros para después*
- *grupos de danza, música, deporte adaptado*
- *grupos psico-educativos de habilidades sociales*
- *ludotecas*

**Recursos de socialización con perfiles especiales.** Además de los contextos ya señalados como necesarios, se ha referido la importancia de dotar a chicos y chicas más inhibidos, con una débil integración escolar, con una socialización primaria deficiente, personas menores inmigrantes, con problemas de desarrollo, de atención, de conducta, etc, de un acompañamiento y apoyo de integración social, con dos ejes:

- *espacios de relación seguros y adaptados,*
- *y el entrenamiento en habilidades sociales*

La edad se subraya como un condicionante, ya que a mayor edad aumenta la dificultad de encontrar recursos de este tipo, que en mayores edades parece mejorar en torno a programas pre-laborales o formativos. Por este motivo *se incide en la necesidad de espacios a partir de la adolescencia.*

**Espacios de socialización para personas adultas.** Los profesionales y las profesionales consultados señalan en las familias, padres y madres, que un mayor desarrollo en la dimensión social, favorece una mejor adaptación en lo personal y familiar, y que puede favorecer la resolución de dificultades en estos campos, es por ello que señalan *la necesidad de crear espacios de relación informales en torno al ocio, la crianza, la cultura, etc, como medio de una mayor integración social de la familia.*

**Actividades culturales, deportivas y de ocio para personas menores de edad.** Recoge la demanda de todo tipo de actividades, también colonias, campamentos, grupos de tiempo libre, etc. La disposición de un entorno cultural enriquecedor y que favorezca el crecimiento personal es positivo para toda la población, y en los casos de entornos socio-familiares desfavorecidos tiene un efecto compensador. Se señala además la necesidad de que estas actividades sean abiertas y puedan ser inclusivas para los chicos o chicas con necesidades especiales.

**Recursos sociales de cobertura integral para múltiples necesidades.** En situaciones de múltiples necesidades de atención, como puede corresponder a trastornos graves del desarrollo, con necesidad de cumplimentar o sustituir a las funciones familiares, y aportar desde medios residenciales hasta educativos o de tiempo libre, se referencia la amplia disposición de servicios y la calidad de los mismos de las asociaciones APNABI (Bizkaia) y GAUTENA (Gipuzkoa), encontrando que Álava valoraría como positivo un modelo similar de concertación.

**Reflexión sobre el modelo cultural de crianza y educación.** Se observa una presencia cada vez mayor de un modelo cultural de crianza y educación basado en la preponderancia educativa-académica, con una estimulación continua de aprendizajes, que favorece todo el tiempo el hacer (deporte, idiomas, música, etc), en una hiper-estimulación y multi-actividad a veces forzada. Además, este modelo sustituye en ocasiones funciones de cuidado y relación por contenidos académicos, y atiende sectores parciales de la persona pero no a su desarrollo global. Varias personas entrevistadas manifiestan su preocupación, por el impacto que ello pueda estar teniendo en las edades tempranas, ya que se minusvalora el significado determinante que la interacción humana significativa tiene en el crecimiento de los niños y niñas. Se observa en todos los campos y edades, una menor presencia de las figuras adultas cercanas interactuando con el niño o niña en desarrollo.

La parcialización de estos aprendizajes que se ponen a disposición de los hijos e hijas y su falta de integración en relaciones significativas, dificultan los espacios de actuación autónoma, de reflexión, de pensamiento, de juego libre y de integración de la experiencia. Todo ello, necesario para el desarrollo infantil.

**Disposición de modelos sociales más positivos.** También se ha señalado que el contexto social de información y estimulación en los mass-media, y los medios virtuales (TV, internet, etc) puede presentar contenidos inadecuados, con comportamientos individualistas, intolerantes, materialistas, de imposición por la violencia, machistas, xenófobos, etc. Especialmente programas televisivos de amplio consumo entre adolescentes muestran como valores principales el éxito y el dinero, a menudo conseguido a través de medios delictivos, o a través de relaciones de imposición y sumisión. También desde este contexto social, se señala el fácil acceso para adolescentes desde edades muy tempranas de alcohol y drogas.

Si bien los niños, niñas y adolescentes que cuentan con familias con otros valores y un entorno cultural y social más enriquecedor compensan este contexto mediático, quienes no cuentan con ello son muy vulnerables a su influencia.

## **5.- Recursos actuales, coordinación y percepción de las mejoras necesarias**

---

Las opiniones recogidas sobre qué respuestas sociales son necesarias para esta población infanto-juvenil atendida en salud mental, son distintas en función de las necesidades específicas de la población a la que atienden, los recursos que existen para esas necesidades concretas, la diferente cobertura por ubicación, o el hábito de utilización de ciertos recursos frente a otros.

Así, y pese que se dan demandas concretas y otras generales de recursos, de manera general, las profesionales y los profesionales sanitarios señalan que existen recursos de atención educativa, social y cultural a los que derivan o con los que se coordinan con asiduidad. Las opiniones recogidas se refunden en los siguientes aspectos:

En **el ámbito educativo**: Se tiene un conocimiento claro del sistema, de su ordenación y de los ámbitos de actuación. La relación entre la red de salud mental y el sistema educativo es estrecha, pues prácticamente toda la población atendida se encuentra escolarizada. Todos los centros de atención en salud mental mantienen coordinación con los Berritzegunes y Centros escolares (Haureskolak, centros de primaria, secundaria) y Centros de Iniciación profesional (PCPI). La valoración general de estos recursos es buena, y se señalan algunos aspectos en situaciones concretas:

- *Sobrecarga de trabajo en Berritzegunes y demora en las valoraciones.*
- *Dificultades del profesorado para el manejo y control de conductas disruptivas.*
- *Profesorado joven o poco experimentado en Haureskolak*

Así mismo, los recursos más especializados de atención educativa en hospitales y domicilio son muy bien valorados.

En el **ámbito de servicios sociales**: si bien la relación no es tan generalizada como en la educativa, también es amplia, y se ha relacionado con situaciones de problemas de tipo familiar y/o de dificultad social. Todos los centros mantienen alguna actividad con los servicios sociales, y diferencian los Servicios Sociales de Base de ámbito local y los Servicios de Protección Infantil de carácter foral.

Dentro de este ámbito, la labor realizada por profesionales de educación familiar en el apoyo a las familias, profesionales de educación de calle, recursos de prevención comunitaria o equipos socioeducativos en la atención a niños, niñas y adolescentes, han sido señalados de manera reiterada como favorecedores de mejora en estos niños, niñas y adolescentes atendidos en salud mental. La terapia familiar y otras intervenciones psicosociales específicas que se llevan a cabo desde los recursos sociales también han sido identificadas de utilidad.

Sobre esta disposición de recursos, se observan muchas diferencias territoriales, tanto en intensidad de atención como por la cantidad de recursos. Las consideraciones para la mejora son variadas, se recogen ordenadas de mayor a menor señalamiento.

Una de las mejoras solicitadas hace referencia a reducir la dilatación que se percibe en la respuesta de los servicios sociales, ya que dificulta el abordaje acompasado de las situaciones problema. La **demora** entre la demanda de atención y la respuesta de intervención puede ser de meses e incluso en situaciones complicadas cercana al año, y a menudo puede observarse que las situaciones se deterioran o ya han cambiado desde la solicitud inicial.

Así mismo, se ha recogido la opinión de que la actual estructuración y burocratización del sistema de servicios sociales, ha generado para algunas familias una sensación de miedo y/o coerción, que obstaculiza el acceso de algunos niños y niñas a ciertos recursos. Esto ha sido valorado como un

hándicap cuando el o la profesional sanitario/a considera beneficioso para un menor o una menor la participación de algún recurso, pero la familia rechaza el procedimiento de acceso.

**Por otra parte, la gestión de caso no es una práctica consolidada** y no se realiza desde **la centralidad de la persona**, que recibe atención desde numerosos frentes. Es necesaria una jerarquización de las actuaciones profesionales, desde la naturaleza del objeto de atención y con una intervención más planificada. Se ha referido la importante necesidad de combinar de forma flexible y ágil la perspectiva clínica y la social cuando la protección social y el objetivo clínico están presentes en la resolución de difíciles situaciones infantiles.

En esta línea, se valora como dificultad que en ocasiones existe poca coordinación y trabajo conjunto entre salud mental y servicios sociales, dando lugar a **actuaciones paralelas y/o sobreintervención**.

**A nivel de procedimientos, se ha señalado específicamente en Gipuzkoa como dificultad la rigidez de algunos protocolos** de protección a la infancia, que complejizan las actuaciones y coordinación entre servicios sanitarios y servicios sociales, y la necesidad de mejorar la coordinación especialmente en las situaciones de personas menores de edad que se encuentran en acogimiento residencial.

A nivel de la temporalización de los programas, se ha indicado la necesidad de dotar a estos programas y recursos grupales desarrollados en los servicios municipales de una **estabilidad y continuidad suficiente**, dado que su corta duración dificulta la vinculación entre la persona profesional de referencia y los niños y niñas, y no permite favorecer el asentamiento de mejoras significativas.

**En el ámbito cultural o sociocultural**, desde salud mental y con el objeto de aportar a los chicos y chicas espacios de ocupación del tiempo libre, de relación y de enriquecimiento de experiencias, se les informa y deriva a estos recursos. Aunque al respecto se señala que a menudo muchos niños y niñas presentan dificultades para encajar en los recursos normalizados por las propias dificultades de relación y de competencia social.

Por último, cabe señalar en este apartado que a lo largo de las entrevistas se ha destacado la referencia de numerosos recursos, del tercer sector (asociaciones y fundaciones) que están atendiendo con carácter comunitario, y con recursos localizados por colectivo y zona de implantación, a diferentes necesidades de esta población y de sus familias. No podemos hacer mención a todas ellas a título nominativo pero hacemos una breve mención en la atención que se está cubriendo en:

- Atención en consumos de drogas a la población joven y orientación familiar
- Atención a adolescentes con comportamientos de riesgo
- Atención en la exclusión social
- Programas de apoyo escolar
- Ocio y tiempo libre
- Desarrollo local y comunitario

Con lo señalado, se concluye que el grupo profesional entrevistado, con las puntualizaciones precisas, presenta una valoración adecuada de los recursos existentes y las mejoras señaladas se orientan principalmente al ámbito de la coordinación.

En general, la falta de guía sobre los recursos existentes y disponibles, la ausencia de reglas del espacio sociosanitario, las duplicidades entre servicios y la falta de coordinación por distintos motivos (falta de conocimiento, relación, sobrecarga de trabajo,...) han sido los elementos más referidos como dificultad para lograr una atención integral y centrada en las necesidades estos niños, niñas y adolescentes.

Se señala que esta coordinación y el buen hacer conjunto depende de las personas y de la sensibilidad individual profesional, y no de una articulación intersistemas, que se manifiesta poco estructurada.

Así mismo, se evidencia que la atención a esta población requiere de comprenderla en un marco integral que respete la unidad de la persona, y que articule la atención a las necesidades tanto educativas, sanitarias y sociales.

## **6.- Conclusiones**

---

La red pública de salud mental infanto-juvenil atendió en el año 2011, al 2,9 % de la población menor de 18 años, con un total de 9.964 niños, niñas y adolescentes. Se recoge una mayor atención a varones (68%) que a mujeres (32%), argumentado por los profesionales y las profesionales en la diferente prevalencia de algunas patologías y trastornos según el sexo.

La atención a la infancia y adolescencia con problemas de salud mental está extendida en la CAPV con una red de recursos accesible y normalizada para la población general. A estos recursos acuden niños, niñas y adolescentes de todos los niveles socioeconómicos y entornos sociales, pero el porcentaje de niños y niñas de clases más acomodadas se estima menor, ya que tienden a acudir a centros privados. Por ello, está más presente la población de niveles sociales más desfavorecidos.

La población comprendida en el estudio presenta distintas problemáticas, y dentro de todas ellas, una preocupación emitida de forma generalizada es la cronicidad y agravamiento en el desarrollo evolutivo de estos niños, niñas y adolescentes. Por este motivo los profesionales y las profesionales han subrayado la importancia de la atención precoz de los problemas, la creación de una cultura de prevención, y de derivación a salud mental desde la infancia temprana.

Las opiniones profesionales insisten en la necesidad de un entorno suficientemente positivo como sostén para el equilibrio emocional y el desarrollo adecuado. La familia, la escuela y la red social son los tres ámbitos de incidencia indicados y donde se demandan acciones de prevención, protección y compensación. La atención de estos niños y niñas, requiere considerar sus necesidades especiales y por lo tanto el refuerzo en estos tres ámbitos.

Las necesidades más prioritarias no están en promover más servicios sino en reforzar y consolidar y estructurar lo que ya existe. Existe una valoración general compartida por el conjunto profesional

sanitario de que existen numerosos recursos, y que si no se responde a las necesidades es por desajustes en la temporalidad, por una escasa descentralización, por edad, o por diferencias territoriales. Las necesidades sociales señaladas hacen referencia a experiencias que ya existen a nivel de comunidad autónoma, pero que no están extendidas, consolidadas o incluso publicitadas suficientemente.

En esta línea, cabe señalar que la totalidad de centros entrevistados mantiene relación con recursos educativos, sociales y culturales, con los que ajusta actuaciones o a los que deriva o solicita prestaciones complementarias a su actuación. En concreto con los servicios sociales, se mantiene una actividad importante, y se señalan mejoras para la coordinación y actuación conjunta.

Los y las especialistas en salud mental señalan la importancia de los recursos de acompañamiento a los niños, niñas, y adolescentes y a sus familias, especialmente de componente socioeducativo. Reconocen prestaciones de gran ayuda en la estructuración psíquica, que quizás por ser consideradas *básicas, o de siempre*, han quedado en un segundo plano. En esta línea se pone en valor la vinculación de estos niños y niñas con el educador o educadora social de referencia y se recuerda la importancia del mantenimiento de los recursos a lo largo del tiempo, especialmente en los cambios de hitos del desarrollo. También, se recupera el valor de los programas de relación social, de los espacios de referencia, y en general de todas las acciones de socialización. La importancia del estar, del acompañar, de la intermediación entre la persona y el medio, etc. se señala a menudo. Poner valor a esta labor profesional significa invertir en estas actividades, mantener espacios y dedicación.

Al respecto cabe que los recursos existentes extiendan y amplíen programas de socialización y de participación social, con especial incidencia en las etapas adolescente y juvenil, y de refuerzo para grupos vulnerables (con alguna discapacidad, de etnias minoritarias, de menores con primera socialización deficitaria, de población inmigrante, etc), sin olvidar también la socialización de la crianza y educación para madres y padres, y las necesidades específicas de la población inmigrante.

La necesidad de activación de los servicios sociales en los objetivos de integración familiar y social, y de apoyo personal con la población infantil y juvenil con trastornos mentales graves centrados en las necesidades y en las posibilidades de mejora de cada caso, y no tanto dependientes del tipo de diagnóstico, constituye otra de las aportaciones del estudio.

Por último, a modo de conclusión evaluativa del estudio, consideramos que el conocimiento obtenido a través de las entrevistas realizadas nos ha aportado una visión global de la red de salud mental renovada. La opinión profesional individual nos ha dado pistas sobre la necesidad de ampliación de algunas prestaciones, y la opinión conjunta, con cierta sorpresa, sitúa el punto de mira en el valor del trabajo de tipo social clásico, con énfasis en la focalización de las necesidades básicas y el trabajo de base de integración familiar y social. Así mismo, nos señala la existencia de recursos y la necesidad de centrar los esfuerzos en mayor ordenación, coordinación y mejora de lo que ya existe.

## Bibliografía

---

- Alda, J.A.; Arango, C.; Castro, J.; Petibó, M.D.; Soutullo, C.; San, L. (coord.). (2009). *Trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia: ¿qué está sucediendo?*. Esplugues de Llobregat: Hospital Sant Joan de Déu.
- Ararteko. (2012). *Aproximación a la atención de la salud mental de la infancia, adolescencia, juventud y vejez en la CAPV desde la perspectiva del Ararteko: retos y oportunidades*. [[http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0\\_2935\\_3.pdf](http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_2935_3.pdf), consultado el 15/01/2013]
- Ararteko. (2011). *Infancias vulnerables, Informe extraordinario de la institución del Ararteko al Parlamento Vasco*.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2008). *Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes*. Ministerio de Sanidad y Consumo. [[http://www.aepcp.net/arc/LaSaludMental\\_I-J.pdf](http://www.aepcp.net/arc/LaSaludMental_I-J.pdf), consultado el 13/09/2012]
- Departamento de Sanidad y Consumo (2010). *Abordaje integrado intra y extrahospitalario de los trastornos de conducta en la adolescencia. Proyecto de investigación Comisionada*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Grupo Director de Infancia y Adolescencia del Programa de Salud Mental. (2010). *Programa de atención a la salud mental de la Infancia y la Adolescencia, Programa de Salud Mental*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud.
- Mollejo Aparicio, E. (Coord.) (2012). *Los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría Estudios.
- Navarro-Pardo, E., Meléndez, J.C., Sales, A. Sancerni, M.D. (2012). *Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género*. **Psicothema**, v. 24, nº3, pp.377-383.
- Osakidetza. Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi. (2010). *Estrategia en salud mental de la CAV*. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza – Servicio Vasco de Salud.
- Osakidetza. Red de Salud Mental de Bizkaia. (2010). *Programas de Tratamiento Intensivo para el TGM infante juvenil en Bizkaia*. Documento no publicado.