



ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE EN EUROPA: SITUACIÓN, RECOMENDACIONES, Y DIRECTRICES DE LA RED ADOCARE*

E. COPPENS - I. VERMET - J. KNAEPS - M. DE CLERCK
I. DE SCHRIJVER - J.P. MATOT - CH. VAN AUDENHOVE

BRUSELAS

DICIEMBRE DE 2015



COLOFÓN

***ADOCARE: contrato de servicios SANCO/2013/C1/005 - 512.668919**

La Unión Europea representada por la Comisión Europea, DG Salud y la Dirección General de Consumidores - Dirección C - Salud Pública

El consorcio Action for Teens (aisbl - inpo) - LUCAS (Centro de investigación de KU Leuven)

Equipo ADOCARE:

Action for Teens (aisbl - inpo):

Martine De Clerck (Coordinadora del proyecto)
Isabelle De Schrijver (Coordinadora del proyecto)
Marta Mateos (Asistente del proyecto)
Dr. Jean-Paul Matot (Director del proyecto)
Christine Vandermeulen (Directora financiera)

LUCAS KU Leuven:

Prof. Dr. Chantal Van Audenhove (Director de la investigación)
Dr. Evelien Coppens (Coordinador de la investigación)
Dr. Jeroen Knaeps (Colaborador científico)
Iona Vermet (Colaborador científico)
Kevin Agten (Auxiliar administrativo)
Lut Van Hoof (Auxiliar administrativo)

La red ADOCARE de participantes (véase página 38/39)

Copyrights:

© European Union, 2015.

Reproduction of content other than photographs and map is authorised provided the source is acknowledged.

For any use or reproduction of photographs and map permission must be sought directly from the copyright holder's ©adobe stock

Disclaimer:

The information and views set out in this report are those of the author(s) and do not necessarily reflect the official opinion of the European Commission.

Neither the European Commission nor any person acting on behalf of the Commission is responsible for the use which might be made of the following information.

www.adocare.eu

**ADOCARE: contrato de servicios con la Comisión Europea para implementar una acción preparatoria relacionada con la creación de una red de expertos en el campo de la atención adaptada a los adolescentes con problemas de salud mental, contrato de servicios SANCO/2013/C1/005 - 512.668919.*

CONTENIDO

PRÓLOGO	4
Síntesis	7
1. Introducción	7
2. La situación de la salud mental de los adolescentes en Europa	9
3. Organización y tipología de la ASMA	9
4. Disponibilidad y calidad de la ASMA	9
5. Estrategias para mejorar la disponibilidad de la ASMA	10
6. Estrategias para mejorar la calidad de la ASMA	11
7. Prevención de problemas de salud mental y promoción del bienestar mental	18
8. Políticas y marcos jurídicos relacionados con la ASMA	19
Directrices y recomendaciones	23
1. Disponibilidad de los servicios de ASMA	24
2. Calidad de los servicios de ASMA	25
3. Accesibilidad de los servicios de ASMA	26
4. Tratamiento centrado en la persona	27
5. Atención integrada	28
6. Transición de los adolescentes desde los servicios de ASMA hacia los servicios de ASM para adultos	29
7. Formación de los profesionales	29
8. Prevención y promoción de la salud mental	30
9. Política y marcos jurídicos	31
10. Investigación	33
Referencias	37



PRÓLOGO

Todo adolescente tiene derecho a crecer hasta ser un adulto sano y responsable, capaz de participar en la sociedad y llevar una vida feliz. Desgraciadamente, uno de cada cinco adolescentes padece al menos un problema psicológico. Hoy en día, muchas veces los jóvenes y sus familias no pueden encontrar un tratamiento y un apoyo adecuados, en parte porque la calidad y la disponibilidad de la Atención a la Salud Mental del Adolescente (ASMA) no responde a las necesidades y demandas de los jóvenes (OMS, 2005).

La red europea Action for Teens nació en 2009 para responder a la urgente necesidad de prestar una atención adaptada, integrada y multidisciplinar a los adolescentes con problemas de salud mental.

En diciembre de 2013, Action for Teens, en colaboración con LUCAS, firmó con la Comisión Europea un contrato de servicio de dos años llamado ADOCARE, con el fin de crear una red ampliada de conocimientos destinada a promover y apoyar la creación de estructuras de atención adaptadas e innovadoras para los adolescentes con problemas de salud mental.

La misión general del proyecto ADOCARE era mejorar la ASM al adolescente en los Estados miembros europeos mediante:

- la recopilación de la información, las ideas y las percepciones más novedosas y relevantes sobre la ASMA.
- la evaluación de la cantidad y calidad de los servicios de ASMA en diez Estados miembros participantes.
- la elaboración de directrices y recomendaciones dirigidas a los gobiernos y los servicios para mejorar la ASMA.
- el establecimiento de una red de colaboración intersectorial innovadora formada por expertos europeos en el campo de la ASMA.
- la sensibilización y la invitación a los países a mejorar o establecer la ASMA.

En la práctica, el proyecto ADOCARE se dividió en dos paquetes de trabajo. El paquete de trabajo 1 englobó todos los aspectos relacionados con la investigación y respondía a los tres primeros objetivos. El paquete de trabajo 2 comprendía todo lo relacionado con la tarea de recopilación de la información y los conocimientos de la red, la comunicación, la sensibilización, el refuerzo de capacidades y la difusión. Respondía a los dos últimos objetivos.

Este documento contiene el resumen de las principales ideas recopiladas en el marco del proyecto ADOCARE para responder a las preguntas de la investigación. A partir de los resultados de la investigación, se formularon directrices y recomendaciones con el objetivo de prestar apoyo a los responsables políticos (nivel macro), servicios (nivel meso) y profesionales (nivel micro) que quieren mejorar la ASMA en su país.



SÍNTESIS

1. INTRODUCCIÓN

En Europa, entre el 15% y el 20% de los adolescentes sufre por lo menos de un problema psicológico o de comportamiento y existe un riesgo real de que los trastornos mentales que se desarrollan durante la adolescencia continúen en la edad adulta e incluso pasen a ser crónicos (OMS, 2005). Se estima que casi la mitad de los problemas mentales que afectan a adultos empezaron durante la adolescencia (Kessler et al., 2007a; Patel, Flisher, Hetrick, & McGorry, 2007). Los trastornos mentales no sólo afectan a los jóvenes adolescentes y a su entorno sino que tienen además fuertes implicaciones para su desarrollo social y para la economía mundial (Sawyer et al., 2012). Una pérdida anual del 4% del producto nacional bruto en Europa se debe a los efectos de los trastornos mentales (como consecuencia del absentismo, de menor productividad laboral, etc.) (LSE, 2012).

Hoy en día, los jóvenes y las redes de apoyo específicas creadas para ellos a menudo no logran encontrar una ayuda apropiada para los trastornos mentales. Esto se debe a la falta de centros especializados en Atención a la Salud Mental (ASM). Las necesidades de los adolescentes en términos de atención sanitaria son distintas de las de los adultos y de los niños, ya que se encuentran en pleno proceso de maduración (OMS, 2002). Por ejemplo, necesitan más información y más apoyo psicosocial (Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010) y –según ellos mismos opinan– la ética de los servicios de atención es más importante que sus cualidades técnicas (OMS, 2002). Entre los factores que disuaden a los adolescentes de pedir ayuda destacan la autoestigmatización y la percepción pública de las enfermedades mentales, la preocupación sobre la confidencialidad de la atención recibida, el acceso limitado (entre otros por motivo de tiempo, transporte y coste) y por lo general su desconocimiento de los servicios de salud mental (Gulliver et al., 2010).

Todos los adolescentes tienen el derecho de crecer para convertirse en adultos sanos y responsables capaces de participar plenamente en la vida de la sociedad (tanto social como económicamente). Para lograrlo se requiere actuar con toda urgencia. Hace una década, la OMS declaró que los Estados miembros de la Unión europea tenían que poner a disposición de los adolescentes que necesitaban ayuda suficientes centros de salud mental específicos. Más concretamente, los Estados miembros tenían que garantizar la disponibilidad de “servicios de ASM adaptados que tengan en cuenta la edad” (es decir, servicios sanitarios primarios y especializados y servicios de atención social) que funcionen como redes integradas (OMS, 2005).

Misión y objetivos de ADOCARE

La misión general de ADOCARE es establecer una red especializada en la Unión europea para fomentar y mantener la creación de estructuras de atención adaptadas e innovadoras para adolescentes con trastornos mentales. Entre los objetivos generales de la red de expertos cabe citar la realización de actividades de investigación, la promoción de la sensibilización, el intercambio y la consulta, el refuerzo de capacidades, la difusión y la promoción.

Para llevar a cabo esta misión, ADOCARE:

- ha recopilado información relevante, ideas y percepciones innovadoras sobre la ASMA.
- ha evaluado la disponibilidad y calidad de los servicios de ASMA en los Estados miembros participantes.
- ha elaborado directrices y recomendaciones a la atención de los gobiernos y de los servicios para mejorar la ASMA.
- ha establecido una red transversal innovadora de colaboración entre investigadores, psiquiatras, psicólogos, responsables de decisiones políticas, cuidadores y usuarios en Europa para centralizar la experiencia y los conocimientos en relación con la ASMA.
- ha sensibilizado, ha organizado el intercambio y la consulta, el refuerzo de capacidades, la difusión y la promoción.

En la práctica, el proyecto ADOCARE se ha dividido en dos programas de trabajo. El primero trató todo lo relacionado con la investigación y se centró en los tres primeros objetivos mientras que el segundo se refería a todo lo relacionado con la tarea de recabar información y conocimientos a través de la red, la comunicación, sensibilización, el refuerzo de capacidades y la difusión; y cubría los dos últimos objetivos.

La red ADOCARE

Diez países participaron en la labor de investigación de ADOCARE: Bélgica, Finlandia, Francia, Alemania, Hungría, Italia, Lituania, España, Suecia y el Reino Unido. El objetivo era poder contar con representantes en las distintas regiones de la UE: las Islas británicas, Europa del Este, la región del Mediterráneo, la región nórdica y Europa Occidental. En la actualidad, la red cuenta con 239 actores con distintos perfiles, procedentes de los Estados miembros que participaron: investigadores, responsables políticos, representantes gubernamentales, directores y administradores de servicios de salud mental, psicólogos, psiquiatras, enfermeras, cuidadores profesionales, jóvenes, familiares, etc.

Actividades de sensibilización y refuerzo de capacidades

Para fomentar la sensibilización acerca de la necesidad de disponer de ASMA, facilitar el intercambio de conocimientos y competencias entre los distintos actores y reforzar las capacidades, ADOCARE ha organizado varios eventos que reunieron a expertos con experiencia multidisciplinar y organizaciones de padres y jóvenes: 2 conferencias de alto nivel y 4 talleres.

La información recogida sobre el terreno y los conocimientos útiles recopilados en dichos eventos se integraron a la investigación de ADOCARE.

Asimismo, ADOCARE ha participado activamente en varias actividades organizadas por terceros para difundir la información sobre el proyecto y promover la ASMA integrada.

Objetivos de la investigación

A través de sus actividades de investigación, ADOCARE se comprometió a recoger la información más reciente y relevante así como las ideas y percepciones sobre la ASMA para contestar a las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es la situación general de la salud mental de los adolescentes en Europa?
- ¿Cómo se organiza la ASMA en Europa?
- ¿Cuál es la disponibilidad de servicios de ASMA en los Estados miembros que participaron y cuál es el nivel de calidad de dichos servicios?
- ¿Cuáles son las estrategias para mejorar tanto la disponibilidad como la calidad de los servicios de ASMA?
- ¿Cuáles son las estrategias para prevenir los trastornos mentales y cómo se puede promover el bienestar mental de los adolescentes?
- ¿Qué políticas y marcos jurídicos existen en los Estados miembros participantes en materia de ASMA?

Metodología de investigación

La información se recogió a través de un enfoque multidimensional. Se combinaron análisis de publicaciones, consultas por medio de encuestas, mesas redondas y talleres con los distintos actores (o sea responsables políticos, profesionales, expertos y usuarios finales). Más específicamente, se examinaron informes y artículos sobre la SMA y la ASMA para desarrollar herramientas y procedimientos útiles para las actividades de investigación de ADOCARE y encontrar respuestas a las preguntas planteadas en este marco. Se realizaron numerosas encuestas que permitieron consultar a cinco grupos de actores en los 10 Estados miembros que participaron: responsables políticos, expertos, profesionales, adolescentes afectados por trastornos mentales y jóvenes en general, incluido su entorno. El cuestionario tiene los siguientes objetivos:

- recoger información sobre las políticas existentes y los marcos jurídicos relativos a la ASMA, su organización y la formación de los profesionales.
- identificar las buenas prácticas y los centros de atención integrada para los adolescentes afectados por trastornos mentales.
- identificar los puntos fuertes y débiles de la ASMA.
- evaluar la cantidad y calidad de los servicios de ASMA.
- analizar las necesidades de los jóvenes con problemas de salud mental.

Además, durante la primera conferencia de alto nivel, se celebraron dos debates plenarios para compartir reflexiones, opiniones e ideas sobre la ASMA en Europa. Posteriormente, se organizaron cuatro talleres de dos días en diferentes lugares de Europa con cuatro grupos de actores (responsables políticos, expertos, profesionales y usuarios finales). Los talleres se centraron en temas clave, objetivos y recomendaciones que se incluirán en las directrices finales.

2. La situación de la salud mental de los adolescentes en Europa

Situación general de la salud mental de los adolescentes

A nivel mundial, en un año, uno de cada cuatro o cinco adolescentes padece al menos un trastorno mental. Entre los adolescentes, los más frecuentes son los trastornos de la ansiedad (31,9%), trastornos del comportamiento (19.1%), trastornos del humor (14.3%) y trastornos por uso de sustancias (11,4%) (Kessler et al., 2007a; Kessler et al., 2007b; Paus, Keshavan y Giedd, 2008). Un estudio reciente de la literatura sobre la salud mental de los jóvenes que analizaba 19 estudios epidemiológicos realizados en 12 países señala que durante la última década se ha producido un aumento parcial de la incidencia de los trastornos mentales en los adolescentes (Bor, Dean, Najman y Hayatbakhsh, 2014).

Parece que los trastornos que se externalizan se mantienen estables mientras que los que se internalizan aumentan, especialmente entre las chicas.

Esta disparidad de género puede asociarse a varios factores. Las niñas están expuestas antes a la sexualización (es decir, a ser consideradas como objetos sexuales y evaluadas por sus características físicas y sensualidad). Están sometidas a más y más presión para tener éxito en la escuela y en su vida privada. Además, están sometidas a unas expectativas culturales y mediáticas cambiantes (Bor et al., 2014; Carli et al., 2014). Conviene señalar, por otra parte, que es posible que la mayor concienciación y el mejor reconocimiento de los trastornos mentales de los adolescentes en los últimos años también hayan contribuido a este aumento parcial (Bor et al., 2014).

En muchos adultos afectados por un trastorno mental, los problemas empezaron en la infancia o la adolescencia, fundamentalmente entre los 12 y los 24 años (Paus et al., 2008). La mitad de las personas que cumplen los criterios para un diagnóstico fundamental DSM-IV a la edad de 26 años, fueron diagnosticados por primera vez entre los 11 y 15 años y casi el 75% de ellos fue diagnosticado por primera vez antes de los 18 años (De Girolamo, Dagani, Purcell, Cocchi y McGorry, 2012). Los trastornos psiquiátricos que se inician en la infancia o la adolescencia tienden a ser los más severos de todos. Por lo tanto, es crucial diagnosticar de manera precoz los trastornos mentales con el fin de poder iniciar el tratamiento antes de que los problemas empeoren (De Girolamo et al., 2012). Según un estudio de cohorte de Patton y su equipo (2014), aplicar un tratamiento eficaz durante la adolescencia no sólo incide en la duración de los episodios de salud mental de manera temprana sino que además reduce la morbilidad en las etapas posteriores de la vida.

La investigación demuestra que los adolescentes y jóvenes adultos con un trastorno psiquiátrico no siempre reciben atención y cuando lo hacen no es la adecuada (Copeland et al., 2015; Farmer, Burns, Phillips, Angold y Costello, 2003; Horwitz, Gary, Briggs-Gowan y Carter, 2003; Leslie, Rosenheck y Horwitz, 2001). Según un estudio, sólo el 18 a 34% de los jóvenes con síntomas severos de depresión o ansiedad buscan ayuda profesional (Gulliver et al., 2010). De un estudio más reciente se desprende que sólo la mitad de los adolescentes que cumplían con los criterios de diagnóstico DSM-IV recibió algún tratamiento en los últimos tres meses. Entre los jóvenes adultos, la situación es aún peor puesto que sólo uno de cada tres recibió tratamiento (Copeland et al., 2015). Son distintas las barreras que contribuyen a esta baja accesibilidad a la ASMA: el estigma (anticipado/percebido), la falta de apoyo de los padres y los fallos estructurales y culturales dentro de los sistemas de atención existentes.

Aparentemente, la sociedad no parece darse cuenta de la importancia de la salud mental de los adolescentes y por lo tanto no invierte lo suficiente en ASMA (McGorry, Goldstone, Parker, Rickwood y Hickie, 2014). Además, muchos adolescentes no se muestran proclives a buscar ayuda y son reacios a acceder a los servicios de atención médica (Brelund et al., 2014).

3. Organización y tipología de la ASMA

Aunque la organización de la atención a la salud mental del niño y del adolescente varía en los diferentes Estados miembros, en general se pueden distinguir cuatro tipos de servicios: (1) servicios de atención residencial (hospitalaria y no hospitalaria), (2) servicios de atención diurna (3) servicios a domicilio y de información (4) servicios de atención ambulatoria externa (Remschmidt y Belfer, 2005). En Europa, la prevalencia de la práctica psiquiátrica privada para niños y adolescentes depende estrechamente del país y de las circunstancias locales. Además, se tiende a establecer servicios especializados con personal altamente cualificado que se dedica a un rango reducido de trastornos más complejos. Actualmente, se están evaluando un número creciente de servicios y tratamientos, pero se necesita seguir avanzando. Aunque la colaboración entre los servicios empieza a aumentar, la coordinación e integración de la atención sigue siendo insuficiente (Remschmidt y Belfer, 2005).

4. Disponibilidad y calidad de la ASMA

En el marco del proyecto ADOCARE, una serie de expertos evaluaron —según una escala de Likert de 5 puntos— tanto la disponibilidad como la calidad de los cuatro siguientes tipos de servicios de ASMA en 10 países europeos: (1) atención residencial (2) atención diurna (3) atención a domicilio e información y (4) atención ambulatoria externa.

Disponibilidad de la ASMA

Todos los Estados miembros participantes, salvo Hungría y Lituania, disponen de servicios de ASM específicos para adolescentes. Sin embargo, la disponibilidad de estas instalaciones se califica de baja. En muchos países, los servicios están orientados a niños o a adultos. Son pocos los servicios exclusivamente dedicados a adolescentes. En general, la disponibilidad de cada uno de los cuatro tipos de servicios de ASMA se califica de baja, muy baja, mediocre e incluso poco clara. Finlandia, donde los cuatro tipos de servicios reciben una buena calificación, es la única excepción. Estos resultados vienen a confirmar conclusiones de estudios anteriores según las cuales

los Estados miembros europeos tienen todavía un largo camino por recorrer (Remschmidt y Belfer, 2005). Por otra parte, dentro de un país, la disponibilidad de servicios de ASMA varía considerablemente entre las regiones: en algunas regiones existe bastante equilibrio entre la demanda y la disponibilidad de la atención mientras que en otras regiones la demanda supera la disponibilidad.

Calidad de la ASMA

Los resultados de la encuesta muestran que la calidad de la ASMA es calificada de buena a muy buena en Bélgica, Finlandia, Francia, Alemania y Hungría.

En Italia y Suecia, a los expertos les resultó difícil determinar la calidad de los servicios. En Lituania, España y el Reino Unido, la calidad fue calificada de mediocre a baja. Los expertos lituanos indicaron que en su país el paradigma biomédico sigue imperando, lo que pone en peligro la calidad de los servicios de ASMA. Esta situación perdura ya que el sistema de seguro médico lituano es reacio a cubrir intervenciones psicosociales. Por último, dentro de los países la calidad de los servicios varía.

5. Estrategias para mejorar la disponibilidad de la ASMA

Atención equilibrada

Dentro de un sistema integral de salud mental, debe establecerse un modelo de atención equilibrado. Se trata de una red que vincule a diferentes tipos de centros de ASM, de modo que cada persona tenga acceso a un tipo de atención adaptado a sus preferencias y necesidades (Thornicroft y Tansella, 2013; Thornicroft y Tansella, 2004). En particular, se consideran necesarios los siguientes tipos de servicios:

- Servicios de atención de salud primaria para personas con problemas de salud mental frecuentes. En estos servicios se lleva a cabo la detección y evaluación de casos, breves intervenciones sociales y psicológicas y tratamientos sociales y farmacológicos.
- Servicios generales de ASM para personas con problemas más complejos, integrados por cinco componentes: clínicas de consultas externas / ambulatorias, equipos comunitarios de salud mental, atención hospitalaria a pacientes críticos, atención residencial comunitaria a largo plazo y apoyo a la profesión y a los profesionales.
- Una serie de servicios especializados de ASM en cada una de las cinco categorías de servicios generales de ASM para dispensar intervenciones más intensivas/especializadas (por ejemplo, autismo, esquizofrenia, trastorno alimentario, adicción, depresión grave y tendencias suicidas).

Un modelo equilibrado de atención también implica disponibilidad de la atención comunitaria y hospitalaria facilitada de manera pragmática y equilibrada (Thornicroft y Tansella, 2004; Thornicroft y Tansella, 2013). Esto significa que en países con muchos servicios residenciales, el número de camas tendrá que disminuir a favor de más atención comunitaria y promoción de la salud mental.

La evolución hacia una atención más equilibrada lleva aparejado un papel más importante de la atención primaria en salud mental. Por ejemplo, se alienta a los médicos de familia y otros servicios de atención primaria a reconocer, evaluar y manejar los problemas de salud mental de los adolescentes (Vallance, Kramer, Churchill y Garralda, 2011). De esta manera se aplicarán con más frecuencia los principios de la atención escalonada. Según estos principios, la evaluación, seguimiento e intervenciones psicológicas generalistas apropiadas se realizan en la atención primaria y los pacientes sólo pasan a un nivel de atención más especializado cuando sea necesario (Silva y de Almeida, 2014).

Tratamiento en la atención primaria

Durante la investigación ADOCARE, profesionales y adolescentes indicaron que en ocasiones se deriva a los jóvenes a servicios especializados con demasiada rapidez. Los profesionales y los padres deben darse cuenta que no todos los trastornos mentales requieren una atención especializada y que en la atención primaria o comunitaria se ofrece un tratamiento adecuado. Sin embargo, para garantizar el éxito de este enfoque se deben satisfacer dos requisitos: (1) los trabajadores de la atención primaria deben estar bien formados, y (2) deben existir servicios especializados para la derivación.

Las herramientas de evaluación para los trabajadores de la atención primaria pueden ayudarles a decidir si los pacientes precisan o no una atención especializada. Los gobiernos pueden estimular la atención primaria a la salud mental y desalentar el uso innecesario de la atención especializada.

Datos epidemiológicos y administrativos

Los datos epidemiológicos nos dan información sobre la prevalencia de problemas de SMA, las necesidades de salud mental de los adolescentes y el uso de los servicios de ASM por parte de los adolescentes. Con estos datos los Gobiernos disponen de la información necesaria para calcular los servicios necesarios en sus (sub)regiones y detectar un posible déficit terapéutico (Wittchen & Jacobi, 2005). Además, permiten concienciar y ayudar a los responsables políticos a establecer prioridades y desarrollar programas, intervenciones y servicios para hacer frente a las carencias y necesidades (Wittchen y Jacobi, 2005).

Sin embargo, los Gobiernos no suelen tener en cuenta los resultados epidemiológicos por tres razones. En primer lugar, los datos epidemiológicos suelen ser inadecuados para una planificación eficaz de las políticas y servicios (Bielsa, Braddick, Jané-Llopis, Jenkins y Puras, 2010; Patton et al., 2012; Wittchen y Jacobi, 2005). Muchos datos se basan en registros administrativos y con frecuencia dichos datos son incompletos (no incluyen todos los tipos de servicios de ASM o todas las regiones de un país), poco fiables (no se

introducen correctamente en los sistemas) y difícilmente vinculables (diferentes servicios utilizan diferentes sistemas de datos). En segundo lugar, muchos países no tienen recursos financieros o humanos para analizar estos datos. En tercer lugar, los gobiernos no suelen "recibir" las conclusiones de la investigación epidemiológica porque no se comunican claramente a los responsables políticos y al público en general (ADOCARE, 2015).

Se ha de fomentar la recogida de datos administrativos de los usuarios de los servicios mediante sistemas de registro de datos (preferentemente internacionales) bien desarrollados y el análisis de dichos conjuntos de datos. Los sistemas InterRAI Community Mental Health e InterRAI Mental Health son ejemplos de instrumentos internacionales de evaluación estandarizada para los médicos que trabajan en centros comunitarios de salud mental y centros psiquiátricos hospitalarios respectivamente.

El déficit terapéutico

En la mayoría de los países la disponibilidad limitada de servicios ASM orientados a los adolescentes representa un problema. Un primer paso para mejorar la disponibilidad consiste en cuantificar el déficit terapéutico, que se define como "la diferencia absoluta entre la verdadera prevalencia de los trastornos mentales entre los adolescentes y el porcentaje de adolescentes con trastornos mentales tratados" (Kohn, Saxena, Levav y Saraceno, 2004). Para ello, los datos epidemiológicos son esenciales.

Una vez determinado el número de centros y profesionales de ASMA por cada 100.000 adolescentes, los gobiernos pueden asignar el presupuesto y hacer lo necesario para reducir el déficit. Al hacerlo, los gobiernos deben tener presente que los cuatro tipos de servicios de ASM representados en el modelo de atención equilibrada deben estar mínimamente disponibles.

6. Estrategias para mejorar la calidad de la ASMA

La calidad de la atención puede considerarse como una construcción compleja y multidimensional que se define en función de varias dimensiones interrelacionadas: acceso al servicio, relevancia respecto a la necesidad, efectividad, equidad, aceptación social, eficiencia y economía (Maxwell, 1992). De las investigaciones realizadas por la red de expertos ADOCARE se extraen varias estrategias para mejorar la calidad de la ASMA.

Un enfoque de desarrollo

La adolescencia es una etapa de la vida caracterizada por la transición. Requiere un enfoque de desarrollo que reconozca que cada adolescente tiene necesidades diferentes y cambiantes según su edad, nivel de madurez y contexto (Remschmidt, 2001; Remschmidt y Belfer, 2005). Por lo tanto, los profesionales necesitan conocer la etapa de desarrollo (social, mental y físico) del adolescente y se supone que deben estar familiarizados con el entorno sociocultural actual de los jóvenes (por ejemplo, sus intereses y preocupaciones, lo que hacen en sus momentos de ocio) con el fin de diseñar un plan de tratamiento personalizado. Por otra parte, los profesionales deben ser conscientes de que cualquier diagnóstico clínico y todas las necesidades evaluadas están sometidas a cambios constantes, ya que los adolescentes experimentan numerosos cambios durante un breve período de tiempo (OMS, 2005). El plan de tratamiento debe ser considerado como un proceso en desarrollo.

Detección temprana de trastornos mentales

Los trastornos mentales del adolescente suelen pasar desapercibidos hasta que empiezan a escalar. A veces, los adolescentes se muestran reacios a compartir sus preocupaciones e inquietudes con adultos. La adolescencia es un período en el que el joven descubre la autonomía, prefiere hacer las cosas a su manera e internaliza las cosas. Además, los adolescentes cuentan preferentemente a los profesionales los problemas somáticos y no tanto los problemas psicológicos. Por esta razón a veces se subestima la gravedad de los problemas psicológicos o se atribuyen a problemas somáticos.

En definitiva, los profesionales deben estar bien formados e investigar sobre los siguientes aspectos: entorno familiar, educación y empleo, alimentación, actividades (influencia de los pares), drogas, sexualidad, suicidio/depresión y seguridad frente a lesiones y violencia (Cappelli et al., 2012; Klein, Goldenring y Adelman, 2014). Unos aspectos que es posible recordar más fácilmente con la sigla inglesa "HEEADSSS" (Home environment, Education and employment, Eating, (peer-related) Activities, Drugs, Sexuality, Suicide/depression, and Safety from injury and violence). Existe en Internet una herramienta web que los profesionales pueden utilizar en la evaluación de los aspectos HEEADSSS.

Por otra parte, los profesionales necesitan formación para conectar verdaderamente con los adolescentes, detectar posibles problemas de salud mental y reconocer signos de sufrimiento leve que podrían ser precursores de una patología severa (ADOCARE, 2015).

Enfoque biológico, psicológico y social

Los adolescentes con problemas de salud mental necesitan una combinación adecuada y eficaz de tratamientos médicos y psicosociales que respondan a sus múltiples y a menudo complejas necesidades (necesidades mentales, sociales, físicas y funcionales) (Remschmidt, 2001; Remschmidt y Belfer, 2005).

Generalmente, se considera que las intervenciones psicosociales son la primera línea del tratamiento profesional (Bohlin & Mijumbi, 2015).

Las intervenciones psicosociales corresponden a una variedad de intervenciones entre las que se incluye la ayuda en la situación social individual (por ejemplo, apoyo económico, educación, empleo y vivienda), la educación psicológica, el coaching y el asesoramiento así como la información o formación. Cada intervención pretende mejorar el comportamiento, el desarrollo general o las destrezas vitales específicas sin recurrir a la medicación (Reichow, Servili, Yasamy, Barbui y Saxena, 2013; Uitterhoeve et al., 2004). La educación psicológica es una intervención psicosocial fundamental.

Ha quedado demostrado especialmente que la educación psicológica de los padres es beneficiosa: aumenta el conocimiento de los padres sobre los síntomas y problemas, estimula un mayor uso de los servicios apropiados, fortalece las destrezas de resolución de problemas y produce interacciones familiares y emociones positivas (Lucksted, McFarlane, Downing y Dixon, 2012). La psicoterapia también es una intervención importante en el tratamiento de problemas graves de salud mental. El libro "What Works for Whom" (Fonagy et al., 2014) presenta una visión general crítica de psicoterapias para niños y adolescentes y su base científica.

A veces, los trastornos mentales graves requieren medicación. Sin embargo, durante todo el proyecto de investigación ADOCARE, se mencionó con frecuencia que para ciertos tipos de problemas de salud mental los médicos recurren a la medicación con bastante rapidez. Existe un debate abierto sobre el uso de medicamentos para ciertos trastornos: qué tipo de medicación es la apropiada, en qué punto del tratamiento es mejor comenzar con la medicación, cuál es la dosis óptima, etc. (Bohlin y Mijumbi, 2015). Los profesionales deben ser conscientes de la importancia de utilizar de manera apropiada la medicación y estudiar nuevas pruebas sobre la eficacia de la medicación. Asimismo, se recomienda combinar la medicación con psicoterapia y/u otras intervenciones psicosociales y es necesario seguir las directrices médicas actuales (por ejemplo, NICE Guidelines on mental health de la British Association for Psychopharmacology, "What works for whom" de Fonagy et al., 2014).

Intervenciones basadas en la web

Últimamente se han desarrollado un gran número de intervenciones electrónicas de salud para la Web y aplicaciones móviles (es decir, e-Salud). Muchos adolescentes se conectan diariamente a Internet, un medio que tiene un enorme potencial para informar sobre salud mental, incrementar el acceso a la atención, implicarles más activamente durante el tratamiento (seguimiento, planificación, apoyo, información, etc.), iniciar la convalecencia y proporcionar tratamiento a través de Internet. (Price et al., 2014). Actualmente se están desarrollando diferentes herramientas de salud mental basadas en Internet para la prevención de la depresión, la ansiedad y el suicidio en niños, adolescentes y jóvenes adultos. Sin embargo, los resultados en términos de eficacia son dispares. Indudablemente, se ha de seguir investigando (Boydell et al., 2014; Reyes Portillo et al., 2014; Ye et al., 2014). Durante la investigación ADOCARE, los adolescentes señalaron que sería útil que existiera un sello de calidad para sitios Web y aplicaciones. Consideran que no son ellos los que deben determinar si un sitio Web o una aplicación es fiable o no. Otra observación que hicieron fue que el apoyo profesional es fundamental para ayudarles a interpretar la información que se proporciona en Internet y garantizar un tratamiento personalizado.

Toma de decisiones compartida (TDC)

Tal y como señala la Convención sobre los derechos del niño, los adolescentes tienen derecho a participar en todas las decisiones que les afecten. Un aspecto que los adolescentes confirmaron durante el estudio ADOCARE: "los jóvenes deben participar activamente en la toma de decisiones sobre su tratamiento; no se debe decidir nada sobre ellos sin ellos." Por otra parte, los profesionales de la red ADOCARE argumentaron que la madurez de un adolescente determina en qué medida implicarlos en las decisiones de tratamiento.

La red ADOCARE recomienda la formación en materia de TDC. Los profesionales deben aprender cómo optimizar la participación del adolescente en la definición de los objetivos del tratamiento y en la elección de las intervenciones adecuadas. En la práctica clínica, la TDC se realiza siguiendo un modelo en tres etapas. La primera etapa o intercambio de información, introduce la idea de que hay que tomar decisiones. La segunda etapa o deliberación sobre las opciones, consiste en informar detalladamente sobre las opciones posibles. La tercera etapa o conversación sobre la decisión, consiste en prestar apoyo al paciente en la toma de una decisión (Elwyn et al., 2012). Por supuesto, sólo funciona si el profesional clínico está dispuesto a dejar que el joven co-decida, si aplica las aptitudes de TDC de manera flexible y si muestra confianza en los jóvenes (Abrines Jaume et al., 2014). Huelga decir que no siempre es posible llegar al mutuo acuerdo. Buen ejemplo de ello sería el caso en el que el ingreso hospitalario es inevitable por razones de seguridad y el adolescente no lo ve así.

Prácticas basadas en evidencias (PBE)

Se entiende por PBE "aquellas prácticas científica y constantemente contrastadas, organizadas en función de las intenciones del cliente, que tienen en cuenta las características culturales y que realizan un seguimiento continuo de la efectividad de las intervenciones a través de mediciones fiables de las respuestas de los adolescentes y los cuidadores, contextualizadas por los acontecimientos y condiciones que afectan el tratamiento" (Fonagy et al., 2014, p. 4). Según la OMS (2013), el uso de PBE por parte de los profesionales se traduce por servicios de salud mental de buena calidad ya que las PBE proporcionan mejores resultados que las prácticas que no se basan en evidencias (Weisz et al., 2013). Los profesionales pueden utilizar directrices que proporcionan un resumen de las intervenciones basadas en evidencias existentes para el tratamiento de diferentes tipos de problemas de salud mental (Hopkins, Crosland, Elliott y Bewley, 2015). En el Reino Unido las directrices NICE (National Institute for Health and Care Excellence) son una fuente de información para los profesionales clínicos que tratan a adolescentes en condiciones específicas. Para los países de rentas bajas y medias, la OMS (2010) elaboró la Guía de Intervención del Programa de Acción para

superar los déficits en salud mental (mhGAP-IG). Esta guía presenta un resumen de intervenciones basadas en la evidencia para gestionar una serie de trastornos prioritarios (como depresión, psicosis, trastorno bipolar, epilepsia, trastornos del desarrollo y del comportamiento en niños y adolescentes).

A pesar de que existen muchas PBE, los profesionales de la red ADOCARE señalaron que están infrutilizadas. Esto se debe a la dificultad de ponerlas en práctica. Los profesionales suelen dudar entre, por un lado, dispensar un tratamiento flexible y personalizado y por otro, facilitar intervenciones estandarizadas guiadas por un protocolo. Por lo tanto, es una buena idea proporcionar más apoyo sobre la manera de aplicar las PBE de manera estandarizada aunque personalizada. Además de las PBE, los profesionales subrayaron que también habría que tomar en consideración las intervenciones prometedoras e innovadoras, aunque todavía no hayan sido validadas.

Implicación de los padres

Los profesionales de ADOCARE están de acuerdo en que los padres son aliados cruciales en la red de un joven. Como norma general, los profesionales deberían informar e involucrar a los padres tan pronto y tan a menudo como puedan. Este es uno de los primeros temas que hay que discutir con el adolescente al principio de un tratamiento. La idea general es obtener un equilibrio sólido entre el respeto a la intimidad de los adolescentes y la implicación de los padres y familiares.

De hecho, los familiares -especialmente los padres- que viven con un adolescente con problemas de salud mental suelen tener problemas ellos mismos (Vermeulen, Lauwers, Spruytte y Van Audenhove, 2015, <http://caringformentalhealth.org>).

A veces los profesionales descubren relaciones disfuncionales dentro de la familia. Por ello es importante apoyar a la familia del adolescente, incluso cuando el adolescente no desee implicar a sus padres. La revisión de Kaslow, Broth, Oyeshiku y Collins (2014) presenta una visión general de programas de prevención, psicoterapias e intervenciones de educación psicológica eficaces basados en la familia. Los estudios confirman que la implicación de la familia en la terapia puede ser beneficiosa para el adolescente (Young y Fristad, 2015).

Continuidad, integración y coordinación de la atención

La continuidad de la atención se define como la calidad de la atención a lo largo del tiempo desde la perspectiva del paciente y del médico (Gulliford, Naithani y Morgan, 2006). Incluye tanto la continuidad longitudinal (es decir, la serie ininterrumpida de contactos durante un largo período) y la continuidad transversal (es decir, la coherencia de las intervenciones entre y dentro de diferentes prestadores de servicios) (Bruce y Paxton, 2002; Thornicroft y Tansella, 1999).

La continuidad de la atención también está estrechamente relacionada con la atención integrada que se define como: "un conjunto coherente de métodos que afectan a la financiación, administración, organización, prestación de servicios y niveles clínicos diseñados para crear conectividad, alineación y colaboración dentro de los sectores y entre los sectores" (Kodner y Spreeuwenberg, 2002). Para los adolescentes con problemas de salud mental disponer de una atención integrada es muy importante. La mayoría de los jóvenes suele tener múltiples necesidades (psicológicas, médicas, sociales, educativas, profesionales). Necesitan una combinación de servicios prestados secuencial o simultáneamente por múltiples prestadores de atención, a menudo empleados por diferentes establecimientos en diversos sectores. Si se quiere prestar una atención de alta calidad, es fundamental integrar estos diferentes niveles de atención.

Trasladar a la práctica la continuidad de la atención y la atención integrada requiere estrategias a varios niveles, que van desde el nivel macro al micro (Gröne y Garcia-Barbero, 2001; Kodner y Spreeuwenberg, 2002; Mur-Veeman, Hardy, Steenbergen y Wistow, 2003; Thornicroft y Tansella, 2003; Valentijn, Schepman, Opeij y Bruijnzeels, 2013). A nivel macro, la integración está fuertemente determinada por la organización más amplia de los servicios de salud mental y por la manera en que los ministerios y departamentos del gobierno optan por un marco común o separado para los sectores implicados (OMS, 2005). Lamentablemente, la legislación y especialmente los sistemas de financiación dificultan la atención médica coordinada. La colaboración suele basarse en acuerdos concretos entre profesionales clínicos. Por lo tanto, conviene señalarlo a los gobiernos para que proporcionen un marco adecuado de colaboración. Resaltar los beneficios y ventajas de trabajar juntos y abordar los temores y la resistencia al cambio de las personas forma parte de su labor. Podrían reembolsarse las actividades de colaboración como las reuniones con profesionales de diferentes organizaciones involucradas en el tratamiento.

Otras estrategias posibles serían la creación de comités locales para supervisar la calidad de la atención, coordinar la colaboración entre servicios y centralizar la información sobre distintas iniciativas en una página Web (OMS, 2005).

A nivel meso, los profesionales y servicios de ASM pueden mejorar la coordinación y colaboración co-localizando y fusionando servicios, organizando programas de capacitación conjunta para obtener competencias compartidas y establecer una infraestructura común de datos para recopilar y compartir información sobre el paciente. Para facilitar el trabajo en equipo multidisciplinar se puede iniciar una planificación conjunta de la atención, de manera que el equipo de profesionales comparta un plan común de la atención, se sienta responsable de la ejecución de la misma y se establezca la gestión de los casos intensivos (d'Amour et al., 2008; OMS, 2013). Según los expertos de la red ADOCARE, de los profesionales sanitarios depende la coordinación e integración de la atención. No es en ningún caso responsabilidad del adolescente o de sus padres.

La transición de la ASMA a los servicios de ASM de adultos

En muchos países europeos se distingue entre la ASM de niños y adolescentes y la ASM de adultos. Por lo tanto, las personas con problemas de salud mental en sus primeros años de vida -en algún momento de su itinerario de tratamiento- pueden ser transferidas de los servicios de ASM de niños y adolescentes a los servicios de ASM de adultos. Con frecuencia, los jóvenes se pierden durante este período de transición debido a la escasa calidad de la atención de transición (Singh et al., 2010a; Singh et al., 2010b). Las principales barreras que dificultan la transición son: la fragmentación del sistema, la ausencia de liderazgo, una falta de priorización de este grupo objetivo, la mala comunicación, el estigma, la brecha entre política y práctica, la falta de estudios, la falta de protocolos de transición conjunta y en general la escasez de información sobre los servicios (Paul, Street, Wheeler, y Singh, 2014; Royal College of Psychiatrists, 2013). Por otra parte, la transición también suele fallar porque los profesionales de los servicios de ASM del adolescente no realizan la derivación o los servicios de adultos se niegan a aceptar derivaciones o dan de alta a los jóvenes que no acuden a la primera cita establecida (Paul et al., 2013). Sin embargo, no todas las barreras a la atención transitoria de calidad están relacionadas con el sistema de servicios. La transición también puede fallar por la negativa de los jóvenes a aceptar la derivación a los servicios para adultos (Paul et al., 2013).

La interrupción de la atención provocada por la transición tiene un impacto negativo en la salud y el bienestar de los adolescentes por lo que es una cuestión de alta prioridad. El estudio TRACK (Singh et al., 2010) ofreció una serie de recomendaciones para mejorar la atención de transición:

- Las necesidades del adolescente deben fundamentar cada decisión que se tome en el marco del desarrollo e implementación de protocolos para mejorar la transición. Para ello, es necesario respetar una serie de reglas básicas. Definir claramente el marco temporal y las responsabilidades de todos. Preparar adecuadamente a los adolescentes. Prever un plan de contingencia en caso de que los servicios de ASM de adultos no puedan aceptar la transición. Por último, los servicios deberían ser flexibles en cuanto a la edad de los pacientes.
- El paso del adolescente al servicio de adultos debe realizarse cuando su estado sea estable. Los servicios deben evitar transiciones múltiples y simultáneas. Los servicios de ASM de adultos y adolescentes deben colaborar estrechamente, o bien diferentes servicios trabajan juntos o bien durante ciertos periodos dispensan atención paralela. Los servicios para adultos deben implicarse activamente antes de que el servicio de adolescentes dé de alta un expediente. Los servicios necesitan un sistema de conservación de registros estandarizado que les permita transferir fácilmente toda la información de contacto y correspondencia.
- Se debe diseñar un mapa de los servicios locales de ASM de adolescentes y adultos y de los servicios voluntarios que se mantendrá actualizado (ámbito de operación, redes de comunicación y contactos).
- Los profesionales deberán comprender realmente cómo realizar esta transición de la atención adecuadamente. La formación abordará cuestiones relacionadas con la derivación a otros servicios, incrementará el conocimiento de otros servicios y se centrará en la autoeficacia y las aptitudes.
- Los planes de política deberán contener estrategias para mejorar la atención de transición.
- Para evaluar la transición se utilizarán cuatro criterios: la continuidad de la atención percibida, la atención paralela, una reunión de planificación de la transición y la transferencia de información.

De hecho, el proyecto Milestone (Managing the Link and Strengthening Transition from Child to Adult Mental Health Care), un proyecto colaborativo de investigación financiado por la Comisión Europea, actualmente está elaborando y probando nuevos modelos de atención de transición para los servicios de la UE. Más concretamente, se están desarrollando y validando mediciones de resultados específicos de transición así como directrices para la mejora de la atención y los resultados y paquetes de formación para los profesionales clínicos (De Girolamo, 2014).

Puentes hacia el mundo real

En la investigación ADOCARE, los adolescentes subrayaron que cada intervención debería conectar -en algún momento- con el mundo real: «es importante tender puentes entre el marco de la terapia y el mundo real». Por lo tanto, en casos de hospitalización, los profesionales deben desarrollar inmediatamente estrategias para ayudar al adolescente a reintegrarse en la sociedad. Por ejemplo, ayudar al adolescente a terminar el colegio/educación, encontrar una vivienda o un trabajo adecuados y a construir relaciones de confianza con los demás, traer el mundo exterior a los centros de atención residencial (por ejemplo, a través de una actividad abierta a vecinos y amigos).

Información

Los jóvenes no suelen acudir a los servicios clínicos de manera voluntaria. Por esta razón es importante que los profesionales visiten lugares frecuentados por los jóvenes como cafeterías, centros deportivos populares o lugares en los que los adolescentes sin hogar residen temporalmente (ADOCARE, 2015). Los métodos de sensibilización también son una forma valiosa de determinar los intereses y necesidades de los adolescentes.

En la sensibilización es esencial centrarse principalmente en los jóvenes con múltiples problemas. A menudo son olvidados por parte de los profesionales ya que no suelen cumplir con los criterios de los programas dirigidos a grupos específicos.

Consideraciones éticas

En términos generales, se supone que cada servicio ha de seguir los tres principios éticos fundamentales descritos en el informe Belmont (Michaud, Berg-Kelly, Macfarlane y Benaroyo, 2010): el principio de autonomía (es decir, los individuos son agentes autónomos y deben ser tratados como tales y las personas con autonomía disminuida tienen derecho a protección); el principio de beneficencia (es decir, no hacer daño, minimizar el daño y maximizar los posibles beneficios); y el principio de justicia/equidad (es decir, asegurarse del acceso igualitario a los recursos). Además, la declaración de Barcelona propone que valores importantes como la participación, dignidad, integridad, confidencialidad y vulnerabilidad también estén presentes en la atención clínica (Michaud et al., 2010). Dichos principios deberán indicarse claramente en las cartas de servicios elaboradas en colaboración con los adolescentes. Además, en lo que se refiere a atención y tratamiento, los dilemas éticos deberían abordarse aplicando un enfoque deliberativo ya que cada situación es diferente y única.

Durante este proceso, los profesionales deben poder consultar con un comité ético objetivo formado por profesionales y expertos (Michaud et al., 2010).

Disparidades de género

Los estudios demuestran que los chicos adolescentes tienen menos conocimientos sobre salud mental y servicios de ASM y están menos dispuestos a utilizar estos servicios (Chandra et al., 2006). Al parecer, son menos propensos a buscar ayuda ya que temen ser considerados débiles. Además, para los padres resulta más difícil aceptar la atención de salud mental para sus hijos varones, admiten más fácilmente que sean sus hijas las que necesiten ayuda. Las diferencias de género pueden combatirse con una mejor educación sobre salud mental y a través de servicios de ASM en la secundaria. Sin duda alguna, tenemos que involucrar activamente a los padres si queremos reducir las actitudes de estigmatización hacia los chicos (Chandra et al., 2006). Conviene destacar que en la investigación ADOCARE no se mencionaron las diferencias relacionadas con el género en términos de necesidades de tratamiento, ni tampoco encontramos referencias a ellas dentro de la literatura. Cabe suponer que un enfoque personalizado que tenga en cuenta las necesidades de cada paciente concreto será apropiado desde el punto de vista del género.

Formación y educación

Para que los profesionales respondan más eficazmente y con mayor sensibilidad a las necesidades de los adolescentes necesitan una formación y educación adecuadas (OMS, 2002). Esto significa que los profesionales de salud mental que trabajan con adolescentes (psiquiatras y psicólogos de adolescentes, por ejemplo) deben recibir formación específica sobre temas como: legislación y políticas relativas a SMA; desarrollo adolescente normal y problemático y cuestiones psicopatológicas específicas; servicios que dispensan ASMA; comunicación y toma de decisiones compartida con adolescentes y sus familiares; intervenciones psicosociales basadas en evidencia; aspectos relacionados con la coordinación, colaboración y atención de transición y la evaluación de problemas de salud mental en los adolescentes.

Los resultados de la investigación ADOCARE muestran que la profesión de psiquiatra de adolescentes está reconocida por la ley en sólo 5 de los 10 Estados miembros participantes (Finlandia, Alemania, Hungría, Italia y Lituania). La profesión de psicólogo de adolescentes no está reconocida formalmente como una profesión específica en ningún lugar. Es importante señalar que, en toda Europa, los programas de educación y formación de profesionales de la salud mental difieren significativamente y se acogen a diferentes normas (Union Européenne des Médecins spécialistes, 2014). Esto significa que son difíciles de comparar. Sería útil establecer en la UE un modelo común para la educación y formación de profesionales y equipos en ASMA sin desatender las necesidades de educación locales. Tanto la Federación Europea de Estudiantes de Psiquiatría (European Federation of Psychiatric Trainees (EFPT)) como la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS) han formulado recomendaciones para programas de formación de psiquiatras en general y psiquiatras de niños y adolescentes en particular.

Los profesionales que reciben una formación más genérica y sólo se enfrentan a problemas de SMA cuando trabajan en un contexto particular, también deben recibir formación sobre aspectos de SMA como parte de su formación básica. O bien podrían optar por una formación en profundidad al realizar un posgrado. Estamos pensando en este sentido en médicos de familia, enfermeras de centros hospitalarios, enfermeras escolares, trabajadores con jóvenes, trabajadores de salud pública, trabajadores sociales y docentes.

Servicios y personal de ASM dirigidos a los jóvenes

Muchas veces el diseño de los servicios y la actitud de los profesionales no es el más adaptado a las necesidades culturales y de desarrollo de los jóvenes (Ambresin et al., 2013; Breland et al., 2014; McGorry, Bates y Birchwood, 2013; Tylee et al., 2007). Para mejorar la accesibilidad, equidad y aceptabilidad, los servicios y el personal deben orientarse más a los jóvenes. Varios estudios examinaron los requisitos que deben reunir unos servicios médicos y profesionales orientados a los jóvenes (Ambresin et al., 2013; Harper, Dickson y Bramwell, 2014; McGorry et al., 2013; Tylee et al., 2007; OMS, 2002). En el marco de la investigación ADOCARE, se llevó a cabo un estudio similar concretamente centrado en los requisitos que deben cumplir unos servicios de ASM orientados a los jóvenes. Se preguntó a los adolescentes cómo debería ser un servicio orientado a los jóvenes y qué cualidades deberían tener los profesionales. De sus respuestas se extraen las recomendaciones siguientes:

- involucrar activamente a los jóvenes en el diseño del servicio, la prestación de la atención (por ejemplo, apoyo de los pares, terapia de grupo, grupos de autoapoyo), la evaluación y el seguimiento de un servicio (Bielsa et al., 2010). En algunos servicios, los adolescentes están involucrados en la elaboración de la carta de servicios en materia de confidencialidad, horas de apertura, programa de tratamiento, derechos de los adolescentes o aspectos éticos.

- facilitar el acceso para minimizar las barreras que los adolescentes deben superar. Lo que se traduce en servicios sin cita previa, horarios de apertura adecuados, acceso sin autorización paterna, servicios gratuitos o de bajo coste, tiempos de espera reducidos, centros bien comunicados mediante transporte público, disponibilidad de herramientas de e-salud, un ambiente atractivo y acogedor, una entrada discreta y una imagen positiva.
- invertir en actividades/comunicación que fomenten la concienciación (folletos, carteles, página Web...) y reforzar la educación sobre la salud mental. Muchas veces, los adolescentes no saben qué hacer o adónde acudir cuando necesitan ayuda.
- facilitar información clara sobre aspectos jurídicos (confidencialidad) y económicos (accesibilidad económica). Entre otras cosas, se debe explicar claramente qué pueden esperar los adolescentes menores de 18 años que llegan a un servicio sin el conocimiento de sus padres.
- hacer un esfuerzo por garantizar la continuidad de las relaciones terapéuticas con los profesionales reduciendo, por ejemplo, la rotación de personal. Los adolescentes están viviendo una etapa turbulenta de su vida, por lo que los profesionales deben intentar aportar estabilidad.
- Recurrir a buenos modelos a seguir (como adolescentes que vivieron problemas similares en el pasado) ya que tienen un efecto beneficioso en el bienestar de los adolescentes.

Los adolescentes conceden gran importancia a la actitud, nivel de competencia y motivación de los profesionales. El profesional ideal presenta las siguientes características (ADOCARE, 2015; Ambresin et al., 2013; Tylee et al., 2007; OMS, 2002):

- tiene gran motivación, es honesto, apasionado, entusiasta y respetuoso; apoya al paciente y es accesible.
- adopta un enfoque de desarrollo y conoce los numerosos cambios vitales que experimentan los adolescentes.
- proporciona información sobre salud (asequible) orientada al adolescente, para que éste pueda tomar decisiones libres e informadas.
- realmente cree que los adolescentes tienen un futuro prometedor y transmite esa idea a sus pacientes.
- tiene presentes las diferencias jerárquicas para evitar una actitud de «nosotros contra ellos» y no trata a los adolescentes como individuos indefensos.

Indicadores de calidad

Para prestar una ASM de calidad, es importante que los servicios inviertan de manera continua en la mejora de la calidad. Para ello es necesario un proceso continuo de desarrollo de políticas, diseño de normas, establecimiento de acreditaciones y seguimiento de servicios (OMS, 2005, p. 35). La medición de la calidad de ciertos elementos de la atención prestada (es decir, los indicadores de calidad) representa un requisito esencial para la mejora de la calidad. La literatura define el indicador de calidad como: «un aspecto medible de rendimiento de la práctica para el que existe evidencia o consenso de que puede ser utilizado para evaluar la calidad de la atención y por lo tanto para cambiar la calidad de la atención proporcionada» (Legido-Quigley, McKee, Nolte y Glinos, 2008).

Los indicadores de calidad se dividen en indicadores de nivel macro, meso y micro (Gaebel et al., 2012). Los indicadores de nivel macro hacen referencia al suministro de calidad estructural a nivel nacional (por ejemplo, educación, seguimiento y organización general de los servicios de salud mental de un país). Los indicadores de nivel meso se refieren a aspectos relacionados con la estructura interna de los sistemas de salud mental (por ejemplo, requisitos estructurales para satisfacer las necesidades de los pacientes, carácter multidisciplinar de los servicios, tecnologías y mano de obra disponibles). Los indicadores de nivel micro guían las estructuras y procesos dentro de las unidades de servicio individuales. Dentro de cada nivel, los indicadores pueden subdividirse de nuevo en indicadores estructurales, de proceso y de resultados. Los indicadores estructurales constituyen las características de servicios tales como instalaciones, equipos, recursos humanos y estructuras organizativas. Los indicadores de proceso comprenden actividades relacionadas con la prestación y la recepción de la atención, incluidas las actividades de los prestadores de la atención sanitaria y los indicadores de resultados se refieren a los efectos de la atención.

Tanto las Normas de Calidad para la Salud Mental de los Jóvenes en la Atención Primaria generadas por los usuarios y desarrolladas por Graham et al., (2014) como las Normas de Servicio (séptima edición) establecidas por la Red de Calidad de Atención Hospitalaria del Reino Unido (Thompson y Clarke, 2015) formulan normas de calidad específicas para servicios de ASMA. La tabla 1 recoge los indicadores de calidad propuestos por los expertos, profesionales y responsables políticos que participaron en las actividades de investigación de ADOCARE. Los indicadores se refieren a unidades de ASMA individuales (nivel micro) y se organizan en indicadores estructurales, de proceso y de resultados.

Tabla 1. Lista de indicadores de calidad elaborada por los actores de ADOCARE.

Indicadores de calidad estructural	<p>Servicio accesible: los adolescentes tienen acceso a la atención sanitaria a tiempo, independientemente de su renta, ubicación física y contexto cultural. No hay listas de espera; el servicio es asequible y fácil de obtener.</p> <hr/> <p>Los recursos se utilizan de manera rentable.</p> <hr/> <p>Los servicios son sostenibles en términos de instalaciones, personal y equipos.</p> <hr/> <p>Los profesionales son capaces y competentes y reciben formación sobre temas relacionados con los adolescentes periódicamente.</p> <hr/> <p>El servicio cuenta con un plan de mejora que se lleva a cabo y se realiza un seguimiento de los avances realizados.</p> <hr/> <p>Se han implantado requisitos estructurales para establecer la dignidad y las necesidades básicas de los pacientes.</p>
Indicadores de calidad del proceso	<p>La atención facilitada es apropiada cuando las intervenciones responden con las necesidades de los adolescentes y se basan en normas establecidos.</p> <hr/> <p>Existe un uso equilibrado de las intervenciones psicosociales, médicas y de otro tipo.</p> <hr/> <p>Existe continuidad y coordinación de la atención (es decir, atención ininterrumpida y coordinada entre programas, profesionales, organizaciones y niveles a lo largo del tiempo).</p> <hr/> <p>Existe colaboración con otros servicios para proporcionar una atención integrada.</p> <hr/> <p>Los servicios pueden ser innovadores.</p> <hr/> <p>Los profesionales tienen una actitud positiva con respecto a los adolescentes. Son respetuosos, honestos, comprensivos, amables y dignos de confianza.</p> <hr/> <p>Los servicios y profesionales aplican los principios de la toma de decisiones compartida durante la práctica.</p> <hr/> <p>Los servicios y profesionales empoderan a los adolescentes enseñándoles cómo afrontar sus problemas y alentándoles a pedir ayuda cuando se enfrentan con problemas en el futuro.</p> <hr/> <p>Los servicios abordan principios éticos y respetan los derechos humanos de los adolescentes.</p>
Indicadores de calidad de los resultados	<p>El tratamiento facilitado tiene un impacto positivo en los síntomas del adolescente, en su vida cotidiana (por ejemplo, días de asistencia al colegio, regreso a casa antes de la medianoche, conducta agresiva, etc.) y en su calidad de vida. Los efectos positivos derivados del tratamiento se mantienen a largo plazo (por ejemplo, después de un año).</p> <hr/> <p>Los resultados deseados se alcanzan en un plazo razonable.</p> <hr/> <p>El nivel de abandono escolar se reduce al mínimo.</p> <hr/> <p>Los profesionales están satisfechos con su trabajo.</p> <hr/> <p>El índice de rotación del personal es bajo, el número de días de baja por enfermedad entre los profesionales es bajo y la incidencia del “desgaste” es baja.</p>

Los responsables políticos son los que deben definir normas generales para cada uno de los indicadores y desarrollar instrumentos para determinar en qué medida se cumplen dichas normas. Para facilitar la comparación, conviene utilizar los mismos instrumentos en todos los servicios, regiones y países. La evaluación de los servicios puede ser realizada por el propio servicio o por una organización de investigación independiente (OMS, 2002). Una vez evaluados, los resultados deben comunicarse a los servicios de manera constructiva con recomendaciones y ayuda para la mejora (OMS, 2002).

7. Prevención de problemas de salud mental y promoción del bienestar mental

Existe una enorme diferencia entre los países en términos de fondos dedicados a la prevención y promoción de la salud mental (Jané-Llopis y Anderson, 2005). Según un estudio realizado por Samele, Frew y Urquia (2013), dieciséis países dedican menos de 30€ per cápita a la prevención de problemas de salud y salud pública, mientras que seis países dedican 100€ o más per cápita. Existen grandes diferencias entre los actuales programas para adolescentes en términos de objetivos, grupos objetivo y enfoques. Más de la mitad de los programas analizados (63%) se centran en la prevención de problemas de salud mental, mientras que sólo el 17% se centran en promover el bienestar mental. En la mayoría de los casos los programas abordan el acoso o el estigma (Samele et al., 2013).

Cada Estado miembro de la UE debe tener un plan de acción nacional para prevenir los problemas de salud mental y promover el bienestar mental de los adolescentes (NHS England, 2015). Estos programas tienen la finalidad de reforzar los factores protectores para prevenir el desarrollo de problemas de salud mental. Por ejemplo se puede construir resiliencia, estimular una conducta de búsqueda de ayuda adecuada, apoyar a los padres en la educación de sus hijos, crear buenos entornos escolares, grupos de pares positivos, estimular la espiritualidad, aumentar el empoderamiento, incrementar la educación sobre la salud mental. Además, los programas también pueden abordar comportamientos de riesgo que contribuyen al desarrollo de trastornos mentales como el acoso, la violencia doméstica o el consumo de sustancias nocivas. (Jané-Llopis y Anderson, 2005). Las acciones se dirigen especialmente a los niños y familias en riesgo. Antes de elaborar un plan de acción de prevención y promoción de la salud mental, conviene analizar las estrategias y programas que han dado buenos resultados en otros países. En este sentido, se ha de señalar que recientemente se ha establecido una Acción Conjunta para la Salud y el Bienestar mental. Participan 51 socios de 28 Estados miembros y 11 organizaciones europeas. Esta red de expertos colabora para desarrollar un marco para la acción en materia de política de salud mental a nivel europeo. Entre sus prioridades destaca la promoción de la salud y el bienestar mental, la prevención de los trastornos mentales, la mejora de la atención y la inclusión social de personas con trastornos mentales. La promoción de la salud mental en las escuelas es una de las cinco áreas claves (www.mentalhealthandwellbeing.eu).

Estrategias en el entorno escolar

Los adolescentes pasan mucho tiempo en la escuela. Por ello, los centros escolares están bien situados para promover el bienestar mental, prevenir problemas de salud mental, reconocer los problemas de manera temprana y realizar la adecuada derivación (Farmer et al., 2003; Paternite y Johnston, 2005; Rones y Hoagwood, 2000; Weist y Paternite, 2006). Durante la investigación ADOCARE, los expertos propusieron diferentes estrategias para mejorar el bienestar mental de los jóvenes en el contexto escolar.

- Proporcionar formación básica sobre salud mental a los docentes. Los profesores están constantemente presentes en la vida de los adolescentes. Están en una posición que les permite detectar problemas en una etapa temprana y pueden prestar un valioso apoyo. Por lo tanto, es importante que los docentes reciban formación básica sobre promoción de la salud mental y problemas de salud mental y las maneras de prevenir y reconocer dichos problemas.
- Contratar a profesionales de la salud mental en los centros. En la investigación ADOCARE, se aludió a que, dada la carga de trabajo que soportan, no se debe sobrecargar a los profesores innecesariamente con la prestación de apoyo y atención a los adolescentes. Además, algunos problemas de salud mental requieren de profesionales con experiencia. En estos casos, los profesores deben poder recurrir a profesionales de la salud mental que trabajen en el centro (por ejemplo, enfermera escolar, orientador escolar o psicólogo). Estos profesionales pueden asesorar a los profesores maestros sobre cómo manejar a los estudiantes con problemas de salud mental, prestar apoyo directo a los adolescentes o derivar a los alumnos a un experto.
- Colaborar con profesionales de salud mental externos. En algunos casos, el apoyo de profesores y profesionales de la salud mental del centro escolar no es suficiente y por lo tanto es necesario contratar a un profesional externo. Los profesionales de la salud mental escolar deben tener la oportunidad de colaborar con profesionales de la salud mental que trabajen fuera del ambiente escolar. Así, se pueden ubicar médicos de salud mental comunitaria in situ en las escuelas. Un estudio reciente ha demostrado que esta fórmula tiene una influencia positiva en las tasas de suspensos, la asistencia y los síntomas emocionales y de conducta de los adolescentes tal y como son percibidos por padres y docentes (Ballard, Sander y Klimes-Dougan, 2014).
- Organizar clases sobre salud mental. Los adolescentes no sólo necesitan saber cómo funciona su cuerpo, sino también cómo trabaja su mente (ADOCARE, 2015). Las clases, integradas en el currículo, deben tratar temas de salud mental como la construcción de resiliencia, el respeto del otro, deben enseñar habilidades sociales y a manejar situaciones difíciles, promover la búsqueda de ayuda como una fortaleza personal, promover la implicación familiar, expresar emociones y desarrollar fortalezas personales (Vidal-Ribas, Goodman y Stringaris, 2015). Estas clases pueden ser impartidas por maestros o educadores de la salud,

aunque también se puede invitar a un profesional de salud mental a dar una charla. Conocer a un profesional en el aula probablemente disminuye la reticencia del adolescente a visitar a un profesional en el futuro, cuando sea necesario. Se recomienda encarecidamente que las clases sobre salud mental adopten un enfoque innovador basado en la interacción. De esa manera, el foco principal consiste en la adquisición simultánea de conocimientos, actitudes y habilidades. Durante la investigación ADOCARE, los adolescentes señalaron que en las clases sobre salud mental se podría hablar de acoso escolar y los profesores deben ser muy conscientes de ello.

- Organizar chequeos de salud mental. En general, los programas de prevención y detección en el contexto escolar son considerados favorablemente. Estos programas requieren: recopilar y seleccionar los datos, utilizar los resultados en un equipo escolar multidisciplinar, establecer protocolos que indiquen las intervenciones basadas en los perfiles de detección y las colaboraciones con actores externos cuando sea necesaria una atención especializada (Dowdy y col., 2014). En el marco del proyecto "Saving and Empowering Young Lives in Europe" (SEYLE) se desarrolló un procedimiento profesional de detección en la escuela (Wasserman et al., 2015) que ha dado pruebas de eficacia en la detección de estudiantes que necesitan ASM (Kaess et al., 2014a). Sin embargo, de la investigación ADOCARE se desprende que la detección sólo tiene sentido cuando un país puede ofrecer suficiente ASM. Si un país no dispone de suficientes servicios de ASM, los programas de detección pueden tener un efecto perjudicial ya que crean una demanda de ayuda que no es posible satisfacer.
- Atender a conductas de riesgo entre los alumnos. Las escuelas deben prestar atención a conductas de riesgo que están fuertemente ligadas a problemas de salud mental como abuso de sustancias, búsqueda de sensaciones, comportamiento delictivo, uso excesivo de los medios de comunicación, autolesiones y absentismo escolar (Kaess et al., 2014a). En el caso del absentismo escolar, debería ser una práctica estándar que el orientador escolar o el trabajador social intentara localizar y contactar con el adolescente. El acoso escolar constituye otro fenómeno importante relacionado con la escuela. Un estudio realizado con un grupo de pacientes adolescentes hospitalizados con graves problemas de salud mental muestra que casi el 43% de los pacientes adolescentes había sido acosado al menos una vez (Kalmakis y Chandler, 2015; Ryttilä-Manninen et al., 2014).

8. Políticas y marcos jurídicos relacionados con la ASMA

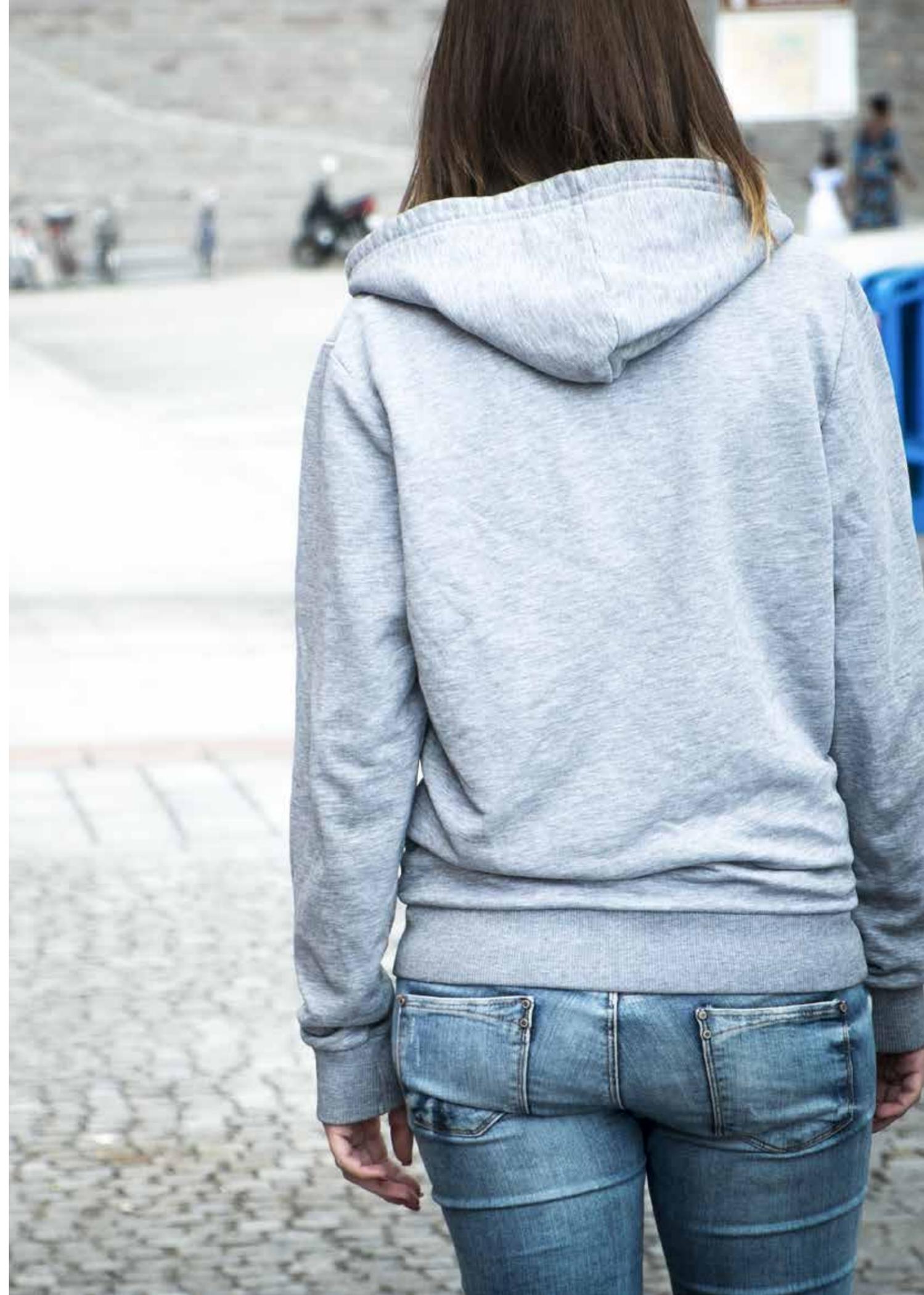
En el 2009, casi ningún país europeo disponía de una política sobre salud mental específicamente centrada en los adolescentes (Vieth, 2009). Desde entonces, se han realizado algunos progresos. Los resultados de ADOCARE demuestran que en 6 de los 10 Estados miembros participantes (Bélgica, Finlandia, Italia, España, Suecia y el Reino Unido) existe un plan especial sobre salud mental para los adolescentes. Además, en tres de estos países (Finlandia, Italia, Suecia), se realiza periódicamente una evaluación de las políticas relativas a la salud mental. Aunque la mayoría de los países van en la buena dirección, queda un potencial de mejora. Preocupa que la mayoría de los países no tengan una idea clara del presupuesto asignado a la SMA (ADOCARE, 2015). El Reino Unido, que destina un 11% del total del presupuesto de atención sanitaria a la salud mental y menos del 1% de dicho importe a los niños y la SMA, constituye una excepción. Es muy probable que la financiación asignada a la SMA sea igual de baja en los demás Estados miembros.

Retos para la política relativa a la salud mental de los adolescentes

- Desarrollar una visión clara de la SMA. En la mayoría de los países, la ASMA no representa una prioridad porque los responsables políticos no son conscientes de las necesidades de los adolescentes en materia de salud mental. Es imprescindible ver a los adolescentes como un grupo beneficiario particular con necesidades específicas. Entender cuáles son las necesidades de los adolescentes e informar a los responsables políticos es una responsabilidad que comparten la Comisión de la Unión europea, los grupos de lobbying, los investigadores, los profesionales, los adolescentes y sus familias.
- Elaborar y aplicar políticas y planes específicos sobre la SMA. La OMS ha redactado un conjunto de directrices a la atención de los responsables políticos en el que se describen las etapas sucesivas que seguir con el objetivo de ayudar a los responsables políticos a elaborar y aplicar políticas y planes sobre la SMA (OMS, 2005). Es muy recomendable involucrar de cerca a los adolescentes y a sus padres durante el proceso de elaboración de políticas puesto que son ellos quienes mejor conocen cuáles son sus necesidades y los escollos. Obviamente, también se debería prestar especial atención a la evaluación. Las evaluaciones deben tener un sólido fundamento científico y preferentemente publicarse de manera que los demás países puedan sacar provecho de la labor realizada. En cuanto a la evaluación de políticas y planes, la OMS (2009) ha elaborado una serie de listas de control elaboradas muy fáciles de usar.
- Aplicar una legislación clara sobre los derechos de los jóvenes. La Declaración Universal sobre los Derechos Humanos y la Convención sobre los Derechos del Niño son una buena fuente de inspiración para ir elaborando y diseñando nuevas políticas, leyes y marcos de acción. Además, se recomienda a los gobiernos preparar una legislación clara sobre los siguientes temas: cómo pueden los jóvenes pedir ayuda sin la autorización de sus padres, el derecho de codecisión de los jóvenes en cuanto a su plan de tratamiento, los derechos y deberes de los padres, los procedimientos relativos a órdenes de entredicho (aunque deberían mantenerse a un nivel mínimo), registros de historiales clínicos de los pacientes y su acceso así como el uso de la e-salud.
- Definir una oferta de servicios básicos accesibles para los jóvenes en todos los Estados miembros de la UE (OMS, 2002). Se anima a los países a que alejen la carga de la atención de las instituciones establecidas y fomenten sistemas de apoyo y

tratamiento comunitarios (Knapp, McDaid, Mossialos, & Thornicroft, 2006). En todo el territorio europeo, se requiere con toda urgencia invertir en servicios de ASM exclusivamente desarrollados para los adolescentes. La edad cubierta por dichos servicios debería ser amplia y flexible y preferentemente abarcar la franja de los 9 a los 25 años.

- Asignar recursos financieros suficientes a la SMA. Los planes políticos deben indicar claramente cuál es la proporción del producto nacional bruto asignada a la salud mental en general y cuánto se dedica más especialmente a la SMA. Tal y como lo recomienda la OMS (2005), el presupuesto para los servicios de atención a la salud mental de niños y adolescentes debe ser igual al dedicado a la salud mental de los adultos. La investigación realizada por ADOCARE corrobora que el aumento de la prevención, el fomento de la salud mental y el tratamiento específico de los adolescentes de hecho permite ahorrar dinero a más largo plazo. Los trastornos mentales pueden ser objeto de una intervención temprana. De esta manera, los pacientes no desarrollan durante la edad adulta problemas de salud mental complejos muy costosos, que requieren tratamientos de larga duración.
- Estimular la cooperación entre los sectores y las profesiones. Tal y como ya se ha indicado anteriormente, los gobiernos deberían establecer un marco genérico para fomentar la colaboración e integración entre los sectores y servicios y entre las profesiones.





DIRECTRICES Y RECOMENDACIONES

Las presentes directrices tienen como objetivo dar un apoyo a los responsables políticos (nivel macro), a los servicios (nivel meso) y a los profesionales (nivel micro) en sus esfuerzos por mejorar la ASMA en su país. Para ello, describen una serie de acciones concertadas. En el presente documento, la adolescencia comprende al grupo de jóvenes desde los 12 hasta los 24 años de edad. Las recomendaciones y acciones que se proponen son el resultado de una investigación que duró dos años. Se consultaron los grupos indicados a continuación en varias ocasiones y de manera diferenciada: responsables políticos, profesionales y expertos de la ASMA, adolescentes y jóvenes así como sus familias y organizaciones que representan este grupo de edad y sus familias. Asimismo, analizamos la literatura más reciente sobre la ASM y sobre la ASMA más específicamente.

Las recomendaciones se refieren a los 10 aspectos en los cuales los países europeos deben centrar su atención para mejorar la ASMA:

- Disponibilidad de servicios de ASMA
- Calidad de los servicios de ASMA
- Accesibilidad de los servicios de ASMA
- Tratamiento personalizado
- Atención integrada
- Transición de los adolescentes de los servicios de ASMA hacia los servicios de ASM para adultos
- Formación de los profesionales
- Prevención y promoción de la salud mental
- Política y marcos jurídicos
- Investigación

1. DISPONIBILIDAD DE LOS SERVICIOS DE ASMA

Recomendación: cada país debe comprometerse a aplicar un modelo de atención equilibrado

Acciones que se proponen a nivel macro:

- Para establecer una ASM bien equilibrada, son necesarios los servicios indicados a continuación:
 - Servicios de atención sanitaria primaria para las personas afectadas por los problemas mentales más frecuentes. Estos servicios son responsables de la detección de casos y de su evaluación, de las intervenciones psicológicas y sociales de corta duración y de los tratamientos sociales y farmacológicos.
 - Servicios generales de ASM para las personas que sufren de trastornos más complejos. Estos servicios constan de cinco componentes: clínicas de consultas externas/ambulatorias, equipos comunitarios de salud mental, atención hospitalaria a pacientes críticos, atención residencial comunitaria a largo plazo y apoyo a la profesión y a los profesionales.
 - Una gama de servicios de ASM especializados en cada una de las cinco categorías de servicios de ASM generales para ofrecer intervenciones más intensivas/con expertos (entre otras para el autismo, la esquizofrenia, los trastornos alimentarios, la adicción, la depresión severa y las tendencias suicidas).
 - Un modelo equilibrado implica disponibilidad tanto de atención comunitaria como hospitalaria, que deben ofrecerse de manera pragmática y equilibrada. Significa que en países que cuentan con muchos servicios residenciales, habrá que reducir el número de camas y a la vez promover la salud mental y la atención comunitaria.
 - La evolución hacia una atención más equilibrada va de la mano del reconocimiento de un mayor papel de la atención primaria en el sector de la salud mental. Las intervenciones y tratamientos de los trastornos mentales y la atención sanitaria primaria no especializada para los adolescentes están integrados. En dicha atención se abordan cuestiones relacionadas con la salud sexual, las opciones de carrera profesional, la salud en general, el apoyo durante el duelo o las campañas para dejar de fumar.
 - Los servicios están conectados a través de una red regional, desarrollan una misión y estrategia comunes y garantizan la complementariedad de sus servicios. No existen solapamientos ni carencias.
 - Los gobiernos velan por la aplicación de los principios de una atención gradual.

Acciones que se proponen a nivel meso:

- El principio rector en la elección del tratamiento y de las intervenciones es la atención gradual:
 - En una primera fase se ofrece una atención apropiada y no especializada.
 - Sólo se deriva a los adolescentes hacia servicios más especializados cuando parezca necesario.
 - Los profesionales (en particular los que trabajan en el sector de la atención primaria) pero también los padres reconocen que no todos los trastornos mentales requieren una atención especializada y que muchas intervenciones se pueden realizar en el marco de la atención primaria o comunitaria.

Acciones que se proponen a nivel micro:

- Los médicos de familia y demás profesionales de la atención primaria tienen la formación para identificar los problemas de SMA.
- Tienen la capacidad de realizar intervenciones de corta duración y conocen las herramientas de evaluación que les permiten decidir si se requiere una atención más especializada.
- Aplican los principios de las entrevistas motivacionales y comparten el proceso de toma de decisión para determinar el tratamiento y decidir si la derivación es necesaria.

Recomendación: se debe garantizar la disponibilidad de servicios de ASMA a todos los adolescentes que necesitan atención

Acciones que se proponen a nivel macro:

- Los países tienen que tener una visión clara de la disponibilidad de los servicios de ASM para los adolescentes. Es esencial identificar el déficit de tratamiento, que se define como la diferencia absoluta entre la prevalencia de trastornos mentales entre los adolescentes y el porcentaje de ellos que reciben un tratamiento apropiado.

- Una vez que se haya definido el número de establecimientos y de profesionales de ASM por 100.000 adolescentes, los gobiernos tienen que llevar a cabo las acciones para reducir el déficit terapéutico potencial.
- Se garantiza la disponibilidad de los tres servicios de atención sanitaria (servicios de atención primaria, servicios generales de ASM y servicios especializados de ASM). Existe en todo el país una oferta equilibrada.

2. CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ASMA

Recomendación: cada país debe contar con servicios específicos para los jóvenes y adaptados a sus necesidades

Acciones que se proponen a nivel macro:

- Los gobiernos velan por la existencia de los tres tipos de servicios necesarios para lograr que se establezca un equilibrio en la atención, de manera que los adolescentes se sientan bien acogidos y entendidos. Los servicios están adaptados a los jóvenes.

Acciones que se proponen a nivel meso:

- Los servicios aplican su escala de edad (de 12 hasta 24 años) de manera flexible.
- Los servicios son fácilmente accesibles de manera que los adolescentes encuentren pocos obstáculos, es decir: un entorno acogedor y atractivo, servicios sin cita previa, horarios de apertura adecuados, acceso sin autorización parental, servicios baratos o gratuitos, tiempos de espera reducidos, ubicación adecuada y fácilmente accesible mediante transporte público, entrada discreta e imagen positiva.
- Los servicios comunican una información clara sobre los aspectos jurídicos (confidencialidad) y económicos (asequibilidad).
- Los jóvenes y sus padres participan activamente en el diseño de los servicios, la prestación de la atención y los procesos adoptados por un servicio. Por ejemplo, se puede involucrar a los jóvenes en la elaboración de una carta de servicios que abarque temas como la confidencialidad, los horarios de apertura, el programa de tratamiento, los derechos de los adolescentes, los aspectos éticos.
- Los servicios trabajan con buenos modelos de referencia en la prestación de la atención (entre otros, adolescentes que han tenido problemas similares en el pasado) puesto que tienen un efecto positivo en el bienestar de los adolescentes. Por ejemplo: grupos de pares, terapias en grupo, grupos de autoayuda.
- Los servicios garantizan la continuidad de la atención de tal modo que los adolescentes estén preferentemente tratados por el mismo equipo de profesionales.
- Los servicios deben alcanzar a los adolescentes para prevenir el abandono de adolescentes que necesitan ayuda, para ofrecerles apoyo y tratamientos.

Acciones que se proponen a nivel micro:

- La adaptación a los jóvenes es una característica importante de los miembros de los equipos que trabajan en la ASMA. Además de sus competencias clínicas, los profesionales deben adoptar una actitud positiva hacia la vida y el estilo de vida de los adolescentes. Respetan su grupo destinatario y son personas altamente motivadas y honestas. Son personas accesibles y desarrollan una relación que refuerza de manera útil la autonomía de los jóvenes.

Recomendación: los servicios de ASMA deben adoptar normas de alta calidad

Acciones que se proponen a nivel macro:

- Los gobiernos definen una serie de normas de calidad que deberían satisfacer los servicios de ASMA. Entre los indicadores pertinentes al respecto destacan la accesibilidad de un servicio, la capacidad y las competencias de los profesionales y el uso equilibrado de intervenciones psicológicas y médicas. Para seleccionar los indicadores, invitamos a los lectores a consultar las normas de calidad "User-generated Quality Standards for Youth Mental Health in Primary Care" (Graham et al., 2014) y las relativas a las normas de los servicios, en su séptima edición (Service Standards, Thompson & Clarke, 2015).
- Los gobiernos elaboran herramientas de evaluación para apreciar la calidad de los servicios de ASMA. Preferentemente, se usan las mismas herramientas en todos los servicios, en todas las regiones y en todos los países para facilitar la comparación.
- La evaluación se realiza a través de una organización de investigación con financiación independiente. Se ofrece asistencia a los servicios que no respeten las normas.

Recomendación: la atención ofertada de tener en cuenta consideraciones y valores éticos

Acciones que se proponen a nivel macro:

- Existe un comité ético para comunicar a los profesionales las observaciones sobre dilemas éticos.

Acciones que se proponen a nivel meso:

- Los servicios respetan los principios éticos de autonomía, beneficencia y equidad estipulados en el Informe Belmont (Michaud et al., 2010).
- Una carta sobre los servicios recoge claramente los aspectos éticos relacionados con la confidencialidad de los tratamientos, el derecho de los adolescentes a tener acceso a su historial clínico y a participar en su tratamiento. Esta carta se elabora en colaboración con los adolescentes.

3. ACCESIBILIDAD DE LOS SERVICIOS DE ASMA

Recomendación: los servicios de ASM deben ser ampliamente accesibles para los adolescentes

Acciones que se proponen a nivel macro:

- Los gobiernos y los medios de comunicación emprenden acciones para eliminar las actitudes de estigmatización en cuanto a los trastornos mentales y al uso de la ASM. Un tema recurrente es que los problemas de salud mental forman parte natural de la vida y que buscar ayuda no es sinónimo de debilidad personal. Más específicamente, deberían llevarse a cabo acciones dirigidas a los chicos, cuyos conocimientos sobre salud mental están menos desarrollados y que están menos dispuestos a buscar ayuda.
- Deberían mejorarse los conocimientos que tienen los jóvenes acerca de la salud mental y de la ASM. Para ello se deberían utilizar sitios web atractivos, fáciles de leer y recorrer e incluyendo información sobre salud mental en los programas escolares.

Acciones que se proponen a nivel meso:

- Los servicios ofrecen información en línea sobre el apoyo que pueden proporcionar. El estilo de comunicación debe atraer a los jóvenes y ser muy realista. Se abordan las preocupaciones relativas a la confidencialidad de manera transparente.
- Los servicios se empeñan en establecer o mantener el contacto con los adolescentes más vulnerables, un grupo que casi nunca acude a la ayuda disponible de manera voluntaria.

Recomendación: el tratamiento de la salud mental debe integrarse en la medida de lo posible en la atención primaria no especializada

Acciones que se proponen a nivel meso:

- Se estimula y forma a los médicos de familia para que reconozcan los trastornos mentales en una fase inicial. Durante este tipo de intervención, evalúan varios aspectos de la vida (entorno familiar, educación, empleo, hábitos alimentarios, actividades, uso de drogas, sexualidad, comportamiento adictivo, suicidio/ depresión, signos de lesión o violencia), y velan por que la severidad de los problemas psicológicos no esté subestimada.
- Los clubs de jóvenes pueden dar información sobre salud mental y ofrecer un apoyo básico a los adolescentes que sufren trastornos mentales.

Recomendación: Internet puede contribuir a que la ASM sea más accesible para los adolescentes

Acciones que se proponen a nivel macro:

- Se favorecen las intervenciones basadas en la Web para aumentar el acceso a la atención a la salud mental, para informar a los adolescentes, para que se involucren más durante su tratamiento y para garantizar que la atención se haya completado después del tratamiento.
- Los gobiernos otorgan sellos de calidad a los sitios Web, a las herramientas y a las aplicaciones de manera que los jóvenes sepan que se trata de un sitio web fiable y adaptado a los jóvenes.

Acciones que se proponen al nivel micro:

- Los profesionales conocen las intervenciones fiables para adolescentes basadas en Internet.
- Preferentemente, un apoyo profesional completa las intervenciones basadas en Internet. La idea es ayudar a los adolescentes a interpretar la información que encuentran en línea y a garantizar un tratamiento personalizado.

4. TRATAMIENTO CENTRADO EN LA PERSONA

Recomendación: la oferta de apoyo, coaching y tratamiento debe centrarse en la persona e involucrar activamente a los adolescentes

Acciones que se proponen a nivel micro:

- Durante la evaluación, los profesionales toman en cuenta el funcionamiento biológico, psicológico y social del adolescente. Se centran en los problemas psicológicos del paciente y también en sus fortalezas y competencias.
- Durante el tratamiento, los profesionales hacen que participen los jóvenes en el proceso de toma de decisiones a través de la aplicación de los principios de toma de decisiones compartida. Los profesionales indican claramente que hay que elegir entre las diferentes alternativas, comunican una información centrada en los adolescentes sobre las distintas opciones y ayudan a los adolescentes a explorar sus preferencias y a escoger.

Recomendación: todos los adolescentes deben beneficiarse de una combinación eficaz de tratamientos biológicos, psicológicos y sociales

Acciones que se proponen a nivel macro:

- En los países donde el paradigma biomédico es el modelo de tratamiento predominante o exclusivo, los gobiernos tienen que emprender acciones para estimular el uso del paradigma biológico, psicológico y social. Esto se puede lograr por ejemplo reembolsando las intervenciones psicológicas además del tratamiento farmacológico.

Acciones que se proponen a nivel micro:

- Los profesionales consideran que las intervenciones psicosociales son la primera línea de tratamiento. Las más frecuentes son la educación psicológica y la psicoterapia, pero otras pueden ser beneficiosas como por ejemplo talleres de arte creativo en los que los adolescentes pueden expresar sus sentimientos (música, redacción de textos, baile, pintura, etc.) o actividades deportivas. El libro "What works for whom" (Fonagy, et al., 2014) ofrece un resumen de las intervenciones actuales basadas en la evidencia.
- Las intervenciones psicosociales no sólo se centran en la atención y curación, sino también en la resiliencia y en el refuerzo de las competencias personales.
- Una medicación puede ser necesaria para los trastornos mentales severos pero se ofrece al mismo tiempo que intervenciones psicosociales. Se sensibiliza a los profesionales acerca del potencial uso excesivo de medicamentos y de la necesidad de atenerse a las directrices en el momento de recetar los medicamentos.
- Se da prioridad a los tratamientos y las estrategias de coaching y orientación que se han revelado eficaces pero hay que adoptar una actitud abierta en cuanto a los nuevos desarrollos. Se usan directrices puesto que ofrecen un resumen de los tratamientos existentes basados en la evidencia (entre otros, el manual del Programa de Acción en Salud mental de la OMS, NICE, etc.). Los profesionales recurren además a protocolos sobre cómo aplicar intervenciones basadas en la evidencia de manera normalizada.
- Se realiza un seguimiento sistemático de los resultados de manera que se pueda determinar si las intervenciones son eficaces.

Recomendación: el enfoque de los trastornos mentales de los adolescentes debe basarse en una perspectiva de desarrollo

Acciones que se proponen a nivel micro:

- Los cuidadores toman en cuenta el desarrollo del adolescente hasta el momento y los problemas y crisis de desarrollo que tienen una influencia en la situación existente. La idea es que entiendan perfectamente los problemas que se presentan y que determinen la necesidad de ayuda y apoyo.
- Los cuidadores reconocen que las necesidades de los adolescentes cambian constantemente. El plan tiene que acompañar dichos cambios.

Recomendación: todos los planes de atención deben tender puentes hacia la vida ordinaria

Acciones que se proponen a nivel meso:

- La recuperación y la inclusión en la sociedad son los primeros objetivos de todo plan de tratamiento. Los profesionales ayudan a los adolescentes en su itinerario de formación, a encontrar un alojamiento y un empleo y a establecer relaciones de confianza con los demás de manera que puedan asumir plenamente su papel como ciudadanos. Por ello, la colaboración con otros sectores es esencial.
- Siempre y cuando sea posible, la atención se ofrece en el entorno natural del adolescente. En caso de hospitalización, los profesionales elaboran una estrategia de tal modo que el adolescente tenga la perspectiva de volver a casa.
- El apoyo al empleo y a la educación es un aspecto importante de la atención para los adolescentes afectados por una enfermedad mental severa y perdurable. Esto requiere una colaboración sistemática de los servicios de salud mental con los responsables de las áreas de empleo y educación (Ellison et al. 2015).

Recomendación: de ser posible, debe involucrarse a los padres

Acciones que se proponen a nivel macro:

- Los países elaboran una legislación sobre los derechos y las obligaciones de los padres cuyos hijos necesitan ASMA.

Acciones que se proponen a nivel meso:

- Al inicio del tratamiento, los padres reciben información. Se anima a los adolescentes a que involucren a sus padres si ello tiene un efecto positivo en su bienestar.
- Los padres deberían recibir un apoyo cuando ellos mismos experimenten problemas o cuando exista una relación disfuncional detrás de los problemas del adolescente. Existe un buen resumen de las intervenciones existentes centradas en las familias destinado a los profesionales (Kaslow et al., 2014).

5. ATENCIÓN INTEGRADA

Recomendación: los gobiernos deben crear un marco común que abarque todos los sectores

Acciones que se proponen a nivel macro:

- Alianzas estratégicas y redes de atención se organizan a escala local. El objetivo es vincular los distintos niveles de especialización (entre otros, servicios de atención primaria, secundaria y terciaria) así como los niveles similares de atención entre los distintos sectores (entre otros, vivienda, empleo, justicia, etc.).
- Se crean comités locales para orientar la creación de redes entre los servicios.
- En caso de cooperación entre los profesionales de distintos sectores en el tratamiento de los adolescentes, debería existir un incentivo económico. Para fomentar la colaboración, se debería hacer hincapié en los beneficios de la labor común o favorecer la movilidad entre los sectores.
- La información sobre las iniciativas actuales está disponible en un sitio Web centralizado.

Acciones que se proponen a nivel meso:

- El trabajo en equipo multidisciplinar es la norma e incluye al médico de cabecera como un miembro más del equipo.
- Se introduce una planificación común de la atención. Los miembros del equipo de profesionales comparten un plan de atención común y se sienten solidariamente responsables de su aplicación.
- Se ofrecen espacios para los debates intersectoriales y para la interacción.
- Se establece una gestión intensiva de los casos. Se nombra a un profesional que tiene la responsabilidad final de cada uno de los casos.
- Se elaboran acuerdos consensuados que describen el papel y la responsabilidad de cada uno y hacen referencia a los procedimientos y a las reglas que aplicar en caso de alta, transición o conflicto.
- Se establece una infraestructura común para recoger y compartir la información sobre el paciente entre los distintos prestatarios de la atención sanitaria en los sectores y entre los mismos.
- Se organiza una formación común para los profesionales de los distintos sectores. De esta manera, las competencias son multidisciplinarias.



6. TRANSICIÓN DE LOS ADOLESCENTES DESDE LOS SERVICIOS DE ASMA HACIA LOS SERVICIOS DE ASM PARA ADULTOS

Recomendación: los gobiernos, los servicios de ASM y los profesionales deben mejorar la transición de los servicios de ASMA hacia los servicios de ASM para adultos

Acciones que se proponen a nivel macro:

- Los planes políticos recogen estrategias para mejorar el cuidado de transición. En el contexto del proyecto Milestone, se elaboran directrices para los responsables políticos con el fin de ayudarles a tomar decisiones con conocimiento de causa y basadas en la evidencia para mejorar los sistemas sanitarios.
- Se realiza una cartografía, regularmente actualizada, de los servicios locales para la ASM para adolescentes y adultos así como de los servicios voluntarios (por ejemplo, el alcance de su funcionamiento, las redes de comunicación y los contactos clave).
- Se imparte una formación a los profesionales de salud mental sobre cómo optimizar la transición de la atención. Estas formaciones tienen que abordar las actitudes negativas relativas a las derivaciones hacia otros servicios, aumentar los conocimientos acerca de otros servicios y mejorar las competencias y la autoeficacia. Por otra parte, en el contexto del proyecto Milestone, se están preparando y se impartirán módulos de formación para profesionales clínicos en todo el territorio de la UE.

Acciones que se proponen a nivel meso:

- Los servicios elaboran y aplican protocolos para mejorar el cuidado de transición compatible con las necesidades de los adolescentes. En ellos, se definen claramente el calendario y la responsabilidad de cada uno. En caso de que los servicios de ASM o el paciente concernido no puedan aceptar la transferencia, existe un plan B.
- Los servicios son flexibles en cuanto a la edad de los clientes. Los adolescentes que no estén bien preparados para la transición hacia un servicio para adultos siguen en el servicio de atención a adolescentes.
- Los servicios procuran evitar transiciones múltiples o simultáneas puesto que una transferencia por sí sola requiere mucho trabajo preparatorio.
- El servicio de ASM para adolescentes y el servicio correspondiente para adultos coadministran la transición durante un tiempo determinado.
- Se requiere la participación activa del servicio para adultos antes de que el servicio para adolescentes pueda dar el alta a un paciente.
- Los servicios de ASM para adolescentes y para adultos usan un registro normalizado y transfieren toda la correspondencia e información relativa a los contactos.
- La transición hacia los servicios para adultos es un indicador de calidad importante en la evaluación de la atención. En el marco del proyecto Milestone, se elaboran y validan medidas específicas sobre los resultados.

Acciones que se proponen al nivel micro:

- Los profesionales preparan adecuadamente al adolescente durante las semanas previas a su transición, que se produce cuando su condición sea estable.

7. FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES

Recomendación: la educación de los profesionales de salud mental que trabajan con adolescentes debe estar adaptada a este grupo específico

Acciones que se proponen a nivel macro:

- En el marco de su educación, los profesionales de la atención de salud mental a adolescentes siguen una formación especial sobre temas específicamente relacionados con los adolescentes como el desarrollo normal del adolescente, la evaluación de los trastornos mentales para esta categoría, cómo comunicar con ellos, el proceso de toma de decisiones compartido, las intervenciones psicológicas basadas en la evidencia, cómo trabajar en una red de servicios integrados, la transición y las políticas y la legislación relativas a la ASMA.
- Se establecen normas uniformes para el programa educativo de los psiquiatras y psicólogos que trabajan con adolescentes en Europa.

Acciones que se proponen a nivel meso:

- Las sesiones de formación interdisciplinarias y los cursos de posgrado son obligatorios para los profesionales clínicos que trabajan en los servicios de ASMA.
- Se establecen redes de aprendizaje para estimular la formación continua en el trabajo (véase, ImROC).
- Los servicios organizan regularmente la intervisión y supervisión.

Recomendación: los profesionales que tienen contactos esporádicos con jóvenes afectados por trastornos mentales deben tener también una formación sobre ASMA

Acciones que se proponen a nivel macro:

- Estas acciones se dirigen a los médicos de familia, a las enfermeras de hospitales y escuelas, a los monitores de tiempo libre, a los trabajadores de salud pública, a los trabajadores sociales y al personal docente. Su formación básica incluye cursos sobre SMA.
- Existen líneas de asistencia telefónica o sitios web que los profesionales pueden consultar si tienen preguntas o preocupaciones en relación con la SMA.

8. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL

Recomendación: los países deben disponer de un plan de acción para prevenir los trastornos mentales y promover el bienestar de los adolescentes

Acciones que se proponen a nivel macro:

- Los planes de acción incluyen intervenciones destinadas a reforzar los factores de protección (promoción de las conductas adecuadas de auto-búsqueda de ayuda, apoyo a los padres en la educación de sus hijos, creación de entornos escolares favorables, mejora de los conocimientos sobre salud mental, etc.) y a resolver los comportamientos de riesgo (por ejemplo, acoso, pobreza, violencia parental, abuso de drogas, etc.). Estas acciones se centran más específicamente en los jóvenes vulnerables y sus familias.
- Se recomienda altamente aplicar estrategias e intervenciones que han tenido éxito en otros países.
- Los medios de comunicación pueden desempeñar un papel importante en la desestigmatización y en la difusión de información.

Acciones que se proponen a nivel meso:

- Los trabajadores del sector sanitario intentan establecer contacto con los adolescentes vulnerables que tienden a no ser visibles. Están presentes en los lugares donde estos jóvenes pasan mucho tiempo (entre otros, estaciones, plazas, parques, espacios deportivos públicos, bares) y los invitan a visitar su servicio o les proporcionan un apoyo en línea cuando sea necesario.
- Existen algunos programas sobre el desarrollo personal y la inclusión de estos adolescentes vulnerables. Pensamos por ejemplo en eventos especiales o en actividades grupales (entre otros, limpiar la naturaleza para proteger el medio ambiente, pequeñas actividades de rehabilitación de edificios públicos, asistencia a los pobres, fiestas de barrio, colecta de fondos, etc.). Es una manera positiva de autonomizar a los adolescentes puesto que aprenden así con éxito a comprometerse, a asumir responsabilidades, a establecer relaciones sociales, etc.
- Los padres se benefician de un apoyo sobre cómo hacer frente a los trastornos mentales de su hijo. Existen sitios web que pueden ayudar a los padres a identificar estos problemas y mostrarles las acciones que deberían emprender en beneficio de su hijo.

Recomendación: las escuelas representan un entorno clave para la promoción del bienestar mental

Acciones que se proponen a nivel macro:

- El personal docente sigue una formación sobre la salud mental de los adolescentes y su promoción y la manera de prevenir y reconocer los trastornos mentales.
- El programa educativo de los adolescentes integra cursos sobre salud mental que se centran en temas como la adquisición de

la resiliencia, el respeto hacia los demás, las competencias sociales, la manera de resolver situaciones difíciles, la expresión de los sentimientos, la promoción de un comportamiento de auto-búsqueda de ayuda y la autonomización de los jóvenes.

- Se pueden organizar reconocimientos médicos en los establecimientos escolares para detectar a los alumnos que necesitan ASM. En el contexto del proyecto "Saving and Empowering Young Lives in Europe" (SEYLE) se ha elaborado un procedimiento profesional de detección específico para las escuelas. Sin embargo, estos programas tienen un efecto perjudicial cuando un país no dispone de suficientes servicios de ASM. Pueden generar una demanda para la cual no existe la ayuda.

Acciones que se proponen a nivel meso:

- Se contrata a profesionales de la salud mental en las escuelas (consejeros escolares) para asesorar a los profesores y/o proporcionar un apoyo directo a los adolescentes.
- Las escuelas pueden colaborar con profesionales de la salud mental externos a los centros. Por ejemplo, pueden visitar las escuelas una vez a la semana.
- Los maestros responsables de la atención sanitaria o los educadores sanitarios pueden impartir cursos sobre salud mental pero existe también la posibilidad de invitar a un profesional de la salud mental como orador invitado. Además, se impartirán preferentemente los cursos de manera interactiva para mejorar los conocimientos y las actividades relacionados con las actitudes y las competencias. El personal docente tendrá que prestar atención a los signos eventuales de acoso que se pueden evocar en el marco de estos cursos.
- Las escuelas prestan una particular atención a los comportamientos de riesgo fuertemente asociados a los trastornos mentales. Por ejemplo, abuso de drogas, búsqueda de sensaciones, uso excesivo de las redes sociales, autolesiones, comportamientos delincuentes y absentismo escolar. En tales casos, el consejero escolar procurará establecer un contacto con el adolescente para saber qué está ocurriendo.
- Las escuelas elaboran un plan de acción para solucionar los casos de acoso. Es importante hacerlo para prevenir los trastornos mentales.

9. POLÍTICA Y MARCOS JURÍDICOS

Recomendación: los países deben elaborar y aplicar políticas y planes específicos sobre la salud mental de los adolescentes

Acciones que se proponen a nivel macro:

- La Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Convención sobre los derechos del Niño son una referencia que usar para diseñar las nuevas políticas, la legislación y los marcos de acciones.
- Los gobiernos deben reconocer que mejorar la calidad de la ASMA es una prioridad clave y que los adolescentes tienen necesidades específicas.
- La OMS ha desarrollado un conjunto de orientaciones para los países en el que se describen las etapas sucesivas que tienen que seguir los responsables políticos para elaborar y aplicar políticas y planes en materia de SMA (OMS, 2005).
- Los adolescentes y padres están estrechamente asociados a la elaboración de políticas y planes. Las políticas se evalúan, por ejemplo, usando la lista de verificación de la OMS sobre la evaluación de las políticas en material de salud mental (OMS, 2009). Los resultados deberían intercambiarse con otros países europeos para aprender los unos de los otros.
- Los gobiernos elaboran una legislación clara que estipula cómo pueden los adolescentes pedir ayuda sin la autorización de sus padres, el derecho de codecisión de los adolescentes en cuanto a su plan de tratamiento, los derechos y deberes de los padres, los procedimientos relativos a órdenes de entredicho (aunque deban limitarse al mínimo), los registros de historiales clínicos de los pacientes y su acceso así como el uso de la e-salud.

Recomendación: los gobiernos deben asignar recursos financieros suficientes a la SMA

Acciones que se proponen a nivel macro:

- Los planes políticos indican con toda transparencia cuál es el porcentaje del producto nacional bruto asignado a la salud mental en general y cuánto se dedica más específicamente a la ASMA.
- Los fondos asignados a la ASM deben repartirse de manera más equilibrada entre servicios de ASM para adultos por una parte y la ASM para los niños y los adolescentes. Al aumentar la financiación para la ASMA, los trastornos mentales pueden detectarse más temprano lo cual permite prevenir problemas más complejos en la salud adulta que requieren

tratamientos más costosos y de larga duración.

- Los gobiernos se esfuerzan por aumentar los recursos financieros para garantizar una ASMA de alta calidad.

10. INVESTIGACIÓN

Recomendación: los datos epidemiológicos son esenciales para sensibilizar y ayudar a los responsables políticos

Acciones que se proponen a nivel macro:

- Los gobiernos invierten en sistemas de registro de datos bien desarrollados para recoger datos administrativos. El InterRAI Community Mental Health y el InterRAI Mental Health son buenos ejemplos de herramientas normalizadas de evaluación. La aplicación de tales sistemas requiere tiempo para introducir datos y formar a los usuarios.
- Se puede organizar una investigación epidemiológica de manera colaborativa entre los países de la UE (véase el Estudio europeo sobre la epidemiología de los Trastornos mentales o estudio ESEMeD).
- La investigación pone particular énfasis en los grupos de SMA específicos y vulnerables (como los refugiados, los adolescentes Rom, etc.).
- Los datos que recogen otros sectores sobre los problemas de los adolescentes como el porcentaje de abandono escolar, la delincuencia juvenil y el abuso sexual también deben ser estudiados.

Acciones que se proponen a nivel micro:

- Los centros de investigación procuran que las observaciones epidemiológicas se comuniquen de manera clara y atractiva a los responsables políticos y al público en general de modo que los resultados se usen de manera eficaz.





REFERENCIAS

Abrines-Jaume, N., Midgley, N., Hopkins, K., Hoffman, J., Martin, K., Law, D., Wolpert, M. (2014). A qualitative analysis of implementing shared decision making in child and adolescent mental health services in the UK: stages and facilitators. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. doi: 10.1177/1359104514547596.

Ambresin, A. E., Bennett, K., Patton, G. C., Sanci, L. A., & Sawyer, S. M. (2013). Assessment of youth-friendly health care: a systematic review of indicators drawn from young people's perspectives. *Journal of Adolescent Health*, 52(6), 670-681. doi:10.1016/j.jadohealth.2012.12.014.

Ballard, K.L., Sander, M.A., Klimes-Dougan, B. (2014). School-related and social-emotional outcomes of providing mental health services in schools. *Community Mental Health Journal*, 50(2), 145-149.

Bélanger, R.E., Akre, C., Berchtold, A., & Michaud, P.A. (2011). A U-shaped association between intensity of Internet use and adolescent health. *Pediatrics*, 127(2), e330-e335.

Bielsa, V.C., Braddick, F., Jané-Llopis, E., Jenkins, R., & Puras, D. (2010). Child and adolescent mental health policies, programmes and infrastructures across Europe. *International Journal of Mental Health Promotion*, 12(4), 10-26.

Bohlin, R.K., & Mijumbi, R. (2015). *Child and Adolescent Mental Health Disorders: Organization and Delivery of Care*. In *Optimizing Treatment for Children in the Developing World* (pp. 279-289) Springer.

Bor, W., Dean, A.J., Najman, J., & Hayatbakhsh, R. (2014). Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 0004867414533834.

Boydell, K.M., Hodgins, M., Pignatiello, A., Teshima, J., Edwards, H., & Willis, D. (2014). Using technology to deliver mental health services to children and youth: A scoping review. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 23(2), 87.

Bréland, D.J., McCarty, C.A., Zhou, C., McCauley, E., Rockhill, C., Katon, W., et al. (2014). Determinants of mental health service use among depressed adolescents. *General Hospital Psychiatry*, 36(3), 296-301.

Bruce, S., & Paxton, R. (2002). Ethical principles for evaluating mental health services: A critical examination. *Journal of Mental Health*, 11(3), 267-279.

Cappelli, M., Gray, C., Zemek, R., Cloutier, P., Kennedy, A., Glennie, E., Doucet, G., & Lyons, J.S. (2012). The HEADS-ED: A Rapid Mental Health Screening Tool for Pediatric Patients in the Emergency Department. *Pediatrics*, 130(2), e321-e327. doi: 10.1542/peds.2011-3798.

Carli, V., Hoven, C.W., Wasserman, C., Chiesa, F., Guffanti, G., Sarchiapone, M., et al. (2014). A newly identified group of adolescents at «invisible» risk for psychopathology and suicidal behavior: findings from the SEYLE study. *World Psychiatry*, 13(1), 78-86. doi:10.1002/wps.20088.

Chandra, A., & Minkovitz, C.S. (2006). Stigma starts early: gender differences in teen willingness to use mental health services. *Journal of Adolescent Health*, 38(6), 754, e1-8.

Copeland, W.E., Shanahan, L., Davis, M., Burns, B., Angold, A., & Costello, E.J. (2015). Untreated Psychiatric Cases increase during the Transition to Adulthood. *Psychiatric services (Washington, DC)*, 66(4), 397.

D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.F., Martin-Rodriguez, L.S., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8(1), 188. doi:10.1186/1472-6963-8-188.

De Girolamo, G., Dagani, J., Purcell, R., Cocchi, A., & McGorry, P.D. (2012). Age of onset of mental disorders and use of mental health services: needs, opportunities and obstacles. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 21(01), 47-57. doi:10.1017/S2045796011000746.

Dowdy, E., Furlong, M., Raines, T.C., Boverly, B., Kauffman, B., Kamphaus, R.W., et al. (2014). Enhancing school-based mental health services with a preventive and promotive approach to universal screening for complete mental health. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, (ahead-of-print), 1-20.

Ellison et al., 2015. Ellison, M. L., Klodnick, V. V., Bond, G. R., Krzos, I. M., Kaiser, S. M., Fagan, M. A., & Davis, M. (2015). Adapting supported employment for emerging adults with serious mental health conditions. *The journal of behavioral health services & research*, 42(2), 206-222.

Elwyn G., Frosch D., Thomson R., et al. (2012). Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361-1367. doi:10.1007/s11606-012-2077-6.

Farmer, E.M., Burns, B.J., Phillips, S.D., Angold, A., & Costello, E. J. (2003). Pathways into and through mental health services for children and adolescents. *Psychiatric services*, 54(1), 60-66.

Fonagy, P., Cottrell, D., Phillips, J., Bevington, D., Glaser, D., & Allison, E. (2014). *What works for whom? A critical review of treatments for children and adolescents* Guilford Publications.

Gaebel, W., Becker, T., Janssen, B., Munk-Jorgensen, P., Musalek, M., et al. (2012). EPA guidance on the quality of mental health services. *European Psychiatry*, 27(2), 87-113. doi:10.1016/j.eurpsy.2011.12.001.

Graham, T., Rose, D., Murray, J., Ashworth, M., & Tylee, A. (2014). User-generated quality standards for youth mental health in primary care: a participatory research design using mixed methods. *BMJ quality & safety*, bmjqs-2014.

Gulliford, M., Naithani, S., & Morgan, M. (2006). What is 'continuity of care'? *Journal of health services research & policy*, 11(4), 248-250.

Gulliver, A., Griffiths, K.M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC psychiatry*, 10(1), 113.

Gröne, O., & Garcia-Barbero, M. (2001). Integrated care: a position paper of the WHO European office for integrated health care services. *International journal of integrated care*, 1.

Harper, B., Dickson, J.M., & Bramwell, R. (2014). Experiences of young people in a 16-18 Mental Health Service. *Child and Adolescent Mental Health*, 19(2), 90-96.

Hopkins, K., Crosland, P., Elliott, N., & Bewley, S. (2015). Diagnosis and management of depression in children and young people: summary of updated NICE guidance. *British Medical Journal*, 350, h824.

Horwitz, S.M., Gary, L.C., Briggs-Gowan, M.J., & Carter, A.S. (2003). Do needs drive services use in young children? *Pediatrics*, 112(6), 1373-1378.

Jané-Llopis, E., & Anderson, P. (2005). Mental health promotion and mental disorder prevention: A policy for Europe Radboud University Nijmegen.

Kaess, M., Brunner, R., Parzer, P., Carli, V., Apter, A., Balazs, J.A., et al. (2014a). Risk-behaviour screening for identifying adolescents with mental health problems in Europe. *European child & adolescent psychiatry*, 23(7), 611-620. doi:10.1007/s00787-013-0490-y.

Kalmakis, K.A., & Chandler, G.E. (2015). Health consequences of adverse childhood experiences: A systematic review. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*.

Kaslow, N.J., Broth, M.R., Smith, C.O., & Collins, M.H. (2012). Family-based interventions for child and adolescent disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 82-100.

Kessler, R.C., Amminger, G.P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Ustun, T.B. (2007a). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current opinion in psychiatry*, 20(4), 359.

Kessler, R.C., Angermeyer, M., Anthony, J.C., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., et al. (2007b). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6(3), 168.

Keith, S., & Martin, M.E. (2005). Cyber-Bullying: Creating a Culture of Respect in a Cyber World. *Reclaiming Children and Youth*, 13(4), 224-28.

Klein, D.A., Goldenring, J.M., & Adelman, W.P. (2014). HEEADSSS 3.0: The psychosocial interview for adolescents updated for a new century fueled by media. Retrieved from <http://contemporarypediatrics.modernmedicine.com/contemporary-pediatrics/content/tags/adolescent-medicine/heedsss-30-psychosocial-interview-adolesce?page=full>.

Kodner, D.L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications discussion paper. *International journal of integrated care*, 2.

Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 858.

Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., & Thornicroft, G. (2006). *Mental health policy and practice across Europe*. Berkshire: McGraw-Hill International.

Legido-Quigley, H., McKee, M., Nolte, E., & Glinos, I.A. (2008). Assuring the Quality of Health Care in the European Union. A case for action. *European Observatory on Health Systems and Policies*.

Leslie, D.L., Rosenheck, R.A., & Horwitz, S.M. (2001). Patterns of mental health utilization and costs among children in a privately insured population. *Health Services Research*, 36(1 Pt 1), 113.

Li, W., O'Brien, J.E., Snyder, S.M., & Howard, M.O. (2015). Characteristics of Internet Addiction/Pathological Internet Use in US University Students: A Qualitative-Method Investigation. *PloS one*, 10(2), e0117372.

London School of Economics and Political Science (2012). How mental illness loses out in the NHS. A report by the Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group.

Lucksted, A., McFarlane, W., Downing, D., & Dixon, L. (2012). Recent developments in family psychoeducation as an evidence-based practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 101-121.

Maxwell, R.J. (1992). Dimensions of quality revisited: from thought to action. *Quality Health Care*, 1, 171-177.

McGorry, P., Bates, T., & Birchwood, M. (2013). Designing youth mental health services for the 21st century: examples from Australia, Ireland and the UK. *The British Journal of Psychiatry*, 202(s54), s30-s35.

McGorry, P.D., Goldstone, S.D., Parker, A.G., Rickwood, D.J., & Hickie, I.B. (2014). Cultures for mental health care of young people: an Australian blueprint for reform. *The Lancet*, 1, 559-568.

Michaud, P.A., Berg-Kelly, K., Macfarlane, A., & Benaroyo, L. (2010). Ethics and adolescent care: an international perspective. *Current opinion in paediatrics*, 22(4), 418-422. doi:10.1097/MOP.0b013e32833b53ec.

Mur-Veeman, I., Hardy, B., Steenbergen, M., & Wistow, G. (2003). Development of integrated care in England and the Netherlands: managing across public-private boundaries. *Health policy*, 65(3), 227-241. doi:10.1016/S0168-8510(02)00215-4.

NHS England. (2015). *Future in mind: Promoting, protecting and improving children and young people's mental health and wellbeing*.

Paternite, C.E., & Johnston, T.C. (2005). Rationale and strategies for central involvement of educators in effective school-based mental health programs. *Journal of youth and adolescence*, 34(1), 41-49.

Patton, G.C., Coffey, C., Cappa, C., Currie, D., Riley, L., Gore, F., et al. (2012). Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data. *The Lancet*, 379(9826), 1665-1675. doi:10.1016/S0140-6736(12)60203-7

Patton, G.C., Coffey, C., Romaniuk, H., Mackinnon, A., Carlin, J.B., Degenhardt, L., et al. (2014). The prognosis of common mental disorders in adolescents: a 14-year prospective cohort study. *The Lancet*, 383(9926), 1404-1411. doi:10.1016/S0140-6736.

Paus, T., Keshavan, M., & Giedd, J.N. (2008). Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? *Nature Reviews Neuroscience*, 9(12), 947-957.

Price, M., Yuen, E.K., Goetter, E.M., Herbert, J.D., Forman, E.M., Acierno, R., et al. (2014). mHealth: a mechanism to deliver more accessible, more effective mental health care. *Clinical psychology & psychotherapy*, 21(5), 427-436.

Reichow, B., Servili, C., Yasamy, M.T., Barbui, C., & Saxena, S. (2013). Non-specialist psychosocial interventions for children and adolescents with intellectual disability or lower-functioning autism spectrum disorders: a systematic review.

Remschmidt, H. (2001). Definition, classification, and principles of application. In H. Remschmidt (Ed.), *Psychotherapy with children and adolescents* (pp. 3-11). Cambridge: Cambridge University Press.

Remschmidt, H., & Belfer, M. (2005). Mental health care for children and adolescents worldwide: a review. *World Psychiatry*, 4(3), 147.

Reyes-Portillo, J.A., Mufson, L., Greenhill, L.L., Gould, M.S., Fisher, P.W., Tarlow, N., et al. (2014). Web-Based Interventions for Youth Internalizing Problems: A Systematic Review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(12), 1254-1270.

Rones, M., & Hoagwood, K. (2000). School-based mental health services: A research review. *Clinical child and family psychology review*, 3(4), 223-241.

Ryttilä-Manninen, M., Lindberg, N., Haravuori, H., Kettunen, K., Marttunen, M., Joukamaa, M., et al. (2014). Adverse childhood experiences as risk factors for serious mental disorders and inpatient hospitalization among adolescents. *Child abuse and neglect*.

Samele, C., Frew, S., & Urquia, N. (2013). Mental health systems in the European Union member states, status of mental health in populations and benefits to be expected from investments into mental health European Commission.

Sawyer, S.M., Afifi, R.A., Bearinger, L.H., Blakemore, S.J., Dick, B., Ezech, A.C., et al. (2012). Adolescence: a foundation for future health. *The Lancet*, 379(9826), 1630-1640. doi:10.1016/S0140-6736(12)60072-5.

SEYLE. (2015). *Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE). Promoting health through the prevention of risk-taking and self-destructive behaviours. SEYLE final report for the European Commission.*

Silva, M., & de Almeida, J.M.C. (2014). Setting up integrated mental health systems. In S.O. Okpaku (Ed.), *Essentials of Global Mental Health* (pp. 144-151). Cambridge: Cambridge University Press.

Singh, S.P., Paul, M., Islam, Z., Weaver, T., Kramer, T., McLaren, S., et al. (2010). Transition from CAMHS to adult mental health services (TRACK): a study of service organisation, policies, process and user and carer perspectives. Report for the National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation Programme: London.

Thompson, P., & Clarke, H. (2015). *Service standards: seventh edition Royal college of psychiatrist.*

Thornicroft, G., & Tansella, M. (1999). Translating ethical principles into outcome measures for mental health service research. *Psychological medicine*, 29(04), 761-767.

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2003). What are the arguments for community-based mental health care? Copenhagen.

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care Overview of systematic evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 185(4), 283-290.

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2013). The balanced care model: the case for both hospital- and community-based mental healthcare. *The British Journal of Psychiatry*, 202, 246-248. doi:10.1192/bjp.bp.112.111377.

Tokunaga, R.S. (2010). Following you home from school: A critical review and synthesis of research on cyberbullying victimization. *Computers in Human Behaviour*, 26(3), 277-287.

Tylee, A., Haller, D.M., Graham, T., Churchill, R., & Sanci, L.A. (2007). Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? *The Lancet*, 369(9572), 1565-1573. doi:10.1016/S0140-6736(07)60371-7.

Uitterhoeve, R.J., Vernooij, M., Litjens, M., Potting, K., Bensing, J., De Mulder, P., et al. (2004). Psychosocial interventions for patients with advanced cancer – a systematic review of the literature. *British Journal of Cancer*, 91(6), 1050-1062.

Union Européenne des Médecins Spécialistes (2014). Training requirements for the Speciality of Child and Adolescent Psychiatry. <http://www.uems.eu/media-and-library/documents/adopted-documents/2014>.

Valentijn, P.P., Schepman, S.M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M.A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International journal of integrated care*, 13.

Vallance, A.K., Kramer, T., Churchill, D., & Garralda, M.E. (2011). Managing child and adolescent mental health problems in primary care: taking the leap from knowledge to practice. *Primary health care research & development*, 12(04), 301-309.

Vermeulen, B., Lauwers, H., Spruytte, N. & Van Audenhove, C. (2015). Experiences of family caregivers for persons with severe mental illness: an international exploration. Leuven: LUCAS KU Leuven/EUFAMI. <http://caringformentalhealth.org>

Vidal-Ribas, P., Goodman, R., & Stringaris, A. (2015). Positive attributes in children and reduced risk of future psychopathology. *The British Journal of Psychiatry*, 206, 17-25. doi:10.1192/bjp.bp.114.144519.

Vieth, H. (2009). Mental health policies in Europe. *Euro Observer*, 11(3).

Wasserman, D., Hoven, C.W., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., et al. (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*, 385(9977), 1536-1544.

Weist, M.D., & Paternite, C.E. (2006). Building an interconnected policy-training-practice-research agenda to advance school mental health. *Education and Treatment of Children*, 173-196.

Weisz, J.R., Kuppens, S., Eckshtain, D., Ugueto, A.M., Hawley, K.M., & Jensen-Doss, A. (2013). Performance of evidence-based youth psychotherapies compared with usual clinical care: a multilevel meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 70(7), 750-761.

WHO (2002). Global consultation on adolescent friendly health services: a consensus statement.

WHO (2003). *Investing in mental health*. Geneva: WHO.

WHO (2005). *Child and adolescent mental health policies and plans*.

WHO (2009). *Improving health systems and services for mental health*.

WHO (2010). mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP). WHO (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. WHO: Geneva.

Willard, N.E. (2007). *Cyberbullying and cyber threats: Responding to the challenge of online social aggression, threats, and distress* Research Press.

Wittchen, H.U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357-376.

Ye, X., Bapuji, S.B., Winters, S.E., Struthers, A., Raynard, M., Metge, C., et al. (2014). Effectiveness of internet-based interventions for children, youth, and young adults with anxiety and/or depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 14(1), 313.

Young, A.S., & Fristad, M.A. (2015). *Family-Based Interventions for Childhood Mood Disorders*. Child and adolescent psychiatric clinics of North America.

AGRADECEMOS A TODOS LOS PARTICIPANTES SU CONTRIBUCIÓN A ADOCARE

BÉLGICA: Derély M. - Beine A. - Bonny C. - Cailliau M. - Claes L. - Courtain A. - Croisant M. - d'Alcantara A. - Datta P. - de Becker E. - De Bock P. - De Bois S. - De Buck C. - De Coen M. - De Jonghe I. - De Ridder A. - De Rijdt L. - De Vos B. - Delvenne V. - Doucet D. - Dubois J. - Dubois V. - Forceville G. - Geerts L. - Gherroucha J. - Herremans D. - Holsbeek J. - Lampo A. - Lowet K. - Moens A. - Moens I. - Mohammad S. - Mommerency G. - Mulas A. - Nelis E. - Oosterlinck T. - Passelecq A. - Peeters J. - Plessers B. - Schoentjes E. - Snoeck P. - Van Hoof B. - Van Lysebetten C. - Van Speybroeck J. - Vanderstraeten G.

REPÚBLICA CHECA: Papezova H.

ESTONIA: Haldre L.

FINLANDIA: Elorante S. - Haravuori H. - Kaltiala-Heino R. - Kaukonen P. - Marttunen M. - Ranta K. - Sourander A. - Tähtinen P. - Vormaa H.

FRANCIA: Alecian P. - Bisson V. - Bonnot O. - Chambry J. - Choquet M. - Cottin P. - Garcin V. - Khalil R. - Kovess-Masfety V. - Paupe G. - Pieter D. - Rufo M. - Shadili G. - Speranza M. - Stheneur C.

ALEMANIA: Bauer S. - Brunner R. - Freitag C. - Hegerl U. - Heilbronner U. - Ravens-Sieberer U. - Schneider S. - Stracke T.

GRECIA: Kanellopoulos A. - Katideniou A. - Lazaratou H.

HUNGRÍA: Balazs J. - Kapornai K. - Kiss E. - Vetro A.

IRLANDA: Arensman E.

ITALIA: Baldassare M. - Colafrancesco G. - Colaiaco F. - Conca A. - Corbetta F. - de Girolamo G. - Di Lorenzo M. - Maggioni A. - Malara P. - Montinari G. - Pandolfo M.C. - Pastore A. - Polito L. - Rampazzo L. - Saottini C. - Scala A. - Segalla P. - Suigo V. - Taccani S. - Tonelli M. - Vanni F. - Veronese G.

LETONIA: Ancane G.

LITUANIA: Kuriene A. - Lesinskiene S. - Leskauskas D. - Petruyte J. - Puras D. - Sajeveciene J. - Zinkeviciute J. - Ziobiene E.

PORTUGAL: Caetano Gomes C. - Gusmao R. - Maia G. - Urbano N.

ESLOVENIA: Kumperscak H.

ESPAÑA: Bilbao A. - Blanco Presas M. - De la Rica J.A. - Gabilondo A. - García Sastre M. - Garcia-Cubillana de la Cruz P. - Gil Mañe G. - Gil Mañe J. - Gonzales-Pinto Arrillaga A.M. - Lopez S. - Lopez-Garcia P. - Penzol M. - Ruiz Sanz F. - Sanchez Gonzales A. - Soriano A. - Tio J.

SUECIA: Björck C. - Carli V. - Forler K. - Hallerfors B. - Nystrom Agback M. - Odhammar F. - Owen G. - Söderström B. - Wasserman D.

SUIZA: Forestier A. - Michaud P.-A.

HOLANDA: Stiphout C. - Ooijen B.

REINO UNIDO: Anderson Y. - Badrick G. - Bond J. - Caan W. - Davis K.-L. - Dubicka B. - Edwards A. - Hodgkins J. - Homans H. - Kasinski K. - Lower R. - Maxwell M. - Murguia Asensio S. - Page S. - Page E. - Rinaldi M. - Sharp H. - Taggart H. - Twin Z. - Versey V. - Vowden R. - Walker L. - Wilson J. - Worrall A.

ADHD EUROPE: Bilbow A. - Clark S. - Norris J.

CPME: Beger B. - Das S. - Fjeldsted K.

EBC: Baker M. - Destrebecq F.

EPA: Salamon E. - Theiner J.

EPHA: Zenhausern N.

ESN: Halloran J. - Japing K. - Montero A.

EUFAMI: Fossion N. - Jones K.

EUN: Richardson J.

GAMIAN: Arteel P. - Montellano P. †

MHE: Lavis P.

MHF: McIntosh B.

UEMS: Hermans M.

OMS: Baltag V.

