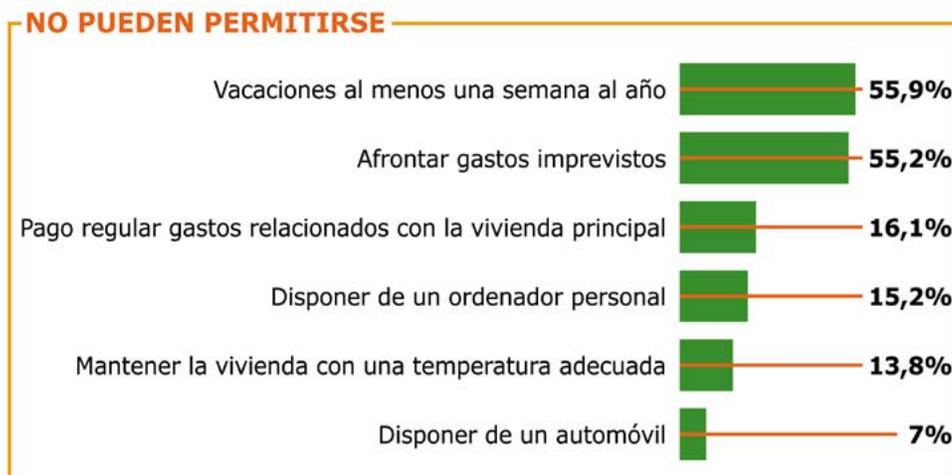


vive en hogares que presentan retrasos en el pago de gastos relacionados con la vivienda principal, el 15,2% no puede disponer de un ordenador personal y el 13,8% vive en hogares que no pueden mantener la vivienda con una temperatura adecuada.

**Gráfico 17. Porcentaje de personas de 0 a 17 años de edad que viven en hogares que no pueden permitirse diversos gastos. Andalucía, 2016**



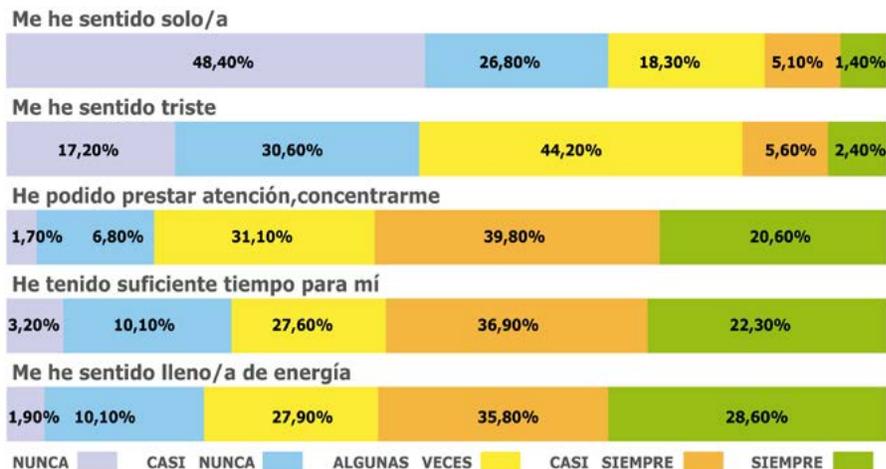
\* Entre 20 y 49 observaciones en la muestra, por lo que la cifra es poco fiable y hay que interpretarla con cautela.

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de datos de la Encuesta de Condiciones de Vida 2016. IECA, 2018.

## 2.4.2. Salud Mental Infantil juvenil

Según el estudio HBSC 2014, en Andalucía el 64,4% de las personas de 11 a 18 años expresan sentirse llenas de energía siempre o casi siempre durante la última semana, el 59% siente que ha tenido tiempo suficiente para sí misma y el 60,4% ha podido concentrarse. Con respecto a la semana anterior a su participación en el estudio, el 47,8% de las personas de 11 a 18 años dicen no haberse sentido tristes nunca o casi nunca y el 48,4% no se han sentido solos.

**Gráfico 18. Salud y ajuste psicológico auto-percibida durante la última semana en personas menores de 18 años. Andalucía, 2014.**



Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de Informe técnico de los resultados obtenidos por el Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) en Andalucía 2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

### 2.4.2.1. Atención a la salud mental en personas menores de edad

La ordenación de la asistencia a salud mental queda establecida en el Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud.

Otro instrumento con el que la administración apoya a la red sanitaria de atención a la salud mental, es el **III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020**, en el que uno de sus objetivos es Favorecer la detección precoz de problemas de salud mental en la población infantil y adolescente y prestar una atención de calidad, que facilite su desarrollo evolutivo y la construcción de su proyecto vital, e incluye transversalmente la perspectiva de la infancia y adolescencia en todas las demás estrategias.

Con el objetivo de garantizar la continuidad asistencial y de cuidados de niños, niñas y adolescentes se encuadra el **Programa de Atención a la**

**Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia (PASMIA)**, que se ocupa de garantizar a los niños, niñas y adolescentes asistencia y cuidados de su salud mental continuos con una visión integral en la coordinación intersectorial, imprescindible para dar respuesta a las necesidades de dicha población.

El decreto anteriormente mencionado marca la vía de acceso a los servicios de salud mental. Refiriéndonos a población infantil y adolescente su acceso queda establecidos a través de atención primaria (pediatra hasta los 14 años o médico de familia), una vez el profesional elabore su diagnóstico deriva a las unidades de salud mental comunitaria (USMC), el especialista que lo atienda elaborará un plan de tratamiento y, si lo considera necesario, remitirá al paciente a alguno de los dispositivos más especializados, en este caso las *unidades de salud mental infanto-juvenil (USMIJ)*.

### Unidades de Salud Mental Comunitaria

Según el Decreto 77/2008, estas unidades se definen como :

*“...el dispositivo básico de atención especializada a la salud mental, constituyendo su primer nivel de atención especializada...”*

En 2015, atendieron un total de 25.247 personas menores de 18 años. El 59,5% son chicos (15.012) y el 40,5% son chicas (10.235).

Los principales diagnósticos de los chicos y chicas atendidos fueron: trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia<sup>5</sup> (26,8%), trastorno mental sin especificación (14,5%) y trastornos neuróticos (14,1%).

Analizando el primer grupo diagnóstico más frecuente de las USMC, los trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, se observa que el TDAH (36,1%), otros trastornos de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (27,1%) y los trastornos derivados de las emociones de comienzo específico en la infancia (17,7%) son los diagnósticos más frecuentes en las y los jóvenes atendidos.

<sup>5</sup> Clasificación diagnóstica CIE-10: F90-F98. Estos trastornos presentan un mayor número de diagnósticos en las personas de menos de 18 años.

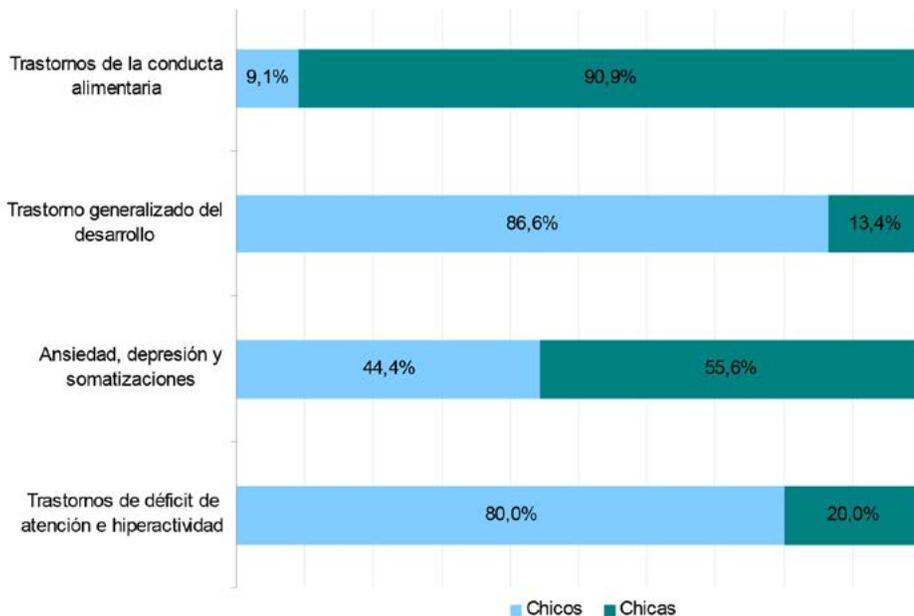
**Tabla 8. Personas menores de 18 años atendidas en USMC según diagnósticos de trastornos de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia. Andalucía, 2015.**

	<b>N</b>	<b>%</b>
T. Comportamientos disociales y emociones mixtos	46	0,7%
T. Tics	130	1,9%
Varios diagnósticos de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	260	3,9%
T. Comportamiento social de comienzo específico en la infancia y adolescencia	273	4,0%
T. Comportamientos disociales	582	8,6%
T. Emociones de comienzo específico en la infancia	1.199	17,7%
Otros trastornos de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	1.828	27,1%
TDAH	2.440	36,1%
<b>Total</b>	<b>6.758</b>	<b>100%</b>

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de "Análisis de la actividad de salud mental: DIRAYA consultas externas y hospitalización. 2015." Escuela Andaluza de Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

En la siguiente gráfica se analizan algunos de los grupos diagnósticos que cuentan con marcadas diferencias de sexo en su diagnóstico. Por ejemplo, los trastornos de la *conducta alimentaria*, en los que se observa que un 90,9% de las personas menores de 18 años atendidas son chicas, mientras que el 9,1% son chicos; en segundo lugar, encontramos el *trastorno generalizado del desarrollo*, en el que también se encontraron diferencias entre los chicos diagnosticados (86,6%) y las chicas (13,4%). En tercer lugar, destacaría el grupo diagnóstico relativo a *ansiedad, depresión y somatizaciones* en las que las diferencias fueron menores, un 55,6% de las personas diagnosticadas fueron chicas y el 44,4% chicos. Por último, analizamos el grupo diagnóstico relacionados con los trastornos de déficit de atención e hiperactividad, en el que los chicos (80%) son en mayor medida diagnosticados que las chicas (20%).

**Gráfico 19. Personas menores de 18 años atendidas en USMC según grupos diagnósticos específicos y sexo. Andalucía, 2015.**



Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de “Análisis de la actividad de salud mental: DIRAYA consultas externas y hospitalización. 2015.” Escuela Andaluza de Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

## Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil

Según el Decreto 77/2008 estas unidades quedan definidas como:

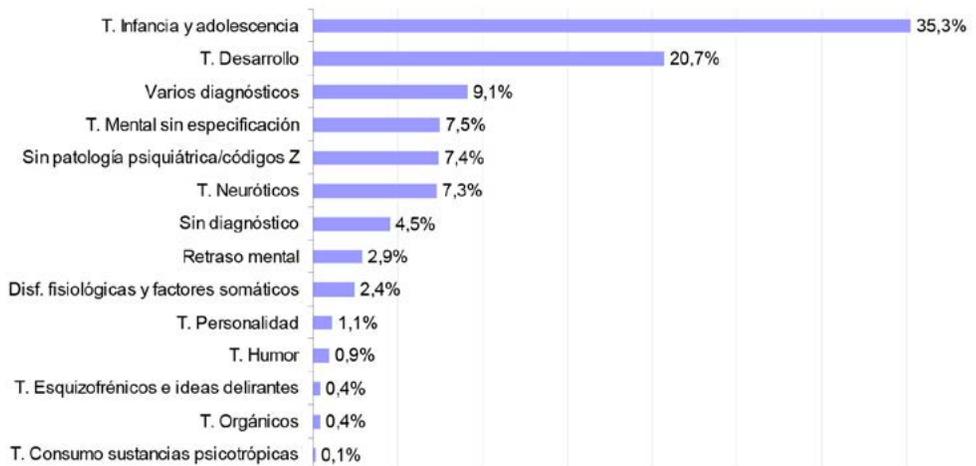
*“...dispositivo asistencial de salud mental destinado a desarrollar programas especializados para la atención a la salud mental de la población infantil y adolescente menor de edad del área hospitalaria de referencia o área de gestión sanitaria correspondiente...”.*



En 2015, se han atendido a 14.924 personas de menos de 18 años en las USMIJ de Andalucía, el 71,1% son chicos y el 28,9% son chicas.

En este servicio especializado de atención, la patología más frecuente diagnosticada es el trastorno de aparición habitual en la infancia y adolescencia, es el grupo diagnóstico con mayor porcentaje de personas menores de edad atendidas (35,3%), seguido de los trastornos de desarrollo (20,7%) y varios diagnósticos (9,1%). Los trastornos por los que se atendieron menor número de personas menores de 18 años son: el trastorno por consumo de sustancias psicotrópicas (0,1%), seguido de los trastornos orgánicos (0,4%) y los trastornos esquizofrénicos e ideas delirantes (0,4%).

**Gráfico 20. Distribución de personas atendidas en USMIJ según grupo diagnóstico. Andalucía, 2015.**



Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de "Análisis de la actividad de salud mental: DIRAYA consultas externas y hospitalización. 2015". Escuela Andaluza de Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

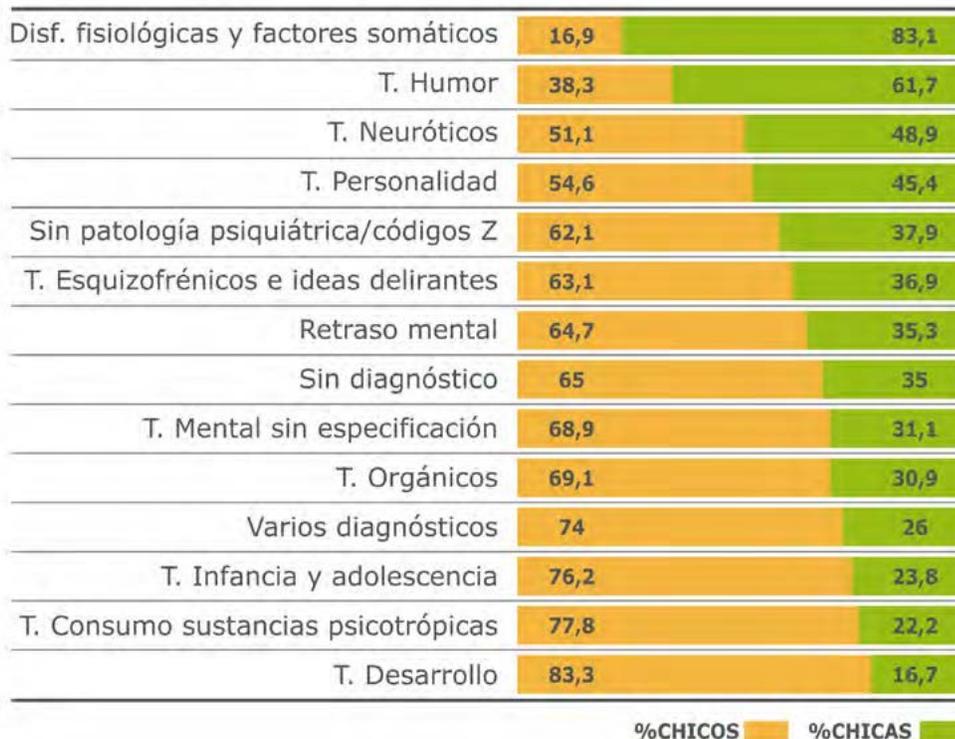
**Tabla 9. Personas atendidas en USMIJ según grupo diagnóstico. Andalucía, 2015.**

	<b>N</b>	<b>%</b>
T. Consumo sustancias psicotrópicas	9	0,1%
T. Orgánicos	55	0,4%
T. Esquizofrénicos e ideas delirantes	65	0,4%
T. Humor	133	0,9%
T. Personalidad	163	1,1%
Disf. fisiológicas y factores somáticos	360	2,4%
Retraso mental	436	2,9%
Sin diagnóstico	671	4,5%
T. Neuróticos	1.097	7,3%
Sin patología psiquiátrica/códigos Z	1.108	7,4%
T. Mental sin especificación	1.114	7,5%
Varios diagnósticos	1.358	9,1%
T. Desarrollo	3.090	20,7%
T. Infancia y adolescencia	5.265	35,3%
<b>Total</b>	<b>14.924</b>	<b>100,0%</b>

*Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de "Análisis de la actividad de salud mental: DIRAYA consultas externas y hospitalización. 2015". Escuela Andaluza de Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.*

Analizando la población atendida según sexo, con relación a los diagnósticos recibidos, las mayores diferencias entre chicos y chicas se observan en: los trastornos del desarrollo (77,8% de los chicos y 22,2% de las chicas), los trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicotrópicas (69,1% de los chicos y 30,9% de las chicas), las disfunciones fisiológicas y factores somáticos (16,9% de los chicos y 83,1% de las chicas) y los trastornos del humor (38,3% de los chicos y 61,7% de las chicas).

**Gráfico 21. Porcentaje de personas menores de 18 años atendidas en USMIJ según grupos diagnósticos y sexo. Andalucía, 2015**



*Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de "Análisis de la actividad de salud mental: DIRAYA consultas externas y hospitalización. 2015." Escuela Andaluza de Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.*

### 2.4.3. Maltrato infantil

En Andalucía, a partir del Decreto 3/2004, de 7 de enero –modificado por el Decreto 81/2010, de 30 de marzo– se establece el sistema de información sobre maltrato infantil de Andalucía (SIMIA) que promueve la implantación de un instrumento de recogida de información sobre los casos de maltrato infantil. Con esta herramienta se pretende obtener una