

**PSIQUIATRIA INFANTIL Y DE LA
ADOLESCENCIA EN LOS PAISES
QUE CONFORMAN LA ALIANZA
DE PSIQUIATRIA INFANTO-
JUVENIL Y PROFESIONES
AFINES (AL.IAM.PSI)**



AL·IAM·PSI

Junio de 2026

AUTORES

Argentina: Paul Kestelman y Nora Leal en representación de la Asociación Argentina de Psiquiatría Infantil (AAPI)

Bolivia: Sergio Guzman y Lupe Isnelda Gómez en representación de la Sociedad Boliviana de Psiquiatría

Chile: Alejandro Maturana en representación de la Sociedad Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia (SOPNIA)

Colombia: Liliana Betancourt en representación del Capítulo de Psiquiatría Infantil de la Asociación Colombiana de Psiquiatría

Ecuador: Enrique Aguilar en representación de la Sociedad Ecuatoriana de Psiquiatría

España: Carlos Imaz y María Luisa Lázaro en representación de la Asociación Española de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia (AEPNYA)

Guatemala: Virginia Ortiz en representación de la Asociación de Psiquiatría de Guatemala

Perú: Gisella Vargas en representación de la Sociedad Peruana de Psiquiatría de niños y adolescentes

Uruguay: Gabriela Garrido y Johann Schoepf en representación de la Sociedad Uruguaya de Psiquiatría Infantil y Adolescente (SUPIA)

Coordinadora: María Luisa Lázaro, Ex - presidenta de AL.IAM.PSI 2024-2025

INDICE

1.	INTRODUCCION.....	1
2.	PRESENTACION	2
3.	SALUD MENTAL EN POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE.....	3
3.1.	DEMOGRAFIA. POBLACIÓN DE 0 - 17 AÑOS	5
3.1.1.	POBLACIÓN MENOR DE 18 AÑOS SOBRE TOTAL DE POBLACIÓN.....	8
3.2.	PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES.....	9
4.	PLANES ESTRATEGICOS DE SALUD MENTAL. LINEAS ESPECÍFICAS DE SALUD MENTAL EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA.....	18
5.	LEYES Y NORMATIVAS EN EL ÁMBITO DE LA PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA	26
6.	ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL. RECURSOS ASISTENCIALES, PROGRAMAS DE ATENCION Y RECURSOS PROFESIONALES.....	39
7.	FORMACIÓN Y FORMACIÓN CONTINUADA.....	59
8.	INVESTIGACION EN PiyA.....	71
9.	RELACIÓN DE LA ESPECIALIDAD CON LA SOCIEDAD. ASOCIACIONES DE PACIENTES Y FAMILIARES	79
10.	ÁREAS DE MEJORA (RECURSOS ASISTENCIALES, SISTEMAS DE INFORMACIÓN, IMPLANTACIÓN DE GUÍAS CLÍNICAS, TRANSICIÓN A RECURSOS ASISTENCIALES DE ADULTOS, ETC.)	91
10.1.	ÁREAS DE MEJORA GENERALES PARA TODOS LOS PAÍSES DE AL.IAM.PSI... 91	
10.2.	ÁREAS DE MEJORA ESPECÍFICAS POR PAÍSES	93
11.	REFERENCIAS.....	99

1. INTRODUCCION

En los últimos años, la salud mental de niños, niñas y adolescentes se ha convertido en una preocupación cada vez más presente en nuestras sociedades, habiendo adquirido una creciente relevancia en las agendas públicas a nivel global. Factores como los cambios sociales acelerados, las desigualdades estructurales, y el aumento de la exposición a entornos digitales han puesto de manifiesto la necesidad urgente de comprender mejor la afectación de la salud mental de las generaciones más jóvenes, clave para el desarrollo personal, educativo y social, y la futura calidad de vida en la edad adulta.

La disponibilidad de información de calidad y comparable es esencial para orientar la planificación de servicios y la asignación eficiente de recursos. Conocer cuántos niños y adolescentes se ven afectados, qué problemas y trastornos son más frecuentes, de qué recursos asistenciales y profesionales se dispone y qué barreras dificultan el acceso a la atención nos debería permitir diseñar mejores dispositivos asistenciales y programas de atención. Sin embargo, en muchos contextos existe una clara limitación en la información lo que dificulta la comprensión integral de la situación actual de la salud mental en la infancia y la adolescencia.

El presente documento surge como respuesta a esta necesidad, con el objetivo de reunir y analizar información relevante en distintos países de América Latina y España, buscando no solo visibilizar los datos, sino también identificar similitudes y diferencias y comprender mejor los desafíos compartidos y las particularidades locales. En conjunto, este texto pretende contribuir a mejorar la comprensión de la salud mental en la infancia y la adolescencia en un marco geográfico con características culturales e idiomáticas comunes, así como a reflexionar sobre la posibilidad de impulsar acciones coordinadas que favorezcan el bienestar y el desarrollo pleno de niños, niñas y adolescentes.

No queda si no agradecer a todos los profesionales que en representación de las sociedades científicas incluidas en AL.IAM.PSI han colaborado en la recopilación de los datos que en el presente documento se expresan.

Dra. M. Luisa Lázaro
Ex - presidenta de AL.IAM.PSI

2. PRESENTACION

La psiquiatría de la infancia y la adolescencia (PlyA) es una disciplina médica dirigida al diagnóstico, tratamiento y prevención de los trastornos mentales en niños, niñas y adolescentes (NNyA). Su investigación se centra en el estudio de los factores biopsicosociales que influyen en el desarrollo y curso de estos trastornos, así como de las intervenciones terapéuticas eficaces. Por tanto, esta especialidad comprende un cuerpo de conocimiento y unos servicios de atención que reconocen a la infancia y a la adolescencia como un periodo de desarrollo diferenciado. Además, esta área de conocimiento dispone de investigaciones y publicaciones propias, una docencia específica y unos profesionales dedicados exclusivamente a la práctica de esta especialidad. Esta atención específica se ha de realizar de forma integral, por profesionales formados y con una buena coordinación con todos los agentes implicados en la ayuda a los niños con patología mental y a sus familias.

La prevalencia mundial de los trastornos mentales en NNyA es de alrededor del 13% (Polanczyk et al., 2015; Solmi et al., 2022), y aproximadamente la mitad (48.4%) de los trastornos comienzan antes de los 18 años (un 34.6% antes de los 14) (Solmi et al., 2022). Estos trastornos mentales iniciados a edades tempranas tendrán una importante repercusión en la calidad de vida de los NNyA que los padecen y en sus familias, por lo que es necesario disponer de recursos asistenciales específicos y profesionales ampliamente formados en las diferentes disciplinas que se dedican a la salud mental y a los trastornos mentales de este grupo de población.

AL.IAM.PSI es una iniciativa surgida durante el inicio de la pandemia COVID-19 para potenciar la interacción de las asociaciones científicas de psiquiatría infantil y de la adolescencia de Iberoamérica y potenciar el conocimiento y su difusión en el ámbito hispanoparlante y demás lenguas de las diversas etnias de la región Iberoamericana. Forman parte de AL.IAM.PSI Argentina, Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, España, Guatemala, México, Perú y Uruguay. Entre los objetivos de la Alianza destacan:

- 1) La promoción y consolidación de un espacio iberoamericano de PlyA que fomente la participación abierta y la representatividad de las diferentes asociaciones que la componen.
- 2) El fomento de la formación continuada de los colegas jóvenes realizando actividades científicas, entre las que destacan la programación de congresos, cursos, conferencias, y rotaciones por los diferentes recursos asistenciales de esta disciplina.
- 3) El desarrollo de proyectos de investigación multicéntrica y fomento de la publicación de artículos originales, revisiones sistemáticas o casos clínicos en las revistas de la especialidad de manera prioritaria en lengua hispana.

Este documento pretende reflejar la situación de la PlyA en la mayoría de los países que componen la Alianza.

3. SALUD MENTAL EN POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE

La salud mental infantil y adolescente es crucial para el desarrollo y el rendimiento académico, así como para la inclusión social. La infancia y la adolescencia son etapas claves para el desarrollo físico, emocional y social de la persona. De ahí la necesidad de promover el aprendizaje socioemocional y el bienestar psicológico, proteger a las personas en estas edades de la adversidad psicosocial y garantizar el acceso a la atención en salud mental. Las consecuencias de no abordar los problemas de salud mental en la infancia y la adolescencia se extienden a edades posteriores, deteriorando tanto la salud física como la mental y limitando las oportunidades de llevar una vida plena en la edad adulta.

En los últimos años se está hablando de una crisis global de salud mental que, desde inicios del siglo XXI, afecta a NNYA de todo el mundo (McGorry et al., 2024; Pereira-Sánchez, 2024). La falta de información epidemiológica fiable y a escala global referente a los trastornos mentales en esta población nos impide conocer la extensión y gravedad de esta crisis, con el agravante de que allí donde la información es más escasa, las poblaciones infantiles son más abundantes y vulnerables: en los países más pobres del mundo y en minorías demográficas de países más desarrollados (Pereira-Sánchez, 2024).

Durante el presente siglo hemos experimentado cambios sociales que han impactado considerablemente en las vidas de los NNYA y sus familias. La aparición de nuevas estructuras familiares, el estilo de vida más individualista, el desarrollo de internet con un acceso ilimitado de información y conocimiento o el crecimiento de las redes sociales virtuales nos coloca en una dinámica social compleja. Unido a ello, existen una serie de factores de riesgo que influyen negativamente en la salud mental de NNYA, por lo que algunos grupos de población son más vulnerables que otros. En población infantil y adolescente cabría destacar la existencia de adversidad psicosocial (pobreza, violencia), ser hijos de padres con patología mental grave, menores sometidos a maltrato familiar o entre iguales, poblaciones minoritarias y menores migrantes (Lázaro García, 2020). Cuanta mayor exposición a factores de riesgo, mayor será el impacto potencial en su salud mental.

A nivel mundial, se estima que uno de cada siete jóvenes (14,3 %) de 10 a 19 años padece trastornos de salud mental (Organización Mundial de la Salud, 2022). Según este informe, los principales trastornos que se presentan en la adolescencia son:

Trastornos emocionales: Los trastornos de ansiedad son los más prevalentes en este grupo de edad y más comunes entre los adolescentes mayores que entre los más jóvenes. Se estima que el 4,1% de los jóvenes de 10 a 14 años y el 5,3% de los de 15 a 19 años padecen un trastorno de ansiedad y que la depresión se presenta en el 1,3% de los NNYA de 10 a 14 años y en el 3,4% de los de 15 a 19 años.

Trastornos de conducta: Son más comunes entre los adolescentes más jóvenes que entre los mayores. Se presenta en el 3,3 % de los jóvenes de 10 a 14 años y en el 1,8 % de los de 15 a 19 años.

Trastornos de la conducta alimentaria: Suelen manifestarse durante la adolescencia y los primeros años de la edad adulta. Se estima que se presentan en el 0,1 % de las personas de 10 a 14 años y en el 0,4 % de los de 15 a 19 años y que afecta con mayor frecuencia al sexo/género femenino.

Psicosis: Las afecciones que presentan síntomas psicóticos suelen manifestarse al final de la adolescencia o al principio de la edad adulta. La esquizofrenia se presenta en el 0,1 % de los jóvenes de 15 a 19 años.

Suicidio y autolesiones: El suicidio es la tercera causa principal de muerte en adolescentes mayores y adultos jóvenes (15 a 29 años).

Trastornos del neurodesarrollo: en general afectan a aproximadamente 1 de cada 6 niños. Se estima que 1 de cada 100 personas en el mundo tiene autismo, siendo más frecuente en varones que en mujeres (3.5:1). Respecto al trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), este afecta a aproximadamente el 4% de la población mundial, oscilando en población infantil entre el 5-10%, mientras que en adultos se sitúa en el 2.5%.

Consumo de sustancias: Los jóvenes son especialmente vulnerables a desarrollar patrones de consumo de sustancias nocivos que pueden persistir a lo largo de la vida. En 2019, la prevalencia del consumo de alcohol entre los jóvenes de 15 a 19 años fue alta a nivel mundial (22%). En 2022, la prevalencia del consumo de cannabis entre los adolescentes fue mayor que entre los adultos a nivel mundial (5,5% frente al 4,4%, respectivamente) (Organización Mundial de la Salud, 2024).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) tiene como objetivo brindar cooperación técnica para mejorar la salud y la calidad de vida en los países americanos. Es un organismo especializado en salud del Sistema Interamericano y actúa como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (OPS, 2026). Desde esta organización se advierte de los diferentes factores de riesgo que pueden afectar a la salud mental de los NNYA como la pobreza, violencia, migración, conflictos familiares, abusos, duelo, consumo de sustancias y discriminación. Además, en América Latina y el Caribe, las prevalencias de trastornos mentales en población joven suelen ser altas, con grandes variaciones entre países por factores culturales, económicos y de acceso a servicios.

3.1. DEMOGRAFIA. POBLACIÓN DE 0 - 17 AÑOS



ARGENTINA

Según los datos del Censo Nacional 2022 publicados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) de la República Argentina (INDEC, 2022), la población total de Argentina fue de aproximadamente 47 millones de habitantes. La población menor de 18 años representa alrededor del 24-25% del total, es decir, entre 11 y 12 millones de personas. La distribución por género es bastante equilibrada, con ligera preponderancia masculina en los menores de edad. Atendiendo a la distribución geográfica, la mayoría se concentra en áreas urbanas, especialmente en la Gran Buenos Aires, Córdoba y otros centros urbanos. Respecto al nivel de escolaridad, la mayoría de los NNyA asisten a la escuela, con tasas de escolarización cercanas al 90-95%.



BOLIVIA

El Censo de 2024 publicado por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2024) informa que Bolivia tiene una población total de 11.365.333 habitantes distribuyéndose al 50% entre hombres y mujeres. De ellos 4.075.469 tienen una edad entre 0 y 19 años: 852.549 (7.5%) de entre 0 y 4 años, 1.093.343 (9.6%) de entre 5 y 9 años, 1.117.952 (9.8%) de entre 10 y 14 años, y 1.011.625 (8.9%) de entre 15 y 19 años. Es decir, un 35.8 % de la población boliviana tienen menos de 20 años.



CHILE

La población chilena ha experimentado durante las últimas décadas una transformación demográfica sostenida, caracterizada por una disminución de la natalidad, el aumento de la esperanza de vida y un progresivo proceso de envejecimiento. Este fenómeno ha tenido como consecuencia directa una reducción significativa de la proporción de NNA en el total nacional. De acuerdo con los primeros resultados del Censo de Población y Vivienda 2024, publicado por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE, 2025), la población total de Chile asciende a 18.480.432 habitantes. Según el informe censal, las personas de 14 años o menos representan el 17,7 % de la población total, mientras que el grupo de mayores de 65 años alcanza aproximadamente el 14 %. Esta distribución contrasta con las cifras históricas del Censo 2017, en que los menores de 15 años representaban el 20,1 % del total, y con el Censo de 1992, donde alcanzaban el 29,7 % de la población (DEIS, 2022).

Este descenso sostenido de la proporción de menores de edad refleja la consolidación de un país de baja natalidad, con una disminución de la tasa global de fecundidad en Chile en

2024 a 1,03 hijos por mujer, muy por debajo del nivel de reemplazo poblacional (INE, 2025). Dicho proceso, acompañado de una disminución en la fecundidad adolescente, evidencia un cambio estructural en el patrón demográfico nacional, asociado tanto a transformaciones socioculturales como al acceso a la educación y la planificación familiar.

Si bien el Censo 2024 aún no publica una desagregación oficial específica para el grupo de 0 a 17 años, es posible realizar una estimación razonada a partir de los datos disponibles. Considerando que el tramo de 0 a 14 años representa el 17,7 % del total y que el grupo de 15 a 19 años suele equivaler a aproximadamente el 5,5 % de la población, según proyecciones previas del INE, puede inferirse que los adolescentes de 15 a 17 años constituyen alrededor del 3,3 %. En consecuencia, las personas menores de 18 años representarían aproximadamente el 21 % de la población total del país. De esta manera, sobre una población total de 18.480.432 habitantes, se estima que en Chile residen entre 3,9 y 4 millones de NNyA menores de 18 años. Esta estimación es consistente con los cálculos de la Defensoría de la Niñez, que para el año 2022 proyectó una población de 4.472.600 personas entre 0 y 17 años, con una composición de 50,9 % hombres y 49,1 % mujeres (Defensoría de la Niñez, 2023).



COLOMBIA

Según las proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) basadas en el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018, Colombia cuenta con aproximadamente 53 millones de habitantes (DANE, 2025). La población menor de 18 años representa alrededor del 27,5% del total, equivalente a aproximadamente 14,5 millones de personas. La distribución por sexo es relativamente equilibrada. Geográficamente, la mayor concentración se ubica en áreas urbanas — Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla — aunque existe una proporción importante en zonas rurales, regiones de frontera y territorios con alta dispersión geográfica como la Amazonía, el Pacífico y los Llanos Orientales, donde la vulnerabilidad social es mayor.



ECUADOR

En el último censo realizado en el año 2023 (Censo Nacional de Población y Vivienda, Ecuador, 2023), se contabilizaron 16.938.986 personas en Ecuador: 8.252.523 hombres y 8.686.463 mujeres. La población de niños de entre 0 a 11 años es de 3.344.947 y la de adolescentes de 12 a 17 años de 1.903.170, es decir, un 31% de la población. El total nacional de viviendas es de 6.610.236, existiendo un total de hogares de 5.188.827, con un promedio de personas por hogar: 3.3.

**ESPAÑA**

En 2026, la población menor de 18 años en España se sitúa en torno a los 7,9 millones de personas, frente a una población total de 49,6 millones según la Estadística Continua de Población (INE, 2026). Esto representa aproximadamente el 15,9 % del total, uno de los porcentajes más bajos de Europa y América. Durante la última década (2016-2026), este grupo poblacional ha disminuido de forma sostenida (desde cerca de 8,5 millones), debido principalmente a la muy baja fecundidad —1,12 hijos por mujer en 2023, mínimo histórico reciente, con proyecciones similares para años posteriores— y al progresivo envejecimiento demográfico.

El crecimiento poblacional total se mantiene positivo gracias a un saldo migratorio neto elevado y creciente, que compensa con creces el déficit vegetativo. Sin embargo, al tratarse mayoritariamente de inmigración adulta y en edad laboral, no revierte por completo la tendencia descendente de la población <18 años. Cabe destacar que actualmente una proporción significativa de los menores residentes son hijos de personas inmigradas, lo que conlleva mayores riesgos psicosociales (barreras idiomáticas, duelo migratorio, redes de apoyo más débiles, acceso limitado a recursos) que deben orientar prioritariamente la planificación de servicios de salud mental infantil y juvenil.

La distribución por comunidades autónomas (CCAA) no es homogénea. Las mayores proporciones de menores se registran en Canarias, Murcia, Castilla-La Mancha y Andalucía. Madrid y Cataluña se sitúan cerca de la media nacional, mientras que las menores proporciones aparecen en País Vasco, Principado de Asturias y La Rioja.

**GUATEMALA**

Según el Censo Nacional de Población y VII de Vivienda (INE, 2018), último disponible, la población total de Guatemala es de 14.901.286 habitantes, con una edad media de 26.5 años. La población de 0-14 años alcanza un 32.7% y el grupo de 15-19 años un 9-10%, por lo que se estima una población menor de 18 años del 38-40%, es decir, 4 de cada 10 habitantes son menores de edad. Esto hace que Guatemala tenga una de las poblaciones más jóvenes en Latinoamérica.



El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) ha presentado los resultados de los Censos Nacionales de población y vivienda de 2023 revelan una población total del Perú de aproximadamente 34.000.000 habitantes (INEI, 2024). Del total de la población un 18,14 % tiene entre 0-11 años, un 9,5 % entre 12 y 17 años, es decir, aproximadamente el 12,7 % de la población es menor de 18 años.



Según el último censo del año 2023 publicado por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2023), Uruguay cuenta con una población de 3,5 millones de habitantes. De ese número, el 18,5% (647.000) corresponden a menores de 15 años.

3.1.1. POBLACIÓN MENOR DE 18 AÑOS SOBRE TOTAL DE POBLACIÓN

De los datos descritos llama la atención las diferencias existentes en cuanto al porcentaje de población menor de 18 años sobre la población total del país, existiendo países con una población muy joven, Guatemala con alrededor del 50% de su población menor de 18 años, y países con una demografía más envejecida, como España con un 15,9% de población menor de 18 años sobre su total poblacional.

	Porcentaje aproximado de población menor de 18 años
Argentina	25%
Bolivia	36% (<20 años)
Chile	24%
Colombia	27%
Ecuador	31%
España	16%
Guatemala	40%
Perú	28%
Uruguay	20%

3.2. PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES



ARGENTINA

La salud mental en NNyA es un tema de creciente preocupación en Argentina. Un estudio de cribado de trastornos de salud mental y su relación con diferentes condicionantes socioambientales en una población de NNyA argentinos durante la pandemia por COVID-19, realizado a través de la información solicitada a los padres o tutores, indicaba que el 23.3 % de los NNyA evaluados puntuaban en síntomas indicadores de patología mental, fundamentalmente trastornos emocionales. La aparición de esta psicopatología estaba relacionada con el impacto de la pandemia en la vida familiar, la cantidad de amigos íntimos que tenían (aislamiento social) y el bajo rendimiento escolar (Lopez & Drivet, 2023). Estos indicadores de decremento en la salud mental se han acompañado de un incremento notable en las consultas psiquiátricas en los últimos años. Según un informe de la Fundación Soberanía Sanitaria (2025), en el año 2023 se registró en todo el país un incremento en la demanda de atención por motivos de salud mental en el sistema público del 12 %. También se informa del aumento de ingresos por motivos de salud mental en los hospitales generales, pasando en NNyA del 9 % en el año 2019 al 13 % en el 2023.

Recientemente, un estudio realizado entre agosto y diciembre de 2024 con apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), combinó grupos focales de distintas regiones, entrevistas a referentes estatales y profesionales, y un relevamiento exhaustivo de dispositivos y presupuestos para analizar cuál es la realidad en este grupo poblacional. El informe concluyó que el 50% de las afecciones de salud mental se manifiestan antes de los 14 años, y que la ansiedad, depresión y trastornos del comportamiento figuran entre las principales causas de años de vida saludable perdidos por discapacidad en la adolescencia. También mostró que los servicios disponibles para adolescentes están concentrados en áreas urbanas, con escasez de profesionales especializados, especialmente psiquiatras dedicados a la infancia y adolescencia. Los jóvenes identificaron como problemáticas más frecuentes la ansiedad, la depresión, los trastornos de la conducta alimentaria, y las dificultades en el sueño, preocupaciones que coinciden con los datos de otros estudios internacionales (Zingman & Poverene, 2025). Además, otro estudio realizado por la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) y Unicef (2025) señala que los temas que más preocupan a los adolescentes son la pobreza y violencia, seguido del consumo de drogas y la posibilidad de acceder a un trabajo. Comparando con los resultados del año 2024 llamaba la atención el aumento en la preocupación sobre la violencia y el estado de su salud mental.

Respecto a los trastornos del neurodesarrollo, un informe de 2023 del gobierno argentino muestra que más de 114.000 personas con Certificado Único de Discapacidad (CUD) tienen condiciones de salud vinculadas al trastorno del espectro autista (TEA), de las cuales el 85,7% tiene entre 0 y 14 años (Agencia Nacional de Discapacidad, 2023).

Finalmente hay que señalar que según los datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) (2023) del Ministerio de Salud, la tasa nacional de suicidios ha aumentado hasta 11.8 casos/100.000 habitantes siendo el grupo de edad más afectado el de jóvenes de 15 a 24 años.



Un estudio reciente realizado en población escolar utilizando la Encuesta Mundial de Salud Escolar de Bolivia de 2018, con una muestra final estudiada de más de 7000 estudiantes de 15,3 años de media, evaluó la asociación de factores psicosociales y factores protectores con el malestar psicológico. El 22,3% de los participantes refirieron experimentar malestar psicológico, con un 18,1% en adolescentes varones y un 26,2% en adolescentes mujeres. Se observó que los adolescentes escolares con mayor acompañamiento de sus padres tenían menos probabilidades de experimentar malestar psicológico, siendo este mayor entre los que experimentan más factores psicosociales (agresiones físicas en el año anterior, acoso escolar, acoso fuera del ámbito escolar y ciberacoso). El estudio concluía que se debería fomentar y promover las relaciones familiares saludables (participación parental como factor protector) y las intervenciones para reducir la violencia y el acoso escolar (Suanrueang et al., 2023).

Posteriormente se utilizaron los datos de esta Encuesta Mundial de Salud Estudiantil para evaluar la prevalencia y los factores asociados al comportamiento suicida. Se obtuvo una prevalencia del 23,5 % para la ideación suicida, del 21,4 % para la planificación del suicidio y del 22,1 % para los intentos de suicidio. La ideación y planificación suicida fue más probable en los adolescentes que habían sufrido agresiones físicas, lesiones graves, carecían de amigos cercanos, padecían insomnio por ansiedad o pasaban hambre. El consumo de sustancias (alcohol, marihuana), la inactividad física y el absentismo escolar y bajas calificaciones también se asociaron con el riesgo de ideación e intentos de suicidio. Por el contrario, ser varón, la baja intrusión parental y la alta participación de los padres en temas académicos protegieron consistentemente contra la conducta suicida (Sarfo, 2026).



En Chile, la salud mental de NNyA ha adquirido un lugar prioritario en la agenda pública durante la última década, impulsada por un incremento sostenido de sintomatología emocional y conductual reportado en estudios nacionales provenientes de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI) del Ministerio de Salud (MINSAL) de Chile

(2017), los registros del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) (2022) y otras fuentes del Ministerio de Salud. Diversos análisis epidemiológicos han evidenciado un aumento progresivo en la frecuencia de síntomas ansiosos, depresivos y problemas de regulación emocional en población escolar y adolescente, en un contexto marcado por transformaciones socioculturales aceleradas, mayor exposición a estresores digitales y crecientes exigencias académicas. Esta situación se ha vuelto particularmente evidente en mujeres adolescentes, donde convergen factores de vulnerabilidad asociados a presiones socioculturales, dinámicas relacionales internalizantes y mayor exposición a violencia simbólica en entornos digitales.

Desde una perspectiva epidemiológica, uno de los estudios nacionales más robustos realizado en población infantojuvenil chilena (Vicente et al., 2012), estimó que aproximadamente un 22,5 % de los niños y adolescentes presenta algún trastorno psiquiátrico en un período de 12 meses. Los trastornos ansiosos eran los más prevalentes (14 %), seguidos por los trastornos disruptivos (8-10 %) y los trastornos afectivos (5 %). Estos hallazgos se mantienen consistentes con estimaciones más recientes basadas en sintomatología, donde la ENCAVI reporta que cerca de un 30 % de los adolescentes presenta síntomas ansiosos significativos, mientras que entre un 15 % y 20 % presenta sintomatología depresiva, con predominio en mujeres (MINSAL, 2017). En paralelo, la demanda por atención en salud mental ha aumentado de forma significativa. Actualmente, se estima que la salud mental representa aproximadamente el 20-25 % de las consultas en adolescentes en atención primaria, evidenciando una creciente carga para el sistema (MINSAL, 2017).

Uno de los fenómenos más relevantes en la última década ha sido el aumento de la conducta suicida, incluyendo ideación, intentos y conductas autolesivas. Según datos del DEIS, la tasa de suicidio en población de 10 a 19 años ha fluctuado entre 6 y 8 por 100.000 habitantes, alcanzando aproximadamente 10 por 100.000 en el grupo de 15 a 19 años, lo que sitúa al suicidio entre las principales causas de muerte en adolescentes en Chile (DEIS, 2022). En términos de morbilidad, las consultas por intento de suicidio han aumentado en más de un 30% en la última década, mientras que las hospitalizaciones por esta causa han mostrado un incremento sostenido, especialmente en mujeres adolescentes (MINSAL, 2020). Este aumento también se refleja en la presión sobre el sistema asistencial, con un crecimiento de las consultas de urgencia por crisis psiquiátricas y una alta ocupación de las unidades de hospitalización especializada. Asimismo, las hospitalizaciones psiquiátricas en adolescentes han aumentado entre un 20-30 % en la última década, con predominio de cuadros depresivos, conducta suicida, trastornos de la conducta alimentaria y desregulación conductual grave (DEIS, 2022). Las mujeres representan más del 60 % de los ingresos hospitalarios psiquiátricos en adolescencia, lo que refleja un cambio relevante en el perfil clínico de la demanda.

En relación con los trastornos del neurodesarrollo, Chile presenta una alta prevalencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), estimada aproximadamente en un 10 % en población escolar, con predominio en varones (Vicente et al., 2012).

Asimismo, se ha observado un aumento sostenido en los diagnósticos de trastorno del espectro autista (TEA), cuya prevalencia se estima cercana al 1 %, aunque con importantes brechas en acceso a evaluación y tratamiento. Estas brechas están asociadas a la falta de formación especializada en equipos de atención primaria, tiempos prolongados de diagnóstico y limitada disponibilidad de servicios especializados, lo que impacta negativamente en la trayectoria educativa y el desarrollo social de los niños.

La situación se vuelve más compleja al considerar la influencia de factores de riesgo estructurales. En múltiples regiones del país, los NNyA están expuestos a violencia intrafamiliar, adversidad psicosocial, pobreza multidimensional, acoso escolar y consumo temprano de sustancias, particularmente alcohol y cannabis, cuyo consumo en escolares alcanza prevalencias cercanas al 20–25 % (Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) (2021). Estas condiciones interactúan de manera sinérgica, aumentando la probabilidad de desarrollar trastornos mentales, afectando la adherencia al tratamiento y generando una carga significativa para los sistemas de salud y educación. Además, el uso intensivo de tecnologías digitales ha introducido nuevos riesgos, como el ciberacoso y la exposición a contenidos que pueden favorecer conductas autolesivas.

En resumen, la última década se ha caracterizado por un aumento de los trastornos internalizantes, especialmente ansiedad y depresión en adolescentes, un incremento de la conducta suicida, mayor visibilización de los trastornos del neurodesarrollo y un aumento de los trastornos de la conducta alimentaria, particularmente tras la pandemia por COVID-19 (MINSAL, 2021; DEIS, 2022). Este conjunto de transformaciones configura un escenario de alta complejidad clínica y creciente demanda asistencial. Así, este perfil epidemiológico, sumado al aumento de cuadros graves como la conducta suicida, sitúa a la salud mental infanto-juvenil como un problema prioritario de salud pública. En este contexto, la ausencia de estudios epidemiológicos nacionales recientes con metodología robusta constituye una limitación relevante, reforzando la necesidad de desarrollar sistemas de vigilancia más precisos y longitudinales.



La situación sobre la salud mental en NNyA colombianos se ve agravada por factores de riesgo estructurales propios del contexto colombiano: el conflicto armado interno, el desplazamiento forzado, la violencia intrafamiliar, el reclutamiento de menores, la exposición al microtráfico en zonas vulnerables y el consumo de sustancias psicoactivas en edades tempranas.

La Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) del Ministerio de Salud y Protección Social (2015) (Gómez-Restrepo et al., 2016a) —la más reciente con metodología diagnóstica estandarizada— identificó como trastornos más prevalentes en menores de 18 años el

trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), los trastornos de ansiedad, el trastorno negativista desafiante, los trastornos de conducta, los trastornos depresivos y el trastorno del espectro autista (TEA). La citada Encuesta señala una prevalencia anual de trastornos mentales del 4,7% en la infancia (7–11 años) con el TDAH como diagnóstico más frecuente (2,3%–3,0%); y del 7.2% en la adolescencia (12–17 años) con predominio de los trastornos de ansiedad (3,5%) y la fobia social (4.8%) (Gómez-Restrepo et al., 2016b). Cifras más recientes publicadas por el Instituto Nacional de Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (2023), señalan que el 44,7% de los NNyA y jóvenes hasta los 24 años, colombianos, muestran indicios de afectación en su salud mental. Por otra parte, existen también estudios nacionales con metodologías diversas que han reportado cifras de TDAH que oscilan entre el 5,7% y el 20%, variabilidad explicada en gran medida por las diferencias en los instrumentos utilizados y las poblaciones estudiadas (Pineda et al., 1999; Cornejo et al., 2005).

Respecto a la conducta suicida en Colombia, un reciente análisis de los datos obtenidos de las Estadísticas Vitales del DANE se evidencia que la tasa de suicidios para jóvenes adolescentes de 15 a 19 años ha ascendido hasta el 9,79 en el año 2022 (Pontífica Universidad Javariana, 2023). Y en referencia a la hospitalización, un estudio hospitalario realizado en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle (Cali), el principal diagnóstico atendido en menores fue el episodio depresivo (11,6%), seguido por los trastornos mixtos de la conducta y de las emociones (8,5%) (Miranda-Bastidas, 2019).



ECUADOR

La Encuesta Nacional “Tu voz, tus derechos”, sobre la salud mental de los NNyA en Ecuador, respaldada por World Vision Ecuador y el Ministerio de Educación, señala que el 20% de los NNyA en el país presenta síntomas de depresión o ansiedad, y el 10% ha considerado o intentado suicidarse. Sin embargo, también destaca que el 76% de la población infanto-juvenil se considera feliz, lo que sugiere contrastes y la necesidad de abordar las dificultades emocionales de una parte de esta población (World Vision Ecuador, 2023).

Por otra parte, una revisión bibliográfica que analiza 33 estudios concluye que la depresión y la ansiedad son frecuentes en adolescentes ecuatorianos, sobre todo en mujeres, además del trastorno por estrés postraumático y los trastornos del sueño. Los autores señalaban que el hecho de padecer un trastorno mental tenía un impacto negativo en el rendimiento académico y que entre los desencadenantes más frecuentes de los problemas de salud destacaban la violencia doméstica, el maltrato infantil, las relaciones sociales problemáticas y el consumo de sustancias (Castro-Jalca et al., 2023). Recientemente, un análisis de los ingresos realizados por trastornos mentales en NNyA señala que un 7.69/100.000 fueron por trastornos por uso de sustancias psicoactivas, un

7.66/100.000 por trastorno depresivo y un 2.75/100.000 por trastornos del espectro de la esquizofrenia. Los ingresos por trastornos depresivos fueron más frecuentes en mujeres y los ingresos por trastornos mentales y de conducta relacionados con el uso de sustancias más frecuentes en varones. Estos últimos trastornos tenían una media de ingreso menor o igual a 2 días mientras que los trastornos depresivos requirieron más de 11 días de ingreso (Lapo-Talledo et al., 2025).

Respecto a los factores de riesgo, la desnutrición, la violencia (los menores son reclutados para el microtráfico y el sicariato), la falta de recursos y las dificultades socioeconómicas pueden afectar negativamente la salud mental infantil (UNICEF Ecuador, 2025)



En España no existe un informe nacional unificado con datos de prevalencia, diagnósticos y tasas de hospitalización desagregados por comunidades autónomas (CCAA), lo que constituye en sí mismo una limitación estructural del sistema de información sanitaria en salud mental infantil y juvenil. Los datos disponibles proceden de fuentes diversas con metodologías heterogéneas, lo que limita la comparabilidad, pero no la consistencia de la tendencia: la carga de enfermedad mental en población infantil y adolescente española es elevada, ha crecido de forma sostenida en la última década y se ha acelerado desde la pandemia.

El Informe Anual del Sistema Nacional de Salud (SNS) del año 2023, del Ministerio de Sanidad, informa que los problemas de salud mental más frecuentes en población menor de 25 años son los trastornos de ansiedad (32,8 por 1.000), trastornos del aprendizaje (29,0/1.000) y los trastornos hiperquinéticos (24,9 por 1.000), con tendencia ascendente desde 2016 (SNS, 2024). Según el informe Estado de la Infancia en la UE 2024, España es el país europeo con mayor prevalencia de problemas de salud mental diagnosticados en adolescentes de 10 a 19 años (20,8%), frente a una media europea del 16,3 % y mundial del 13,2 %, situación que refleja la confluencia de factores estructurales como la pobreza infantil, la desigualdad territorial en el acceso a recursos y el impacto de la pandemia (UNICEF, 2024a).

Tan relevante como la prevalencia es la brecha entre necesidad y demanda de ayuda. El Barómetro UNICEF 2023-2024 revela que el 41 % de los adolescentes afirma haber tenido un problema de salud mental en el último año, pero más de la mitad no buscó ayuda, 1 de cada 3 no habló con nadie y el 56 % desconfía del centro educativo como recurso (UNICEF España, 2024b). Los datos de Fundación ANAR lo corroboran desde la perspectiva asistencial: los casos por problemas de salud mental atendidos han crecido un 643,9 % en 30 años, siendo ya más frecuentes (63,3 %) que los relacionados con la violencia (22,9 %), con un incremento especialmente notable en menores de familias inmigradas (Fundación ANAR, 2024).

El entorno digital y las conductas de riesgo actúan como vectores amplificadores. El informe "Infancia, adolescencia y bienestar digital" de UNICEF España y la Confederación Salud Mental España de 2025 detecta en adolescentes un 14,2 % con malestar emocional, 13,1 % con sintomatología depresiva y 7,4 % con riesgo suicida elevado (Marquez et al., 2025). Por otro lado, la Encuesta ESTUDES 2023 del Plan Nacional de Drogas, documenta que el 19,6 % ha consumido hipnosedantes —con mayor prevalencia en chicas (26,1%)— y que el 28,2 % practica consumo de alcohol en atracón, evidenciando la relación entre conducta de riesgo y malestar no atendido (Ministerio de salud, 2024).

Otros estudios nos llevan a conclusiones similares. El Barómetro Juventud, Salud y Bienestar (Fad Juventud / Centro de Reina Sofía) (Gómez-Miguel et al., 2025) y la Estrategia de Juventud 2022-2030 (INJUVE, 2022) completan el marco, situando el deterioro del bienestar emocional en un contexto más amplio de incertidumbre social, económica y climática. El estudio longitudinal EMOChild (Observatorio Español de la Salud Mental Infanto-juvenil, 2025) sitúa en el 12% los menores con síntomas de gravedad clínica y en el 34% los que se encuentran en nivel de precaución o riesgo, mientras que el estudio *Health Behaviour in school aged children* (HBSC) confirma que el bienestar emocional cayó diez puntos respecto a 2018 y que el malestar psicosomático aumentó del 27,8 % al 38,5 %, con diferencias marcadas por sexo y nivel socioeconómico (Ministerio de Sanidad, 2023).

Por otra parte, estudios científicos publicados en los últimos años nos muestran que en una muestra nacional con niños y adolescentes de entre 9 y 16 años, se detectó que aproximadamente el 10,4 % de niños y el 14 % de adolescentes presentaban síntomas clínicamente significativos de al menos un trastorno, siendo los trastornos de ansiedad y depresivos, los más frecuentes en consulta ambulatoria, con predominio de depresión (4,7 %), ansiedad social (3,6 %) y ansiedad generalizada (3,4 %) en niños, y depresión (4,0 %) y trastorno obsesivo-compulsivo (4,5 %) en adolescentes, además de los trastornos de la conducta alimentaria, con un 4,3 % de prevalencia clínica en adolescentes y con un incremento muy marcado desde 2019, especialmente en adolescentes femeninas (Orgilés et al., 2025). Finalmente, la conducta suicida y las autolesiones, primera causa de muerte no accidental en jóvenes de 12 a 29 años en España —75 fallecidos de 15-19 años en 2022 (+41,5% respecto a 2021) y 354 en el grupo de 15-29 años en 2023 (INE)—. Además, en las dos primeras décadas del siglo XXI, el 5,9 % de los ingresos en jóvenes de 11 a 18 años se debió a trastornos mentales, con un notable incremento a lo largo de los años: del 3,9 % en el año 2000 al 9,5 % en 2021 (Soriano et al., 2025).

En adelante, será importante la realización de una encuesta nacional de salud mental infantil y adolescente, con criterios clínicos claros, y que cuente con una desagregación clara por edad, sexo y trastornos; así como un seguimiento de los datos de forma longitudinal para poder conocer la evolución de esos problemas / trastornos de salud mental: cuantos síntomas desembocan en trastornos, qué tratamiento se realiza, la adherencia al mismo y la recuperación o mantenimiento de la patología.



La prevalencia estimada de trastornos mentales en la población guatemalteca es de aproximadamente el 27.8 % a lo largo de la vida, mientras que la inversión en salud mental se mantiene muy por debajo de las necesidades del país (Universidad de San Carlos de Guatemala, Encuesta Nacional de Salud Mental, 2009). Según cifras del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, del total de guatemaltecos diagnosticados con un trastorno mental entre enero y julio de 2023, el 40 % son menores de 19 años, siendo los adolescentes y jóvenes entre 15 y 19 años quienes reportaron las tasas más altas de incidencia, del 8 %. Los trastornos más frecuentes que padece la población de Guatemala son la depresión, la ansiedad y los trastornos mentales debido al uso de sustancias psicoactivas (UNICEF Guatemala, 2023a).

Por otra parte, en una encuesta de U-Report UNICEF realizada en línea en 2023 a 1.500 jóvenes en Guatemala, el 38 % manifestó haber experimentado ansiedad, el 22 % depresión y un preocupante 44 % afirmó no haber buscado ayuda profesional (UNICEF Guatemala y Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2023b). Otro estudio con datos de la Encuesta Mundial de Salud Escolar Guatemala 2014-2015, en adolescentes escolarizados, reportó una prevalencia de intento de suicidio en los últimos 12 meses del 16.6 % (12.2% en varones y 20.2 % en mujeres), con la soledad y el consumo de alcohol como los principales factores asociados (Pengpid & Peltzer, 2019). Además, hay que remarcar que, del total de suicidios ocurridos durante el primer semestre de 2023, el 18 % correspondió al grupo etario de adolescentes (de 10 a menores de 20 años, según la definición del MSPAS), y el 36% a jóvenes (de 20 a menores de 30 años) (Chávez García, 2023).



Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el 32.3 % de los jóvenes y adolescentes de 15 a 29 años en el Perú presentó algún problema de salud mental o emocional, siendo las mujeres jóvenes (30.2 %) las más afectadas en comparación con los hombres (22.9 %). Del total de jóvenes afectado, el 23 % reportó sentirse desanimado o deprimido, y el 5.6% tuvo pensamientos de hacerse daño (Instituto Nacional de Salud Mental, 2025). Por otra parte, un estudio de UNICEF señala que, en el Perú, 1 de cada 7 niños y adolescentes sufre problemas de salud mental, mientras que alrededor del 30 % de los adolescentes peruanos de entre 12 y 17 años se encuentra en riesgo emocional alto (UNICEF Perú, 2024). Además, la Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales (ENARES) del 2019 informa que la violencia familiar (psicológica o física) en niñas y niños de 9 a 11 años se presentó, alguna

vez en su vida, en el 68.5 % de esta población. Lo mismo ocurrió para el 78% de adolescentes de 12 a 17 años (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2019).



Un primer estudio epidemiológico representativo nacional de 2006 mostró una prevalencia de problemas emocionales y comportamentales del 21.9 % en niños de 6 a 11 años. Entre ellos se observó una alta prevalencia de problemas internalizados (ansiedad y depresión) y externalizados (conductas disruptivas), con un incremento de ambos en contextos socioeconómicos bajos (Viola et al., 2008).

En un informe reciente (OPS-2024 y UNICEF Uruguay, 2024) los diagnósticos más prevalentes en NNyA en contextos de vulnerabilidad e institucionalización incluyen los retrasos globales o específicos en el desarrollo, los problemas en los aprendizajes con rezagos escolares, los problemas internalizados como la ansiedad y la depresión y las dificultades en el control de impulsos, con comportamientos externalizantes como la heteroagresividad y trastornos de conducta de distinta intensidad, y los intentos de Autoeliminación (IAE), lesiones autoinfligidas e ideación suicida persistente. El mismo informe señala que en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, Hospital Pediátrico de referencia nacional, los 3 primeros motivos de consulta a Psiquiatría Pediátrica en el período 2017-2021 fueron: IAE y otras conductas suicidas; maltrato y abuso sexual en NNyA y conductas de heteroagresividad severas (OPS-2024).

4. PLANES ESTRATEGICOS DE SALUD MENTAL. LINEAS ESPECÍFICAS DE SALUD MENTAL EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA



ARGENTINA

El **Plan Nacional de Salud Mental 2023-2027** se ha desarrollado en cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657. Sus pilares fundamentales son:

- Enfoque comunitario, consolidando un modelo de atención basado en la integración de los servicios de salud mental en hospitales generales y la promoción de tratamientos ambulatorios.
- Desinstitucionalización progresiva de pacientes y prevención del ingreso, considerando la internación psiquiátrica únicamente como un recurso terapéutico excepcional.
- Perspectiva de derechos y equidad garantizando el acceso a la atención universal, asequible y de calidad en todo el territorio argentino, articulando políticas públicas intersectoriales.

Este Plan Nacional se organiza en torno a 9 ejes de trabajo que se operacionalizan en objetivos específicos, con sus correspondientes indicadores y metas:

- 1) Rectoría en salud mental;
- 2) Salud mental en el primer nivel de atención;
- 3) Ampliación e integración intersectorial de la red de salud mental;
- 4) Salud mental en el hospital general;
- 5) Profundización de la adecuación de los dispositivos monovalentes de internación en salud mental hasta la sustitución definitiva;
- 6) Promoción y prevención en salud mental y consumos problemáticos;
- 7) Transformación de las prácticas;
- 8) Vigilancia epidemiológica e investigación en salud mental;
- 9) Salud mental y apoyo psicosocial en emergencias y desastres.

El Plan Nacional de Salud Mental 2023-2027 incluye de manera transversal y en ejes operativos el enfoque en grupos vulnerables, priorizando a NNyA. Sus acciones nacionales clave contemplan:

- Prevención del Suicidio Adolescente: Vinculado directamente con la Ley Nacional de Prevención del Suicidio, se financian programas específicos de detección temprana en entornos comunitarios y educativos.
- Plataformas de Escucha Digital: El Ministerio de Salud de la Nación y las jurisdicciones han impulsado entornos virtuales y líneas telefónicas de primera escucha orientadas a la juventud para facilitar el acceso sin el estigma de la consulta tradicional.



BOLIVIA

El Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS Bolivia, presentó en noviembre de 2025 el **Primer Plan Plurinacional de Salud Mental 2026–2030**, una estrategia nacional para la atención integral, comunitaria e intercultural de la salud mental.

Este Plan se propone lograr la reducción de la brecha en la atención de salud mental mediante la implementación de un modelo comunitario que prioriza la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y recuperación en los tres niveles de atención, lo que permitirá ampliar el acceso a servicios de calidad, especialmente en zonas rurales y periurbanas, mejorando la calidad de vida de la población y disminuyendo el sufrimiento psicosocial no atendido.

El Plan contempla cinco líneas estratégicas:

- 1) liderazgo y gobernanza,
 - 2) promoción y prevención,
 - 3) formación del talento humano,
 - 4) atención articulada en redes integradas de servicios de salud,
 - 5) fortalecimiento de los sistemas de información;
- y prioriza grupos vulnerables como NNyA y comunidades rurales



CHILE

Chile cuenta con un marco estratégico en salud mental relativamente consolidado, que ha evolucionado hacia un modelo comunitario, intersectorial y con enfoque de derechos, en concordancia con las orientaciones de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS, 2021; OPS, 2018). No obstante, persisten desafíos relevantes en su implementación territorial, especialmente en cobertura efectiva, equidad de acceso y capacidad resolutoria de la red.

El principal instrumento rector es el **Plan Nacional de Salud Mental 2017–2025** (Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], 2017), que promueve la transición hacia un modelo de atención comunitaria. En el ámbito infantil y juvenil, este plan ha impulsado el fortalecimiento progresivo de la red asistencial, expresado en la expansión de dispositivos ambulatorios y hospitalarios.

En relación con la **Estrategia Nacional de Salud 2021–2030** (MINSAL, 2021), se han definido metas orientadas a mejorar el acceso y la oportunidad de atención en salud mental, incluyendo indicadores como:

- Reducción de tiempos de espera para atención especializada.
- Incremento de cobertura de tratamiento en depresión adolescente.
- Fortalecimiento de la detección precoz en la atención primaria de salud (APS)

Por su parte, el subsistema Chile Crece Contigo constituye un pilar clave en la intervención temprana, con cobertura prácticamente universal en el sistema público para la primera infancia. Este programa permite el seguimiento del desarrollo biopsicosocial desde el nacimiento, incorporando instrumentos de pesquisa de rezagos del desarrollo, apoyo a la parentalidad y derivación oportuna a redes especializadas (Consejo Nacional de la Infancia, 2018).

A nivel territorial, los Servicios de Salud implementan planes regionales que incluyen:

- Equipos de salud mental infanto-juvenil en hospitales y centros de salud mental comunitaria (COSAM).
- Programas de intervención en crisis y riesgo suicida.
- Estrategias de articulación con establecimientos educacionales (MINSAL, 2017).

Sin embargo, la cobertura y complejidad de estos dispositivos varía significativamente entre regiones, generando inequidades en el acceso (OPS, 2018).

En cuanto a las líneas de acción prioritarias del Ministerio de Salud, se han desarrollado iniciativas específicas con cierto grado de operacionalización:

- Prevención y tratamiento de la depresión adolescente: implementación de programas en APS con guías clínicas y protocolos de manejo (MINSAL, 2013; MINSAL, 2017).
- Programa Nacional de Prevención del Suicidio: incluye vigilancia epidemiológica, capacitación de equipos y protocolos de intervención en crisis (MINSAL, 2020).
- Fortalecimiento de equipos comunitarios: incremento progresivo de dotación en COSAM y equipos especializados.
- Salud digital y teleasistencia: expansión significativa post-pandemia, permitiendo aumentar cobertura en zonas rurales (MINSAL, 2021).



COLOMBIA

Colombia cuenta con la Política Nacional de Salud Mental (Resolución 4886 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social), que establece los lineamientos para la promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud mental con enfoque poblacional y diferencial. La **Política Nacional de Salud Mental 2024–2033** tiene como objetivo garantizar la salud mental individual, familiar y colectiva como un derecho

humano universal, mediante la Atención Primaria en Salud (APS) y la Red Mixta en Salud Mental Nacional y Territorial. Se estructura en cinco ejes estratégicos:

- Eje 1 — Promoción de la salud mental.
- Eje 2 — Prevención de problemas y trastornos mentales.
- Eje 3 — Atención integral e inclusión social.
- Eje 4 — Rehabilitación integral.
- Eje 5 — Gestión sectorial e intersectorial.

La política incorpora de forma transversal el enfoque de servicios comunitarios, entornos de desarrollo y curso de vida, con énfasis explícito en NNyA y jóvenes.

Otro instrumento principal es el **Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031**.

Por otra parte, Colombia implementa además el Programa de Acción para superar las Brechas en Salud Mental (estrategia mhGAP) de la OMS, que incluye entre sus trastornos prioritarios los trastornos mentales y conductuales de NNyA, así como la autolesión y el suicidio.

En el ámbito escolar, el Plan Nacional de Salud Mental en Instituciones Educativas y la Estrategia de Entornos Educativos Saludables buscan promover habilidades socioemocionales y detectar tempranamente dificultades en salud mental en el contexto escolar.



ECUADOR

En diciembre de 2025 se oficializa la **Política Nacional de Salud Mental 2025-2030** en la que se defiende un modelo comunitario, preventivo y basado en derechos humanos. Está alineada con la ley Orgánica de Salud Mental de 2024 y define 3 grandes objetivos:

1. Promoción y prevención: desarrollo de programas socioemocionales, prevención del suicidio y consumo de sustancias y educación en salud mental desde edades tempranas
2. Acceso a servicios: integración de la salud mental en el primer nivel de atención, fortalecimiento de servicios comunitarios y red nacional con centros ambulatorios hospitalarios y especializados.
3. Rehabilitación e inclusión: inclusión social, educativa y laboral, reducción del estigma y recuperación psicosocial

En la Política Nacional se establecen estrategias específicas para infancia y adolescencia destacando:

- A) Intervención en el sistema educativo con programas de desarrollo socioemocional en escuelas y escuelas como espacios de detección temprana y prevención;
- B) Prevención comunitaria con redes de apoyo a familiares, atención cercana a los NNyA y programas territoriales con enfoque intercultural y

C) Atención integral con servicios accesibles desde la atención temprana, equipos interdisciplinarios y enfoque en la continuidad de cuidados.

Además, entre sus metas está la prevención del suicidio en adolescentes, con intervenciones dirigidas especialmente hacia esta población.



El marco estratégico nacional se articula en torno a la **Estrategia de Salud Mental del Servicio Nacional de Salud (SNS) 2022-2026** dependiente del Ministerio de Sanidad, que reconoce explícitamente la salud mental infantil y adolescente como prioridad sanitaria, y de la que emanan dos planes de acción vigentes.

Dispone de los siguientes objetivos generales y específicos:

1. Promoción de la salud mental infantil y juvenil. Prevención y detección precoz de los problemas de salud mental a estas edades:

- Promover en el ámbito educativo factores protectores (resiliencia, autoestima, competencias sociales)
- Desarrollar programas y protocolos en el ámbito educativo, sanitario y comunitario, de promoción de la parentalidad positiva.
- Incorporar en los centros educativos programas de educación emocional y prevención del acoso escolar.
- Incorporar procedimientos de cribado en los servicios de atención primaria de salud para una mejor identificación del trastorno depresivo en adolescentes
- Establecer programas y actuaciones específicos para prevenir el abuso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y situaciones disfuncionales en entornos familiares
- Formación y seguimiento de los problemas de salud mental en diferentes ámbitos educativos y sociales para promover el bienestar mental y facilitar la derivación a servicios comunitarios

2. Atención a los NNyA con problemas de salud mental

- Atender precozmente sobre todo si los síntomas indican la existencia de un trastorno mental grave
- Identificación de los pródromos de los trastornos psicóticos e intervención temprana y eficaz
- Desarrollo de programas que fomenten la adherencia terapéutica
- Desarrollo de programas de formación continuada para médicos de familia, pediatras y enfermeras de atención comunitaria, y también para profesionales de la salud mental.
- Abordar precozmente los trastornos de conducta y del uso y abuso y conductas adictivas de las TIC.
- Dotar de suficientes recursos de atención primaria pediátrica y de salud mental infantil

- Reforzar los programas de continuidad de cuidados sobre todo en trastornos que tienden a la cronicidad, discapacidad y dependencia
- Impulsar el buen trato a la infancia y la adolescencia, el respeto de sus derechos y la humanización en su asistencia
- Evaluar las competencias parentales y cribar los problemas de salud mental en los programas de Salud Infantil en la atención primaria

3. Luchar contra la discriminación y la estigmatización social de los NNyA con problemas de salud mental

- Fomentar campañas de sensibilización en el ámbito social, educativo y sanitario
- Elaborar programas comunitarios con participación de instituciones y asociaciones que contribuyan a la lucha contra el estigma social.

El **Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027**, aprobado por el Consejo Interterritorial del SNS en abril de 2025 se articula en ocho líneas estratégicas. En el ámbito infantil y adolescente destacan los siguientes objetivos específicos:

- el incremento de plazas de médico interno residente (MIR) de PlyA acreditadas y el inicio del proceso de regulación de la especialidad de Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia (Línea 1 — Recursos humanos);
- el impulso de alternativas a la hospitalización infantil y juvenil (Línea 2 — Salud mental comunitaria);
- la atención específica a menores como colectivo de mayor vulnerabilidad (Línea 5);
- la constitución de un grupo de trabajo de expertos en salud mental infantil y juvenil, la coordinación interdisciplinar e intersectorial y el desarrollo de un sistema de vigilancia epidemiológica (Línea 6 — Salud mental perinatal, de la infancia y la adolescencia); y
- la mejora del registro e indicadores de salud mental en esta población (Línea 7 — Sistemas de información).

El **Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025-2027**, aprobado en febrero de 2025, presta especial atención a los grupos vulnerables (por edad, 1 de cada 3 personas que utiliza la línea 024 tiene menos de 30 años). El plan contempla la creación de un Observatorio para la Prevención del Suicidio, la limitación de acceso a métodos letales y la mejora de la formación de profesionales y medios de comunicación.

La **Estrategia de Juventud 2022-2030** (INJUVE) incorpora la salud mental como eje transversal en todos sus ámbitos de actuación.

A nivel autonómico, la mayoría de las CCAA disponen de planes propios, aunque con importantes diferencias en grado de desarrollo e implementación entre territorios.



Guatemala está desarrollando su **Plan Estratégico Nacional de Salud Mental** alineado con el plan regional de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), con énfasis en la descentralización y enfoque comunitario.

Por otra parte, se han implementado protocolos de vigilancia en salud mental y suicidio, además de planes de desinstitucionalización y fortalecimiento de la atención comunitaria.



Plan de salud mental en instituciones educativas (IIEE) “Salud mental en tu cole” 2025- 2026: Su finalidad es contribuir al bienestar y desarrollo integral de estudiantes de IIEE públicas de la Educación Básica Regular.

Su objetivo general es disminuir el riesgo de problemas de salud mental en estudiantes de IIEE públicas de la Educación Básica Regular, y entre sus objetivos específicos destacan:

- 1) Mejorar el nivel de desarrollo de habilidades socioemocionales en estudiantes de Educación Básica Regular de IIEE públicas.
- 2) Mejorar las competencias parentales de madres, padres y otras personas cuidadoras responsables de estudiantes de Educación Básica Regular de IIEE públicas.
- 3) Incrementar el nivel de conocimiento sobre el bienestar socioemocional y las estrategias para su cuidado entre integrantes de la comunidad de IIEE públicas.
- 4) Mejorar el acceso a la atención de salud mental en estudiantes de Educación Básica Regular de IIEE públicas en servicios de salud mental del Ministerio de Salud (MINSA) y de los Gobiernos Regionales (GORES).

Política nacional multisectorial para las niñas, niños y adolescentes (PNMNNA) constituye el instrumento marco de políticas públicas en temas de niñez y adolescencia que orientará al Estado, de forma coordinada y articulada, en el desarrollo de intervenciones que permitan revertir las situaciones que limitan el ejercicio de los derechos de 10,224,509 NNyA.



El **Plan Nacional de Salud Mental (2020–2027)** y las recomendaciones del informe de OPS/UNICEF buscan alinear el sistema con los mandatos de la Ley 19.529, priorizando un enfoque de derechos y la conformación de una red de atención funcional, cuyos objetivos son:

- Fortalecimiento del modelo de red y dispositivos intermedios.
- Mejora de la atención en centros cerrados.
- Garantizar el derecho a la participación mediante la adaptación de la información a formatos accesibles (pictogramas, lengua de Señas, lectura fácil).
- Fomentar la formación de profesionales locales en el interior del país con un programa de capacitaciones permanentes.
- Implementar estrategias para el cuidado del equipo de trabajo.

5. LEYES Y NORMATIVAS EN EL ÁMBITO DE LA PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA

La **Convención sobre los derechos del niño** aprobada en la Asamblea General de Naciones Unidas en 1989 es el marco universal de la defensa de los derechos de la infancia y la adolescencia. En su artículo 27 reconoce el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.

Con respecto a los NNyA, el **Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030** (OMS, 2022) incide en los aspectos del desarrollo, como el sentido positivo de la identidad, la capacidad para gestionar pensamientos y emociones, de crear relaciones sociales, y de aprender y adquirir una educación que capacite para participar activamente en la sociedad.

La atención psiquiátrica en menores requiere un delicado equilibrio entre la protección de sus derechos, el interés superior del niño y la necesidad de intervenir para garantizar su bienestar físico y psicológico, lo que implica cumplir con una serie de condiciones éticas y legales que aseguren una práctica responsable, respetuosa y legalmente adecuada.

1. Principios Éticos Fundamentales

a) Respeto por la autonomía del menor: Aunque los NNyA tienen menor capacidad de decisión que los adultos, se reconoce su derecho a participar en decisiones que afectan a su salud. La participación debe adaptarse a su edad, madurez y comprensión.

b) Beneficencia. La intervención debe buscar siempre el bienestar del menor, promoviendo su desarrollo integral y minimizando daños físicos o psicológicos. La evaluación continua es esencial para ajustar tratamientos según la respuesta del niño.

c) No maleficencia. Se evita cualquier acción que pueda causar daño o sufrimiento innecesario. Las intervenciones coercitivas deben ser excepcionales, justificadas únicamente por riesgo grave e inminente.

d) Justicia. Se debe garantizar la igualdad en el acceso a tratamientos adecuados sin discriminación por motivos sociales, económicos o culturales, además de respetar los derechos del menor independientemente de su diagnóstico o condición social.

2. Condiciones Legales Específicas

a) Consentimiento informado. Ante determinadas actuaciones se promueve el consentimiento informado a padres y tutores legales y a adolescentes a partir de 12 años, en el que se explica claramente los procedimientos, la naturaleza del tratamiento, los riesgos y beneficios en un lenguaje comprensible para el menor, informándose de la posibilidad de retirar el consentimiento en cualquier momento. Además, generalmente se requiere autorización de los padres o tutores legales.

b) Capacidad jurídica y discernimiento. La ley reconoce diferentes grados de capacidad según la edad. Los menores de edad (generalmente menores de 18 años) pueden tener una capacidad progresiva al aumentar la edad. Cuando un menor tiene suficiente madurez,

puede ejercer ciertos derechos relacionados con su salud mental, entre ellos la toma de decisiones.

c) Intervenciones coercitivas y hospitalización involuntaria. Solo pueden realizarse bajo circunstancias estrictamente reguladas como la existencia de riesgo grave e inminente para el menor o terceros, con una evaluación previa por profesionales cualificados y con autorización judicial si la situación lo requiere. La ley establece límites claros para evitar abusos. La hospitalización involuntaria debe ser temporal y revisada periódicamente, debiendo explorar alternativas menos restrictivas.

d) Derechos durante el tratamiento. A destacar el Derecho a la confidencialidad: salvo excepciones relacionadas con riesgos graves o protección legal; el Derecho a recibir información comprensible; el Derecho a ser tratado con dignidad y respeto; y el Derecho a revisión judicial o administrativa si se consideran vulnerados sus derechos.



ARGENTINA

En Argentina, la protección de la infancia y la salud se basa en un marco legal sólido que incluye leyes nacionales e internacionales. Las normas buscan garantizar los derechos de NNyA y de todos los ciudadanos en el sistema de salud.

1. Protección Integral de la Infancia.

Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (2005). Esta ley se basa en la Convención sobre los Derechos del Niño y establece los siguientes puntos clave:

- **Sujetos de derecho:** Reconoce a los NNyA como sujetos de derecho, no como objetos de tutela. Esto significa que tienen derecho a ser oídos, a la identidad, a vivir en familia y a un trato digno.
- **Sistema de protección:** Crea un Sistema de Protección Integral de Derechos, que incluye a los organismos gubernamentales, la sociedad civil y la familia. La ley busca fortalecer a la familia como el espacio principal de protección.
- **Prohibición de institucionalización por pobreza:** Prohíbe que la falta de recursos materiales sea el único motivo para separar a un niño o niña de su familia.
- **Derechos específicos:** Garantiza el derecho a la vida, la educación, la salud, la identidad, la libertad de expresión, el juego y la protección contra la violencia y el abuso.

2. Legislación de Salud

Ley 26.529 de Derechos del Paciente: Esta ley establece los derechos básicos de toda persona en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. Algunos de estos derechos incluyen:

- **Asistencia:** Derecho a ser asistido por un profesional sin discriminación.
- **Trato digno:** Derecho a ser tratado con respeto, considerando la cultura, la identidad de género y la intimidad.

- Consentimiento informado: El paciente tiene derecho a recibir información clara y completa sobre su estado de salud y los tratamientos propuestos para poder dar su consentimiento de forma voluntaria. Este consentimiento debe ser por escrito en procedimientos invasivos.
- Autonomía de la voluntad: Derecho a aceptar o rechazar terapias, procedimientos o tratamientos, y a dar directivas anticipadas sobre su salud.

Ley 26.657 de Salud Mental: Un hito en la salud mental argentina. Esta ley busca desinstitucionalizar la atención y garantizar el derecho de las personas con padecimientos mentales a recibir tratamiento integral en la comunidad y con un enfoque de derechos humanos. Algunos de sus principios son:

- Abordaje interdisciplinario: Prioriza los tratamientos fuera del hospital psiquiátrico, con equipos interdisciplinarios.
- Internamiento como último recurso: Es una medida terapéutica restrictiva y solo se justifica cuando hay riesgo cierto e inminente para la persona o terceros.

Esta legislación, sumada a otras como la Ley de los Mil Días (Ley 27.610) que protege a las personas gestantes y a la primera infancia, crea un andamiaje legal que busca proteger a los sectores más vulnerables de la sociedad argentina.



BOLIVIA

La Constitución Política del Estado de 2009 reconoce a los NNyA como sujetos de derechos, establece el derecho al desarrollo integral, que incluye la dimensión mental y emocional y obliga al Estado, la familia y la sociedad a garantizar su bienestar. Incorpora principios clave como el interés superior del niño, su prioridad absoluta y la protección contra la violencia. Aunque no regula de forma específica la salud mental, la incluye dentro del derecho a la salud y al desarrollo integral.

Ley N° 548 (2014) – Código Niña, Niño y Adolescente. Es la principal ley específica sobre infancia y adolescencia en Bolivia. Su objetivo es garantizar el ejercicio pleno de derechos y el desarrollo integral de niños y adolescentes. Entre los aspectos clave vinculados a la salud mental destacan el derecho a la salud integral que incluye salud física y mental como parte del bienestar general y reconoce el derecho a la integridad personal y la protección frente a violencia, fundamental para la salud mental. Esta ley es el principal marco que respalda la salud mental infantil.

Ley N° 1152 (2019) – Sistema Único de Salud (SUS). Su objetivo es garantizar atención gratuita, universal e integral de salud. Sus principios incluyen la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, y la equidad y gratuidad en el acceso a servicios. La ley incluye la salud mental dentro del sistema público, aunque no desarrolla una regulación específica para trastornos mentales.

Reglamento de Salud Mental (Decreto Supremo 18886, 1982). Es la principal norma específica sobre salud mental en Bolivia. Define la salud mental como parte de la salud pública y establece que el Estado debe supervisar servicios de salud mental, formar profesionales y desarrollar programas de atención. Es una norma antigua y no está adaptada completamente a los enfoques modernos ni específicos de la infancia. No obstante, aunque existe este reglamento, Bolivia no cuenta aún con una Ley integral de salud mental aprobada, lo que genera vacíos normativos y falta de regulación detallada en atención a NNyA.



CHILE

El marco jurídico chileno en salud mental infantil y juvenil ha experimentado avances significativos en la última década, consolidando progresivamente un enfoque basado en derechos, en concordancia con los lineamientos de la Organización de las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud (ONU, 1989; OMS, 2021). Este marco reconoce a NNyA como sujetos de derecho, incorporando principios fundamentales como el interés superior del niño, la autonomía progresiva y el acceso equitativo a servicios de salud de calidad. En este contexto, el sistema normativo chileno se estructura en torno a un conjunto de leyes complementarias que regulan la atención en salud, la protección de derechos y, más recientemente, el abordaje específico de condiciones del neurodesarrollo.

1. Derechos en salud y participación: Ley 20.584. Regula los derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, y constituye la base del sistema en el ámbito sanitario (Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], 2012). En población infantil y juvenil, esta ley establece garantías fundamentales como:

- Derecho a recibir un trato digno, respetuoso y acorde al desarrollo del paciente.
- Derecho a la confidencialidad de la información clínica.
- Derecho a recibir información comprensible y adecuada a la edad.
- Derecho al consentimiento informado, otorgado por representantes legales, incorporando progresivamente la opinión del NNyA.

Este marco introduce el principio de participación progresiva, reconociendo que los adolescentes pueden involucrarse activamente en decisiones sobre su tratamiento en función de su madurez.

2. Enfoque de derechos y protección integral: Ley 21.430. Su promulgación, que establece el Sistema de Garantías y Protección Integral de la Niñez, representa un cambio paradigmático en la comprensión de la infancia y adolescencia en Chile (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile [BCN], 2022). Esta ley:

- Reconoce a los NNyA como sujetos plenos de derechos.

- Establece el principio del interés superior del niño como criterio rector.
- Garantiza el derecho a la salud mental como parte del desarrollo integral.
- Promueve la participación de NNyA en decisiones que les afectan.

Asimismo, refuerza la obligación del Estado de garantizar el acceso oportuno, equitativo y de calidad a servicios de salud mental, y de coordinar acciones entre salud, educación y protección social.

3. Regulación específica en salud mental: Ley 21.331. Promulgada en 2021, constituye el principal marco normativo específico para la atención en salud mental en Chile (MINSAL, 2021). Esta ley introduce un enfoque centrado en derechos humanos y establece principios clave:

- Prioridad de la atención comunitaria sobre la institucionalización.
- Promoción de intervenciones menos restrictivas y centradas en la dignidad del paciente.
- Regulación estricta de medidas involuntarias, incluyendo la hospitalización.
- Garantía de acceso a información y participación en decisiones clínicas.

En población infantil y juvenil, esta ley adquiere especial relevancia al establecer límites claros a las intervenciones coercitivas y promover modelos de atención integrales y respetuosos del desarrollo.

4. Neurodesarrollo e inclusión: Ley 21.545. En coherencia con la evolución del enfoque hacia el neurodesarrollo, esta ley del 2023 representa un avance significativo al establecer la promoción de la inclusión, la atención integral y la protección de los derechos de las personas con trastorno del espectro autista (TEA) (BCN, 2023).

La ley introduce elementos clave:

- Reconocimiento del TEA como una condición del neurodesarrollo, no como una enfermedad exclusivamente médica.
- Garantía de acceso a diagnóstico oportuno, tratamiento y apoyos adecuados.
- Promoción de la inclusión educativa con ajustes razonables.
- Protección frente a discriminación y estigmatización.
- Fortalecimiento de la coordinación intersectorial entre salud, educación y desarrollo social.

Desde el punto de vista clínico, esta ley reconocida como Ley TEA, impulsa la necesidad de fortalecer la detección precoz en atención primaria, ampliar la oferta de evaluación especializada y desarrollar intervenciones tempranas basadas en evidencia, incorporando activamente a las familias en el proceso terapéutico.

5. Consentimiento informado y autonomía progresiva. El consentimiento informado en NNyA se rige por la interacción de las leyes previamente descritas (Ley 20.584 y Ley 21.430), configurando un modelo que equilibra protección y autonomía (MINSAL, 2012; BCN, 2022):

- El consentimiento es otorgado por padres o tutores legales.
- Se reconoce la autonomía progresiva, permitiendo participación del menor.

- En adolescentes, especialmente mayores de 14 años, su opinión adquiere un peso creciente.
- En situaciones de riesgo grave, el equipo de salud puede intervenir sin consentimiento, priorizando la protección del paciente.

Este equilibrio constituye uno de los principales desafíos clínicos en psiquiatría infantil y juvenil.

6. Hospitalización involuntaria y medidas restrictivas. La hospitalización involuntaria está regulada principalmente por la Ley 21.331, estableciendo criterios estrictos (MINSAL, 2021):

- Riesgo grave e inminente para sí o terceros.
- Carácter excepcional, proporcional y temporal.
- Evaluación por profesionales especializados.
- Revisión periódica y búsqueda de alternativas menos restrictivas.
- Posible supervisión judicial en determinados casos.

En adolescentes, estas decisiones requieren especial cuidado, dado el equilibrio entre autonomía emergente y necesidad de protección.

7. Protección de derechos en la atención clínica. El sistema normativo chileno establece un conjunto de garantías orientadas a proteger a los NNyA en el contexto de atención en salud mental:

- Atención digna, respetuosa y no discriminatoria.
- Confidencialidad de la información clínica.
- Participación en decisiones terapéuticas.
- Mantención de vínculos familiares durante la hospitalización.
- Acceso a mecanismos de reclamo y supervisión.

Además, existe un énfasis creciente en la humanización de la atención, promoviendo intervenciones sensibles al desarrollo, al contexto familiar y a la historia relacional del paciente (OMS, 2021; OPS, 2018).

Resumiendo, el marco jurídico chileno en salud mental infantil y juvenil ha avanzado hacia un modelo integrado que articula derechos, salud mental y neurodesarrollo. La incorporación de leyes como la Ley 21.331 y la Ley TEA refleja una evolución hacia enfoques más contemporáneos, centrados en la dignidad, la inclusión y la atención comunitaria. No obstante, persisten desafíos relevantes en la implementación efectiva de estos principios, especialmente en contextos de alta demanda asistencial, desigualdad territorial y limitaciones de recursos, lo que plantea la necesidad de fortalecer la articulación entre normativa, práctica clínica y políticas públicas.



COLOMBIA

La Constitución Política de Colombia en su artículo 44 consagra la salud como derecho fundamental de los NNyA, con prevalencia sobre los derechos de los demás. El marco normativo colombiano en salud mental infantil y adolescente se articula en torno a varios instrumentos clave:

Ley 1616 de 2013 — Ley de Salud Mental. Es la norma rectora del sistema de salud mental en Colombia. Su objeto es garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental a la población colombiana, priorizando explícitamente a los NNyA. Cuenta con un Capítulo V dedicado íntegramente a la atención integral y preferente en salud mental para esta población.

Ley 1098 de 2006 — Código de la Infancia y la Adolescencia. Establece el marco de protección integral de los derechos de los NNyA en Colombia, incorporando los principios de la Convención sobre los Derechos del Niño. Reconoce el derecho a la salud mental como parte del derecho a la salud integral.

Ley 2460 de 2025. Reforma de la Ley de Salud Mental. Modifica y actualiza aspectos de la Ley 1616, reforzando el enfoque biopsicosocial y comunitario de la atención en salud mental y ampliando las acciones complementarias al tratamiento, incluyendo la integración familiar, social, laboral y educativa. Además, incluye medidas de sensibilización, prevención y atención frente a la violencia del entorno digital en NNyA.

Otras leyes y normas que regulan la salud mental infantil y adolescente en Colombia son:

Ley 1804 de 2016 — Política 'De Cero a Siempre': Atención integral a niños y niñas menores de 6 años.

CONPES 3992 de 2020 — Estrategia para la Promoción de la Salud Mental: Identifica barreras clave como la baja coordinación intersectorial y la fragmentación de la información.

Ley 1438 de 2011 — Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Ley 1751 de 2015 — Ley Estatutaria de Salud.

Ley 1620 de 2013 — Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Ruta de Atención Integral.

Decreto 729 de 2025 — Actualización de la Política Nacional de Salud Mental 2025-2034.



ECUADOR

La Constitución del Ecuador garantiza el desarrollo adecuado y la atención de NNyA y promueve su cuidado desde la primera infancia. El artículo 364 considera que el uso de drogas y alcohol es un problema de salud pública y debe ser abordado como tal por las instituciones públicas y privadas que conforman el Sistema Nacional de Salud.

El año 2012 se expide la Ley Orgánica de las discapacidades, en la cual se dispone que el 2% de los puestos de trabajo de empresas mayores de 50 empleados debe ser cubierta por personas con discapacidad, entre ellos adolescentes mayores de 16 años. Por otra parte, las instituciones privadas que forman para trabajar a personas con discapacidad intelectual les ayudan a conseguir un trabajo y dividen la remuneración entre esa institución y el trabajador, hecho cuestionable dado que se debería primar el derecho irrenunciable a que el trabajador reciba el total de la remuneración.

El reglamento de la Ley de Salud Mental emitido en el año 2025, en sus artículos 4 al y 7 indica las acciones a desarrollarse en la población infantil y juvenil, en la escuela y el colegio, fundamentalmente en las poblaciones especiales como son los niños con trastorno del espectro autista (TEA) y con discapacidad intelectual (DI).

Recientemente, se ha publicado la Ley Orgánica de Promoción, Prevención y Atención Psicosocial para NNyA que convierte a la infancia y la adolescencia en un grupo prioritario dentro de la Política Nacional. Establece psicoeducación obligatoria en las escuelas y programas de prevención y detección en el sistema educativo, incidiendo en la formación de docentes para identificar riesgos emocionales.



ESPAÑA

España no cuenta con una ley nacional específica de salud mental, sino con un conjunto de normas de rango diverso que enmarcan la atención psiquiátrica a NNyA. Las más relevantes son:

Legislación estatal general de referencia

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Establece el marco general del sistema sanitario español. Reconoce la salud mental como parte integrante de la salud general y sienta las bases de la atención comunitaria, indicando que la atención en salud mental se integrará en el sistema sanitario general. Propugna la desinstitucionalización y la atención en la comunidad.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Regula el consentimiento informado, la historia clínica y los derechos del paciente, con disposiciones específicas para menores. Establece que los menores de 16 años deben contar con el consentimiento de sus representantes legales, si bien deben ser escuchados si tienen 12 años o más. Los mayores de 16 años son considerados mayores de edad a efectos del consentimiento, salvo excepciones graves.

Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor. Norma fundamental en materia de derechos de la infancia. Consagra el interés superior del menor como principio rector y reconoce su derecho a la salud, a la integridad, a la protección frente al maltrato y a la participación en decisiones que les afectan. Modificada por la Ley Orgánica 8/2015 y la Ley 26/2015.

Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de Modificación del Sistema de Protección a la Infancia y a la Adolescencia. Refuerza los derechos de los NNyA frente a cualquier forma de vulneración o riesgo. Incorpora principios fundamentales como el interés superior del menor y la protección contra abusos. Señala que la detección temprana de problemas psicológicos o psiquiátricos es prioritaria, promueve la intervención multidisciplinar para garantizar una atención integral, y, en casos en los que el menor requiere tratamiento psiquiátrico, se asegura que sus derechos sean respetados durante todo el proceso. Relevante para la psiquiatría infantil en situaciones de tutela, acogimiento y protección.

Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (LOPVI). Norma de referencia ineludible para la psiquiatría infantil. España se convirtió con su aprobación en el primer país del mundo con una legislación integral de este alcance. La ley establece la obligación de todos los profesionales que trabajan con menores —incluidos los sanitarios— de comunicar cualquier indicio de violencia a las autoridades competentes; prohíbe expresamente el castigo físico y el trato humillante; regula la atención sanitaria específica a víctimas de violencia; y contempla la formación obligatoria en materia de detección y actuación frente a la violencia como requisito para el ejercicio profesional con menores. Crea la Conferencia Sectorial de Infancia y Adolescencia como máximo órgano de coordinación interadministrativa, e introduce el concepto de buen trato como principio activo y no solo como ausencia de violencia.

Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores (LORPM). Fija en 14 años la edad mínima de responsabilidad penal en España; por debajo de esa edad, la respuesta es exclusivamente de protección y no sancionadora. Establece dos tramos —de 14 a 16 años y de 17 a 18— con respuestas diferenciadas, siempre orientadas a la reeducación y reinserción. De especial relevancia para la psiquiatría infantil son los artículos que regulan las medidas terapéuticas aplicables a menores con exención de responsabilidad por trastorno mental (art. 5.2, en relación con el art. 20 del Código Penal), y el art. 29, que establece medidas cautelares de protección cuando se acredita enajenación mental durante la instrucción. La evaluación psiquiátrica forense del menor infractor constituye una actividad clínico-legal específica de la especialidad.

Internamiento involuntario

Artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC). Regula el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. El ingreso debe ser autorizado o ratificado por el juez en

un plazo máximo de 72 horas. En menores, la autoridad judicial tiene un papel especialmente reforzado. Se requiere evaluación por facultativo competente, notificación al Ministerio Fiscal y revisión periódica.



GUATEMALA

Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (Decreto 44-97), que garantiza el derecho a la salud física, mental y moral, educación y seguridad social de NNyA, de acuerdo con la Constitución y tratados internacionales ratificados por Guatemala. Establece además un enfoque especial para la conducta de adolescentes que violan la ley penal, procurando medidas educativas y adecuadas a la edad.

Actualmente existe una propuesta de Ley de Salud Mental, pero está dirigida a la población en general, aunque contempla grupos vulnerables, dentro de los que están incluidos los NNyA.



PERÚ

La Constitución Política del Perú es la norma jurídica suprema que contiene el marco fundamental para la formulación de políticas a favor de las NNyA. En su artículo 4 prioriza la protección especial de NNyA, a cargo tanto de la comunidad como del Estado; establece el derecho y principio de dignidad humana de toda persona, así como el reconocimiento al goce de sus derechos fundamentales.

Ley 26518, Ley del Sistema Nacional de Atención Integral al Niño y el Adolescente, es la norma que tiene por finalidad orientar, integrar, estructurar, coordinar, supervisar y evaluar las políticas, planes, programas y acciones a nivel nacional, destinados a la atención integral de NNyA.

Ley N° 27337, Ley que aprueba el nuevo Código de los Niños y Adolescentes, que incorpora los cuatro principios rectores de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) y establece el marco legal que da sustento a las diversas normas e intervenciones públicas dirigidas a NNyA en el Perú en temas de identidad, salud, nutrición, educación, protección y justicia, y participación, entre otros.

Ley N° 30362, Ley que eleva a rango de Ley el Decreto Supremo N° 001-2012-MIMP y declara de interés nacional y preferente atención la asignación de recursos públicos para garantizar el cumplimiento del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia

(PNAIA 2012-2021). Esta Ley establece que los recursos asignados para la implementación del PNAIA 2012-2021 son prioritarios y estratégicos y no pueden disminuir.

Ley N° 30364, Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, establece las normas en las que se incluye la especial protección de las personas en situación de vulnerabilidad como las NNyA.

Ley N° 30466, Ley que establece parámetros y garantías procesales para la consideración primordial del interés superior del niño, la cual establece que el interés superior del niño es un derecho, un principio y una norma de procedimiento que le otorga el derecho a que se considere de manera primordial su interés superior en todas las medidas que afecten directa o indirectamente a NNyA, garantizando sus derechos humanos.

Ley N° 30403, Ley que prohíbe el uso del castigo físico y humillante contra las niñas, niños y adolescentes, y su reglamento busca contribuir a la promoción de prácticas de crianza positivas que no impliquen maltratos o malos tratos o en general violencia, para lograr la prevención, atención y erradicación del castigo físico y humillante.

Decreto Legislativo N° 1297, Decreto Legislativo para la protección de niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales o en riesgo de perderlos, y su reglamento tiene por objeto brindar protección integral a las NNyA sin cuidados parentales o en riesgo de perderlos a fin de garantizar el pleno ejercicio de sus derechos; priorizando su derecho a vivir, crecer y desarrollarse en el seno de su familia.

Decreto Legislativo N° 1348, Código de Responsabilidad Penal del Adolescente.

Decreto Supremo N° 015-2012-TR, que aprueba la Estrategia Nacional para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil 2012-2021.

Decreto Supremo N° 10-2016-MIDIS, que aprueba el Lineamiento “Primero la Infancia” en el marco de la Política de Desarrollo e Inclusión Social.

Decreto Supremo N° 009-2019-MC, Decreto Supremo que aprueba los lineamientos para incorporar el enfoque intercultural en la prevención, atención y protección frente a la violencia sexual contra NNyA y mujeres indígenas u originarias.



Uruguay tiene una rica historia en la protección de los derechos en la infancia y la adolescencia. Destaca la ratificación de la convención de Derechos del Niño de 1989 y la

promulgación de un nuevo Código de la Niñez y la Adolescencia que contempla los principios generales de la convención.

La Ley N° 17.823, conocida como el Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA), es la normativa fundamental en Uruguay para la protección integral de los derechos de las personas menores de 18 años. Promulgada en 2004, marcó un hito al adecuar la legislación nacional a la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, reconociendo a NNyA como sujetos plenos de derecho. Sus principios y objetivos fundamentales son:

- Niños y adolescentes como sujetos de derecho.
- Interés superior del niño.
- Autonomía progresiva en la toma de decisiones.
- Protección integral contra el abandono, abuso, explotación, discriminación y violencia.

Y los derechos clave garantizados por la ley incluyen:

- Derecho a la vida y a la dignidad.
- Derecho a la identidad.
- Derecho a la convivencia familiar y comunitaria.
- Derecho a la salud.
- Derecho a la educación.
- Derecho a la libertad, respeto y dignidad.
- Derecho al honor y a la privacidad.
- Derecho de asociación y a la participación.

A nivel de salud mental, la principal normativa que rige este tema es la Ley N° 19.529 de Salud Mental, promulgada en 2017. Esta ley representa un cambio de paradigma, pasando de un modelo centrado en la hospitalización a uno con un enfoque comunitario y de derechos humanos. Los principios fundamentales para las personas menores de edad son:

- Derecho a ser escuchados.
- Consentimiento informado. Se busca siempre el consentimiento del menor para cualquier tratamiento.
- Confidencialidad. Se garantiza el derecho a la confidencialidad de su información clínica, con las excepciones lógicas que implican un riesgo para su vida o la de terceros.
- Tratamientos menos restrictivos. La internación es considerada siempre el último recurso.
- Internación Involuntaria. La internación sin el consentimiento del paciente (o de sus representantes en caso de menores) es una medida excepcional. Para un menor de 18 años, solo puede ocurrir cuando existe un riesgo grave e inminente para su propia vida o la de terceros. Este procedimiento es muy estricto y requiere la evaluación de un equipo interdisciplinario, una comunicación inmediata al juez competente y revisiones periódicas para evaluar si las condiciones que motivaron la internación persisten.

- Rol del sistema educativo y la comunidad. La ley también promueve la inclusión y la no discriminación.

Si bien la Ley N° 19.529 de Salud Mental está basada en los Derechos Humanos y las normativas internacionales, no hace consideraciones específicas en derechos de la infancia. Se limita en cada artículo a mencionar las necesidades específicas de NNyA y sus familias. También menciona poblaciones con necesidades específicas como las personas con trastornos del neurodesarrollo, entre ellos la discapacidad intelectual y los trastornos del espectro autista.

En el Acta reglamentaria de la Ley de Salud Mental (Acta: 1488/18) se describen por separado los dispositivos específicos para NNyA. Entre estos destacan los equipos interdisciplinarios especializados en el abordaje de trastornos del neurodesarrollo, dificultades del aprendizaje y problemas de inserción escolar, los cuales integran de forma obligatoria a profesionales como psicopedagogos, fonoaudiólogos y psicomotricistas. Asimismo, la normativa exige la existencia de unidades de internación pediátricas totalmente diferenciadas y centros de hospitalización de día que priorizan la continuidad pedagógica, garantizando un enfoque que protege la autonomía progresiva y los derechos específicos de esta población frente al modelo general.

6. ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL. RECURSOS ASISTENCIALES, PROGRAMAS DE ATENCION Y RECURSOS PROFESIONALES



1. RECURSOS ASISTENCIALES

La atención de salud mental para NNyA en Argentina se ofrece a través de redes públicas y privadas, aunque con marcadas deficiencias y desigualdades. El sistema sanitario está formado por varios subsistemas que en muchos casos funcionan de modo fragmentado y/o se superponen:

- El Sector Público financiado por la Nación, Provincias y Municipios.
- Las obras sociales financiadas con los aportes salariales de los trabajadores y administradas por los sindicatos.
- Los organismos de Salud del Estado Nacional y los Estados provinciales incluyen jubilados, pensionados, discapacitados, obras sociales estatales, provinciales etc.
- La Medicina Prepaga en muchos casos coexiste con pacientes que tienen obra social sindical pero ineficiente.
- El Sector exclusivamente Privado cada vez más disminuido.

Si bien el presupuesto en Salud implica un monto considerable no siempre es eficiente dada su alta fragmentación, la superposición de recursos y las deficientes administraciones.

Sector Público: El sistema público enfrenta desafíos significativos, como la centralización de los servicios en grandes ciudades y la escasez de profesionales especializados. La Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657) prohíbe el internamiento en hospitales monográficos (psiquiátricos) para NNyA y promueve un abordaje interdisciplinario y comunitario. Sin embargo, en la práctica, el acceso a una atención adecuada puede ser difícil y los tiempos de espera para turnos especializados son largos (varios meses en algunas provincias). Entre los hospitales públicos de referencia en salud mental infantil y juvenil destacan:

En la Ciudad de Buenos Aires

- 1- Hospital Nacional en Red "Laura Bonaparte": Especializado en salud mental y adicciones, tiene un área específica para la atención de NNyA.
- 2- Hospital Elizalde: Hospital pediátrico general. Ofrece atención en salud mental hasta los 18 años, con consultorios externos, guardias e ingreso en servicios generales.
- 3- Hospital Carolina Tobar García (exclusivo de psiquiatría infantil y juvenil), con consultorios externos, guardias, hospital de día, centro educativo terapéutico e ingresos.

- 4- Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez: Hospital pediátrico general que ofrece atención en salud mental hasta los 18 años. Con consultorios externos, guardias e ingresos en servicios generales
- 5- Hospital Alvear: Hospital psiquiátrico de agudos con servicio de adolescentes
- 6- Hospital de Pediatría Garrahan: Hospital pediátrico de alta complejidad que cuenta con servicio de Salud Mental.
- 7- Hospital Ameghino: Cuenta con consultorios externos para adolescentes.
- 8- Otras instituciones solo cuentan con servicios ambulatorios (consulta externa).

Servicios provinciales y municipales: Varias provincias y municipios, como la ciudad de Buenos Aires, han implementado programas y equipos móviles para la atención infanto-juvenil.

Sector Privado: El sector privado, si bien ofrece una variedad de servicios, también tiene limitaciones, principalmente por las barreras económicas y la escasez de oferta. Las clínicas y hospitales privados suelen contar con equipos interdisciplinarios, pero su accesibilidad depende de la cobertura de la obra social o prepaga del paciente. Ejemplos de instituciones privadas con servicios en salud mental infantil y juvenil son:

- Hospital Privado de Córdoba
- Hospital Italiano
- Hospital Universitario Austral
- Fleni
- Clínicas y Sanatorios que reciben pacientes de obras sociales.

2. PROGRAMAS DE ATENCION

Sin datos

3. RECURSOS PROFESIONALES

El Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA) del Ministerio de Salud cuenta con la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS), pero no ofrece la posibilidad de obtener una cifra total por especialidad a nivel nacional de manera pública. A pesar de la búsqueda exhaustiva en fuentes como el Ministerio de Salud de la Nación, la Asociación de Psiquiatras de Argentina (APSA) y la Asociación Argentina de Psiquiatría Infantil y Juvenil (AAPI), no se encontraron bases de datos públicas que ofrezcan un registro numérico total de estos profesionales. No obstante, la Asociación Argentina de Psiquiatría Infantil (AAPI) estima que existen aproximadamente 500 psiquiatras infantiles en todo el país. En resumen, todos los organismos describen la escasez de estos especialistas y una distribución geográfica desigual en el país, con una carencia más notoria en las provincias del interior, con menor densidad demográfica y en las zonas rurales. Además, las bolsas de trabajo de asociaciones como la APSA y la AAPI frecuentemente publican búsquedas de psiquiatras infantojuveniles, lo que corrobora la falta de profesionales disponibles en el mercado laboral.



1. RECURSOS ASISTENCIALES

La atención en salud mental (incluida la infantil y adolescente) se organiza dentro del Sistema Único de Salud (SUS) y sigue el modelo general del sistema sanitario que se estructura en tres niveles de atención:

- **Primer nivel: Atención primaria** realizada en los centros de salud comunitarios. Sus funciones son la promoción de salud mental, la prevención (violencia, suicidio, consumo), la detección temprana de problemas emocionales y la atención básica y orientación.

- **Segundo nivel: Atención especializada básica** realizada en hospitales generales y centros atendidos por psicólogos o psiquiatras. Sus funciones son realizar un diagnóstico más especializado, el tratamiento de trastornos de grado moderado, y la derivación a servicios especializados

- **Tercer nivel: Atención psiquiátrica especializada en centros de referencia:** hospitales psiquiátricos o institutos especializados como el Instituto Nacional de Psiquiatría “Gregorio Pacheco”, el Instituto Psicopedagógico “San Juan de Dios” y Centros de tratamiento de adicciones. Sus funciones son la atención de casos graves, la hospitalización y el tratamiento intensivo.

La concentración de servicios en áreas urbanas y la débil articulación interinstitucional dificulta el acceso equitativo a la atención.

2. PROGRAMAS ESPECÍFICOS

AIDA – Atención Integral de Adolescentes. Programa del Ministerio de Salud. Existen al menos 247 establecimientos en el país y ofrecen atención integral gratuita, educación en salud y derivación a especialistas. Incluye salud mental destacando la detección de depresión, la prevención del suicidio y el acompañamiento emocional

Defensorías de la Niñez y Adolescencia (DNA). Son servicios municipales cuyas funciones son la protección en casos de violencia, la derivación a atención psicológica y la intervención en crisis familiares

Programa “Familia Segura” (UNICEF). Sus Servicios son apoyo psicológico inmediato, intervención en crisis, atención a la presencia de ansiedad, depresión, violencia e ideación suicida. Tiene una línea gratuita nacional: 800-11-30-40 y atiende tanto por teléfono como por WhatsApp. Ofrece atención todos los días (6:00–24:00), siendo el 33% de usuarios menores de 18 años.

Programas escolares y comunitarios en los que se realiza educación en salud mental, prevención de violencia y acoso escolar e intervenciones psicoeducativas. Están implementados por el Ministerio de Educación y algunas organizaciones no gubernamentales (ONG).

Servicios legales y sociales. Con atención a víctimas de violencia y apoyo psicológico y social.

3. RECURSOS PROFESIONALES

Bolivia no dispone de registros oficiales precisos sobre cuántos psiquiatras infantiles hay en el país, si bien se cree que el número de psiquiatras infantiles es extremadamente bajo, ubicándose en las ciudades de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz. Esta carencia repercute directamente en la calidad y cobertura de la atención, obligando a que la mayoría de los casos sean atendidos por psiquiatras generales o psicólogos lo que genera diagnósticos tardíos, tratamientos no especializados y sobrecarga del sistema. Muchos de los profesionales no están específicamente formados en desarrollo infantil por lo que niños con trastornos del neurodesarrollo pueden recibir una atención limitada o tardía.

Se considera que las principales debilidades del sistema son la falta de profesionales especializados, los servicios concentrados en las ciudades, el escaso desarrollo de la atención infantil específica, la débil coordinación entre salud, educación y servicios de protección, una insuficiente prevención temprana y la alta dependencia de ONGs y cooperación internacional.



1. RECURSOS ASISTENCIALES

El sistema chileno de atención en salud mental infantil y juvenil se organiza bajo un modelo comunitario, escalonado e integrado, liderado por el Ministerio de Salud (MINSAL), que busca articular distintos niveles de complejidad asistencial con un enfoque territorial. Este modelo se sustenta en la continuidad de cuidados, la intervención temprana y la coordinación intersectorial, en concordancia con las recomendaciones internacionales de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS, 2021; OPS, 2018), aunque enfrenta limitaciones importantes en capacidad instalada y equidad de acceso (MINSAL, 2017).

a) Atención primaria de salud (APS). Constituye la puerta de entrada al sistema, donde se realiza la detección precoz, intervención inicial y derivación de los casos (MINSAL, 2017). En este nivel:

- Se implementan programas de salud mental en centros de salud familiar (CESFAM).
- Se abordan problemas emocionales leves a moderados (ansiedad, depresión, dificultades conductuales).
- Existen intervenciones psicosociales breves y seguimiento longitudinal.

Se dispone de una red de APS que actúa como puerta de entrada al sistema, donde se realiza la detección inicial y el manejo de casos leves a moderados. Sin embargo, la capacidad resolutoria en salud mental infantil y juvenil en APS sigue siendo heterogénea, dependiendo de la formación de los equipos y la disponibilidad de profesionales (MINSAL, 2017; OPS, 2018).

b) Nivel secundario: Centros de Salud Mental Comunitaria (COSAM) y equipos especializados. Los COSAM constituyen el eje del nivel secundario ambulatorio (MINSAL, 2017):

- Brindan atención especializada para casos moderados a severos.
- Funcionan con equipos interdisciplinarios.
- Algunos cuentan con programas específicos para infancia y adolescencia.

Sus funciones incluyen diagnóstico clínico, tratamiento psicoterapéutico y farmacológico, intervenciones familiares y coordinación con redes comunitarias y educativas. A pesar de su rol central, se observa sobrecarga asistencial, listas de espera prolongadas y cobertura desigual entre regiones (MINSAL, 2017; OPS, 2018).

Se dispone de más de 80 COSAM a nivel nacional, varios de los cuales cuentan con equipos especializados en infancia y adolescencia (MINSAL, 2017). Estos dispositivos constituyen el principal nivel de atención secundaria ambulatoria, con funciones de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de casos de complejidad moderada a severa.

c) Nivel hospitalario

Unidades de salud mental en hospitales generales y pediátricos. Los hospitales de mediana y alta complejidad cuentan con:

- Equipos de interconsulta en pediatría.
- Unidades ambulatorias especializadas.
- Apoyo en urgencias para crisis psiquiátricas.

Estas unidades cumplen un rol clave en la evaluación de casos complejos y en la articulación con hospitalización (MINSAL, 2017).

Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Corta Estancia para Adolescentes (UHCIP), ubicadas en hospitales generales. Actualmente existen aproximadamente de 15 a 20 unidades a nivel país, con una disponibilidad estimada de entre 150 y 200 camas para población adolescente. Estas unidades permiten el manejo de cuadros agudos, especialmente crisis suicidas, descompensaciones afectivas severas y trastornos

conductuales complejos. (MINSAL, 2020) y tienen un enfoque interdisciplinario intensivo. La duración de la hospitalización suele ser breve.

Hospitalización en pediatría para menores de 12 años. Dado el déficit de unidades especializadas para niños, los menores de 12 años son hospitalizados en servicios de pediatría, con apoyo de equipos de salud mental, lo que genera desafíos clínicos, ya que no siempre están diseñados para trastornos psiquiátricos complejos (OPS, 2018).

Hospitalización de día y programas intensivos. Existen dispositivos intermedios, aun insuficientemente desarrollados como la hospitalización parcial (hospital de día) y los programas intensivos ambulatorios. Estos dispositivos permiten evitar hospitalizaciones completas y mantener el vínculo con el entorno familiar y escolar. Sin embargo, su disponibilidad es limitada y concentrada en grandes centros urbanos (MINSAL, 2017).

No obstante, persisten importantes limitaciones como una distribución desigual de camas entre regiones (MINSAL, 2017), déficit de unidades para menores de 15 años, número insuficiente de camas, con la alta demanda que supera la oferta (MINSAL, 2020), y sobredemanda en servicios de urgencia por falta de alternativas intermedias (hospitalización de día, programas intensivos ambulatorios) (OPS, 2018).

2. PROGRAMAS DE ATENCION

a) Programas para riesgo suicida

Chile ha desarrollado estrategias en el marco del **Programa Nacional de Prevención del Suicidio** (MINSAL, 2020), realizando protocolos de evaluación de riesgo, seguimiento intensivo y coordinación con establecimientos educacionales. No obstante, persisten desafíos en continuidad de cuidados y cobertura.

b) Intervención temprana en psicosis

El desarrollo de programas de psicosis temprana es aún incipiente, si bien existen experiencias locales, aunque no hay una red nacional estructurada. Esto constituye una brecha relevante frente a la evidencia internacional (OMS, 2021).

c) Programas para trastornos específicos

El sistema cuenta con dispositivos para:

- Trastornos del espectro autista (TEA): aumento de programas diagnósticos, aunque con alta demanda.
- Trastornos de la conducta alimentaria (TCA): unidades especializadas en algunos hospitales.
- Trastornos por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH): manejo principalmente en APS y COSAM.

Persisten limitaciones en cobertura, distribución y tiempos de espera (MINSAL, 2017).

d) Articulación con el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA)

El abordaje del consumo adolescente se realiza en coordinación con el SENDA mediante programas ambulatorios, prevención escolar y dispositivos especializados. La integración con salud mental es variable según territorio (SENDA, 2021).

Modalidades innovadoras

a) Telepsiquiatría y salud digital: Tras la pandemia, se ha expandido el uso de teleconsultas, interconsultas remotas y seguimiento clínico a distancia. Esto ha mejorado el acceso, especialmente en zonas rurales, aunque plantea desafíos en continuidad y calidad de atención (MINSAL, 2021).

b) Atención remota post-pandemia: Se ha consolidado un modelo híbrido que combina atención presencial y remota, mejorando la adherencia en población adolescente.

c) Estrategias territoriales e interculturales. Se han desarrollado experiencias en salud intercultural, intervenciones comunitarias, y trabajo con redes locales, sin embargo, aún no existe una sistematización nacional (OPS, 2018).

3. RECURSOS PROFESIONALES

Se estima que en Chile existen aproximadamente entre 250 y 350 psiquiatras infantiles activos, aunque no existe un registro nacional consolidado público (SOPNIA, 2022; MINSAL, 2017). La distribución es marcadamente desigual, con una alta concentración en la Región Metropolitana, una presencia intermedia en regiones como Valparaíso, Biobío y La Araucanía y un déficit significativo en zonas rurales y regiones extremas. Esta desigualdad territorial impacta directamente en el acceso a atención especializada y en los tiempos de espera (OPS, 2018).

En resumen, mientras algunas regiones cuentan con equipos especializados, dispositivos comunitarios y unidades de hospitalización psiquiátrica para adolescentes, otras presentan brechas sustantivas en disponibilidad de profesionales, accesibilidad geográfica y continuidad de cuidados. Estas diferencias se amplifican en zonas rurales y territorios aislados, donde la detección y el tratamiento dependen en gran medida de la capacidad resolutoria de la atención primaria. No obstante, el sistema chileno de salud mental infantil y juvenil presenta un modelo conceptual robusto y coherente con los estándares internacionales, aunque también se enfrenta a desafíos estructurales importantes como la insuficiente capacidad instalada, la desigualdad territorial, la fragmentación entre niveles de atención y el déficit de dispositivos intermedios. El fortalecimiento de esta red constituye un eje clave para responder a la creciente demanda en salud mental de NNyA en el país.



1. RECURSOS ASISTENCIALES

La atención en salud mental en Colombia se articula dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con tres regímenes: contributivo, subsidiado y especiales. El régimen contributivo y el subsidiado, se complementan por la oferta pública y privada. Los recursos se organizan en niveles de complejidad:

Primer nivel, Atención Primaria en Salud (APS): Consulta ambulatoria donde los Equipos Básicos de Salud están capacitados en detección temprana de trastornos mentales en infancia y adolescencia.

Segundo nivel.

- **Consulta externa especializada** de psiquiatría y psicología clínica. La atención especializada ambulatoria se presta a través de servicios de psiquiatría infantil y de la adolescencia en hospitales de mediana y alta complejidad, concentrados principalmente en las principales ciudades. Entre los centros de referencia en salud mental infantil y juvenil se encuentran el Hospital de La Misericordia (Bogotá), el Hospital Universitario San Vicente Fundación (Medellín) y el Hospital Infantil Universitario de San José (Bogotá).
- **Hospitales día** (clínica diurna o semi-hospitalización): El paciente asiste en la mañana y permanece medio día o la jornada completa, con énfasis en seguimiento ambulatorio y adaptación post-hospitalaria. Existe un desarrollo creciente de esta modalidad en algunos centros de referencia.
- **Hospitalización de corta estancia:** Unidades de Cuidado Intermedio para una estabilización rápida (3 a 5 días).
- **Urgencias de psiquiatría**

Tercer nivel: Unidades de hospitalización psiquiátrica de alta complejidad. La hospitalización se concibe como medida excepcional y de corta estancia.

En Colombia existen 26 instituciones dedicadas a la Salud mental con un total de 387 camas para menores de edad, una ratio de 0,7 por 100.000 menores de 18 años y 63 instituciones especializadas en consumo de sustancias con 914 camas (ASIS, 2024). Cuando a la población infantil y adolescente se añaden los jóvenes hasta los 28 años, la Política Nacional considera que existen 96 instituciones con 1.086 camas con una ratio de 2.0 por 100.000 habitantes menores de 28 años.

Ubicación de la oferta especializada por región

- Bogotá: Red pública (Hospital Pediátrico Tintal — Hospital Día) y privada de alta complejidad: HOMI, Intellectus, Unidad de Salud Mental de San Ignacio (U. Javeriana), Instituto Roosevelt (Unidad de Salud Mental y Neurodesarrollo), Clínica Montserrat.
- Antioquia: Hospital Mental de Antioquia (HOMO), con plan de desarrollo 2025-2028 que incluye ala pediátrica robusta.
- Valle del Cauca: Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle (Cali), eje central de la región, con alta demanda que suele superar su capacidad.
- Barranquilla: E.S.E. Universitaria del Atlántico (UNA) como referencia pública; Clínica Villa 76 y Centro Terapéutico Reencontrarse (privado, especializado en adolescentes y SPA).
- Otras ciudades: Fundación Cardiovascular (Bucaramanga) y Hospital Infantil Los Ángeles (Pasto) ofrecen servicios como unidades dentro de hospitales generales.
- Departamentos como Amazonas, Chocó, Guainía y Vaupés carecen de instituciones de internación psiquiátrica para NNyA y jóvenes, obligando a traslados a Bogotá o Medellín.

Una limitación importante es la alta concentración geográfica de los servicios especializados en las principales ciudades, con escasa disponibilidad en zonas rurales y territorios afectados por el conflicto armado.

2. PROGRAMAS DE ATENCIÓN

Las siguientes **Guías de Práctica Clínica y protocolos** han sido elaborados por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) en conjunto con el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2022):

- 1) Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en población pediátrica en Colombia
- 2) Protocolo Clínico para el Diagnóstico, Tratamiento y Ruta de Atención Integral de NNyA con Trastornos del Espectro Autista. El Hospital Roosevelt en Bogotá cuenta con el Programa TEA más grande del país, que atiende a más de 170 niños y sus familias.
- 3) Guía de Práctica Clínica para la detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en NNyA.
- 4) Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Conducta Suicida. Incluye secciones específicas sobre tamización de riesgo suicida en infancia y adolescencia.

Además, se dispone de otros **Programas de atención**:

- Adaptación de la Guía de Intervención mhGAP para Colombia (OMS, 2016): Incluye protocolos para trastornos del comportamiento y emocionales en la niñez.
- Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) — MinSalud: Detección y atención de problemas de salud mental con enfoque de curso de vida.

- Atención comunitaria: La política vigente prioriza la Atención Primaria en Salud (APS), la Rehabilitación Basada en Comunidad y la creación de Centros de Atención Psicosocial (CAPS) itinerantes y gestores comunitarios.
- Telemedicina: se ha expandido significativamente, mejorando el acceso en regiones apartadas.
- Programas de Humanización: Uso de huertas terapéuticas y espacios escolares dentro de la clínica (como en el Hospital Tintal, Bogotá) para que el menor no pierda su ciclo vital.

3. RECURSOS PROFESIONALES

Según el Observatorio de Talento Humano en salud (RETHUS) del Ministerio de Salud y Protección Social en consulta del 25 de noviembre de 2024, existen en Colombia 1.613 especialistas de Psiquiatría; 52 psiquiatras de enlace y 115 psiquiatras pediátricos (subespecialistas). Mientras el RETHUS registra 115 psiquiatras con subespecialidad, la Academia Nacional de Medicina reporta 152 psiquiatras infantiles certificados, de los cuales solo 59 están afiliados al Capítulo de Psiquiatría Infantil de la Asociación Colombiana de Psiquiatría (ACP). Esta diferencia puede reflejar los distintos criterios de certificación.

Con apenas entre 115–152 psiquiatras infantiles certificados para una población de más de 14 millones de NNyA, la ratio es profundamente insuficiente, especialmente fuera de las grandes ciudades. En 2023 se estimó una razón de 0,22 psiquiatras infantiles por 100.000 habitantes, por debajo de la mediana regional reportada para las Américas. Colombia cuenta con 2,5 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, también muy por debajo de la tasa de 10 por cada 100.000 recomendada por la OMS.

Además, cuenta con 31.409 profesionales en Psicología.



ECUADOR

1. RECURSOS ASISTENCIALES

Existen servicios especializados en Salud Mental Infantil en los hospitales Baca Ortiz de Quito y del Niño: “Francisco de Icaza Bustamante”, en Guayaquil, que pertenecen al Ministerio de Salud.

El Hospital Psiquiátrico “Sagrado Corazón”, en Quito, es una entidad privada que tiene un servicio de internamiento y consulta externa para niños y adolescentes.

En Guayaquil, el Instituto de Salud Mental de la Junta de Beneficencia y el Hospital del Niño “Dr. Roberto Gilbert”, ambos privados, tienen servicios de internamiento y consulta externa para niños y adolescentes.

En la tercera ciudad del país, Cuenca, no hay servicios de internamiento infantiles. En esta ciudad ejercen dos psiquiatras infantojuveniles, uno de ellos titulado en Argentina.

La deficiencia de plazas para internamiento en los hospitales públicos se suple con convenios entre el Ministerio de Salud y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), con los hospitales privados, pero no es suficiente para la creciente demanda de atención e internamiento.

2. PROGRAMAS DE ATENCIÓN

1. Asistenciales: a través de la red de salud pública, con un modelo comunitario y de atención primaria.

2. Programas del sistema educativo dependientes de los Departamentos de Consejería Estudiantil (DECE), realizados por equipos multidisciplinarios en las escuelas con atención directa a estudiantes y coordinación con familias y servicios de salud.

3. Programas psicosociales con apoyo internacional. Impulsados por organizaciones no gubernamentales (ONGs) como UNICEF. Atienden a niños tras situaciones de crisis (p.e. Covid-19) y forman a docentes en salud mental.

3. RECURSOS HUMANOS

En todo el país hay alrededor de 20 médicos psiquiatras dedicados a NNyA, si bien no todos tienen titulación y algunos se han formado en la práctica clínica de sus servicios ubicados en las dos ciudades más pobladas: Quito y Guayaquil.



ESPAÑA

1. RECURSOS ASISTENCIALES

En España la atención sanitaria está transferida a las Comunidades Autónomas (CCAA), que organizan sus propios recursos asistenciales para la atención de los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia. Esta descentralización genera una notable variabilidad interterritorial tanto en la dotación de recursos como en los modelos de organización, siendo uno de los problemas estructurales más relevantes del sistema.

Atención Primaria (AP): Es el primer nivel de contacto con pediatras y médicos de familia (estos últimos atienden a partir de los 14-16 años, según la CCAA) quienes realizan la detección y el cribado de problemas de salud mental. Desde la AP se puede solicitar

interconsulta con los servicios especializados o derivar directamente a los centros de salud mental.

Atención Comunitaria Especializada: Se realiza en las denominadas Unidades de Salud Mental Infantil y Juvenil (USMIJ) o Centros de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ), donde se establece el diagnóstico y el tratamiento. Los equipos son multidisciplinares (psiquiatra infantil, psicólogo/a clínico/a, enfermero/a de salud mental, trabajador/a social) y realizan una intensa coordinación con los recursos educativos y sociales. Algunas CCAA han desarrollado programas de enlace entre atención primaria y salud mental comunitaria, con profesionales que actúan de puente entre ambos niveles, facilitando la detección precoz y reduciendo las derivaciones innecesarias.

Urgencias y atención a la crisis: La atención urgente en salud mental infantil y juvenil constituye uno de los puntos más débiles del sistema. En la mayoría de las CCAA, las urgencias psiquiátricas en menores recaen sobre los servicios de urgencias pediátricas o psiquiátricas generales. Son excepcionales los territorios que disponen de equipos específicos de intervención en crisis para esta población. Esta situación genera ingresos hospitalarios evitables y una atención de menor calidad en momentos de máxima vulnerabilidad.

Hospitalización Parcial (Hospital de Día): Recurso para pacientes que requieren una atención más intensiva sin necesidad de un ingreso completo y donde se realiza un tratamiento intensivo y multidisciplinar con abordajes psicoterapéuticos individuales y grupales, atención social y apoyo educativo. Su distribución territorial es desigual y en muchas CCAA su disponibilidad es insuficiente.

Hospitalización Completa: En la gran mayoría de las CCAA existen Unidades de Hospitalización de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia (UHPIA), generalmente ubicadas en hospitales generales. Su desarrollo ha sido progresivo en los últimos años, acelerándose con la aprobación de la especialidad de PIA y la acreditación de Unidades Docentes Multiprofesionales (UDM) de Salud Mental. Sin embargo, según el Libro Blanco de la Psiquiatría en España (SEPSM, 2023), la tasa de camas de UHPIA por 100.000 habitantes menores de 18 años sigue siendo inferior a los estándares europeos y con marcada desigualdad entre CCAA.

Menos desarrolladas están las unidades de hospitalización subaguda (estancias de 2-4 meses) y las plazas residenciales para estancias prolongadas, prácticamente inexistentes en la mayor parte del territorio.

Unidades Especializadas: Se dispone de recursos específicos para determinados trastornos prevalentes y graves: Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA), Unidades de atención a personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA), programas de intervención temprana en psicosis (ITP) y, en algunas CCAA, equipos de atención a situación de crisis. Su distribución es muy heterogénea.

Hospitalización a Domicilio en Salud Mental Infantil y Juvenil (HaD-SM IJ): Es un recurso en desarrollo creciente que permite ofrecer atención intensiva en el entorno natural del menor, evitando o acortando los ingresos convencionales. Cuenta con experiencias consolidadas en hospitales de referencia y se encuentra en proceso de expansión y estandarización a nivel nacional, siendo recogida explícitamente como línea prioritaria en el Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027.

Telepsiquiatría: Desde la pandemia por COVID-19, la telepsiquiatría se ha incorporado de manera estable a la cartera de servicios de salud mental infantil y juvenil en varias CCAA, permitiendo la atención a pacientes en zonas rurales o con dificultades de acceso, y facilitando el seguimiento de casos en fase de estabilización.

Coordinación sociosanitaria y con el sistema educativo: La atención integral de los menores con trastorno mental requiere coordinación efectiva entre el sistema sanitario, los servicios de protección de menores y servicios sociales, el sistema educativo (orientadores, Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica —EOEP—), y equipos de atención temprana. Esta coordinación, obligada además por la LOPIVI en lo relativo a la detección y comunicación de situaciones de violencia o desprotección, es aún fragmentaria y desigual entre territorios.

2. PROGRAMAS ESPECÍFICOS

1) Guías de práctica clínica

- Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia. SNS / GuíaSalud. [PDF](#)
- Guía de tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en niños y adolescentes. SNS / GuíaSalud. [PDF](#)
- Guía clínica y terapéutica para primeros episodios psicóticos en la infancia y adolescencia. CIBERSAM / consenso estatal. [PDF](#)
- Guía de Práctica Clínica para la atención del Trastorno del Espectro Autista (TEA) en la Infancia en Atención Primaria. SNS/GuíaSalud. [PDF](#)

2) Protocolos clínicos

- Protocolo sobre autolesiones en adolescentes. Atención primaria / hospitalaria. [PDF](#)
- Protocolos clínicos AEPNYA Trastornos mentales en población infantil y adolescente. Sociedad científica AEPNYA. [PDF](#)
- Telepsiquiatría en la infancia y adolescencia. Plataforma Asociaciones Profesionales de Psiquiatría y Psicología Clínica de la Infancia y Adolescencia. [PDF](#)

3) Programas autonómicos asistenciales (Se muestran algunos ejemplos)

- Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y Adolescencia. Programa asistencial. Andalucía. [PDF](#)

- Guía para la atención a la infancia y adolescencia en salud mental. Guía asistencial/autonómica. Castilla-La Mancha. [PDF](#)
- Salud mental en la población infantil y juvenil de Castilla y León. Programa de registro de pediatría, medicina de familia y enfermería. Comunidad de Castilla y León. [PDF](#)

4) Documentos de consenso y orientación clínica (Se muestran algunos ejemplos)

- Recomendaciones para la actuación en situaciones de crisis en salud mental en adolescentes y jóvenes. Orientación clínica y psicosocial. Asociación de familiares. [Consaludmental](#)
- No realizar contención farmacológica o contención física como primera opción en el paciente pediátrico que acude a urgencias con un episodio de agitación, optándose por la contención verbal como primera opción. Recomendación NO HACER. Sociedad científica. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. [PDF](#)
- No realizar un lavado gástrico en pacientes pediátricos con sospecha de intoxicación. La única situación en la que puede estar indicado es la ingestión reciente (<1 hora) y potencialmente letal, de gran cantidad de tóxico, en un paciente consciente o intubado. Recomendación NO HACER. Sociedad científica. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. [PDF](#)
- Se recomienda no indicar tratamiento farmacológico como primera elección para los menores de 14 años diagnosticados de TDAH leve en atención primaria. Recomendación NO HACER. Sociedad científica. Sociedad Española de Psicología Clínica y psicopatología. [PDF](#)

5) Recursos complementarios útiles

Hay otros recursos que no siempre son una guía clínica formal, pero sí son aprovechables para la práctica, la docencia o el diseño de circuitos. Otros recursos son dirigidos a pacientes y/o familiares o a otros ámbitos que trabajan con población infantil y adolescente

- Información sobre autolesiones para adolescentes, familias y profesionales de la educación. [PDF](#)
- Guía PIENSA. Guía para adolescentes y familias que quieren entender y afrontar la psicosis. [PDF](#)
- Prevención, detección e intervención en casos de ideación suicida en el ámbito educativo [PDF](#)

3. RECURSOS HUMANOS

El número de especialistas en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia en ejercicio en España es limitado. Se estima que existen alrededor de 850 psiquiatras de la infancia y la adolescencia —cifra derivada del proceso de acreditación para la obtención del título de especialista al crearse la especialidad mediante el Real Decreto 689/2021, dado que la primera promoción formada íntegramente vía MIR no culminará su residencia hasta 2028. Existe una distribución desigual entre CCAA, concentrándose la mayoría en las

comunidades más pobladas. A modo de referencia del contexto general, el Libro Blanco de la Psiquiatría en España (SEPSM, 2023) documenta que la ratio global de psiquiatras en la red pública española es de 9,27/100.000 habitantes, muy por debajo de la media europea, con desigualdades territoriales extremas. La progresiva incorporación de nuevos especialistas PlyA formados vía MIR incrementará este número en los próximos años, aunque los efectos plenos no serán perceptibles hasta finales de la presente década.

En cuanto a la psicología clínica infantil y juvenil, Cuéllar-Flores et al. (2022) estiman que el Servicio nacional de salud (SNS) cuenta con solo 543 psicólogos/as clínicos/as trabajando en este ámbito —el 19 % del total de especialistas en psicología clínica—, con una ratio nacional de 1 psicólogo/a clínico/a por 100.000 habitantes menores y con importantes diferencias entre CCAA. Se estima que serían necesarios 1.829 profesionales más para cumplir los estándares de calidad. A ello se suma que no existe aún una especialidad reconocida de Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia, una demanda histórica del sector que el Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027 recoge como objetivo de negociación.

**GUATEMALA**

1. RECURSOS ASISTENCIALES

La organización asistencial combina atención hospitalaria especializada con centros comunitarios y apoyo no formal.

NPH Guatemala es una ONG destacada que brinda atención integral en hogares y programas comunitarios para NNyA en riesgo social, que incluyen cuidado de salud mental. Otras iniciativas de salud comunitaria enfatizan la prevención, educación y apoyo psicosocial, con programas para adolescentes enfocados en salud sexual y mental.

Los dos hospitales nacionales más grandes y de referencia para el país, el Hospital Roosevelt y el Hospital General San Juan de Dios, tienen atención en psiquiatría infantil y juvenil. En el primero hay una especialista y en el segundo existe una clínica de psiquiatría para NNyA, que funciona como parte del Departamento de Pediatría de dicho hospital. En este último se permite la hospitalización de menores con patología psiquiátrica en una sala de pediatría, debiendo estar acompañados siempre por un familiar mayor de edad. En el seguro social, hay una clínica de psiquiatría infantil en el área de pediatría, que cuenta con un especialista, y en la unidad de psiquiatría general se brinda atención a adolescentes.

2. PROGRAMAS ESPECÍFICOS

Existen protocolos de vigilancia y atención para salud mental y suicidio, desarrollados en coordinación con Organización Panamericana de la Salud (OPS) y hospitales nacionales,

aunque no hay una sistematización internacional amplia disponible en línea. También se cuenta con guías diagnósticas basadas en DSM-5 para salud mental infantil que están siendo difundidas en servicios especializados.

3. RECURSOS PROFESIONALES

Se estima que el número de psiquiatras es extremadamente bajo, con una ratio de psiquiatras aproximada de 0.3/100.000 habitantes. Del total de psiquiatras existentes un pequeño porcentaje de aproximadamente el 5% serían psiquiatras de la infancia y la adolescencia. Es decir, la cifra de psiquiatras especializados en NNyA, es muy baja para la demanda existente y obliga a que el abordaje de la salud mental sea asumido por otros profesionales.



1. RECURSOS ASISTENCIALES

Atención Comunitaria: Perú cuenta con 291 centros de salud mental comunitarios (CSMC) distribuidos a nivel nacional para la atención de problemas psicosociales y de salud mental. Estos centros brindan atención ambulatoria con equipos multidisciplinarios, incluyendo psiquiatras, psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales. Ofrecen servicios especializados para NNyA, adultos y personas con adicciones, con un enfoque que busca la participación de la familia y la comunidad.

Hospitalización: La hospitalización de NNyA es una medida excepcional, y solo si a nivel clínico fuera estrictamente necesario, se realizará en unidades exclusivas para este grupo etario. En el caso de niños menores de doce años, se permite el acompañamiento de sus familiares, si el médico tratante lo considera conveniente.

Telemedicina: Desde la pandemia la telemedicina es una modalidad tecnológica que en el Perú permitió continuar con la atención, especialmente de NNyA ya que ellos permanecían confinados en sus hogares. Actualmente se sigue utilizado en las modalidades de teleconsulta, teleinterconsulta, telemonitoreo, teleorientación y telecapacitación, todo ello gracias a que existe la Red Nacional de Telesalud que conecta todos los departamentos del país.

Otros espacios de atención:

Consejos Consultivos de Niñas, Niños y Adolescentes (CCONNA): Son espacios de participación en políticas públicas que están en proceso de desarrollo a nivel nacional. En el año 2020, de los 1874 distritos existentes a nivel nacional, solo el 25% de distritos (471)

tenían en sus municipios un espacio formal para la participación de NNyA en las políticas públicas que les competen.

Defensorías del Niño y del Adolescente, incorporadas en la normatividad peruana a través del Código de los Niños y Adolescentes del año 1992, que se han consolidado como una estrategia para facilitar el ejercicio de derechos de NNyA. Estas Defensorías tienen como funciones principales la promoción, defensa y vigilancia del ejercicio de derechos de situaciones relacionadas con NNyA.

2. PROGRAMAS ESPECÍFICOS

Las siguientes **Guías de Práctica Clínica (GPC)** han sido elaboradas por el Servicio de Salud Mental del Instituto Nacional de Salud del Niño:

- 1) Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en Niños y Adolescentes.
- 2) Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista en Niños y Adolescentes.
- 3) Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Déficit de Atención e Hiperactividad.
- 4) Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes
- 5) Guía técnica para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de conducta del niño y del adolescente.
- 6) Guía técnica para el diagnóstico y. tratamiento del trastorno de conducta alimentaria.
- 7) Guía técnica de procedimiento: Terapia cognitivo conductual para el tratamiento del TEA, TDAH, ansiedad y depresión

3. RECURSOS PROFESIONALES

Las cifras sobre el número de psiquiatras infantiles en Perú provienen principalmente de estimaciones del Colegio Médico de Perú y de declaraciones de expertos, así como de datos del Ministerio de Salud sobre el total de psiquiatras, pero no existe un registro oficial público de la subespecialidad. Su estimación es de aproximadamente 40 psiquiatras especializados en niños y adolescentes en todo el país, representando una porción muy pequeña del total de psiquiatras y claramente insuficiente.



1. RECURSOS ASISTENCIALES

La organización asistencial para la salud mental de NNyA en Uruguay se encuentra en un proceso de transición hacia un modelo comunitario, aunque todavía presenta un alto número de hospitalizaciones de 24 horas por tiempo prolongado y una distribución geográfica desigual.

1. Recursos Comunitarios y Dispositivos Abiertos. Estos dispositivos constituyen la base del modelo de Atención Primaria en Salud (APS) y buscan evitar la institucionalización prolongada.

Equipos Comunitarios de Salud Mental (ECSM): Surgieron en el sector público a partir de 1997, incluyendo recursos humanos para la atención infantojuvenil. Existen 47 equipos en el sector público (Administración de Servicios de Salud del Estado -ASSE-) y son dispositivos especializados de salud mental que se encargan del diagnóstico y tratamiento psiquiátrico-psicológico y social. Los equipos enfrentan dificultades como la alta demanda, la escasez de algunas disciplinas específicas para la atención de la infancia (siendo limitada la incorporación de fonoaudiología, psicopedagogía, psicomotricidad) y la falta de recursos para acciones de coordinación, promoción y prevención distintas a las consultas directas.

Red de Centros del Banco de Previsión Social (BPS): Pese a que los ECSM presentan limitaciones en la integración de disciplinas críticas para el neurodesarrollo —como fonoaudiología, psicopedagogía o psicomotricidad—, el marco normativo uruguayo garantiza estas prestaciones. La cobertura se instrumenta a través de los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), ya sea mediante recursos propios (abarca 6 meses de tratamientos de rehabilitación), o mediante la financiación del BPS a través de las Ayudas Extraordinarias (AYEX), asegurando el abordaje terapéutico para hijos de trabajadores cotizantes, tanto del sector público como privado de todo el país. Es un recurso fundamental con aproximadamente 150 centros en Montevideo y 300 en el interior.

Hospital de Día: En 2021 se crea el 1er. Hospital de Día en el Centro Hospitalario Pereira Rossel (CHPR) con el objetivo de disminuir hospitalizaciones de 24 horas y/o disminuir los tiempos de estancia. Es un dispositivo intensivo de lunes a viernes (8:00 a 16:00) para patologías graves no agudas. En el resto del país y en el ámbito privado aún no se ha implementado este tipo de dispositivo.

Centros Diurnos: Son dispositivos ambulatorios y comunitarios que buscan el desarrollo de habilidades para la autonomía. Solo existe uno en convenio con el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) en Montevideo, con 35 plazas, que atiende a NNyA con trastornos mentales graves y compensados (13 años a 17 años y 11 meses).

Sector Privado: Los prestadores privados generalmente no organizan la atención en torno a Equipos de Salud Mental comunitarios en los territorios hasta el momento actual, a pesar de que están incluidos en la Ley de Salud Mental y en su reglamentación como los primeros dispositivos en la red de atención de Salud Mental.

2. Recursos Hospitalarios y Dispositivos Cerrados

Hospitalización General y Corta Estadía (CCE). La hospitalización de NNyA por problemas emocionales y comportamentales se realiza en el hospital pediátrico, o en áreas pediátricas de hospitales generales. A menudo carecen de personal especializado en salud mental y de entornos seguros para prevenir autolesiones. Si bien es necesario el acondicionamiento de las emergencias pediátricas para la atención de NNyA con problemas psiquiátricos, solo el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) cuenta con estas características en la actualidad.

Centros de Corta Estadía (CCE): Para la hospitalización de cuadros agudos con alto riesgo de auto o heteroagresividad no se cuenta con salas de corta estadía en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Estos ingresos que requieren una alta contención son contratados por el ASSE e INAU y gestionados en forma directa o a través de convenios con centros privados, con escasa fiscalización y control del Ministerio de Salud Pública (MSP). Para superar las deficiencias, se recomienda que los CCE estén integrados en una red de atención con dispositivos de menor complejidad que eviten la excesiva demanda de ingresos y ofrezcan respuestas adecuadas para el egreso, evitando así la prolongación de las hospitalizaciones.

Centros de Mediana Estadía (Medio Camino): Destinados a la rehabilitación post-crisis. Existen 189 cupos distribuidos en 6 centros en convenio con INAU, con una ocupación del 100%. Para la atención integral de rehabilitación, la intervención procurará no superar los 18 meses. Para adolescentes, el tiempo de permanencia no debería exceder los 2 años, siempre que las condiciones externas lo permitan.

2. PROGRAMAS ESPECÍFICOS

- Plan Integrado de Atención (PAI): Es el protocolo central para la rehabilitación. Debe ser multidimensional, centrado en la persona y basado en un "modelo de apoyos" que identifique necesidades individuales, familiares y sociales. El PAI debe definir metas de egreso desde el momento del ingreso.
- Protocolo para Intentos de Autoeliminación (IAE): En 2024 se establecieron metas que obligan a los prestadores a garantizar una consulta telefónica en las primeras 48 horas del alta médica y una consulta presencial a los 7 días tras el alta.
- Programa de Aula Hospitalaria: Busca garantizar el derecho a la educación durante la internación. Existen dos en el país: el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) desde 2007 y el Hospital de Tacuarembó.

Otros aspectos:

- Teleformación y Descentralización: Ante la escasez de especialistas en el interior del país, el Ministerio de Salud Pública (MSP) tiene el desafío de impulsar estrategias para que haya recursos especializados a nivel local y utilizar herramientas como la telemedicina para brindar orientación y capacitación a equipos territoriales en situaciones de difícil abordaje.
- Consentimiento y Autonomía: Se propone el uso de "Lectura Fácil" y pictogramas para asegurar que los NNyA comprendan su situación y puedan ejercer su derecho al asentimiento o consentimiento informado, según su madurez.

Asistente Personal: El Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC-MIDES) provee la figura del Asistente Personal, un recurso clave que garantiza el derecho al cuidado y la autonomía de NNyA con dependencia severa, funcionando como un soporte operativo esencial que complementa el abordaje clínico-pedagógico.

3. RECURSOS HUMANOS

Existe una distribución geográfica desigual y no equitativa de los recursos, con una alta concentración de servicios y profesionales en Montevideo y el Área Metropolitana. La tasa nacional de psiquiatras pediátricos es de 20.5 por 100.000 menores de 15 años, pero su distribución es muy heterogénea entre departamentos (con rangos de 0 a 53.7/100.000 menores de 15 años).

7. FORMACIÓN Y FORMACIÓN CONTINUADA



Formación especializada

En Argentina, para ser psiquiatra infantil y juvenil, se ha de ser médico, y posteriormente realizar una residencia médica con especialización en el área o una carrera de posgrado. Las principales opciones de formación son:

- **Residencias Médicas:** Es la vía más común y completa. Se trata de un sistema de formación remunerado, a tiempo completo, que se realiza en hospitales públicos o privados. La especialidad de psiquiatría suele durar 4 años, y la subespecialización en psiquiatría infantil y juvenil se cursa como parte de ese programa o como un período adicional de formación.
- **Carreras de Especialista Universitario:** Son programas de posgrado ofrecidos por algunas universidades en convenio con hospitales o instituciones de salud mental. Suelen tener una duración de 3 a 4 años y combinan clases teóricas con prácticas clínicas.

Principales lugares de formación

Diversas universidades y asociaciones profesionales ofrecen programas de posgrado de alta calidad.

- Universidad de Buenos Aires (UBA): La Facultad de Medicina de la UBA es una de las instituciones más reconocidas del país. Ofrece la carrera de Médico Especialista en Psiquiatría Infantil y Juvenil con sedes en importantes hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, como el Hospital de Niños "Pedro de Elizalde" y el Hospital de Clínicas.
- Universidad del Salvador
- Universidad Católica de Córdoba (UCC): Ofrece una Especialización en Psiquiatría Infantil y Juvenil. Este programa está acreditado por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) y está dirigido a médicos que ya tienen experiencia en pediatría, neurología pediátrica o psiquiatría.
- Universidad Favaloro: Ofrece una Diplomatura en Clínica Psiquiátrica y Farmacoterapia Infantil y Juvenil, con una modalidad a distancia. Es una opción para quienes buscan una actualización o una formación más específica sin necesidad de una especialización completa.

Asociación Argentina de Psiquiatría Infantil y Juvenil y Profesiones Afines (AAPI)

Es un referente en el área y ofrece programas de formación, cursos y seminarios en colaboración con universidades, instituciones hospitalarias y otras asociaciones profesionales. Para acceder a estos programas, los requisitos suelen ser los siguientes, aunque pueden variar ligeramente según la institución:

- Título de Médico o Médico Cirujano, con validez oficial. Si es un título extranjero, debe estar debidamente convalidado.

- Acreditar experiencia previa: Muchas especializaciones en Psiquiatría Infantil y Juvenil requieren al menos un año de formación previa en áreas como Pediatría, Psiquiatría general, o Neurología Pediátrica.
- Promedio académico: Generalmente se exige un promedio de carrera superior a 7 puntos.
- Proceso de selección: La mayoría de los programas tienen un examen de selección, evaluación de antecedentes y una entrevista personal.

La certificación de la especialidad la realiza la AAPI junto con el Ministerio de Salud de la Nación. Se requieren las siguientes condiciones para la presentación de los profesionales a la Certificación de Médicos Especialistas en Psiquiatría Infantil y Juvenil:

1) Evaluación curricular y entrevista personal con el postulante. Es importante que el postulante posea Matrícula de Médico del Ministerio de Salud de la Nación para tramitar el reconocimiento de la certificación en dicho Ministerio.

- 1a) Evaluación de antecedentes curriculares.
- 1b) Mínimo de 5 (cinco) años de graduado de una Universidad Nacional o Privada reconocida. Los graduados en Universidades extranjeras deberán tener revalidado el título de Médico ante una Universidad Nacional o Privada reconocida.
- 1c) Ejercicio efectivo de la profesión por 5 (cinco) años y como mínimo 3 (tres) en la Especialidad de Psiquiatría Infantil y Juvenil.
- 1d) El ejercicio mínimo de Psiquiatría Infantil y Juvenil será de 20 (veinte) horas semanales y no menos de 200 (doscientos) días/año. Se deben registrar prácticas asistenciales de baja, mediana y alta complejidad en la especialidad en servicios hospitalarios públicos o privados reconocidos, o en ámbitos atinentes a las incumbencias de la especialidad.
- 1e) Haber participado de programas continuos de capacitación como Residencia o Concurrencia médica completos en institución reconocida.
- 1f) Haber concluido programas de formación teóricos o teórico prácticos avalados por Colegios Médicos provinciales.
- 1g) Entrevista personal, una vez aprobada la evaluación curricular realizada por el Comité de Certificación de AAPI.

2) Realización de un Examen Escrito

- 2a) Será requisito para acceder al mismo, aprobar la fase 1): Evaluación Curricular y Entrevista Personal.

2b) La aprobación del examen escrito requerirá del 70% del mismo como mínimo aprobado.

2c) Los temas serán elegidos entre los que conforman los programas de formación de Psiquiatras Infantojuveniles de las Carreras de Médico Especialista en Psiquiatría Infantil y Juvenil de la Universidad de Buenos Aires y Residencias del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Serán consecuentes con las incumbencias de la Especialidad Psiquiatría Infantil y Juvenil presentadas ante el Ministerio de Salud de la Nación.

3) Examen teórico práctico con evaluación de la actividad profesional.

3a) Será requisito para acceder al mismo, aprobar la fase 2: realización de un Examen Escrito.

3b) Se realizará el análisis y supervisión de casos clínicos evaluando habilidades teórico clínicas del postulante.

3c) Se aprobará con un puntaje igual o superior a 7 en la escala 1 a 10 puntos.

Formación continuada

Existe en Argentina la Recertificación de las especialidades médicas que según normativa del Ministerio de Salud de la Nación debe hacerse cada 5 años. En nuestra especialidad la realiza la Asociación de Psiquiatría Infantil y Juvenil (AAPI) junto con la Asociación Médica Argentina (AMA).



BOLIVIA

Formación especializada

La formación de psiquiatras en Bolivia sigue un modelo tradicional que incluye la carrera de medicina y una residencia en psiquiatría general, que se realiza dentro del del Sistema Nacional de Residencia Médica con una duración de 3 años a tiempo completo. La formación incluye clínica psiquiátrica, psicoterapia, psicofarmacología, neurología y psiquiatría comunitaria. Además, durante la residencia existe una rotación en psiquiatría infantil, si bien es limitada.

Bolivia no cuenta con una subespecialidad en PlyA dentro del sistema nacional. Esto significa que el psiquiatra general no está especializado en NNyA y solo tiene formación parcial durante la residencia, lo que constituye una de las principales debilidades del sistema. Para convertirse en psiquiatra infantil, los médicos bolivianos suelen realizar una subespecialización fuera del país, frecuentemente en México, Argentina u otros países de Latinoamérica, durante un tiempo de 1–2 años adicionales que se añaden a los 3 años de la especialidad de Psiquiatría General.

Formación continuada

A) Cursos y diplomaturas

1. Salud mental infanto-juvenil
2. Psicopatología infantil
3. Neurodesarrollo

B) Maestrías y programas online

Programas en psiquiatría infantil (generalmente no clínicos o no habilitantes) y que no sustituyen una residencia clínica especializada



La formación en PlyA en Chile ha experimentado un crecimiento sostenido en las últimas dos décadas, en respuesta al aumento de la demanda asistencial y a la creciente complejidad de los problemas de salud mental en NNyA (Ministerio de Salud de Chile MINSAL, 2017; Organización Mundial de la Salud OMS, 2021). Este desarrollo se ha traducido en una expansión progresiva de programas universitarios, así como en una mayor diversificación de instancias de formación continua.

Formación especializada

a) Programas de Psiquiatría Infantil y del Adolescente en Chile

La subespecialidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia se desarrolla en diversas universidades del país, en articulación con hospitales públicos de alta complejidad. La formación se realiza principalmente a través de programas de residencia médica o becas de especialidad acreditadas (Comisión Nacional de Acreditación, CNA-Chile, 2022). Entre las principales instituciones formadoras se encuentran:

- Universidad de Chile (UCH), con campos clínicos en:
 - Campus Norte de la Facultad de Medicina
 - Campus Sur de la Facultad de Medicina
- Universidad de Santiago de Chile (USACH), con campos clínicos en:
 - Hospital Exequiel González Cortés
 - Hospital Roberto del Río
- Universidad de Valparaíso
- Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC)
- Universidad Católica de la Santísima Concepción
- Universidad Austral de Chile (UACH)
- Universidad Católica del Maule
- Universidad Diego Portales (UDP)
- Universidad de La Frontera (UFRO)
- Universidad Andrés Bello (UNAB), recientemente creado
- Universidad Católica del Norte, actualmente en proceso de cierre de su programa

Estos programas se desarrollan en estrecha relación con servicios clínicos especializados, incluyendo hospitales pediátricos, unidades de salud mental hospitalaria y dispositivos comunitarios, lo que permite una formación con fuerte énfasis clínico y territorial (MINSAL, 2017).

b) Formación de residentes en Chile

Según estimaciones recientes proporcionadas por la Asociación de Residentes de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia (AREPIA), al año 2026 existen aproximadamente 220 residentes en formación en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia en Chile (AREPIA, 2026). Este número refleja un crecimiento importante respecto de décadas anteriores,

aunque aún resulta insuficiente para cubrir la demanda nacional. La formación se distribuye de manera desigual, concentrándose principalmente en la Región Metropolitana y en algunos polos universitarios regionales como Valparaíso, Concepción y Temuco (MINSAL, 2017).

c) Duración, requisitos y acreditación

La formación en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia en Chile presenta la modalidad de formación directa con una duración de generalmente 3 años, un acceso de médicos generales mediante concurso nacional o institucional, y unos contenidos que engloban formación clínica en psiquiatría general, desarrollo infantil, psicopatología, psicoterapia y psicofarmacología infantojuvenil. La acreditación de estos programas depende de organismos como la Comisión Nacional de Acreditación (CNA-Chile) y estándares definidos por el sistema universitario y sanitario (CNA-Chile, 2022).

Formación continuada

La formación continua en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia en Chile se ha fortalecido progresivamente, con una amplia oferta de actividades académicas, tanto presenciales como virtuales (OMS, 2021).

a) Sociedades científicas y actividades académicas

Destaca el rol de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia (SOPNIA), que organiza congresos nacionales anuales, jornadas científicas temáticas, cursos de actualización clínica y seminarios y actividades de educación continua. Además, otras sociedades y universidades contribuyen con programas de educación médica continua y actividades interdisciplinarias (SOPNIA, 2022).

b) Diplomados y programas de subespecialización

En los últimos años ha aumentado la oferta de diplomados en salud mental infantil y adolescente cuyos programas en áreas específicas incluyen:

- Trastornos del neurodesarrollo
- Psicopatología infantojuvenil
- Salud mental del preescolar
- Psiquiatría de adolescentes y jóvenes
- Psicoterapia infantojuvenil
- Trauma y apego
- Psicofarmacología

Estos programas son ofrecidos por diversas universidades, especialmente la Universidad de Chile (MINSAL, 2017).

c) Becas y formación internacional

Muchos profesionales complementan su formación mediante:

- Becas en el extranjero (Europa, Estados Unidos, Latinoamérica).
- Participación en redes internacionales de investigación y formación.

- Cursos y certificaciones internacionales, como los promovidos por la International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP, 2020).

La formación en PlyA en Chile ha avanzado de manera significativa, con una expansión de programas universitarios y un aumento en el número de residentes en formación. Sin embargo, persisten desafíos relevantes como el insuficiente número de especialistas en relación con la demanda, la desigual distribución geográfica, la necesidad de fortalecer estándares comunes de formación y el requerimiento de mayor integración entre formación clínica, comunitaria y preventiva. El fortalecimiento de la formación inicial y continua constituye un eje clave para el desarrollo del sistema de salud mental infanto-juvenil en el país.



Formación especializada

En Colombia, la PlyA está reconocida como segunda especialidad médica de la psiquiatría. La formación sigue la siguiente ruta: título de médico general (6 años), especialización en Psiquiatría (3–4 años según la universidad), y subespecialización o fellowship en PlyA. Esta subespecialidad tiene una duración de 2 años (4 semestres) y otorga el título de Psiquiatra de Niños y Adolescentes. Los principales centros de formación en psiquiatría con énfasis en infancia y adolescencia son la Universidad Nacional de Colombia, la Pontificia Universidad Javeriana, la Universidad de Antioquia, la Universidad del Rosario y la Universidad del Norte, entre otras.

Programas de Postgrado activos: Sólo existen 3 posgrados de PlyA en el país.

- Pontificia Universidad Javeriana (Bogotá): Especialización en Psiquiatría de Niños y Adolescentes, fundada en 2003. Duración de 4 semestres. Modelos neurobiológico y psicodinámico.
- Universidad El Bosque (Bogotá): Especialización en Psiquiatría Infantil y del Adolescente. Modelo biopsicosocial y cultural. Registro calificado vigente (Resolución N.º 012538 del 30 de junio de 2022).
- Universidad de Antioquia (Medellín): Programa creado más recientemente.

La Recertificación Comité de Acreditación Médica y Especialidades de Colombia (CAMEC), es un proceso voluntario que requiere soportes académicos acumulados de los últimos 5 años.

Formación continuada:

La Asociación Colombiana de Psiquiatría (ACP) y su Capítulo de Psiquiatría de Niños y Adolescentes son los referentes nacionales para la formación continuada y el desarrollo científico y gremial de la especialidad, organizando congresos, cursos y actividades científicas periódicas.

El Capítulo de Psiquiatría de Niños y Adolescentes de la ACP, fundado en 2019, ha tenido un papel protagónico en el desarrollo gremial y científico de la especialidad en Colombia. Entre sus actividades destacan la organización de congresos internacionales — de los cuales se han realizado cuatro, primero en 2022 y con el quinto previsto para noviembre de 2026 en el marco del congreso de la Asociación de Psiquiatría de América Latina (APAL). También organiza congresos regionales, webinars de actualización, cápsulas de salud mental y participación en días conmemorativos relacionados con la salud mental infantil y adolescente. Además, se realiza una presentación de casos clínicos mensuales (los primeros martes de cada mes) desde hace más de 23 años; cursos precongreso en el marco del Congreso anual de la ACP; y jornadas académicas regionales.



ECUADOR

Formación especializada

En la actualidad no existen cursos de postgrado en Psiquiatría Infantil y Juvenil , pero se proyectan dos: uno en Quito y otro en Guayaquil. La Universidad de las Américas (UDLA) ha organizado un Máster en Psicología Infantil como curso de postgrado, que comenzó el 25 de septiembre de 2025.



ESPAÑA

Formación de grado

La formación en psiquiatría infantil y de la adolescencia durante el grado de Medicina es escasa y heterogénea en España. La psicopatología del niño y del adolescente se aborda habitualmente como parte de la asignatura obligatoria de Psiquiatría, sin que exista una asignatura específica de carácter obligatorio en la mayoría de las facultades de medicina. Algunas universidades ofrecen contenidos de PlyA como asignatura optativa o en el marco de prácticas clínicas regladas, pero sin carácter sistemático ni garantía de homogeneidad curricular a nivel nacional. Esta limitación estructural condiciona que muchos médicos que posteriormente trabajan en atención primaria, pediatría o urgencias lleguen al ejercicio profesional con una base insuficiente en salud mental infantil y juvenil.

Formación especializada

Tras finalizar la carrera de medicina, los graduados acceden a la formación especializada mediante el denominado examen MIR (Médico Interno Residente), de carácter nacional y convocatoria anual.

La especialidad de PlyA fue aprobada en España en el año 2020 (Real Decreto 639/2020, de 7 de julio), siendo una de las últimas especialidades médicas reconocidas en nuestro país. Desde la convocatoria MIR 2022 (inicio de residencia en 2023) es posible elegir directamente la especialidad de PlyA. Con anterioridad, la formación en psiquiatría infantil se realizaba dentro de la especialidad de Psiquiatría, con una rotación obligatoria de 4 meses y la opción de dedicar el cuarto año de forma completa en unidades asistenciales de salud mental infantil y juvenil.

Su programa formativo y los criterios de acreditación de las Unidades Docentes Multiprofesionales (UDM) de Salud Mental fueron aprobados por la Orden PCM/205/2023 (BOE-A-2023-5700). La especialidad tiene una duración de 5 años (de R-1 a R-5), con los dos primeros años comunes a la especialidad de Psiquiatría. Mientras que R-3 a R-5 se basa en rotaciones específicas en programas de PlyA: trastornos del neurodesarrollo (TEA, TDAH), trastornos de la conducta alimentaria, conductas adictivas, trastornos psicóticos de inicio temprano, atención perinatal e interconsulta psiquiátrica.

Las Unidades Docentes Multiprofesionales (UDM) tienen requisitos mínimos de recursos humanos y han de contar al menos con 5 psiquiatras de la Infancia y la Adolescencia por plaza ofertada. En la convocatoria MIR 2025, de los 140 centros con al menos una plaza de psiquiatría, únicamente 39 (27,8 %) ofertaban plazas de forma simultánea en Psiquiatría y en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. Este dato refleja el todavía limitado desarrollo de la red docente específica de PlyA y su concentración en determinados centros de referencia.

Formación de otros profesionales de la salud mental infantil y juvenil

La formación especializada en el ámbito de la infancia y la adolescencia dentro de las otras especialidades de la UDM de Salud Mental —Psicología Clínica (PIR) y Enfermería de Salud Mental (EIR)— no está específicamente orientada a la población infantil y juvenil. Aunque se contemplan rotaciones por dispositivos de la infancia y la adolescencia, no existe una subespecialización reglada. La creación de una especialidad de Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia está siendo reclamada por las sociedades científicas del sector y está recogida como objetivo en el Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027 (Línea 1).

Formación continuada

La formación continuada se canaliza principalmente a través de las sociedades científicas, mediante cursos, jornadas y congresos acreditados por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud. Las principales **sociedades científicas** que organizan formación en PlyA son:

Asociación Española de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia (AEPNYA): Sociedad científica que agrupa a profesionales dedicados a la psiquiatría infantil y de la adolescencia en España. Fundada en 1949, tiene en la actualidad más de 400 asociados. Es miembro de la *European Society of Child and Adolescent Psychiatry* (ESCAP), *International Association of Child and Adolescent Psychiatry and Allied professions* (IACAPAP) y la *Unión of European Medical Specialities* (UEMS), además de AL·IAM·PSI. En 2026 se ha celebrado su 69º Congreso. Web: <https://aepnya.es>.

Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de la Infancia y la Adolescencia (SEPYPNA): Fundada en 1982. Participa en las tareas de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP) y está vinculada internacionalmente con la *International Association of Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions* (IACAPAP), la *European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy*, con la *Unión of European Medical Specialities* (UEMS) y con la FEAP. Web <https://sepypna.com>

Además, dos sociedades científicas de psiquiatría general tienen asociados que se dedican a la PIA y que participan en algunos foros donde se trabaja por el desarrollo y conocimiento de esta especialidad: Sociedad Española de Psiquiatría y Salud mental (SEPSM) y la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).

Un ejemplo significativo de colaboración entre sociedades científicas es la Plataforma de Asociaciones de Profesionales por la Salud Mental de la Infancia y Adolescencia, integrada por la Asociación Española de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia (AEPNYA), la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPYPNA), la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (SEPSM), la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP) (sección infanto-juvenil), la Sociedad Española de Psicología Clínica (sección infanto-juvenil) y la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) (sección infantil), a la que posteriormente se unió la Asociación de Científicos de la Fundación Alicia Koplowitz. Su objetivo es coordinar la posición de las principales asociaciones científico-profesionales de psiquiatría y psicología clínica ante las administraciones sanitarias en materia de salud mental infantil y juvenil, actuando como interlocutor colectivo de referencia en el diseño de políticas públicas. Esta plataforma ha producido documentos de consenso, posicionamientos y encuestas a profesionales dirigidos al Ministerio de Sanidad y a las comunidades autónomas.



GUATEMALA

Formación especializada

En el año 2006 se inició la atención especializada en niños y adolescentes, abriendo la primera clínica de atención especializada en Psiquiatría Infantil y Juvenil en el departamento de Pediatría en el Hospital General San Juan de Dios, uno de los dos hospitales de referencia del país. En el año 2014 se inició la formación de residentes de

Psiquiatría Infantil y Juvenil con dos residentes por año de formación. Este programa es parte de los postgrados que ofrece la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos y que se lleva a cabo en el departamento de Pediatría en el Hospital General San Juan de Dios. Para acceder al mismo, es necesario haber finalizado la formación en Psiquiatría general o Pediatría.

Formación continuada

Se ofrece a través de sociedades de psiquiatría, fuera del país, y otras asociaciones profesionales.



Formación especializada

La subespecialidad de Psiquiatría de niños y adolescentes es una de las especialidades más jóvenes de la medicina en Perú. Sus orígenes se remontan a la primera mitad del siglo XX tanto en Estados Unidos, como en Europa, habiéndose desarrollado en Latinoamérica en la segunda mitad del siglo XX y en Perú tiene una historia reciente. Hasta finales del siglo XX, los psiquiatras que ejercían la atención en NNyA en el país, se formaron en el extranjero y en Perú lo realizaron en la modalidad denominada no escolarizada, sin aval académico ni título de especialista. Desde el año 1990 la Universidad Cayetano Heredia fue pionera en nuestro país en la formación escolarizada, concediendo títulos de subespecialistas escolarizados y no escolarizados por primera vez, habiendo capacitado 47 subespecialistas y en la actualidad (2024) cuenta con 6 residentes en formación (dos de 5º año y cuatro de 4º año).

El Programa de residencia de la subespecialidad de Psiquiatría del Niño y Adolescente del Departamento Académico de Clínicas Médicas, de la Sección Académica de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, es un programa teórico-práctico, que dura dos años académicos, y que requiere como condición previa haber culminado su formación como psiquiatra general. Está dirigida a formar Médicos especialistas graduados por la modalidad escolarizada en salud mental y psiquiatría de NNyA.

Posteriormente, se han sumado otras universidades a la formación de psiquiatras infantiles: La Universidad Nacional Mayor de San Marcos y la Universidad Particular Ricardo Palma. Todas las universidades ofrecen plazas anualmente para iniciar la formación como psiquiatra infantil y se accede mediante examen de méritos.

Formación continuada

El Colegio Médico de Perú, promueve la recertificación médica. En Perú es un proceso obligatorio y gratuito cada cinco años, para asegurar que los médicos mantienen actualizados sus conocimientos, destrezas y actitudes profesionales. Consiste en obtener

un puntaje a través de actividades académicas y de formación continuada, y se acredita con un diploma tras cumplir con los requisitos.

Las sociedades científicas se encargan de la formación científica continuada. La Asociación Psiquiátrica Peruana y la Sociedad Peruana de Psiquiatría Infanto-Juvenil organizan de manera periódica el Congreso de la Especialidad, Seminarios, Webinars y cursos para la capacitación continua de los subespecialistas.



Formación especializada

1. El Ministerio de Salud Pública (MSP) actúa como el ente responsable de definir las pautas y estándares que deben guiar la formación del personal en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). El Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027, desarrollado por el MSP con la colaboración de la academia y sociedades científicas establece objetivos de atención específicos, como la mejora en la respuesta ante el maltrato y abuso sexual infantil. También dispone de programas de teleformación.

2. La Universidad (Udelar). La Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina, de la Universidad de la República (Udelar) es la institución responsable de la formación de los especialistas en Psiquiatría Pediátrica.

- Unidad Académica de Psiquiatría Pediátrica: Ubicada en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR). Esta unidad de la Facultad de Medicina dependiente de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina es hasta el momento actual el único centro que brinda la formación en la especialidad. El título que otorga es de Especialista en Psiquiatría Pediátrica, con una duración de 4 años (8 semestres) con cursos teórico-prácticos. Se puede cursar en modalidad de residencia médica o postgrado sin remuneración. En esta modalidad se forman especialistas procedentes de otros países de América Latina.

- Interdisciplina en el Hospital de Día: Este dispositivo funciona como un centro de desarrollo y profesionalización, donde realizan pasantías estudiantes de la Facultad de Psicología, la Escuela Universitaria de Tecnología Médica (EUTM) en el área de Terapia Ocupacional, y la licenciatura en Psicomotricidad. A través de acuerdos con el Instituto de Formación en Educación Social (IFES), se integran pasantes de educación social en la atención interdisciplinaria, fortaleciendo el nexo entre el sistema de salud y el educativo.

Formación continuada

La sociedad científica: Sociedad Uruguaya de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia (SUPIA).

- Diseño de Políticas: Al igual que la academia, participó activamente en la construcción del Programa Nacional de Salud Mental y en la elaboración de metas para la atención de Intentos de Autoeliminación (IAE).
- Capacitación Continua: Se promueve que colabore en programas de educación permanente para los psiquiatras pediátricos. SUPIA organiza 2 actividades científicas por año certificadas por la Escuela de Graduados (Universidad de la República). También organiza otras jornadas científicas más breves y coorganiza actividades y congresos con la Unidad Académica de la Universidad de la República y otras Sociedades Científicas vinculadas a la salud mental.

8. INVESTIGACION EN PlyA

La investigación en PlyA es un campo en rápido crecimiento y de gran importancia, dado el impacto de los trastornos mentales en esta población. Fundamentalmente se busca aumentar el conocimiento de la etiopatogenia de los trastornos y la eficacia de abordajes terapéuticos específicos.



Las principales áreas de investigación desarrolladas en Argentina son:

1. Conducta suicida y autolesiones en adolescentes. Es una de las líneas de investigación más activas debido al aumento de consultas e internaciones por riesgo suicida en adolescentes. Los estudios analizan factores de riesgo, factores protectores familiares y escolares, estrategias de prevención comunitaria, vigilancia epidemiológica del suicidio adolescente y eficacia de los protocolos de intervención y seguimiento posterior a las crisis.
2. Consumos problemáticos en adolescentes. Diversos grupos investigan la relación entre salud mental, consumo de sustancias y vulnerabilidad social. Las líneas más estudiadas son: policonsumo, reducción de daños, intervenciones comunitarias y prevención en escuelas. Particular atención reciben los adolescentes en conflicto con la ley penal y aquellos en contextos de exclusión social.
3. Salud mental comunitaria y políticas públicas. Desde la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, numerosos proyectos evalúan la transición desde modelos hospitalocéntricos hacia dispositivos comunitarios de atención. Incluyen investigaciones sobre acceso a servicios, redes territoriales, inclusión social, derechos de NNyA y evaluación de programas públicos.
4. Trastornos del neurodesarrollo. Representan una prioridad creciente en investigación clínica y epidemiológica. Los temas habituales son el trastorno del espectro autista, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, la discapacidad intelectual, los trastornos del lenguaje y neurociencias del desarrollo.
5. Violencias y trauma infantil. Se estudia el impacto psicológico de la violencia intrafamiliar, el abuso sexual infantil, el acoso escolar, la violencia digital y la vulneración de derechos.
6. Salud Mental en Niños y Adolescentes con enfermedad orgánicas: oncológicas, renales, diabetes, HIV, epilepsia, autoinmunes, genéticas.

Entre las instituciones líderes en investigación y principales centros de producción científica destacan:

- Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)
- Universidad de Buenos Aires
- Hospital Carolina Tobar García
- Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte

- Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez
- Hospital Garrahan
- Asociación Argentina de Psiquiatría Infantil y Juvenil y Profesiones Afines



La investigación en Bolivia se encuentra en una fase inicial y en desarrollo, lo que dificulta diseñar políticas públicas basadas en evidencia sólida y actualizada. En los últimos años se han realizado estudios principalmente de carácter epidemiológico, centrados en la prevalencia de trastornos mentales y conductas de riesgo. Actualmente, el país está comenzando a reforzar este ámbito ya que el Plan Plurinacional de Salud Mental 2026–2030 plantea el desarrollo de sistemas de investigación y la generación de evidencia para políticas públicas.

La investigación se desarrolla principalmente en universidades entre las que destacan la Universidad Mayor de San Andrés (UMSA), la Universidad Privada de Santa Cruz (UPSA) y la Universidad del Valle, Unifranz. La investigación también se realiza en colaboración con organismos internacionales como UNICEF y la OPS. Sin embargo, enfrenta importantes limitaciones como el escaso número de estudios publicados, la falta de datos actualizados, la debilidad en los sistemas de información, la concentración geográfica de la investigación y la dependencia de fuentes externas, todo lo cual dificulta la formulación de políticas basadas en evidencia, constituyendo una barrera estructural para el desarrollo del sistema de salud mental.

Como **revistas científicas nacionales** destacan la *Revista Boliviana de Psiquiatría y la Gaceta Médica Boliviana*, si bien no se dispone de ninguna revista específica de Psiquiatría Infantil y Juvenil.



La investigación en PlyA en Chile ha experimentado un desarrollo progresivo en las últimas dos décadas, impulsado principalmente por universidades, centros académicos y hospitales clínicos de alta complejidad. Este crecimiento ha permitido generar evidencia relevante en áreas prioritarias de salud mental infantil y juvenil, aunque persisten desafíos en financiación, articulación nacional y transferencia a políticas públicas (Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo [ANID], 2022; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

1. Instituciones que lideran la investigación

La producción científica en este ámbito se concentra en un número acotado de instituciones académicas, entre las que destacan:

1. Universidad de Chile
 - 1.1. Facultad de Medicina y Hospital Clínico (Clínica Psiquiátrica Universitaria).
 - 1.2. Investigación en psicopatología del desarrollo, trauma complejo y políticas públicas en salud mental (MINSAL, 2017).
2. Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC)
 - 2.1. Centro de estudios en neurociencia, salud mental y desarrollo.
 - 2.2. Líneas en regulación emocional, suicidio adolescente y psicoterapia basada en evidencia (Rojas et al., 2018).
3. Universidad del Desarrollo (UDD)
 - 3.1. Investigación en neurodesarrollo, TDAH y trastornos conductuales.
 - 3.2. Estudios clínicos y epidemiológicos en población escolar (De la Barra et al., 2019).
4. Universidad de La Frontera
 - 4.1. Fuerte desarrollo en salud mental comunitaria e interculturalidad.
 - 4.2. Investigación en poblaciones vulnerables y pueblos originarios (Alarcón et al., 2020).

Estas instituciones concentran la mayor parte de los proyectos financiados por agencias nacionales como la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (2022).

2. Líneas de investigación prioritarias

Las principales áreas de investigación en Chile reflejan tanto la carga epidemiológica como los desafíos clínicos emergentes:

a) Psicosis temprana

- Estudios sobre síntomas prodrómicos y trayectorias hacia el primer episodio psicótico.
- Investigación en detección precoz y modelos de intervención temprana (OMS, 2021).
- Desarrollo aún incipiente de programas estructurados a nivel nacional.

b) Regulación emocional y psicopatología del desarrollo

- Investigación en desregulación emocional en adolescentes.
- Relación con autolesiones, impulsividad y trastornos de personalidad emergentes.
- Desarrollo de intervenciones psicoterapéuticas basadas en evidencia, como terapias basadas en mentalización.

c) Suicidio adolescente

- Una de las áreas más activas en investigación en Chile.
- Estudios sobre factores de riesgo: depresión, bullying, trauma, redes sociales (MINSAL, 2020; OPS, 2018).
- Evaluación de programas preventivos en contextos escolares y comunitarios.

d) Neurodesarrollo

- Investigación en trayectorias del desarrollo cognitivo, emocional y social.
- Estudios longitudinales en población infantil.
- Impacto de factores ambientales en el desarrollo temprano.

e) Trastorno del Espectro Autista (TEA)

- Estudios sobre prevalencia, diagnóstico y acceso a servicios.
- Investigación en intervención temprana y apoyo familiar.
- Desarrollo de herramientas de detección adaptadas al contexto chileno (BCN, 2023).

f) Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

- Alta producción científica en diagnóstico, tratamiento y evolución.
- Estudios sobre comorbilidad con trastornos emocionales y conductuales.
- Evaluación de intervenciones farmacológicas y psicosociales.

g) Trauma y adversidad temprana

- Investigación en experiencias adversas en la infancia (ACE).
- Impacto del maltrato, negligencia y violencia en la salud mental.
- Relación con desregulación emocional, trastornos del apego y psicopatología compleja.

3. Redes colaborativas internacionales

Chile participa activamente en redes internacionales de investigación, lo que ha permitido fortalecer la calidad y visibilidad de sus estudios. Entre ellas destacan:

- International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS)
- Organización Mundial de la Salud (OMS)
- Redes latinoamericanas de psiquiatría infantil y adolescente
- Colaboraciones con universidades de Europa y Estados Unidos

Estas alianzas han facilitado la realización de estudios multicéntricos, transferencia de conocimiento y formación de investigadores jóvenes (IACAPAP, 2020; OMS, 2021)

4. Publicaciones y producción científica

Chile presenta una producción científica creciente en revistas indexadas internacionales, especialmente en áreas como depresión y ansiedad en adolescentes, conducta suicida, neurodesarrollo y TDAH, y trauma infantil.

Entre los aportes más relevantes se encuentra el estudio epidemiológico de Vicente et al. (2012), que estimó una prevalencia de trastornos psiquiátricos del 22,5% en población infantil y juvenil chilena, constituyendo una referencia clave en la región.

No obstante, la producción científica presenta limitaciones como la concentración en pocas instituciones, la escasa investigación multicéntrica nacional y la limitada traducción de evidencia a políticas públicas (ANID, 2022).

5. Desafíos en investigación

A pesar de los avances, existen desafíos relevantes:

- Necesidad de mayor financiación sostenida.
- Desarrollo de estudios epidemiológicos nacionales actualizados.
- Fortalecimiento de redes colaborativas nacionales.
- Mayor integración entre investigación, clínica y políticas públicas.

- Inclusión de poblaciones subrepresentadas (zonas rurales, pueblos originarios) (OPS, 2018; OMS, 2021).

En resumen, la investigación en PlyA en Chile se encuentra en un proceso de consolidación, con fortalezas en áreas específicas como suicidio adolescente, neurodesarrollo y trauma. Sin embargo, persiste la necesidad de ampliar su alcance, mejorar la articulación entre instituciones y fortalecer su impacto en el diseño de políticas públicas y en la práctica clínica.



La investigación en Colombia se realiza desde las siguientes instituciones:

- Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud): A través del Grupo de Gestión Integrada de la Salud Mental y el Observatorio Nacional de Convivencia Social y Salud Mental (ONSM).
- Instituto Nacional de Salud (INS): Vigilancia epidemiológica de la conducta suicida a través del SIVIGILA.
- Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS): Desarrolla y adapta guías de práctica clínica para población pediátrica.
- Departamentos universitarios: Los de Psiquiatría de la U. Javeriana, U. del Rosario, U. de Antioquia y U. del Valle lideran líneas de investigación en salud mental infantil. El grupo de la Javeriana (Gómez-Restrepo, Tamayo Martínez) es particularmente activo.
- Academia Nacional de Medicina de Colombia: Cuenta con un Comité de Salud Mental y ha publicado documentos sobre la situación de la PlyA en el país.

El Instituto Nacional de Salud. Minciencias financia proyectos de investigación en salud mental a través de convocatorias abiertas.

Una limitación importante es la escasez de estudios epidemiológicos nacionales actualizados en población infantil y adolescente, siendo la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 la referencia más reciente con metodología diagnóstica estandarizada.

Publicaciones de referencia: La revista colombiana de referencia en la especialidad es la Revista Colombiana de Psiquiatría (RCP), órgano oficial de la Asociación Colombiana de Psiquiatría (ACP). No existe en Colombia una revista específica y exclusiva de PlyA. Los trabajos de PlyA se publican principalmente en la RCP y en revistas internacionales. La ACP también publica los Cuadernos de Enlace, boletín de divulgación para los miembros de la asociación.

Las principales áreas de interés incluyen los trastornos del neurodesarrollo (especialmente TEA y TDAH), los trastornos del estado de ánimo en adolescentes, la

conducta suicida, el impacto del conflicto armado en la salud mental infantil y las intervenciones en contextos de vulnerabilidad.



ECUADOR

La investigación en salud mental en NNyA en Ecuador ha aumentado en los últimos años con la realización de algunos estudios cuantitativos realizados mediante encuestas de diseño transversal y en muestras escolares, siendo menos frecuentes las evaluaciones de políticas públicas o los estudios longitudinales y se han centrado principalmente en la identificación de prevalencia, factores de riesgo y efectos en el ámbito educativo, con un creciente interés en las intervenciones escolares y enfoques preventivos.



ESPAÑA

Las principales áreas de interés en la investigación en salud mental infantil y juvenil son el estudio de los factores genéticos, neurobiológicos y ambientales de los trastornos mentales; el estudio de la efectividad de terapias farmacológicas y no farmacológicas y el estudio de la eficacia de las intervenciones tempranas. Las principales patologías de investigación en PnyA son los trastornos del neurodesarrollo (TDAH, TEA), trastornos psicóticos de inicio temprano, trastornos del estado de ánimo (depresión y trastorno bipolar,) trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos de conducta alimentaria, trastornos de conducta y oposición desafiante, y adicciones en adolescentes. La solicitud de ayudas a la investigación y coordinación y colaboración en proyectos suele realizarse a través de hospitales, con o sin fundaciones dedicadas a la investigación desde dichos centros, o desde el ámbito universitario.

Las principales instituciones y fuentes de financiación de la investigación en España son: **Instituto de Salud Carlos III (ISCIII):** Principal organismo público de financiación de la investigación biomédica y clínica. Realiza convocatorias anuales de Proyectos de Investigación en Salud. Web: <https://www.isciii.es>

El Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM) está financiado por el ISCIII, coordina equipos de investigación en psiquiatría, psicología y neurociencia y su objetivo principal es promover y coordinar la investigación en salud mental. Dentro de CIBERSAM, existe un grupo dedicado a la Psiquiatría Infantil y Adolescente cuya investigación se centra en la investigación en trastornos mentales en niños y adolescentes, los factores genéticos, neurobiológicos y ambientales relacionados con estos trastornos y el desarrollo de nuevas intervenciones terapéuticas. <https://www.cibersam.es>

Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades: existen convocatorias de proyectos I+D+i de carácter competitivo, abiertas a investigación en salud mental infantil.

Además, existen otras fuentes de financiación mediante fundaciones de ámbito privado con convocatorias específicas en salud mental infantil y de la adolescencia (Ayudas a la investigación de la Fundación Alicia Koplowitz) o con Fundaciones con convocatorias esporádicas en salud mental (Fundació La Marató de TV3).

En el ámbito europeo, España participa activamente en convocatorias del programa Horizon Europe, con varios grupos de PlyA liderando o integrando consorcios multicéntricos internacionales.

A pesar de los avances, persisten déficits estructurales relevantes. La investigación en PlyA está concentrada en un número reducido de centros de referencia, predominantemente hospitalarios, con escasa representación de los dispositivos comunitarios ambulatorios donde se presta la mayor parte de la atención. Por otra parte, no existe un registro clínico nacional unificado que permita una investigación epidemiológica longitudinal de base poblacional. La reciente creación de la especialidad de PlyA representa una oportunidad para incorporar masa crítica investigadora en centros que hasta ahora contaban con escasa actividad en este campo.

Se dispone de la **Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil** <https://www.aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/about>. Es la publicación oficial de la Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (AEPNYA) y tiene una periodicidad trimestral. Tiene la finalidad de participar en la mejora de la calidad de la asistencia clínica, de la investigación, de la docencia y de la gestión de todos los aspectos (teóricos y prácticos) relacionados con la PlyA. La Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil se adhiere a los Requisitos Uniformes para Manuscritos presentados a Revistas Biomédicas (5ª edición, <http://www.icmje.org>): Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y a las Normas de Vancouver, 1.997. Sigue un proceso de evaluación por pares (peer review), y una política de acceso abierto (Open Access) con el fin de fomentar un mayor intercambio de conocimiento global.



GUATEMALA

La investigación en PiyA es limitada, debiéndose fundamentalmente a la débil estructura de investigación y la baja financiación. La investigación existente se centra en epidemiología básica (prevalencia de ansiedad, depresión, conductas suicidas), factores de riesgo (violencia, exclusión social, comunidades minoritarias), y trastornos específicos, fundamentalmente trastornos del neurodesarrollo.

Las instituciones que participan en la investigación suelen ser:

- el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), principal institución nacional responsable de la recopilación de datos epidemiológicos y el desarrollo de políticas de salud mental. No obstante, no existen encuestas nacionales completas en salud mental
- Hospitales públicos: Hospital Nacional de Salud Mental “Dr. Federico Mora”
- Universidades: Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC) o la Universidad Mariano Gálvez
- Organismos internacionales: OPS con programas de intervención (como mhGAP)



Las instituciones para la investigación en salud mental infantil en Perú son:

- A) Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi.
- B) Instituto Nacional de Salud
- C) Ministerio de Salud



Se realiza fundamentalmente desde la Unidad Académica de Psiquiatría Pediátrica (UAPP), otras Unidades Académicas de la Facultad de Medicina dedicadas al desarrollo infantil y la salud mental (fonoaudiología, terapia ocupacional, psicomotricidad), y en la Facultad de Psicología y de Enfermería. En los últimos años, desde la UAPP se ha promovido la investigación interdisciplinar y la integración con las ciencias básicas, (ej. Epidemiología, Instituto Pasteur del Uruguay, Centro Uruguayo de Imagenología Médica, etc.).

La Clínica de Psiquiatría Pediátrica Facultad de Medicina (Udelar) realizó en 2008 la investigación epidemiológica de referencia más importante en el país.

9. RELACIÓN DE LA ESPECIALIDAD CON LA SOCIEDAD. ASOCIACIONES DE PACIENTES Y FAMILIARES

La psiquiatría infantil tiene una relación estrecha y fundamental con la sociedad civil, ya que su trabajo impacta directamente en el bienestar de los NNyA y sus familias, así como en el desarrollo social en general. Por un lado, ha de abogar por políticas públicas que protejan los derechos de los menores con trastornos mentales, y participar en debates sociales sobre la inclusión y la igualdad de acceso a los servicios asistenciales. Por otra parte, ha de trabajar junto a organizaciones no gubernamentales (ONGs,) asociaciones de familiares, instituciones educativas y otros actores sociales para fomentar la participación comunitaria en la creación de entornos favorables para la salud mental infantil y para diseñar programas de prevención, apoyo e intervención.

La labor del psiquiatra infantil también es concienciar a la sociedad, ayudando a reducir el estigma social asociado a los trastornos mentales y promoviendo una mayor comprensión pública sobre la importancia del bienestar psicológico desde edades tempranas. Además, en situaciones de crisis (conflictos, desastres naturales, u otros), desempeña un papel crucial en ofrecer apoyo psicológico a los niños afectados.

Por su parte, las asociaciones de pacientes y familiares de trastornos mentales en niños y adolescentes desempeñan un papel fundamental en la promoción de derechos, apoyo emocional, información y sensibilización social, creando redes de apoyo y defendiendo políticas públicas. Las asociaciones facilitan el acceso a información fiable sobre trastornos mentales infantiles, promueven la participación de las familias en el tratamiento y la toma de decisiones, fomentan campañas contra el estigma social y organizan grupos de apoyo que alivien el aislamiento emocional.

En resumen, la psiquiatría infantil no solo trabaja en el ámbito clínico, sino que también tiene un impacto social profundo al promover entornos más saludables, inclusivos y conscientes del valor del bienestar mental desde la infancia. Su colaboración con la sociedad civil es esencial para construir comunidades resilientes y garantizar un desarrollo saludable para las futuras generaciones.



ARGENTINA

En Argentina existen diversas asociaciones de familiares de personas con padecimientos mentales, muchas de ellas organizadas en torno a patologías específicas para brindar un apoyo más enfocado. Estas organizaciones son clave porque ofrecen contención, psicoeducación y espacios de ayuda mutua, donde los familiares pueden compartir experiencias y aprender a gestionar la enfermedad.

Principales Asociaciones y Redes de Apoyo

- Asociación Argentina de Ayuda a la Persona con Esquizofrenia y su Familia (APEF): Es una de las más reconocidas. Se enfoca en brindar información y apoyo a familiares de personas con esquizofrenia. Ofrecen reuniones de psicoeducación, charlas con profesionales y talleres.
- Asociación de Ayuda de familiares de Personas con Esquizofrenia (AAFE): Es otra organización que se dedica a brindar orientación y contención a familiares de personas con esquizofrenia, a través de reuniones virtuales y presenciales, y ciclos de psicoeducación.
- Fundación Bipolares de la República Argentina (FUBIPA): Se especializa en el Trastorno Bipolar. Organizan grupos de ayuda mutua, talleres de psicoeducación y cursos para familiares y profesionales.
- Proyecto Suma: Es una asociación civil que trabaja por la recuperación e inclusión social de personas con padecimientos mentales severos. Cuentan con dispositivos asistenciales y espacios de orientación y acompañamiento para las familias.

Asociaciones de Familiares de Personas con Autismo (TEA)

- Asociación Argentina de Padres de Autistas (APADEA): Una de las organizaciones más importantes y con mayor trayectoria. Ofrecen apoyo a los padres, información y trabajan en la defensa de los derechos de las personas con TEA.
- Programa Argentino para Niños, Adolescentes y Adultos con Condiciones del Espectro Autista (PANAACEA): Es una asociación civil que busca mejorar la calidad de vida de las personas con TEA y sus familias. Se enfocan en la concientización, capacitación de profesionales y familiares, e incidencia en políticas públicas.
- Grupo promotor del Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD Padres TEA): Esta red agrupa a miles de padres de personas con TEA en todo el país. Se dedican a la visibilización, el activismo y la lucha por el cumplimiento de los derechos de sus hijos. Tienen grupos de apoyo en diferentes provincias.

Otras Asociaciones y Redes de Apoyo

- Fundación Fobia Club: Si bien no es una asociación de familiares, es una entidad muy reconocida que se especializa en trastornos de ansiedad, como fobias y el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC). Ofrecen grupos de apoyo para pacientes y, en muchos casos, sus familiares pueden participar para entender mejor la condición y cómo brindar ayuda.
- Fundación para el Estudio y la Atención del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) (FEAPDA): Se enfocan en el TDAH. Ofrecen psicoeducación, talleres y orientación para familias y educadores.
- Asociación Argentina de Trastornos de la Alimentación (ALUBA): Si bien su foco está en la atención a pacientes, son una de las instituciones más grandes en el país para tratar la anorexia y la bulimia, y sus programas suelen incluir talleres y grupos de apoyo para las familias.

Estas organizaciones son esenciales para las familias, ya que les brindan un espacio de contención, les enseñan estrategias de afrontamiento y los conectan con recursos y

profesionales que pueden marcar una gran diferencia en la calidad de vida de sus seres queridos.

- Asociaciones de Esquizofrenia en el Interior: Existen organizaciones provinciales con un enfoque similar, como la Asociación Jujena de ayuda a la Persona que sufre Esquizofrenia y su Familia (AJUPEF), la Asociación Mendocina de Familiares de pacientes Esquizofrénicos (AMFE) o la Asociación Santafesina de Apoyo a las Personas con Trastornos Mentales (ASAPEM).

Otros Recursos y Redes de Apoyo

Además de las asociaciones específicas, existen otras redes que brindan apoyo a familiares:

- Líneas telefónicas de apoyo: Algunas provincias y ciudades, como la de Buenos Aires, tienen líneas telefónicas gratuitas que ofrecen orientación y contención en salud mental.
- Hospitales y centros de salud mental: Muchos hospitales públicos y privados cuentan con grupos de apoyo para familiares, que funcionan como parte de los tratamientos ambulatorios y de rehabilitación.
- Asociación de Psiquiatras de Argentina (APSA): En su sitio web suelen tener un listado o enlaces a las asociaciones de familiares.
- Asociación Argentina de Psiquiatría Infanto Juvenil y Profesiones Afines (AAPI), www.aapi.org.ar. Cuenta con publicaciones de difusión de la Salud Mental abiertas a la comunidad

La búsqueda de este tipo de asociaciones es fundamental para los familiares que a menudo se enfrentan a la enfermedad sin las herramientas necesarias para comprenderla y acompañar al paciente de manera efectiva.

Para consumos problemáticos: En Argentina, el abordaje de las adicciones es realizado por una amplia red de organizaciones no gubernamentales (ONG), asociaciones civiles, y centros de rehabilitación que operan en diferentes modalidades. Estas entidades se dedican no solo a la rehabilitación de la persona adicta, sino también a la prevención, la educación y el apoyo a las familias, que son parte fundamental del proceso de recuperación.

Federaciones y Redes Amplias

1. FONGA (Federación de Organizaciones no Gubernamentales de la Argentina para la Prevención y el Tratamiento del Abuso de Drogas): Es la primera y más grande federación del país que agrupa a más de 60 instituciones especializadas en el tratamiento y la prevención de adicciones. A través de FONGA, se puede acceder a una red de centros y asociaciones con altos estándares de calidad y con presencia en todo el territorio nacional.
2. Grupos de Apoyo de 12 Pasos. Estos grupos son muy conocidos y se basan en la filosofía de ayuda mutua, anonimato y apoyo entre pares. Suelen tener un enfoque en la recuperación personal y la transformación de la vida.

- **Narcóticos Anónimos (NA):** Es una de las organizaciones más populares a nivel mundial. Sus grupos están formados por personas que se están recuperando de una adicción a las drogas. Ofrecen reuniones gratuitas y anónimas en casi todo el país.
- **Alcohólicos Anónimos (AA):** Similar a NA, se centra en la recuperación del alcoholismo. Ofrecen un espacio seguro para que las personas compartan sus experiencias y se apoyen mutuamente en su camino hacia la sobriedad.
- **Narcóticos Anónimos para Familiares (Nar-Anon):** Es un grupo de apoyo para familiares y amigos de personas adictas a las drogas. Nar-Anon ofrece un espacio para que los familiares compartan sus experiencias, reciban contención y aprendan a manejar la adicción de un ser querido.
- **Al-Anon y Alateen:** Al-Anon es el grupo de apoyo para familiares de alcohólicos, mientras que Alateen se enfoca en los jóvenes y adolescentes afectados por el alcoholismo de un familiar.

3. Algunos centros de Tratamiento y Comunidades Terapéuticas

Estas instituciones ofrecen programas estructurados de rehabilitación, que pueden ser residenciales (internación), ambulatorios o de hospital de día. La mayoría están en Buenos Aires.

- **Fundación Manantiales:** Es un centro de tratamiento de adicciones con un enfoque integral que incluye la atención de adicciones a sustancias (drogas, alcohol) y adicciones comportamentales (juego, tecnología, compras).
- **Proyecto Cambio:** Con una amplia trayectoria, esta organización ofrece tratamiento ambulatorio de adicciones y patologías asociadas, trabajando con la persona adicta y su red sociofamiliar.
- **El Reparó:** Se especializan en el tratamiento integral de las adicciones con un amplio abanico de intervenciones terapéuticas, desde modalidades ambulatorias hasta internaciones completas para casos agudos.
- **Asociación Revivir:** Ofrece un enfoque de rehabilitación que incluye "granjas de recuperación" o comunidades terapéuticas, buscando la reinserción social de los pacientes.

4. Entidades con Enfoque Social y de Prevención

- **SEDRONAR (Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina):** Es el organismo gubernamental que coordina las políticas públicas sobre adicciones a nivel nacional. Ofrecen una línea gratuita y confidencial (Línea 141) para orientación y asistencia. También tienen programas de prevención en barrios y comunidades.
- **Cáritas Argentina y la Familia Grande Hogar de Cristo:** Estas organizaciones tienen una fuerte presencia en barrios vulnerables a través de los llamados "Centros Barriales", donde brindan contención y acompañamiento a personas con consumos problemáticos, bajo la premisa de la inclusión social y la dignidad de la persona.



La práctica de la PlyA en Bolivia está profundamente vinculada con el entorno social, comunitario e institucional, dado que la salud mental infantil se construye en interacción constante con la familia, la escuela, la comunidad y la sociedad en su conjunto, lo que exige un enfoque integral y comunitario.

En Bolivia, los problemas de salud mental infantil están estrechamente relacionados con factores sociales estructurales, como la violencia intrafamiliar, la pobreza, la desigualdad y la exclusión social. En este contexto, la psiquiatría infantil no se limita al diagnóstico y tratamiento clínico, sino que intenta orientarse a la prevención, la intervención comunitaria y la promoción del bienestar. La evidencia demuestra que el entorno social influye directamente en la aparición de trastornos mentales, la evolución de los problemas psicológicos y la adherencia a los tratamientos. Por ello, la práctica de la PlyA requiere una estrecha articulación con la familia, el sistema educativo, los servicios sociales y la comunidad.

La familia constituye el principal agente de apoyo en la salud mental infantil. En Bolivia, donde los servicios especializados son limitados, el rol familiar es aún más relevante. Diversas iniciativas han reforzado el papel de la comunidad en el cuidado de la salud mental, promoviendo modelos como las “comunidades compasivas”, en los que vecinos, organizaciones y profesionales colaboran para acompañar a pacientes y familias. Este enfoque se basa en la idea de que el cuidado de la salud mental no es solo responsabilidad del sistema sanitario sino también de la sociedad en su conjunto.

En Bolivia, la sociedad civil desempeña un papel fundamental debido a las limitaciones del sistema sanitario. Sus funciones son cubrir vacíos en atención, ofrecer apoyo emocional, promover derechos humanos e incidir en políticas públicas. No obstante, a pesar de los avances, existen importantes debilidades como el escaso número de asociaciones especializadas en salud mental infantil, la baja visibilidad social, la limitada financiación y la concentración en áreas urbanas.

Asociaciones de pacientes y familiares

Aunque el desarrollo del asociacionismo en salud mental aún es limitado, en Bolivia existen organizaciones relevantes que trabajan en apoyo a pacientes y familias.

- Federación Boliviana de Discapacidad Psíquica (FEBOLDIPSI): Agrupa asociaciones de personas con trastornos mentales y sus familias, defiende los derechos humanos y sociales y promueve políticas públicas en salud mental. Su objetivo es representar y apoyar a personas con discapacidad psicosocial y sus familias.

- Asociación de Familiares y Pacientes – Santa Cruz (APDIPSAC): Asociación de familiares y cuidadores de personas con trastornos mentales cuya función es el apoyo a pacientes con esquizofrenia, trastorno bipolar o depresión, la promoción de la rehabilitación psicosocial y el fortalecimiento del vínculo entre paciente, familia y sociedad.
- Movimiento de Salud Mental Infanto-juvenil (MSM): Iniciativa centrada en NNyA con actividades de atención multidisciplinaria, formación y talleres para familias e intervención comunitaria

Redes de apoyo psicosocial. ONG y organizaciones comunitarias

Diversas organizaciones trabajan indirectamente en salud mental infantil desarrollando programas de protección infantil. Además, previenen la violencia, fortalecen el entorno familiar y promueven el bienestar psicológico. Destacan: UNICEF Bolivia, Save the Children Bolivia, Aldeas Infantiles SOS, Plan International Bolivia y ChildFund Bolivia

Programa “Familia Segura” (UNICEF). Línea nacional gratuita de apoyo psicológico dirigida a NNyA y familias. Ofrece atención emocional inmediata, intervención en crisis y coordinación con servicios de protección.

Redes como UNITAS, que agrupan múltiples ONG, fortalecen la participación social y la defensa de derechos en ámbitos como la salud y el bienestar.



La psiquiatría infantil y del adolescente en Chile mantiene una relación cada vez más estrecha con la sociedad civil, reconociendo que la salud mental de NNyA no puede abordarse exclusivamente desde el sistema sanitario. En este contexto, organizaciones comunitarias, fundaciones, asociaciones de familias y redes educativas han adquirido un rol fundamental en la promoción, prevención, acompañamiento y defensa de derechos en salud mental (Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], 2017; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018; UNICEF, 2021). Esta vinculación se enmarca en un modelo de atención comunitaria e intersectorial, donde la participación de la sociedad civil permite ampliar el alcance de las intervenciones, reducir el estigma y fortalecer los procesos de inclusión social (OPS, 2018).

1. Asociaciones de familias y organizaciones por condición clínica

En Chile existe un número creciente de organizaciones lideradas por familias, especialmente en torno a trastornos del neurodesarrollo, que cumplen funciones clave de apoyo, educación y visibilización.

En el ámbito del trastorno del espectro autista (TEA) destacan organizaciones como Autismo Chile, Apoyo TEA y Fundación Mis Talentos, las cuales desarrollan programas de acompañamiento a familias, capacitación a docentes y promoción de la inclusión educativa (Autismo Chile, 2022; Fundación Mis Talentos, 2021). Estas organizaciones han tenido un rol relevante en la visibilización del TEA como problema de salud pública y en la incidencia en políticas públicas, en línea con los avances normativos recientes (BCN, 2023).

2. Grupos de apoyo y organizaciones por problemáticas específicas

Existen múltiples agrupaciones que abordan otras condiciones relevantes en salud mental infantil y juvenil:

- TDAH: agrupaciones de padres que ofrecen orientación, psicoeducación y apoyo escolar.
- Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA): organizaciones que brindan acompañamiento familiar.
- Depresión adolescente y conducta suicida: redes comunitarias de apoyo y contención emocional.

Estas instancias cumplen un rol complementario al sistema de salud, favoreciendo la adherencia al tratamiento, la reducción del aislamiento familiar y la construcción de redes de apoyo (UNICEF, 2021).

3. Fundaciones y organizaciones de alcance nacional

Diversas fundaciones han tenido un impacto significativo en la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio adolescente:

- Fundación Todo Mejora: Enfocada en la prevención del suicidio en jóvenes, especialmente en población LGBTQ+. Desarrolla programas de apoyo en crisis y trabajo en establecimientos educacionales (Todo Mejora, 2022).
- Fundación Amanoz: Promueve el bienestar socioemocional en infancia y adolescencia (Amanoz, 2020).
- Fundación Ideas para la Infancia: Trabaja en desarrollo infantil temprano y salud mental (Ideas para la Infancia, 2019).

Estas organizaciones han contribuido a la sensibilización social, el desarrollo de programas preventivos y la capacitación de comunidades educativas.

4. Articulación con el sistema educativo y redes intersectoriales

La vinculación entre salud mental y educación constituye un eje estratégico en Chile. Existen diversas formas de articulación:

- Programas de salud mental escolar desde atención primaria.
- Estrategias de convivencia escolar y prevención del *bullying* (Ministerio de Educación [MINEDUC], 2019).
- Derivación de casos desde establecimientos educacionales hacia la red de salud.

Asimismo, existe coordinación con instituciones del sistema de protección social:

- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. Programas de prevención y tratamiento del consumo de sustancias en adolescentes (SENDA, 2021).
- Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia. Intervenciones en población vulnerable y programas de protección especializada (Mejor Niñez, 2022).

Esta articulación permite abordar problemáticas complejas desde una perspectiva integral, aunque aún existen desafíos en coordinación efectiva y continuidad de cuidados (OPS, 2018).

5. Campañas de sensibilización y reducción del estigma

En los últimos años se ha observado un aumento en campañas públicas orientadas a:

- Promover la salud mental en adolescentes.
- Reducir el estigma asociado a trastornos psiquiátricos.
- Fomentar la búsqueda de ayuda temprana.

Estas campañas son impulsadas por el Ministerio de Salud, organizaciones de la sociedad civil y organismos internacionales (MINSAL, 2020; UNICEF, 2021). Temáticas frecuentes incluyen la prevención del suicidio, el bienestar emocional, el uso de redes sociales y la convivencia escolar. El uso de plataformas digitales ha permitido ampliar la cobertura de estas iniciativas, particularmente en población adolescente.

En resumen, la vinculación con la sociedad civil constituye un componente esencial del modelo de salud mental infanto-juvenil en Chile. Las organizaciones comunitarias y fundaciones cumplen un rol clave en el apoyo a familias, la promoción de la salud mental, la reducción del estigma y la incidencia en políticas públicas. No obstante, persisten desafíos en la coordinación formal con el sistema de salud, el financiamiento sostenible y la evaluación del impacto de estas intervenciones. El fortalecimiento de esta articulación representa una oportunidad estratégica para avanzar hacia un modelo más integral, participativo y centrado en las necesidades de NNyA.



La interfaz más visible entre la especialidad y la sociedad es la Asociación Colombiana de Psiquiatría (ACP) y su Capítulo de Psiquiatría Infantil. Desde la Asociación se realizan actividades de difusión y sensibilización pública sobre salud mental infantil.

En Colombia existen diversas **organizaciones** que trabajan en favor de la salud mental infantil y de las familias y se suelen agrupar atendiendo a las diferentes patologías.

ASPAUTISMO y otras organizaciones regionales de TEA como la Liga Colombiana de Autismo y la Asociación de Padres con Hijos Autistas — APA Cali. Todas ellas promueven

los derechos, la inclusión y el acceso a diagnóstico y tratamiento oportuno para niños con trastorno del espectro autista y sus familias.

La Fundación TDAH Colombia está orientada a la sensibilización, apoyo a familias y difusión de información sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

La Fundación Integrar está dedicada a la atención e inclusión de personas con discapacidad intelectual y condiciones del neurodesarrollo.

Asociación para la Salud Mental Infantil y del Adolescente (SIMA) — listada por el ICBF.

Por otra parte, existen diferentes **programas dirigidos por instituciones académicas u organizaciones no gubernamentales**:

El Programa Cuidando Cuidadores del Instituto Roosevelt es un referente político y social que visibiliza el trabajo no remunerado en el cuidado de menores con necesidades en salud mental. Se enmarca en el Sistema Nacional de Cuidado impulsado en Colombia (especialmente entre 2024 y 2026).

La Clínica Montserrat (Bogotá) ha desarrollado intervenciones en cerca de 100 colegios públicos y privados, asesorando a equipos docentes y personal de psicología en temas de salud mental.

UNICEF Colombia ha desarrollado campañas dirigidas a la población ("Abraza tu mente: de salud mental sí hablamos") y proyectos de atención psicosocial a NNyA migrantes y en contextos de vulnerabilidad.

La **Línea 106 de salud mental**, disponible en varios departamentos, ofrece orientación psicológica telefónica gratuita.



ECUADOR

Uno de los principales objetivos de la sociedad en Ecuador es reducir el estigma hacia la enfermedad mental y promover la inclusión social. Para ello las organizaciones sociales trabajan en la sensibilización, la educación comunitaria y la promoción del bienestar emocional. En Ecuador no existe aún una red consolidada de asociaciones de familiares, pero hay varias **organizaciones y fundaciones** que cumplen funciones similares.

Asociaciones de padres y amigos de los niños con discapacidad: Desde hace muchos años existen en casi todo el país asociaciones de padres y voluntarios que apoyan a los NNyA con discapacidad intelectual, existiendo una federación nacional de estas asociaciones. El Consejo Nacional para la igualdad de discapacidades (CONADIS) supervisa el funcionamiento de estas instituciones y de las que prestan servicios de educación especial y rehabilitación. Por otra parte, los hospitales del MSP emiten carnés de discapacidad después de hacer los exámenes correspondientes. Desde este año en la Cédula de ciudadanía constará esa discapacidad.

También se han creado asociaciones de Padres y amigos de niños con Trastorno del Espectro Autista, así como de pacientes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

ONGs y fundaciones de apoyo psicosocial:

- Fundación Salud Mental Ecuador. Es una plataforma nacional de apoyo psicológico que actúa como red de apoyo accesible para población general y familias.
- Hands & Hearts for Ecuador Foundation. Apoya a NNyA con problemas de salud mental promoviendo acompañamiento psicológico y apoyo a familias vulnerables.
- Vida Plena. Trabaja en comunidades vulnerables e implementa terapia grupal para depresión y ansiedad



En España existen diversas organizaciones cívicas, fundaciones y asociaciones que trabajan en el ámbito de la salud mental infantil y juvenil, tanto en la defensa de derechos como en el apoyo a pacientes y familias.

La relación entre las asociaciones y la especialidad de PlyA es generalmente colaborativa, incluyendo la elaboración del Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027. Las organizaciones participan en grupos de trabajo con las sociedades científicas, en la validación de materiales de psicoeducación y en actividades de destigmatización. Sin embargo, la fragmentación del tejido asociativo y la variabilidad territorial en recursos limitan el alcance de esta colaboración.

Fundaciones y organizaciones de derechos de la infancia

Fundación ANAR (Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo): Proporciona ayuda psicológica, asesoramiento y protección a menores en situación de riesgo o vulnerabilidad. Web: <https://www.fundacionanar.org>

Plataforma de Infancia: Agrupa más de 70 organizaciones que trabajan por los derechos de los niños y niñas, incluyendo su salud mental. Web: <https://plataformadeinfancia.org>

Save the Children España y UNICEF España: Generan informes y campañas de sensibilización sobre salud mental infantil con impacto en políticas públicas.

Confederación Salud Mental España (anteriormente FEALES): Entidad de referencia en el movimiento asociativo de salud mental en todas las edades, con presencia en todo el territorio nacional. Integra asociaciones de familiares y personas con trastorno mental, incluyendo los de inicio en la infancia. Web: <https://consaludmental.org>

Asociaciones para pacientes y sus familias, por trastornos específicos

Autismo España: Confederación de ámbito estatal que agrupa a entidades que prestan apoyos especializados a personas con TEA y sus familias. Web: <https://autismo.org.es>

Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (Feaadah), <https://www.feaadah.org>. Asociaciones para pacientes y familiares de TDAH en España, agrupadas a nivel nacional. Se trata de una entidad nacida en 2002 para asesorar sobre TDAH a padres, docentes, asociaciones e instituciones públicas y privadas. Además, promueve la investigación y colabora en la atención educativa, social, científica y legislativa a este trastorno. También existen otras federaciones de TDAH a nivel autonómico.

Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y la Bulimia (FEACAB) es la entidad federativa de referencia nacional, agrupando asociaciones de toda España con objetivos comunes de prevención, apoyo a afectados y familias, y coordinación con las administraciones sanitarias. <https://feacab.org/>.

Associació contra l'Anòrèxia i la Búlimia (ACAB): Con actividad en Cataluña, es un referente a nivel estatal en el apoyo a pacientes y familias afectadas por TCA. Web: <https://www.acab.org>.

Federaciones de asociaciones de Discapacidad Intelectual (Plena inclusión España): Con una amplia red territorial que apoya a personas con discapacidad intelectual y del desarrollo, incluyendo menores. Web: <https://www.plenainclusion.org>

Recursos de crisis y atención urgente

Teléfono de la Esperanza (717 003 717): Línea de atención en crisis emocionales y prevención del suicidio.

Teléfono contra el Suicidio 024 (Ministerio de Sanidad): Línea gratuita de atención a la conducta suicida, disponible desde 2022.

Teléfono ANAR (900 20 20 10) de Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo, operativo en toda España. Dispone también de servicio de chat (chat.anar.org). 116 111 — Número europeo armonizado de atención a la infancia y adolescencia, gestionado por ANAR en varias comunidades autónomas.



GUATEMALA

No existe una red amplia de asociaciones de pacientes y familiares, si bien hay diversas fundaciones y organismos que desempeñan un papel clave en el apoyo psicosocial, la prevención y el acompañamiento psicológico.

- Asociación FUNDAMENTAL: Su objetivo es apoyar la recuperación de personas con trastornos mentales. Trabaja directamente con las familias, importante en NNyA con patología mental
- Liga Guatemalteca de Higiene Mental: Su objetivo es la prevención, promoción y atención en salud mental.
- Ángeles de Batas Blancas: ONG dedicada a la salud mental en población vulnerable, con programas específicos para NNyA y familias.
- Asociación AMAVIDA: Enfocada en la prevención del suicidio.

- Organizaciones internacionales: Diferentes ONGs trabajan con familias para mejorar el entorno emocional y reducir factores de riesgo. UNICEF promueve programas de salud mental infantil y apoyo familiar en comunicaciones vulnerables, como niños víctimas de violencia.



El número de asociaciones de pacientes y familiares es limitado en Perú. No obstante, existen algunas asociaciones, u organismos internacionales relevantes como:

- Asociación HUMAN Perú. Centrada en la promoción de la salud mental, trabaja con la comunidad y las familias. Destaca por un enfoque comunitario.
- Asociación Ilumina: ONG orientada a la prevención e intervención en problemas de salud mental.
- Aldeas infantiles SOS Perú: Organización internacional con fuerte presencia nacional. Realiza funciones de apoyo psicosocial a NNyA, trabaja directamente con las familias e interviene en situaciones de vulnerabilidad
- UNICEF Perú: Organismo clave para las políticas públicas de salud mental infantil.



La Sociedad Uruguaya de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia (SUPIA) ha participado representando al colectivo de la especialidad en la redacción de la Ley de Salud Mental (2017), en espacios colectivos con el Ministerio de Salud, así como con comunicados a la opinión pública sobre situaciones de vulneración de derechos y con proyectos de Ley vinculados a la infancia que son relevantes a nivel social.

La especialidad no actúa de forma aislada, sino que se entrelaza con la trama social:

Construcción de la Ley de Salud Mental: La Ley 19.529 (2017) fue el resultado de un proceso de consulta amplio que incluyó activamente al movimiento asociativo de usuarios y familiares, junto con colectivos profesionales y la academia.

Reducción del Estigma: Uno de los objetivos centrales de los nuevos dispositivos, como el Hospital de Día, es disminuir el estigma de la enfermedad mental, promoviendo una inserción familiar y social más rápida y evitando el aislamiento que provocan las hospitalizaciones prolongadas.

Vínculo con la Educación: Desde la década del 90 en la formación de los psiquiatras de NNA se promueve un modelo de trabajo estrechamente vinculado con las escuelas y la comunidad, con pasantías obligatorias de postgrados y residentes por los equipos comunitarios de salud mental en los distintos territorios. El objetivo es desarrollar capacidades para la coordinación de acciones, la cooperación interdisciplinaria y la transferencia de conocimientos específicos de la especialidad.

10. ÁREAS DE MEJORA (RECURSOS ASISTENCIALES, SISTEMAS DE INFORMACIÓN, IMPLANTACIÓN DE GUÍAS CLÍNICAS, TRANSICIÓN A RECURSOS ASISTENCIALES DE ADULTOS, ETC.)

La actividad asistencial en salud mental infantil y adolescente ha de garantizar una atención de calidad, efectiva y accesible. Sin embargo, existen diversos aspectos que pueden mejorarse para optimizar los resultados y satisfacer las necesidades de esta población. A continuación, se definen áreas de mejora generales y otras más específicas consideradas por cada país como prioritarias para cada uno de ellos.

10.1. ÁREAS DE MEJORA GENERALES PARA TODOS LOS PAÍSES DE AL·IAM·PSI

Recursos asistenciales en salud mental infantil y adolescente

1. Reducir los tiempos de espera para diagnóstico y tratamiento: Implementar programas de detección precoz en centros escolares y de salud comunitaria, incrementar la disponibilidad de centros especializados y garantizar la equidad en el acceso a servicios, especialmente en zonas rurales o desfavorecidas.
2. Atención centrada en el NNyA, adaptando las intervenciones a las necesidades específicas, intereses y nivel de desarrollo del menor, promoviendo un enfoque que considere aspectos familiares, sociales y escolares.
3. Involucrar a las familias en el proceso terapéutico mediante formación, apoyo psicológico y orientación y facilitar recursos para que puedan acompañar eficazmente a sus hijos.
4. Mejorar la integración de servicios y la coordinación entre atención primaria, especializada, educativa y social. Promover equipos multidisciplinares con psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y pedagogos especializados. Crear redes integradas que faciliten el seguimiento continuo del NNyA en diferentes ámbitos.
5. Aumentar la inversión pública en la atención a la salud mental infantil y adolescente para mejorar la calidad, accesibilidad y eficacia de los servicios, priorizando políticas públicas con un financiamiento adecuado y con presupuestos específicos.

Mejorar los sistemas de información en salud mental infantil y adolescente para optimizar la gestión, facilitar la toma de decisiones y garantizar la continuidad del cuidado.

1. Desarrollar plataformas digitales que permitan registrar, gestionar y acceder a la historia clínica de forma segura y centralizada e integrar datos de atención primaria, especializada, social y educativa para una visión holística. Todo ello desde portales seguros donde profesionales autorizados puedan consultar información relevante en tiempo real.
2. Desarrollar plataformas digitales, telemedicina y aplicaciones móviles que permitan ampliar el alcance de los servicios sin requerir grandes inversiones físicas y fomentar el uso de herramientas digitales para monitorización, seguimiento y terapia.

Mejorar la implantación de guías clínicas en salud mental infantil y adolescente

1. Formación y capacitación continuada mediante la realización de talleres, cursos y seminarios dirigidos a profesionales sanitarios, docentes y personal social sobre el contenido y uso de las guías de práctica clínica.
2. Ajustar las guías clínicas a las realidades culturales, sociales y recursos disponibles en cada comunidad o centro de atención e involucrar a profesionales locales en la adaptación para aumentar su aceptación.
3. Facilitar el acceso a las guías clínicas mediante versiones digitales accesibles (intranet, apps, plataformas online) para facilitar su consulta en tiempo real y crear resúmenes, algoritmos visuales o infografías que simplifiquen su aplicación práctica.
4. Incorporar las guías en los procesos clínicos, integrando las recomendaciones en los protocolos institucionales y sistemas de gestión clínica.
5. Incentivar la reflexión crítica sobre la evidencia científica y la actualización constante, fomentando reuniones multidisciplinarias para discutir casos complejos siguiendo las guías y realizando revisiones periódicas del cumplimiento de las guías mediante auditorías clínicas con retroalimentación constructiva a los profesionales para mejorar la adherencia.

Mejorar la transición de recursos asistenciales de salud mental infantil y adolescente a los servicios de adultos.

Este aspecto es crucial para garantizar una continuidad en la atención y mejorar los resultados a largo plazo. Para ello se ha de realizar una planificación anticipada (final de la adolescencia) y personalizada, elaborando planes individualizados que consideren las necesidades, preferencias y circunstancias del joven. Por otra parte, se han de crear equipos que incluyan profesionales de salud mental infantil, adolescentes y adultos, así como trabajadores sociales y familiares con reuniones conjuntas para coordinar el proceso y compartir información relevante. Además, conviene fomentar la participación del joven, involucrándole en decisiones sobre su atención y promoviendo su autonomía y autogestión en el proceso.

Mejorar la formación especializada del personal

Incrementar la formación específica en salud mental infantil y adolescente para profesionales sanitarios, docentes y personal social.

Mejorar la investigación e innovación

Promover estudios epidemiológicos, estudios sobre eficacia de nuevas terapias y tecnologías digitales aplicadas a la salud mental infantil.

10.2. ÁREAS DE MEJORA ESPECÍFICAS POR PAÍSES

 ARGENTINA	1. Acceso oportuno a la atención: Muchas personas experimentan demoras para obtener turnos con psicólogos, psiquiatras y equipos interdisciplinarios, especialmente en el sistema público. La creciente demanda ha generado una fuerte presión sobre los servicios disponibles. 2. Fortalecimiento de la atención comunitaria: La ley promueve un modelo basado en la inclusión social y la atención en la comunidad, pero todavía existe un déficit de dispositivos comunitarios, centros de día, viviendas asistidas y redes de apoyo para acompañar a las personas fuera de los hospitales. 3. Salud mental infanto-juvenil: Niños, niñas y adolescentes constituyen uno de los grupos más vulnerables. Diversos informes muestran un aumento de consultas, internaciones y situaciones de riesgo suicida en jóvenes, lo que exige más profesionales especializados, programas preventivos y articulación con el sistema educativo. 4. Prevención del suicidio: La prevención del suicidio sigue siendo una prioridad. Se necesitan estrategias más amplias de detección temprana, intervención en crisis, acompañamiento familiar y campañas de sensibilización, especialmente en adolescentes y jóvenes. 5. Recursos humanos especializados: Existe necesidad de ampliar la cantidad de psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, acompañantes terapéuticos y otros profesionales, además de mejorar su distribución territorial para reducir desigualdades entre provincias y regiones. 6. Financiamiento sostenible: Diversos informes señalan que la implementación efectiva de políticas de salud mental requiere financiamiento específico y estable. La insuficiencia presupuestaria afecta la continuidad de tratamientos, la incorporación de personal y el desarrollo de nuevos dispositivos de atención. 7. Integración con atención primaria: Una mejora clave es fortalecer la detección temprana de ansiedad, depresión, consumos problemáticos y otras dificultades en centros de atención primaria, evitando que los casos lleguen a situaciones más graves. 8. Sistemas de información y vigilancia epidemiológica: Argentina aún trabaja en consolidar sistemas nacionales que permitan medir con precisión la prevalencia de trastornos mentales, evaluar resultados de las intervenciones y orientar mejor las políticas públicas. 9. Reducción del estigma: Aunque la conversación pública sobre salud mental ha crecido, persisten prejuicios que dificultan la búsqueda de ayuda, la inclusión laboral y social, y la continuidad de los tratamientos. 10. Abordaje de los determinantes sociales: Factores como pobreza, desempleo, endeudamiento, violencia, aislamiento social y consumo problemático de sustancias tienen un fuerte impacto en la salud mental. Las soluciones requieren coordinación entre salud, educación, desarrollo social, trabajo y vivienda.
 BOLIVIA	1. Fortalecimiento del marco legal específico, con el desarrollo de una ley integral de salud mental que incluya la atención a infancia y adolescencia y garantizar mecanismos de implementación y evaluación 2. Incremento de recursos humanos especializados. Se requiere la creación de una especialidad en psiquiatría infantil y adolescente con una ampliación de plazas de formación. 3. Desarrollo de la atención comunitaria y primaria. Es fundamental integrar la salud mental en el primer nivel de atención, capacitar a médicos generales y personal de salud y fortalecer programas comunitarios, lo cual permitiría mejor detección precoz y mayor accesibilidad 4. Mejora del acceso equitativo a servicios. Ampliación de servicios en zonas rurales, con uso de telemedicina y atención digital y descentralización de recursos. Ello permitiría reducir la brecha entre áreas urbanas. 5. Prevención de la violencia infantil. Es necesario fortalecer políticas de prevención de violencia intrafamiliar, mejorar sistemas de protección (Defensorías, servicios sociales) e implementar programas educativos en escuelas. 6. Desarrollo de programas escolares de salud mental. Se podrían incorporar programas de educación emocional, prevención del suicidio y gestión del estrés. Para ello habría que formar docentes en detección de problemas psicológicos

	7. Reducción del estigma y sensibilización social. Son necesarias campañas de sensibilización, educación en salud mental y normalización del acceso a servicios psicológicos 8. Fortalecimiento de la investigación científica. Las prioridades serían la creación de sistemas de información en salud mental, el fomento de investigación nacional, la financiación de estudios longitudinales y la colaboración con universidades y organismos internacionales 9. Coordinación intersectorial. Se debe fortalecer la coordinación entre el sistema de salud, el sistema educativo, los servicios sociales y el sistema judicial
 CHILE	A pesar de los avances en el desarrollo de políticas públicas, expansión de la red asistencial y fortalecimiento de la formación de especialistas, el sistema de salud mental infanto-juvenil en Chile enfrenta brechas estructurales relevantes que limitan su capacidad de respuesta frente a la creciente demanda. Estas áreas de mejora reflejan tanto desafíos históricos como problemáticas emergentes, y requieren intervenciones coordinadas a nivel sanitario, educativo y social (Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], 2017; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018). 1. Escasez de psiquiatras infantiles y distribución desigual Chile presenta un déficit significativo de especialistas en psiquiatría infantil y del adolescente, estimándose una disponibilidad de aproximadamente 6–9 psiquiatras infantiles por 100.000 NNA, cifra inferior a estándares internacionales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). Esta brecha se ve agravada por una distribución territorial desigual con alta concentración en la Región Metropolitana, cobertura intermedia en regiones con centros universitarios y déficit crítico en zonas rurales y regiones extremas (OPS, 2018). Esto impacta directamente en los tiempos de espera prolongados, la sobrecarga de atención primaria y el retraso en diagnósticos complejos (MINSAL, 2017). Se requiere fortalecer la formación, incentivos de distribución territorial y estrategias de retención en regiones. 2. Déficit de camas y unidades especializadas para adolescentes La red de hospitalización psiquiátrica infantojuvenil presenta limitaciones importantes con número insuficiente de Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Corta Estadía (UHCIP), escasez de camas para adolescentes, con niveles de ocupación cercanos a saturación y ausencia de unidades especializadas para niños menores de 12 años en muchas regiones (MINSAL, 2020). Esto genera hospitalizaciones en unidades no especializadas (pediatría), uso inadecuado de servicios de urgencia y dificultades en el manejo de crisis complejas (OPS, 2018). Se requiere desarrollar una red más amplia que incluya hospitalización de día, programas intensivos ambulatorios y dispositivos intermedios (MINSAL, 2017). 3. Falta de datos epidemiológicos actualizados. Uno de los déficits más relevantes es la ausencia de un estudio epidemiológico nacional reciente en salud mental infantil y juvenil con metodología robusta. Actualmente, se depende de datos parciales (ENCAVI, DEIS) (MINSAL, 2017; DEIS, 2022), sin embargo, el estudio de Vicente et al. (2012) sigue siendo referencia principal. Esto limita la planificación de políticas públicas, la asignación eficiente de recursos y la evaluación de intervenciones (OMS, 2021). Se requiere implementar sistemas de vigilancia epidemiológica longitudinal, con enfoque territorial y por grupos etarios. 4. Transición desde la adolescencia a la salud mental de adultos La transición desde servicios infantojuveniles a servicios de adultos constituye un punto crítico del sistema con recuente discontinuidad de cuidados al cumplir 18 años, diferencias en modelos de atención (familiar vs individual) y pérdida de adherencia al tratamiento. Este fenómeno afecta especialmente a pacientes con trastornos del ánimo, trastornos de personalidad emergentes y trastornos del neurodesarrollo. Se requiere desarrollar programas de transición estructurados, equipos especializados en adolescencia tardía y modelos de atención longitudinal (OMS, 2021). 5. Brechas en acceso rural y zonas extremas El acceso a salud mental en Chile presenta desigualdades significativas, con menor disponibilidad de especialistas en zonas rurales, barreras geográficas y de transporte y dependencia de atención primaria con limitada capacidad resolutoria (OPS, 2018).

	Aunque la tele-psiquiatría ha contribuido a reducir estas brechas, persisten limitaciones en continuidad del tratamiento e intervenciones complejas (MINSAL, 2021). Se requiere fortalecer estrategias territoriales, equipos móviles e incentivos para profesionales en regiones. 6. Falta de guías clínicas actualizadas en población infantil y juvenil Si bien existen algunas guías clínicas nacionales, muchas de ellas no están actualizadas, no cubren adecuadamente población infantojuvenil y presentan limitada implementación en la práctica clínica (MINSAL, 2013). Esto genera variabilidad en la atención, diferencias en el uso de psicofármacos y dificultades en estandarización de intervenciones. Se requiere desarrollar y actualizar guías clínicas específicas basadas en evidencia, con estrategias de implementación efectiva (OMS, 2021). 7. Insuficiente inversión en prevención y salud mental comunitaria El modelo chileno declara un enfoque comunitario, pero en la práctica la mayor parte de los recursos se concentra en atención de casos ya establecidos y existe limitada inversión en prevención primaria y promoción de salud mental (OPS, 2018). Esto se traduce en intervenciones tardías y en mayor gravedad clínica al momento de consulta. Se requiere fortalecer programas escolares, intervenciones tempranas en infancia y políticas públicas de promoción del bienestar emocional (UNICEF, 2021). 8. Débil coordinación intersectorial La salud mental infanto-juvenil requiere articulación entre múltiples sectores: salud, educación, protección social y justicia. En Chile, si bien existen avances, persisten dificultades en la coordinación efectiva entre instituciones, la continuidad de cuidados entre sistemas y el intercambio de información (OPS, 2018). Esto impacta especialmente en población vulnerable, como niños en sistemas de protección o adolescentes con consumo de sustancias (SEDA, 2021). Se requiere avanzar hacia modelos integrados de atención, con protocolos claros de coordinación intersectorial (MINSAL, 2017). Síntesis: Las áreas de mejora en Chile reflejan un sistema que ha avanzado en su diseño conceptual, pero que enfrenta desafíos en su implementación efectiva. Los principales ejes críticos incluyen, déficit de recursos humanos especializados, insuficiencia de dispositivos asistenciales, brechas en información epidemiológica, desigualdades territoriales y necesidad de fortalecer prevención e integración intersectorial. Abordar estas brechas constituye una condición fundamental para avanzar hacia un sistema de salud mental infanto-juvenil más equitativo, oportuno y centrado en las necesidades de niños, niñas y adolescentes (OMS, 2021; OPS, 2018). El crecimiento prácticamente generalizado a nivel mundial de la patología mental indica la necesidad de una atención estructural, con programas de prevención y promoción de la salud mental, un aumento de los recursos públicos, y una atención conjunta clínica y social.
 COLOMBIA	1. Escasez crítica de subespecialistas: Con apenas 115–152 psiquiatras infantiles para más de 14 millones de menores, la ratio (0,22 por 100.000 hab.) está por debajo de la mediana regional de las Américas. La concentración en consultorios privados limita el acceso equitativo. 2. Inequidad territorial: Los recursos se concentran en las principales ciudades: Bogotá, Medellín y Cali. El acceso es muy limitado en zonas rurales, regiones apartadas y territorios con población indígena o afectados por el conflicto armado. Colombia presenta necesidades específicas de atención en salud mental para NNA afectados por el conflicto, el desplazamiento forzado y la migración venezolana, que el sistema aún no cubre adecuadamente, así como comunidades indígenas que requieren estrategias específicas con enfoque diferencial. 3. Barreras de acceso en el SGSSS: Restricciones administrativas (autorizaciones, tiempos de espera, limitaciones en el Plan de Beneficios) dificultan la atención oportuna especializada. 4. Expansión de la red de servicios: se requiere ampliar la oferta de hospitales de día, unidades de hospitalización pediátrica especializada y centros comunitarios de salud mental con enfoque infanto-juvenil, especialmente en regiones apartadas.

	5.Reconocimiento formal de la especialidad: la psiquiatría infantil y de la adolescencia aún no está reconocida como especialidad médica independiente en Colombia, lo que limita el desarrollo de programas de formación específicos y la acreditación de unidades docentes. Además, existe una limitada oferta de posgrado, solo existen 3 programas de PlyA en el país, con escaso número de egresados. 6. Estigma y brechas de reconocimiento: Se estima que alrededor del 10% de los adolescentes sufren trastornos mentales que no son reconocidos ni tratados. Las barreras culturales y el estigma siguen siendo un obstáculo mayor. 7. Pseudociencia y acceso a medicamentos: El aumento de prácticas pseudocientíficas y las dificultades para importar tratamientos esenciales reflejan una desconexión con las necesidades reales de los pacientes. 8. Calidad y comparabilidad de la información: Incluso entre documentos oficiales recientes aparecen diferencias en cifras de camas y oferta para NNA, lo que dificulta la planificación. 9. Actualización del sistema de información epidemiológica: la ausencia de una Encuesta Nacional de Salud Mental en población infantil y adolescente posterior a 2015 limita la planificación de políticas públicas basadas en evidencia actualizada. 10. Fortalecimiento de la telesalud: aunque existe una infraestructura de telesalud, su uso en psiquiatría infantil sigue siendo limitado y podría ser una herramienta clave para reducir las brechas de acceso en territorios remotos.
 ECUADOR	Importancia del apoyo: Es crucial brindar apoyo psicológico y emocional a los niños, especialmente aquellos que enfrentan situaciones difíciles. • <u>Proyectos de vida:</u> Construir proyectos de vida desde temprana edad puede ser una estrategia efectiva para fortalecer la salud mental y promover la esperanza, especialmente en contextos vulnerables. • <u>Necesidad de recursos:</u> Existe una demanda creciente de servicios de salud mental, y es importante asegurar que los niños tengan acceso a profesionales capacitados y a recursos adecuados, según Periodistas sin Cadenas. • <u>Acoso escolar</u> y sus consecuencias negativas sobre la SM de niños y adolescentes La encuesta reveló que una parte significativa de los niños y adolescentes han experimentado acoso o intimidación en el ámbito escolar, según Edición Médica. Recomendaciones: • <u>Atención temprana:</u> Identificar y abordar los problemas de salud mental en niños y adolescentes desde una edad temprana es fundamental. • <u>Promover entornos seguros:</u> Crear entornos escolares y familiares seguros y protectores puede marcar una gran diferencia en el bienestar emocional de los niños. • <u>Fomentar la comunicación:</u> Es importante que los niños se sientan cómodos hablando sobre sus sentimientos con sus padres, cuidadores y profesionales de la salud. • <u>Acceso a servicios:</u> Hay que asegurar que los niños tengan acceso a servicios de salud mental de calidad es crucial.
 ESPAÑA	1. Recursos asistenciales: Insuficiencia y heterogeneidad de recursos asistenciales. Existe una notable variabilidad entre CCAA en cuanto a dotación de unidades de salud mental infantil y juvenil, número de especialistas, camas de hospitalización y programas de hospitalización parcial. Las zonas rurales y los territorios con menor densidad poblacional presentan severas carencias. Es necesario un incremento y una distribución equitativa de recursos, estableciendo estándares mínimos nacionales. El Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027 recoge el desarrollo de alternativas a la hospitalización y la mejora de la equidad territorial como objetivos explícitos. 2. Accesibilidad: Tiempos de espera excesivos. Las listas de espera para acceder a los servicios especializados de salud mental infantil y juvenil son inasumibles en muchas CCAA, con esperas superiores a varios meses para primera consulta. Es preciso implementar circuitos ágiles de derivación preferente y ampliar la capacidad de respuesta del sistema.

	3. Sistemas de información: Ausencia de datos epidemiológicos nacionales. España carece de una encuesta nacional de salud mental infantil y adolescente con criterios diagnósticos clínicos estandarizados, desagregación por edad, sexo, diagnóstico y CCAA, y seguimiento longitudinal. La creación de un observatorio nacional de salud mental infantil y juvenil y un registro de actividad asistencial unificado son necesidades urgentes, recogidas en la Línea 7 del Plan de Acción 2025-2027. 4. Continuidad de cuidados: Carencia de unidades subagudas y recursos residenciales. Las unidades de hospitalización subaguda (2-4 meses) y las plazas residenciales para estancias prolongadas son prácticamente inexistentes en la mayoría del país. Este vacío en la cartera de servicios genera un brusco corte en los cuidados para los pacientes con trastornos graves que requieren más tiempo del que permite la hospitalización aguda. 6. Transición: El paso de los jóvenes con patología mental desde los recursos infantojuveniles a los de adultos (generalmente en torno a los 18 años) está escasamente protocolizado en la mayoría de las CCAA. Se producen abandonos, duplicidades y discontinuidades asistenciales que empeoran el pronóstico. Es necesario desarrollar programas de transición planificada, con coordinación entre equipos y periodos de transferencia progresiva. 7. Recursos humanos: Déficit de especialistas en PlyA. Aunque la nueva especialidad PlyA incrementará progresivamente el número de especialistas formados, serán necesarios varios años hasta alcanzar una dotación adecuada. Mientras tanto, se debería aumentar el número de plazas MIR para PlyA e incentivar el ejercicio en el sistema público. 8. Guías clínicas: Aunque existen guías de práctica clínica (GPC) de calidad para los principales trastornos mentales en menores —elaboradas por el Ministerio de Sanidad, NICE o sociedades científicas— su implantación en la práctica clínica habitual es irregular. Se necesitan programas de difusión, formación específica y auditoría de la adherencia a estas guías. 9. Coordinación intersectorial: Coordinación insuficiente entre los sectores sanitario, educativo y social. La atención integral de los menores con trastorno mental requiere una coordinación efectiva entre el sistema sanitario, los servicios educativos (orientadores, equipos de atención temprana, servicios psicopedagógicos) y los servicios sociales. Esta coordinación es aún fragmentaria y dependiente de la iniciativa individual de los profesionales en la mayoría de los territorios, pese a la obligación normativa establecida por la LOPIVI. 10. Prevención: Los programas de promoción de la salud mental y prevención del trastorno en el entorno escolar tienen un desarrollo desigual y frecuentemente no están basados en evidencia. Es necesario consolidar e implementar programas de detección precoz en los centros educativos, con protocolos claros de derivación al sistema sanitario. 11. Estigma: A pesar de los avances en las actitudes sociales hacia la salud mental en la última década, el estigma asociado a los trastornos mentales en NNyA persiste y afecta a la búsqueda de ayuda y al acceso al sistema. Son necesarias campañas de sensibilización poblacional y programas de alfabetización en salud mental dirigidos a jóvenes, familias y profesionales educativos. 12. Investigación y financiación: Financiación e investigación. La inversión pública en salud mental infantil y juvenil sigue siendo insuficiente en relación con la carga de enfermedad que representa. Es preciso incrementar la financiación de la investigación en PlyA, impulsando estudios longitudinales y multicéntricos, y la evaluación sistemática de las intervenciones. El Plan de Acción 2025-2027 contempla la vigilancia epidemiológica y el desarrollo de sistemas de evaluación como líneas prioritarias.
 GUATEMALA	1. Necesidad urgente de aumentar financiamiento y recursos humanos especializados. 2. Mejorar accesibilidad y cobertura territorial, especialmente en áreas rurales e indígenas. 3. Fortalecimiento de la formación especializada y continua, además de mayor sensibilización social para reducir estigmas.

 PERÚ	1. Dado el escaso número de profesionales especialistas en trastornos psiquiátricos y psicológicos en niños y adolescentes, es necesario capacitar a maestros y padres de familia en la prevención de problemas de salud mental y en la identificación de síntomas de alarma. 2. Incentivar la telemedicina como mecanismo para acortar la brecha de atención de los niños y adolescentes. 3. Promover la investigación sobre los problemas más prevalentes en niños y adolescentes con el fin de generar evidencia de los tratamientos que realmente funcionan.
 URUGUAY	1. Especialidad y Recursos Humanos • <u>Descentralización y equidad</u>: Existe una brecha significativa entre Montevideo y el interior del país. Desde diversos sectores se está fomentando la radicación de especialistas en el interior y crear equipos regionales para evitar el desarraigo de los especialistas en NNA. • <u>Seguir fortaleciendo la interdisciplina</u>: Los Equipos Comunitarios de Salud Mental (ECSM) deben continuar el abordaje interdisciplinario técnico, social y educativo, fortaleciendo disciplinas como fonoaudiología, psicopedagogía, psicomotricidad y terapia ocupacional, que son esenciales para abordar los problemas del desarrollo más prevalentes. • <u>Estandarización de perfiles</u>: Se requiere definir con claridad los roles y la formación técnica necesaria para figuras como "operadores", "educadores" y "acompañantes terapéuticos", cuyos requerimientos son actualmente heterogéneos. • <u>Cuidado de los equipos</u>: Implementar estrategias de prevención del "burnout" y supervisión técnica externa, asegurando horas protegidas para el estudio colectivo y la planificación. Esta realidad es aún más preocupante en el ámbito de la práctica privada. 2. Recursos asistenciales y dispositivos • <u>Creación de dispositivos públicos</u>: Se recomienda que el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) cuente con Unidades de Corta Estadía (CCE) de gestión pública, para no depender exclusivamente de servicios tercerizados que a menudo carecen de monitoreo de calidad. • <u>Fortalecimiento de dispositivos intermedios</u>: Es necesario expandir los Hospitales de Día y Centros Diurnos, que actualmente son insuficientes, para ofrecer alternativas reales a la hospitalización de 24 horas. • <u>Adecuación de emergencias</u>: Se propone la creación de subunidades de emergencia psiquiátrica dentro de los hospitales pediátricos, con infraestructura que garantice privacidad, seguridad y contención adecuada, para esos momentos de alta vulnerabilidad de NNA y sus familias. 3. Sistemas de información y coordinación • <u>Sistemas integrados</u>: Se requiere el desarrollo de sistemas de información sostenibles que vinculen a todos los nodos de la red, facilitando el seguimiento del paciente, especialmente cuando existe doble cobertura (pública y privada) o entre instituciones privadas por migración de usuarios. • <u>Referencia y contrarreferencia</u>: Es crítico mejorar la comunicación entre los centros de agudos (privados) y el primer nivel de atención o los centros de INAU, ya que la falta de retorno de información dificulta el alta psiquiátrica y provoca re-hospitalizaciones. • <u>Transición a la vida adulta</u>: Planificar con antelación la transición del área de adolescentes a la de adultos. 4. Implantación de guías clínicas • <u>Protocolización del egreso</u>: El Plan Integrado de Atención (PAI) debe establecer las metas de egreso desde el momento del ingreso, involucrando activamente la voluntad del NNA. • <u>Estándares de calidad</u>: El MSP debe establecer normativas claras sobre la cantidad y calidad de recursos humanos en centros privados y de BPS, incorporando indicadores de monitoreo desde una perspectiva de derechos humanos. • <u>Accesibilidad de la información</u>: Es un área de mejora urgente el uso de "Lectura Fácil", pictogramas y lengua de señas para que los NNA comprendan su situación y puedan ejercer su derecho al asentimiento informado.

11. REFERENCIAS

11.1. GENERALES

Lazaro García, L. (2020). Salud mental, psicopatología y poblaciones vulnerables. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, 37(2), 3–5.

McGorry, P. D., Mei, C., Dalal, N., Alvarez-Jimenez, M., Blakemore, S. J., Browne, V., et al. (2024). The Lancet Psychiatry Commission on youth mental health. The Lancet Psychiatry, 11(9), 731–774.

Naciones Unidas. (1989). Convención sobre los derechos del niño. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>

Organización Mundial de la Salud. (2022). Plan de acción integral sobre salud mental 2013–2030. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>

Organización Mundial de la Salud. (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. World Health Organization.

Organización Mundial de la Salud. (2024). Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. World Health Organization.

Organización Panamericana de la Salud. (2026). <https://www.paho.org/es>

Pereira-Sánchez, V. (2024). Salud mental global infantil y adolescente en el siglo XXI: Crisis y resurgimiento. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, 41(4), 1–8.

Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56(3), 345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>

Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Shin, J. I., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U., & Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: Large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. Molecular Psychiatry, 27(1), 281–295. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>

11.2. REFERENCIAS POR PAISES



ARGENTINA

Agencia Nacional de Discapacidad. (2023). Capacidad con condiciones de salud mental vinculadas a trastornos del espectro autista. Gobierno de Argentina. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2023/11/informe_personas_con_certificado_unico_de_discapacidad_con_condiciones_de_salud_vinculadas_a_trastornos_del_espectro_autista.pdf

Dirección de Estadísticas e Información de Salud. (2024). Estadísticas vitales: Información básica 2023 (Serie 5, N.º 67). Ministerio de Salud de la Nación Argentina. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie_5_nro_67_anuario_vitales_2023-version_final.pdf

Fundación Soberanía Sanitaria. (2025, agosto). Crisis de salud mental en Argentina: Retrocesos, desafíos y urgencias (Informe FSS N.º 91). <https://soberaniasanitaria.org.ar/crisis-de-salud-mental-en-argentina-retrocesos-desafios-y-urgencias/>

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2022). Censo nacional de población, hogares y viviendas 2022. <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-165>

López, M. B., & Drivet, L. (2023). Salud mental de niños, niñas y adolescentes argentinos, y pandemia por COVID-19: Factores de riesgo y lecciones aprendidas. *Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad*, 23(1), 64–81. <https://doi.org/10.18682/pd.v23i1.7020>

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2023). Plan nacional de salud mental 2023–2027. Gobierno de Argentina. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/385000-389999/389694/res1997ms.pdf>

Organización Iberoamericana de Seguridad Social, & UNICEF. (2025). Situación de la niñez y adolescencia: Novena ronda. Principales resultados. https://www.unicef.org/argentina/media/27046/file/OLA%209_para%20subir%202026.pdf.pdf

Zingman, F., & Poverene, L. (2025). Adolescencias y salud mental: Brechas y tensiones en las políticas públicas. Fundar. https://fund.ar/wp-content/uploads/2025/02/Fundar_Anexo-II-Encuesta-salud-mental-adolescente_CC-BY-NC-ND-4.0.pdf



BOLIVIA

Instituto Nacional de Estadística. (2024). Censo de población y vivienda 2024. Estado Plurinacional de Bolivia. <https://cpv2024.ine.gob.bo>

Ministerio de Salud y Deportes. (2025). Plan plurinacional de salud mental 2026–2030. Estado Plurinacional de Bolivia. <https://www.minsalud.gob.bo/component/jdownloads/download/69-area-de-salud-mental/980-plan-plurinacional-de-salud-mental-2026-2030>

Sarfo, J. O. (2026). Prevalence, risks and protective factors associated with suicidal behaviours among adolescents in Bolivia. Discover Public Health, 23, 202. <https://doi.org/10.1186/s12982-026-01551-8>

Suanrueang, P., Peltzer, K., Lkhamsuren, Z., et al. (2023). The association between psychosocial factors, protective factors, and its associated triggers with psychological distress among Bolivian adolescents. Scientific Reports, 13, 12589. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-39452-4>



CHILE

Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo. (2022). Informe de financiamiento en investigación en salud en Chile. Gobierno de Chile.

Alarcón, R., Muñoz, S., & Pérez, C. (2020). Salud mental comunitaria e interculturalidad en pueblos originarios de Chile. Revista Chilena de Salud Pública, 24(2), 120–130.

Asociación de Residentes de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia. (2026). Datos de residentes en formación en Chile [Documento interno].

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2022). Ley N.º 21.430 sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia. <https://www.bcn.cl>

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2023). Ley N.º 21.545 que establece la promoción de la inclusión, la atención integral y la protección de los derechos de las personas con trastorno del espectro autista. <https://www.bcn.cl>

Comisión Nacional de Acreditación. (2022). Criterios y estándares para la acreditación de programas de especialidades médicas.

Consejo Nacional de la Infancia. (2018). Chile Crece Contigo: Sistema de protección integral a la infancia. Gobierno de Chile.

De la Barra, F., Vicente, B., Saldivia, S., & Melipillán, R. (2019). Salud mental en población escolar chilena: Avances y desafíos. Revista Chilena de Neuropsiquiatría, 57(1), 45–56.

Defensoría de la Niñez. (2023). Informe Anual de 2023. <https://www.defensorianinez.cl/informe-anual-2023/>

Departamento de Estadísticas e Información de Salud. (2022). Estadísticas de mortalidad y egresos hospitalarios en Chile. Ministerio de Salud de Chile.

Instituto Nacional de Estadísticas. (2025). Resultados preliminares Censo 2024. Gobierno de Chile.

International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. (2020). Training resources for child and adolescent mental health.

Ministerio de Salud de Chile. (2012). Ley N.º 20.584 sobre derechos y deberes del paciente. Gobierno de Chile.

Ministerio de Salud de Chile. (2013). Guía clínica: Depresión en personas menores de 15 años. Gobierno de Chile.

Ministerio de Salud de Chile. (2017). Plan nacional de salud mental 2017–2025. Gobierno de Chile.

Ministerio de Salud de Chile. (2020). Plan nacional de prevención del suicidio. Gobierno de Chile.

Ministerio de Salud de Chile. (2021a). Estrategia nacional de salud 2021–2030. Gobierno de Chile.

Ministerio de Salud de Chile. (2021b). Impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental. Gobierno de Chile.

Ministerio de Salud de Chile. (2021c). Ley N.º 21.331 de salud mental. Gobierno de Chile.

Organización Mundial de la Salud. (2021). Mental health atlas 2020. World Health Organization.

Organización Panamericana de la Salud. (2018). Salud mental en las Américas. Organización Panamericana de la Salud.

Rojas, G., Martínez, V., & Zitko, P. (2018). Intervenciones en salud mental en adolescentes en Chile. *Revista Médica de Chile*, 146(5), 580–588.

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. (2021). Estudio nacional de drogas en población escolar. Gobierno de Chile.

Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia. (2022). Informe sobre formación y desarrollo de la especialidad en Chile [Documento institucional].

Vicente, B., Saldivia, S., de la Barra, F., Kohn, R., Pihan, R., Valdivia, M., Rioseco, P., & Melipillán, R. (2012). Prevalence of psychiatric disorders among Chilean children and adolescents. *Revista Médica de Chile*, 140(4), 447–457.



COLOMBIA

Cornejo, J. W., Osío, O., Sánchez, Y., Carrizosa, J., Sánchez, G., Grisales, H., Castillo-Parra, H., & Holguín, J. (2005). Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *Revista de Neurología*, 40(12), 716–722.
<https://doi.org/10.33588/rn.4012.2004569>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2025). Estadísticas de demografía y población. Gobierno de Colombia. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion>

Gómez-Restrepo, C., Aulí, J., Tamayo Martínez, N., Gil, F., Garzón, D., & Casas, G. (2016). Prevalencia y factores asociados a trastornos mentales en la población de niños colombianos: Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(Supl. 1), 39–49.
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.06.010>

Gómez-Restrepo, C., de Santacruz, C., Rodríguez, M. N., Rodríguez, V., Tamayo Martínez, N., Matallana, D., & Gonzalez, L. M. (2016). Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015: Protocolo del estudio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(Supl. 1), S2–S8.
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.06.004>

Instituto Nacional de Salud, & Ministerio de Salud y Protección Social. (2023).
<https://www.ins.gov.co/>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Encuesta nacional de salud mental 2015. Minsalud-Colciencias.
https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Boletín de salud mental N.º 4. Gobierno de Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). Análisis de situación de salud (ASIS) 2024. Gobierno de Colombia.

Miranda-Bastidas, C. A. (2019). Prevalencia de trastornos mentales en menores de edad atendidos en un hospital psiquiátrico departamental. *Revista de Salud Pública*, 21(1), 29–33.
<https://doi.org/10.15446/rsap.v21n1.69129>

Pineda, D. A., Ardila, A., Rosselli, M., Arias, B. E., Henao, G. C., Gómez, L. F., Mejía, S. E., & Miranda, M. L. (1999). Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *Acta Neurológica Colombiana*, 15(1), 1–9.

Pontificia Universidad Javeriana. (2023). Suicidio entre los jóvenes colombianos (Informe de Análisis Estadístico LEE N.º 78). <https://www.javeriana.edu.co/recursosdb/5581483/8102914/INF+78-SUICIDIOS-JOVENES-COLOMBIA-LEE.pdf>



ECUADOR

Castro Jalca, A., Matute Uloa, G., Morales Pin, N., & Zambrano Arauz, P. (2023). Problemas emergentes de salud mental en adolescentes ecuatorianos: Una revisión bibliográfica. Polo del Conocimiento, 8(9), 976–1020. <https://dialnet.unirioja.es>

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2023). Censo nacional de población y vivienda 2023. Gobierno del Ecuador. <https://www.censoecuador.gob.ec>

Lapo-Talledo, G. J., Rodrigues, A. L. S., Montes-Escobar, K., Parraga-Alava, J., & Siteneski, A. (2025). Children and adolescents' mental health in Ecuador: High rates of mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use and depression. Journal of Psychosomatic Research, 194, 112150. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2025.112150>

World Vision Ecuador. (2023). Encuesta nacional sobre salud mental en niños y adolescentes: Tu voz, tus derechos. Panorama Ecuador. <https://www.worldvision.org.ec/sala-de-prensa/salud-mental-en-ninos-ninas-y-adolescentes-en-ecuador-7-de-cada-10-se-sienten-felices-pero-el-20-enfrenta-dificultades-para-identificar-tristeza-y-estres>

UNICEF Ecuador. (2024). Aproximación al reclutamiento de niños, niñas y adolescentes en Ecuador. Quito: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. <https://www.unicef.org/ecuador/documents/aproximación-al-reclutamiento-de-niños-niñas-y-adolescentes-en-ecuador>



ESPAÑA

Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. (2010). Protocolos clínicos. <https://aepnya.es/wp-content/uploads/2023/07/protocolos-2010.pdf>

Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental. (s. f.). Guía clínica y terapéutica para primeros episodios psicóticos en la infancia y adolescencia: Informe de consenso de recomendaciones. https://www.ciberisciii.es/media/436747/guiapepinfanciaadolescencia_v50.pdf

Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental. (s. f.). Guía PIENSA: Guía para adolescentes y familias que quieren entender y afrontar la psicosis. <https://www.ciberisciii.es/media/436748/piensa-guia.pdf>

Confederación Salud Mental España. (s. f.). La atención a la salud mental infanto-juvenil: Investigación aplicada para el diagnóstico y la formulación de propuestas desde las entidades de la

red de salud mental España. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Atencion-salud-mental-infanto-juvenil.pdf>

Cuéllar-Flores, I., et al. (2022). Psicólogos clínicos en el Sistema Nacional de Salud: Análisis de la situación actual. Clínica Contemporánea.

Fundación ANAR. (2024). Informe Teléfono/Chat ANAR: 30 años (1994–2024). Fundación ANAR. <https://www.fundacionanar.org>

Gómez Miguel, A., Sanmartín Ortí, A., & Kuric Kardelis, S. (2025). Barómetro juventud, salud y bienestar 2025. Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud de Fad Juventud. <https://doi.org/10.5281/zenodo.15574590>

Grupo de trabajo de GuíaSalud. (2010). Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia. Ministerio de Sanidad y Política Social. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_456_depresion_inf_adol_avaliat_compl.pdf

Grupo de trabajo de GuíaSalud. (2023). Evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia: Protocolo basado en la evidencia. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2023/02/2020_avalia-t_opbe_autolesionesadolesc_def_nipo.pdf

Grupo de trabajo de GuíaSalud. (2023). Información sobre autolesiones para adolescentes, familias y profesionales de la educación. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2023/02/2020_avalia-t_opbe_autolesionesadolesc-infopac_def.pdf

Grupo de trabajo de GuíaSalud. (2025). Guía de práctica clínica para la atención del trastorno del espectro autista en la infancia en atención primaria: Actualización. https://portal.guiasalud.es/guia-en-capas/gpc_652_tea_actualizacion/

Hospital Clínic de Barcelona, & Hospital General Universitario Gregorio Marañón. (2025). Guía de práctica clínica de tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2025/02/gpc_634_toc_nino_adolescente_compl.pdf

Instituto de la Juventud. (2022). Estrategia de juventud 2022–2030. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2022/11/estrategia_de_juventud_2030_web_0.pdf

Instituto Nacional de Estadística. (2025). Estadística continua de población. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177095&menu=ultiDatos&idp=1254735572981

Márquez, J. M., et al. (2025). Infancia, adolescencia y bienestar digital: Una aproximación desde la salud, la convivencia y la responsabilidad social. UNICEF España & Confederación Salud Mental España. <https://consaludmental.org>

Ministerio de Sanidad. (2022). Estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud 2022–2026. https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29236_estrategia_de_salud_mental_del_Sistema_Nacional_de_Salud_2022-2026.pdf

Ministerio de Sanidad. (2023). La adolescencia española analizada desde el estudio HBSC-2022: Estilos de vida, contextos de desarrollo y bienestar emocional. Universidad de Sevilla. https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/escuela/estudioHBSC/2022/docs/HBSC2022_DivulgativoEstudio.pdf

Ministerio de Sanidad. (2024). Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES) 2023. Plan Nacional sobre Drogas. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2024/2024_Informe_ESTUDES.pdf

Ministerio de Sanidad. (2024). Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2023. <https://www.sanidad.gob.es>

Ministerio de Sanidad. (2025a). Plan de acción de salud mental 2025–2027. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_accion_salud_mental_2025_27.pdf

Ministerio de Sanidad. (2025b). Plan de acción para la prevención del suicidio 2025–2027. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_de_accion_para_la_preencion_del_suicidio_2025_2027.pdf

Ministerio de Sanidad. (2025c). No realizar contención farmacológica o contención física como primera opción en el paciente pediátrico que acude a urgencias con un episodio de agitación. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2025/08/rnh_25_191_d2.pdf

Ministerio de Sanidad. (2025d). Se recomienda no indicar tratamiento farmacológico como primera elección para los menores de 14 años diagnosticados de TDAH leve en atención primaria. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2025/01/d9_nohacer_envio-autores_20240606_01.pdf

Ministerio de Sanidad. (2026). No realizar un lavado gástrico en pacientes pediátricos con sospecha de intoxicación. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2026/04/rnh_76_218.pdf

Observatorio Español de la Salud Mental Infanto-Juvenil. (2025). Salud mental en la población infanto-juvenil en España: Estudio longitudinal EMOChild (7.ª ed.). Universidad Miguel Hernández. https://observainfancia.es/wp-content/uploads/2025/12/AF_Informe7-2025.pdf

Orgilés, M., Amorós-Reche, V., Morales, A., Marzo, J. C., Piqueras, J. A., & Espada, J. P. (2025). Depression, anxiety, and internalizing symptoms in Spanish children and adolescents: Estimated rates and comorbidity patterns. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-025-02916-1>

Programa de Salud Mental de Andalucía. (s. f.). Programa de atención a la salud mental de la infancia y adolescencia. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Programatencionsaludmentalinfancia.pdf>

Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (2022). Guía para la atención a la infancia y adolescencia en salud mental. https://sanidad.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20220428/guia_atencion_menores_en_sm.pdf

Servicio de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León. (2025). Salud mental en la población infantil y juvenil de Castilla y León. <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/centinelas/programa-general-registro-2024-2025/salud-mental-poblacion-infantil-juvenil-castilla-leon>

Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental. (2023). Libro blanco de la psiquiatría en España. <https://sepsm.org>

Soriano, V., Ramos, J. M., López-Ibor, M. I., et al. (2025). Hospital admissions in adolescents with mental disorders in Spain over the last two decades: A mental health crisis? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 34(3), 1125–1134. <https://doi.org/10.1007/s00787-024-02543-2>

TelePsi. (2024). TelePsi en la infancia y la adolescencia. Plataforma de Asociaciones Profesionales de Psiquiatría y Psicología Clínica de la Infancia y Adolescencia. <https://aepnya.es/wp-content/uploads/2024/04/TELEPSI.pdf>

UNICEF. (2024). Estado de la infancia en la Unión Europea 2024. UNICEF España. <https://www.unicef.es/publicacion/estado-mundial-de-la-infancia-2024>

UNICEF España, & Universidad de Sevilla. (2024). La salud mental es cosa de niños, niñas y adolescentes: Barómetro de opinión de la infancia y la adolescencia 2023–2024. <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/communication/Barometro-salud-mental-Resumen-Ejecutivo.pdf>



GUATEMALA

Chávez García, A. E. (2023). Suicidios: La situación actual de la salud mental de los adolescentes y jóvenes en Guatemala. Análisis de la Realidad Nacional. Universidad de San Carlos de Guatemala. <https://rarn.usac.edu.gt/2023/11/30/suicidios-la-situacion-actual-de-la-salud-mental-de-los-adolescentes-y-jovenes-en-guatemala/>

Instituto Nacional de Estadística. (s. f.). XII Censo nacional de población y VII de vivienda. Gobierno de Guatemala. <https://www.ine.gob.gt/censo-poblacion/>

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2023). No hay salud sin salud mental. Gobierno de Guatemala. <https://www.mspas.gob.gt/component/k2/item/387-no-hay-salud-sin-salud-mental>

Pengpid, S., & Peltzer, K. (2019). Prevalence and correlates of past 12-month suicide attempt among in-school adolescents in Guatemala. *Psychology Research and Behavior Management*, 12, 523–529. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S212648>

Secretaría de Integración Social y Económica Centroamericana. (2025). Modelo de atención en salud mental en Guatemala. <https://conadi.gob.gt/web/wp-content/uploads/2021/09/FOLLETO-SALUD-MENTAL.pdf>

Universidad de San Carlos de Guatemala. (2021). Salud mental en niños y adolescentes en el contexto guatemalteco: Prevalencia y factores asociados. <https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/pre/2021/041.pdf>

UNICEF Guatemala. (2023a). La salud mental en Guatemala: Un grito de ayuda que no podemos ignorar [Comunicado de prensa]. <https://www.unicef.org/guatemala/comunicados-prensa/la-salud-mental-en-guatemala-un-grito-de-ayuda-que-no-podemos-ignorar>

UNICEF Guatemala, & Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2023b). "En mi mente": Una iniciativa que busca fortalecer la salud mental en adolescentes en Guatemala [Comunicado de prensa]. <https://www.unicef.org/guatemala/comunicados-prensa/unicef-y-el-ministerio-de-salud-lanzan-en-mi-mente-una-iniciativa-que-busca>



PERÚ

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2019). Gobierno de Perú. Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales (ENARES). <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/inei-presento-resultados-de-la-encuesta-nacional-sobre-relaciones-sociales-2019-12304/>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2024). Perú: Encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) 2023. Gobierno del Perú. <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/5601739-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2023>

Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado–Hideyo Noguchi. (2025). Salud mental juvenil en el Perú: Resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2022–2023). <https://www.gob.pe/institucion/inism/noticias/1252600-salud-mental-juvenil-el-32-3-de-jovenes->

[peruanos-reporta-problemas-de-salud-mental-con-las-mujeres-jovenes-como-el-grupo-mas-vulnerable](#)

Ministerio de Salud del Perú. (2025). Plan de salud mental en instituciones educativas “Salud mental en tu cole” 2025–2026. Gobierno del Perú. <https://proyectozero24.com/wp-content/uploads/2025/07/3.-SALUD.-Aprueban-Plan-Salud-Mental-en-Instituciones-Educativas-2025-2026.pdf>

Presidencia del Consejo de Ministros. (2021). Política nacional multisectorial para las niñas, niños y adolescentes al 2030 (PNMNNA). Gobierno del Perú. <https://www.gob.pe/42698-politica-nacional-multisectorial-para-las-ninas-ninos-y-adolescentes-al-2030-pnmnna>

UNICEF Perú. (2024). Salud Mental. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. <https://www.unicef.org/peru>



URUGUAY

Instituto Nacional de Estadística. (2023). Censo nacional de población, hogares y viviendas 2023. Gobierno de Uruguay. <https://www.gub.uy/instituto-nacional-estadistica/censos2023pvh>

Ministerio de Salud Pública. (2020). Plan nacional de salud mental 2020–2027. Gobierno de Uruguay. <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/noticias/msp-aprobo-plan-nacional-salud-mental-2020-2027>

Organización Panamericana de la Salud, & UNICEF Uruguay. (2024). Aportes para la mejora de la atención de salud mental de niños, niñas y adolescentes en Uruguay: Hacia un cambio de modelo intersectorial, comunitario y basado en derechos humanos (Informe final de cooperación técnica). OPS/OMS. <https://www.paho.org/es/documentos/aportes-para-mejora-atencion-salud-mental-ninos-ninas-adolescentes-uruguay>

Viola, L., Garrido, G., & Varela, A. (2008). Estudio epidemiológico sobre la salud mental de los niños. Clínica de Psiquiatría Pediátrica, Universidad de la República.