

Funcionamiento de las Unidades y
Servicios de Salud Mental Infanto–Juvenil

4

El modo de funcionamiento de un servicio realizado por un equipo clínico incide sobre la calidad de las prestaciones que se proporcionan a la población. De esta manera, los distintos elementos de la organización y su funcionamiento interactúan para crear un perfil de calidad del servicio que se inicia desde la recepción del usuario.

La vía de entrada a la Atención en Salud Mental Infanto-Juvenil será la Atención Primaria. Aún en el caso de que la derivación proceda de otras especialidades sanitarias o de servicios hospitalarios de urgencias, estas solicitudes serán encauzadas a través de su Centro de Salud. Esto conlleva un contacto mayor con pediatras y médicos de familia, desarrollando metodologías de trabajo conjuntas que favorezcan la discriminación en los casos de derivación e incide en un mejor abordaje de aquellos casos que no precisen de los servicios especializados.

Caso particular es el de las derivaciones procedentes de las Unidades de Hospitalización total o parcial, desde donde puede hacerse la derivación directa a las USMCs.

El trabajo en equipo se pone de manifiesto desde la entrada del usuario. Esto supone la recepción y acogida de la demanda y la toma de decisiones en la intervención que compromete a todo el equipo, contribuyendo y participando todos desde sus distintas funciones.

La información recabada durante la acogida se presenta en reuniones periódicas del equipo, que decidirá el encuadre más adecuado a seguir respecto al tratamiento e implicación en el mismo por parte de los distintos profesionales. Así mismo, se procederá a la asignación de un profesional responsable del caso.

4.1. NIVELES ASISTENCIALES EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

Existen distintos niveles de cuidados en Salud Mental para la población Infanto-Juvenil.

- I. En un **primer nivel de atención** no especializada en Salud Mental Infanto-Juvenil, se incluye la Atención Primaria de Salud y la de otros Agentes no sanitarios: Educación (Equipos de Orientación psicopedagógica), Servicios Sociales, O.N.G.s, Asociaciones, etc. Estos dispositivos ofrecen atención no especializada en Salud Mental a través de profesionales capacitados para identificar problemas de salud en su origen, apoyar y aconsejar algunos casos y tratar problemas leves, reconocer las necesidades que requieran de intervenciones complejas, valorar situaciones graves que requieren derivación a un segundo nivel de tratamiento, identificar situaciones de riesgo y gravedad patológica para ser derivadas a las USMCs con carácter preferente o urgente, promover la Salud Mental y realizar prevención en la población infanto-juvenil, basándose en las directrices del Programa de Salud Infantil (Anexo).

Este primer nivel de atención, a través de pediatras y médicos de familia es la vía de acceso a la atención especializada en Salud Mental Infanto-Juvenil, requiriendo una coordinación y colaboración entre ambos niveles a través de:

- Interconsultas pediatra y/o médico de familia con especialista de Salud Mental.
- Reuniones programadas entre los Equipos de Atención Primaria y los Equipos de las USMCs para estudio y seguimiento de casos comunes.

- II.** En un **segundo nivel de atención**, la actividad asistencial especializada en Salud Mental Infanto-Juvenil se desarrollará de forma ambulatoria en las USMCs. En ellas, se atenderán patologías más graves tal como se contempla en el Programa de Salud Infantil (Anexo)

La existencia de una buena coordinación entre los distintos niveles de atención contribuye a una utilización equitativa de los recursos especializados de Salud Mental para niños/as y jóvenes.

Las USMCs han de mantener una relación fluida con Atención Primaria, prestándole Asesoría, Consultoría y Formación. De esta manera, los Equipos de las Unidades de Salud Mental han de participar en el diseño y ejecución de los programas de detección, prevención y promoción de la Salud Mental que se desarrollen en Atención Primaria.

- III.** En un **tercer nivel de atención** en Salud Mental Infanto-Juvenil se halla la hospitalización total y parcial, y otros servicios específicos de tipo terapéutico/rehabilitador como Centros de Día, etc.

En algunos casos que resulte insuficiente el tratamiento ambulatorio, será necesario continuar el tratamiento a nivel hospitalario en orden a la continuidad de cuidados integrales, de modo intensivo y especializado.

La hospitalización debe disponer de un programa propio para los pacientes que precisen de este dispositivo, independientemente de dónde se realice el mismo, bien en el Servicio de Pediatría del Hospital General, en la Unidad de Psiquiatría o en Hospital de Día.

4.2. EL PAPEL DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA ATENCIÓN INFANTO-JUVENIL

La demanda asistencial a las USMCs ha de venir siempre canalizada a través de Atención Primaria (pediatra y médico de familia).

El médico de Atención Primaria será el referente en el proceso de salud/enfermedad del paciente, lo que favorece la coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental a través de métodos y programas de actuación conjunta.

Se podría resumir el papel del Equipo de Atención Primaria en:

1. Prevención y promoción de la Salud Mental (a través del Programa de Salud Infantil).

2. Detección temprana de factores de riesgo y de señales de alerta (Anexo).
3. Valoración y seguimiento de los casos detectados.
4. Tratamiento.
5. Solicitud de interconsulta a la USMC para los pacientes que lo precisen.
6. Derivación de los pacientes a la correspondiente USMC.
7. Colaboración terapéutica con las USMCs en el tratamiento de los pacientes.

4.3. EL EQUIPO COMUNITARIO DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL (USMC)

Una vez que el paciente accede a la USMC será atendido por el Equipo multidisciplinar que llevará a cabo las actuaciones diagnósticas y terapéuticas que el paciente requiera. El funcionamiento del mismo incide de modo muy importante en la calidad de las prestaciones que ofrece a los usuarios, niños y jóvenes.

4.3.1. Recepción y evaluación en la USMC

Constituye la toma de contacto del paciente con la Unidad y se establece a nivel administrativo.

Cada paciente debe ser remitido por su médico de Atención Primaria con la solicitud de interconsulta, indicando el carácter de la misma, ajustándose a los criterios de derivación (Anexo).

Cualquier petición de asistencia es asumida por la Unidad en su conjunto.

En reuniones periódicas el equipo evalúa la demanda recibida en la Unidad. En ellas, se analiza la información recogida, se determina si se prioriza la atención a algún paciente, y se asigna el caso al profesional específico del Programa.

4.3.2. Primera cita con el facultativo y entrevista diagnóstica

Va encaminada a recoger la información clínica necesaria para iniciar el proceso de evaluación, diagnóstico (según criterio de la CIE-10), y elaboración de un plan o encuadre terapéutico que el psicoterapeuta considere más conveniente (dinámico, sistémico, cognitivo-conductual,...).

Estas entrevistas de evaluación, con paciente o con paciente y familia, tienen generalmente una duración aproximada de 45 a 60 minutos. Tras la evaluación realizada se procederá al alta, derivación a otros dispositivos de la Red Asistencial (sanitarios y/o no sanitarios), o tratamiento y seguimiento en la Unidad.

En el curso del tratamiento y atención al paciente, el responsable del caso puede demandar de los otros profesionales colaboración, incluso urgente, fomentando la atención multiprofesional del paciente.

4.3.3. Altas y abandono de tratamientos

Tanto en el caso de alta como de abandono del tratamiento, el profesional responsable del paciente ha de remitir informe al médico de Atención Primaria.

Se realizará una valoración de los motivos del abandono para la mejora de la calidad asistencial.

Si tras un alta o abandono de más de 6 meses, el paciente retorna a la USMC se requerirá que lo haga con nueva solicitud de su médico de Atención Primaria, puesto que el caso ha podido cambiar sustancialmente durante el período transcurrido.

En la USMC, la valoración y/o el tratamiento será realizada por el profesional que lo atendió previamente.

4.3.4. Reuniones de coordinación en la USMC

Con una frecuencia semanal, se realizarán reuniones de Equipo para abordar problemas asistenciales o situaciones difíciles e imprevistas surgidas de la práctica cotidiana.

4.4. LA HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

La hospitalización trata de cubrir una demanda que requiere de servicios muy especializados y actuaciones intensivas para algunos cuadros graves, en los que en un momento determinado de su evolución puede resultar insuficiente el tratamiento ambulatorio.

La indicación de hospitalización se hará desde las USMCs y/o desde el Hospital de Día con informe clínico. Los ingresos se realizarán a través de los Servicios de Urgencias de los Hospitales Generales o como ingreso programado.

En el momento del alta hospitalaria, se derivará a su USMC de referencia o al Hospital de Día, acompañado del correspondiente informe clínico del hospital.

Hasta la edad de 14 años (edad pediátrica) se realizarán los ingresos en las Unidades de Pediatría de los Hospitales Generales. Dichas Unidades deberán estar acondicionadas tanto desde el punto de vista estructural como de recursos humanos para las características de la población Infanto-Juvenil.

A partir de esta edad, como ocurre en el resto de la Atención Especializada, si se requiere un ingreso hospitalario por las características psicopatológicas que presenta el paciente, se realizará el ingreso en las Unidades de Internamiento Breve de los Hospitales Generales, con el consiguiente informe clínico dirigido al Juzgado a través de la Asesoría Jurídica, dando cumplimiento al Artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, donde se recoge lo siguiente: *“El internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de Salud Mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor”*.

El Hospital de Día para niños y adolescentes es un dispositivo asistencial para el tratamiento intensivo de los trastornos mentales severos que aparezcan en estos períodos de la vida.

Es un recurso de hospitalización parcial que facilita conseguir la mejora clínica o la remisión sintomática sin separar al niño de su medio familiar, escolar y social. En este dispositivo, es fundamental la división de los pacientes por edades, ya que evolutivamente los intereses y características de los niños y adolescentes son muy distintos a lo largo del proceso de crecimiento.

Debe posibilitar el cambio emocional y cognitivo de forma estable, permitiendo una mejor adaptación a la realidad, así como una mejora de las competencias relacionales que facilite una reincorporación a la vida en la comunidad, donde podrán continuar el tratamiento ambulatorio oportuno. Así mismo, se plantea como esencial el trabajo con la familia, ayudando a contener y elaborar las ansiedades y ambivalencias generadas por la enfermedad y actuando sobre los factores familiares influyentes en la misma.

La hospitalización de día representa un momento terapéutico y no la única o prioritaria modalidad terapéutica para una edad o un proceso psicopatológico. Como dispositivo asistencial intermedio, la población no puede acceder directamente, sino que precisa prescripción terapéutica específica desde las USMCs o desde hospitalización total.

4.5. COORDINACIÓN CON OTROS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

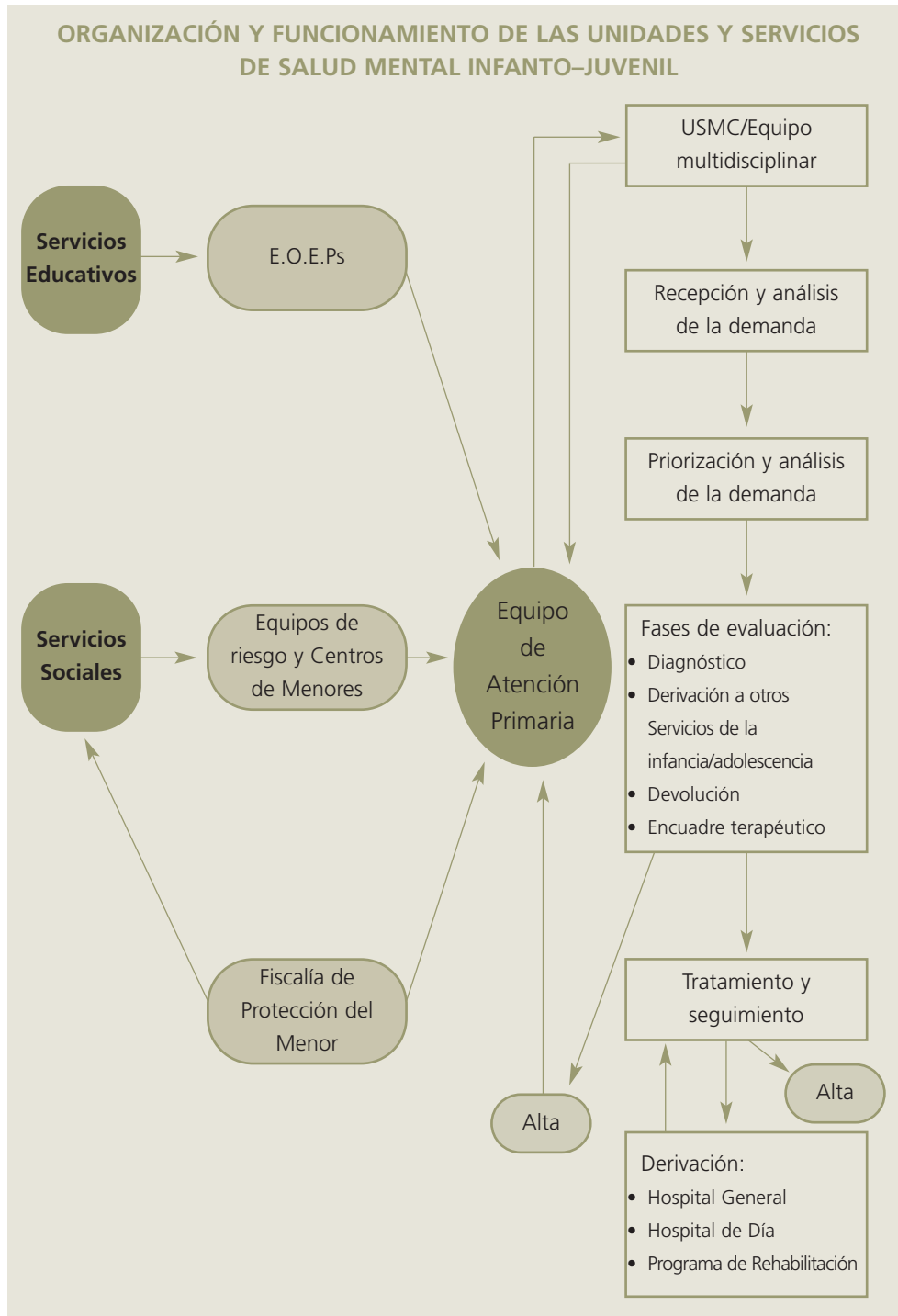
La importancia que tienen las relaciones con otras instituciones no sanitarias en el tratamiento de la problemática infanto-juvenil adquiere gran relevancia en la atención a la Salud Mental del niño y del adolescente. Es importante establecer formas de coordinación entre las Unidades de Salud Mental con los Servicios Educativos, con la Dirección General de Protección del Menor y la Familia de la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales y con la Fiscalía de Protección del Menor.

- ***Servicios educativos:***

Los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEPs) en la Enseñanza Primaria y Secundaria son los que recogen y canalizan las demandas de los profesores, tutores y otros agentes escolares hacia los servicios sanitarios de Atención Primaria.

En los centros escolares privados, sería recomendable que la canalización se estableciera a través del orientador escolar.

Los EOEPs valorarán la demanda discriminando si ésta es de carácter escolar, en cuyo caso, será abordada por los propios recursos de Educación. Si existieran sospechas o evidencias de alteraciones psicopatológicas, solicitarán al médico de Atención Primaria la intervención en Salud Mental Infanto-Juvenil acompañado de un informe.



La colaboración entre dispositivos de Salud Mental y educativos vendrán fundamentalmente a través de reuniones de coordinación en el sector y entre equipos de ambos servicios, con una periodicidad que garantice el correcto abordaje conjunto que pudieran requerir algunos casos.

Además, es práctica actual realizar reuniones solicitadas por el terapeuta y/o los orientadores para el estudio y seguimiento concreto de ciertos casos que lo requieren.

- ***Dirección General de Protección del Menor y la Familia de la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales:***

Los profesionales de los Equipos de la Dirección General de Protección del Menor y la Familia, bien directamente o a través de los servicios especializados de atención al menor de los Cabildos Insulares, realizarán la detección y valoración de los problemas de Salud Mental de los menores y ante la presencia de alteraciones psicopatológicas solicitarán la derivación del caso a la USMC que le corresponda, a través del médico de Atención Primaria, con el correspondiente informe.

Así mismo, con carácter general y de conformidad a lo establecido en el artículo 18 de la Ley 1/1997, de 7 de febrero, de Atención Integral a los menores, los profesionales de Salud Mental Infanto-Juvenil pondrán en conocimiento a los órganos y servicios insulares, municipales y autonómicos competentes, la detección y notificación de posibles situaciones de desamparo, maltrato u otra problemática socio-familiar grave, a través de un informe, comunicándolo también al médico de Atención Primaria.

Dada la gravedad y relevancia que están adquiriendo los problemas sociofamiliares del niño y del adolescente, es importante establecer reuniones periódicas de coordinación con los equipos/unidades de los Servicios Sociales (de los Ayuntamientos, Cabildos, y Servicios Centrales de la Dirección General de Protección del Menor y la Familia) para el abordaje, tratamiento y orientación de casos. Estas reuniones no excluirán la existencia de otras relacionadas con aspectos organizativos y estudio conjunto de ciertas problemáticas más generales y referidas a la relación entre los Servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil y de la Dirección General de Protección del Menor y la Familia.

- ***Fiscalía de Protección del Menor:***

Deben establecerse fórmulas de coordinación entre los Servicios de Salud Mental infanto-juvenil y los Servicios Judiciales del Menor a nivel interinstitucional.

Así mismo, la Fiscalía de Protección del Menor realizará la valoración y detección de los problemas de Salud Mental del menor, y ante la presencia de psicopatología solicitarán la derivación del caso a la USMC del sector que le corresponda, siempre a través del médico de Atención Primaria, con el correspondiente informe.

A modo de conclusión, y dada las experiencias previas que ponen en evidencia las necesidades de coordinación, es necesario, además de las reuniones específicas de los Equipos de Salud Mental del Servicio Canario de la Salud con los Equipos de Atención a la Infancia y Adolescencia, mantener reuniones de coordinación interinstitucional para la resolución de casos que por su dificultad, requieran una puesta en común y una estrategia compartida, a petición de los servicios implicados.

DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS MENTALES GRAVES

Introducción

La psiquiatría infantil es una rama de la Medicina que mantiene unas relaciones muy especiales con la detección precoz, ya que en los estadios iniciales de la vida, es decir, en la infancia, detectar las enfermedades es mucho más trascendente, mucho más difícil y mucho más complejo que en otras edades. Esta dificultad nace, entre otros aspectos, de la falta de una adecuada capacidad verbal en el niño, de la necesidad de utilizar información proveniente de los padres y personas que conviven con el menor y de que, como ya es conocido, casi todos los síntomas psiquiátricos pueden, igualmente, ser componentes normales de determinadas conductas o comportamientos evolutivos del niño.

Dentro del Plan de Salud de Canarias 2004-2008, la Salud Mental es uno de los temas prioritarios a abordar. Específicamente, el Objetivo 18 hace referencia a una *atención específica a la población infantil y juvenil*.

La detección precoz de problemas de Salud Mental en población infantil y juvenil se realizará por el profesional sanitario de la Atención Primaria de Salud (APS) contando con la colaboración del personal de Salud Mental.

Durante el período de vigencia del plan, se pondrá en marcha el Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil en todas las Áreas de la Comunidad Autónoma. Para ello, se garantizará que, en cada Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC), exista al menos un responsable del programa con dedicación exclusiva a la atención de niños y adolescentes (0-17 años), que garantice el desarrollo del mismo, y que cumpla un papel de coordinación con sus homónimos del resto de la Comunidad Autónoma, así como con el Equipo de Coordinación del Programa, que estará ubicado en el Hospital de Día de referencia. La ejecución de este objetivo se llevará a cabo de manera progresiva desde 2004 al 2008 (objetivo 21).

En la primera infancia (hasta los 6 años de edad aproximadamente), que es clave en los procesos madurativos y evolutivos, el Trastorno Mental Grave (TMG) estaría relacionado con un trastorno de la simbolización primordial. Los trastornos del desarrollo, los trastornos de la vinculación y la comunicación, los rasgos psicóticos, los trastornos del habla y del lenguaje, los trastornos graves y persistentes de funciones (sueño, alimentación, control de esfínteres, psicomotrices) son diferentes formas de manifestación de esta problemática del sujeto. Por otra parte, conviene poner de relieve la dimensión "deficitaria" que, a menudo, toman estos síntomas y que no siempre son detectados por el entorno del niño.

En esta etapa, la sospecha de un TMG supone diferentes imágenes, pero sobre todo, la del bebé que no interacciona, no mira y parece que tenga mal humor. Son niños que presentan rasgos de desconexión, indiferencia, cambios de humor no motivados, actitudes interactivas deficitarias o nulas, relaciones sociales difíciles, pero que

no siempre evolucionan hacia un trastorno grave del desarrollo, sino todo lo contrario, muchos casos mejoran con la intervención terapéutica precoz. En la etapa infantil no siempre se cumplen los criterios de autismo o de una psicosis infantil, pero se puede diagnosticar el trastorno mixto del desarrollo (CIE-9) o el trastorno multicéntrico del desarrollo (según la clasificación de 0 a 3 dentro de los trastornos de relación y la comunicación). Es evidente que todos ellos deben beneficiarse de un programa de atención específica a los TMG que garantice la intervención precoz con el fin de evitar la evolución hacia la cronificación. Por este último motivo, se ha incluido como diagnóstico de TMG el trastorno mixto del desarrollo, con sus equivalentes.

En la segunda infancia (hasta los 12 años de edad aproximadamente), el TMG a menudo toma la expresión de los trastornos del comportamiento o de la conducta. Esta sintomatología es un cajón de sastre que oculta una variedad de problemáticas muchas veces difíciles de determinar, dado que la estructura de la personalidad no está bien definida. Debemos señalar aquí la problemática "deficitaria" que cursa con síntomas inespecíficos con respecto a la angustia, el humor y los afectos, con inhibiciones importantes en las relaciones o el aprendizaje. En estos casos, se ponen de manifiesto graves alteraciones de la relación del niño con la realidad, con su propio cuerpo y con los demás.

En la adolescencia hay que tener en cuenta algunas características propias de la sociedad actual que propician síntomas relacionados con carencias en la capacidad de reflexionar sobre los sentimientos y las emociones que despiertan las situaciones de estrés. Así, los adolescentes tienden a manifestarse conductualmente por la actuación, y este hecho provoca dificultades de contención en los ámbitos educativos, sobre todo en los Institutos de Enseñanza Secundaria (IES). A veces, puede comportar la expulsión, la falta de plaza y la ausencia de vínculo social, que les puede inducir a prácticas de riesgo para sí mismos y para los demás. La pubertad, debido a los cambios corporales, reclama también cambios en la esfera psicológica y relacional: cambio en los vínculos infantiles de dependencia y consecución de una nueva identidad individual y social. Por eso, es un momento favorecedor de eclosión de diversas patologías.

PAPEL DE LOS DIFERENTES AGENTES Y REDES EN LA ATENCIÓN A LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES

Para mejorar la atención a los niños y adolescentes que padecen un TMG, o bien que se pueden encontrar en situación de especial riesgo de sufrirlo, un objetivo fundamental es que, ante la sospecha de posibles casos de TMG, desde cualquier dispositivo implicado, éstos hagan una interconsulta urgente o sean derivados lo más rápidamente posible a la Unidad de Salud Mental Comunitaria donde serán acogidos de manera inmediata; lo cual exige que se haya realizado una labor extensiva para dar a conocer las herramientas de detección en todos los recursos en los que se atienden a los niños y adolescentes, que deben ir acompañadas de un entrenamiento sobre su utilización.

El papel de la Atención Primaria de Salud

Los profesionales del ámbito de la Atención Primaria de Salud (pediatras, médicos de familia, personal de enfermería, trabajadores sociales) trabajan en el nivel asistencial idóneo desde el que pueden prevenir y promocionar la Salud Mental de los niños y adolescentes.

Así, se estima que actualmente, en nuestro entorno, aproximadamente el 28%-50% de las consultas de pediatría se refieren a dudas y conflictos sociológicos o psicosociales propios de los progenitores, además de dudas y conflictos de crianza, de desarrollo o de conductas que hay que promover o evitar, entre otros.

Así pues, la implicación de los pediatras y del personal de enfermería pediátrica es imprescindible puesto que:

- Son el primer peldaño del sistema sanitario.
- Tienen una relación continuada con el niño y la familia, y pueden establecer una relación de confianza que permite que los padres soliciten ayuda ante las dudas o las preocupaciones que se les presentan sobre el desarrollo de su hijo.
- Están capacitados para promocionar hábitos y estilos de vida saludables.
- Actúan en una etapa en la que el grado de receptividad a los mensajes de promoción de la salud es elevado.
- Pueden detectar oportuna y precozmente trastornos mentales y situaciones de riesgo de sufrirlos en las visitas previstas en este programa de salud infantil, así como en las consultas puntuales por enfermedades que se produzcan.

Los objetivos generales de la intervención preventiva de estos profesionales sanitarios son:

- Establecer una saludable y empática relación entre el pediatra, el niño y la familia.
- Aumentar las actividades de promoción de la salud, en lo relativo al desarrollo psicológico del niño y del adolescente y a la educación familiar.
- Conocer las actitudes y creencias de los padres respecto a temas de educación infantil.
- Dar respuesta a la demanda creciente de los padres que buscan en el profesional sanitario una orientación sobre temas de educación y de actitudes ante las situaciones cotidianas y las situaciones conflictivas.
- Potenciar el desarrollo de actividades preventivas de tipo psicológico y psicosocial.

Los pediatras, los médicos de familia y las enfermeras dedicadas a la atención de la población infantil deben disponer de herramientas de detección sencillas y efectivas para la derivación inmediata de los pacientes con diagnóstico de sospecha de TMG. En la primera infancia, se recomienda el CHAT (Checklist for Autism in Toddlers de Baron-Cohen). En este documento, se definen las situaciones en las que hay factores de riesgo y señales de alerta por grupos de edad, así como las situaciones que requieren la derivación a la USMC.

Será importante también que se haga un meticuloso seguimiento de la población de riesgo para prevenir precozmente la aparición de un posible TMG, y hacerlo siempre en contacto con la USMC de referencia. Igualmente, será necesaria la coordinación entre ambos dispositivos cuando el médico de familia o el pediatra atienda a pacientes que la USMC haya incluido en el programa de atención específica a los TMG.

El papel de los centros docentes de educación ordinaria y de los servicios educativos

La escuela es el marco en el que se desarrollan los aprendizajes y las capacidades cognitivas, de sociabilidad y de relación.

En el conjunto de la población escolarizada, hay algunos alumnos que presentan o pueden presentar indicios de retraso mental, trastornos generalizados del desarrollo, graves trastornos emocionales, autismo y psicosis y que, como consecuencia de cualesquiera de estas condiciones, pueden necesitar que se les proporcionen servicios y apoyos educativos específicos para que puedan conseguir los mayores logros posibles en su crecimiento personal y su progreso escolar.

Estos niños y jóvenes presentan dificultades de aprendizaje y de evolución personal. Entre otros factores los comportamientos perturbadores, las conductas desadaptativas, la baja autoestima y la falta de tolerancia a la frustración suponen una limitación e impiden el crecimiento y la maduración personal.

Los profesores del niño/a solicitarán a los equipos de asesoramiento y orientación psicopedagógica una valoración cuando lo estimen necesario; en muchas ocasiones, son ellos los que observan alguna dificultad que precisa de una valoración más profunda que realizará el equipo psicopedagógico. Este equipo derivará al pediatra de referencia todos aquellos casos en los que valoren la necesidad de realizar un diagnóstico y tratamiento clínico.

El papel de la Red de Servicios Sociales

Los Servicios Sociales Comunitarios mantendrán una coordinación necesaria con Atención Primaria para la valoración de los casos que lo consideren oportuno.

Asimismo, es importante la coordinación entre las USMC y el área de Servicios Sociales para intercambiar información de las necesidades del sector, y planificar y coordinar la utilización de los medios con que se cuenta, para evitar reconocimientos o solapamientos reiterativos en el niño y duplicidad en las exploraciones.

El papel del Área de Justicia Juvenil

El principal aspecto a desarrollar desde el área de Justicia Juvenil será establecer y acordar con los Servicios Judiciales los criterios de apoyo y coordinación, especialmente

con el Tribunal Tutelar de Menores, ya que los diversos estudios de investigación ponen en evidencia la significativa prevalencia de diagnósticos como trastornos de conductas, TDAH (Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad), trastornos de personalidad fundamentalmente antisocial y límite, hasta trastornos afectivos y abuso de sustancias en los jóvenes con problemas con la justicia.

PROTOCOLO DE SALUD MENTAL INFANTIL Y JUVENIL

La detección precoz de los trastornos psicopatológicos de los niños y adolescentes está al alcance, casi en exclusiva y por pura definición, de los pediatras de Atención Primaria que tienen la ventaja de encontrarse en contacto frecuente con los niños y sus familias desde que nacen.

Dentro de la población general, existen una serie de factores que se encuentran relacionados con la aparición, o con la ausencia, de patología: Factores positivos, factores de protección y factores de riesgo, así como, señales de alerta a las que tenemos que prestar atención.

Se llama factor de riesgo a toda característica del niño y del adolescente, o a cualquier circunstancia de su entorno, que comporte una mayor posibilidad de trastornos psicopatológicos que la que se observa en la población general. Se entiende por señal de alerta aquel signo, síntoma o conjunto de manifestaciones que, si aparecen en determinada edad, han de hacer pensar inmediatamente en una posibilidad de trastorno psicopatológico.

FACTORES DE RIESGO PSICOPATOLÓGICO INFANTO-JUVENIL (cualquiera que sea la edad del niño)	
Circunstancias de la concepción y el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> Embarazo en la adolescencia. Hijos no deseados al final del embarazo. Hijos concebidos en violaciones. Muerte de hermanos o familiares directos durante el embarazo. Embarazo de riesgo clínico. Enfermedades graves de la madre o el feto. Conductas y situaciones de riesgo prenatal: alcohol, drogas, problemas laborales o ambientales. Consecuencias de medidas diagnósticas y terapéuticas.
Circunstancias perinatales adversas	<ul style="list-style-type: none"> Partos gravemente distócicos. Prematuridad. Apgar bajo, sufrimiento fetal o perinatal. Recién nacido con enfermedad congénita o malformaciones. Separación prolongada madre-lactante. Hospitalización prolongada de la madre o del bebé.

FACTORES DE RIESGO PSICOPATOLÓGICO INFANTO-JUVENIL (cualquiera que sea la edad del niño)	
Características temperamentales difíciles (fuera de la edad típica y persistentes en el tiempo)	<p>Temperamento difícil.</p> <p>Irritabilidad o tristeza importantes.</p> <p>Irregularidades en los hábitos básicos de comer, dormir y evacuar.</p> <p>Reacciones a los estímulos «excesivas», desmesuradas.</p> <p>Dificultades en las adaptaciones a los cambios del medio: personas, objetos, alimentos...</p> <p>Inhibición conductual (predictor de trastorno ansiedad).</p> <p>Apatía, lentitud o dificultad de responder.</p> <p>Retraimiento social.</p> <p>Rechazo de lo desconocido.</p> <p>Vinculación ansiosa a la madre o figura sustitutiva.</p> <p>Activación vegetativa intensa en esas u otras circunstancias.</p>
Enfermedades crónicas	<p>Asma, obesidad, convulsiones, diabetes, neoplasias, SIDA.</p> <p>Déficit sensoriales y secuelas de enfermedades del SNC.</p> <p>Enfermedades metabólicas que originan déficit o importante ansiedad en los padres.</p>
Situaciones traumáticas puntuales	<p>Muerte de uno de los padres o de un hermano.</p> <p>Separación de los padres.</p> <p>Nacimiento de hermanos (en familias vulnerables).</p> <p>Hospitalización prolongada (del niño o de familiares o allegados próximos).</p> <p>Cambios escolares importantes.</p> <p>Ausencias prolongadas de uno o de los dos progenitores.</p> <p>Derrumbe socioeconómico familiar.</p>

FACTORES DE RIESGO PSICOPATOLÓGICO INFANTO-JUVENIL (cualquiera que sea la edad del niño)	
Características de los padres	<p>Padres muy jóvenes o muy mayores. Conflictos graves y crónicos de pareja Familias monoparentales. Enfermedades crónicas, invalidantes o graves. Padres con déficit sensoriales. Apego ansioso, rechazo primario o secundario. Trastornos psiquiátricos severos de los padres (por ejemplo, los 7 señalados en Tizón y Ciurana 1995 y 1997):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Trastornos delirantes, esquizofrenia. – Trastornos depresivos mayores, episodio de manía. – Intentos de suicidio. – Trastornos graves de la personalidad. – Alcoholismo o abuso de (otras) drogas. – Padres con institucionalización prolongada en la infancia. – Abandonismo, negligencia, malos tratos... <p>Falta de contacto afectivo y lúdico entre el (los) progenitores y el niño. Madre sin apoyo socioeconómico. Promociones o cambios profesionales que impliquen cambios internos o externos radicales en los comportamientos de uno o de los dos progenitores Vinculación ansiosa o rechazo primario o secundario por parte de la madre. Cohabitación prolongada en culturas «occidentalizadas». Medicalización y/o institucionalización. Somatizaciones reiteradas. Consultas, exploraciones y hospitalizaciones reiteradas. Consulta en múltiples instituciones. Institucionalización prolongada.</p>
Evidencia de malos tratos físicos y psíquicos	Según los indicadores de los programas específicos.
Circunstancias socioeconómicas muy desfavorables	<p>Por causas culturales. Por causas socioeconómicas: paro sin subsidio del cabeza de familia, paro crónico de varios miembros de la familia... Cambios de residencia repetidos. Familias aisladas socialmente.</p>

SEÑALES DE ALERTA PSICOPATOLÓGICA EN EL RECIÉN NACIDO, EL LACTANTE Y EL NIÑO DE EDAD PREESCOLAR (0-4 AÑOS) Desviaciones respecto al Programa de Salud Infantil	
Trastornos de la alimentación y/o deglución	<p>Dependiendo de la duración e intensidad de la desviación y el medio sociocultural.</p> <p>Inapetencia persistente.</p> <p>Retraso en la alimentación con sólidos.</p> <p>Vómitos o regurgitaciones reiteradas funcionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Cuando se acompañan de reacciones emocionales intensas de intentos de vomitar. – Después de comer en niños anoréxicos. – Mericismo y pica. <p>Trastornos digestivos de origen funcional.</p> <p>Estreñimiento o diarreas crónicas.</p> <p>Niño que habitualmente es forzado a alimentarse.</p>
Trastornos del sueño persistentes	<p>Insomnio con llanto (más de 4 semanas).</p> <p>Insomnio bizarro acompañado de actividades motrices.</p> <p>Gran insomnio (con desvinculación y evitación del contacto).</p> <p>Insomnio silencioso.</p> <p>Hipersomnia y poca reactividad.</p>
Trastornos del comportamiento	<p>Crisis de cólera.</p> <p>Oposicionismo-negativismo.</p> <p>Conductas agresivas.</p> <p>Baja tolerancia a la frustración (niño muy difícil de calmar).</p>
Temores y trastornos relacionales	<p>Temores y evitación sistemática de situaciones (fobias).</p> <p>Intensa timidez y rechazo del contacto.</p> <p>Problemas importantes con los compañeros (agresividad excesiva o aislamiento).</p>
Trastornos graves de la comunicación /relación	<p>Falta de contacto: no ríe/no mira/no habla (dentro de los límites señalados en el Programa de Salud Infantil).</p> <p>No responde a los estímulos sociales o alterna el «apego» excesivo con la falta de contacto.</p> <p>Es difícil de calmar, baja tolerancia a la frustración.</p> <p>Habla que sigue un patrón peculiar: ecolalia, verborrea, hiperinterrogación...</p> <p>Evidencia de malos tratos.</p>

SEÑALES DE ALERTA PSICOPATOLÓGICA EN EL RECIÉN NACIDO, EL LACTANTE Y EL NIÑO DE EDAD PREESCOLAR (0-4 AÑOS) Desviaciones respecto al Programa de Salud Infantil	
Retraso en el desarrollo psicomotriz, del habla o del lenguaje	Movimientos estereotipados y repetitivos. Conductas distorsionadas: automutilación, auto o heteroagresiones... Retrasos significativos en el desarrollo del habla (expresivos, receptivos o mixtos).
Anomalías en el juego y/o en la escolaridad precoz	Inhibición del juego. No hay juego simbólico a partir de los 3 años. Problemas con los compañeros (agresividad excesiva, aislamiento, etc). Problemas crónicos en la guardería o escolarización precoz (idem).
Circunstancias de los padres, generales y específicas de esta edad	Conductas inadecuadas de los padres respecto a los cuidados de alimentación, sueño y control de los esfínteres.
SEÑALES DE ALERTA PSICOPATOLÓGICA EN EL NIÑO DE EDAD ESCOLAR (5-11 AÑOS)	
Hipercinesia	Alteraciones de la atención. Movimiento excesivo. Impulsividad.
Signos depresivos	Tristeza Apatía, pérdida del interés. Irritabilidad.
Trastornos de la comunicación /relación	Desconexión de la realidad. Aislamiento con los compañeros y/o con los padres. Agresividad y otros problemas relacionales con los compañeros y/o los padres.
Trastornos por ansiedad	Fobias. Rituales obsesivos. Trastornos del sueño o del irse a dormir, mantenidos.
Manifestaciones somáticas de trastornos emocionales	«Quejas de dolor de cabeza» y cefaleas. Abdominalgias. Vómitos y náuseas. Alteraciones del control de los esfínteres. Síntomas conversivos y «preconversivos».
Afección o vinculación ansiosa con dependencia excesiva	«Vinculación ansiosa» hacia la madre o hacia los otros. Retraso en las adquisiciones progresivas de la autonomía.

SEÑALES DE ALERTA PSICOPATOLÓGICA EN EL NIÑO DE EDAD ESCOLAR (5-11 AÑOS)	
Factores dependientes de los padres, generales y específicos de esta edad	<p>Conducta de los padres no adecuadas a la edad del niño.</p> <p>Padres que no saben orientar el desarrollo, las necesidades o los límites del niño en este período.</p> <p>Ausencia de padre o madre que sirvan como modelo de identificación.</p> <p>Padres que no toleran la autonomía progresiva del niño.</p>
Fracaso escolar con disarmonías evolutivas	<p>En todas o casi todas las asignaturas.</p> <p>Más de dos repeticiones.</p> <p>Disociación importante y mantenida entre asignaturas o entre las asignaturas que implican lenguajes y el resto.</p> <p>Inhibición y bloqueo intelectual global.</p>

SEÑALES DE ALERTA PSICOPATOLÓGICAS INFANTOJUVENILES EN EL PÚBER Y ADOLESCENTE (12-22 AÑOS)	
Niños con problemas con la justicia	<p>Niños con protección judicial.</p> <p>Niños o muchachos con problemas con la justicia repetitivos.</p> <p>Niños sometidos a medidas judiciales.</p>
Transtornos con la conducta	<p>Agresividad en grupo o aislada.</p> <p>Conductas antisociales.</p> <p>Abandonos del hogar familiar reiterados o en malas condiciones.</p>
Transtornos de la alimentación	<p>Anorexia.</p> <p>Bulimia.</p> <p>Dietas restrictivas y ritualizadas, obsesión por adelgazar.</p>
Transtornos por ansiedad	<p>Fobias.</p> <p>Obsesiones y compulsiones.</p> <p>Crisis de angustia.</p>
Manifestaciones somáticas de trastornos emocionales	<p>«Quejas de dolor de cabeza» y cefaleas.</p> <p>Abdominalgias.</p> <p>Náuseas y vómitos.</p> <p>Alteraciones en el control de esfínteres.</p>

SEÑALES DE ALERTA PSICOPATOLÓGICAS INFANTOJUVENILES EN EL PÚBER Y ADOLESCENTE (12-22 AÑOS)	
Otros cuadros psiquiátricos definidos	Depresión / ideas de suicidio. Drogodependencia y/o abuso de drogas. Alucinaciones /delirio.
Trastornos en la comunicación y/o relación	Conflictos destructivos con violencia.
Factores dependientes de los padres, generales (tabla1) y específicos de esta edad	Padres con importantes problemas de tolerancia por las crisis de adolescencia. Padres que no aceptan la autonomía progresiva de los hijos. Padres que necesitan separarse del niño o que le hacen una demanda excesiva de autonomía. Padres que niegan radicalmente los conflictos con el hijo/a. Choques relacionales destructivos o con violencia reiterados entre un progenitor y el hijo/a. Funciones parentales sustituidas.
Circunstancias socioeconómicas de la familia graves	Especial atención a las señales en la tabla 1 (cualquier edad).
Fracaso en la escuela o el trabajo	Repeticiones o expulsiones definitivas. Muchachos aislados en casa sin cursar estudios y sin trabajar. El caso contrario: hiperresponsabilidad y focalización excluyente en los estudios.
Aborto en la adolescencia	-----.
Alta frecuentación y/o demanda espontánea de ayuda psicológica en los Servicios de Atención Primaria de Salud, Sociales o de Salud Mental	Alta frecuentación a los Servicios Sanitarios. Centros de Salud Mental o Servicios Sociales. Niño que acude para él mismo repetidamente. Niño o muchacho que acude como acompañante, haciendo funciones parentales.

Durante las diferentes visitas de controles de salud del programa, se revisarán las señales de alerta mediante preguntas relativas a lo que hace el niño durante un día de la semana y un día festivo. En caso de dudas se puede realizar el RCQ (Reporting Questionnaire for Children).

RCG		
CUESTIONARIO DE DETECCIÓN PARA LOS NIÑOS (ENTRE LOS 5 Y 15 AÑOS)		
Fecha:		
Nombre del niño:		
Edad del niño: V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		
Colegio: Nunca fue al colegio <input type="checkbox"/>		
Aún va al colegio <input type="checkbox"/>		
Fue al colegio hasta la edad de		
1. ¿El lenguaje del niño es anormal en alguna forma?	Sí	No
2. ¿El niño duerme mal?	Sí	No
3. ¿Ha tenido el niño en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón?	Sí	No
4. ¿Se queja el niño de dolores frecuentes de cabeza?	Sí	No
5. ¿El niño ha huido de la casa frecuentemente?	Sí	No
6. ¿Ha robado cosas de la casa?	Sí	No
7. ¿Se asusta o pone nervioso sin razón?	Sí	No
8. ¿Parece como retardado o lento para aprender cuando se le compara con otros niños de su misma edad?	Sí	No
9. ¿Casi nunca juega con los otros niños?	Sí	No
10. ¿El niño se orina o defeca en su ropa?	Sí	No
Total respuestas (Una o más respuestas afirmativas: <i>interconsulta con Salud Mental</i>)	Sí	No

NOTAS RELATIVAS A LAS PREGUNTAS DEL RQC (REPORTING QUESTIONNAIRE FOR CHILDREN)	
Pregunta 1	Por anomalías del lenguaje hay que entender: <i>el niño no habla o habla con mucha indecisión, o no habla claramente, o tartamudea, o su vocabulario es demasiado restringido para su edad.</i>
Pregunta 2	Marcar Sí si los padres o acompañantes del niño indican que el sueño está constantemente agitado (incluidas pesadillas o sonambulismo) en ausencia de dolores físicos. Si el niño ha tenido recientemente fiebre o dolores, no responder Sí en caso de sueño agitado.
Pregunta 3	Asegúrese de que no se trata de caídas accidentales.
Pregunta 4	En caso de necesidad, explicar que se entiende por dolor de cabeza <i>“todo dolor de la parte superior o posterior de la cabeza del que el niño se queje”</i> . Por dolores frecuentes se entiende <i>“al menos dos veces por semana durante un mes o más”</i> .
Pregunta 5	No hay que entender por « <i>fugas</i> » el hecho de jugar con compañeros o quedar en la calle después de la hora permitida por los padres, si no el hecho de abandonar por parte del niño el domicilio familiar (por ejemplo, toda la noche) sin avisar a sus padres. Frecuentemente significa al menos tres veces.
Pregunta 6	El robo comprende solamente el hecho de coger deliberadamente objetos que el niño sabe que no debe coger (por ejemplo, dinero). El robo no comprende el hecho de sustraer pequeñas cantidades de alimentos, a menos que tal acción choque directamente contra las normas culturales que rigen el comportamiento de un niño de esa edad en la región.
Pregunta 7	Hay que dejar al padre o acompañante que juzgue por él mismo lo que entiende por « <i>tener miedo o ponerse nervioso</i> ».
Pregunta 8	El padre o acompañante debe estimar « <i>el retraso o la dificultad para aprender</i> » en relación a los demás niños de su entorno. Se trata no sólo del trabajo escolar (lectura, escritura, cálculo), sino también del aprendizaje de tareas cotidianas de la casa.
Pregunta 9	Sólo se marcará Sí cuando el niño no haya jugado casi nunca con otros niños desde hace al menos 3 meses.
Pregunta 10	No tener en cuenta la enuresis que se presenta como máximo tres veces al mes en los niños menores de 7 años. Igualmente no tendrá en cuenta la ropa manchada, si este hecho sólo se produce cuando el niño tiene diarrea o está gravemente enfermo
Observaciones:	
<ul style="list-style-type: none"> • Si una pregunta no ha sido bien comprendida, se deberá plantear de nuevo de otra manera. • Si los padres no están seguros de la respuesta, será preciso pedir información complementaria para poder decidir cuál es la respuesta adecuada. Si subsiste la duda, poner Sí. • Si la respuesta es Sí, verificar previamente que la pregunta ha sido bien comprendida según las notas explicativas que se han expuesto anteriormente. 	

El CHAT (*Checklist for Autism in Toddlers*) es un cuestionario para determinar posibles casos de niños con autismo en la exploración evolutiva rutinaria de los 18 meses por parte de Médicos Generales (MG) o Visitadores Sanitarios (VS). Se tarda alrededor de 20 minutos en completarlo.

Actualmente, el autismo se detecta hacia los 3 años. El estudio llevado a cabo por Baron-Cohen y sus colaboradores en 1992 pretende establecer si es posible detectar el autismo a los 18 meses de edad. Es especialmente importante para aquellos niños de alto riesgo, que tienen hermanos mayores con autismo. Toddler: niño pequeño, entre 1 y 2 años de edad.

En general, los pediatras no tienen un conocimiento muy específico del autismo. Este hecho, unido a la poca frecuencia del trastorno y a la dificultad para detectar síntomas de autismo en una revisión normal a edades tan tempranas tiene como consecuencia la detección tardía del autismo.

SECCIÓN A: PREGUNTAR AL PADRE/MADRE		
1. ¿Disfruta de su hijo al ser mecido, botar en sus rodillas, etc ?	Sí	No
2. ¿Se interesa su hijo por otros niños? (*)	Sí	No
3. ¿Le gusta a su hijo subirse a los sitios, como a lo alto de las escaleras?	Sí	No
4. ¿Disfruta su hijo jugando al cucú-tras/escondite?	Sí	No
5. ¿SIMULA alguna vez su hijo, por ejemplo, servir una taza de té usando una tetera y una taza de juguete, o simula otras cosas? (*)	Sí	No
6. ¿Utiliza alguna vez su hijo el dedo índice para señalar, para PEDIR algo?	Sí	No
7. ¿Usa alguna vez su hijo el dedo índice para señalar, para indicar INTERÉS por algo? (*)	Sí	No
8. ¿Sabe su hijo jugar adecuadamente con juguetes pequeños (p. ej. coches o bloques), y no sólo llevárselos a la boca, manosearlos o tirarlos?	Sí	No
9. ¿Alguna vez su hijo le ha llevado objetos para MOSTRARLE algo? (*)	Sí	No

SECCIÓN B: OBSERVACIÓN DEL MG O VS		
1. ¿Ha establecido el niño contacto ocular con ud. durante la observación?	Sí	No
2. Consiga la atención del niño, entonces señale un objeto interesante en la habitación y diga: "¡Oh, mira! ¡Hay un (nombre del juguete)!" Observe la cara del niño. ¿Mira el niño lo que usted está señalando?	Sí	No
3. Consiga la atención del niño, entonces dele una tetera y una taza de juguete y diga: "¿Puedes servir una taza de té? (*)"	Sí	No
4. Diga al niño "¿Dónde está la luz?". ¿Señala el niño con su dedo índice a la luz? (*)	Sí	No
5. ¿Sabe el niño construir una torre de bloques? Si es así, ¿cuántos? (Número de bloques:)	Sí	No

Extraído del artículo "El déficit de la Teoría de la Mente en autismo: algunas cuestiones para la enseñanza y el diagnóstico" de Baron-Cohen y Patricia Howlin, Revista Siglo Cero, Nov-Dic. 1993 y del artículo "An epidemiological study of autism at 18 months of age" de J. Swettenham, 5º Congreso de Autismo Europa, 1996.

(*) Indica las preguntas críticas que son las más indicativas de la existencia de rasgos autistas.

1. Para contestar **Sí** en esta pregunta, asegúrese de que el niño no ha mirado sólo su mano, sino que realmente ha mirado el objeto que está ud. señalando.
2. Si puede lograr un ejemplo de simulación en cualquier otro juego, puntúe Sí en este ítem.
3. Repítalo con "¿Dónde está el osito?" o con cualquier otro objeto inalcanzable, si el niño no entiende la palabra "luz". Para registrar Sí en este ítem, el niño debe haber mirado a su cara en torno al momento de señalar.

La Sección A evalúa nueve áreas del desarrollo, con una pregunta para cada área: juego brusco y desordenado, interés social, desarrollo motor, juego social, juego simulado, señalar protoimperativo, señalar protodeclarativo, juego funcional, atención conjunta.

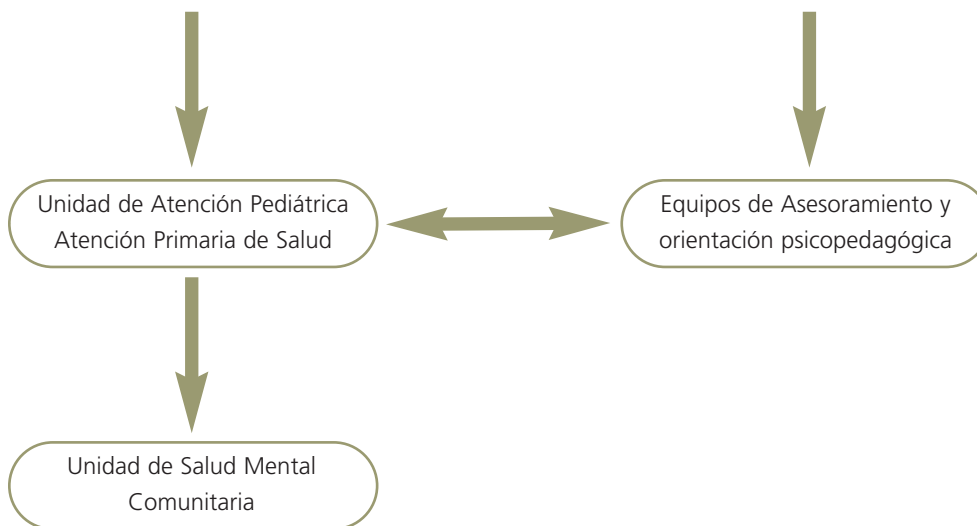
La Sección B se ha incluido para que el médico compruebe el comportamiento del niño, comprobando las respuestas de los padres dadas en la Sección A.

CRITERIOS DERIVACIÓN

Atendiendo a los factores de riesgo y/o señales de alerta detectadas, habrá que hacer un seguimiento y/o una interconsulta, o bien una derivación a las Unidades de Salud Mental Comunitarias de referencia, que se sintetizan en la siguiente tabla.

ALTERACIÓN DETECTADA	PROCEDIMIENTO
Un factor de riesgo	Seguimiento por A.P.
Más de tres factores de riesgo	Seguimiento meticuloso por A.P.
Varias señales de alerta	Interconsulta / derivación de la U.S.M.C.
Factores de riesgo + señales de alerta	Interconsulta / derivación a la U.S.M.C.

La derivación y la interconsulta se realizará siempre a través de la consulta de pediatría.



BIBLIOGRAFÍA

- *Prevención de los trastornos de Salud Mental desde la Atención Primaria*. J.L. Tizón García, F. Buitrago Ramírez, R. Ciurana Misol, L. Chocrón Bentata, C. Fernández Alonso, J. García Campayo y C. Montón Franco. Aten Primaria 2001 I Vol. 28. Supl. 2. Noviembre 121.
- *Recomendaciones para la atención a los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia*. Generalitat de Catalunya. 1ª Ed. Febrero 2004. ISBN 84-393-6306-0.
- *Detección y atención precoz de la patología mental en la primera infancia*. Jiménez Pascual A., Rev. Esoc. Esp. Neuropsiq., 2002, vol XXII, nº 82, pp. 115- 126.