

ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL EN FUNCIÓN DE PERFILES ASISTENCIALES Y NIVELES DE COMPLEJIDAD

Protocolo de intervención y derivación

ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL EN FUNCIÓN DE PERFILES ASISTENCIALES Y NIVELES DE COMPLEJIDAD



Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios

Introducción

La prestación de una atención sanitaria de calidad a los problemas de salud mental de la población infanto juvenil es una prioridad ineludible para las organizaciones sanitarias. Las intervenciones terapéuticas en salud mental infanto juvenil se producen en diversos niveles asistenciales, requieren una red coordinada de dispositivos especializados con equipos profesionales multidisciplinares y la implicación de organismos sociosanitarios y diversas instancias no sanitarias (educación, bienestar social, ámbito judicial, etc.). Además se está produciendo un crecimiento en la demanda, no solo cuantitativo, sino debido a la emergencia de nuevos perfiles asistenciales, en un contexto de complejidad técnica, escasez de recursos y dispersión geográfica.

La Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios no es ajena a este reto de planificación, y de acuerdo a los objetivos recogidos en el Plan de Salud 2005-2008 de Extremadura propone una línea de actuación a dos niveles:

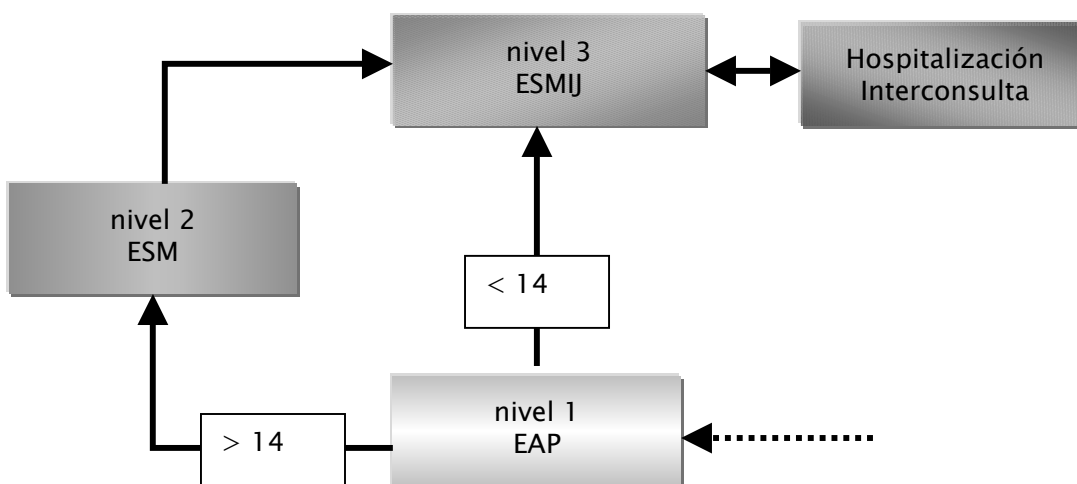
1. La *definición de perfiles y niveles de complejidad* es un primer paso en la planificación de la atención a los problemas de salud mental de la población infanto juvenil, planificación que procurará ordenar la asistencia y optimizar los recursos.
2. En el contexto del PISM-II se evaluarán las necesidades y se diseñarán estrategias de actuación que impliquen tanto a estructuras como a procesos asistenciales, con el objetivo final de mejorar la calidad de la atención a una población en la que los esfuerzos e inversiones sanitarias deben ser una prioridad absoluta

El objetivo operativo del protocolo que recoge el presente documento es la definición de grandes grupos de pacientes según sus características psicopatológicas y necesidades asistenciales, de manera que puedan establecerse vías clínicas o subprocesos definidos, comprensibles y que permitan una atención continuada y global, en función de *perfiles de complejidad asistencial*.

Este intento de regular el circuito asistencial requiere la participación y el consenso de los diversos agentes sanitarios implicados en la atención de los problemas de salud en la población infanto juvenil

Niveles de atención, perfiles asistenciales

En cuanto a los **niveles de atención**¹, un modelo de derivación y filtro entre niveles puede venir dado por la edad de los pacientes, con el objetivo de optimizar cargas asistenciales y capacidad de contención y resolución de las demandas:



Los **perfiles** son atóxicos y vienen definidos en función de grupos de patología:

- I. Perfil 1.- Trastornos por conductas disruptivas
- II. Perfil 2.- Trastornos específicos del desarrollo (incluyendo problemas de aprendizaje, comunicación y habilidades motoras, trastornos de eliminación y tics)
- III. Perfil 3.- Trastornos generalizados del desarrollo y psicosis
- IV. Perfil 4.- Trastornos afectivos y de ansiedad – sueño y somatizaciones
- V. Perfil 5.- Trastornos de la conducta alimentaria

A cada perfil pueden asociarse dos **niveles de complejidad**, niveles que expresarían de forma indirecta el nivel de gravedad de la demanda.

El **nivel A** (complejidad baja) podría ser atendido desde los equipos de primaria, mientras que el **nivel B** (complejidad media-alta) debería ser derivado a los ESMIJ.

Estos niveles se determinan en función de la evaluación del niño y su entorno, utilizando los instrumentos que se crean oportunos en los equipos de atención primaria.

¹ Su utiliza el termino "nivel" en dos acepciones: **nivel asistencial**: que distingue la vía de acceso, lugar y equipos que atienden la demanda (primer nivel, o atención primaria; segundo nivel o ESM; tercer nivel o ESMIJ); y **nivel de complejidad de la demanda**: determinado por aspectos clínicos y psicosociales y que definirá la vía de atención clínica.

La **complejidad asistencial** vendrá dada en por:

- Severidad y persistencia de los síntomas
- Presencia de comorbilidad (especialmente RM y TR con sustancias)
- Aparición de conductas de riesgo auto hetero agresivas
- Alta repercusión en el desarrollo psicoafectivo del niño y/o discapacidad
- Ausencia de mejoría ante las intervenciones realizadas desde el primer nivel
- Utilización disfuncional e ineficaz de la red de salud mental
- Fragilidad de la red de apoyo familiar, escolar, social del niño²
- Necesidad de evaluaciones específicas y complejas por otros agentes sociosanitarios

La presencia de uno de estos items define un grado de complejidad media-alta que implica la derivación al ESMIJ tras la valoración del caso y el inicio de las intervenciones orientativas y terapéuticas que sean pertinentes desde la consulta de primaria.

Dos perfiles con especificidades en su derivación son:

1. La detección de patología que se encuadre en el **perfil 3** (Trastornos generalizados del desarrollo y psicosis) implica su derivación directa a los ESMIJ.
2. En el caso del **perfil 5** y de forma específica en este momento en el Área de Badajoz, existe un dispositivo de atención, la Unidad de Trastornos de la Alimentación, al cual se derivarían los trastornos de conducta alimentaria en pacientes con niveles añadidos de complejidad desde los ESM y los ESMIJ (ver más adelante esquema del circuito asistencial).

² Se considerarán: relaciones familiares anormales, trastorno mental o limitación en el grupo de apoyo primario del niño, comunicación familiar distorsionada o gravemente alterada, tipo de crianza anormal, acontecimientos vitales agudos graves, factores sociales estresantes, estrés crónico interpersonal severo, situaciones estresantes o discapacitantes derivadas de la enfermedad

Definición de perfiles

- **PERFIL 1: TRASTORNOS POR CONDUCTAS DISRUPTIVAS.** Incluye el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el Trastorno disocial y el Trastorno negativista desafiante. Pueden incluirse los Trastornos de control de impulsos.

- **PERFIL 2: TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO.** En este perfil se incluyen
 - Trastornos de las habilidades académicas, especialmente la lectura, la aritmética y la expresión escrita.
 - Los trastornos de las habilidades motoras (T del desarrollo de la coordinación motora).
 - Los Trastornos de la comunicación, entendiendo por tales los problemas de desarrollo relacionados con el habla y el lenguaje (incluyendo tartamudeo y trastornos fonológicos).
 - Los Trastornos de la eliminación: Enuresis y Encopresis, por estar ligados al desarrollo psicomotor del niño; y los trastornos por Tics motores.

- **PERFIL 3. TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO.** El **perfil 3** se refiere al Autismo y trastornos del espectro autista, y la Esquizofrenia de inicio precoz. Se han agrupado los trastornos psiquiátricos más graves que pueden debutar en la infancia, y que invariablemente van a precisar una derivación al ESMIJ.

- **PERFIL 4. TRASTORNOS AFECTIVOS Y DE ANSIEDAD y T SOMATOMORFOS.** El **perfil 4** reúne aquellos trastornos cuyo núcleo sintomático son las alteraciones del humor (tristeza vs. euforia) y la ansiedad, así como las somatizaciones.
 - En este perfil se incluyen los trastornos ansiosos de inicio en la infancia y adolescencia como el Trastorno de ansiedad de separación, el Mutismo selectivo y el Trastorno reactivo de la vinculación, así como todos aquellos trastornos que puedan aparecer en cualquier momento de la vida: ansiedad generalizada, pánico, fobias específicas, adaptativos, crisis vivenciales, depresivos uni o bipolares, estrés postraumático, duelo, insomnio primario, etc.

- La complejidad asistencial de este perfil se adapta a los criterios generales, pero se debe extremar el cuidado en valorar el riesgo autolítico.

- **PERFIL 5. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.** El **perfil 5** acoge los trastornos de la conducta alimentaria. Los más conocidos son la Anorexia y Bulimia nerviosa, pero en este epígrafe también se incluyen la Pica, el Trastorno de Rumiación y el Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia y la niñez.
 - Con respecto a estos tres últimos, los criterios de gravedad vienen dados la mayoría de las veces por las complicaciones somáticas, numerosas y potencialmente graves.
 - En cuanto a la Anorexia y Bulimia nerviosa, la pérdida ponderal significativa, la aparición de comorbilidad psiquiátrica añadida (impulsividad, conductas autoagresivas, síntomas depresivos), deterioro del entorno socio-familiar y del rendimiento académico, complicaciones médicas derivadas de las trasgresiones dietéticas, de los vómitos, ingesta de laxantes o diuréticos, etc. son factores añadidos que indican la gravedad del proceso.

PERFILES ASISTENCIALES		
Perfil 1	<i>T. por conductas disruptivas</i>	T. déficit de atención con hiperactividad T. disocial T. negativista desafiante T. comportamiento perturbador NE T control de impulsos
Perfil 2	<i>T específicos del desarrollo</i>	T del aprendizaje T de las habilidades motoras T de la comunicación T de la eliminación T por tics T por movimientos estereotipados
Perfil 3	<i>T generalizados del desarrollo y psicosis</i>	Autismo/ Rett / Desintegrativo / Asperger Esquizofrenia infantil
Perfil 4	<i>T afectivos, de ansiedad y somatomorfos</i> <i>Otros</i>	T depresivo / T bipolar T ansiedad de separación T ansiedad generalizada T por angustia Fobias específicas, fobia social T obsesivo compulsivo T disociativos T reactivos, estrés agudo, estrés postraumático T sueño T somatomorfo T conversivo Mutismo selectivo T vinculación
Perfil 5	<i>T conducta alimentaria</i>	Pica T de rumiación T de la ingestión alimentaria Anorexia nerviosa Bulimia nerviosa

Intervenciones desde el primer nivel asistencial: pediatras de atención primaria

La evaluación e intervenciones a realizar en el *primer nivel asistencial* deben estar bien definidas mediante protocolos básicos de atención a la salud mental infanto juvenil. Para ello es importante un esfuerzo persistente en el tiempo de formación, supervisión y coordinación.

Dentro de las competencias del primer nivel estarían

1. Detección de psicopatología, discriminación entre desarrollo normal y patológico.
2. Entrevista con el niño y la familia, evaluación de síntomas y contexto y diagnóstico sindrómico
3. Utilización de instrumentos de evaluación sencillos
4. Contención y orientación a las familias; psicoeducación
5. Intervenciones de apoyo y potenciación de autonomía y desarrollo normal del niño, que pueden incluir estrategias cognitivo conductuales
6. Tratamiento psicofarmacológico inicial básico
7. Monitorización y seguimiento
8. Derivaciones

Instrumentos para la detección en AP

Definimos un listado de FACTORES DE RIESGO Y SEÑALES DE ALARMA por grupos de edad para que sirva de apoyo al equipo de atención primaria en la detección de potencial psicopatología relevante, paso previo a la elaboración de una hipótesis diagnóstica por niveles y a la valoración del nivel de complejidad. Puede complementarse con el *Cuestionario de cualidades y dificultades* (SDQ-Cas, Goodman 1997) o la *Child Behaviour Checklist*.

Lo dividimos en

- **factores de riesgo** (características y circunstancias que comportan mayor riesgo de sufrir trastornos psicopatológicos) y
- **señales de alarma** (manifestaciones que deben hacer pensar en la existencia de un trastorno psicopatológico).

Factores de riesgo

Concepción y embarazo

Madre adolescente
Hijo no aceptado
Hijo adoptado³
Embarazo de riesgo

Circunstancias perinatales

Prematuridad
Sufrimiento fetal
Defectos o malformaciones
Separación prolongada de la madre;
Hospitalización

Características temperamentales

Temperamentos conflictivos, difíciles o inhibidos

Enfermedad crónica

Cambios ambientales o de riesgo

Muerte de familiar de primer grado
Separación
Ausencia parental
Cambios escolares o ambientales estresantes
Maltrato físico o sexual

Características de los padres

Trastornos psicopatológicos
Desestructuración familiar
Desvinculación
Abandono, negligencias

Del entorno

Marginalidad
Delincuencia
Estatus socioeconómico muy desfavorable
Inmigración

³ Aunque no es claro que la adopción per se sea un factor de riesgo, si es cierto que la proporción de psicopatología en esta población es más alta que en la población general.

Señales de alarma

En el recién nacido, lactante y en etapa preescolar

Trastornos de la alimentación y/o deglución: inapetencia, rechazo, vómitos funcionales; mericismo y pica; trastornos digestivos funcionales; niño al que habitualmente se le fuerza a alimentarse

Trastornos del sueño: miedo a dormir (>30 meses); pesadillas frecuentes; insomnio o hipersonmia.

Trastornos del comportamiento: que desborda la capacidad de tolerancia del medio familiar y escolar; cólera; oposicionismo activo; negativismo; agresividad; niño difícil de calmar.

Miedos y trastornos de relación: regulares e intensos en mayores de 2-3 años

Trastornos graves de la relación: ausencia de contacto visual; ausencia de sonrisa; conductas agresivas atípica (automutilación o golpes en la cabeza); habal extraña; falta de respuesta a estímulos sociales.

Anomalías en el juego: inhibición, ausencia de juego; ausencia de juego simbólico en mayores de 3 años.

Retraso en el desarrollo cognitivo, psicomotor, del habla y del lenguaje.

Señales de alarma en la edad escolar

Dificultades en el ámbito escolar: descenso en el rendimiento o dificultades de aprendizaje; falta de atención – concentración; olvida rápidamente lo que ha aprendido; sospecha de retraso intelectual.

Trastornos de la comunicación y la relación: aislamiento o inhibición social importante; desconexión; mutismo; tartamudeo

Manifestaciones somáticas: alteraciones de la alimentación, el sueño o control de esfínteres; quejas somáticas.

Trastornos de la conducta: impulsividad, mentiras, robos, agresiones, hiperactividad no finalista

Trastornos de Ansiedad: rituales compulsivos; ansiedad de separación; miedos desproporcionados y persistentes.

Trastornos del estado de ánimo: tristeza, irritabilidad, culpabilidad, falta de ilusión, pensamiento lento, astenia, agitación o lentitud psicomotora, ideas de suicidio, excesiva euforia.

Señales de alarma en la pubertad y adolescencia

Abuso de sustancias tóxicas: pérdida de peso, fatiga crónica, ojos rojos. Deterioro de la higiene, estreñimiento, apatía. Deterioro de la memoria, cambios de humor. Autoestima baja, culpabilización, automenosprecio.

Trastornos del comportamiento alimentario.

Trastornos afectivos: mal humor, irritabilidad, agresividad, tristeza, pesimismo. Reducción de la actividad, descenso del rendimiento académico. Menosprecio personal, culpabilización, subestimación. Ideas de muerte o de suicidio. Insomnio, pérdida de apetito, somnolencia, euforia.

Trastornos por ansiedad.

Trastornos de la conducta: desobediencia sistemática, absentismo escolar, agresiones. Robos, mentiras. Conductas sexuales inadecuadas, crueldad con animales. Consumo de tóxicos.

Trastornos psicóticos: retraimiento, pasividad e introversión excesivas; Falta de amigos íntimos, evitación de grupo. Deterioro académico, social, familiar y personal. Interés absorbente por cuestiones filosóficas, políticas, religiosas. Comportamientos extravagantes, manifestaciones afectivas anormales. Discursos e ideas extrañas. Delirios y alucinaciones.

Crterios de derivación

El flujograma define la circulación de pacientes entre dispositivos y puntos críticos de derivación (ver documento anexo).

En función de los perfiles descritos y de los niveles de complejidad se establecen criterios operativos de derivación entre dispositivos:

- Desde EAP a ESM
- Desde EAP a ESMIJ
- Desde ESM a ESMIJ
- Desde ESMIJ a hospitalización

DESDE EAP A ESM / ESMIJ

Perfil 1 nivel A Intervención y seguimiento

Perfil 1 nivel B

> 14 años Derivación a ESM
< 14 años Derivación a ESMIJ

Perfil 2 nivel A Intervención y seguimiento

Perfil 2 nivel B

> 14 años Derivación a ESM
< 14 años Derivación a ESMIJ

Perfil 3

> 14 años Derivación a ESM
< 14 años Derivación a ESMIJ

Perfil 4 nivel A Intervención y seguimiento

Perfil 4 nivel B

> 14 años Derivación a ESM
< 14 años Derivación a ESMIJ

Perfil 5 nivel A Intervención y seguimiento

Perfil 5 nivel B

> 14 años Derivación a ESM
< 14 años Derivación a ESMIJ

DESDE ESM A ESMIJ

Perfil 1 nivel B + elementos añadidos de complejidad (*)
> 14 años Derivación a ESMIJ

Perfil 2 nivel B + elementos añadidos de complejidad
> 14 años Derivación a ESMIJ

Perfil 3 nivel B
> 14 años Derivación a ESMIJ


Perfil 4 nivel B + elementos añadidos de complejidad
> 14 años Derivación a ESMIJ

Perfil 5 nivel B + elementos añadidos de complejidad
> 14 años Derivación a UTA (**)


(*) Los **elementos añadidos de complejidad** para derivación a ESMIJ vienen definidos por la existencia de varios de los factores de complejidad descritos o por aquellas circunstancias asistenciales que determinen el ESM derivador y el ESMIJ.

(**) **Elementos añadidos de complejidad para derivación a UTA**

1. Falta de efectividad de tratamientos previos
2. Inadecuada conciencia de enfermedad y/o baja motivación.
3. Patología alimentaria grave
4. Enfermedad intercurrente o complicaciones somáticas importantes
5. Psicopatología grave asociada
6. Pacientes con perfil conductual multiimpulsivo
7. Pacientes con consumo recurrente de tóxicos.
8. Aislamiento social o deterioro notable del funcionamiento psicosocial del paciente como consecuencia del trastorno alimentarioDisfunción familiar importante

<p style="text-align: center;">Flujos y derivaciones desde EAP</p> 	<p>Perfil 1 nivel A Perfil 1 nivel B > 14 años < 14 años</p>	<p>Intervención y seguimiento Derivación a ESM Derivación a ESMIJ</p>
	<p>Perfil 2 nivel A Perfil 2 nivel B > 14 años < 14 años</p>	<p>Intervención y seguimiento Derivación a ESM Derivación a ESMIJ</p>
	<p>Perfil 3 > 14 años < 14 años</p>	<p>Derivación a ESM Derivación a ESMIJ</p>
	<p>Perfil 4 nivel A Perfil 4 nivel B > 14 años < 14 años</p>	<p>Intervención y seguimiento Derivación a ESM Derivación a ESMIJ</p>
	<p>Perfil 5 nivel A Perfil 5 nivel B > 14 años < 14 años</p>	<p>Intervención y seguimiento Derivación a ESM Derivación a ESMIJ</p>

Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios. 2005.

<p style="text-align: center;">Flujos y derivaciones desde ESM</p> 	<p>Perfil 1 nivel B + elementos añadidos de complejidad (*) > 14 años</p>	<p>Derivación a ESMIJ</p>
	<p>Perfil 2 nivel B + elementos añadidos de complejidad > 14 años</p>	<p>Derivación a ESMIJ</p>
	<p>Perfil 3 nivel B > 14 años</p>	<p>Derivación a ESMIJ</p>
	<p>Perfil 4 nivel B + elementos añadidos de complejidad > 14 años</p>	<p>Derivación a ESMIJ</p>
	<p>Perfil 5 nivel B + elementos añadidos de complejidad > 14 años</p>	<p>Derivación a UTA (*)</p>
	<p>(*) Elementos añadidos de complejidad definidos por los ESMIJ y la UTA</p> <p>Los ESMIJ definirán criterios de derivación para ingreso en unidades específicas de hospitalización.</p>	

Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios. 2005.

