

Psiquiatría Infantil y Pediatría

Dra. Auxi Javaloyes

Psiquiatra de la Infancia y de la Adolescencia

UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTIL BENALÚA

EQUIPO TRASTEAS HOSPITAL GENERAL DE ALICANTE

DEFINICIÓN ENFERMEDAD MENTAL EN NIÑOS

Trastorno de comportamiento, emociones o relaciones interpersonales.

Anormal para el estadio de desarrollo.

Repercusión en el funcionamiento social y personal y/o en el desarrollo del niño.

MODELO EXPLICATIVO

MODELO BIOPSIICOSOCIAL

FACTORES GENÉTICOS Y FACTORES AMBIENTALES

- Papel de la familia y la escuela
- Experiencias vitales y el estrés ambiental

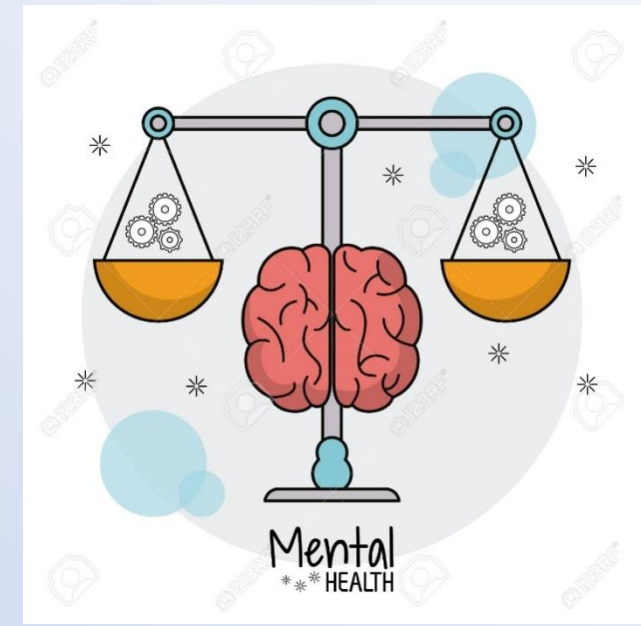
PROBLEMAS DE SALUD MENTAL =

FACTORES DE RIESGO

MENOS

FACTORES PROTECTORES

RESILIENCIA



PREVALENCIA

PRE PANDEMIA

8% NIÑOS

15 % ADOLESCENTES

CASOS SEVEROS 5%

1 de cada 6 entra en contacto con dispositivos especializados

SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL INFANTIL POST-PANDEMIA

SÍNTOMAS: 80% irritabilidad, insomnio, falta de concentración, animo bajo, temor, nerviosismo, conductas obsesivas, pérdida de proyecto vital

Diagnósticos:

Trastornos emocionales: 30% niños 40-60% adolescentes

trastorno de estrés postraumático AUMENTO 90%

trastorno de ansiedad AUMENTO 70%

autolesiones: AUMENTO 120%

Intentos suicidas: AUMENTO 70%

depresión AUMENTO 60%

trastorno de alimentación: AUMENTO 80%

SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL INFANTIL POST-PANDEMIA

Aumento de ingresos psiquiátricos de adolescentes: 40%

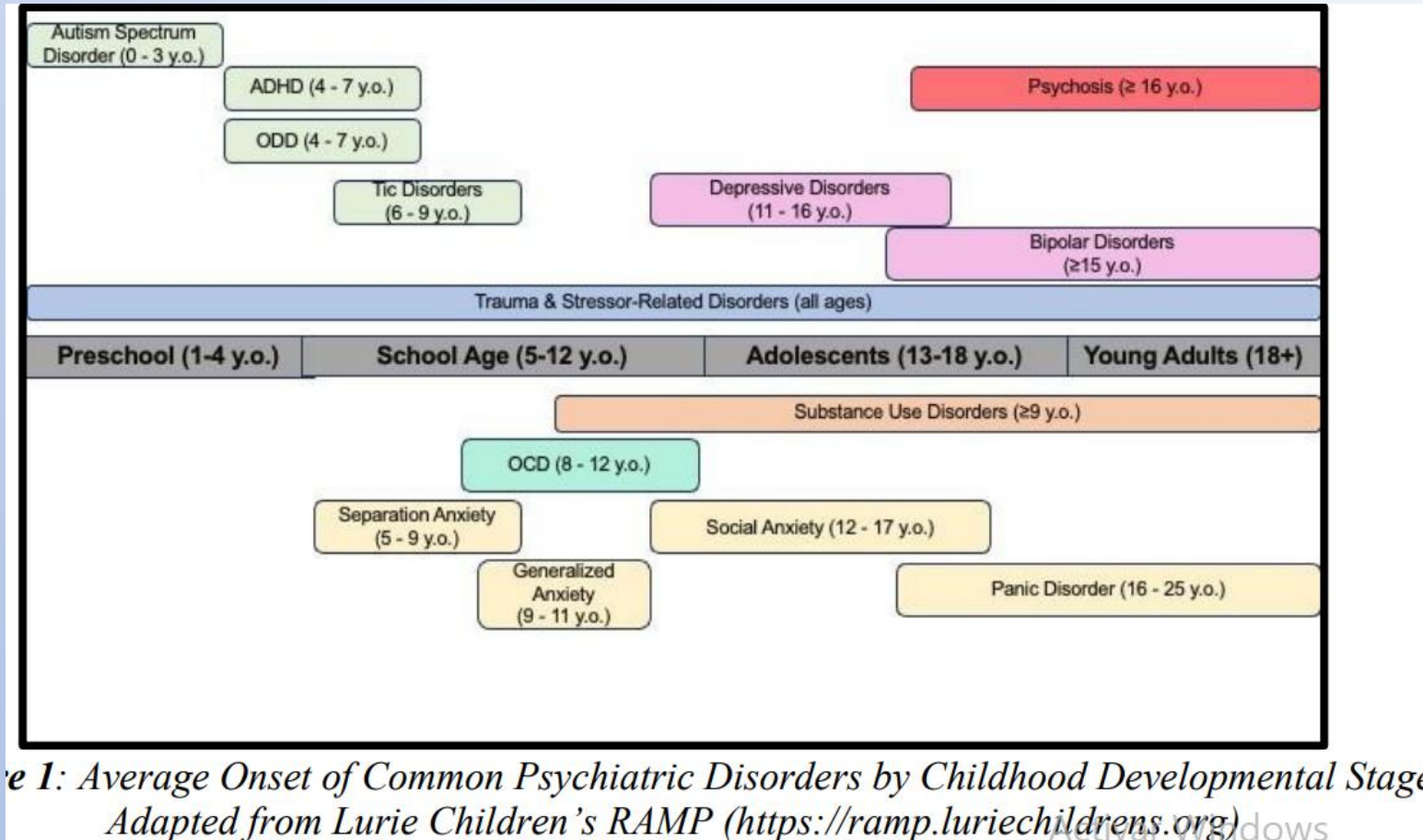
Aumento de las visitas a las urgencias hospitalarias psiquiátricas: 60%

Aumento de activación de protocolo suicida (Educación): 2021 1800
activaciones

Aumento de las derivaciones de los pediatras de Atención:

USMIA BENALUA: MULTIPLICA DERIVACIONES POR TRES EN
LOS ÚLTIMOS 8 AÑOS

PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA POR RANGO DE EDAD



DIFICULTADES VS DIAGNÓSTICOS

EXTERNALIZANTES
<p><u>Agresividad verbal:</u> discusiones, tendencia a gritar, carácter fuerte, hablar demasiado, levantar la voz, mentiras, afán por molestar, etc.</p> <p><u>Conducta delictiva:</u> peleas, agresividad física, amenazas a otros, destrozo de pertenencias ajenas o propias, desobediencia en el colegio...</p> <p><u>Trastornos de conducta:</u> hurtos en el hogar o fuera, consumo de alcohol y drogas, faltar a clase, problemas de concentración, etc.</p> <p><u>Búsqueda de atención:</u> llamadas de atención, fanfarroneo, celos, presunción, celos, etc.</p>

INTERNALIZANTES
<p><u>Depresión:</u> sentimientos de no ser querido, falta de autoestima, infelicidad, soledad, ideas de suicidio, creencia de no ser aceptado, llanto, etc.</p> <p><u>Problemas de relación (aislamiento):</u> actitud reservada, timidez, desconfianza, deseo de estar solo, inseguridad, etc.</p> <p><u>Quejas somáticas:</u> náuseas, vómitos, dolores de cabeza, dolor de estómago, agotamiento.</p> <p><u>Conducta fóbico-ansiosa:</u> nerviosismo, miedos o ansiedad, tics, morderse las uñas, fobias, vértigo, tendencia a preocuparse, etc.</p>

TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO:

TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA
TDAH

OTRA PROBLEMÁTICA CON IMPACTO CLARO EN SALUD MENTAL:

ACOSO ESCOLAR
CONSUMO DE TÓXICOS
ADDICIÓN A NUEVAS TECNOLOGÍA

TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE
TRASTORNO DISOCIAL
RASGOS DE TLP

EPISODIO DEPRESIVO
TRASTORNOS DE ANSIEDAD (ANSIEDAD GENERALIZADA, TOC, FOBIA SOCIAL, TRAST PÁNICO)
TRASTORNO SOMATOFORME (TRAST SÍNTOMAS SOMÁTICOS, HIPOCONDRIA, TRAST CONVERSIÓN,
TRASTORNOS ADAPTATIVOS

Trastornos del neurodesarrollo

- Discapacidad intelectual (F70–F79)
- Trastornos de la comunicación (F80–F89)
- TEA (F84.0)
- TDAH (F90.0)
- Trastornos del aprendizaje (F81.0–F81.9)
- Trastornos motores (F82, F95)

Trastornos depresivos / Trastornos de ansiedad

- Depresión mayor (F32 / F33)
- Distimia (F34.1)
- Desregulación disruptiva (F34.81)

- Ansiedad por separación (F93.0)
- Mutismo selectivo (F94.0)
- Fobia específica (F40.2)
- Ansiedad social (F40.10)
- Pánico (F41.0)
- TOC (F42)
- Tricotilomanía (F63.3)

Conducta e impulsos

- Negativista desafiante (F91.3)
- Explosivo intermitente (F63.81)
- Trastorno de conducta (F91.1–F91.9)

Alimentación

- Pica (F98.3)
- Rumiación (F98.21)
- ARFID (F50.8)
- Anorexia (F50.0)
- Bulimia (F50.2)

Somáticos / Disociativos / Trauma

- Síntomas somáticos (F45.1)
- Ansiedad por enfermedad (F45.21)
- Conversión (F44.4–F44.7)

- Amnesia disociativa (F44.0)
- Identidad disociativa (F44.81)
- Despersonalización (F48.1)

- TEPT (F43.10)

Sueño / Eliminación

- Insomnio (F51.01)
- Parasomnias (F51.3–F51.5)
- Ritmo circadiano (F51.2)

- Enuresis (F98.0)
- Encopresis (F98.1)

Esquizofrenia / Trast. Bipolar

- Esquizofrenia (F20.9)
- Trastorno esquizoafectivo (F25.0–F25.9)
- Trastorno delirante (F22)
- Psicótico breve (F23)

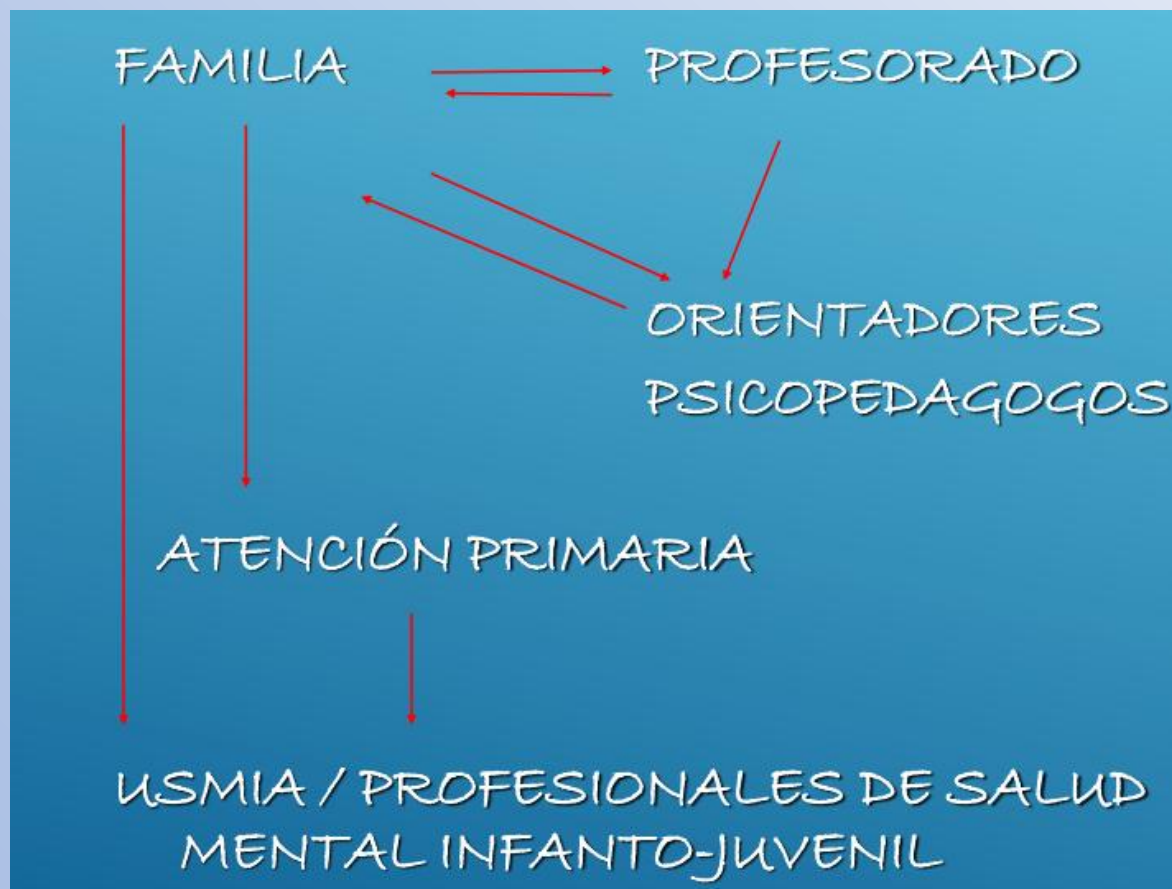
- Bipolar I (F31.9)
- Bipolar II (F31.81)

AUTOLESIONES: DEFINICIÓN

- DSM-V CATEGORIA EN ESTUDIO CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:
 - A.-5 o mas episodios en un año
 - B.-Precedidos de afecto negativo y el objetivo es aliviar un afecto negativo o un estado mental negativo un conflicto interpersonal o para producir un estado mental positivo.
- 30-35% adolescentes se autolesionan al menos una vez y un 18% lo hace de forma repetitiva Suele comenzar entre los 12-15 años
- Las chicas presentan cuadros más repetitivos y crónicos
- MÉTODOS MÁS COMUNES:
 - 70%-90% cortes superficiales en la piel, rascado o arañazos
 - 21-44% golpes
 - 15-35% quemaduras



DERIVACIÓN A USMIA



VÍA DE ENTRADA:

ATENCIÓN PRIMARIA (PEDIATRÍA HASTA LOS 15 AÑOS Y MÉDICINA DE FAMILIA DE 15 A 18 AÑOS).

* ORDINARIA Y PREFERENTE VAN A PEDIATRA O MÉDICO (OPCIÓN DE ACTIVAR CÓDIGO *SUICIDIO* EN PREFERENTES CON IDEACIÓN SUICIDA)

* URGENTE VAN A URGENCIAS (POR LA MAÑANA HOSPITAL DE REFERENCIA Y POR LA TARDE HOSPITAL DE SAN JUAN)

CASO CONOCIDO:

CONTACTAR DIRECTAMENTE AL MAIL DE LA USMIA PARA COORDINACIÓN O CITA

DERIVACIÓN A USMIA

- AUTORIZACIÓN PARENTAL
 - SI NO LO FIRMAN: SECRETARÍA DEL DECANATO DEL JUZGADO.
- AUTORIZACIÓN DE COORDINACIÓN CON CENTRO ESCOLAR.
- CUESTIONARIOS DE APOYO (SCREENING TDAH, SCREENING TEA, VALORACIÓN GENERAL).
- INFORMES DE COORDINACIÓN Y DE DIAGNÓSTICO.
- COORDINACIÓN CON EDUCACIÓN:
 - SESIONES AL TRIMESTRE CON ORIENTADORES DE LAS AGRUPACIONES DE NUESTRA ZONA.
 - COORDINACIONES INDIVIDUALES A PRÓPOSITO DE CASOS COMPLICADOS (TS/PROFESIONAL REFERENCIA).
 - PARTICIPACIÓN EN LA COMISIÓN DE COORDINACIÓN CON EDUCACIÓN (PROTOCOLO SUICIDA Y COORDINACIÓN) .
- COORDINACIÓN CON SANIDAD:
 - SESIONES REGULARES CON PEDIATRAS DE NUESTRA ZONA

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

- ✓ Sospecha o diagnóstico de **trastornos psicóticos, trastorno bipolar, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), y trastorno depresivo.**
- ✓ **Trastornos de la conducta alimentaria (TCA):** cuando hay pérdida de peso significativa o síntomas graves.
- ✓ **Trastornos del neurodesarrollo:** Como el Trastorno del Espectro Autista (TEA) o el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).
- ✓ **Trastorno de estrés postraumático (TEPT)** y mutismo selectivo.
- ✓ **Otros trastornos de ansiedad** (como fobias específicas, trastorno de ansiedad por separación, trastorno de pánico, agorafobia, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada).
- ✓ **Discapacidad intelectual:** cuando coexiste con problemas de conducta importantes o con otros trastornos psiquiátricos.
- ✓ **Trastornos adaptativos:** cuando se cronifican y presentan síntomas desproporcionados al estímulo estresor, causando incapacitación social y académica.
- ✓ **Duelo complejo persistente:** cuando el sufrimiento emocional es extremo, existe obsesión constante con el fallecido, interferencia significativa en la vida diaria, o los síntomas persisten más allá de 6 meses.
- ✓ **Tics con repercusión grave:** cuando tienen un impacto significativo en la vida del paciente.
- ✓ **Trastornos que interfieren gravemente en la vida familiar, social o académica:** Como trastornos somatomorfos, dissociativos, del sueño, del control de impulsos o enuresis y encopresis funcionales, cuando sus repercusiones son claramente significativas por excesivas.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

- ✓ **Problemas de conducta normales para la edad:**
Especialmente discusiones y conflictos relacionados con el establecimiento de normas y límites.
- ✓ **Conflictos familiares sin patología mental asociada:**
Situaciones de cambio, como separaciones y conflictos familiares, requieren intervención dirigida a los padres, no a los niños. En estos casos se recomienda contactar con el Trabajador Social del Centro de Salud del paciente para orientar el caso.
- ✓ **Problemas sociales:** requieren intervención por servicios sociales, no por salud mental.
- ✓ **Adicciones:** se atienden unidades especializadas en problemas con el consumo de sustancias o nuevas tecnologías.
- ✓ **Casos de abuso o maltrato,** que deben ser derivados a servicios sociales.
- ✓ **Problemas relacionados con la salud sexual o identidad de género:** deben ser derivados a su Unidad de Salud Sexual y Reproductiva de referencia
- ✓ **Solicitudes de peritajes:** Se realizan en Juzgados

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

- **PREFERENTES:** IDEAS AUTOLÍTICAS, AUTOLESIONES, IDEAS DELIRANTES, PÉRDIDA DE MÁS DEL 1.5% DE PESO Y/O VÓMITOS Y/O ATRACONES SEMANALES, ALTERACIONES CONDUCTUALES GRAVES EN CUALQUIER CONTEXTO, FOBIA A TRAGAR, CUADROS DE ANSIEDAD SEVEROS..
- **URGENTES:** INTENTOS AUTOLÍTICOS (HOSPITAL), SÍNTOMAS ACTIVOS DE PSICOSIS AGUDA, TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA CON COMPLICACIONES MÉDICAS , AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN EL CONTEXTO DE ENFERMEDAD MENTAL.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

PROGRAMA ESPECÍFICO DE TEA: PRIMEROS DIAGNÓSTICOS Y CASOS COMPLEJOS DE TEA

- ESCUELA DE PADRES DE TEA Y PROGRAMA TRASTEAS

PROGRAMA DE ATENCIÓN PREFERENTE A NIÑOS Y ADOLESCENTES EN EL SISTEMA DE PROTECCIÓN

GRUPOS DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

- PROCEDEN DE LAS DERIVACIONES INTERNAS DE PROFESIONALES DE LA USMIA.
- 10 SESIONES QUINCENALES DE HORA Y MEDIA
- DIFERENTES RANGOS DE EDAD (PEQUEÑOS, PREADOLESCENTES Y ADOLESCENTES).
 - HABILIDADES SOCIALES:
 - REGULACIÓN EMOCIONAL

ESCUELA DE PADRES

AVANCES ÚLTIMOS AÑOS

CREACIÓN DE LA ESPECIALIDAD PSIQUIATRÍA INFANTIL

SANITARIO:

- Acuerdo con dos Hospitales de día privados para adolescente
- Refuerzo de la plantilla en USMIAS
- Dotación y puesta en marcha de un Equipo de Atención domiciliaria
- Dotación y Creación de un Hospital de día Público (apertura en Junio 23, 30 camas)
- Apertura segunda Unidad de Hospitalización Infantojuvenil en Elche (además de la del Hospital Vega Baja).
- Unidades de detección precoz UDP, UPCCA

EDUCATIVO:

- Aumento de las plazas de Orientadores escolares y reorganización del modelo de intervención
- Protocolo de Actuación ante Alumnos con autolesiones
- Programa somos imprescindibles
- Psicólogos educativos

COORDINACIÓN

- Equipo de coordinación Sanidad Educación

INTERVENCIONES

PREVENCIÓN PRIMARIA

PREVENCIÓN: fomentar factores de protección

RESILIANCIA Capacidad para superar grandes dificultades o adversidades de la vida y crecer a través o en presencia de ellas de manera positiva.

Sanidad: intervención en problemas funcionales, atención a la promoción de la salud mental, apoyo a los padres, autoestima, autocontrol, resolución de conflictos, habilidades sociales, ajuste emocional... . PEDIATRA

Por qué: es más barato, mas efectivo, fácil

Núcleo familiar estable, Imagen positiva de uno mismo, buenas relaciones con adultos de referencia, habilidad específica.

RETOS: CAMBIO DE MODELO / PARADIGMA
PAPEL MUY RELEVANTE DEL PEDIATRA

FACTORES
PROTECTORES

Núcleo familiar
estable,

Imagen positiva de
uno mismo

Buenas relaciones
con adultos de
referencia

Habilidad
específica.

AUTOESTIMA +
COMPETENCIA

INTERVENCIONES

PREVENCIÓN SECUNDARIA

DETECCIÓN TEMPRANA: detectar niños y adolescentes con problemas de salud mental en estadios iniciales

SANIDAD: formación en detección Temprana de Trastornos del neurodesarrollo, formación y coordinación con profesionales de educación y servicios sociales, intervención en estadios tempranos.

PEDIATRÍA: Cribaje TEA, conocimiento de red de recursos, derivación temprana, cuestionarios de evaluación

Por qué: es más barato, mas efectivo

RETOS: FORMACIÓN, MANTENER RECURSOS NUEVOS

INTERVENCIONES

PREVENCIÓN TERCIARIA:

INTERVENCIÓN ANTE EL DIAGNÓSTICO DE FORMA ÁGIL Y EFICAZ

SANIDAD: seguir apostando por reforzar la red pública tanto en USMIAs como en Hospitales de Día y Recursos de Intervención comunitaria

- Coordinación con USMIAs ante deterioro / cambios
- Conocimientos básico de psicofarmacología

RETOS: recursos lista de espera, citas muy espaciadas, modelo con mucho peso en la farmacología, necesidad de postar por inversión, escasez de profesionales con formación específica

PLAN DE SALUD MENTAL

Plan Valenciano para la Salud Mental y las Adicciones 2024-2027 (10% presupuesto para Infanto Juvenil)

- Comunidad autónoma con la mayor prevalencia registrada de trastornos mentales (25.1% vs 15.0%).
- Segunda mayor tasa de casos atendidos en Atención Primaria por ideación suicida o intentos autolíticos.
- Primera comunidad autónoma en consumo de tranquilizantes, segunda de cannabis y tercera en uso compulsivo de internet, en escolares de 12-16 años.
- Una de las tres comunidades autónomas con peor dotación de recursos asistenciales en Salud Mental.
- Importantes desigualdades interdepartamentales en los recursos asistenciales.
- Comunidad autónoma con peor promedio de escolares participantes en programas de prevención por centro educativo (10 veces inferior a la media nacional).

ACCIONES

Acción 3.1

Priorizar el refuerzo de las plantillas de las Unidades de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia

Acción 3.2.

Creación progresiva de Servicios de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia, como instrumento para apoyar la definitiva implantación de la atención especializada a este grupo de edad.

Acción 3.3.

Disponer de 23 Hospitales de Día para Infancia y Adolescencia (ahora solo hay 2), asegurando la disponibilidad de plazas en todos los departamentos de salud y con una ratio superior a 60 plazas para mayores de 100000 habitantes menores de 18 años.

Acción 3.4.

Dotar de 40 nuevas camas de hospitalización breve (agudos) para infancia y adolescencia, asegurando una tasa no inferior a 6 camas por cada 100.000 habitantes menores de 18 años

ACCIONES

Acción 3.5.

Crear dos Unidades de Media Estancia para infancia y adolescencia, con una dotación mínima de 30 camas, asegurando una tasa no inferior a 3,5 camas por cada 100.000 habitantes menores de 18 años.

Acción 3.6.

Elaborar e implementar Planes de Actuación específicos para los Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y para los Trastornos del Espectro Autista (TEA).

Acción 3.7.

Disponer de 22 Unidades de Prevención Indicada para la atención a adolescentes con consumos problemáticos de sustancias y adicciones conductuales.

Acción 3.8.

Disponer de una Comunidad Terapéutica, con una dotación no inferior a 20 plazas, dirigida al tratamiento especializado de población adolescente con trastornos adictivos.

LECTURA

