



Mª Inés Hidalgo Vicario  
Directora Ejecutiva de *Pediatría Integral*

“ El pediatra de Atención Primaria es el profesional que mejor conoce el desarrollo del niño y su situación familiar, por ello debe indagar en todas las revisiones periódicas de salud así como de forma oportunista y colaborar con otros profesionales en el diagnóstico y tratamiento precoz de los trastornos mentales ”

## Editorial

### EL PEDIATRA Y LA SALUD MENTAL

Según la Sección de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente de la UEMS (*Union Européenne des Médecins Spécialistes*), la Psiquiatría infantojuvenil es una especialidad médica centrada en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales y los trastornos psicológicos de niños y jóvenes desde los 0 hasta los 18 años (en algunos países se extiende hasta los 21 años). Además de los psiquiatras infantiles, otros especialistas como pediatras, psicólogos, pedagogos, psicoterapeutas o asistentes sociales, contribuyen también al bienestar mental de esta población. Por ello, se prefiere utilizar la expresión “salud mental infantil”.

La OMS en 2005, define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. Trasladado a la edad pediátrica, se podría traducir como el desarrollo de las capacidades sociales y emocionales del niño que le permiten experimentar, regular sus emociones, establecer relaciones próximas y seguras y aprender. La salud mental es un proceso evolutivo y dinámico. En este proceso intervienen múltiples factores: hereditarios, un normal desarrollo neurobiológico, la educación familiar y escolar, el nivel de bienestar social, el grado de realización personal y una relación de equilibrio entre las capacidades del individuo y las demandas sociales.

Si las enfermedades pediátricas fueron el gran desafío del siglo XX, los trastornos mentales de los niños y adolescentes constituyen el gran desafío sanitario del siglo XXI. Entre un 10-22% de los niños y adolescentes, según los diferentes estudios, sufren trastornos psiquiátricos y sólo una quinta parte son correctamente diagnosticados. Además hay que destacar que existen otros niños y jóvenes, en número nada despre-

cialable, que tienen problemas que no cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno mental, pero que son fuente de sufrimiento. Estos niños también deben recibir ayuda y beneficiarse de una evaluación rigurosa y un tratamiento apropiado.

En 2010 se publicó el NCS-A (*The National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement*)<sup>(1)</sup>, un estudio representativo de 10.123 adolescentes de 13 a 18 años de EE.UU. El objetivo era valorar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en los jóvenes, mediante la realización de una entrevista estructurada cara a cara (criterios DSM-IV, más una versión de entrevista modificada de la OMS). El trastorno de ansiedad fue el más frecuente, 31,9%, seguido por los trastornos de la conducta, 19,1%, trastornos bipolares, 14,3%, y trastornos por consumo de drogas, 11,4%. Aproximadamente el 40% de los pacientes con un trastorno también cumplían criterios para otro tipo de trastorno a lo largo de la vida. En España no se han realizado a nivel nacional estudios epidemiológicos de prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población infantojuvenil. Existen encuestas en determinadas áreas geográficas que no permiten hacer generalizaciones y sitúan la prevalencia alrededor del 20%<sup>(2)</sup>.

Durante mucho tiempo se negó que los niños sufrieran trastornos mentales o se minimizó su importancia. Sin embargo, la realidad es bien distinta, más de la mitad de las enfermedades mentales de la población surgen en la infancia y nadie duda en el mundo científico que existe una continuidad entre los trastornos mentales infantiles y los de la vida adulta.

Los trastornos mentales pueden surgir en cualquier momento de la vida, la edad modula sus características clínicas. Los retrasos del desarrollo, el autismo y otros trastornos generalizados del desarrollo se manifiestan desde los primeros

meses de vida. Los problemas de comportamiento desde los dos años, los síntomas de ansiedad desde los 4-5 años o incluso antes, la depresión desde los 5-6 años, el consumo de sustancias desde los 11-12 años y la esquizofrenia con características similares a la del adulto desde los 14-15 años.

Tampoco hay duda respecto a la gravedad y serias consecuencias que tienen estos trastornos cuando no se tratan. La ausencia de diagnóstico y tratamiento condiciona seriamente el futuro, disminuye sus oportunidades educativas, vocacionales y profesionales, y supone un coste muy alto para las familias y la sociedad. No se debe olvidar que estos trastornos pueden prevenirse, otros tratarse y curarse y una gran mayoría de pacientes puede llevar una vida plenamente satisfactoria.

Entre los problemas sociales se encuentran: bajo rendimiento escolar, abuso de drogas, embarazo precoz, mayor riesgo de suicidio y autolesiones, violencia, delincuencia, estigma y exclusión social. Un porcentaje muy elevado termina en Centros de Menores y en el mundo de la delincuencia; es decir, lo que no hizo el sistema sanitario pasa a ser un problema del sistema judicial cuando ya es muy difícil poner remedio.

Una mala salud mental en la infancia se asocia con mayores tasas de enfermedad mental en la edad adulta, menor nivel de empleo e ingresos, problemas conyugales y actividad criminal. También conlleva un aumento de enfermedad física con una esperanza de vida reducida.

Las actuales políticas en salud deben orientarse a la prevención de trastornos y a la promoción de un adecuado desarrollo, objetivos cuyo logro comienza con la identificación de factores de riesgo (FR) de trastornos mentales, así como de factores protectores (FP). Estos FR y FP dependen del propio paciente (genético, intraútero), de los padres y del entorno.

El consumo de tabaco, alcohol y drogas durante el embarazo se asocia a problemas neurológicos, cognitivos y emocionales. El estrés de la madre en el embarazo se asocia con problemas conductuales en el hijo, una anoxia en el parto o un bajo peso al nacer se asocian con deterioro cognitivo. El trastorno mental paterno o materno altera la interacción padres-hijo, disminuye la capacidad para la crianza y educación apropiadas y favorece la conflictividad entre los padres. Hay grupos de especial riesgo como los marginados, los que han sufrido maltrato, y determinadas minorías.

**¿Cómo está la situación actual de la atención a la salud mental de niños y adolescentes en nuestro país?** Existe una falta de profesionales, no hay unos criterios homogéneos respecto al modelo de atención en las diferentes CC.AA. El rango de edad al que va dirigido la atención es muy dispar entre comunidades. En algunas se atienden los problemas de salud mental de 0 a 14 años, en otras de 0 a 15 y en las restantes de 0 a 18 años. Difieren las prestaciones, así como los tratamientos hospitalarios, ambulatorios o de urgencia, igualmente la coordinación con los recursos comunitarios.

Faltan equipos multidisciplinares, lo que dificulta que se den respuestas integrales y ajustadas a la problemática. Hay un desarrollo mínimo de Protocolos y Guías de Práctica Clínica de eficacia probada implantados en la red sanitaria. Todas estas deficiencias provocan un sufrimiento en las familias, una peor evolución de los trastornos y constituyen una carga para toda la sociedad<sup>(3)</sup>.

La atención a la salud mental debe atenerse a los principios de integridad, continuidad, coherencia y claridad que conforman la *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*<sup>(4)</sup>.

Los niños y los jóvenes tienen una entidad biopsicosocial propia, en permanente evolución e interacción con su entorno; dejan de ser una mera prolongación de los adultos, por lo que es precisa una planificación independiente e integrada con servicios específicos.

Los problemas mentales siguen siendo motivo de vergüenza para las familias y mucho más aun para los niños y los jóvenes, que disponen de menores recursos intelectuales y emocionales para enfrentarse con la crítica y el desprecio. Muchas familias se sienten culpables y temen el estigma asociado; por ello, se ocultan, no aceptan la realidad, retrasan la búsqueda de soluciones y el abordaje del problema, dificultando la posibilidad de mejoría. El desconocimiento fortalece el estigma, por lo que es esencial una estrecha comunicación, información y formación de los profesionales sanitarios, sistema educativo, las familias y la sociedad en general.

El **pediatra de Atención Primaria (AP)** es el profesional que mejor conoce el desarrollo del niño y su situación familiar, por ello debe estar atento e indagar en todas las revisiones periódicas de salud, así como de forma oportunista. Se deben tener en cuenta varios aspectos: a) a diferencia de los adultos no suelen consultar por problemas mentales, son los padres, por iniciativa propia o por recomendación de los profesores los que solicitan consulta; b) se debe considerar el desarrollo evolutivo de la persona; y c) la psicopatología difiere según la edad del paciente. Las actividades del pediatra de AP son:

- Prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Enseñar a los padres habilidades para la educación y el cuidado de sus hijos: en alimentación, sueño, el juego, las drogas, cómo establecer límites, resolver problemas, y prevenir el maltrato.
- Entrevista a la población infantojuvenil y a los padres de forma separada. Exploración completa e identificar los factores de riesgo y de protección del paciente y su entorno.
- Detectar la salud mental de los padres, ya que afecta al bienestar de los hijos.
- Detectar la salud mental de la población infantojuvenil: trastornos del sueño, depresión, ansiedad, miedos, fobias, tics, trastornos del comportamiento o conductas adictivas entre otros. Tener presente que muchos niños y adoles-

centes presentan síntomas físicos y consumo de drogas que traducen alteraciones psíquicas.

- Diferenciar entre una situación leve y pasajera (etapas naturales de la evolución, como rabietas infantiles o situaciones familiares transitorias, como el nacimiento de un hermano, duelos por fallecimiento o separación en la familia, etc.), donde las causas ceden por sí solas y solo es preciso tranquilizar a los padres explicando la normalidad del proceso, y un verdadero trastorno psiquiátrico (neurosis, psicosis, fobia invalidante, trastorno del comportamiento) que será preciso derivar al especialista.
- Apoyar al paciente y su familia en el tratamiento, colaborando en el seguimiento con otros profesionales, ya que el diagnóstico y tratamiento precoz es crucial para minimizar la repercusión negativa de estos trastornos.

## Bibliografía

1. Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication--Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010; 49(10): 980-9.
2. Gómez Beneyto M, Bonet A, Catalá MA, Puche E, Vila V. The prevalence of child psychiatric disorders in the city of Valencia. *Acta Psychiatrica Scand*. 1994; 89: 352-7.
3. Informe sobre la Salud Mental de niños y adolescentes. Grupo de Consenso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría y diferentes Sociedades Científicas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Abril 2008.
4. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Sanidad 2011. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. [En Línea]. [Fecha de consulta: 16 de noviembre 2012]. URL Disponible en <http://www.mspes.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>