

Guía de saúde infantil

actividades preventivas e de promoción
da saúde en pediatría de atención primaria

22. A prevención nos problemas de saúde mental



Edita: Xunta de Galicia

Consellería de Sanidade

Servizo Galego de Saúde

Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria

Lugar: Santiago de Compostela

Ano: 2020

Índice

22. A PREVENCIÓN NOS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL

Autores: Daniel Núñez Arias, María Tajés Alonso e Yolanda Triñanes Pego

22.1. INTRODUCCIÓN.....	5
22.2. PROMOCIÓN DA SAÚDE MENTAL E PREVENCIÓN PRIMARIA DOS SEUS TRASTORNOS.....	9
22.2.1. IDENTIFICACIÓN DOS SINAIS DE ALERTA.....	9
22.2.2. INTERVENCIÓN.....	10
22.3. RECOMENDACIÓNS.....	11
ANEXOS.....	12
ANEXO 22.1: SINAIS DE ALERTA PSICOPATOLÓXICAS.....	12
Sinais de alerta psicopatolóxicas no neonato, o/a lactante e o/a neno/a de idade preescolar (0 - 4 anos).....	12
Sinais de alerta psicopatolóxicas no neno e nena de idade escolar (5 - 11 anos).....	13
Sinais de alerta psicopatolóxica no/na púber e o/a adolescente (12 - 16 anos).....	15
BIBLIOGRAFÍA.....	18

22. A prevención nos problemas de saúde mental

Autores: *Daniel Núñez Arias, María Tajés Alonso e Yolanda Triñanes Pego*

22.1. INTRODUCCIÓN

A saúde mental é aquel estado de benestar emocional no que a persoa é consciente das súas propias capacidades, pode afrontar as tensións normais da vida, traballar de xeito frutífero e contribuír a súa comunidade^{1,2}. Desde este punto de vista, a promoción da saúde mental é un factor clave, tanto para as persoas como para a sociedade.

Debido a que a maioría dos trastornos mentais comezan na infancia e na adolescencia, a prevención nesta etapa da vida é fundamental^{3,4}.

A prevención dos trastornos mentais debe incidir en aqueles determinantes que teñen unha influencia causal ou predispoñen ao seu padecemento, en aumentar a dispoñibilidade e/ou a influencia dos factores protectores e en reducir a probabilidade de que os nenos e nenas desenvolvan ou progresen cara unha psicopatoloxía. Os factores de risco están asociados a unha maior probabilidade de presentar a enfermidade, ou a que esta se presente de xeito máis prolongado ou grave. Os factores protectores incrementan a resistencia das persoas a estes factores de risco e aos trastornos^{1,5} ([Táboas 22.1](#) e [22.2](#)).

Existe unha forte evidencia sobre como inflúen os factores de risco e de protección do debut dos trastornos mentais. Poden ser factores de índole individual, familiar, social, económico e do medio ambiente. A presenza dun único factor de risco non adoita levar ao padecemento dun trastorno; adoita ser preciso o efecto acumulativo de varios factores de risco e a ausencia de factores protectores¹.

A atención á saúde mental dos/das menores implica tamén ao conxunto de intervencións levadas a cabo para favorecer o desenvolvemento social, emocional e persoal, e polo tanto non debe entenderse exclusivamente como a atención aos trastornos psiquiátricos.

A atención primaria (AP) é o ámbito idóneo para a abordaxe preventiva dos problemas psicosociais e os trastornos mentais, por tres razóns^{6,7}:

- A primeira, porque probablemente sexa, xunto coa escola, o dispositivo co que contactan maior número de persoas ao longo do ano e da vida de cada un/unha deles/as.
- En segundo lugar, porque múltiples investigacións apuntan a que os/as adolescentes con trastornos mentais ou conflitos psicosociais consultan de forma repetida con AP.
- En terceiro lugar, porque, a niveis pragmático e sanitario, os/as profesionais de AP teñen coñecemento do contexto e da situación familiar e poden detectar precozmente situacións de risco nas consultas programadas de saúde infantil.

Isto xunto coa capacidade do persoal sanitario de levar a cabo intervencións promotoras do benestar psicolóxico, outórganlle un papel prioritario na prevención e detección de posibles problemas ou trastornos mentais.

Algunhas estimacións apuntan a que actualmente, aproximadamente o 30 % das consultas de pediatría fan referencia a dúbidas ou conflitos sociolóxicos ou psicosociais propios das familias, ademais de dúbidas e conflitos de crianza, de desenvolvemento ou de condutas que cómpre promover ou evitar.

Táboa 22.1. Factores de risco de enfermidade mental infanto-xuvenil

<p>Asociados á concepción e xestación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Xestación en nais adolescentes. • Verbalización de non desexar a xestación ao final da mesma. • Fillos/as concibidos/as tras agresións sexuais. • Morte de irmáns/ás ou familiares directos durante a xestación. • Embarazo de risco. • Enfermidades materno-fetais graves. • Consumo de substancias psicoactivas (tabaco, alcohol, cánnabis...). • Ausencia de seguimento de coidados perinatais. • Depresión perinatal.
<p>Circunstancias perinatais adversas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Partos gravemente distócicos. • Prematuridade. • Sufrimento fetal/perinatal. • Recentemente nado/a con malformacións ou enfermidades conxénitas. • Separación prolongada nai - bebé. • Hospitalización prolongada nai/recentemente nado/a.
<p>Trazos temperamentais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidade ou tristura relevante. • Alteracións no sono, alimentación ou hábitos de evacuación persistentes. • Reaccións excesivas a estímulos. • Dificultades de adaptación aos cambios ambientais. • Inhibición condutual. • Retraemento social. • Rexeitamente ao descoñecido. • Vinculación ansiosa á nai ou figura de apego.
<p>Enfermidades crónicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asma, obesidade, diabetes, epilepsia. • Déficits sensoriais ou enfermidades do SNC. • Enfermidades metabólicas que orixinan déficit funcional ou importante ansiedade nos proxenitores.
<p>Acontecementos vitais traumáticos ou estresantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Falecemento de familiares de primeiro grao ou persoas achegadas. • Separación dos proxenitores. • Hospitalización prolongada do/da menor ou dos seus proxenitores. • Cambios ou dificultades escolares. • Acoso escolar (<i>bullying, cyberbullying</i>). • Ausencias prolongadas dun dos proxenitores, familias monoparentais. • Crise socioeconómica familiar.

Táboa 22.1. Factores de risco de enfermidade mental infanto-xuvenil

Factores de risco familiares ou características dos pais e nais	<ul style="list-style-type: none"> • Apego ansioso, rexeitamento primario ou secundario. • Trastornos mentais graves (trastornos delirantes, esquizofrenia, trastornos afectivos, intentos de suicidio, trastornos da personalidade). • Abuso de substancias psicoactivas (alcohol, cánnabis...). • Neglixencia, abandono. • Violencia doméstica. • Falta de contacto afectivo e lúdico.
---	--

Fonte: elaboración propia.

Táboa 22.2. Factores protectores de enfermidade mental

Socioeconómicos e ambientais	<ul style="list-style-type: none"> • Participación social. • Acceso a servizos sociais de apoio.
Persoais	<ul style="list-style-type: none"> • Boa capacidade de afrontamento do estrés. • Boa capacidade de adaptación aos cambios. • Axeitada estimulación cognitiva e social. • Exercicio físico. • Apego seguro. • Parentalidade positiva. • Adestramento no manexo de conflitos. • Adestramento no manexo do estrés. • Soporte social e familiar axeitado. • Boa autoestima

Fonte¹: World Health Organization (WHO). Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy supports. Summary report. Geneva: WHO; 2004. Dispoñible en: https://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf.

Unha inadecuada abordaxe dos problemas relacionados coa saúde mental dos nenos e nenas redonda no sufrimento da persoa e da súa familia, así como no menoscabo do funcionamento escolar e social, e nunha maior utilización dos servizos sanitarios e sociais⁷. Máis da metade dos problemas de saúde mental na poboación xeral iníciáanse na infancia, existindo unha continuidade entre esta situación e os trastornos de saúde mental na idade adulta⁴. En España estímase que o 1 % dos/das menores presentarán un trastorno relacionado coa saúde mental, e que o 2,2 % terán algún trastorno de conduta⁸. A prevalencia é maior na adolescencia que na nenez⁹. Na [Táboa 22.3](#) preséntanse os trastornos mentais máis frecuentes segundo grupo de idade.

Táboa 22.3. Trastornos mentais máis frecuentes segundo grupo de idade no ámbito pediátrico	
Preescolar	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno do neurodesenvolvemento. • Trastornos do vínculo e da comunicación. • Trastornos da linguaxe. • Alteracións en funcións: sono, alimentación, control de esfínteres.
Escolares	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos da conduta. • Trastornos da aprendizaxe. • Trastornos do neurodesenvolvemento. • Trastornos de ansiedade.
Adolescencia	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de tóxicos. • Trastornos afectivos. • Trastornos da conduta alimentaria.

Fonte⁹: modificado de Carballal Mariño M, Gago Ageitos A, Ares Álvarez J, Del Rio Garma M, García Cendón C, Goicoechea Castaño A, et al. Prevalencia de trastornos del neurodesarrollo, comportamiento y aprendizaje en atención primaria. An Pediatr (Barc). 2018;89:153-61.

22.2. PROMOCIÓN DA SAÚDE MENTAL E PREVENCIÓN PRIMARIA DOS SEUS TRASTORNOS

22.2.1. IDENTIFICACIÓN DOS SINAIS DE ALERTA

Os sinais de alerta son datos que lle serven ao persoal sanitario responsable da atención do/da neno/a ou adolescente, como identificador de que a situación non segue un curso normalizado e é necesario un seguimento máis estrito, pola posibilidade de desenvolver un trastorno mental. Estes datos poden partir dunha demanda directa dos proxenitores ou acompañantes do/da paciente, ou a través da anamnese dos/das profesionais.

Fonte de información: nas primeiras etapas da vida, os signos de alerta poden identificarse durante as revisións periódicas do Programa de saúde infantil. Na segunda etapa os signos poden ter orixes máis variadas (por exemplo a familia ou o ámbito educativo). Durante a adolescencia éntrese nun período complexo, tanto polas peculiaridades propias das condutas desta etapa, como pola diminución na frecuentación das consultas sanitarias.

Signos e síntomas de alerta: é importante ter en conta que no ámbito da saúde mental non existe ningún signo ou síntoma que poida ser considerado patognomónico dun trastorno específico, polo que o persoal facultativo debe ter cautela á hora de establecer un diagnóstico de certeza. A regra xeral fala dunha serie de síntomas e signos, mantidos no tempo, que non corresponden co desenvolvemento habitual da personalidade e non responden a recomendacións convencionais ([Anexo 22.1](#)).

Debido á súa prevalencia e importancia, consideramos axeitado realizar unha mención especial nesta epígrafe á **depresión infanto-xuvenil**. Actualmente non hai evidencia suficiente para implementar un programa de cribado universal no ámbito de AP. Non obstante, debido a que adoita infradiagnosticarse e á relación con condutas suicidas, é recomendable que o persoal sanitario de AP estea familiarizado no recoñecemento de síntomas depresivos, na aplicación de técnicas psicoterapéuticas básicas, e teñan unha vía de coordinación áxil cos servizos de saúde mental infanto-xuvenil¹⁰.

22.2.2. INTERVENCIÓN

A clave, como xa avanzamos na epígrafe previa é a detección daqueles casos nos que existe un sufrimento ou malestar psicolóxico por parte do/da neno/a ou adolescente (por un acontecemento traumático, por unha acumulación de factores de risco, por unha vulnerabilidade especial, ou por un trastorno afectivo) e avaliar a capacidade tanto por parte do/da paciente, como dos familiares e o contorno para facerlle fronte. Unha vez detectado, as intervencións variarán en función da sospeita diagnóstica.

A intervención virá da man de coñecer: como está afectándolle ao/á neno/a ou adolescente a situación (a través da anamnese), a súa vulnerabilidade e os recursos cos que conta para afrontala. Resulta tamén imprescindible traballar coas familias ou persoal coidador, tanto para obter outro punto de vista da situación, como para informar da existencia do problema, das estratexias a seguir e facer recomendacións ao respecto. A maiores da familia ou coidadores/as, a información dos gabinetes psicopedagóxicos das escolas, poden orientar a coñecer a repercusión que está a ter no ámbito educativo e a poñer en marcha intervencións integrais e holísticas coa participación do persoal sanitario, os propios nenos e nenas, as súas familias ou persoas achegadas e o ámbito educativo.

A coordinación cos servizos de saúde mental e os servizos sociais tamén será crucial para unha atención integral e coordinada^{11,12}.

22.3. RECOMENDACIÓNS

Reflexionar na historia clínica a existencia de factores de risco ([Táboa 22.1](#)), especialmente de antecedentes familiares de trastorno mental, mostrando especial atención á psicose, aos trastornos adictivos e aos trastornos afectivos¹⁰.

Ante a sospeita dun problema emocional, trastorno mental ou situación de risco psicosocial, favorecer un espazo que permita recoller directamente do/da menor información sobre as súas vivencias e experiencias e favorecer o diálogo sobre o malestar psicolóxico¹³.

Ofrecer información que axude a entender os problemas de saúde mental e poñer en marcha intervencións adaptadas ao ámbito de AP (por exemplo psicoeducación, técnicas de autoaxuda)¹⁰.

Identificar sinais de alerta segundo o período evolutivo no que se atope o/a neno/a, facendo especial énfase en aqueles relacionados cos trastornos mentais máis frecuentes ([Táboa 22.3](#), [Anexo 22.1](#)).

Establecer canles de comunicación para a coordinación con outros/as profesionais do sistema sanitario (especialmente unidades de saúde mental infanto-xuvenil) e axentes involucrados (ámbito educativo, servizos sociais...), co obxectivo de ofrecer unha atención integral e coordinada e garantir a continuidade dos coidados^{6,14}.

ANEXOS

ANEXO 22.1: SINAIS DE ALERTA PSICOPATOLÓXICAS^{6,14,15,16}

SINAIS DE ALERTA PSICOPATOLÓXICAS NO NEONATO, O/A LACTANTE E O/A NENO/A DE IDADE PREESCOLAR (0 - 4 ANOS)

- Desviacións respecto ao Programa de saúde infantil: dependendo da duración e intensidade da desviación e o medio sociocultural.
- Trastornos da alimentación e da deglutición.
 - Inapetencia persistente.
 - Atrazo na alimentación con sólidos.
 - Vómitos ou regurxitacións reiteradas.
 - Pica.
 - Neno/a que habitualmente é forzado a alimentarse.
- Trastornos do sono: insomnio ou hipersomnia persistentes.
- Trastornos da comunicación e a relación.
 - Non ri, non mira, non fala (segundo os límites sinalados no Programa de saúde infantil).
 - Non responde aos estímulos sociais.
 - É difícil de calmar, baixa tolerancia á frustración: choro superior a tres horas.
- Evidencia de malos tratos.
- Atrazo no desenvolvemento psicomotor, da fala ou da linguaxe.
 - Movementos estereotipados e repetitivos.

- Atrasos significativos no desenvolvemento da fala (expresivos, receptivos ou mixtos).
- Anomalías no xogo e na escolaridade precoz:
 - Problemas cos/coas compañeiros/as (agresividade excesiva, illamento, etc.).
 - Problemas crónicos na gardaría ou escolarización precoz.
- Circunstancias dos proxenitores, xerais ([Táboa 22.1](#)) e específicas desta idade.
- Condutas inadecuadas dos proxenitores respecto aos coidados de alimentación, sono e control dos esfínteres.

SINAIS DE ALERTA PSICOPATOLÓXICAS NO NENO E NENA DE IDADE ESCOLAR (5 - 11 ANOS)

- Hipercinesia.
 - Alteracións da atención.
 - Movemento excesivo.
- Impulsividade.
- Signos depresivos.
 - Tristeza.
 - Apatía.
 - Irritabilidade.
- Trastornos da comunicación/relación.
 - Desconexión da realidade.
 - Illamento cos/coas compañeiros/as ou cos proxenitores.

- Agresividade e outros problemas relacionados cos/coas compañeiros/as ou cos proxenitores.
- Trastornos por ansiedade.
- Fobias.
- Rituais obsesivos.
- Trastornos do sono ou de ir durmir, mantidos.
- Manifestacións somáticas de trastornos emocionais.
 - "Queixas de dor de cabeza" e cefaleas.
 - Abdominalxias.
 - Vómitos e náuseas.
 - Alteracións do control dos esfínteres.
 - Síntomas conversivos e "preconversivos".
- "Afección ou vinculación ansiosa", con "dependencia excesiva".
 - "Vinculación ansiosa" cara á nai.
- Atraso nas adquisicións progresivas da autonomía.
- Factores dependentes dos proxenitores, xerais ([Táboa 22.1](#)) e específicos desta idade.
 - Condutas dos proxenitores non adecuadas á idade do/da neno/a.
 - Proxenitores que non saben orientar o desenvolvemento, as necesidades ou os límites do/da neno/a neste período.
 - Ausencia de pai ou nai que sirvan como modelo de identificación.
 - Proxenitores que non toleran a autonomía progresiva do neno/a.

- Fracaso escolar con disharmonías evolutivas.
 - En todas ou case todas as materias.
 - Máis de dúas repeticións.
 - Disociación importante e mantida entre materias ou entre as materias que implican linguaxes e o resto.
 - Inhibición e bloqueo intelectual global.

SINAIS DE ALERTA PSICOPATOLÓXICA NO/NA PÚBER E O/A ADOLESCENTE (12 - 16 ANOS)

- Trastornos da conduta.
 - Agresividade en grupo ou illada.
 - Condutas antisociais.
- Trastornos emocionais
 - Depresión.
- Trastornos da alimentación.
 - Anorexia.
 - Bulimia.
 - Dietas restritivas e ritualizadas.
 - Obsesión por adelgazar.
- Trastornos por ansiedade.
 - Fobias.
 - Obsesións e compulsións.
 - Crises de angustia.

- Manifestacións somáticas de trastornos emocionais.
 - "Queixas de dor de cabeza" e cefaleas.
 - Abdominalxias.
 - Vómitos e náuseas.
 - Alteracións do control dos esfínteres.
- Drogodependencia ou abuso de drogas.
- Trastornos na comunicación ou relación.
 - Conflitos destrutivos con violencia.
 - Abandono do fogar.
- Nenos/as con problemas coa xustiza.
 - Nenos/as con protección xudicial.
- Factores dependentes dos proxenitores, xerais ([Táboa 22.1](#)) e específicos desta idade.
 - Proxenitores con importantes problemas de intolerancia polas crises da adolescencia.
 - Proxenitores que non aceptan a autonomía progresiva dos fillos.
 - Proxenitores que necesitan separarse do/da neno/a ou que lle fan unha demanda excesiva de autonomía.
 - Proxenitores que negan radicalmente os conflitos co/coa fillo/a.
 - Choques relacionais, destrutivos ou con violencia, reiterados, entre un proxenitor e o/a fillo/a.
 - Funcións parentais substituídas.
- Circunstancias socioeconómicas graves da familia.

- Fracaso escolar.
 - Repeticións ou expulsións definitivas.
 - Rapaces e rapazas illados/as na casa, sen cursar estudos e sen traballar.
 - "Hiperresponsabilidade" e focalización excluínente nos estudos.
- Aborto na adolescencia.
- Alta frecuentación ou demanda espontánea de axuda psicolóxica nos equipos de AP, sociais ou de saúde mental.
 - Alta frecuentación aos servizos sanitarios, centros de saúde mental ou servizos sociais.
 - Neno/a que acode "para o mesmo" repetidamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization (WHO). Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy supports. Summary report. Geneva: WHO; 2004. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf.
2. World Health Organization (WHO). Mental health: strengthening our response. Geneva: WHO; 2018. Disponible en: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
3. Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44(10):972-86.
4. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):593-602.
5. O'Loughlin K, Althoff RR, Hudziak JJ. Health promotion and prevention in child and adolescent mental health. En Rey JM, editor. *IACAPAP e-Textbook of child and adolescent mental health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2017. Disponible en: <https://iacapap.org/content/uploads/A.14-PREVENTION-2017.pdf>.
6. Buitrago Ramirez F, Ciurana Misolb R, Chorcrón Bentatac L, Fernández Alonso C, García Compay J, Montón Francof C, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS 2018. *Aten Primaria*. 2018;50(1):83-108.
7. Friedman RM, Katz-Leavy JW, Manderscheid RW, Sondheimer DL. Prevalence of serious emotional disturbance in children and adolescents. En: Manderscheid RW, Sonnenschein MA, editores. *Mental Health, United States*. Rockville, MD: US Dept Health Human Services; 1996. p. 71–89.
8. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta nacional de salud España 2011/2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2014.

Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>.

9. Carballal Mariño M, Gago Ageitos A, Ares Álvarez J, Del Rio Garma M, García Cendón C, Goicoechea Castaño A, et al. Prevalencia de trastornos del neurodesarrollo, comportamiento y aprendizaje en atención primaria. *An Pediatr (Barc)*. 2018;89(3):153-61.

10. Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia. Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia. Actualización. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de asesoramiento científico-técnico (Avalia-t); 2018.

Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_575_Depresion_infancia_Avaliat_compl.pdf.

11. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; Committee on Health Care Access and Economics Task Force on mental health. Improving mental health services in primary care: reducing administrative and financial barriers to access and collaboration. *Pediatrics*. 2009;123:1248-51.

12. Fernández Alonso MC, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, García Campayo L, Montón Franco C, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental. *Aten Primaria*. 2012;44(1):52-6.

13. March R. Claves para la intervención con menores acogidos en recursos residenciales, que presentan conductas problemáticas. *Intervención Psicosocial*. 2007;16(2):213-27.

14. Jiménez Pascual A. Detección y atención precoz de la patología mental en la primera infancia. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2002;XXII(82):115-26.

15. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Recomendaciones para la atención a los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2004.

16. Consejería de Sanidad. Programa de atención a la salud mental infanto-juvenil de la

Comunidad de Canarias. Las Palmas: Gobierno de Canarias; 2006. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/411a613b-f82c-11dd-b1fa-a5269341ea94/Salud_mental.pdf.

