



Introducción

Para la psiquiatría infantil la detección precoz es fundamental, ya que en la infancia, detectar las enfermedades mentales es mucho más trascendente y mucho más difícil que en otras edades. Esta dificultad nace, entre otros aspectos, de la capacidad verbal del niño, de la necesidad de utilizar información proveniente de los padres y personas que conviven con el niño 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*. En este sentido, durante el período de vigencia del Plan de Salud se pondrá en marcha el Programa de Atención a la Salud Mental Infanto– Juvenil en todas las áreas de la Comunidad Autónoma

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 contando con la colaboración del personal de salud mental.

■ **La primera infancia** (hasta los 6 años de edad aproximadamente), es clave en los procesos madurativos y evolutivos. En esta etapa el trastorno mental grave (TMG) está relacionado con la aparición de trastornos del desarrollo; trastornos de la vinculación y la comunicación; rasgos psicóticos; trastornos del habla y del lenguaje; trastornos graves y persistentes de funciones tales como el sueño, la alimentación, el control de esfínteres, psicomotrices, etc. Estos síntomas a menudo presentan su dimensión deficitaria, por lo que no siempre son detectados por el entorno del niño.

La sospecha de un TMG en esta etapa viene dada por distintas imágenes, 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. No siempre evolucionan hacia un trastorno grave del desarrollo, ya que muchos casos mejoran con la intervención terapéutica precoz. En esta etapa, no siempre se cumplen los criterios de autismo o de una psicosis infantil, pero se puede *diagnosticar el trastorno generalizado del desarrollo sin especificar* (CIE-10) 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.

■ **En la segunda infancia** (desde los 6 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 pro-

blemática 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 a través de su conducta y este hecho provoca dificultades de contención en los ámbitos educativos (IES y otros). A veces puede comportar la expulsión, o la ausencia de vínculo social, que les puede inducir a prácticas de riesgo para sí mismos y para los demás. En esta etapa (pubertad– adolescencia), 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 (debut): los primeros brotes psicóticos, depresiones, trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y trastornos bipolares (manías).

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 en situación de riesgo de sufrirlo especialmente, un objetivo fundamental que se plantea es que ante la sospecha de TMG desde cualquier dispositivo, **se haga una interconsulta urgente o sean derivados lo más rápidamente posible a la Unidad de Salud Mental Comunitaria, donde serán acogidos de manera inmediata**. Para ello es necesario dar a conocer las herramientas de detección en todos los recursos fundamentalmente educativos, en los que se atienden a los niños y adolescentes, incluyendo 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 otras.

Así pues, la implicación de los pediatras, enfermería pediátrica, matrona y trabajador/a social del EAP es imprescindible puesto que:

- La atención primaria es el primer peldaño del sistema sanitario.
- Tienen una relación continuada con el niño y la familia, y pueden establecer una relación de con-

fianza 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
- Detectan y actúan sobre situaciones de riesgo social

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

- Establecer una saludable y empática relación entre el personal sanitario, 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 alarma 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 halla incluido en el programa de atención específica a los TMG.

■ El papel de los profesionales de los centros 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 orientación psicopedagógica (EOEP) de educación una valoración cuando lo estimen necesario. Este equipo es el que 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 municipales

Los servicios sociales municipales tienen definidas sus competencias en el marco del Plan Concertado, Ley de Servicios Sociales y Ley Integral del Menor.

La coordinación de los servicios sociales con el EAP se desarrolla en un apartado específico de este Programa.

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

Protocolo de salud mental infantil y juvenil

La **detección precoz de los trastornos psicopatológicos** de los niños y adolescentes está por definición en la Atención Primaria de Salud, fundamentalmente en los pediatras y enfermeras de pediatría 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** toda característica del niño/a y del adolescente o cualquier circunstancia de su entorno que comporte una mayor posibilidad de trastornos psicopatológicos que en población general. Los factores de riesgo son de tipo físico, psicológico y/o social.

Se entiende por **señales de alerta** aquel signo, síntoma o conjunto de manifestaciones que, si aparecen a determinada edad, han de hacer pensar inmediatamente en una posibilidad de trastorno psicopatológico.

| FACTORES DE RIESGO psicopatológico infantojuvenil (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 |
| Características temperamentales difíciles (fuera de la edad típica y persistentes en el tiempo) | <ul style="list-style-type: none"> • Temperamento difícil • Irritabilidad o tristeza importantes • Irregularidades en los hábitos básicos de comer, dormir y evacuar • Reacciones excesivas a los estímulos, desmesuradas • Dificultades en las adaptaciones a los cambios del medio: personas, objetos, alimentos... • Inhibición conductual (predictor de trastorno ansiedad) • Apatía, lentitud o dificultad de responder • Retraimiento social • Rechazo de lo desconocido • Vinculación ansiosa a la madre o figura sustitutiva • Activación vegetativa intensa en esas u otras circunstancias |
| Enfermedades crónicas | <ul style="list-style-type: none"> • Asma, obesidad, convulsiones, diabetes, neoplasias, sida • Déficit sensoriales y secuelas de enfermedades del SNC • Enfermedades metabólicas que originan déficit o importante ansiedad en los padres |
| Situaciones traumáticas puntuales | <ul style="list-style-type: none"> • Muerte de uno de los padres o de un hermano • Separación de los padres • Nacimiento de hermanos (en familias vulnerables) • Hospitalización prolongada (del niño o de familiares o allegados próximos) • Cambios escolares importantes • Ausencias prolongadas de uno o de los dos progenitores • Derrumbe socioeconómico familiar |

| FACTORES DE RIESGO psicopatológico infantojuvenil (Cualquiera que sea la edad del niño) (Cont.) | |
|--|---|
| Características de los padres | <ul style="list-style-type: none"> • 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 • 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... • 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 • Somatizaciones reiteradas • Consultas, exploraciones y hospitalizaciones reiteradas • Consulta en múltiples instituciones • Institucionalización prolongada |
| Evidencia de malos tratos físicos o psíquicos | <ul style="list-style-type: none"> • Según los indicadores específicos del Programa |
| Circunstancias socioeconómicas muy desfavorables | <ul style="list-style-type: none"> • 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 |

| 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 | <ul style="list-style-type: none"> • Dependiendo de la duración e intensidad de la desviación y el medio sociocultural |
| Trastornos de la alimentación y/o la deglución | <ul style="list-style-type: none"> • Inapetencia persistente • Retraso en la alimentación con sólidos • Vómitos o regurgitaciones reiteradas funcionales: Cuando se acompañan de reacciones emocionales intensas de intentos de vomitar • Después de comer en niños anoréxicos • Mericismo y pica • Trastornos digestivos de origen funcional • Estreñimiento o diarreas crónicas • Niño que habitualmente es forzado a alimentarse |
| Trastornos del sueño persistentes | <ul style="list-style-type: none"> • Insomnio con llanto (más de 4 semanas) • Insomnio bizarro acompañado de actividades motrices • Gran insomnio (con desvinculación y evitación del contacto) • Insomnio silencioso • Hipersomnia y poca reactividad |
| Trastornos del comportamiento | <ul style="list-style-type: none"> • Crisis de cólera • Oposicionismo – negativismo • Conductas agresivas • Baja tolerancia a la frustración (niño muy difícil de calmar) |
| Temores y trastornos relacionales | <ul style="list-style-type: none"> • Temores y evitación sistemática de situaciones (fobias) • Intensa timidez y rechazo del contacto • Problemas importantes con los compañeros (agresividad excesiva o aislamiento) |
| Trastornos graves de la comunicación/relación | <ul style="list-style-type: none"> • Falta de contacto: no ríe/no mira/no habla (dentro de los límites señalados en el programa de Salud Infantil) • No responde a los estímulos sociales o alterna el apego excesivo con la falta de contacto • Es difícil de calmar, baja tolerancia a la frustración • Habla que sigue un patrón peculiar: ecolalia, verborrea, hiperinterrogación... |
| Retraso en el desarrollo psicomotriz, del habla o del lenguaje | <ul style="list-style-type: none"> • 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 | <ul style="list-style-type: none"> • 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 (ídem) |
| Circunstancias de los padres, generales y específicas de esta edad | <ul style="list-style-type: none"> • Conductas inadecuadas de los padres respecto a los cuidados de alimentación, sueño y control de los esfínteres |

| SEÑALES DE ALERTA psicopatológicas en el niño de edad escolar (5– 11 años) | |
|---|---|
| Hipercinesia | <ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones de la atención • Movimiento excesivo • Impulsividad |
| Signos depresivos | <ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Apatía, pérdida del interés • Irritabilidad |
| Trastornos de la comunicación/relación | <ul style="list-style-type: none"> • 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 | <ul style="list-style-type: none"> • Fobias • Rituales obsesivos • Trastornos del sueño o del irse a dormir, mantenidos |
| Manifestaciones somáticas de trastornos emocionales | <ul style="list-style-type: none"> • «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» | <ul style="list-style-type: none"> • «Vinculación ansiosa» hacia la madre o hacia los otros • Retraso en las adquisiciones progresivas de la autonomía |
| Factores dependientes de los padres, generales y específicos de esta edad | <ul style="list-style-type: none"> • Conductas de los padres no adecuadas a la edad del niño • Padres que no saben orientar el desarrollo, las necesidades o los límites del niño en este período • Ausencia de padre o madre que sirvan como modelo de identificación • Padres que no toleran la autonomía progresiva del niño |
| Fracaso escolar con disarmonías evolutivas | <ul style="list-style-type: none"> • En todas o casi todas las asignaturas • Más de dos repeticiones • Disociación importante y mantenida entre asignaturas o entre las asignaturas que implican lenguajes y el resto • Inhibición y bloqueo intelectual global |

| SEÑALES DE ALERTA psicopatológicas infantojuveniles en el púber y adolescente(12 - 22 años) | |
|--|---|
| Niños con problemas con la justicia | <ul style="list-style-type: none"> • Niños con protección judicial • Niños o muchachos con problemas con la justicia repetitivos • Niños sometidos a medidas judiciales |
| Trastornos de la conducta | <ul style="list-style-type: none"> • Agresividad en grupo o aislada • Conductas antisociales • Abandonos del hogar familiar reiterados o en malas condiciones |
| Trastornos de la alimentación | <ul style="list-style-type: none"> • Anorexia • Bulimia • Dietas restrictivas y ritualizadas, obsesión por adelgazar |
| Trastornos por ansiedad | <ul style="list-style-type: none"> • Fobias • Obsesiones y compulsiones • Crisis de angustia |
| Manifestaciones somáticas de trastornos emocionales | <ul style="list-style-type: none"> • Quejas de dolor de cabeza y cefaleas • Abdominalgias • Náuseas y vómitos • Alteraciones en el control de esfínteres |
| Otros cuadros psiquiátricos definidos | <ul style="list-style-type: none"> • Depresión/ideas de suicidio • Drogodependencia y/o abuso de drogas • Alucinaciones/delirio |
| Trastornos en la comunicación y/o la relación | <ul style="list-style-type: none"> • Conflictos destructivos con violencia |
| Factores dependientes de los padres, generales (tabla 1) y específicos de esta edad | <ul style="list-style-type: none"> • Padres con importantes problemas de tolerancia por las crisis de la 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 | <ul style="list-style-type: none"> • Especial atención a las señaladas en la tabla 1 (cualquier edad) |
| Fracaso en la escuela o el trabajo | <ul style="list-style-type: none"> • 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 | <ul style="list-style-type: none"> • 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 una cuidadosa anamnesis.

En caso de dudas se puede realizar el RCQ (Reporting Questionnaire for Children).

| CUESTIONARIO DE DETECCION PARA LOS NIÑOS (entre los 5 y 15 años) | | | |
|--|---|------|-----------|
| FECHA | | | |
| NOMBRE: | | EDAD | SEXO: V M |
| COLEGIO | Nunca fue al colegio | | |
| | Aún va al colegio | | |
| | 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 se 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 otros niños? | Sí | No |
| 10. | ¿El niño se orina o defeca en su ropa? | Sí | No |
| Total respuestas | | | |
| (Una o más respuestas afirmativas: interconsulta con salud mental)* | | | |

* El pediatra determinará la importancia del hecho y decidirá si es un acto fuera de la normalidad de este grupo de edad, que precise de una interconsulta con Salud Mental.

| Notas relativas a las preguntas del RQC (Reporting Questionnaire for Children) | |
|--|--|
| Pregunta 1 | <ul style="list-style-type: none"> Por anomalías del lenguaje hay que entender: el niño no habla o habla con mucha indecisión, o no habla claramente, o tartamudea, o su vocabulario es demasiado restringido para su edad. |
| Pregunta 2 | <ul style="list-style-type: none"> 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 | <ul style="list-style-type: none"> Asegúrese de que no se trata de caídas accidentales. |
| Pregunta 4 | <ul style="list-style-type: none"> En caso de necesidad, explicar que se entiende por dolor de cabeza todo dolor de la parte superior o posterior de la cabeza del que el niño se queje. Por dolores frecuentes se entiende al menos dos veces por semana durante un mes o más. |
| Pregunta 5 | <ul style="list-style-type: none"> No hay que entender por fugas el hecho de jugar con compañeros o quedar en la calle después de la hora permitida por los padres, sino 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 | <ul style="list-style-type: none"> 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 | <ul style="list-style-type: none"> Hay que dejar al padre o acompañante que juzgue por él mismo lo que entiende por «tener miedo o ponerse nervioso». |
| Pregunta 8 | <ul style="list-style-type: none"> El padre o acompañante debe estimar el retraso o la dificultad para aprender 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 | <ul style="list-style-type: none"> Sólo se marcará Sí cuando el niño no haya jugado casi nunca con otros niños desde hace al menos 3 meses. |
| Pregunta 10 | <ul style="list-style-type: none"> 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 – 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.

▣ Detección Precoz del autismo

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.

El CHAT (Checklist for Autism in Toddlers) es un cuestionario para determinar posibles casos de niños con autismo en la **exploración rutinaria de los 18 meses** (en niños con factores de riesgo).

Actualmente, el autismo se suele detectar 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 autistas o con TEA (evidencia A). Toddler: niño pequeño, entre 1 y 2 años de edad

SECCION A: PREGUNTAR AL PADRE/MADRE:

| | |
|--|---------|
| 1. ¿Disfruta 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 INTERES por algo? (*) | Sí / No |
| 8. ¿Sabe su hijo jugar adecuadamente con juguetes pequeños (p.ej. coches o bloques), y no sólo llevarse los a la boca, manosearlos o tirarlos? | Sí / No |
| 9. ¿Alguna vez su hijo le ha llevado objetos para MOSTRARLE algo? (*) | Sí / No |

SECCION B: OBSERVACION:

| | |
|--|-----------|
| 1. ¿Ha establecido el niño contacto ocular con usted 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(1)/ 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(2)/ No |
| 4. Diga al niño "¿Dónde está la luz?". ¿Señala el niño con su dedo índice a la luz? (*) | Sí(3)/ No |
| 5. ¿Sabe el niño construir una torre de bloques? Si es así, ¿cuántos? (Número de bloques.) | Sí / No |

(*) 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 Vd. 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.

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.

La Sección A evalúa 9 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 sanitario compruebe el comportamiento del niño, basándose sobre las respuestas de los padres dadas en la Sección A.

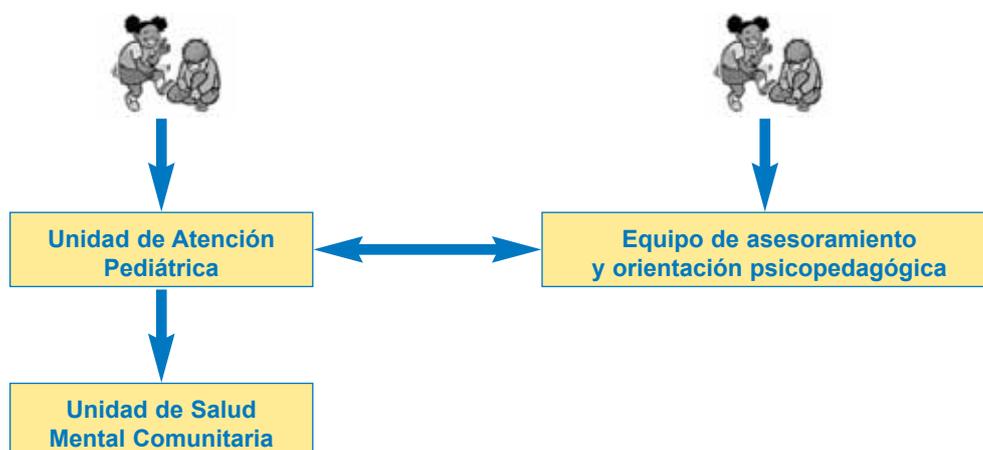
Si existe algún fallo o duda en la primera administración del CHAT al niño/a, al mes se realiza la segunda administración, en la que se profundiza sobre la evolución del niño/a con los padres y se realizan las recomendaciones y/o derivación.

■ Criterios de 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 Comunitaria de referencia, que se sintetizan en la siguiente tabla.

| Alteración detectada | Procedimiento |
|--|--|
| Un factor de riesgo | Seguimiento por Atención Primaria |
| Más de tres factores de riesgo | Seguimiento meticuloso por A. Primaria |
| Varias señales de alerta | Interconsulta / derivación a USMC |
| Factores de riesgo + señales de alerta | Interconsulta / derivación a USMC |

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



Atención específica según protocolo a los niños discapacitados en caso de diagnóstico.

Bibliografía:

1. "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 | Vol. 28. Supl. 2. Noviembre 121
2. "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
3. "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