

**Actividades de intervención
y cribado universales**

**SALUD
MENTAL**

SALUD MENTAL

Objetivos

El concepto de salud mental es más amplio que “la ausencia de enfermedad psíquica”, y hace referencia a un estado de bienestar subjetivo en el que se reconoce la propia autonomía, competencia y habilidades para el desempeño de las funciones propias del lugar que se ocupa en la sociedad. Por ello, la **promoción y prevención** en salud mental infantil es más que la detección de enfermedades, y concierne directamente al profesional de atención primaria, quien, en su quehacer diario, debe saber dar respuesta a las dificultades de tipo emocional y a los obstáculos para el desarrollo biopsicosocial de los niños/as y adolescentes, conocer los factores de riesgo y los protectores que puedan estar implicados en dicho desarrollo, reconocer los signos y síntomas de alarma de los trastornos psíquicos prevalentes en cada edad y debe contribuir asimismo de forma activa a eliminar el estigma y discriminación que sigue lastrando la enfermedad mental, especialmente en la infancia.

Población diana

De 0 a 14 años, teniendo en cuenta que existen unas peculiaridades del enfermar psíquico en la infancia y adolescencia:

- **Carácter dinámico y evolutivo** del psiquismo del niño, niña y adolescente, lo que obliga a una valoración “longitudinal” de las manifestaciones, y siempre en relación con la edad y el estado madurativo.
- **Continua interacción** entre el **contexto** sociofamiliar y educativo y las experiencias cognitivas, emocionales, motivacionales, psicomotoras y sociales a las que se va enfrentando. Así, sobre la base psicobiológica con la que cada individuo nace (genética y factores perinatales) la sucesión de experiencias van modelando su entramado psíquico, en ocasiones facilitando y en otras dificultando los procesos adaptativos y de desarrollo. El equilibrio entre factores de riesgo/factores protectores, por un lado, y vulnerabilidad / resistencia individual por otro, determina la susceptibilidad hacia el enfermar psíquico.
- **Vaguedad expresiva** en la manifestación de los problemas en la etapa infantil: los síntomas aislados con frecuencia no guardan relación con síndromes o alteraciones concretas, más bien la relación se establece con conjuntos de síntomas mantenidos en el tiempo.
- **Continuidad** entre las enfermedades mentales de la infancia con las de la vida adulta, lo cual refuerza la importancia de la detección e intervención precoz. El diagnóstico tardío o inexistente conlleva serias consecuencias para el desarrollo y limita las posibilidades educativas, vocacionales y profesionales, empeorando el pronóstico de los trastornos en la vida adulta.

- **Fragilidad:** no sólo el retraso en la detección, también la etiqueta precipitada o una intervención desafortunada puede tener efectos muy negativos a corto y largo plazo. De nuevo señalar la importancia de una visión de conjunto del niño y su entorno, evitando focalizar el problema en datos puntuales.

Periodicidad

En Todas las visitas de seguimiento del programa de salud infantil.

- En consultas a demanda específicas.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Actividades

Las actividades, encaminadas a la detección precoz de los problemas de salud mental, dependen de la naturaleza de los mismos, por lo que se describen brevemente los índices de sospecha y la actitud a tomar en cada caso.

1) TRASTORNO DE ANSIEDAD (DSM-IV-TR)

Incluye:

- Trastorno de ansiedad por separación
- Fobia social. Mutismo selectivo
- Fobia escolar
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)

Síntomas de alarma:

- No hay una línea divisoria clara entra la ansiedad adaptativa y la que dificulta la adaptación: se considera patológica la que interfiere el normal desarrollo de las actividades cotidianas, afecta al rendimiento escolar o provoca un sufrimiento manifiesto.
- En la edad preescolar y escolar: quejas somáticas repetidas y cambiantes, referidas a cualquier órgano o sistema (palpitaciones, insomnio, polaquiuria, mareos, dificultad respiratoria, prurito, cefalea...)
- En los adolescentes, además de estos síntomas: irritabilidad, exigencias, accesos de cólera.
- Rituales y manías absurdas, preocupaciones excesivas o injustificadas. Evitación reiterada de determinadas situaciones (escuela, salidas, relaciones sociales...)

Actitud:

- Orientaciones para el establecimiento de un vínculo saludable con las figuras de apego (ver tema específico).
- Diferenciar los miedos evolutivos propios de la infancia
- Entrenamiento en técnicas de relajación.
- Derivación a salud mental si estas medidas son insuficientes, se sospecha TOC o existen circunstancias familiares desfavorables.

2) TRASTORNOS DEL ÁNIMO (DSM-IV-TR)

Incluyen:

- Distimia
- Depresión
- Trastorno bipolar

Síntomas de alarma:

- En niños y niñas de 2 a 6 años: inhibición, irritabilidad, alteraciones del sueño y/o apetito, fallo de medro, pérdida del control de esfínteres, llanto inexplicable, falta de interés en los juegos.
- En edad escolar: tristeza, irritabilidad-agresividad, astenia, apatía, baja autoestima, disminución del rendimiento escolar, estancamiento del peso, alteraciones del sueño, quejas somáticas.
- Adolescentes: a los síntomas anteriores, se suman las conductas de oposición, el consumo de sustancias tóxicas, las ideas sobre la muerte y el suicidio.

Actitud:

- Es muy importante su detección por el riesgo de conductas suicidas (tercera causa de muerte en jóvenes) y de abuso de sustancias en adolescentes.
- Ante la sospecha por la intensidad y /o duración de los síntomas, por el deterioro de la vida familiar, social o académica, o por la presencia de factores sociofamiliares desfavorables: derivar a USMI.

3) TRASTORNOS DE LA CONDUCTA–TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO PERTURBADOR (DSM-IV-TR):

Incluyen:

- Trastorno negativista–desafiante
- Trastorno disocial.

Signos de alarma:

- Hostilidad, desobediencia y enfrentamiento a las figuras de autoridad, de forma mantenida en el tiempo y más allá de las consideradas propias de las etapas evolutivas (3-4 años y adolescencia).
- Indiferencia ante los sentimientos de los demás y ante las consecuencias de sus actos; falta de sentimientos de culpa y de arrepentimiento; crueldad con los animales.
- Accesos de cólera o pataletas impropios de la edad y circunstancias. Agresividad oral y/o física. Conductas destructivas
- En adolescentes: robo, mentiras, conductas sexuales de riesgo, absentismo escolar, abuso de sustancias, indiferencia ante el daño que provoca.

Actitud:

- Reforzar habilidades educativas parentales: evitar cualquier beneficio tras las conductas indeseables; establecer límites claros y firmes, concretando las consecuencias de la transgresión de los mismos; elegir la negociación antes que el castigo; descalificar las acciones, no al niño/a.
- Prevención de riesgos: educación sexual; educación sobre riesgos del consumo de drogas.
- Si por la intensidad de las manifestaciones o por el fracaso de las medidas anteriores, existe un grado importante de afectación de la convivencia familiar y/ o escolar, o bien se planteen situaciones que pongan en riesgo al propio menor o a sus familiares, profesores o compañeros: derivar a USMI.

4) TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

Incluye:

- TDAH con predominio de la hiperactividad-impulsividad
- TDAH con predominio de la inatención
- TDAH combinado

Síntomas de alarma:

- Movimiento y actividad excesiva, con frecuencia sin ningún objetivo. Dificultad para permanecer sentado. Locuacidad, cambiando de un tema a otro. Cambios continuos de juego. Dificultad para esperar su turno.
- Interrumpe las conversaciones, interfiere en el trabajo de los demás. Habla y actúa sin reflexionar. No mide el peligro.
- Se distrae con frecuencia, olvida el material escolar, los deberes... De varias órdenes, solo es capaz de retener una. Le cuesta terminar lo que empieza.
- Estos comportamientos deben aparecer en más de un contexto, prolongarse al menos 6 meses y comportar un grado suficiente de afectación de la vida familiar y escolar.
- Es importante constatar que estas quejas de los padres y profesores no se deban a un nivel bajo de tolerancia de los adultos o a reacciones ante conflictos intrafamiliares.

Actitud:

- Descartar defectos de audición y de visión.
- Solicitar informe psicopedagógico al equipo de orientación educativa
- Si cumple los criterios del DSM-IV (ver anexo), derivar a atención especializada, ya que:
 - 1) El correcto diagnóstico implica además de cumplir dichos criterios una evaluación cognitiva (de la atención, la impulsividad, el control inhibitorio), psicoeducativa y una observación directa de la conducta.
 - 2) Es importante el estudio y tratamiento de posibles patologías comórbidas, muy frecuentes en el TDAH: trastorno oposicionista desafiante, trastorno disocial, trastorno del ánimo, de ansiedad y de aprendizaje, abuso de sustancias tóxicas.
 - 3) El tratamiento debe ser multimodal: farmacológico, terapia conductual, reeducación psicopedagógica, apoyo al paciente y orientación a los padres y maestros.

La aplicación de escalas específicas para el TDAH es solo una herramienta más para completar el diagnóstico, éste no debe basarse exclusivamente en el resultado de las mismas.

5) TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO O TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Incluyen:

- Trastorno autista
- Trastorno de Asperger

- Síndrome de Rett
- Trastorno desintegrativo infantil
- Trastorno generalizado del desarrollo no especificado

Síntomas de alarma:

- Alteración del contacto visual: mirada periférica, mirada “a través” de los otros.
- Retraso o ausencia de lenguaje verbal, o bien un lenguaje peculiar, en su contenido y en las expresiones, rígido, monotemático, sin capacidad para el diálogo.
- Alteración de la comunicación gestual, de las expresiones faciales y las posturas.
- No responde ni mira cuando se le llama, sensación de “sordera”.
- No hay conductas prosociales espontáneas: no busca la expresión de su madre o su protección, no muestra o señala objetos, no pide, con frecuencia se aísla, no hay relación con los iguales.
- Movimientos repetitivos sin una finalidad, especialmente balanceo o aleteo de manos.
- Intereses restringidos, con apego inusual a algunos objetos o estímulos concretos.
- Uso peculiar de los juguetes y objetos: los ordena repetidamente, los manosea, los gira...sin utilizarlos realmente.
- Se contraría ante los cambios ambientales, con rabietas desproporcionadas.
- Para consultar los signos de alarma de TEA según edad: ver anexo 4.
- Ante la sospecha de Síndrome de Asperger: es útil la “Escala autónoma para la detección de Síndrome de Asperger y autismo de alto nivel de funcionamiento” (ver ANEXO)

Actitud:

Además de todo menor que presente algún síntoma de alarma, se vigilarán estrechamente los niños y niñas en las siguientes **situaciones de riesgo**:

- Existencia de algún familiar directo diagnosticado de TEA
- Síndrome genético relacionado con autismo: síndrome del cromosoma X frágil, esclerosis tuberosa, neurofibromatosis, fenilcetonuria.
- Patología pre y perinatal: toxemia gravídica, exposición a drogas y fármacos, infección vírica en el 1º trimestre, sufrimiento fetal, parto distócico.

- Niños y niñas adoptados con antecedentes obstétricos y familiares desconocidos.

En todo estos casos de mayor riesgo, y a partir de los 18 meses, se aplicará el cuestionario CHAT-M (ver anexo) que aunque no es diagnóstico, ayuda a corroborar o descartar la sospecha. Con un cuestionario claramente patológico debe derivarse a USMI y al Equipo de Atención Temprana. Con un resultado parcialmente anómalo, se recomienda estimulación, derivación a Atención Temprana, vigilancia estrecha y repetición del CHAT-M al mes. Si vuelve a resultar dudoso o es patológico, derivar a USMI.

Es importante descartar deficiencias sensoriales (auditivas y visuales) que pueden provocar síntomas similares, así como realizar una completa exploración neurológica, iniciando estudio neuropediátrico si se detectan anomalías.

No se recomienda el cribado sistemático del TEA en todos los niños en la supervisión general del desarrollo.

La intervención terapéutica en los niños con TEA es obligadamente multidisciplinar, el pediatra de atención primaria, junto con los profesionales de la USMI y de los Equipos de Atención Temprana, debe coordinar las distintas intervenciones.

6) TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Incluyen:

- Trastorno de la ingesta alimentaria en la infancia
- Anorexia y bulimia nerviosas.
- Pica
- Rumiación o mericismo

Signos de alarma:

- Estancamiento ponderal o pérdida de peso sin causa orgánica evidente.
- Selectividad exagerada de los alimentos, rechazo alimentario, rechazo a la masticación. Preocupación excesiva de los padres respecto a la alimentación.
- Ingesta de sustancias no alimenticias
- Regurgitaciones frecuentes fuera de la edad de lactancia.
- En adolescentes: disgusto con el propio cuerpo y decisión de adelgazar (suele se el comienzo de la anorexia nerviosa); dieta restrictiva; esconder o tirar comida y mentir respecto a la propia ingesta; aumento de la actividad física, sobre todo si lo oculta; amenorrea; vómitos frecuentes sin causa aparente; disforia y retraimiento social.

Actitud:

- En el trastorno de la alimentación en la infancia: intervención desde AP, tras descartar patología orgánica, tranquilizar a los padres, modificar hábitos, limitar el tiempo de las comidas, no forzar ni amenazar, a veces es recomendable que otras personas se encarguen de la alimentación de forma transitoria (comedores en guardería o escolares, por ejemplo), dieta variada e igual para toda la familia...
- En la pica y la rumiación: derivar a USMI
- En la anorexia-bulimia nerviosa: en casos de dietas restrictivas, sin afectación significativa del peso, sin otras alteraciones asociadas y con una familia colaboradora, se realizará intervención psicoeducativa en AP, asesorando e informando de los riesgos. En los demás casos: derivar a USMI. La derivación será urgente en casos de negativa rotunda a toda ingesta, deshidratación/desnutrición severa y síntomas depresivos con riesgo de autolesión-autolisis.
- Existen cuestionarios de autoinforme para el despistaje en atención primaria , como el SCOFF (a partir de 11 años) ,el EAT26 (a partir de 12 años) y el ChEAT, adaptado para edades inferiores (8 a 12 años)(VER ANEXOS)

7) TRASTORNOS DEL CONTROL DE ESFINTERES Y DE LA ELIMINACION

Incluyen:

- Enuresis primaria y enuresis secundaria
- Encopresis

Signos de alarma:

- Micciones involuntarias nocturnas y/o diurnas con más de 5 años de edad.
- Pérdida del control de esfínteres tras al menos un año de control adquirido.
- Evacuar heces repetidamente en superficies inadecuadas, pasados los 4 años de edad.
- Jugar o manipular los excrementos.

Actitud:

- Descartar patología orgánica

- Analizar las pautas educativas para el control de esfínteres, modificando actitudes excesivamente rígidas.
- En la enuresis primaria monosintomática: abordaje en atención primaria, informando y tranquilizando a la familia (hay un alto porcentaje de resolución espontánea) y realizando intervenciones conductuales o si fuera preciso utilizando fármacos y/o sistemas de alarma.
- En la enuresis secundaria y la encopresis sin patología orgánica que no responden a la intervención en AP: derivar a USMI.

8) TRASTORNOS PSICOSOMATICOS

Incluyen:

- Reacciones psicológicas derivadas de enfermedades orgánicas.
- Empeoramiento de la enfermedad somática por causa de una disfunción psicológica (Ej: crisis de asma desencadenada por estrés)
- Manifestaciones somáticas por conversión. Quejas somáticas sin causa médica detectada. (Ej: cefalea; dolor abdominal recurrente, tos psicógena).

Signos de alarma y actitud:

Todo paciente con enfermedad crónica se considera de riesgo para el desarrollo de alteraciones psicológicas, por lo que son candidatos de intervenciones de prevención como pueden ser: favorecer un vínculo saludable padres-hijo/a, evitando tanto la sobreprotección como el rechazo, ayudar a la aceptación del problema por parte del propio menor y por su familia, crear un ambiente de confianza con el adolescente realizando parte de la consulta sin la presencia de los padres (ver capítulo "Entrevista con el adolescente")

Las quejas somáticas repetidas sin hallazgo de patología orgánica obligan a analizar la situación familiar y social de menor, detectando otros miembros familiares con cuadros parecidos, la ganancia secundaria que pueda obtener por la enfermedad, la reacción que el síntoma provoca en los padres... El abordaje adecuado, con especial cuidado a la hora de comunicar el origen psíquico del problema, tiene una **función preventiva** de futuras patologías tan importante o más que la curación del problema actual. Debemos evitar restar importancia con frases como "no le pasa nada", "son cosas normales", "no le hagan tanto caso"...y ayudar a la familia a plantear el problema desde otra perspectiva. Si la evolución no es adecuada o se detectan problemas familiares graves concomitantes: derivar a USMI.

CRITERIOS DE DERIVACION A UNIDADES DE SALUD MENTAL

- Los trastornos psicopatológicos como son: trastorno depresivo, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos de espectro autista, trastorno de ansiedad y trastornos de la conducta alimentaria.
- Los síntomas evolutivos que persisten en el tiempo o se presentan con una intensidad inapropiada.
- Los trastornos de la conducta y de hábitos que no mejoran tras la intervención psicopedagógica desde atención primaria y/o equipos de orientación escolar (EOE).
- Los trastornos que aun sin alcanzar las situaciones anteriores aparecen en un contexto sociofamiliar desfavorable, especialmente si hay patología psiquiátrica parental.

La derivación (sería más adecuado el término interconsulta) a salud mental no debe ser un “final” del problema para el pediatra de atención primaria sino una redefinición y contextualización del mismo, que implique una colaboración con el equipo de salud mental a lo largo del proceso diagnóstico y terapéutico, en la búsqueda de una atención integral del paciente y su familia.

Esta relación con la unidad de salud mental es bidireccional, ya que entre las funciones asistenciales de estas unidades se encuentra la de apoyar y asesorar a los equipos de atención primaria.

En algunos casos es recomendable aportar al equipo de salud mental, además del informe clínico, un informe social, puesto que es necesario establecer espacios de atención social interniveles que garanticen la continuidad en dicha atención social al menor y a su familia durante el tratamiento.

SALUD MENTAL

ANEXO 1

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA TDAH DEL DSM-IV-TR

El DSM-IV-TR define el TDAH de una forma amplia y requiere para el diagnóstico la presencia de síntomas de inatención (al menos seis síntomas) o de hiperactividad/impulsividad (al menos seis síntomas). Los síntomas deben estar presente antes de los 7 años en al menos dos ambientes de la vida del niño o niña, y durar como mínimo seis meses.

DIAGNÓSTICO DE TDAH (DSM-IV)

- Cumplir TODOS los criterios esenciales.
- + 6 o más de los 9 ítems de déficit de atención.
- + 6 o más de los 9 ítems de hiperactividad-impulsividad.

CRITERIOS ESENCIALES

- Duración: los criterios sintomatológicos deben haber persistido al menos los últimos 6 meses.
- Edad de comienzo: algunos síntomas deben haber estado presentes antes de los 6 años.
- Ubicuidad: algún grado de disfunción debida a los síntomas debe haber estado presente en dos situaciones o más (escuela, trabajo, casa, etc).
- Disfunción: los síntomas deben ser causa de una disfunción significativa (social, académica, familiar...). Un niño o niña puede cumplir los 18 criterios del TDAH pero si no le afectan su vida diaria no es hiperactivo/a.
- Discrepancia: los síntomas son excesivos comparando con otros niños o niñas de la misma edad y CI.
- Exclusión: los síntomas no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

CRITERIOS DE DÉFICIT DE ATENCIÓN

Seis o más de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

1. A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
2. A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
3. A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
4. A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el lugar de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender las instrucciones).

5. A menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
6. A menudo evita, le disgustan las tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
7. A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (como juguetes, trabajos escolares, lápices, libros o herramientas).
8. A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
9. A menudo es descuidado en las actividades diarias.

CRITERIOS DE HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD

Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

1. A menudo mueve en exceso manos y pies o se remueve en su asiento.
2. A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
3. A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo.
4. A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
5. A menudo está en marcha o parece que tenga un motor.
6. A menudo habla excesivamente.
7. A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
8. A menudo tiene dificultades para guardar su turno.
9. A menudo interrumpe o estorba a otros.

SALUD MENTAL

ANEXO 2

CUESTIONARIO DEL DESARROLLO COMUNICATIVO Y SOCIAL

EN LA INFANCIA (M-CHAT/ES)

Seleccione, rodeando con un círculo, la respuesta que le parece que refleja mejor cómo su hijo o hija actúa **NORMALMENTE**. Si el comportamiento no es el habitual (por ejemplo, usted solamente se lo ha visto hacer una o dos veces) conteste que el niño o niña **NO** lo hace. Por favor, conteste a todas las preguntas.

1. ¿Le gusta que le balanceen, o que el adulto le haga el “caballito” sentándose en sus rodillas, etc?	SI	NO
2. ¿Muestra interés por otros niños o niñas?	SI	NO
3. ¿Le gusta subirse a sitios como, por ejemplo, sillones, escalones, juegos del parque, etc?	SI	NO
4. Le gusta que el adulto juegue con él o ella al “cucú-tras”? (taparse los ojos y luego descubrirlos; jugar a esconderse y aparecer de repente)	SI	NO
5. ¿Alguna vez hace juegos imaginativos, por ejemplo, haciendo como si hablara por teléfono, como si estuviera dando de comer a una muñeca, como si estuviera conduciendo un coche o cosas así?	SI	NO
6. ¿Suele señalar con el dedo para pedir algo?	SI	NO
7. ¿Suele señalar con el dedo para indicar que algo le llama la atención?	SI	NO
8. ¿Puede jugar adecuadamente con piezas o juguetes pequeños (por ejemplo, cochecitos, muñequitas o bloques de construcción) sin únicamente chuparlos, agitarlos o tirarlos?	SI	NO
9. ¿Suele traerle objetos para enseñárselos?	SI	NO
10. ¿Suele mirarle a los ojos durante unos segundos?	SI	NO
11. ¿Le parece demasiado sensible a ruidos poco intensos? (por ejemplo, reacciona tapándose los oídos, etc)	SI	NO
12. ¿Sonríe al verle a usted o cuando usted le sonrío?	SI	NO
13. ¿Puede imitar o repetir gestos o acciones que usted hace? (por ejemplo, si usted hace una mueca él o ella también la hace)	SI	NO
14. ¿Responde cuando se le llama por su nombre?	SI	NO
15. Si usted señala con el dedo un juguete al otro lado de la habitación...¿Dirige su hijo o hija la mirada hacia ese juguete?	SI	NO
16. ¿Ha aprendido ya a nadar?	SI	NO
17. Si usted está mirando algo atentamente, ¿su hijo o hija se pone también a mirarlo?	SI	NO
18. ¿Hace su hijo o hija movimientos raros con los dedos, por ejemplo, acercándoselos a los ojos?	SI	NO
19. ¿Intenta que usted preste atención a las actividades que él o ella está haciendo?	SI	NO
20. ¿Alguna vez ha pensado que su hijo o hija podría tener sordera?	SI	NO
21. ¿Entiende su hijo o hija lo que la gente le dice?	SI	NO
22. ¿Se queda a veces mirando al vacío o va de un lado a otro sin propósito?	SI	NO
23. Si su hijo o hija tiene que enfrentarse a una situación desconocida, ¿le mira primero a usted a la cara para saber cómo reaccionar?	SI	NO

SALUD MENTAL

ANEXO 3

SIGNOS DE ALERTA DE TEA SEGÚN EDAD

A cualquier edad:

- Mayor interés por los objetos que por las personas.
- Si mira a la cara lo hace por poco tiempo y con más atención a la boca que a los ojos

De 0 a 3 años:

En cualquier caso, se debe valorar como señales de alerta para los TEA, con indicación absoluta de proceder a una evaluación diagnóstica más detallada y amplia, si:

- No balbucea ni señala ni hace gestos a los 12 meses.
- No dice palabras sencillas a los 18 meses.
- No dice frases espontáneas de dos palabras (no ecológicas) a los 24 meses.
- Cualquier pérdida de lenguaje o habilidad social.

Signos de alerta a los 12 meses:

- Menor contacto ocular.
- No reconoce su nombre.
- No señala para pedir.
- No muestra objetos.

Detección específica a los 18 meses:

- No señala para pedir ni para mantener atención compartida (ausencia de protoimperativos y protodeclarativos). Detectable con test de M-CHAT.
- No dice palabras sencillas.

Signos de alerta a partir de los 2 años:

- No dice frases espontáneas de dos palabras (no ecológicas)
- No presencia de juegos de ficción)

Detección específica a partir de los 36 meses:

- Déficit en el desarrollo del lenguaje, especialmente de comprensión, deficiente comunicación no verbal y fracaso en la sonrisa social para expresar placer y responder a la sonrisa de otros.
- Alteraciones sociales: Imitación limitada o ausente de accionares (ej. Aplaudir) con juguetes u objetos, no muestra objetos a los demás, falta de interés o acercamiento a extraños o niños de su edad. Escasa respuesta a emociones: felicidad o tristeza, no realiza juegos.

SALUD MENTAL

ANEXO 4

ESCALA AUTÓNOMA PARA DETECCIÓN DE SD ASPERGER Y AUTISMO DE ALTO NIVEL DE FUNCIONAMIENTO

Extraído de Guía de Práctica Clínica del SNS

INSTRUCCIONES PARA LA APLICACIÓN

Cada uno de los enunciados que va a leer a continuación describe formas de ser y comportarse que podrían ser indicativos de Síndrome de Asperger o autismo. Estas personas suelen presentar, de un modo u otro, características como las que aquí se recogen, especialmente **a partir de los 6 años**.

Le rogamos que lea detenidamente cada enunciado, y que estime en qué medida ha observado los siguientes comportamientos en la persona sobre la que va a informar marcando la respuesta apropiada con los criterios siguientes:

- 1) Si el comportamiento descrito en el enunciado no corresponde en absoluto con las características de la persona sobre la que informa, conteste marcando el espacio dedicado a la categoría **"Nunca"**.
- 2) Si algunas veces ha observado esas características, aunque no sea lo habitual, marque en el espacio correspondiente a **"Algunas veces"**.
- 3) Si el comportamiento descrito es habitual, conteste **"Frecuentemente"**.
- 4) Si generalmente se comporta como se describe en el enunciado, hasta el punto de que cualquiera esperaría que se comporte así, conteste **"Siempre"**.
- 5) Puede ocurrir que algunas descripciones se refieran a comportamientos que se producen en situaciones en las que usted no ha estado presente nunca; por ejemplo: "Come sin ayuda de nadie", es un comportamiento que sólo ha podido observar si ha tenido la oportunidad de estar presente a la hora de comer. Si se encuentra ante este caso, conteste **"No observado"**.

INSTRUCCIONES PARA LA CORRECCIÓN

1. Puntúe las respuestas a cada ítem observado del siguiente modo:
 - "Nunca": 1 punto
 - "Algunas veces": 2 puntos
 - "Frecuentemente": 3 puntos
 - "Siempre": 4 puntos
2. Compruebe si se cumplen las dos condiciones siguientes:
 - Se han contestado los 18 ítems
 - No hay más de 2 ítems con la respuesta "No Observado"
3. Si se cumplen estas dos condiciones, obtenga la *puntuación directa* de la prueba sumando los puntos de todas las respuestas (la puntuación mínima que podrá obtener en dicha suma será 18 y la máxima 72).
4. Si no se cumplen estas dos condiciones, obtenga la *puntuación promedio* de la prueba sumando los puntos de todas las respuestas y dividiendo el resultado por el número de ítems respondidos (la puntuación mínima que podrá obtener será 1 y la máxima 4).
5. Se recomienda consultar a un especialista si la *puntuación directa* obtenida es de 36 (o se acerca a este valor), y si la *puntuación promedio* es de 2 (o se acerca a este valor) –ver Nota.

NOTA: Nada impide iniciar la consulta al profesional si la puntuación directa no llega a 36 pero se sitúa por encima de los 30 puntos (o si la puntuación promedio no llega a 2 pero se sitúa por encima del 1,7); tampoco hay razones psicométricas que impidan adoptar un criterio más exigente (por ejemplo, tomar como punto de corte una puntuación directa de 40, o una puntuación promedio de 2,22). Esta *Escala no es un instrumento diagnóstico por sí mismo*, sino una herramienta dirigida a facilitar la detección de personas que *pueden tener* Síndrome de Asperger o Autismo de no asociado a discapacidad intelectual y sobre las cuales interesaría determinar *cuanto antes* su diagnóstico clínico y sus necesidades de apoyo.

ESCALA AUTÓNOMA PARA DETECCIÓN DE SD ASPERGER Y AUTISMO DE ALTO NIVEL DE FUNCIONAMIENTO

ÍTEMS	Nunca	Algunas veces	Frecuente-mente	Siempre	No observado
1. Tiene dificultades para realizar tareas en las que es especialmente importante extraer las ideas principales del contenido y obviar detalles irrelevantes (p.ej., al contar una película, al describir a una persona...).					
2. Muestra dificultades para entender el sentido final de expresiones no literales tales como bromas, frases hechas, peticiones mediante preguntas, metáforas, etc.					
3. Prefiere hacer cosas solo antes que con otros (p.ej, juega solo o se limita a observar cómo juegan otros, prefiere hacer solo los trabajos escolares o las tareas laborales).					
4. Su forma de iniciar y mantener las interacciones con los demás resulta extraña.					
5. Manifiesta dificultades para comprender expresiones faciales sutiles que no sean muy exageradas.					
6. Tiene problemas para interpretar el sentido adecuado de palabras o expresiones cuyo significado depende del contexto en que se usan.					
7. Carece de iniciativa y creatividad en las actividades en que participa.					
8. Hace un uso estereotipado o peculiar de fórmulas sociales en la conversación (p.ej., saluda o se despide de un modo especial o ritualizado, usa fórmulas de cortesía infrecuentes o impropias...)					
9. Le resulta difícil hacer amigos.					
10. La conversación con él/ella resulta laboriosa y poco fluida (p.ej., sus temas de conversación son muy limitados, tarda mucho en responder o no responde a comentarios y preguntas que se le hacen, dice cosas que no guardan relación con lo que se acaba de decir...).					
11. Ofrece la impresión de no compartir con el grupo de iguales intereses, gustos, aficiones, etc.					
12. Tiene dificultades para cooperar eficazmente con otros.					
13. Su comportamiento resulta ingenuo (no se da cuenta de que le engañan ni de las burlas, no sabe mentir ni ocultar información, no sabe disimular u ocultar sus intenciones...)					
14. Hace un uso idiosincrásico de las palabras (p.ej., utiliza palabras poco habituales o con acepciones poco frecuentes, asigna significados muy concretos a algunas palabras).					
15. Los demás tienen dificultades para interpretar sus expresiones emocionales y sus muestras de empatía.					
16. Tiene dificultades para entender situaciones ficticias (películas, narraciones, teatro, cuentos, juegos de rol...).					
17. Realiza o trata de imponer rutinas o rituales complejos que dificultan la realización de actividades cotidianas.					
18. En los juegos, se adhiere de forma rígida e inflexible a las reglas (p.ej., no admite variaciones en el juego, nunca hace trampas y es intolerante con las de los demás).					
PUNTUACIÓN PROMEDIO:	PUNTUACIÓN DIRECTA TOTAL:				

FECHA DE APLICACIÓN:

DATOS DE LA PERSONA SOBRE LA QUE SE INFORMA

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

SEXO:

DATOS DE LA PERSONA QUE INFORMA

NOMBRE:

VINCULACIÓN CON LA PERSONA SOBRE LA QUE SE INFORMA:

SALUD MENTAL

ANEXO 5

CUESTIONARIO SCOFF PARA LA DETECCIÓN DE TCA



Servicio Andaluz de Salud
EXCMO. CONSEJO DE SALUD

Nombre
Unidad/Centro

Fecha
Nº Historia

CUESTIONARIO –SCOFF-

Población diana: Población general femenina. Es un cuestionario autoadministrado.

Instrucciones: Por favor, marque con una cruz la respuesta que mejor se ajusta a su situación

	SI	NO
¿Tiene la sensación de estar enferma porque siente el estomago tan lleno que le resulta incómodo?		
¿Está preocupada porque siente que tiene que controlar cuanto come?		
¿Ha perdido recientemente más de 6Kgs en un periodo de tres meses?		
¿Cree que está gorda aunque otros digan que está demasiado delgada?		
¿Diría que la comida domina su vida?		
Puntuación Total		

SALUD MENTAL

ANEXO 6

VERSIÓN ESPAÑOLA DEL EAT-26

1. Me angustia la idea de estar demasiado gordo/a.
2. Procuro no comer cuando tengo hambre.
3. La comida es para mí una preocupación habitual.
4. He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer.
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños.
6. Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como.
7. Procuro no comer alimentos que contengan muchos hidratos de carbono (pan, arroz, patatas, etc.).
8. Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más.
9. Vomito después de comer.
10. Me siento muy culpable después de comer.
11. Me obsesiona el deseo de estar más delgado/a.
12. Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías.
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.
14. Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de tener celulitis.
15. Tardo más tiempo que los demás en comer.
16. Procuro no comer alimentos que tengan azúcar.
17. Tomo alimentos dietéticos.
18. Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida.
19. Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida.
20. Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más.
21. Paso demasiado tiempo pensando en la comida.
22. No me siento bien después de haber tomado dulces.
23. Estoy haciendo régimen.
24. Me gusta tener el estómago vacío.
25. Me gusta probar platos nuevos, platos sabrosos y ricos en calorías.
26. Después de las comidas tengo el impulso de vomitar.

Categorías de respuesta:

Siempre / Muy a menudo / A menudo / A veces / Raramente / Nunca.

Los 26 ítems que configuran tres subescalas: dieta, bulimia y preocupación por comer y control oral. Se valora mediante una escala de Likert de 6 puntos.

El rango de puntuación de las respuestas es de 0 a 78. Es un cuestionario Autoadministrado para pacientes mayores de 12 años. El punto de corte está en 22 puntos o más.

SALUD MENTAL

ANEXO 7

VERSIÓN ESPAÑOLA DEL ChEAT

1. Me da mucho miedo pesar demasiado.
2. Procuero no comer aunque tenga hambre.
3. Pienso en comida continuamente.
4. A veces me he atracado de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.
5. Corto la comida en trozos pequeños.
6. Estoy informado/a de las calorías que tienen los alimentos que como.
7. Evito comer alimentos como pan, patatas o arroz.
8. Noto que los demás preferirían que comiese más.
9. Vomito después de haber comido.
10. Me siento muy culpable después de comer.
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.
15. Tardo en comer más que las otras personas.
16. Procuero no comer alimentos con azúcar.
17. Noto que los demás me presionan para que coma.
18. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.
19. Me siento incómodo/a después de comer dulces.
20. Me comprometo a hacer régimen.
21. Me gusta sentir el estómago vacío.
22. Me lo paso bien probando comidas nuevas y sabrosas.
23. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.
24. Como alimentos de régimen.
25. Siento que los alimentos controlan mi vida.
26. Me controlo en las comidas.

Categorías de respuesta:

Siempre / Casi siempre / Muchas veces / Algunas veces / Casi nunca / Nunca

Interpretación de resultados del ChEAT (Versión infantil del EAT-26; Children Eating Attitudes Test)

El ChEAT un cuestionario autoaplicable a partir de los 8 años (requiere de un nivel de lectura para responder de cuarto-quinto año de primaria), que puede ayudar en la valoración de la preocupación por la comida, modelos de alimentación y actitudes ante la comida en estas edades. Una puntuación total en la escala superior a 20 puntos indicaría la posible presencia de TCA puntuando cada respuesta de 0 a 6 puntos.

