



COORDINACIÓN

ENTRE SALUD MENTAL Y ATENCIÓN PRIMARIA EN CANARIAS

DOCUMENTO DE CONSENSO



Servicio
Canario de la Salud



Gobierno
de Canarias



Coordinación.

Dirección General de Programas Asistenciales.

Servicio de Salud Mental y Servicio de Atención Primaria.

Equipo Técnico.

- **María Luz Torralba Pinedo.** *Psiquiatra. Servicio de Salud Mental. Dirección General de Programas Asistenciales.*
- **Francisco Javier Acosta Artilles.** *Psiquiatra. Servicio de Salud Mental. Dirección General de Programas Asistenciales.*
- **Javier Lobato González.** *Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Atención Primaria. Dirección General de Programas Asistenciales.*

Grupo de trabajo – Elaboración.

Tenerife

- **Eugenio China Cabello.** *Psiquiatra. USM Santa Cruz - La Laguna. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC).*
- **Eduardo García - Ramos García.** *Psiquiatra. USM Arona. Hospital Universitario Ntra. Sra. de la Candelaria (HUNSC).*
- **Carmen Lidia Díaz González.** *Médica de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna.*
- **María del Pilar Lupiani Castellanos.** *Pediatra. Centro de Salud Tincer-Los Andenes. Santa Cruz de Tenerife.*
- **Nuria Naranjo Castro.** *Psiquiatra. USM Infanto-Juvenil Ofra-Santa Cruz-Salamanca. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria (HUNSC).*
- **Carmen Rosa Rodríguez Fernández Oliva.** *Pediatra. Dirección General de Programas Asistenciales.*
- **Ángel Rodríguez Palmero.** *Psicólogo Clínico. USM Santa Cruz - La Laguna. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC).*
- **Natalia González Brito.** *Enfermera Especialista en SM. Coordinadora del Servicio de Salud Mental. Dirección General de Programas Asistenciales.*
- **Aythamy González Darias.** *Enfermera y Matrona. Coordinadora de Cuidados de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales.*

Gran Canaria

- **Carlos Beneyto Naranjo.** *Psicólogo Clínico. USM Lasso. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI).*



- **Esther Benítez Rabagliati.** *Pediatra. Centro de Salud de El Doctoral. Gerencia de Atención Primaria.*
- **Ángeles Cansino Campuzano.** *Pediatra. Dirección General de Programas Asistenciales.*
- **Sandra Ebro Munguello.** *Psicóloga Clínica. USM Triana. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI).*
- **Mónica Florido Rodríguez.** *Psiquiatra. USM Canalejas. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín (HUGCDN).*
- **Rafael Fontalba Pinto.** *Psiquiatra. USM Triana. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI).*
- **Francisca Guerra Cabrera.** *Médica de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Escaleritas. Gerencia de Atención Primaria.*
- **Ayoze Hernández Sánchez.** *Psicólogo Clínico. USM Canalejas. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín (HUGCDN).*
- **José M^a Martín Jiménez.** *Psiquiatra. USM Puerto / USM La Feria. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI).*
- **Rosario Vega Pérez.** *Psicóloga Clínica. USM Puerto. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín (HUGCDN).*
- **María Dolores Amador Demetrio.** *Médica de Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Atención Primaria. Dirección General de Programas Asistenciales.*
- **Juana Teresa Almeida Falcón.** *Psicóloga Clínica. Servicio de Salud Mental. Dirección General de Programas Asistenciales.*

Lanzarote

- **Blanca Azucena Jiménez Suárez.** *Médica de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Técnica de Atención Primaria. Atención Primaria.*
- **Guillermo Mayner Eiguren.** *Psiquiatra. USM Valterra. Hospital Doctor José Molina Orosa (HSJMO).*
- **Armando de Mulder Duclos.** *Pediatra. Zona Básica de Salud de Tías. Atención Primaria.*
- **María del Pilar Rascón Guijarro.** *Psicóloga Clínica. USM Valterra. Hospital Doctor José Molina Orosa (HSJMO).*
- **Francisco de Sande Díaz.** *Psiquiatra Infantil. USM Infanto-Juvenil Valterra. Hospital Doctor José Molina Orosa (HSJMO).*
- **María Cristina Suárez Guerra.** *Pediatra. Zona Básica de Salud de Yaiza. Atención Primaria.*

Fuerteventura

- **Joseba Imanol Arnedo Zugazaga.** *Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto del Rosario I. Atención Primaria.*



- **Javier Iván Domínguez Hormiga.** *Psiquiatra. USM Gran Tarajal. Hospital General de Fuerteventura (HGF).*
- **Emma Gallego Tomás.** *Psicóloga Clínica. USM Infanto-Juvenil Puerto del Rosario. Hospital General de Fuerteventura (HGF).*
- **Marta Bárbara Nodar Centelles.** *Pediatra. Atención Primaria.*

La Palma

- **Elvira Barrio Traspaderne.** *Pediatra. Centro de Salud El Paso. Atención Primaria.*
- **Lara Cabanillas Carrillo.** *Psiquiatra. USM Infanto-Juvenil La Palma. Hospital General de La Palma (HGLP).*
- **Juan Manuel Feliciano Rodríguez.** *Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Cruz de La Palma. Atención Primaria.*

La Gomera

- **Raquel Ferrera García.** *Pediatra. Atención Primaria.*
- **Beatriz Martínez Pascual.** *Psiquiatra. USM La Gomera. Hospital Ntra. Sra. de Guadalupe.*
- **Paula Placencia Morán.** *Psicóloga Clínica. USM La Gomera. Hospital Ntra. Sra. de Guadalupe.*
- **Francisco Javier Ruiz Millares.** *Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. Atención Primaria.*

El Hierro

- **Miriam Ayerbe de Celis.** *Psiquiatra. USM Valverde. Hospital Insular Ntra. Sra. de los Reyes.*
- **Isaac Damián Díaz Melián.** *Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. Atención Primaria.*
- **María Gretel Escuela Gutiérrez.** *Psicóloga Clínica. USM Valverde. Hospital Insular Ntra. Sra. de los Reyes.*

Revisión de estilo y maquetación.

- **Francisco Javier Acosta Artilles.** *Psiquiatra. Traductor e Intérprete.*
- **Alejandrina Hernández Albertos.** *Aux. Administrativo. Servicio de Atención Primaria. Dirección General de Programas Asistenciales.*

Fecha de elaboración. 2019.



COORDINACIÓN ENTRE SALUD MENTAL Y ATENCIÓN PRIMARIA EN CANARIAS. DOCUMENTO DE CONSENSO

ÍNDICE DE CONTENIDO

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUCCIÓN | 7 |
| 2. OBJETIVOS | 10 |
| 3. NIVELES ASISTENCIALES | 11 |
| 3.1. Adultos | 11 |
| 3.2. Infanto-juvenil | 11 |
| 4. TIPOS DE DERIVACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A SALUD MENTAL | 12 |
| 4.1. Definiciones | 12 |
| 4.2. Criterios generales | 12 |
| 4.3. Abandonos – implicación para las interconsultas | 14 |
| 5. CRITERIOS DE DERIVACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A SALUD MENTAL | 14 |
| 5.1. Adultos | 14 |
| 5.2. Infanto-juvenil | 23 |
| 5.3. Criterios de gravedad | 43 |
| 5.4. Conducta suicida | 43 |
| 5.5. Situaciones especiales | 43 |
| 6. CRITERIOS MÍNIMOS DE CALIDAD | 44 |
| 6.1. Interconsulta o derivación | 44 |
| 6.2. Respuesta | 45 |
| 6.3. Retorno | 46 |
| 6.4. Informe de alta y derivación a Atención Primaria | 46 |



| | |
|--|----|
| 7. TIPOS DE INTERCONSULTA/COORDINACIÓN Y PROCEDIMIENTO | 48 |
| 7.1. Interconsulta virtual o telemática..... | 48 |
| 7.2. Consultoría: coordinación presencial | 52 |
| 7.3. Coordinación telefónica..... | 54 |
| 8. CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS INTERCONSULTAS Y RESPUESTAS | 56 |
| 8.1. Procedimiento..... | 56 |
| 8.2. Evaluación de la calidad de las interconsultas | 57 |
| 8.3. Evaluación de la calidad de las respuestas | 58 |
| 9. BIBLIOGRAFÍA | 59 |
| 10. ANEXOS | 61 |



1. INTRODUCCIÓN

La salud mental constituye una prioridad del Gobierno de Canarias, dada la magnitud y repercusiones de los trastornos mentales. Se estima que hasta el 29,2% de la población padece algún trastorno mental común a lo largo de la vida (Steel et al., 2014). Por su parte, la prevalencia a 1 año de trastorno mental grave se sitúa entre un 0,8-6,8% (Kessler et al., 2009). En la edad infanto-juvenil, alrededor del 20% de la población presenta problemas de salud mental, de los cuales un 4-5% sufre trastornos mentales graves (Bofill et al., 2010). Además, más del 50% de los trastornos mentales de la población se inician en la infancia o adolescencia (AEN, 2009). La repercusión de los trastornos mentales en diversas áreas de la vida es tal, que hasta cinco trastornos mentales figuran entre las 20 principales enfermedades en cuanto a carga global generada (Vigo et al., 2016). Los estudios sobre prevalencia observada de morbilidad psiquiátrica en la Atención Primaria de la Salud (APS) muestran resultados que oscilan entre un 20 y un 40%.

Así mismo, sabemos que, entre un 20 y un 25% de las consultas diarias (aprox. 1 de cada 4 consultas en AP) son realizadas por personas que tienen como principal, o único motivo de consulta, un problema de salud mental (Gobierno de Canarias, 2008). Los profesionales de la APS pueden jugar un papel relevante tanto en la prevención de los trastornos mentales y en la promoción de la salud mental, como en el tratamiento y seguimiento de estos pacientes en los ámbitos familiar y comunitario, facilitando la continuidad de los cuidados y evitando la perpetuación futura de trastornos psicosociales graves, y a veces irreparables (Buitrago et al., 2018).

La adecuada coordinación entre Atención Primaria (AP) y Salud Mental (SM) es fundamental, ya que debe garantizar una continuidad en la asistencia, y contribuye a una utilización equitativa y más eficiente de los recursos especializados de Salud Mental. Las Unidades de Salud Mental (USM) han de mantener una relación fluida con los Equipos de Atención Primaria (EAP), prestándoles asesoría, consultoría y formación. Además, han de participar en el diseño y ejecución de los programas de detección, prevención y promoción de la Salud Mental que se desarrollen en Atención Primaria. A la inversa, los profesionales de SM pueden necesitar que se realicen evaluaciones e intervenciones centradas en la salud física de los pacientes. En este contexto, la coordinación, colaboración, comunicación y el trabajo en equipo de los profesionales de AP y SM es un pilar básico para conseguir una atención integrada, de calidad, con continuidad de cuidados y de la mayor eficiencia para las personas con problemas de salud mental (Consejería de Sanidad, 2019; MSPSI, 2011). El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre,



por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, recoge en el Anexo II punto 8, relativo a la atención primaria, la atención a la salud mental en coordinación con los servicios de atención especializada (BOE, 2006). La coordinación entre AP y SM debe producirse de forma fluida, en el contexto de un trato igualitario entre profesionales, a través de los medios más útiles disponibles, y con un objetivo primordial y compartido: el bien del paciente.

Por su parte, la mejora continua en el abordaje de los trastornos mentales en AP es una prioridad, que puede potenciarse mediante la formación continua y la óptima coordinación entre SM y AP, entre otras acciones. La formación dirigida a profesionales de AP debe tener, como áreas indispensables, el abordaje no farmacológico del sufrimiento humano, la no medicalización ni psiquiatrización, el adecuado uso de las benzodiacepinas, y el adecuado abordaje de los trastornos mentales comunes, tanto farmacológico como no farmacológico. Las necesidades específicas de formación deben establecerse en un marco de acuerdo entre las Gerencias de Atención Primaria o de Servicios Sanitarios, y la Dirección General de Programas Asistenciales (a través de sus Servicios de Salud Mental y de Atención Primaria), que tengan en cuenta, a su vez, las principales demandas de formación de sus profesionales. La coordinación supone un marco ideal para la formación continua bidireccional entre ambos tipos de profesionales. Por su parte, se prevé desarrollar una prueba piloto sobre la participación de psicólogos en AP, como una medida establecida en la Estrategia para el impulso de la Atención Primaria en Canarias (+AP Canarias) (Gobierno de Canarias, 2019a).

La adecuada coordinación entre AP y SM cobra un papel más relevante, si cabe, en el perfil de paciente crónico complejo. El paciente con cronicidad, pluripatología y polimedicación requiere un abordaje con coordinación fluida entre AP y otras especialidades, incluida SM. Por su parte, la salud física de los pacientes con trastornos mentales graves es significativamente peor que la de la población general, y debe ser abordada de forma conjunta y coordinada entre AP y SM. El abordaje coordinado y fluido de estos pacientes entre AP y SM debe buscar la confluencia de las intervenciones terapéuticas adecuadas para cada paciente. Las visitas domiciliarias vinculadas entre AP y SM serían un ejemplo de este tipo de intervenciones, que redundarían en una mayor calidad asistencial.

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 concede una importancia capital a la coordinación. De hecho, dedica una Línea Estratégica a la Coordinación intrainstitucional e interinstitucional (MSPSI, 2011). Por su parte, el Plan de Salud de Canarias



2016-2017 incluye, como una de sus áreas de impacto, “enfocar la Atención Especializada hacia la eficiencia y la personalización en coordinación con la Atención Primaria” (Gobierno de Canarias, 2016).

El Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023 (PSMC) (Gobierno de Canarias, 2019b) considera clave la coordinación entre Salud Mental y Atención Primaria. De hecho, incluye una Línea Estratégica específica dedicada a esta (LE 10.3), que tiene como objetivo general “Mejorar la Coordinación entre los profesionales de Salud Mental y Atención Primaria, mediante un modelo consensuado y homogéneo en Canarias”. Por su parte, líneas como la LE 3.2 (Trastorno Mental Común) y la LE 4 (Salud Mental infanto-juvenil) incluyen, como uno de sus objetivos específicos, la mejora en la coordinación entre Salud Mental y Atención Primaria.

En este contexto, se constituyó un grupo de trabajo para elaborar un documento consensuado que regulara y homogeneizara la coordinación entre SM y AP. El grupo estuvo constituido por profesionales de todas las Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma, tanto de Atención Primaria como de Salud Mental. Los profesionales fueron, por Atención Primaria, médicos de familia y pediatras; y por parte de Salud Mental, psiquiatras y psicólogos clínicos.

En este documento, tanto la derivación como la interconsulta se conceptúan como aquellos actos de remitir un paciente a otro profesional sanitario, para ofrecerle una atención complementaria para su diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación. La derivación puede diferenciarse de la interconsulta en un matiz subjetivo del profesional remitente. Mientras que en la derivación la expectativa del remitente es una asunción del paciente por parte del profesional al que se remite (independientemente de que el seguimiento pueda ser conjunto), en las interconsultas las expectativas pueden ser de evaluación y tratamiento de forma puntual o más circunscrita en el tiempo. Por su parte, la respuesta se conceptúa aquí como la información clínica proporcionada por el profesional que ha evaluado al paciente, remitida al profesional remitente, independientemente del formato y vía utilizados (Gobierno de Canarias, 2019b).



2. OBJETIVOS

Los objetivos de este documento son los siguientes:

Objetivos generales:

1. Mejorar la calidad asistencial y la continuidad en la atención a través de la coordinación de los EAP y las USM con criterios de eficiencia en la Comunidad Autónoma de Canarias.
2. Mejorar la coordinación entre los profesionales de Salud Mental y Atención Primaria, mediante un modelo consensuado y homogéneo en Canarias.

Objetivos específicos:

1. Definir y normalizar los criterios de derivación de Atención Primaria a Salud Mental.
2. Unificar el criterio temporal adscrito a las derivaciones o interconsultas de carácter preferente y normal.
3. Unificar en Canarias el dispositivo asistencial más adecuado para la atención a las interconsultas o derivaciones urgentes desde Atención Primaria.
4. Crear e implantar un modelo único específico de interconsultas o derivaciones entre Atención Primaria y Salud Mental, que facilite y promueva la cumplimentación de aspectos imprescindibles.
5. Crear un cuestionario sobre la calidad de las derivaciones o interconsultas de Atención Primaria, dirigido a los profesionales de Salud Mental.
6. Crear un cuestionario de calidad de las respuestas de las USM a las interconsultas o derivaciones de Atención Primaria.
7. Establecer un sistema de evaluación periódica de la calidad de las derivaciones o interconsultas, y de las respuestas, con el fin de identificar problemas y desarrollar las acciones de mejora pertinentes.
8. Establecer un formato digital único para las interconsultas o derivaciones entre Atención Primaria y Salud Mental en Canarias.



9. Establecer las bases que permitan el fomento de la realización de consultorías (virtuales o presenciales) entre Salud Mental y Atención Primaria, y una línea de comunicación telemática y bidireccional entre profesionales entre ambos niveles asistenciales.

3. NIVELES ASISTENCIALES

Se muestran a continuación los niveles asistenciales, con el único propósito de encuadre para los profesionales. Un sistema eficiente debe estar articulado de modo que centre todo el proceso de atención en la resolución de las necesidades de salud de los pacientes, y no orientado hacia sus estructuras (Téllez et al., 2005).

3.1. ADULTOS.

Atención Primaria (AP) constituye el primer nivel asistencial de los problemas de salud mental. Se estima que una de cada cuatro visitas a Atención Primaria es realizada por personas que tienen como principal o único motivo de consulta un problema de salud mental (Gobierno de Canarias, 2008). Los centros de salud constituyen el principal dispositivo en AP. En estos dispositivos se ofrece atención en Salud Mental a través de profesionales capacitados para identificar problemas de salud en su origen, apoyar y aconsejar algunos casos y tratar problemas leves, reconocer las necesidades que requieran de intervenciones complejas, identificar situaciones de riesgo y gravedad que requieran ser derivadas a las USM, promover la Salud Mental y realizar prevención. Las Unidades de Salud Mental Comunitarias (USMC) constituyen un segundo nivel asistencial, y cuentan con equipos multiprofesionales para la atención a aquellas personas que, su gravedad y/o complejidad, sobrepasan la capacidad de atención de los Equipos de AP. Los dispositivos de hospitalización constituyen el tercer nivel asistencial.

3.2. INFANTO-JUVENIL.

El primer nivel está conformado por AP y determinados Agentes no sanitarios: Educación (Equipos de Orientación Psicopedagógica), Servicios Sociales, ONG, Asociaciones, etc. Estos dispositivos ofrecen atención de promoción de la salud mental, prevención, identificación de problemas de salud en su origen, tratamiento de problemas leves, identificación de las necesidades que requieran de intervenciones complejas, de situaciones de riesgo y gravedad, que requieran ser derivadas a las USM.



Las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USM-IJ) constituyen el segundo nivel asistencial. En estas se atienden aquellos cuadros que, por su nivel de gravedad, precisen de abordaje especializado.

En un tercer nivel de atención se halla la hospitalización total y/o parcial, en la que se presta una continuidad de cuidados integrales, de modo intensivo y especializado, en aquellos casos en los que resulta necesario. Aunque actualmente no existen en Canarias Unidades de hospitalización de psiquiatría para menores de 18 años, su creación está prevista para los próximos años.

4. TIPOS DE DERIVACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A SALUD MENTAL

Los tipos de derivación desde Atención Primaria a Salud Mental son la normal, preferente y urgente.

4.1. DEFINICIONES.

- Derivación Normal: Aquella por la que existen factores que requieren atención por Salud Mental, sin que existan factores que requieran una atención preferente ni urgente.
- Derivación Preferente: Aquella en la que existen factores que someten a la persona a un riesgo por el que debe ser atendido en la Unidad de Salud Mental con cierta premura, pero que no está en peligro inminente su integridad.
- Derivación Urgente: Aquella que se realiza al Hospital de referencia, previa valoración por el Médico de Atención Primaria / Pediatra, por hallar psicopatología de gravedad, riesgo inminente de suicidio y/o riesgo de heteroagresividad relacionado con la psicopatología, que requiere intervención inmediata.

4.2. CRITERIOS GENERALES.

4.2.1. Normal.

- Se tramitarán con carácter normal las IC de aquellos casos en que, tras valoración psicopatológica del paciente y tras recabar la información de las fuentes que se consideren pertinentes, se evidencien síntomas y/o signos que se ajusten a los criterios de derivación establecidos y que se beneficien de abordaje multidisciplinar ambulatorio por SM.



- No son criterios de atención en las USMC las problemáticas sociales, familiares, administrativas o legales (situaciones de violencia familiar, solicitudes de informes, etc) por sí mismas.
- Lugar de derivación: Unidades de Salud Mental Comunitarias.
- Tiempos de espera: Según gravedad y nivel de demanda asistencial.

4.2.2. Preferente.

- Se tramitarán con carácter preferente las IC de aquellos casos en que, tras valoración psicopatológica del paciente y tras recabar la información de las fuentes que se consideren pertinentes, se evidencien síntomas y/o signos que se ajusten a los criterios de derivación establecidos y que se beneficien de abordaje multidisciplinar ambulatorio por SM; y además, se constate la presencia de criterios clínicos de gravedad y/o factores que comprometen de forma relevante su ajuste en los distintos ámbitos de su vida, factores que someten a la persona a un riesgo, pero sin que esté en peligro inminente su integridad física.
- El criterio de preferencia en la atención debe estar motivado por criterios clínicos, y no por problemáticas sociales, familiares, administrativas o legales.
- Lugar de derivación: Unidades de Salud Mental Comunitarias.
- Tiempos de espera: no más de 3 semanas (adultos); no más de 15 días (infanto-juvenil)

4.2.3. Urgente.

- Se tramitarán con carácter urgente las IC de aquellos casos en que, tras valoración psicopatológica del paciente y tras recabar la información de las fuentes que se consideren pertinentes, se evidencia que se requiere valoración e intervención inmediata debido a la gravedad de la clínica, riesgo inminente de suicidio y/o riesgo de heteroagresividad relacionado con la psicopatología, y para los cuales un abordaje ambulatorio resultaría insuficiente. Situaciones propias de derivación urgente incluyen:
 1. Episodios de agitación psicomotriz de etiología psiquiátrica.
 2. Conductas de auto y/o heteroagresividad con dificultad para la contención o manejo, atribuibles a la presencia de sintomatología psiquiátrica (excluyendo actos delictivos no relacionados con psicopatología).
 3. Riesgo suicida con ideación suicida estructurada, sin crítica de esta, e intencionalidad de paso al acto, u otros factores de riesgo suicida.



4. Sintomatología psicótica o afectiva cuya gravedad pone en riesgo al paciente o a terceros.
 5. Riesgo vital en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria o restricción de la alimentación asociada a patología mental grave.
 6. Estados confusionales agudos.
 7. Alteraciones de conducta en el contexto de síndromes de abstinencia o en intoxicaciones.
- Lugar de derivación: Servicio de Urgencias del Hospital de referencia.
 - Tiempos de espera: atención en el mismo día.

4.3. ABANDONOS – IMPLICACIÓN PARA LAS INTERCONSULTAS.

Se considerará abandono cuando un/a paciente no haya acudido a una consulta programada, y transcurran al menos seis meses desde esta.

El abandono implica la necesidad de realizar una nueva interconsulta o derivación desde Atención Primaria, ya que se ha producido una desvinculación con la USM y el caso ha podido cambiar sustancialmente durante el periodo transcurrido.

Este concepto de abandono y sus implicaciones son aplicables tanto a adultos como a la edad infanto-juvenil. No existirá, sin embargo, la implicación de realizar una nueva interconsulta o derivación en el caso de pacientes con Trastorno Mental Grave, para los cuales los equipos de las USM, o los equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario, estén realizando actuaciones encaminadas a restaurar la adherencia a las indicaciones terapéuticas.

5. CRITERIOS DE DERIVACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A SALUD MENTAL

5.1. ADULTOS.

SITUACIONES Y/O CUADROS CLÍNICOS QUE NO TIENEN INDICACIÓN DE DERIVACIÓN A SALUD MENTAL

- Psicopatología leve.
- Trastorno mental común sin aplicación de un plan terapéutico convencional.
- Sospecha de patología psicósomática sin descartar organicidad.
- Delirium.



- Demencia o Deterioro cognitivo leve sin síntomas psicológicos o conductuales significativos.
- Screening de deterioro cognitivo.
- Adicción como diagnóstico principal. Derivación a la Red de Atención a las Drogodependencias. (Mapa de recursos, Anexo 1).
- Situaciones de conflicto o problemas de relación (pareja, trabajo, familia, entorno, etc) sin psicopatología significativa asociada.
- Situaciones de problemática laboral sin psicopatología significativa asociada.
- Demandas de “apoyo psicológico” sin que exista psicopatología u otros criterios de derivación que justifiquen una derivación a Salud Mental.
- Evaluaciones del cociente intelectual.
- Peritajes.
- Valoraciones de incapacidades o discapacidades (laborales, legales y/o Centro de Valoración de la Discapacidad).
- Demandas de terapias o técnicas no incluidas en las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

DEMENCIAS Y TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A LESIÓN O DISFUNCIÓN CEREBRAL O A ENFERMEDAD SOMÁTICA (CIE-10: F00 – F06)

- Trastornos de conducta leves. No indicada derivación a Salud Mental. Consultoría en caso de duda.
- Trastornos de conducta moderados-graves que no respondan a medidas farmacológicas realizables en Atención Primaria o Neurología (ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos indicados a dosis bajas). Indicada derivación a USM con carácter preferente, habiendo descartado previamente patología orgánica que justifique dichos trastornos (incluyendo delirium).
- Trastornos ansiosos o depresivos. No indicada derivación a Salud Mental salvo criterios de gravedad (ver apartado “criterios de gravedad”).
- Síntomas psicóticos o síntomas maniformes asociados a deterioro cognitivo/demencia. En caso de ineficacia de acciones realizables en Atención Primaria o Neurología (antipsicóticos a dosis bajas), una vez descartada patología somática intercurrente:
 - Si trastornos de conducta graves y sin capacidad de contención de la situación: derivación al S. Urgencias del hospital de referencia.



- Si trastornos de conducta moderados-graves y adecuada capacidad de contención: derivación USM con carácter preferente.
- Si trastornos de conducta leves-moderados: derivación USM con carácter normal.
- Si trastornos de conducta mínimos y adecuada capacidad de contención: Consultoría.
- Otra sintomatología psiquiátrica. Consultoría en caso de duda.

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS A ENFERMEDAD, LESIÓN O DISFUNCIÓN CEREBRAL (CIE-10: F07 – F09)

- Trastornos de conducta leves. No indicada derivación a Salud Mental. Consultoría en caso de duda.
- Trastornos de conducta moderados-graves que no respondan a medidas farmacológicas realizables en Atención Primaria o Neurología (ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos indicados a dosis bajas). Indicada derivación a USM (con carácter preferente en caso de dificultades de contención) habiendo descartado previamente patología orgánica que justifique dichos trastornos (incluyendo delirium).
- Otra sintomatología psiquiátrica. Consultoría en caso de duda.

No está indicada la intervención por los Servicios de Salud Mental para:

- Valoración y/o diagnóstico de deterioro cognitivo/demencia como motivo de derivación sin clínica tratable acompañante en los términos referidos en el apartado Demencia.
- Valoración de capacidades y/o déficit funcionales en pacientes con trastornos orgánicos cerebrales.
- Delirium. Se trata de cuadro de base orgánica cuya resolución está supeditada a la del cuadro que la provocó, ya sea de etiología somática o tóxica. Tan sólo estaría indicada derivación a USM en caso de persistencia de sintomatología psicótica tras la resolución del cuadro que lo motivó.
- Síndromes amnésicos orgánicos, medicamentosos o tóxicos.

TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS Y/O FÁRMACOS (CIE-10: F10 – F19)

- Derivación a Red de Atención a las Drogodependencias o a Red de Salud Mental.



Dado que la Red de Atención a Drogodependencias es la que tiene competencias y recursos dirigidos a estos cuadros, y que se encuentra actualmente separada de la Red de Salud Mental, la atención por los Servicios de Salud Mental sólo está indicada en los casos de patología dual en los que la gravedad del trastorno mental así lo requiera:

- Trastorno mental leve con conducta adictiva leve-moderada: Derivación a la Unidad de Atención a las Drogodependencias (UAD) o atención por Médico de Atención Primaria (MAP), dependiendo el tipo o nivel de adicción.
- Trastorno mental leve-moderado con conducta adictiva grave: Derivación a la UAD.
- Trastorno mental grave: Derivación a USM, independientemente del tipo de adicción.
- Trastornos psicóticos inducidos por alcohol u otras sustancias psicotropas. Se trata de un trastorno que se presenta acompañando al consumo de una sustancia o inmediatamente después de él (por lo general dentro de las primeras 48 horas), caracterizado por alucinaciones (auditivas, pero que afectan a menudo a más de una modalidad sensorial), falsos reconocimientos, ideas delirantes o de referencia (a menudo de naturaleza paranoide o de persecución), trastornos psicomotores (excitación, estupor) y estados emocionales anormales, que van desde el miedo intenso hasta el éxtasis, siempre y cuando no sean una manifestación de un síndrome de abstinencia con delirium. Incluye: Alucinosis alcohólica, Celotipia alcohólica y Paranoia alcohólica. Dependiendo de la gravedad del caso:
 - Síntomas leves-moderados, trastornos de conducta leve, aceptación de ayuda y/o conciencia de trastorno: derivación USM con carácter preferente.
 - Síntomas graves, trastornos de conducta graves, nula conciencia de trastorno: derivación a Servicio de Urgencias del hospital de referencia.

No está indicada la intervención por los Servicios de Salud Mental en:

- Intoxicación aguda. Tratamiento médico (de soporte y desintoxicación).
- Consumo perjudicial. Educación para la salud y/o derivación a UAD.
- Síndrome de dependencia. Derivación a UAD.
- Síndrome de abstinencia (con o sin delirium). Tratamiento médico y derivación a UAD.
- Síndrome amnésico o deterioros cognitivos o en personalidad debido al consumo de alcohol u otras sustancias. Derivación UAD y manejo según criterios de Trastorno mental debidos a lesión o disfunción cerebral.



TRASTORNOS PSICÓTICOS (CIE-10: F20 – F29)

Comprenden la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (incluyendo trastornos de ideas delirantes, esquizotípico, trastornos esquizoafectivos o trastornos psicóticos agudos y transitorios). Siempre está indicada valoración por Salud Mental, ya sea en pacientes diagnosticados o en procesos de novo. En cualquier caso, deben tomarse las medidas necesarias para el descarte de patología somática, consumo de tóxicos o medicamentos, que pudieran justificar el cuadro.

- Sintomatología grave, trastornos de conducta graves, nula conciencia de enfermedad: derivación al Servicio de Urgencias del hospital de referencia.
- Sintomatología leve-moderada o empeoramiento de sintomatología habitual, trastornos de conducta leves, conciencia parcial de trastorno: derivación a USM con carácter preferente.
- Estabilidad clínica (derivación tras abandono de seguimiento o cambio de terapeuta/domicilio): derivación a USM con carácter normal.

TRASTORNOS DEL HUMOR (CIE-10: F30 – F39)

EPISODIO MANÍACO / HIPOMANÍACO (único, o en Trastorno afectivo bipolar) (CIE-10: F30, F31.0, F31.1, F31.2)

Siempre está indicada valoración por Salud Mental. En cualquier caso, deben tomarse las medidas necesarias para el descarte de patología somática o de consumo de tóxicos o medicamentos que pudieran justificar el cuadro.

- Episodio maníaco con o sin síntomas psicóticos, no aceptación de tratamiento y nula conciencia de enfermedad: derivación a Servicio de Urgencias del hospital de referencia.
- Episodio hipomaníaco, trastornos de conducta leves, conciencia parcial de trastorno: derivación a USM con carácter preferente.
- Estabilidad clínica (derivación tras abandono de seguimiento o cambio de terapeuta/domicilio): derivación a USM con carácter normal.

EPISODIOS DEPRESIVOS (CIE-10: F32)

Deben tomarse las medidas necesarias para el descarte de patología somática, consumo de tóxicos o medicamentos que pudieran justificar el cuadro.



- Episodio depresivo grave con o sin síntomas psicóticos, sin riesgo autolítico o riesgo leve: derivación USM con carácter preferente. Si hay presencia de sintomatología catatoniforme o riesgo autolítico importante: derivación al Servicio de Urgencias del hospital de referencia.
- Episodio depresivo moderado. Indicada derivación a USM con carácter normal.
- Episodio depresivo leve. No indicada derivación a Servicios de Salud Mental. Consultoría.

TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE (CIE-10 F33)

La atención a este tipo de cuadros se realiza en los mismos términos que en el episodio depresivo aislado (ver epígrafe Episodios depresivos). El seguimiento interepisódico por Salud Mental está indicado en presencia de cuadros depresivos de repetición con escasos periodos sin síntomas depresivos. No obstante, se recomienda usar la consultoría en casos dudosos.

CICLOTIMIA (CIE-10: F34.0) Y DISTIMIA (CIE-10: F34.1)

Indicada derivación a USM sólo en aquellos casos en los que existan dificultades de manejo desde Atención Primaria (farmacológico y/o apoyo) no solucionables en Consultoría y/o en casos que cumplan criterios de gravedad (ver apartado “criterios de gravedad”).

TRASTORNOS NEURÓTICOS (CIE10: F40 – F49)

TRASTORNOS DE ANSIEDAD FÓBICA (CIE-10: F40)

Derivar a USM cuando exista sintomatología incapacitante y fracaso de medidas terapéuticas realizadas desde Atención Primaria (derivación con carácter normal) o existencia de criterios de gravedad (ver apartado “criterios de gravedad”).

TRASTORNO DE PÁNICO (CIE-10: F41.0)

Indicada derivación a USM cuando persisten crisis de pánico de repetición tras abordaje adecuado desde Atención Primaria (derivación con carácter normal) o existencia de criterios de gravedad (ver apartado “criterios de gravedad”).

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (CIE-10: F41.1), TRASTORNO MIXTO ANSIOSO-DEPRESIVO (CIE-10: F 41.2)

Indicada derivación a USM cuando persiste sintomatología tras abordaje adecuado desde Atención Primaria (derivación con carácter normal) o existencia de criterios de gravedad (ver apartado “criterios de gravedad”).



TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (CIE-10: F42)

Indicada siempre la derivación a Salud Mental.

- Sintomatología grave y riesgo auto o heterolesivo importante: derivación al Servicio de Urgencias del hospital de referencia.
- Sintomatología grave e incapacitación: derivación a USM con carácter preferente.
- Sintomatología leve-moderada o no incapacitante: derivación a USM con carácter normal.

REACCIONES A ESTRÉS AGUDO (CIE-10: F43)

La derivación a Salud Mental está indicada sólo cuando existan criterios de gravedad (ver apartado “criterios de gravedad”).

TRASTORNO POR ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO (CIE-10: F43.1)

Está indicada la derivación a Salud Mental.

TRASTORNOS ADAPTATIVOS (CIE-10: F43.2)

Indicada derivación a USM sólo cuando exista sintomatología ansioso-depresiva importante y que no responde al abordaje adecuado desde Atención Primaria, hay un estresante de gran intensidad, crónico, la evolución del cuadro es superior a 6 meses y la capacidad de afrontamiento del paciente es mínima (derivación USM con carácter normal) o cuando existan criterios de gravedad (ver apartado “criterios de gravedad”).

El duelo no es una indicación de derivación a Salud Mental. Sí lo es el duelo patológico, basándose en criterios de gravedad y duración prolongada.

TRASTORNOS DISOCIATIVOS Y TRASTORNOS CONVERSIVOS (CIE-10: F44)

Debe descartarse siempre patología orgánica o entidad tóxica o medicamentosa que justifique el cuadro.

Estaría indicada derivación a USM con carácter normal tras el fracaso en las medidas terapéuticas del cuadro subyacente realizables desde Atención Primaria, salvo riesgo auto o heterolesivo u otros criterios de gravedad (ver apartado “criterios de gravedad”), en cuyo caso la derivación sería preferente o urgente, según las características.

TRASTORNOS SOMATOMORFOS (CIE-10: F45)

Estarían indicada valoración por USM con carácter normal en caso de dudas diagnósticas (pruebas complementarias negativas, cuadro clínico polimorfo y no concordante con patología conocida) y/o fracaso en las medidas terapéuticas del cuadro subyacente realizables desde



Atención Primaria, salvo criterios de gravedad (ver apartado “criterios de gravedad”), en cuyo caso la derivación sería preferente o urgente, según las características.

TRASTORNO HIPOCONDRIACO (CIE-10: F45.2)

Indicada derivación a USM con carácter normal siempre y cuando hayan fracasado las medidas terapéuticas realizables desde Atención Primaria, salvo que existan criterios de gravedad (ver “criterios de gravedad”) en cuyo caso la derivación sería preferente o urgente, según las características.

TRASTORNOS DE LA VIDA INSTINTIVA (CIE-10: F50 – F59)

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA ESPECIFICADOS (CIE-10: F50)

Derivación a Salud Mental, según el Protocolo de actuación en los Trastornos de la Conducta Alimentaria del Servicio Canario de Salud (Gobierno de Canarias, 2009), en las siguientes situaciones:

- Presunción diagnóstica fundada de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA).
- Criterios diagnósticos de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa según la CIE 10.
- Peso por debajo del 15% menos del correspondiente a su edad y altura o peso ideal, índice de masa corporal $< 17,5$ ó pérdida de peso $>$ al 25 % del peso inicial durante los últimos 6 meses.
- Empleo frecuente de conductas purgativas (diuréticos, laxantes o inducción al vómito).
- Atracones.
- Amenorrea de más de 3 meses en relación con el TCA.
- No adherencia a las indicaciones, o no aumento de peso, aunque parezca seguir las instrucciones y niegue el miedo al aumento de peso.

INSOMNIO NO ORGÁNICO (CIE-10: F51)

No es susceptible de atención por Salud Mental, salvo que exista psicopatología relevante que lo justifique, y en los mismos supuestos que lo sea la patología de base. Los casos refractarios a los tratamientos habituales podrán ser tratados en consultoría.

TRASTORNOS DE COMPORTAMIENTO DURANTE EL SUEÑO (CIE-10: F51)

No son susceptibles de atención especializada por los Servicios de Salud Mental salvo que exista psicopatología relevante que los justifique, y en los mismos supuestos que lo sea la patología de base. Los casos refractarios a los tratamientos habituales podrán ser tratados en consultoría.



DISFUNCIÓN SEXUAL NO ORGÁNICA (CIE-10: F52)

Serían susceptible de atención por los Servicios de Salud Mental los casos de disfunción sexual no orgánica que sean secundarios a psicopatología en los mismos casos en que lo justifique la evolución de la patología de base, o aquellos casos en los que se objetiven claros factores psicológicos desencadenantes y/o perpetuantes sin posibilidad de resolución desde Atención Primaria, siendo en este último caso derivados a USM con carácter normal.

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEL ADULTO (CIE 10: F60 – F69)

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD (CIE-10: F60)

Los casos susceptibles de derivación son aquellos en los que esté presente psicopatología significativa, alteraciones graves de conducta u otros criterios de gravedad (ver apartado “criterios de gravedad”). Debe tenerse especial consideración para realizar una derivación, en los casos de trastorno paranoide de la personalidad (F60.0), trastorno esquizoide de la personalidad (F60.1) y trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (F60.1).

TRASTORNOS DE LOS HÁBITOS Y DEL CONTROL DE IMPULSOS (CIE-10: F63) Son susceptibles de atención por Salud Mental y/o por la Red de Atención a las Drogodependencias los casos de piromanía, tricotilomanía, ludopatía, o cleptomanía en función de la repercusión sobre la vida del sujeto; o aquellos casos que estén en relación con la presencia de psicopatología relevante en los mismos casos en que esta lo requiera. En general, la piromanía y la tricotilomanía se derivará a Salud Mental, mientras que la ludopatía y la cleptomanía se derivará a las Unidades de Atención a las Drogodependencias.

TRASTORNOS SEXUALES

La derivación a Salud Mental solo está justificada en casos de psicopatología significativa que requiera intervención. La derivación a la USM se realizará con carácter normal o preferente, dependiendo de las características.



RETRASO MENTAL (CIE-10: F70 – F79)

El diagnóstico de Retraso mental (actualmente se prefiere el término Discapacidad intelectual) por sí solo no es una indicación de derivación a Salud Mental. Son motivo de derivación los casos en los que exista psicopatología relevante en los mismos supuestos que los pacientes sin dicho trastorno, o bien si existen trastornos graves de conducta no relacionados con existencia de patología orgánica o tóxica y no controlables con abordaje farmacológico-conductual.

5.2. INFANTO-JUVENIL

SITUACIONES Y/O CUADROS CLÍNICOS QUE NO TIENEN INDICACIÓN DE DERIVACIÓN A SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

- Solicitud de derivación por parte de la familia u otros (p.ej. centro educativo) sin valoración previa por parte del Pediatra o Médico de Atención Primaria. La interconsulta o derivación a las Unidades de Salud Mental Infanto-Juveniles se hará siempre a través del pediatra o médico de Atención Primaria.
- Dificultades/Trastornos Específicos del Aprendizaje: Se trata de problemas educativos, los cuales deben ser evaluados y abordados desde el ámbito educativo, por lo que deben ser derivados a los Equipos de Orientación Educativa Psicopedagógica (EOEP).
- Valoración de la capacidad intelectual: Derivar a EOEP.
- Valoración de discapacidad: Derivar a Centro de Valoración de la Discapacidad (Consejería de Empleo, Políticas Sociales y Vivienda).
- Problemas sociales y/o disfunciones familiares: Este tipo de problemáticas deben ser atendidos desde el ámbito social, por lo que deben ser derivados al Trabajador Social del Centro de Atención Primaria (Ver Programa de Salud Infantil de AP, en Áreas Temáticas: “Aspectos sociales: Riesgo Social, Atención al maltrato infantil, Atención social a la discapacidad, Coordinación Interinstitucional”), Servicios Sociales Municipales y los de la Dirección General de Protección al Menor y la Familia.
- Sintomatología presente en un único ambiente: En general, para que un cuadro sea considerado “Trastorno”, la repercusión tiene que estar presente en al menos dos ambientes. De esta manera, situaciones como aquella que está presente sólo con uno de los progenitores en padres separados, o dificultades restringidas a un ámbito como el educativo deben ser



abordados en el ámbito pertinente. Si surgen dudas sobre el manejo, puede contactarse con la Unidad para asesoramiento o coordinación.

- Problemáticas relacionadas con adicciones (relacionadas con tóxicos o no): Derivar a Unidades de Atención a las Drogodependencias (UAD).
- Reacciones a situaciones estresantes vitales (p.ej: divorcios, fallecimientos, cambios relevantes en el entorno inmediato del menor) o Trastornos adaptativos leves con sintomatología ansiosa o estado depresivo de menos de 6 meses de evolución. Constituyen reacciones normales en torno a un evento estresante que altera la vida del menor, los cuales deben recibir seguimiento y abordaje desde Atención Primaria. En caso de presentarse dudas sobre la indicación/manejo farmacológico si procediera, puede contactarse con la Unidad de referencia para asesoramiento o coordinación.
- Pacientes con discapacidad intelectual que no presentan alteraciones conductuales refractarias a medidas conductuales u otra psicopatología que precise abordaje específico por Salud Mental. Se reservará la derivación a la presencia de alteraciones conductuales graves u otra clínica que requiera el uso de fármacos específicos de Salud Mental a dosis no habituales).
- Rabietas, miedos evolutivos, celos entre hermanos, trastornos benignos del sueño (terrores, pesadillas, sonambulismo), fenómenos evolutivos que pueden aparecer de forma esporádica durante una etapa del desarrollo y sin ser por tanto constitutivos de patología: Asesoramiento y seguimiento desde Atención Primaria.
- Pacientes aún en proceso de descartar patología orgánica presumiblemente asociada a síntomas psicopatológicos. El diagnóstico de la patología de Salud Mental se realiza tras un proceso de exclusión, tras descartar causas orgánicas. Este es un proceso unidireccional, y por ello, NO se debe derivar a Salud Mental con el objeto de descartar origen psicógeno ante patología orgánica de expresión no habitual.
- Valoraciones periciales. No son competencia del ámbito sanitario.
- Demandas con fines administrativos (informes, tramitación de becas, etc). Las Unidades de Salud Mental son dispositivos clínicos, y las derivaciones deben realizarse con criterios y finalidad clínicas.
- Situaciones de maltrato o abuso al menor: Debe iniciarse el protocolo correspondiente desde Atención Primaria (Ver Programa de Salud Infantil de AP). Sólo debe derivarse a Salud Mental



cuando, tras la oportuna valoración clínica del menor, se objetiva psicopatología que por su intensidad y/o duración lo requiera.

CRITERIOS GENERALES

La indicación o no de derivación a Salud Mental Infanto-juvenil está relacionada con la presencia o ausencia de determinadas señales de alerta y/o factores de riesgo. Estos fueron incluidos en el Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de la Comunidad de Canarias (Gobierno de Canarias, 2006) y en el Programa de Salud Infantil (Gobierno de Canarias, 2007), y han sido revisados y adaptados en este documento.

- Señal de alerta: Alude a aquel signo, síntoma o conjunto de manifestaciones que, si aparecen en determinada edad, han de hacer pensar inmediatamente en una posibilidad de trastorno psicopatológico.
- Factor de riesgo: hace referencia a toda característica del niño y del adolescente, o a cualquier circunstancia de su entorno, que comporte una mayor posibilidad de trastornos psicopatológicos que la que se observa en la población general.

Según la presencia de señales de alerta y/o factores de riesgo detectados, de la forma que se sintetiza en la siguiente tabla, procederá realizar una interconsulta o derivación a la Unidad de Salud Mental infanto-juvenil, o bien realizar el seguimiento en AP:

| ALTERACIÓN DETECTADA | PROCEDIMIENTO |
|--|--|
| Señales de alerta | Interconsulta / derivación a la USM-IJ |
| Factor/es de riesgo + señal/es de alerta | Interconsulta / derivación a la USM-IJ |
| Más de tres factores de riesgo | Seguimiento meticuloso por AP. |
| Un factor de riesgo | Seguimiento por AP |

Una vez asumido el caso por la USM-IJ correspondiente, el Equipo de Atención Primaria debe seguir manteniendo su relación con el paciente y su responsabilidad respecto de las características del tratamiento que lo conciernen (revisión de medicamentos, apoyo al grupo familiar) y asumirá el pleno seguimiento del caso cuando corresponda. Debe existir una adecuada comunicación bidireccional entre los profesionales de AP y SM.

Si se produce un alta clínica se realizará informe y éste se entregará al tutor legal.



Resulta imprescindible que los menores de 16 años sean acompañados por el o los tutores legales. En caso de padres separados, es necesario siempre que ambos padres estén informados de la derivación del caso a USM-IJ, y así lo consientan ambos. El procedimiento administrativo-legal específico para ello excede a la naturaleza de este documento (documento de consenso) y excede a las competencias de los/las profesionales elaboradores/as.

A continuación se exponen las señales de alerta para la población infanto-juvenil, agrupadas en términos de edad cronológica, así como los factores de riesgo.



SEÑALES DE ALERTA PSICOPATOLÓGICA EN EL RECIÉN NACIDO, LACTANTE Y NIÑO DE EDAD PREESCOLAR (0-4 AÑOS)

| | Señales Genéricas | Señales de Preferencia |
|---|--|---|
| Trastornos de la alimentación y/o deglución. | <ul style="list-style-type: none"> • Rechazo reiterado y prolongado en el tiempo a la inclusión de nuevos sabores, texturas (sólidos) y/o olores. • Inapetencia persistente y/o caprichos alimentarios excesivos, una vez descartados malos hábitos higiénico-dietéticos familiares y cuadros orgánicos. • Vómitos o regurgitaciones reiteradas funcionales, una vez descartados cuadros orgánicos. • Mericismo y pica, una vez descartado posible origen orgánico. • Trastornos digestivos de origen funcional (según criterios actuales -en este momento, Criterio Roma IV-), refractario al abordaje clínico de Pediatría. | Presencia de cuadro alimentario que cursa con repercusión pondero-estatural, una vez descartado cuadro orgánico y refractario al abordaje desde Atención Primaria. |
| Trastornos del sueño persistentes. *Escala de Alteraciones del Sueño en la Infancia. Dr. O. Bruni | <ul style="list-style-type: none"> • Insomnio grave y persistente, una vez descartados malos hábitos higiénico-dietéticos familiares y cuadros orgánicos, que pueden presentarse como: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Insomnio agitado: además de presentar llantos y gritos, cursa con dificultad para calmarse, y/o presencia de movimientos rítmicos de balanceos o conductas autoagresivas. ➢ Insomnio tranquilo y silencioso, con desvinculación y evitación del contacto. | |
| Trastornos del comportamiento | <ul style="list-style-type: none"> • Crisis de cólera incoercibles a pesar de manejo adecuado del entorno, que no son evolutivas ni secundarias a pautas de crianza inadecuadas. • Oposicionismo-negativismo presentes en más de un ambiente, que no son evolutivas ni secundarias a pautas | <ul style="list-style-type: none"> • Crisis de cólera incoercible sin causa identificable, o secundarias a alteraciones en la esfera sensorial. • Conductas agresivas no restringidas al ámbito familiar, que repercuten en el funcionamiento |



SEÑALES DE ALERTA PSICOPATOLÓGICA EN EL RECIÉN NACIDO, LACTANTE Y NIÑO DE EDAD PREESCOLAR (0-4 AÑOS)

| | | |
|--|---|--|
| | <p>de crianza inadecuadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conductas agresivas no restringidas al ámbito familiar. • Conductas de auto o heteroagresiones (no secundarias a pautas de crianza inadecuadas). | <p>social o escolar (guardería o colegio).</p> |
| <p>Manifestaciones de ansiedad.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Temores y evitación sistemática de situaciones, con repercusión en el funcionamiento diario del menor, y que incide en su desarrollo (fobias específicas), inapropiados para su etapa evolutiva, y no relacionadas con hábitos familiares inadecuados. • Desarrollo de temores intensos sin desencadenante aparente. • Intensa timidez y rechazo del contacto. • Tras situación estresante grave, persistencia de sintomatología ansiosa invalidante más allá de 6 meses. | <ul style="list-style-type: none"> • Preocupación inconsolable • Fobias con sintomatología incapacitante y refractarias al abordaje desde Atención Primaria. • Tras situación estresante grave, revivencia reiterada de la situación (juego, pesadillas, recuerdos recurrentes...) y sintomatología ansiosa con gran desajuste en dos o más entornos. |
| <p>Alteraciones en la comunicación y relación.</p> <p>* M-CHAT</p> | <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. • Habla que sigue un patrón peculiar: ecolalia, verborrea, inversión pronominal, etc. • Pérdida de habilidades (del lenguaje o de interacción) previamente alcanzadas (saludar con la mano, decir “no” con la cabeza, pérdida de balbuceo o palabras sencillas ya adquiridas, etc) con una duración de al menos 3 meses. • Dificultades de relación con iguales (agresividad excesiva o aislamiento). | |



SEÑALES DE ALERTA PSICOPATOLÓGICA EN EL RECIÉN NACIDO, LACTANTE Y NIÑO DE EDAD PREESCOLAR (0-4 AÑOS)

| | | |
|---|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Retrasos significativos en el desarrollo del habla (expresivos, receptivos o mixtos) en presencia de síntomas sugestivos de TEA.• M-CHAT patológico (ya sea por número de ítems alterados totales o por la presencia de ítems críticos). | |
| Alteraciones en el área motriz | <ul style="list-style-type: none">• Movimientos estereotipados y repetitivos (balanceos, aleteos de manos, fascinación por un estímulo concreto, etc).• Inquietud psicomotriz exagerada e impulsividad de difícil contención externa.• Pérdida de habilidades previamente alcanzadas (saltar, subir y bajar un tobogán, moverse al ritmo de una canción, etc) especialmente a partir de los 2 años, con una duración de al menos 3 meses.• Presencia de tics motores o fonatorios, persistentes, y que repercuten en el funcionamiento del menor y/o generan malestar. | |
| Anomalías en el juego y/o alteraciones detectadas en la guardería y/o escolaridad | <ul style="list-style-type: none">• Inhibición del juego.• Juego estereotipado y/o repetitivo.• No aparición del uso funcional de los juguetes alrededor de los 2 años.• No se desarrolla juego simbólico a partir de los 3 años y/o no está presente antes de los 5 años.• Dificultad para participar en actividades de interacción y/o lúdico-grupales. | |



SEÑALES DE ALERTA PSICOPATOLÓGICA EN EL NIÑO DE EDAD ESCOLAR (5-11 AÑOS)

| | Señales Genéricas | Señales de Preferencia |
|---|--|------------------------|
| <p>Alteraciones relacionadas con la falta de atención y/o el control motriz.</p> <p>Nota: Debe existir valoración del nivel intelectual, prueba formal de atención y de resistencia a la interferencia, previo a la valoración y/o inicio de tratamiento.</p> | <ul style="list-style-type: none">• Alteraciones de la atención con repercusión en otro ambiente además del escolar, con repercusión en pruebas formales (a través del Informe Psicopedagógico) cuyo nivel atencional no se corresponda con el nivel intelectual del menor (determinación del CI) y que no responde a medidas psicopedagógicas habituales (durante al menos 6 meses), y se ha descartado la presencia de trastornos específicos del aprendizaje.• Presencia de movimiento excesivo no acorde al nivel de desarrollo, con repercusión en al menos dos ambientes y que no responde a medidas de manejo conductual.• Menores con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad con comorbilidad clínica, que repercute en el funcionamiento del menor y afecta la evolución del cuadro.• Pacientes con diagnóstico previo de Trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad, y para los que existen dudas diagnósticas o terapéuticas desde el responsable de Atención Primaria.• Menores con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y mala evolución a pesar del abordaje farmacológico.• Predisposición a reaccionar de forma inesperada y desmedida (apuntando a la dificultad de autorregulación de emociones, comportamiento y movimiento) ante una situación externa o un estímulo interno, sin reflexión | |



SEÑALES DE ALERTA PSICOPATOLÓGICA EN EL NIÑO DE EDAD ESCOLAR (5-11 AÑOS)

| | | |
|--|--|--|
| | <p>previa ni tomar en cuenta las consecuencias que pueden provocar sus actos (impulsividad); todo ello presente en más de un ambiente.</p> | |
| Signos depresivos | <ul style="list-style-type: none"> • Tristeza mantenida durante al menos 2 semanas, con repercusión en el funcionamiento del paciente, no reactivo a situación estresante, y que se acompaña de al menos uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> - Apatía, pérdida del interés (abandono de actividades antes placenteras). - Irritabilidad. - Inhibición psicomotriz. - Manifestaciones somáticas. - Alteraciones en la esfera vegetativa. • Inhibición y bloqueo intelectual global. • Sintomatología afectiva en relación a situación estresante que dura más de 6 meses (o menos si presenta síntomas de gravedad) y que repercute en el funcionamiento del paciente. | <ul style="list-style-type: none"> • Ideas de muerte activas sin riesgo autolítico inminente. • Actos con finalidad suicida frustrados previos, por los que no se solicitó asistencia sanitaria. • Conductas autolesivas, aún sin finalidad autolítica. • Presencia de inhibición psicomotriz grave. |
| Alteraciones en la comunicación y relación con iguales y/o adultos | <ul style="list-style-type: none"> • Tendencia al aislamiento • Hiperselectividad en las relaciones • Rigidez en las relaciones: dificultad para adaptarse a normas sociales, aceptar límites y/o reglas de juegos • Dificultad en las relaciones secundarias a agresividad • Transgresión grave de las normas | <ul style="list-style-type: none"> • Dificultades en el ámbito social, con presencia de movimientos estereotipados. • Ensimismamiento extremo que interfiere con el funcionamiento social. • Aislamiento significativo y mantenido. |



SEÑALES DE ALERTA PSICOPATOLÓGICA EN EL NIÑO DE EDAD ESCOLAR (5-11 AÑOS)

| | | |
|--|---|--|
| | <p>Nota: Debe presentarse en más de un entorno, provocar un deterioro progresivo y significativo en el ámbito relacional, así como afectación del rendimiento académico.</p> | |
| <p>Manifestaciones de ansiedad, fóbicas y obsesivo-compulsivas</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad de separación que no responde a las pautas trabajadas desde AP. • Fobias con repercusión funcional → Temores y evitación sistemática de situaciones, con una repercusión en el funcionamiento diario del menor, y que incide en su desarrollo (fobias específicas), inapropiados para su nivel de desarrollo, y no relacionadas con hábitos familiares inadecuados. • Presencia de sintomatología obsesiva, rituales obsesivos (compulsiones) que repercuten en el funcionamiento del menor. • Trastornos del sueño o del irse a dormir mantenidos, no relacionadas con hábitos familiares inadecuados y refractarios al abordaje habitual desde Atención Primaria. | <ul style="list-style-type: none"> • Reacción tras atragantamiento que cursa con restricción alimentaria y repercusión ponderoestatural, una vez descartados cuadros orgánicos y refractarios al abordaje habitual desde AP. • Tras situación estresante grave, revivencia reiterada de la situación (juego, pesadillas, recuerdos recurrentes...) y sintomatología ansiosa con gran desajuste en dos o más entornos. • Presencia de obsesiones y/o rituales obsesivos (compulsiones) incapacitante, que suponen importante repercusión diaria (alto consumo de tiempo) y/o gran sufrimiento. |
| <p>Manifestaciones somáticas* de trastornos emocionales</p> <p>*Siempre tras haber descartado origen orgánico.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Presencia de sintomatología ansiosa y/o afectiva acompañada de manifestaciones somáticas (quejas de dolor de cabeza, cefaleas, abdominalgias, náuseas, vómitos, etc). • Alteraciones del control de los esfínteres, no secundarias a hábitos familiares inadecuados, y que son refractarias al abordaje desde Atención Primaria, así como generan malestar o repercusión funcional. • Síntomas conversivos y aquellos “preconversivos” con repercusión en el funcionamiento. | |



SEÑALES DE ALERTA PSICOPATOLÓGICA EN EL NIÑO DE EDAD ESCOLAR (5-11 AÑOS)

| | | |
|---|--|--|
| <p>Vinculación ansiosa con dependencia excesiva</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Presencia de gran ansiedad durante la separación de la figura de apego, que se mantiene aun iniciada la escolaridad. Se acompaña de al menos uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> - Interacción deficiente - Tendencia al repliegue en situaciones sociales - Miedo a que pueda suceder algo a la figura de apego durante su ausencia y/o temor por su propia seguridad en la ausencia de la figura de apego. | |
| <p>Trastornos psicóticos</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Afectación del contacto con la realidad, o cualquier otro síntoma de estirpe psicótica que repercuta mínimamente en el funcionamiento del individuo. • Derivación tras abandono de seguimiento o cambio de terapeuta/domicilio, en paciente con estabilidad clínica. | <ul style="list-style-type: none"> • Ruptura con la realidad con presencia de fantasías desbordadas, acompañadas de intensa angustia. • Sintomatología leve-moderada o empeoramiento de sintomatología habitual, trastornos de conducta leves, conciencia parcial de trastorno. • Sospecha o presencia de síntomas calificables como psicóticos: <ul style="list-style-type: none"> - Presencia de alucinaciones y/o delirios. - Conducta desorganizada. - Sintomatología negativa. |
| <p>Alteraciones en la esfera de la alimentación</p> <p>*Su Pediatra o MAP debe hacer seguimiento estrecho de su</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Dietas restrictivas y ritualizadas, con obsesión por adelgazar. • Distorsión de la imagen corporal (entendida como una percepción alterada de peso y constitución corporal). • Falta de reconocimiento de la gravedad del bajo peso. • Temor intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo. • Deficiencia nutricional significativa secundaria a | <ul style="list-style-type: none"> • IMC por edad inferior al quinto percentil ó pérdida de peso > al 25 % del peso inicial durante los últimos 6 meses en relación con TCA. • Empleo de conductas purgativas frecuentes (diuréticos, laxantes o inducción al vómito). • Atracones frecuentes. • Amenorrea de más de 3 meses en relación con el TCA. • Si el paciente no sigue las normas o el peso no aumenta, aunque parezca seguir las instrucciones y |



SEÑALES DE ALERTA PSICOPATOLÓGICA EN EL NIÑO DE EDAD ESCOLAR (5-11 AÑOS)

| | | |
|---|--|---|
| <p>evolución ponderal, nutricional, y derivar al Servicio de Endocrinología y Nutrición en los casos en los que haya compromiso orgánico.</p> | <p>restricción alimentaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empleo frecuente de conductas purgativas (diuréticos, laxantes o inducción al vómito) y/o compensatorias inapropiadas (periodos intermitentes de ayuno o ejercicio excesivo). • Atracones frecuentes. • Mericismo y/o pica, una vez descartadas causas orgánicas. • Pérdida de peso significativa o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños, sin causa orgánica ni constitucional justificables. • Tener una presunción diagnóstica fundada de TCA. • Mericismo. • Pica. | <p>niegue el miedo al aumento de peso.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conflictividad familiar como factor mantenedor de TCA. • Comorbilidad psiquiátrica asociada a la pérdida de peso y/o restricción alimentaria. |
| <p>Otros cuadros</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Presencia de tics motores o fonatorios, graves y persistentes, y que repercuten en el funcionamiento del menor y/o generan malestar, una vez descartada patología orgánica. | |

SEÑALES DE ALERTA PSICOPATOLÓGICA EN EL PÚBER Y ADOLESCENTE (12-17 AÑOS)

| | Señales Genéricas | Señales de Preferencia |
|--|---|------------------------|
| <p>Alteraciones relacionadas con la falta de atención y/o el control motriz. Nota: Debe existir valoración</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones de la atención con repercusión en otro ambiente además del escolar, con repercusión en pruebas formales (a través del Informe Psicopedagógico) cuyo nivel atencional no se corresponda con el nivel intelectual del menor y que no responde a medidas psicopedagógicas habituales (durante al menos 6 meses) y se ha descartado la presencia de trastornos específicos | |



SEÑALES DE ALERTA PSICOPATOLÓGICA EN EL NIÑO DE EDAD ESCOLAR (5-11 AÑOS)

| | | |
|---|---|--|
| <p>del nivel intelectual, prueba formal de atención y de resistencia a la interferencia previa a la valoración y/o inicio de tratamiento.</p> | <p>del aprendizaje.</p> <ul style="list-style-type: none">• Presencia de movimiento excesivo no acorde al nivel de desarrollo, con repercusión en al menos dos ambientes y que no responde a medidas de manejo conductual.• Menores con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad con comorbilidad clínica que repercute en el funcionamiento del menor y afecta la evolución del cuadro.• Pacientes con diagnóstico previo de Trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad, y que existen dudas diagnósticas o terapéuticas desde el responsable de Atención Primaria.• Menores con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y mala evolución a pesar del abordaje farmacológico• Predisposición a reaccionar de forma inesperada y desmedida (apuntando a la dificultad de autorregulación de emociones, comportamiento y movimiento) ante una situación externa o un estímulo interno, sin reflexión previa ni tomar en cuenta las consecuencias que pueden provocar sus actos (impulsividad) todo ello presente en más de un ambiente. | |
| <p>Trastornos graves de la conducta social.</p> | <ul style="list-style-type: none">• Conductas agresivas y retadoras.• Conductas disociales que atenten contra la integridad de los demás, reiteradas y mantenidas en el tiempo.• Absentismo escolar y fugas del hogar frecuentes.• Adolescentes con problemas con la justicia o con medidas judiciales con patología psiquiátrica. | |



SEÑALES DE ALERTA PSICOPATOLÓGICA EN EL NIÑO DE EDAD ESCOLAR (5-11 AÑOS)

Alteraciones en la esfera de la alimentación.

*Su Pediatra o MAP debe hacer seguimiento estrecho de su evolución ponderal, nutricional, y derivar al Servicio de Endocrinología y Nutrición en los casos en los que haya compromiso orgánico.

- Dietas restrictivas y ritualizadas, con obsesión por adelgazar.
- Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual, todo ello con repercusión en la conducta.
- Temor intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- Deficiencia nutricional significativa secundaria a restricción alimentaria.
- Empleo frecuente de conductas purgativas (diuréticos, laxantes o inducción al vómito) y/o compensatorias inapropiadas (periodos intermitentes de ayuno o ejercicio excesivo).
- Atracones frecuentes.
- Mericismo y/o pica, una vez descartadas causas orgánicas.
- Pérdida de peso significativa o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños.
- Tener una presunción diagnóstica fundada de TCA.

- Peso por debajo del 15% menos del correspondiente a su edad y altura o peso ideal, índice de masa corporal $< 17,5$ ó pérdida de peso $>$ al 25 % del peso inicial durante los últimos 6 meses
- Empleo frecuente de conductas purgativas (diuréticos, laxantes o inducción al vómito).
- Atracones frecuentes.
- Los recursos de abordaje en nivel asistencial previos se han desbordado.
- Amenorrea de más de 3 meses en relación con el TCA.
- Si la paciente no sigue las normas o el peso no aumenta, aunque parezca seguir las instrucciones y niegue el miedo al aumento de peso.
- Conflictividad familiar como factor mantenedor de TCA.
- Detención de la curva ponderoestatural en dos mediciones durante 6 meses.

Manifestaciones de ansiedad, fóbicas y obsesivo-compulsivas.

- Fobias con repercusión funcional → Temores y evitación sistemática de situaciones, con una repercusión en el funcionamiento diario del paciente y que incide en su desarrollo, inapropiados para su nivel de desarrollo, y no

- Tras situación estresante grave, revivencia reiterada de la situación (juego, pesadillas, recuerdos recurrentes, etc) y sintomatología ansiosa con gran desajuste en dos o más entornos.



SEÑALES DE ALERTA PSICOPATOLÓGICA EN EL NIÑO DE EDAD ESCOLAR (5-11 AÑOS)

| | | |
|--|---|--|
| | <p>relacionadas con hábitos familiares inadecuados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obsesiones y compulsiones. • Presencia de sintomatología obsesiva y/o rituales obsesivos (compulsiones) que repercuten en el funcionamiento del menor y/o generan malestar. • Insomnio persistente, más de 6 meses, no relacionado con hábitos familiares o personales inadecuados y refractarios al abordaje habitual desde Atención Primaria; asociado a otras manifestaciones de ansiedad referidas en este apartado o signos afectivos. • Sintomatología ansiosa persistente, de presencia diaria, que repercute en el funcionamiento del menor. • Ansiedad en forma de crisis de angustia, tras abordaje adecuado desde Atención Primaria. | <ul style="list-style-type: none"> • Presencia de obsesiones y/o rituales obsesivos (compulsiones) incapacitantes, que suponen importante repercusión diaria (alto consumo de tiempo) y/o gran sufrimiento. |
| <p>Manifestaciones somáticas* de trastornos emocionales</p> <p>*Siempre tras haber descartado origen orgánico.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Presencia de sintomatología ansiosa y/o afectiva acompañada de manifestaciones somáticas (cefaleas, abdominalgias, náuseas, vómitos, etc). • Alteraciones del control de los esfínteres, no secundarias a hábitos familiares inadecuados, refractarias al abordaje desde Atención Primaria, y que generan malestar o repercusión funcional. • Síntomas conversivos y aquellos “preconversivos” con repercusión en el funcionamiento. | |
| <p>Signos afectivos</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Tristeza mantenida durante al menos 2 semanas con repercusión en el funcionamiento del paciente, no reactivo a situación estresante y que se acompaña de al | <ul style="list-style-type: none"> • Ideas de muerte activas sin riesgo autolítico inminente. • Actos con finalidad suicida frustrados previos, por los |



SEÑALES DE ALERTA PSICOPATOLÓGICA EN EL NIÑO DE EDAD ESCOLAR (5-11 AÑOS)

| | | |
|--|---|--|
| | <p>menos uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apatía, pérdida del interés (abandono de actividades antes placenteras). - Irritabilidad. - Inhibición psicomotriz. - Manifestaciones somáticas. - Alteraciones en la esfera vegetativa. <ul style="list-style-type: none"> • Inhibición y bloqueo intelectual global. • Sintomatología afectiva en relación a situación estresante que dura más de 6 meses (o menos si presenta síntomas de gravedad) y que repercute en el funcionamiento del paciente. | <p>que no se solicitó asistencia sanitaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conductas autolesivas, aún sin finalidad autolítica. • Presencia de inhibición psicomotriz grave. • Clínica maniforme. |
| <p>Alteraciones en la comunicación y relación.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Hiperselectividad en las relaciones. • Rigidez en las relaciones: dificultad para adaptarse a normas sociales, aceptar límites. • Dificultad en las relaciones secundarias a agresividad. • Nota: Debe presentarse en más de un entorno, provocar un deterioro progresivo y significativo en el ámbito relacional, así como afectación del rendimiento académico. | <ul style="list-style-type: none"> • Dificultades en el ámbito social con presencia de movimientos estereotipados. • Ensimismamiento extremo que interfiere con el funcionamiento social. • Tendencia al aislamiento. |
| <p>Trastornos psicóticos.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Afectación del contacto con la realidad, o cualquier otro síntoma de estirpe psicótica que repercuta mínimamente en el funcionamiento del individuo. • Estabilidad clínica (derivación tras abandono de seguimiento o cambio de terapeuta/domicilio). | <ul style="list-style-type: none"> • Ruptura con la realidad, con presencia de fantasías desbordadas, acompañadas de intensa angustia. • Sintomatología leve-moderada o empeoramiento de sintomatología habitual, trastornos de conducta leves, conciencia parcial de trastorno. • Sospecha o presencia de síntomas calificables como |



SEÑALES DE ALERTA PSICOPATOLÓGICA EN EL NIÑO DE EDAD ESCOLAR (5-11 AÑOS)

| | | |
|---|---|---|
| | | <p>psicóticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presencia de alucinaciones y/o delirios. - Conducta desorganizada - Sintomatología negativa - Aislamiento en casa, sin cursar estudios ni trabajar. |
| <p>Demanda de ayuda psicológica por iniciativa, evidenciándose psicopatología</p> | <p>Menor que solicita ayuda psicológica, por iniciativa, evidenciándose psicopatología tras valoración por Atención Primaria.</p> | |

FACTORES DE RIESGO PSICOPATOLÓGICO INFANTO-JUVENIL (CUALQUIER EDAD)

| | |
|---|--|
| <p>Circunstancias de la concepción y el embarazo.</p> | <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. |
| <p>Circunstancias perinatales adversas.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Partos gravemente distócicos. |



FACTORES DE RIESGO PSICOPATOLÓGICO INFANTO-JUVENIL (CUALQUIER EDAD)

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">• 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 a los estímulos excesivas, desmesuradas.• Dificultades en las adaptaciones a los cambios del medio: personas, objetos, alimentos, etc.• Inhibición conductual: apatía, lentitud o dificultad para 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. Déficits 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. |



FACTORES DE RIESGO PSICOPATOLÓGICO INFANTO-JUVENIL (CUALQUIER EDAD)

| | |
|--------------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Ausencias prolongadas de uno o de los dos progenitores.• Derrumbe socioeconómico familiar. |
| 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/s sensoriales.• Apego ansioso, rechazo primario o secundario.• Trastornos psiquiátricos graves de los padres:<ul style="list-style-type: none">- Trastornos delirantes, esquizofrenia.- Trastornos depresivos mayores, episodio de manía.- Intentos de suicidio.- Trastornos graves de la personalidad.- Alcoholismo o consumo de (otras) drogas.- Padres con institucionalización prolongada en la infancia.- Abandonismo, negligencia, malos tratos, etc.• 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.• Cohabitación prolongada en culturas “occidentalizadas”.• Medicalización y/o institucionalización. Somatizaciones reiteradas. |



FACTORES DE RIESGO PSICOPATOLÓGICO INFANTO-JUVENIL (CUALQUIER EDAD)

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Consultas, exploraciones y hospitalizaciones reiteradas. Consulta en múltiples instituciones.• Institucionalización prolongada.• Familiar de primer grado con Trastorno Mental Grave y presencia de psicopatología en el menor (de entre las señales de alerta). |
| Factores dependientes de los padres, generales y específicos de esta edad. | <ul style="list-style-type: none">• Conducta de los padres no adecuada 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. |
| Evidencia de malos tratos físicos y psíquicos. | Según los indicadores de los programas específicos. |
| 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, etc.• Cambios de residencia repetidos.• Familias aisladas socialmente. |
| Problemas relacionados con la conducta. | <ul style="list-style-type: none">• Agresividad en grupo o aislada.• Conductas antisociales.• Conflictos destructivos con violencia.• Transgresión grave de las normas.• Abandonos del hogar familiar reiterados o en malas condiciones. |



5.3. CRITERIOS DE GRAVEDAD.

- Situaciones de auto y heteroagresividad con dificultad de contención o manejo y atribuibles a la presencia de sintomatología psiquiátrica. Excluye actos delictivos no relacionados con psicopatología.
- Ideas de suicidio (ver apartado “ideas de suicidio”).
- Deterioro importante del estado físico relacionado directamente con psicopatología grave.
- Sintomatología psicótica o sintomatología afectiva grave.
- Yatrogenia grave (p.ej, derivada de efectos adversos graves).

5.4. CONDUCTA SUICIDA.

Se recomiendan como referencia los documentos “Riesgo suicida y conducta suicida: evaluación e intervención en Atención Primaria” (disponible en Drago-AP) y la “Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida”, del Ministerio de Sanidad. En estos se incluyen las recomendaciones sobre la evaluación e intervención, así como, específicamente, sobre la derivación a Salud Mental y el carácter de la derivación. Asimismo, incluyen los conceptos y definiciones, factores de riesgo y factores protectores.

5.5. SITUACIONES ESPECIALES.

VIOLENCIA DE GÉNERO.

En la atención a las víctimas de violencia de género, se debe ofertar la Red de Servicios especializados. En www.dalaalarma.com se encuentran disponibles los servicios que existen en cada isla con la dirección y el teléfono de contacto. A las mujeres víctimas de agresiones sexuales, igualmente se debe ofertar la Red de Servicios Especializados. Si al consultar con ella y/o tras la valoración se considera necesario, pueden ser derivadas de forma preferente a la Unidad de Salud Mental correspondiente.

En cualquier caso de violencia de género en el que se presenten cuadros de depresión grave, ideas o intentos de suicidio, trastorno de estrés postraumático, desencadenamientos o descompensaciones psicóticas, o cualquier situación de gravedad psicopatológica que el médico/a considere, puede ser derivada con carácter preferente a la Unidad de Salud Mental correspondiente.



SITUACIONES DE CONFLICTO.

Las situaciones de conflicto (laboral, familiar, legal, etc) exceden el ámbito sanitario global, salvo que exista presencia de sintomatología susceptible de atención (ver apartado “Trastornos adaptativos”), quedando las valoraciones, peritaciones y demás elementos susceptibles de demanda sanitaria circunscritas al ámbito judicial.

6. CRITERIOS MÍNIMOS DE CALIDAD

Tanto las derivaciones o interconsultas de AP a SM, como las respuestas de SM a AP (respuestas, retornos e informes de alta), deben cumplir con una serie de criterios mínimos de calidad, que se describen a continuación. Es importante tener en cuenta que estos mínimos de calidad suponen un *marco conceptual* resultado del consenso entre AP y SM, que puede no tener correspondencia idéntica con los apartados establecidos en la Historia Clínica Electrónica en Drago, que se basa a su vez en el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. En tales casos, será necesaria la adaptación de la información proporcionada a los epígrafes correspondientes. A la inversa, las propuestas desde el ámbito clínico, como la presente, pueden favorecer que se produzcan cambios progresivos en la estructura de la Historia Clínica Electrónica, en aquellos campos susceptibles de adaptación (campos establecidos como recomendados, en el RD 1093/2010).

6.1. INTERCONSULTA O DERIVACIÓN.

INTERCONSULTA O DERIVACIÓN (ADULTOS) – CONTENIDOS MÍNIMOS

- Datos de filiación.
- Tipo de derivación: normal, preferente, urgente.
- Antecedentes personales de interés: salud mental, consumo de tóxicos, somáticos.
- Antecedentes familiares de interés.
- Cuadro actual:
 - Sintomatología.
 - Interferencia en la vida cotidiana: personal, familiar, social y/o laboral.
 - Tiempo de evolución.
 - Posibles desencadenantes.
- Diagnóstico: sospecha diagnóstica, impresión diagnóstica, diagnóstico sindrómico, diagnóstico.
- Plan terapéutico seguido: tipo, fecha de inicio, adherencia y respuesta.
- Otros datos de interés.



INTERCONSULTA O DERIVACIÓN (INFANTO-JUVENIL) CONTENIDOS MÍNIMOS

- Datos de filiación.
- Tipo de derivación: normal, preferente, urgente.
- Antecedentes personales: embarazo, perinatales, enfermedades crónicas o destacables.
- Antecedentes familiares de interés: especialmente trastornos mentales.
- Motivo de consulta y Cuadro actual:
 - Sintomatología.
 - Tiempo de evolución.
 - Posibles factores desencadenantes.
 - Repercusión del problema en el ámbito familiar, educativo, social.
 - Estudios complementarios realizados: exploración neurológica, PEAT, pruebas de imagen, etc.
 - Origen de la demanda: padres, centro educativo, otros.
 - Disponibilidad o no del Informe psicopedagógico del EOP.
- Diagnóstico: de sospecha o impresión (trastorno afectivo, de la conducta, del neurodesarrollo, etc.)
- Plan terapéutico seguido:
 - AP: abordaje psicológico, social, escolar, farmacológico, otros.
 - USM: valorado previamente, alta o abandono.

6.2. RESPUESTA.

RESPUESTA (ADULTOS) – CONTENIDOS MÍNIMOS

- Juicio diagnóstico / Impresión diagnóstica.
- Tratamiento prescrito.
 - Tipo: psicofarmacológico, psicoterapéutico, mixto.
 - Tratamiento psicofarmacológico: dosis, pauta.
- Plan terapéutico.
 - Nivel de atención: AP o SM.
 - Si seguimiento por SM:
 - Características básicas del plan terapéutico.
 - Si seguimiento por AP:
 - Duración recomendada del tratamiento, si se indica.
 - Recomendaciones básicas para el seguimiento.



RESPUESTA (INFANTO-JUVENIL) – CONTENIDOS MÍNIMOS

- Juicio diagnóstico / Impresión diagnóstica.
- Tratamiento prescrito.
 - Tipo: psicofarmacológico, psicoterapéutico, mixto.
 - Tratamiento psicofarmacológico: dosis, pauta.
- Plan terapéutico.
 - Nivel de atención: AP o SM.
 - Si seguimiento por SM: características básicas del plan terapéutico.
 - Si seguimiento por AP: recomendaciones básicas para el seguimiento.

6.3. RETORNO

RETORNO DE LA INTERCONSULTA – CONTENIDOS MÍNIMOS

- Motivo del retorno.
 - No contiene información mínima necesaria para valorarla.
 - No cumple con los criterios de derivación de AP a SM.
- Otros datos que se consideren de interés.

6.4. INFORME DE ALTA Y DERIVACIÓN A ATENCIÓN PRIMARIA

INFORME DE ALTA Y DERIVACIÓN A ATENCIÓN PRIMARIA (ADULTOS) CONTENIDOS MÍNIMOS

- Diagnóstico.
- Tratamiento seguido en la USM.
 - Tipo: psicofarmacológico, psicoterapéutico, mixto.
 - Tratamiento psicofarmacológico: dosis, pauta, adherencia.
 - Psicoterapia: tipo.
- Situación clínica actual.
 - Respuesta, remisión, recuperación.
 - Otras esferas de interés.
- Motivo del alta: mejoría clínica, abandono, traslado, no procede tratamiento, exitus, otros.
- Recomendaciones para seguimiento en AP.
 - Recomendación de mantenimiento o retirada (recomendación a priori, variable según evolución)
 - Tiempo mínimo recomendado para el tratamiento.



INFORME DE ALTA Y DERIVACIÓN A ATENCIÓN PRIMARIA (INFANTO-JUVENIL) - CONTENIDOS MÍNIMOS

- Diagnóstico.
- Intervención terapéutica realizada en la USM.
 - Tipo: psicofarmacológico, psicoeducación, sesiones de orientación y apoyo a los padres, terapia familiar, etc.
 - Tratamiento psicofarmacológico: dosis, pauta, adherencia.
- Situación clínica actual.
 - Evolución: respuesta, remisión, recuperación.
 - Otras esferas de interés.
- Motivo del alta: mejoría clínica, abandono, traslado, no procede tratamiento.
- Recomendaciones para seguimiento.
 - Recomendaciones para seguimiento en AP, incluyendo duración del tratamiento.
 - Recomendaciones de atención para otros dispositivos y profesionales: psicopedagogía, logopedia, servicios sociales, otras especialidades.
 - Situaciones que pueden requerir una nueva evaluación por la USM.



7. TIPOS DE INTERCONSULTA / COORDINACIÓN Y PROCEDIMIENTO

7.1. INTERCONSULTA VIRTUAL O TELEMÁTICA.

La interconsulta (IC) es la herramienta básica y fundamental en la coordinación entre los distintos profesionales sanitarios, ya que permite el intercambio de información necesaria para la adecuada atención del paciente.

El formato de IC electrónica permite una comunicación más ágil y eficiente entre los distintos profesionales y dispositivos. Además, el menor uso del papel favorece la protección medioambiental y el ahorro económico. Este formato, ya disponible en DRAGO-AP y DRAGO-AE, sustituye al formato de IC de papel usado previamente, y tendrá, como esta última, tres funciones principales:

- a) Solicitud de valoración (y seguimiento, si procediese) de pacientes que cumplan criterios de derivación a dispositivos especializados.
- b) Solicitud de información y/o valoración de pacientes ya en seguimiento en dispositivos especializados (ante algún tipo de duda por parte de los profesionales que los atienden y/o cambios en el estado clínico previo).
- c) Solicitud de consulta acerca de manejo desde AP de casos no susceptibles de atención especializada.

La interconsulta virtual difiere en algunos aspectos de la interconsulta tradicional. Además de permitir una comunicación más fluida entre profesionales, el tipo de derivación (normal, preferente) puede no ser explícito, sino contextualizarse de forma implícita en la información proporcionada desde AP a SM, de tal forma que sea el profesional de SM quien decida la prioridad de cada caso con base a esta información. En este documento se muestran los estándares relativos a los diferentes tipos de interconsulta, sin perjuicio de que la naturaleza de las interconsultas virtuales pueda matizar el uso de estas, tal como se ha señalado.

7.1.1. Temporalidad.

- Valoración de la interconsulta. El Equipo de SM valorará la interconsulta, preferiblemente y con carácter general, durante los primeros 7 días tras su recepción. Los tiempos máximos de espera para la evaluación de las IC, dependiendo de su prioridad, serán:
 - Carácter normal: 15 días naturales desde la recepción de la IC.



- Carácter preferente: 7 días naturales desde la recepción de la IC.

Los mismos criterios temporales se adscriben a la inversa; esto es, a las interconsultas realizadas por SM a AP.

- Respuesta tras evaluación. La respuesta de SM se enviará a AP, preferiblemente y con carácter general, en el mismo día de la evaluación clínica. Excepcionalmente podrán remitirse con demora, en un plazo máximo de 7 días. También de forma excepcional, en los casos en los que se estime necesaria una segunda consulta para remitir la respuesta a AP, se realizará tras esta.

Los mismos criterios temporales se adscriben a las interconsultas realizadas por SM a AP.

7.1.2. Procedimiento de solicitud de IC virtual/telemática desde AP a SM.

La solicitud de IC a la USM de referencia se realizará del mismo modo que la solicitud de IC al resto de especialidades.

En el “Gestor de Peticiones” (GP) de DRAGO-AP se seleccionará la pestaña “Interconsulta/Pruebas”. En la ventana de “Especialidad/Centro” se seleccionará la correspondiente a “Salud Mental (Envío AE)” y la USM correspondiente. Una vez seleccionada la especialidad y centro se procederá a cumplimentar los diferentes apartados de la IC siguiendo los criterios mínimos descritos anteriormente en este documento, y la prioridad de esta (normal, preferente):

- Motivo de consulta: que incluya el diagnóstico de presunción (sindrómico o clínico).
- Antecedentes: antecedentes personales y familiares de relevancia.
- Enfermedad actual: clínica activa que genera demanda de valoración, duración y factores que puedan influir esta, resultado del abordaje desde AP.
- Observaciones: si procediesen (pruebas complementarias, solicitud de profesional, expectativas, etc).
- Indicaciones para la cita: a rellenar por SM, a fin de realizar puntualizaciones pertinentes, en caso de que procediese citación.

7.1.3. Datos a aportar en formulario de IC virtual/telemática.

Para poder realizar valoración adecuada de la solicitud de IC, se deben consignar obligatoriamente los siguientes datos en los campos asignados a tal efecto en el formulario de IC:

- Datos de filiación y administrativos (nombre, apellidos, NASS, número de tarjeta sanitaria, dirección, teléfono, etc), que serán automáticamente aportados por el sistema. En el caso de



derivación a USM infanto-juvenil, sería conveniente asegurar que se cuenta con un teléfono actualizado del responsable del menor (o de este, si es mayor de 16 años).

- Antecedentes personales psiquiátricos, incluyendo seguimiento previo en dispositivos especializados.
- Antecedentes familiares (especialmente los psiquiátricos). En el caso de derivación a USM infanto-juvenil y problemática sociofamiliar grave, debe indicarse si se ha notificado a Servicios Sociales del Ayuntamiento correspondiente (Área de Menores y Familia) y/o existe o ha existido intervención de dicho equipo.
- Antecedentes personales somáticos, con especial interés en aquellos que puedan estar influyendo en la clínica psiquiátrica.
- Consumo de tóxicos, incluyendo estado del consumo en casos de toxicomanías y/o seguimiento en dispositivos de drogodependencias.
- Sintomatología activa, incluyendo tiempo desde el inicio de la clínica, posibles desencadenantes/precipitantes, evolución, repercusiones en ámbitos laboral, familiar, etc. La interconsulta a la USM infanto-juvenil no debe realizarse sin haber valorado al menor en consulta. Debe recordarse que la familia, o el entorno educativo, carecen de visión clínica.
- Factores sociales asociados, si procediesen.
- Estrategias terapéuticas realizadas desde AP, y resultado de estas.
- Solicitud de la valoración: valoración presencial y/o consultoría, tipo de profesional cuya atención se entiende más indicada, expectativas de atención, etc.

7.1.4. Respuesta a la solicitud de IC virtual / telemática de AP.

Las solicitudes de IC realizada por los profesionales de AP serán recibidas en el buzón de IC de las USM de referencia y serán gestionadas por los profesionales. Para ello cada facultativo de la USM tendrá reservada en su agenda de trabajo un tiempo fijo semanal. Se estima como adecuado una hora a la semana, sin perjuicio de que la persona coordinadora estime otro tiempo. Debe considerarse también la posibilidad que las solicitudes se valoren, no de forma individual, sino por parte del equipo. Según resultado de la valoración de la IC, desde la USM se dará respuesta según proceda o no la valoración:

- a) Procede la valoración del paciente en USM..



Se escribirán las “indicaciones para la cita” en el apartado correspondiente del formulario de IC (de cara a informar al personal administrativo sobre estas) y se seleccionará la opción “Aceptar y verificar”, quedando pendiente de cita.

La respuesta a la IC se dará posteriormente a la realización de dicha cita, mediante la creación de un Objeto Clínico (que se habilitará con texto libre para poder dar información lo más completa posible) donde se hará constar sintomatología que se considere más relevante, impresión diagnóstica, resumen del plan de tratamiento y/o seguimiento si procediese, y otros aspectos que pudieran ayudar en el manejo del caso en AP.

b) No procede la valoración.

Se seleccionará la opción “Rechazar petición” dentro del panel de “Peticiones pendientes” de la USM. En el espacio disponible para ello, debe explicarse el motivo del retorno.

- Si el paciente no cumple criterios de derivación a USM, se explicarán estos de forma sucinta y se darán alternativas posibles, si se estiman.
- Si la IC no contiene datos necesarios para la valoración, se solicitará nueva IC con tales datos al facultativo de AP.
- Si se plantean dudas (p.ej., acerca de pacientes ya en seguimiento en USM o de casos no susceptibles de atención especializada), se contestará en el apartado de texto libre, en el cual se puede sugerir la posibilidad de hablar del caso en Consultoría presencial o telefónica.

7.1.5. Procedimiento de solicitud de IC virtual/telemática desde SM a AP.

La solicitud de IC desde SM a AP se realizará fundamentalmente en dos situaciones:

- Pacientes en seguimiento en USM en los que se detecte algún problema de salud no relacionado con SM., a fin de alertar al facultativo de AP responsable para que se puedan tomar las medidas oportunas.
- Pacientes en seguimiento en USM sobre los que los facultativos de SM responsables precisen información adicional o tengan dudas acerca de problemas de salud o psicosociales abordados desde AP. Si se estima necesario, se podrá solicitar o sugerir la realización de Consultorías presenciales para el caso.

En cuanto al procedimiento, dentro del catálogo de IC de DRAGO-AE se habilitará un icono para la solicitud de dicha IC, siendo el procedimiento para su cumplimentación y resolución análogo al descrito en apartados anteriores para las realizadas desde AP.



Los plazos de respuesta de AP a SM son análogos a los plazos establecidos para el caso de SM a AP.

La respuesta de AP a SM debe contener la información solicitada. En términos generales, debe incluir al menos la orientación diagnóstica y el plan de tratamiento.

7.2. CONSULTORÍA: COORDINACIÓN PRESENCIAL.

7.2.1. Introducción.

Las consultorías se han instaurado desde hace años en Canarias, como uno de los modos de coordinación entre AP y otras especialidades. Estas han tenido un desarrollo diferente según las especialidades y las áreas. En el caso de Salud Mental, teniendo en cuenta las especificidades propias de los trastornos mentales y el aumento progresivo de demandas de este tipo que se atienden desde AP, las consultorías se consideran de especial importancia.

Esta labor de Consultoría comprende el desplazamiento de, al menos, parte de los equipos de trabajo, generalmente desde SM a los Centros de Salud de los que son referentes, en la forma y frecuencia acordada entre las dos partes a fin de lograr aprovechamiento máximo y en base a los recursos y necesidades de cada dispositivo en particular.

Si bien el formato y la frecuencia de las consultorías deben ser flexibles y adaptados a las necesidades específicas de atención de la población de cada ZBS, deben establecerse unas directrices de funcionamiento óptimo. Estas se describen en otros apartados.

7.2.2. Funciones y Características.

- Las consultorías cumplen diferentes funciones:
 - Mejora de la coordinación entre AP y las distintas especialidades médicas, tanto en el manejo de casos (estén atendidos únicamente en AP como de forma conjunta con otra especialidad) como en la adecuación de las derivaciones realizadas por AP.
 - Contexto idóneo para la realización de actividades formativas (sesiones clínicas, charlas, talleres) acordadas, ya sea para el abordaje de trastornos frecuentes no susceptibles de seguimiento por SM, como para facilitar el manejo conjunto de determinados trastornos.
- El contenido de la actividad debe ser consensuado entre los profesionales. Resulta aconsejable que estén acreditadas por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Canarias.



- La duración dependerá del formato en que se produzcan. En cualquier caso, esta debe considerarse de tal forma que se preserve la actividad asistencial necesaria.
- En cuanto a los desplazamientos, salvo que se acuerde lo contrario, serán los profesionales de SM los que se desplacen a cada Centro de Salud.
- En cuanto a los profesionales, lo ideal es la presencia de, al menos, un FEA de psiquiatría y un FEA de psicología clínica; y si se estima necesario, profesional de enfermería. Cuando menos, debería realizarse por un FEA de psiquiatría o un FEA de psicología clínica. A fin de favorecer la organización, cada equipo consultor de SM tendrá asignados unos Centros de Salud determinados, con responsabilidad para el desarrollo de la actividad consultora en tales Centros.

7.2.3. Frecuencia.

- Las consultorías deberían realizarse con carácter mensual o, al menos, cada dos meses (exceptuando periodos vacacionales por la reducción de personal que suponen y las dificultades asistenciales que se podrían originar por estas).
- En cuanto a las actividades formativas en el contexto de las consultorías, debería realizarse al menos una al año. Esta actividad se debe realizar, o bien en cada Centro de Salud adscrito a la USM, o bien en la USM, con todos los Centros de Salud adscritos.

7.2.4. Organización.

La Dirección de cada Centro de Salud y los Coordinadores de las USM serán los responsables de la organización y gestión necesarias para el desarrollo de estas actividades.

Se remitirá, de forma bilateral, y con al menos una semana de antelación, un listado de casos / IC a tratar durante la reunión de consultoría. El objetivo es tanto permitir que se recabe información como facilitar la gestión de las agendas pertinentes.

A fin de facilitar la organización, durante el mes de diciembre del año en curso, los equipos de SM y AP consensuarán el calendario anual de Consultorías para el año siguiente, sin perjuicio de posibles modificaciones ulteriores de fechas en caso de que se estime oportuno, siempre con antelación mayor de quince días naturales.

7.2.5. Formato.

Las consultorías pueden adoptar los siguientes formatos:

- Reuniones conjuntas con todo el personal facultativo del Centro de Salud. De producirse la paralización de actividad asistencial, esta no debe ser superior a las dos horas. El Director del Centro de Salud facilitará la asistencia de los profesionales.



- Consultoría individual. Los profesionales del equipo consultor de Salud Mental se reúnen con cada facultativo individualmente, en Centros de Salud con un número de facultativos que no permite la paralización de actividad asistencial si se realizara reunión conjunta.
- Consultorías mixtas. En estas se mezcla el patrón individual y el conjunto según necesidades y requerimientos puntuales de los distintos Centros de Salud.
- Entrevistas conjuntas a pacientes, por parte de profesionales de AP y del equipo consultor de SM. Estas deben estar acordadas previamente entre AP y SM.

7.3. COORDINACIÓN TELEFÓNICA.

La comunicación telefónica es, probablemente, la vía más rápida y fácil de comunicación entre profesionales. Esta forma de IC es habitual en la práctica clínica, si bien no se ha realizado de forma reglada hasta la fecha. Dentro de las prestaciones que se establecen en DRAGO-AE, se habilitará la posibilidad de “consulta telefónica”, “contacto telefónico” o “coordinación telefónica” de cara a la oficialización de esta tarea y su registro adecuado como actividad asistencial indirecta. En Drago AP se facilitará el registro en las agendas de esta actividad.

7.3.1. Funciones.

- Consultas acerca de manejo farmacológico u orientación de casos que se estén atendiendo en el momento y que no permitan ser diferidas en el tiempo.
- Coordinación de remisión urgente de pacientes. Por ejemplo, de pacientes en seguimiento por USM que precisen atención inmediata. La conversación telefónica puede facilitar la organización para la asistencia necesaria, plantear otras opciones posibles, o minimizar riesgos durante su atención y/o traslado, entre otras funciones.
- Actividades propias de la IC virtual o la Consultoría presencial. Pueden darse en ocasiones, pero no es la función principal de la comunicación telefónica.

7.3.2. Procedimiento.

- En el caso de las consultorías telefónicas urgentes, el personal administrativo informará en el momento al facultativo responsable en cada caso. De no poder atender con inmediatez, el facultativo de la USM responsable del paciente (o, en su defecto, los miembros del equipo consultor) o el Médico de AP correspondiente serán los responsables de devolver la llamada en el menor tiempo posible (cuando se termine la consulta que se esté realizando) y dar respuesta adecuada a la solicitud, registrando la actividad en DRAGO (en forma de imprevisto) y las recomendaciones en el formulario correspondiente de la historia clínica electrónica.



- En el caso de consultorías telefónicas no urgentes, la vía de comunicación será la misma, siendo también el personal administrativo el que transmita la solicitud de interconsulta al facultativo responsable. La devolución de la llamada deberá realizarse, como máximo, en 48 horas.
- De no encontrarse los facultativos responsables (de los equipos de consultoría, o de los pacientes sobre los que se generan dudas) serán los coordinadores de las USM o los directores de los Centros de Salud quienes determinarán la persona responsable de la resolución de la interconsulta en caso de demanda urgente o, en caso de que sea posible, su resolución diferida cuando los responsables puedan realizarla.
- Según el volumen de este tipo de IC y a criterio de los coordinadores de cada USM o los directores de los Centros de Salud, la posibilidad de agendar un horario fijo de atención a estas por parte de los profesionales.



8. CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS INTERCONSULTAS Y RESPUESTAS

8.1. PROCEDIMIENTO.

La evaluación de la calidad de las interconsultas y respuestas es un elemento esencial para el proceso de compromiso de mejora continua en la coordinación entre ambos ámbitos, y por ende, de la calidad de la atención a los pacientes.

Aunque la evaluación directa de las interconsultas y las respuestas sería el método ideal, por razones de factibilidad, esta se realizará mediante un cuestionario sencillo, dirigido a los profesionales de Atención Primaria y Salud Mental. Para minimizar el aspecto inherente de la subjetividad, es recomendable que el cuestionario sea cumplimentado por todos los profesionales facultativos de cada Centro de Atención Primaria o Unidad de Salud Mental.

La periodicidad mínima recomendada es anual, sin perjuicio de que se pueda acordar, entre ambos ámbitos, mayor periodicidad en determinadas áreas.

Cada Unidad de Salud Mental deberá acordar, con sus Centros de Atención Primaria de referencia, una fecha de evaluación periódica de la calidad de las interconsultas y de las respuestas. Ambas evaluaciones deberían realizarse de forma coincidente en el tiempo.

Las personas coordinadoras de cada centro tienen como funciones relativas a este tema, la coordinación con sus centros de referencia (Centros de AP para las USM, y USM para los Centros de AP), las acciones necesarias para que los profesionales facultativos cumplimenten los cuestionarios, y la evaluación sintética de estos. En este sentido, para una evaluación global y sintética del centro, deberá realizarse la media de las puntuaciones. El documento final sintético sería el propio cuestionario, con los valores medios en cada ítem, así como la indicación del número de profesionales participantes en la cumplimentación de los cuestionarios.

Tras esta evaluación sintética, los resultados deberían transmitirse en la siguiente reunión de coordinación entre SM y AP, en cualquier caso no más allá de dos meses, con el objeto de ofrecer una retroalimentación, y trabajar de forma conjunta en posibles acciones de mejora, en aquellos aspectos que se hayan hallado como deficitarios.

La evaluación global de la Comunidad Autónoma corresponde al Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales. Las personas coordinadoras de las USM y Centros de



AP colaborarán para la provisión de los datos sobre la evaluación de la calidad (en su versión sintética), o en su defecto, realizarán las acciones necesarias para su evaluación. Dado que se pretende realizar tanto una evaluación transversal como longitudinal, los resultados de las evaluaciones periódicas deberán conservarse, de forma que sea posible su provisión al Servicio de Salud Mental para la realización de una evaluación global (Canarias) con carácter longitudinal.

8.2. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS INTERCONSULTAS.

Cuestionario de evaluación de la calidad de las interconsultas

Profesionales a los que va dirigido: Psiquiatras y psicólogos/as clínicos de Unidades de Salud Mental.

Por favor, lea detenidamente los siguientes enunciados acerca de las interconsultas que usted recibe y señale la respuesta que considere oportuna, teniendo en cuenta la siguiente escala.

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------------------|---------------|-----------------------------|------------|-----------------------|
| Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ni de acuerdo ni desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| La información contenida en las interconsultas es suficiente para valorar el caso del paciente. | | | | | |
| Las interconsultas cumplen los criterios de derivación de AP a SM. | | | | | |
| El tratamiento previo y/o las medidas adoptadas desde Atención Primaria antes de derivar a los pacientes a Salud Mental son adecuadas. | | | | | |
| El tipo de derivación (normal, preferente) es adecuado al caso. | | | | | |

Según su criterio, y basándose en los elementos clave mencionados previamente, puntúe la calidad de las peticiones de interconsulta (1: peor puntuación posible; 10: mayor puntuación posible)

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|



8.3. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS RESPUESTAS.

Cuestionario de evaluación de la calidad de las interconsultas

Profesionales a los que va dirigido: Facultativos de los Centros de Atención Primaria

Por favor, lea detenidamente los siguientes enunciados acerca de las respuestas de las Unidades de Salud Mental a las interconsultas, y señale la respuesta que considere oportuna, teniendo en cuenta la siguiente escala.

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------------------|---------------|-----------------------------|------------|-----------------------|
| Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ni de acuerdo ni desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| La información contenida en la respuesta a la interconsulta es suficiente para conocer la orientación diagnóstica y el plan de tratamiento | | | | | |
| Se ofrecen recomendaciones o pautas para el seguimiento del paciente desde Atención Primaria. | | | | | |
| La aceptación y el retorno de las interconsultas (y los motivos de estas) son adecuadas. | | | | | |

Según su criterio, y basándose en los elementos clave mencionados previamente, puntúe la calidad de las respuestas a las interconsultas (1: peor puntuación posible; 10: mayor puntuación posible)

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|



9. BIBLIOGRAFÍA

- AEN. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes. Cuadernos Técnicos 2009; 14:1-89.
- BOE. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-16212>
- Bofill Moscardó, I.; Fernández Corchero, A.; Villegas Briz, M.A.; García del Moral, A.; Hijano Bandera, F. Psiquiatría infantil: patología prevalente en Atención Primaria, abordaje y tratamiento. Rev Pediatr Aten Primaria. 2010; 12 (supl 19) S93-106.
- Buitrago Ramírez, F.; Ciurana Misol, R.; Chocrón Bentata, L.; Fernández Alonso, M. C.; García Campayo, J.; Montón Franco, C.; Tizón García, J.L. Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS 2018. Aten Primaria. 2018; 50 (Supl 1):83-108.
- Gobierno de Canarias. Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de la Comunidad de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria: Daute Diseño; 2006.
- Gobierno de Canarias. Programa de Salud Infantil. Las Palmas de Gran Canaria: Pelayo; 2006.
- Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. Salud Mental en Atención Primaria. Recomendaciones para el abordaje de los trastornos más prevalentes. Santa Cruz de Tenerife: Sabater Gráficas; 2008.
- Gobierno de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. Protocolo de actuación en los Trastornos de la Conducta Alimentaria del Servicio Canario de Salud. Santa Cruz de Tenerife: Sabater Gráficas; 2009.
- Gobierno de Canarias. Instituto Canario de Igualdad. Consejería de la Presidencia, Justicia e Igualdad del Gobierno de Canarias. Servicio de Coordinación del Sistema Integral contra la Violencia de Género. Guía para la Atención a Mujeres Víctimas de Violencia de Género. 3ª ed. Santa Cruz de Tenerife: Sabater; 2011.
- Gobierno de Canarias. Plan de Salud de Canarias 2016-2017. Entre la crisis y la transformación necesaria para la innovación en la gestión de la salud y de los servicios. 2016.



- Gobierno de Canarias. Canarias. Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales Estrategia para el impulso de la Atención Primaria en Canarias (+AP Canarias). 2019a.
- Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023. Las Palmas de Gran Canaria: Daute Diseño; 2019b.
- Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, Ustün TB, Wang PS. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol Psichiatr Soc.* 2009 Jan-Mar;18(1):23-33.
- Téllez Lapeira JM, Cerecedo Pérez MJ, Pascual Pascual P, Buitrago Ramírez F. La salud mental en el umbral del siglo XXI. Protagonismo de la atención primaria. ¿Un reto a nuestro alcance? *Aten Primaria.* 2005;35(2):61-3.
- MSPSI. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid.
- Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, Silove D. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol.* 2014 Apr;43(2):476-93. doi: 10.1093/ije/dyu038.
- Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry.* 2016 Feb;3(2):171-8. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00505-2.

ESCALAS PSICOMÉTRICAS Y CRITERIOS FUNCIONALES

- Escala de Alteraciones del Sueño en la Infancia. Dr. O. Bruni
Disponible en: <http://www.avpap.org/gtsueno/Bruni.pdf>
- Trastornos gastrointestinales funcionales pediátricos (Roma IV)
Disponible en:

<https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Trastornos%20Funcionales%20Gastrointestinales.%202017.pdf>

https://www.aepap.org/sites/default/files/099-114_criterios_roma_iv.pdf



10. ANEXOS

Anexo 1. Mapas de recursos.

- Atención Primaria. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/mapa.jsp?idDocument=8eec7683-51b7-11de-929f-bd8858499706&idCarpeta=0428f5bb-8968-11dd-b7e9-158e12a49309>
- Salud Mental. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/mapa.jsp?idDocument=412b7226-1f02-11e5-bfb0-bdcd7104fbae&idCarpeta=f0ae71f7-a98d-11dd-b574-dd4e320f085c>
- Unidades de Atención a las Drogodependencias del Gobierno de Canarias. Disponible en <https://www.guiaciosaludable.com/mapa-recursos/>

Anexo 2. Niveles asistenciales y circuitos en la atención a la salud mental infanto-juvenil.

