



TRABAJO FIN DE GRADO

UNIVERSIDAD DE MEDICINA DE VALLADOLID

COMPETENCIAS PARA LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA: ESTUDIO PILOTO PRELIMINAR

Autora: Irene Martínez Vialás

Tutor: Carlos Imaz Roncero

*Departamento: Pediatría, Inmunología, Obstetricia y Ginecología, Nutrición y
Bromatología, Psiquiatría e Historia de la Ciencia*

ÍNDICE

1. RESUMEN	2
2. ABSTRACT	2
3. INTRODUCCIÓN	2
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	10
5. RESULTADOS.....	13
6. DISCUSIÓN	18
6.1. LIMITACIONES.....	20
7. CONCLUSIONES	21
8. BIBLIOGRAFÍA	22
ANEXOS	25
ANEXO 1.....	25
ANEXO 2.....	40
ANEXO 3.....	41
ANEXO 4.....	42
ANEXO 5.....	43

1. RESUMEN

La salud mental infanto-juvenil representa un desafío creciente en España, con una prevalencia estimada del 10-20 % y un agravamiento tras la pandemia de COVID-19. Aunque los trastornos más comunes son de conducta, atención e hiperactividad, muchos niños sufren sin cumplir criterios diagnósticos. El pediatra, como primer punto de contacto, debe estar capacitado para la detección precoz, prevención y derivación oportuna. No obstante, existen carencias formativas, escasa coordinación entre niveles asistenciales y desigualdad territorial en recursos. Se destaca la reciente creación de la especialidad en Psiquiatría Infantil y Adolescente, pero sigue faltando una red asistencial homogénea. La formación específica, protocolos consensuados y trabajo interdisciplinar son fundamentales para mejorar la atención.

2. ABSTRACT

Child and adolescent mental health is a growing challenge in Spain, with an estimated prevalence of 10-20 %, worsened by the COVID-19 pandemic. Although the most common disorders are behavioral, attention, and hyperactivity-related, many children suffer without meeting diagnostic criteria. Pediatricians, as the first point of contact, must be trained in early detection, prevention, and timely referral. However, there are gaps in training, limited coordination between healthcare levels, and territorial inequality in resources. The recent creation of the Child and Adolescent Psychiatry specialty is a step forward, but a consistent care network is still lacking. Specific training, agreed protocols, and interdisciplinary work are essential to improve care

3. INTRODUCCIÓN

La prevalencia de los trastornos mentales entre los 4 y 15 años, a nivel mundial, se estima en un 20 % y, entre un 4 y 6 % padecen un trastorno mental grave. En España, la prevalencia de problemas de salud mental (SM) en la población infantil y adolescente se estima entre un 10 % y un 20 %, siendo las niñas las que presentan un mayor riesgo de padecer mala SM infantil, y solo una quinta parte son correctamente diagnosticados (1, 2). Estas cifras se han visto incrementadas a raíz de la pandemia COVID-19.

Los efectos de la pandemia han agudizado una situación que ya existía, elevando las tasas de trastornos mentales en niños y adolescentes hasta un 47 % (3-5). Los

trastornos de la conducta, atención e hiperactividad se han convertido en uno de los motivos más frecuentes de consulta. Se detectan principalmente en las escuelas infantiles o colegios por lo que la demanda de asistencia proviene de los padres (6).

Es necesario destacar que existen niños y jóvenes que presentan problemas que no cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno mental, pero que son fuente de gran sufrimiento. Estos niños también deben recibir ayuda con una evaluación y tratamiento apropiados. Es conocido que más de la mitad de las enfermedades mentales de la población surgen en la infancia, existiendo una continuidad entre los trastornos mentales infantiles y los de la vida adulta, pudiendo surgir sus manifestaciones clínicas en cualquier momento de la vida (5).

Los pediatras ven con impotencia como los suicidios aumentan en edades cada vez más tempranas sin que se tengan las herramientas necesarias para prevenirlo. Es uno de los motivos por el que desde la Asociación Española de Pediatría (AEP) se demanda más formación en SM. En el día de la Pediatría de este año 2024, la AEP ha hecho un llamamiento urgente para fijar la atención en uno de los mayores retos sanitarios de nuestra época: la SM infantil y adolescente. Bajo el lema “Pediatría y salud mental: construyendo futuros saludables”, han querido destacar la importancia de promover un abordaje integral y especializado para un problema de salud que crece alarmantemente en nuestras consultas. Para valorar y prevenir el riesgo suicida, los pediatras resaltan la necesidad de explorar los síntomas depresivos y la ideación suicida, demandando para ello más tiempo por paciente, contar con una formación adecuada, recibir una formación continuada adecuada y establecer una buena coordinación con el especialista en psiquiatría infanto-juvenil para la derivación y seguimiento posterior de estos pacientes (3).

Las intervenciones de promoción y prevención han demostrado su efectividad y eficiencia, sin embargo, la promoción de la salud mental no ha sido asumida por los servicios de SM como una tarea sistemática. Debido, entre otras consideraciones, a que la promoción de la SM no es una competencia exclusiva de los servicios de salud, debiendo implicar multidisciplinariamente a educación, justicia o servicios sociales, entre otros, sin olvidar que toda actuación preventiva en salud mental infanto-juvenil (SMIJ) deberá priorizar aspectos relacionales y familiares (1).

Debido a que, en todos los procesos y escenarios en los que la infancia se ve involucrada, afectada y atendida, el menor debe ser siempre el privilegiado. por encima de cualquier otro interés legítimo. Es por ello que, todas las estrategias que se implanten deberán priorizar la celeridad de las actuaciones, la adecuación de estas a las características evolutivas del menor, la debida especialización, interdisciplinariedad

y coordinación intersectorial, evitando aquellas intervenciones que puedan victimizar al niño. Es clave garantizar una asistencia de calidad basada en la mejor evidencia científica lo que conlleva previamente unificar y homogenizar las actuaciones en los servicios de la red de SM (1).

Asimismo, numerosas investigaciones muestran un correlato del trastorno mental infantil con el adulto. Tanto el trastorno mental infantil como los estresores vitales tienen efectos perjudiciales a lo largo de la vida no sólo en la SM, sino que comportan una afectación también en la salud física y en la calidad de vida (7-9).

La experiencia obtenida en el abordaje de las alteraciones de la SMIJ obliga a replantearse algunas de las propuestas iniciales e invita a mejorar la atención a la SMIJ completando la red de dispositivos asistenciales, poniendo en marcha nuevos programas, mejorando la organización de los servicios y cuidando, de modo especial, la capacitación de los profesionales. Se aboga por la especialización creciente de los servicios y profesionales.

La Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica en 1985 ya reconoció la atención a la SMIJ como uno de los Programas especiales de carácter permanente y responsabilizó a las Comunidades Autónomas (CC. AA.) para el diseño de este tipo de programas (11). Sin embargo, hasta 2018, España, junto a Bulgaria, era uno de los dos países de la Unión Europea que no disponía de la especialidad de Psiquiatría del Niño y Adolescente. Es el 17 de enero 2018, a propuesta del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, que se publica el Proyecto del Real Decreto por el que se crea el título de Médico Especialista en Psiquiatría del niño y del adolescente y se modifica el actual título de Médico Especialista en Psiquiatría por el de Médico Especialista en Psiquiatría del Adulto, lo que contribuirá a mejorar la atención a la SM de esta población (11, 12).

Posteriormente, se publica en el BOE el Real Decreto 689/2021, de 3 de agosto, por el que se establece el título de médica/o especialista en psiquiatría Infantil y de la Adolescencia y se actualizan diversos aspectos del título de médica/o especialista en Psiquiatría (13).

Los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) son los centros de apoyo a la Atención Primaria (AP) y constituyen la puerta de entrada a la red de SM especializada, atendiendo a la población con problemas de SM derivados desde AP, y coordinando las actuaciones del resto de dispositivos específicos, constituyendo el eje del Servicio de Salud Mental. Desarrollan, además, programas comunitarios que integran actividades de carácter preventivo y de promoción de la salud, asistenciales y de

rehabilitación y reinserción social en coordinación con recursos sanitarios y no sanitarios. Por su parte, las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) son unidades específicas de apoyo a los ESMD y de atención ambulatoria y hospitalaria, total o parcial, a los problemas de SM más graves de niños/as y adolescentes hasta los 18 años, cuyas necesidades sobrepasan la capacidad de actuación de los ESMD (1, 9).

El pediatra emerge como el primer nivel de atención en AP. Es el facultativo que tiene el primer contacto con el menor y será el responsable de realizar actividades de prevención y promoción de la SM, resolviendo determinadas demandas y detectando y derivando los problemas psicopatológicos, al nivel especializado (Unidades de Salud Mental Comunitaria o ESMD), realizando en este caso el seguimiento de estos pacientes infantiles de forma coordinada con ellos. Los ESMD derivan al nivel más especializado (USMIJ) los problemas psicopatológicos que requieran atención en programas específicos por su gravedad, complejidad o necesidad de tratamiento intensivo, en menores de 18 años (1).

El pediatra es el profesional que mejor conoce el desarrollo del niño y su situación familiar y ambiental. Ha de estar atento e indagar en todas las revisiones periódicas de salud, así como de forma oportunista en la consulta. Es necesario que sepa identificar los trastornos, orientar el diagnóstico lo más precozmente posible, así como abordarlos dentro de sus posibilidades, conocer cuáles son las repercusiones, conocer los medios disponibles en la comunidad, acompañar al paciente y su familia y saber cuándo derivarlos al especialista.

Cada vez van surgiendo más iniciativas de formación como la establecida recientemente por la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia en colaboración con la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria, la cual ha organizado el Primer Curso de Formación Continuada en Psiquiatría del niño y del adolescente para pediatras. Entre sus objetivos destaca la necesidad de conocer las formas de presentación de los trastornos mentales prevalentes en la infancia y la adolescencia, elaborar activamente una estrategia diagnóstica y de intervención terapéutica teniendo en cuenta las propuestas efectivas según la evidencia científica actual, consensuar unos mínimos necesarios para poder elaborar un proceso de atención a los trastornos mentales en niños y adolescentes en función de las bases éticas y legales y llamar la atención sobre las comorbilidades y los riesgos asociados cuando no se realiza un adecuado abordaje de las patologías mentales (14).

Este modelo de atención, sin embargo, es desigual de unas zonas a otras, pues no

todas las CC. AA. disponen de una red asistencial completa y diferenciada de la de los adultos (9, 12).

Entre las razones esgrimidas se encuentra la escasa coordinación con AP, la derivación desigual a las ESMD, la desigualdad de los recursos en estas unidades o la sobrecarga asistencial en los ESMD que obliga, en ocasiones, a derivar a las USMIJ patologías cuyo abordaje podría realizarse en las ESMD.

Con relación a los recursos, si bien la cobertura está asegurada, en muchas CC. AA. esta cobertura es compartida con pacientes adultos y con profesionales de adultos, o en unidades de pediatría no especializadas, al no existir recursos específicos infanto-juveniles (12, 15).

Es necesario destacar, además, el desigual desarrollo de protocolos específicos, la falta de guías de práctica clínica y el déficit en la formación específica de los profesionales dedicados a la atención a la infancia y adolescencia, debidas, entre otras, a las carencias de los planes de docencia a nivel estatal en formación específica en psicología clínica y psiquiatría. Así se pone de manifiesto en la revisión de González et al (2019) (12) en la que llama la atención la desigualdad en el establecimiento de líneas estratégicas para la SM de niños y adolescentes, siendo una línea prioritaria y específica sólo en 6 de ellos, pero ausente o entrelazada entre otros objetivos genéricos, en el resto.

Los Programas de Salud Infantil son un instrumento útil para detectar signos patológicos, siempre que se desarrolle de manera adecuada, se haga un mínimo entrenamiento del personal y se dote a AP de instrumentos sencillos de screening. Los profesionales así podrán detectar señales de que el menor no se desarrolla adecuadamente o que está en serio peligro por un inadecuado trato por parte de su entorno, en cuyo caso derivará a Servicios Especializados de Salud Mental o a Servicios Sociales, según los casos (1).

Los profesionales sanitarios con un contacto más frecuente con el menor serán los pediatras de AP, por lo que serán ellos quienes puedan efectuar una detección precoz de los trastornos psicopatológicos. Para que esto sea posible es imprescindible una interrelación entre AP y los dispositivos de SMIJ descritos anteriormente que permita estudiar las poblaciones de riesgo y detectar los síntomas de trastornos psicopatológicos para ser posteriormente valorados de forma más específica.

Existen herramientas de detección precoz para algunos trastornos cuya evidencia está demostrada, lo que justificaría su uso sistemático en la consulta de pediatría en AP.

Sería el caso de los trastornos generalizados del desarrollo, las psicosis infantiles o el autismo (16).

Se han descrito las áreas de intervención preventiva a desarrollar por el pediatra de AP. De todas ellas, las más relevantes desde el punto de vista de la SM son:

1. Malos hábitos en la crianza.
2. Déficit de habilidades para el cuidado del/a recién nacido/a.
3. Soporte familiar inadecuado o en situaciones de riesgo psicosocial, como el maltrato infantil.
4. Estrategias para niños y niñas especialmente vulnerables.

Asimismo, con relación a las competencias referidas a la detección precoz, el pediatra deberá (6, 17):

1. Detectar factores de riesgo de trastorno mental grave en la infancia y adolescencia, mediante protocolos consensuados entre AP y Especializada.
2. Implementar herramientas de detección precoz para trastornos precoces del vínculo, generalizados de desarrollo, psicosis infantiles y autismo.
3. Detectar factores de riesgo por enfermedad mental de progenitores o problemas mentales en familiares cercanos.
4. Detectar patologías graves de SM: trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de conducta perturbadora, psicosis...
5. Detectar dificultades graves de aprendizaje y relacionales.
6. Detectar el maltrato infantil.
7. Detectar desorganizaciones psíquicas precoces (trastornos del vínculo y la comunicación, trastornos del lenguaje, etc.).
8. Detectar problemas relacionados con el estigma y la segregación y malos tratos en la infancia.
9. Detectar situaciones de riesgo social.

El pediatra prestará atención sanitaria en los casos que no requieran atención especializada (trastorno mental común de la infancia y adolescencia, trastornos funcionales y evolutivos) y derivará al nivel especializado de atención a la SM a los pacientes infantiles y adolescentes en los casos que lo requieran, y colaborará con ellos en el seguimiento de menores con trastornos mentales graves (9).

Se pone de relieve la necesidad de desarrollar protocolos de actuación conjunta del pediatra con atención especializada para aquellas patologías más prevalentes, desarrollar programas de formación en SMIJ y colaborar en proyectos de investigación de SM de la infancia y la adolescencia. Pero para el desarrollo de las anteriores tareas se requiere que los profesionales de AP cuenten con la formación, los equipos profesionales y el tiempo necesario de manera que puedan realizar su labor (17).

La formación del pediatra en el ámbito de la SM en niños y adolescentes es escasa, opcional o irregular, más relacionada con las inquietudes o el interés del propio profesional, o con la oferta formativa por un trastorno concreto, que con el planteamiento de cuáles son las competencias mínimas que cualquier pediatra debería tener en SMIJ (7).

Todo lo previamente expuesto hace imprescindible intentar definir y estructurar cuáles serían las competencias básicas de un pediatra en el ámbito de la SM, entendiendo por competencia el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes. Es necesario, también, el reconocimiento de las especialidades pediátricas.

La Academia Americana de Pediatría (AAP) en 2004 se planteó la mejora de la calidad de la SM de los niños y adolescentes en AP con tres objetivos: facilitar el cambio de sistema, desarrollar habilidades y cambiar la práctica clínica de forma gradual. Para alcanzar estos objetivos se creó el grupo *Task Force on Mental Health*, grupo que ha promovido hasta la fecha diferentes recomendaciones y guías, planteando la necesidad formativa y competencial del pediatra en SM (19).

La AAP definió varias áreas competenciales a desarrollar: práctica basada en sistemas para mejorar la base organizativa y económica de la asistencia y la práctica clínica, asistencia de los pacientes, conocimientos médicos, aprendizaje y mejora basados en la práctica clínica, habilidades interpersonales y de comunicación, y profesionalidad, siendo las limitaciones más importantes para desarrollarlas la carencia de formación y de tiempo (8, 20).

Igualmente, señala la necesidad de formar al médico residente de pediatría (con rotaciones obligatorias por los servicios de psiquiatría infantil) y a los profesionales en ejercicio mediante la formación continuada, fomentando la generación de conocimiento mediante la investigación en SMIJ.

Por todo lo anteriormente expuesto, dada la prevalencia de los trastornos mentales en la edad infantil y juvenil y la importancia del diagnóstico precoz en la consulta de AP por parte del médico especialista en pediatría, que será el encargado del diagnóstico y, si procede, de la derivación a las unidades de psiquiatría infanto-juvenil, creemos pertinente investigar la situación actual del manejo de la enfermedad mental desde Atención Primaria en España.

Como **objetivo general** se plantea evaluar cuáles son las capacitaciones de los pediatras de AP para abordar los problemas de salud mental infanto-juvenil.

Como **objetivos específicos** se establecen los siguientes:

1. Conocer la formación en SM durante la formación de Médico Interno Residente (MIR) en la especialidad de Pediatría y la formación continuada recibida de los pediatras de AP.
2. Establecer el impacto asistencial de casos atendidos en la última semana y, de ellos, el porcentaje que derivan al servicio de psiquiatría, así como las patologías mentales más frecuentemente atendidas.
3. Saber cómo resuelven los problemas a los que se enfrentan los pediatras a la hora de manejar las patologías mentales y las herramientas que usan para ello.
4. Describir las principales dificultades en la derivación a SM.
5. Conocer el grado de seguimiento por parte del pediatra del paciente derivado a SMIJ.
6. Conocer la actitud o disposición de los profesionales de pediatría ante los problemas de SMIJ.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio: Se trata de un estudio descriptivo transversal observacional multicéntrico. Para su diseño se han seguido las recomendaciones de la Declaración *Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology* STROBE (20).

Población del estudio: Médicos especialistas en Pediatría, cuya actividad laboral se realizaba inicialmente en centros de AP de Madrid y Valladolid, extendiéndose posteriormente a otras zonas del territorio español.

Se trata de un muestreo no probabilístico de casos por conveniencia, por lo que se incluyeron a todos los pediatras que desearon participar en el estudio y que cumplieran los siguientes criterios: ser especialista en pediatría y sus áreas específicas vía MIR, no ejercer la actividad profesional como suplente/sustituto del titular y llevar más de 6 meses ejerciendo en esa área.

Se reclutaron a los pediatras hasta el mes de abril con el objetivo de cumplir los plazos establecidos para este Trabajo Fin de Grado (TFG).

No se ha realizado el cálculo del tamaño muestral debido a dos razones. La primera es que se trata de un estudio piloto preliminar y la segunda y principal razón es que disponemos de un tiempo limitado para recoger y analizar los datos para la posterior entrega de este trabajo.

Intervención: Posteriormente a la aceptación por parte del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos (CEiM), se contactó, a través del correo corporativo que aparece en las páginas web de los centros de AP, con los pediatras y los Directores de los centros enviándoles la información referente al presente TFG, solicitándoles la participación en el mismo. Si aceptaban, debían cumplimentar el cuestionario tipo Likert diseñado ad hoc adjunto (Anexo 1) tras dar su consentimiento. A su vez, estos contactos distribuyeron el cuestionario a otros pediatras a través de grupos de Whatsapp u otros medios, creándose, de esta forma, una cadena de difusión entre distintas áreas de salud.

El cuestionario se elaboró a través de la herramienta Microsoft Forms. Dicho cuestionario fue anónimo y en él se facilitaba el teléfono de contacto y correo electrónico del investigador profesional para cualquier duda que pudieran presentar. El investigador principal ha sido el encargado de recopilar y analizar los datos.

La Figura 1 recoge el diagrama de Gantt con el cronograma seguido.

TAREA	RESPONSABLE	DURACIÓN					
		Mes		Mes		Mes	
		Enero	Febrero	Marzo	Marzo	Abril	Mayo
Tarea 1. Diseño conceptual	Investigador principal						
Tarea 2. Envío del cuestionario	Investigador principal						
Tarea 3. Análisis de los resultados	Investigador principal						
Tarea 4. Elaboración de la discusión	Investigador principal						

Figura 1. El diagrama de Gantt recoge el plan de trabajo o cronograma del proyecto

Variables analizadas:

- Porcentaje de MIR en la especialidad de Pediatría que rotaron por Salud Mental de la Infancia y Adolescencia durante su formación.
- Porcentaje de especialistas en pediatría que han recibido formación continuada en patología psiquiátrica infanto-juvenil.
- Grado de satisfacción en la formación continuada en patología psiquiátrica infanto-juvenil.
- Tipo de formación continuada en patología psiquiátrica infanto-juvenil.
- Número de niños con patología psiquiátrica infanto-juvenil atendidos por el pediatra en la última semana.
- Número de pacientes atendidos en una semana en la consulta.

- Patología mental más frecuentemente atendida en la última semana.
- Capacitación del especialista en pediatría para identificar patologías psiquiátricas infanto-juveniles.
- Capacitación del especialista en pediatría para tratar y manejar patologías psiquiátricas infanto-juveniles.
- Capacitación del especialista en pediatría para derivar y coordinar patologías psiquiátricas infanto-juveniles.
- Porcentaje de pacientes con patología psiquiátrica derivados a psiquiatría infanto-juvenil en la última semana.
- Patología psiquiátrica más frecuentemente derivada en la última semana.
- Tipos de dificultades para la derivación de patologías psiquiátricas en población infantil y adolescente.
- Tipos de monitorización de los tratamientos y los efectos adversos de estos.
- Porcentaje de pediatras que atiende patología de salud mental infanto-juvenil que creen que deberían recibir mayor formación durante la residencia.
- Tipos de formatos que los especialistas en pediatría consideran que deberían llevarse a cabo para la formación durante la residencia.
- Tipos de contenido que los pediatras creen que deberían tenerse en cuenta en la formación durante la residencia.

Análisis Estadístico: Las variables cualitativas se han expresado como una distribución de frecuencias y las variables cuantitativas, como media $\pm$ desviación estándar; y mediana con rango intercuartílico. Los datos han sido procesados y analizados con el programa informático *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versión 26.0 (SPSS Inc., Chicago, IL).

Consideraciones éticas: De acuerdo con la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, se ha preservado la confidencialidad de los datos durante todo el proceso. Únicamente se han solicitado los datos personales necesarios para alcanzar los objetivos del estudio, y ninguno de ellos ha sido revelado a ninguna persona externa a la investigación. Se pidió la autorización a los Gerentes de cada área de

salud y/o directores de cada Centro de Salud en los que se ha realizado la intervención. El presente TFG obtuvo el dictamen favorable del CEIm (PI-25-162H) (Anexo 4).

5. RESULTADOS

El cuestionario del presente estudio ha sido contestado por 84 pediatras. Es en la provincia de Madrid donde más pediatras han participado, 56 sobre 84 seguida de la provincia de Valladolid en la que han participado 17 pediatras y Málaga, con 4. De las provincias de Asturias y Guadalajara han participado 2 especialistas de cada una de ellas y en Barcelona, Segovia y Badajoz un único especialista en cada una.

Con respecto a la rotación por los servicios de SM de la Infancia y Adolescencia durante el periodo de formación MIR, el 20 % (n=17) refiere haber realizado una rotación en dicho servicio mientras el 80 % (n=67) restante no ha rotado por SM de la Infancia y Adolescencia durante su periodo de formación como especialista.

Cuando se les pregunta acerca de si han recibido formación continuada siendo ya especialistas, el 80 % (n=67) contesta que sí mientras que el 20 % (n=17) responde que no. Llama la atención que, de esos 67 pediatras, el 95,52 % (n=64) califica esa formación como insuficiente mientras que el 4,48 % (n=3) la considera suficiente.

De los 67 pediatras que han recibido formación continuada, la mayoría de los especialistas han recibido dicha formación a través de cursos online. Los cursos presenciales, la asistencia a jornadas y los talleres son las otras modalidades de formación más habituales (Figura 2). Únicamente uno de los 67 pediatras ha llevado a cabo un máster específico online sobre SM de la Infancia y Adolescencia.

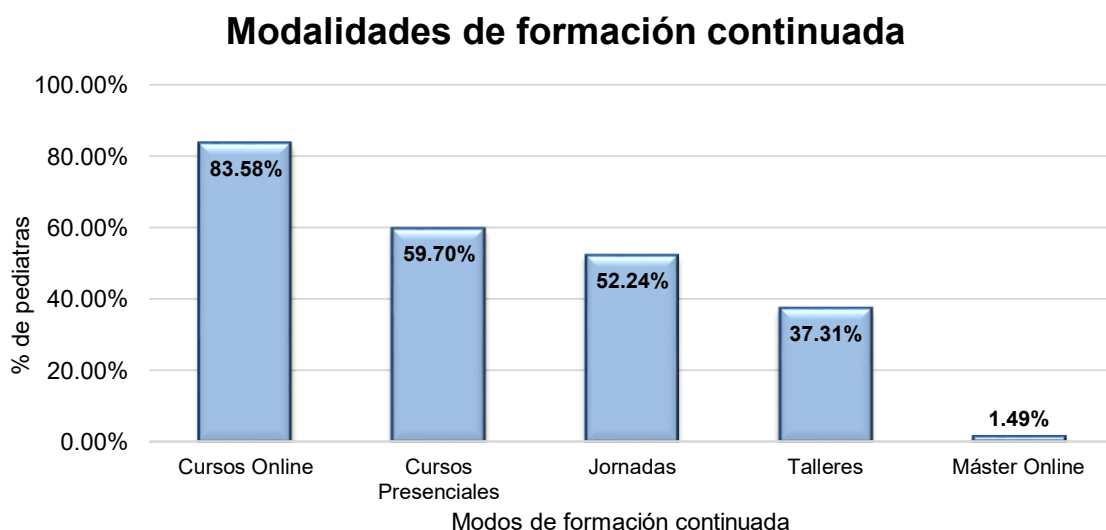


Figura 2. Modalidades de formación continuada recibida por la muestra

Al ser preguntados por el número de pacientes atendidos en una semana en consulta, la media y la desviación estándar fueron de 118,51 (DT 38,79) (mínimo 24 y máximo 220). De los niños atendidos en una semana en consulta, la media y la desviación estándar fueron de 10,79 (DT 9,19) presentan patología mental (mínimo 1 y máximo 40).

Dentro de las patologías mentales que atienden los pediatras en una semana, el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) resulta ser el más prevalente, con un 44,06 % de los casos (n=37). Le siguen con el 32,14 % (n=27) los Trastornos de Ansiedad, los de conducta (8,33 %; n=7), los Trastornos del Espectro Autista (TEA) con un 7,14 % (n=6) y los Trastornos depresivos con el 5,95 % (n=5). Con menor frecuencia son atendidas las conductas autolíticas y los Trastornos del sueño-vigilia con el 1,19 % (n=1).

Ante la pregunta del porcentaje de pacientes que ha derivado a SM de la Infancia y Adolescencia en el último año, la mayoría de los pediatras declaran haber derivado un porcentaje de niños situado entre el 25 % y el 50 %. Cabe mencionar que solo uno de los 84 pediatras no ha derivado a ningún paciente en el último año, y que solo uno ha derivado a todos los niños que atendió con patología mental (Figura 3).

Porcentaje de pacientes derivados a Salud Mental de la Infancia y Adolescencia en el último año

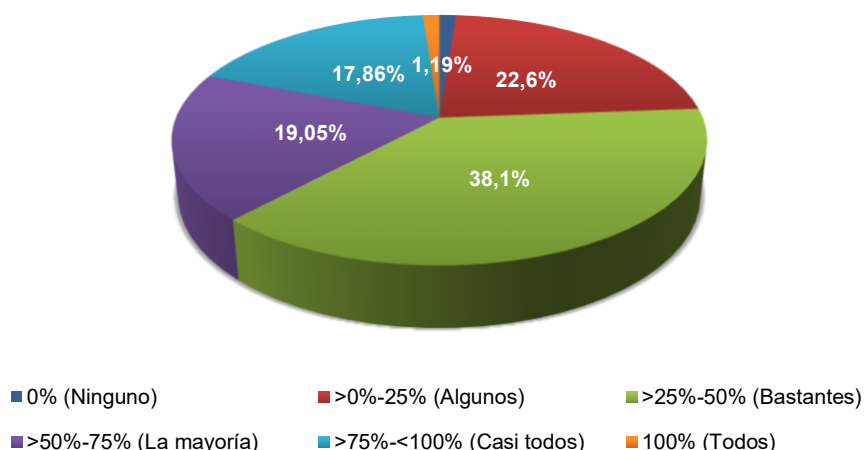


Figura 3. Porcentaje de pacientes derivados a Salud Mental de la Infancia y Adolescencia en el último año

Con relación a las patologías mentales que con más frecuencia son derivadas a SM el último año, el 36,90 % (N=31) de los pediatras derivan a niños con clínica de TDHA, el 22,62 % (n=19) deriva Trastornos de conducta, el 15,48 % (n=13) Trastornos de ansiedad, el 9,52 % (n=8) TEA, el 7,14 % (n=6) Trastornos depresivos y el 5,95 % (n=5) refiere que la patología más frecuentemente derivada son las conductas autolíticas. Dos pediatras (2,38 %) han derivado los Trastornos de conducta alimentaria (TCA) a SM de la

Infancia y Adolescencia con mayor asiduidad.

Cuando se les pregunta por el porcentaje de pacientes atendidos que recurren a atención especializada privada y del sistema público de salud, los datos muestran: Med (X) 25 % (IQR 30: indicando dispersión de los datos) y una media de 61,31 % (DT 45), respectivamente. Resulta interesante hacer una comparación entre las dos provincias más representativas, Madrid y Valladolid. Mientras que la media de pacientes que hacen uso de los recursos públicos en Madrid es de 59,45 % (DT 32,86), en Valladolid este porcentaje es superior siendo del 68,23 % (DT 27,03). En cuanto al empleo de servicios privados, la media expresada en porcentaje en el territorio madrileño es del 34 % (DT 25,26) y en Valladolid, los resultados son del 30,65 % (DT 22,41) de pacientes que utilizan los recursos de carácter privado.

Al ser preguntados los pediatras por su capacidad para identificar patología mental en sus pacientes, los resultados varían mucho entre especialistas según la enfermedad. No obstante, la mayoría se considera capacitado para presumir la existencia de un trastorno mental, siendo la respuesta “Bastante” la más seleccionada (Figura 4) salvo cuando se trata de trastornos graves o por abuso de sustancias.

Capacidad para identificar patologías mentales en niños y adolescentes

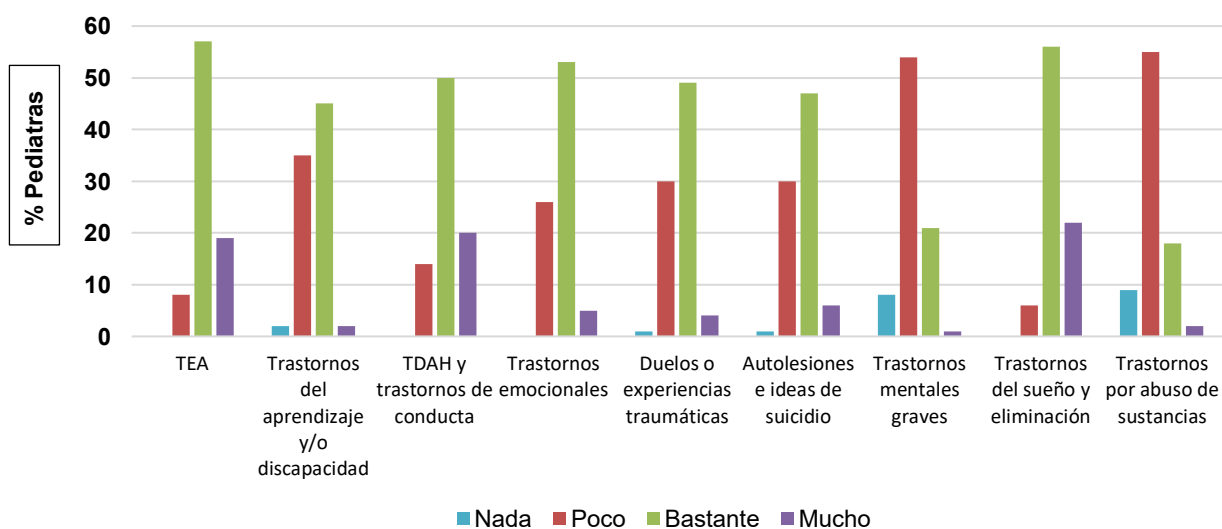


Figura 4. Capacidad para identificar patologías mentales en niños y adolescentes

En lo que respecta a la capacidad de los pediatras para tratar y manejar las enfermedades psiquiátricas en niños y adolescentes, en la mayoría de los trastornos se consideran poco capacitados. Únicamente en los Trastornos del sueño y eliminación se consideran bastantes capacitados (Figura 5).

Capacidad para tratar y manejar patologías mentales en niños y adolescentes

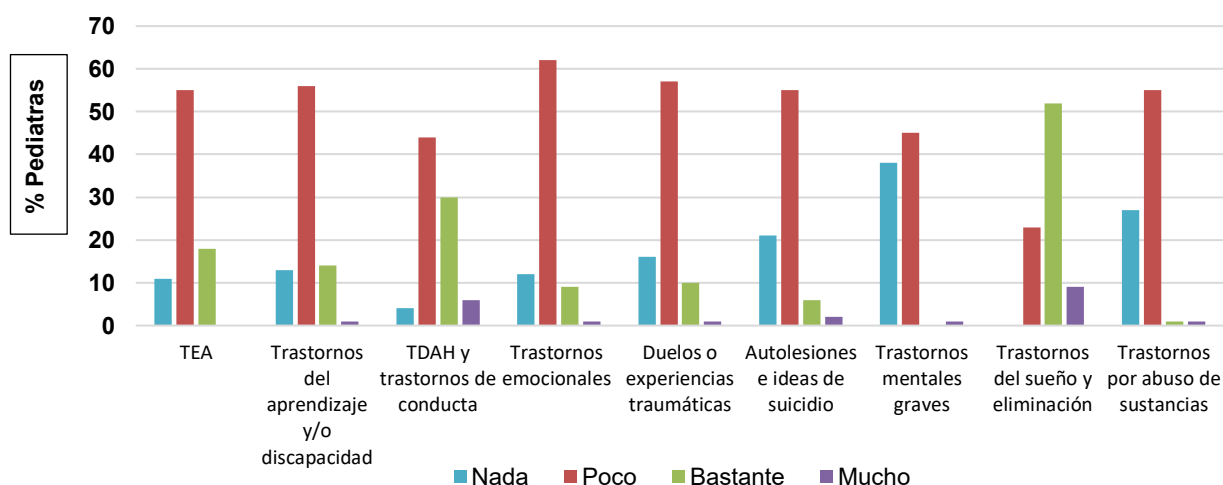


Figura 5. Capacidad para tratar y manejar patologías mentales en niños y adolescentes

Respecto a su capacidad para derivar y coordinar la atención de los trastornos mentales, la mayoría se considera bastante capacitado, especialmente en el TDAH y otros trastornos de conducta, donde ningún pediatra selecciona la respuesta “Nada”. Nuevamente, es en los Trastornos mentales graves y los Trastornos por abuso de sustancias dónde más dificultades presentan (Figura 6).

Capacidad para derivar y coordinar patologías mentales en niños y adolescentes

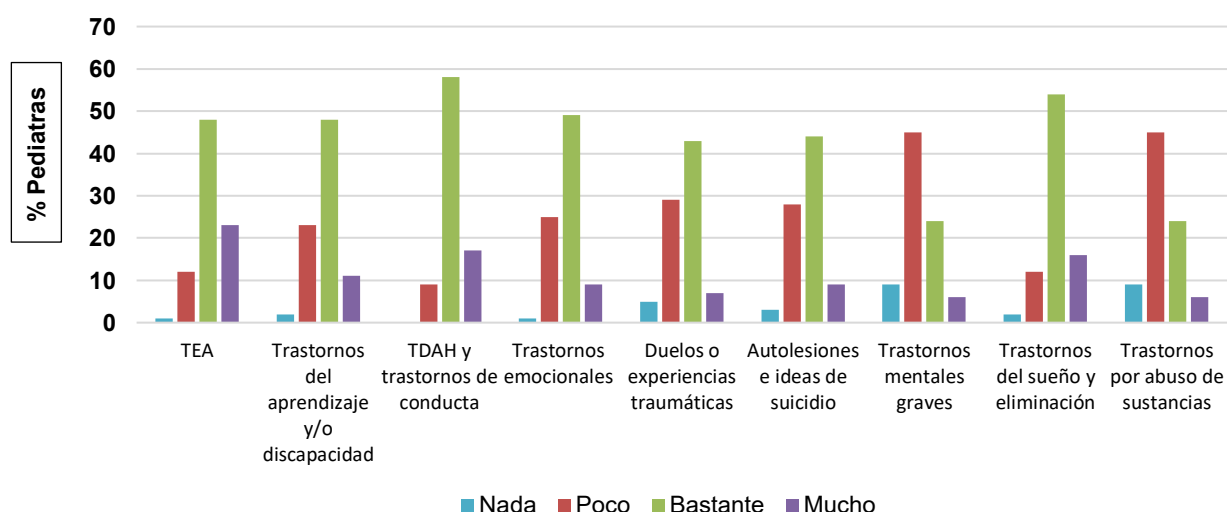


Figura 6. Capacidad para derivar y coordinar patologías mentales en niños y adolescentes

Al ser preguntados sobre por las dificultades que se han encontrado a la hora de derivar a los pacientes a SM, el 88 % (n=74) de los pediatras establece que el principal problema son las largas listas de espera. A esta dificultad, le sigue la falta de recursos y accesibilidad a los Servicios de SM, respuesta marcada por el 75 % (n=63) de los

profesionales. Tanto la falta de coordinación entre AP y los servicios de psiquiatría infanto-juvenil como la carga de trabajo y el tiempo limitado son dos respuestas señaladas por el 62 % (n=52) de médicos mientras que, la falta de disponibilidad para consultas urgentes es marcada por el 60% (n=50) de los encuestados. El 42,9 % (n=36) señala como un gran problema los requerimientos de carácter legal, el 34 % (n=29), a su vez, señala el estigma y la falta de aceptación por parte de las familias y el 27,4% (n=23) de los pediatras han marcado la respuesta de la incertidumbre como una dificultad en esa derivación. Por último, para el 19 % (n=16) las complicaciones se encuentran en las cuestiones administrativas y de seguros.

A la pregunta de si monitorizan los tratamientos y la aparición de posibles efectos secundarios adversos una vez los pacientes son atendidos en las unidades de SM, el 82,14 % (n=69) de los especialistas en pediatría, se involucran en la evolución del trastorno y la respuesta al tratamiento. El 57,14 % (n=48) dice controlar los efectos secundarios de los psicofármacos y el 53,57 % (n=45) controla el cumplimiento terapéutico. La supervisión de las comorbilidades es una forma de monitorización marcada por el 45,23 % (n=38) de los pediatras y el 17,85 % (n=15) señala el control de efectos secundarios de psicoterapia o intervención. Solo un pediatra de los 84 participantes ha contestado que monitoriza el tratamiento mediante el apoyo al paciente a su familia y la coordinación con CEAS y equipos de orientación escolares. Cabe destacar que uno de los encuestados ha añadido como respuesta que monitoriza el tratamiento y los efectos secundarios de este por medio de la lectura de informes de seguimiento y la fecha de próximas revisiones.

Las cuestiones que tratan sobre la formación sobre SMIJ que se debería recibir en la formación MIR, la modalidad y los contenidos muestran resultados muy significativos. El 100% de los especialistas considera necesario recibir más formación.

Preguntados por la modalidad de formación en SM de la Infancia y Adolescencia, la figura 7 (Anexo 2) recoge las sugerencias. De entre todas las modalidades, las sesiones clínicas compartidas con SMIJ son las más demandadas. Once pediatras (13,1 %) consideran necesarias las rotaciones durante más meses por dispositivos de Salud Mental infanto-juvenil. Finalmente, ante la cuestión referida a los contenidos, la mayoría hace hincapié en la detección y derivación y a tratar patologías concretas (Figura 8). Cabe mencionar que un pediatra (1,19 %) establece como contenido a tener en cuenta durante el periodo MIR la sensibilidad y empatía. Esto se refleja en la Figura 8 (Anexo 3).

6. DISCUSIÓN

En nuestro conocimiento, este es el primer trabajo que evalúa la formación en Salud Mental de la Infancia y Adolescencia del especialista en pediatría y sus áreas específicas en España. A la luz de los resultados obtenidos, podemos objetivar las importantes carencias en la formación en SMIJ durante el periodo MIR y en la etapa como especialista. La creciente prevalencia de los trastornos mentales en edades tempranas de la vida exige una llamada de atención hacia los estamentos responsables de fomentar y garantizar la formación del pediatra en este campo, tal y como aboga la AEP (3).

Resulta llamativo que solo un 20 % de los pediatras encuestados refiera haber rotado por dispositivos de SM durante el periodo MIR, y que el 95,52 % de ellos consideren insuficiente dicha formación pese a que reconocen que una media de 10.79 niños con patología mental son atendidos cada semana. Este dato, de por sí alarmante, se relaciona directamente con la necesidad percibida por el 100% de los encuestados de aumentar la formación en SMIJ durante la formación MIR. Este hecho es remarcado por González López et al (12), los cuales señalan además la falta de formación durante el periodo MIR y posteriormente, la desigualdad en la implantación de los diferentes planes estratégicos de SM de la Infancia y Adolescencia en las CC. AA. en España, lo que directamente repercute en la formación de los profesionales de pediatría. En 2011, Duelo y Arroba (21) se preguntaban si estaban los pediatras preparados para detectar y prevenir los problemas psicológicos de sus pacientes. Reconocían que en su formación MIR se insistía poco en estos aspectos, destacando que se “autoformaban” como podían. Años más tarde, en el 68 Congreso de la AEP de 2022 continuaba planteándose esta inquietud que a la luz de nuestros resultados aún no ha recibido la respuesta adecuada (22). Más del 95 % de los pediatras reconocían no tener suficiente formación en patología mental.

En dicho foro ya se propuso que los residentes de pediatría pasaran al menos tres meses de su rotación en servicios de atención a SM. Con la formación pertinente recibida, los pediatras podrían abordar determinadas patologías mentales cuando el retraso en la atención de estos niños en las unidades de psiquiatría se demora por estar estas sobrecargadas.

Respecto a la práctica clínica observada en nuestro estudio, los datos revelan una elevada presión asistencial con una media de 118,51 pacientes pediátricos atendidos semanalmente. De estos, la patología mental representa aproximadamente un 9 % del total. Entre las patologías mentales más frecuentes atendidas se encuentra el TDAH y los Trastornos de conducta. Estos datos coinciden con lo descrito en otros trabajos (2, 6).

Otro aspecto relevante es la derivación a los servicios de SM de la Infancia y Adolescencia. Más del 50 % de los pediatras derivan entre el 25 % y el 50 % de los pacientes con patologías mentales, siendo el 36,90 % pacientes con TDAH. La falta de formación en SM de los pediatras es una queja recurrente que puede condicionar un mayor número de derivaciones a los servicios especializados, o que estas sean inadecuadas. Estas cifras subrayan la constante necesidad de derivación a los servicios especializados debido a la escasa formación de los pediatras para tratar estos trastornos o manejar fármacos como antidepresivos o benzodiacepínicos en niños. Con respecto a las dificultades para la derivación, el 88 % de los pediatras identifica las listas de espera como el principal obstáculo, seguido por la falta de recursos, coordinación y tiempo asistencial. Esta dificultad se debe en parte a la disparidad entre CC. AA. en lo que a implementación de los Planes Estratégicos de Salud Mental Autonómicos se refiere (13). Todas estas barreras se traducen en una actitud vigilante por parte de los profesionales, que indican realizar una monitorización activa de los pacientes derivados a SM, especialmente en aspectos como la evolución clínica y efectos adversos de tratamientos.

Una observación importante es la disparidad entre la media de pacientes que utilizan recursos privados frente a los recursos públicos. Esta diferencia refleja una posible saturación del sistema público, la cual viene motivada por una dotación de recursos materiales y personales insuficiente frente a la demanda asistencial cada vez más aumentada (23). Asimismo, esta diferencia de empleo de recursos privados y públicos puede estar también condicionada por factores sociodemográficos de las provincias representadas, con Madrid como la que concentra más centros.

En relación con la capacidad de los pediatras para identificar, tratar y derivar patologías mentales, los resultados muestran una diversidad de respuestas. La mayoría de los pediatras se siente bastante capaz para identificar trastornos mentales en general, especialmente en el caso de trastornos como el TDAH y los trastornos de conducta. Sorprende este resultado cuando reconocen haber recibido una escasa formación. Opinamos que la experiencia puede explicar este resultado. Sin embargo, no ha sido una variable estudiado por nosotros. Los datos suponen que haya una elevada concordancia entre los niveles asistenciales (pediatría y SM) a la hora de establecer un diagnóstico (24). No obstante, mayoritariamente, su capacidad para tratar y manejar estos trastornos es percibida como insuficiente, lo que sí se encuentra en concordancia con su poca formación. Pese a ello, sus competencias esperadas serían ser capaces de hacer una detección temprana mediante signos alarmantes y diversas herramientas como entrevistas, contener y orientar a las familias y acompañar los tratamientos indicados por los especialistas, haciendo un seguimiento de los mismos.

En relación con la derivación, los profesionales generalmente se sienten bastante capacitados para derivar pacientes a los servicios de SM, aunque este sentimiento varía según el tipo de patología, siendo más baja en el caso de los trastornos graves y por abuso de sustancias. Por estas razones, la AEP reclama en su manifiesto mayor formación específica de los profesionales de pediatría para abordar estos complejos trastornos (3).

Llama la atención la escasa coordinación con equipos externos, reflejada en solo un caso. Estos datos sugieren una necesidad urgente de mejorar la formación y los canales de colaboración entre Pediatría y SM para optimizar la atención continuada del paciente tal y como refleja el proyecto de coordinación entre pediatría de AP y SMIJ el cual se llevó a cabo en 2013, finalizando con resultados positivos (25).

Finalmente, en lo relativo al diseño ideal de la formación en SM durante la residencia, destaca la demanda de formatos interactivos y compartidos, como las sesiones clínicas conjuntas y la coordinación de casos con SM. Este enfoque práctico y colaborativo resulta coherente con la necesidad de reforzar competencias reales en el manejo de patologías psiquiátricas. Asimismo, la importancia atribuida a contenidos como la detección y derivación o el conocimiento de recursos asistenciales, refuerza la idea de que los pediatras valoran más la aplicabilidad inmediata que la especialización académica teórica.

6.1. LIMITACIONES

Este TFG presenta una serie de limitaciones. La principal limitación es el reducido tamaño muestral. Igualmente, no se dispone de una muestra representativa de cada una de las CC. AA. del país, por lo que los datos no pueden extrapolarse, sin descartarse un sesgo en la selección, de la misma manera que en las respuestas no podemos excluir un sesgo de olvido o incomprensión. El interés por mantener el anonimato del participante para fomentar la sinceridad en las respuestas, no nos ha permitido conocer el número de Centros de Salud que han participado. Entendemos que las políticas de derivación del paciente a SM son acatadas por todos los pediatras pertenecientes al mismo, lo que puede haber provocado una repetición de las mismas respuestas con el pertinente sesgo. Finalmente, no se han recogido datos acerca del sexo del especialista, la edad o la experiencia. Podría resultar interesante estudiar la posibilidad de un grado de estigmatización hacia el menor y la forma de abordar su patología influenciado por estos factores o bien por la falta de formación sobre el proceso y cómo afrontarlo.

7. CONCLUSIONES

El análisis de los resultados del estudio demuestra, mayoritariamente, el reconocimiento por parte de los pediatras de su escasa capacidad a la hora de tratar y manejar a los pacientes con patología psiquiátrica motivada por una carente formación durante la residencia MIR, así como por diferencias en la participación en programas de formación continuada para la SMIJ y, por lo tanto, diferencias en habilidades y confianza para tratar estos pacientes. Asimismo, los datos reflejan que les resulta menos complejo tanto la identificación como la derivación de estas patologías, siendo esta última muy elevada. Supondría un gran obstáculo que los pediatras no se sintieran capacitados para identificar y derivar las patologías más banales y frecuentes como el TDAH y los Trastornos de conducta, no siendo tanto problema el que les cueste tratar los Trastornos mentales graves, por ejemplo.

De la carga asistencial de niños con patología mental que reciben los pediatras semanalmente, mayoritariamente, entre el 25 y el 50 % son derivados a los servicios de SM de la Infancia y Adolescencia. No obstante, las dificultades logísticas y estructurales, como las largas listas de espera y la falta de recursos en los servicios públicos, limitan el acceso de los niños a estos servicios y, por lo tanto, a unos tratamientos adecuados. Estos tratamientos y los efectos secundarios de los mismos después de la derivación a SM son monitorizados mediante el control de la evolución del trastorno y la vigilancia de la respuesta de los pacientes, de manera mayoritaria. Aunque más de la mitad declara controlar efectos secundarios de psicofármacos y cumplimiento terapéutico, un porcentaje considerable no realiza un seguimiento integral. La supervisión de comorbilidades es realizada por menos de la mitad y el control de efectos secundarios psicoterapéuticos por solo el 17,85 %, lo que apunta a una visión aún reducida del abordaje multidimensional.

El estudio resalta la necesidad urgente que reclaman los pediatras de reformar la formación médica en salud mental, implementando más rotaciones y formación práctica en dispositivos especializados. Además, mejorar la coordinación entre atención primaria y servicios especializados es esencial para superar las barreras existentes y garantizar que los niños reciban el tratamiento adecuado a tiempo. La colaboración interprofesional y una mejor accesibilidad a los servicios de salud mental son pasos fundamentales para asegurar una atención más integral y efectiva a estos pacientes.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo Director de Infancia y Adolescencia del Programa de Salud Mental. Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2010. 148p. (Programa de Salud Mental).
2. Navarro-Pardo E, Moral JCM. Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*. 2012;24(3):377-83.
3. Asociación Española de Pediatría. Pediatría y salud mental: construyendo futuros saludables. Un llamamiento a la acción por la salud mental infantil [Internet] Madrid: AEP; 2024 [citado 2025 may 4]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/manifiesto_dia_p_2024_1.pdf
4. Samji H, Wu J, Ladak A, Vossen C, Stewart E, Dove N, et al. Review: Mental health impacts of the COVID-19 pandemic on children and youth – a systematic review. *Child Adoles Ment Health*. 2022;27(2):173-89.
5. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 [Internet]. Sanidad; 2011. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/SaludMental2009-2013.pdf>
6. Bofill Moscardó I, Fernández Corchero A, Villegas Briz MA, García Del Moral A, Hijano Bandera F. Psiquiatría infantil: patología prevalente en Atención Primaria, abordaje y tratamiento. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2010 [citado 5 de diciembre de 2024];12.
7. Esquerda Salud mental en el menor. *Revista Española Endocrinología Pediátrica* [Internet]. marzo de 2023 [citado 5 de diciembre de 2024];(14 Suppl). Disponible en: <https://doi.org/10.3266/RevEspEndocrinolPediatr.pre2023.Mar.799>
8. ST Knapp M, Healey A, Guglani S, Evans- Lacko S, Fernandez JL, et al. Economic impact of childhood psychiatric disorder on public sector services in Britain: estimates from national survey data. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2013;54(9):977-85.
9. Faya Barrios M, Graell Berna M. La atención a la salud mental de la infancia y adolescencia en España. Un camino recorrido y un largo camino aún por recorrer. 2021;94(1):1-3.
10. Lluch E. Informe de la comisión ministerial para la reforma psiquiátrica, 1985. *Papeles del psicólogo*. 1986; (26): 7.

11. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales y Consumo. Proyecto de Real Decreto por el que se crea el título de Médico especialista en Psiquiatría del niño y del adolescente. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2018. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/normativa/audiencia/docs/Rdespecialistapsiquitria.pdf>.
12. González López C, Barrera Escudero M, Cano Montes IM, Díaz Pérez I. Análisis de las diferencias en la atención a la salud mental del niño y adolescente en España a través de los Planes Estratégicos de Salud Mental Autonómicos. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv*. 2019;36(1):20-30.
13. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2022-2026 [Internet]. Madrid; 2022. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2021/08/04/pdfs/BOE-A-2021-13266.pdf>.
14. Hidalgo-Vicario I. I curso de psiquiatría del niño y del adolescente para pediatras. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*. 2018; VI(1): 3-18.
15. Font-Ribera L, García-Continente X, Davó-Blanes MC, Ariza C, Díez E, García Calvente MDM, et al. El estudio de las desigualdades sociales en la salud infantil y adolescente en España. *Gac Sanit*. 2014;28(4):316-25.
16. García Primo P, Santos-Borbujo J, Martín Cilleros MV, Martínez Velarte M, Lleras Muñoz S, Posada de la Paz M, et al. Programa de detección precoz del desarrollo en las áreas de salud de Salamanca y Zamora. *An. Pediatr*. 2014; 80:285-92.
17. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Competencias pediátricas específicas de Atención Primaria. Madrid. AEPap. 2004.
18. Foy JM, Kelleher KJ, Laraque D, American Academy of Pediatrics Task Force on Mental Health. Enhancing Pediatric Mental Health Care: Strategies for Preparing a Primary Care Practice. *Pediatrics*. 2010; 125:S87-108.
19. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and Task Force on Mental Health. The Future of Pediatrics: Mental Health Competencies for Pediatric Primary Care. *Pediatrics*. 2009;124(1):410-21.
20. Fernández E. Grupo STROBE. Estudios epidemiológicos (STROBE). *Med Clin (Barc)*. 2005;125 (Supl 1): 43-8. Doi:10.1016/S0025-7753(05)72209-0.
21. Duelo M, Arroba ML. ¿Estamos los pediatras preparados para detectar y prevenir los problemas psicológicos de nuestros pacientes? *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2011;13(52):515-8.

22. Asociación Española de Pediatría. Los pediatras alertan de la situación de “emergencia” en la Salud Mental infanto-juvenil por el aumento de trastornos [Internet]. Psiquiatría.com; 2024 [citado 2025 may 9]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/20220603_ndp_salud_mental_y_cribado_neonatal_1.pdf
23. Salces Rodrigo MT. Child and Youth mental health: analysis from an institution guarenteeing rights. Cuadernos de Medicina Forense. 2023;26(26(01)):41-7.
24. Landa N, Goñi A, de Jalón EG, López-Goñi JJ. Concordancia en el diagnóstico entre pediatría y salud mental. An Sist Sanit Navar. 2009;32.
25. Villero Luque S, León Allúe L. Proyecto de coordinación entre Atención Primaria de Salud de Pediatría y Salud Mental Infanto Juvenil. 2015.

ANEXOS

ANEXO 1

Cuestionario tipo Likert:

Estimado compañero:

Estamos realizando, desde la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid, una investigación multicéntrica, cuyo objetivo es conocer el abordaje/atención que desde la especialidad de pediatría se hace de la salud mental infanto-juvenil en Atención Primaria.

En dicha investigación, participan médicos especialistas en Pediatría de diversas Comunidades Autónomas. Les agradeceríamos que, de forma totalmente anónima, nos respondieseis a las 15 preguntas del cuestionario adjunto.

Les agradecemos de antemano su colaboración.

Atentamente,

Los investigadores.

Antes de comenzar, le agradecería que marcase que da el consentimiento (o no) para la realización de dicho cuestionario y el trato anónimo de los resultados cuyo fin es la realización de un trabajo de investigación.

DOY MI CONSENTIMIENTO

☐

NO DOY MI CONSENTIMIENTO

☐

**Escriba el nombre de la provincia a
la que pertenece su Centro de Salud:**

- 1. Durante su periodo de formación MIR, ¿rotó por algún dispositivo de
Salud Mental de la Infancia y Adolescencia?**

Si

☐

No

☐

2. Independientemente de la formación de su especialidad, ¿ha recibido algún tipo de formación continuada en patología psiquiátrica infanto-juvenil?

Sí y ha sido suficiente

☐

Sí, pero ha sido insuficiente

☐

No

☐

3. Indique de qué tipo:

Cursos presenciales

☐

Talleres

☐

Cursos Online

☐

Jornadas

☐

Otros (indicar cuáles)

4. En su labor asistencial, indique, aproximadamente, el número de pacientes atendidos en su consulta en una semana:

5. Escriba, de manera estimada, el número de niños con patología mental atendidos en una semana en su consulta.

6. Escriba cuál ha sido la patología mental más frecuentemente atendida en una semana.

7. De los pacientes con patología mental que ha atendido en su consulta, ¿a qué porcentaje aproximadamente ha derivado a Salud Mental de la Infancia y Adolescencia en el último año?

0% (ninguno)

☐

>0%-25% (algunos)

☐

>25%-50% (bastantes)

☐

>50%-75% (la mayoría)

☐

>75%-<100% (casi todos)

☐

100% (todos)

☐

Observaciones: ¿Cuál ha sido la patología que con mayor frecuencia ha derivado en el último año?

8. ¿Alrededor de qué porcentaje de sus pacientes con patología mental son atendidos en la red pública (psicólogos, psiquiatras...)?

9. De manera aproximada, ¿cuál es el porcentaje de sus pacientes con patología mental que hacen uso de recursos privados (psicólogos, psiquiatras...)?

--

10. Marque cómo de capacitado se siente para:

A. TEA

- **IDENTIFICAR ESTA PATOLOGÍA**

Nada

--

Poco

--

Bastante

--

Mucho

--

- **TRATAR Y MANEJAR**

Nada

--

Poco

--

Bastante

--

Mucho

--

- **DERIVAR Y COORDINAR**

Nada

--

Poco

--

Bastante

--

Mucho

--

B. Trastornos de aprendizaje y/o discapacidad

☐ **IDENTIFICAR ESTA PATOLOGÍA**

Nada

☐

Poco

☐

Bastante

☐

Mucho

☐

• **TRATAR Y MANEJAR**

Nada

☐

Poco

☐

Bastante

☐

Mucho

☐

• **DERIVAR Y COORDINAR**

Nada

☐

Poco

☐

Bastante

☐

Mucho

☐

C. TDHA y trastornos de la conducta

• **IDENTIFICAR ESTA PATOLOGÍA**

Nada

☐

Poco

☐

Bastante

☐

Mucho

☐

• **TRATAR Y MANEJAR**

Nada

☐

Poco

☐

Bastante

☐

Mucho

☐

- **DERIVAR Y COORDINAR**

Nada	Poco	Bastante	Mucho
☐	☐	☐	☐

D. Trastornos emocionales (ansiedad, obsesivos, depresión, etc...)

- **IDENTIFICAR ESTA PATOLOGÍA**

Nada	Poco	Bastante	Mucho
☐	☐	☐	☐

- **TRATAR Y MANEJAR**

Nada	Poco	Bastante	Mucho
☐	☐	☐	☐

- **DERIVAR Y COORDINAR**

Nada	Poco	Bastante	Mucho
☐	☐	☐	☐

E. Duelos o experiencias traumáticas

- **IDENTIFICAR ESTA PATOLOGÍA**

Nada	Poco	Bastante	Mucho
☐	☐	☐	☐

- **TRATAR Y MANEJAR**

Nada	Poco	Bastante	Mucho
☐	☐	☐	☐

- **DERIVAR Y COORDINAR**

Nada	Poco	Bastante	Mucho
☐	☐	☐	☐

F. Autolesiones e ideas de suicidio

- **IDENTIFICAR ESTA PATOLOGÍA**

Nada	Poco	Bastante	Mucho
☐	☐	☐	☐

- **TRATAR Y MANEJAR**

Nada	Poco	Bastante	Mucho
☐	☐	☐	☐

- **DERIVAR Y COORDINAR**

Nada	Poco	Bastante	Mucho
☐	☐	☐	☐

G. Trastornos mentales graves (Psicosis, trastornos bipolares...)

☐ **IDENTIFICAR ESTA PATOLOGÍA**

Nada

☐

Poco

☐

Bastante

☐

Mucho

☐

• **TRATAR Y MANEJAR**

Nada

☐

Poco

☐

Bastante

☐

Mucho

☐

• **DERIVAR Y COORDINAR**

Nada

☐

Poco

☐

Bastante

☐

Mucho

☐

H. Trastornos del sueño y eliminación (enuresis, encopresis...)

• **IDENTIFICAR ESTA PATOLOGÍA**

Nada

☐

Poco

☐

Bastante

☐

Mucho

☐

• **TRATAR Y MANEJAR**

Nada

☐

Poco

☐

Bastante

☐

Mucho

☐

- **DERIVAR Y COORDINAR**

Nada	Poco	Bastante	Mucho
☐	☐	☐	☐

I. Trastornos por consumo de sustancias (alcohol, cannabis, etc...)

- **IDENTIFICAR ESTA PATOLOGÍA**

Nada	Poco	Bastante	Mucho
☐	☐	☐	☐

- **TRATAR Y MANEJAR**

Nada	Poco	Bastante	Mucho
☐	☐	☐	☐

- **DERIVAR Y COORDINAR**

Nada	Poco	Bastante	Mucho
☐	☐	☐	☐

11. ¿Ha encontrado alguna de las siguientes dificultades para la derivación de pacientes a psiquiatría infanto-juvenil? Si es así, marque todas las que considere significativas.

Falta de recursos y accesibilidad a los Servicios de Salud Mental

☐

Falta de disponibilidad para consultas urgentes

☐

Largas listas de espera

☐

Falta de coordinación entre Atención Primaria y los servicios de psiquiatría infanto-juvenil

☐

Estigma y falta de aceptación por parte de las familias

☐

Carga de trabajo y tiempo limitado

☐

Requerimientos de carácter legal

☐

Incertidumbre en la indicación para la derivación

Cuestiones administrativas y de seguros

12. Una vez derivados los pacientes a ESMD/USMC (Equipo de Salud Mental de Distrito/ Unidad de Salud Mental Comunitaria) ¿cómo monitoriza de manera general los tratamientos y los efectos adversos de estos?

Control de efectos secundarios de psicofármacos

Control de efectos secundarios de psicoterapia o intervención

Control de evolución

Supervisión de las comorbilidades médicas

Control de cumplimiento terapéutico

☐

Otras (especifique)

13. ¿Cree usted como pediatra que atiende patología de salud mental infanto-juvenil que debería recibir mayor formación durante la residencia?

Si

☐

No

☐

14. ¿Qué formatos considera usted que deberían llevarse a cabo para esa formación durante la residencia?

Cursos presenciales

☐

Cursos Online

☐

Congresos (mesas, talleres...)

☐

Sesiones clínicas compartidas con SM Infantil y de la Adolescencia

☐

Coordinación sobre casos entre Pediatría y SMlyA

☐

Email consultor

☐

Otros (especifique)

15. Finalmente, ¿qué contenidos valora usted que deberían tenerse en cuenta en dicha formación durante la residencia?

Contenidos sobre patologías concretas

☐

Contenidos sobre recursos y redes asistenciales

☐

Contenidos sobre detección y derivación

☐

Contenidos sobre gestión de casos

☐

Otros (especifique cuáles)

Por último, si usted desea añadir algo, puede emplear este espacio.

ANEXO 2

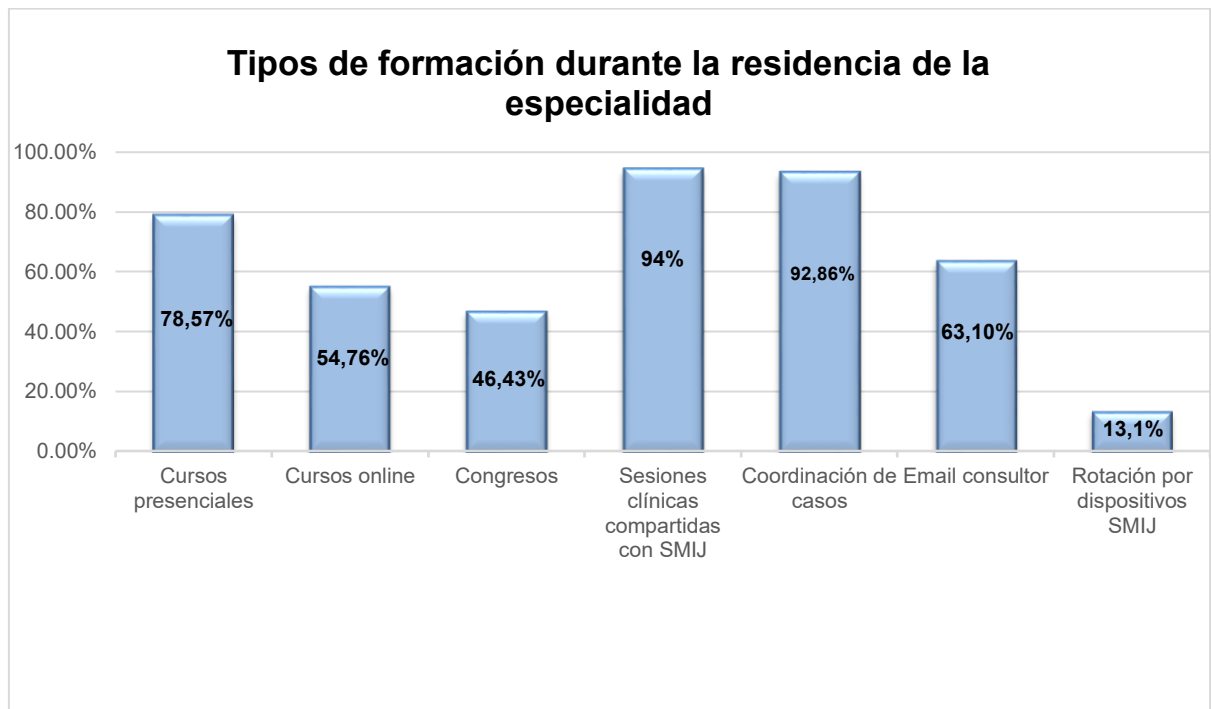


Figura 7. Tipos de formación durante la residencia propuestos por la muestra

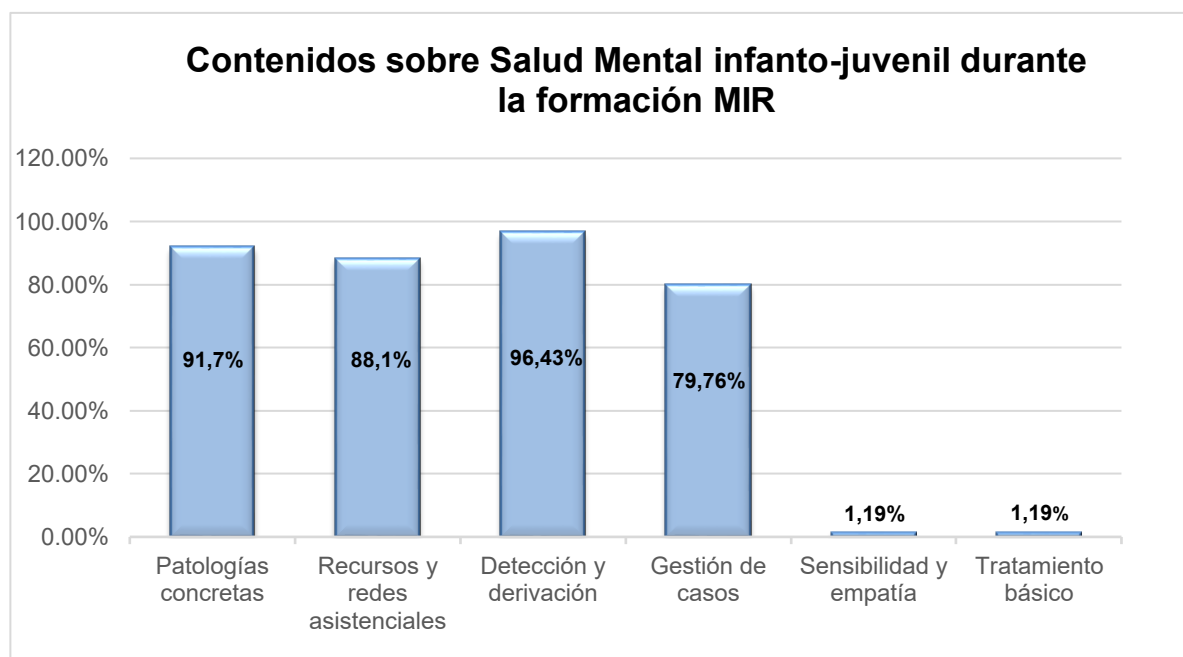


Figura 8. Contenidos sobre Salud Mental infanto-juvenil durante la formación MIR



COMPETENCIAS PARA LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA: ESTUDIO PILOTO PRELIMINAR



AUTORA: IRENE MARTÍNEZ VIALÁS
TUTOR: DR. CARLOS IMAZ RONCERO

INTRODUCCIÓN

La **salud mental infanto-juvenil (SMIJ)** representa un desafío creciente en España, con una prevalencia estimada del 10-20%. El pediatra debe estar capacitado para la detección precoz, prevención y derivación oportuna. No obstante, existen carencias formativas, escasa coordinación entre niveles asistenciales y desigualdad territorial en recursos.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio **descriptivo transversal observacional** multicéntrico dirigido en primer lugar a pediatras que trabajan en centros de AP de Madrid y Valladolid y extendiéndose posteriormente a otras zonas de España a los que se les ha enviado un cuestionario tipo Likert diseñado ad hoc. Las variables cualitativas se han expresado como una distribución de frecuencias y las cuantitativas como media (DT) y Mediana (IQR).

OBJETIVOS

El **objetivo general** es evaluar cuáles son las capacitaciones de los pediatras de AP para abordar los problemas de salud mental infanto-juvenil.

Como **objetivos específicos** destacan:

- Conocer la formación en Salud Mental (SM) durante el MIR en la especialidad de Pediatría y la formación continuada.
- Establecer el impacto asistencial de casos con patología mental atendidos y derivados al servicio de psiquiatría así como aquellos trastornos más frecuentes.
- Conocer las dificultades de la derivación y el grado de seguimiento del tratamiento por parte del pediatra.
- Saber la actitud o disposición de los profesionales de pediatría ante los problemas de SMIJ.

RESULTADOS

N = 84 pediatras

80%: Ha recibido formación continuada;
20%: Ha rotado por SMIJ durante el MIR.

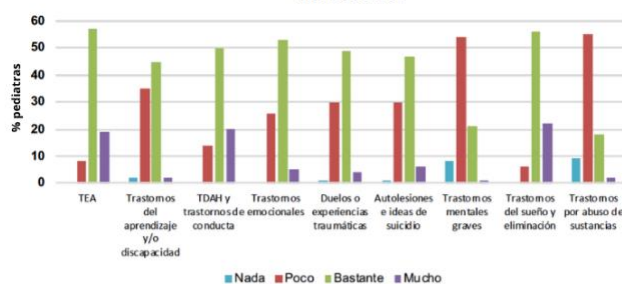
Se atiende una media de **10,79** de niños con patología mental, se derivan entre **25-50 %**, siendo lo más frecuentemente atendido y derivado el TDAH y los Ttnos. de conducta.

Un **55,6 %** reconocen poca capacidad para la detección de Ttnos. Mentales graves y Ttnos. por abuso de sustancias. Desciende a un **35 %** para los Ttnos. de aprendizaje y en un **30 %** en la detección de duelos/experiencias traumáticas, autolesiones e ideas de suicidio. Detectando la mayoría de los Ttnos. del sueño y/o eliminación, TEA y TDAH.

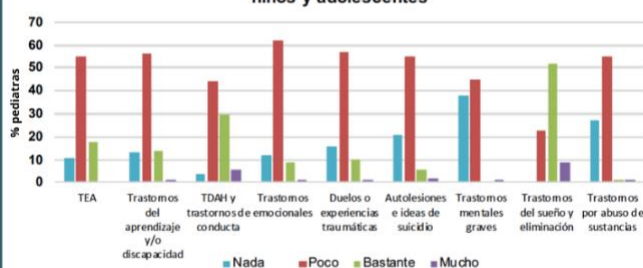
A la hora de tratar o manejar, aumentan los % que reconocen poca o nada capacidad y solo se sienten competentes bastante o mucho los Ttnos. del sueño y/o eliminación en un **51 %**, seguidos de los TDAH y Ttnos. de la conducta en un **30 %**, TEA un **18 %**, Ttnos. del aprendizaje, **14 %** y el resto en menos del **10 %** se sienten bastante competentes..

Y a la hora de derivar y coordinar la atención, mejora la percepción en todo, siendo mayor en TDAH y Ttnos. de conducta, TEA y Ttnos. del sueño y/o eliminación.

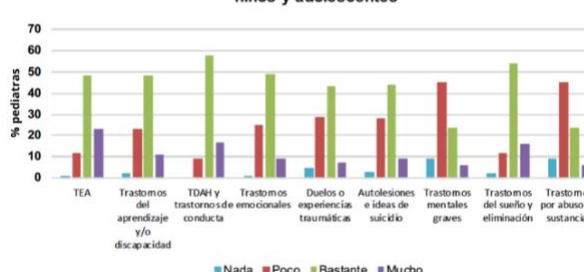
Capacidad para identificar patologías mentales en niños y adolescentes



Capacidad para tratar y manejar patologías mentales en niños y adolescentes



Capacidad para derivar y coordinar patologías mentales en niños y adolescentes



CONCLUSIONES

- Los pediatras reconocen una baja capacidad para tratar patologías mentales, especialmente por la escasa formación durante el MIR. Esto limita su confianza y habilidades clínicas en SMIJ. Pese a que el 80 % refiere realizar una formación continuada, las diferencias en dicha formación en cada CC. AA. agravan esta situación.
- Identificar y derivar patologías comunes como el TDAH es más fácil que tratarlas, lo cual es preocupante. El seguimiento tras la derivación es parcial, especialmente en aspectos como comorbilidades o efectos psicoterapéuticos. Esto refleja una atención aún limitada en su enfoque multidimensional.
- Los Ttnos. del sueño y de eliminación son los mejor identificados, atendidos y derivados, seguido por el TDAH y Ttnos. de conducta.
- Hay barreras logísticas que dificultan el acceso a tratamientos adecuados, como largas listas de espera, siendo este el principal problema para el 88 % de los pediatras en relación con la SM, seguido por la falta de recursos y la accesibilidad (75 %). El 100 % de los pediatras reclaman mejor formación práctica mediante rotaciones por SMIJ y más coordinación con SM especializada.



BIBLIOGRAFÍA