

Pediatric i salut mental infantojuvenil: claus per millorar en l'abordatge dels pacients

Montse Esquerda ^{1,2}, Anna Castan ^{1,3}, Vanessa Pera ¹, Josep Anton Pérez ¹, Josep Pifarré ^{1,4}

¹ Hospital Sant Joan de Déu Terres de Lleida. ² Institut Borja de Bioètica-Universitat Ramon Llull. Barcelona. ³ ICS Lleida.

⁴ GSS-Hospital Universitari de Santa Maria. Lleida

RESUM

Fonament. En les darreres dècades s'ha produït un notable increment en la demanda d'atenció en l'àmbit de salut mental infantojuvenil. Es detecta, a la vegada, una formació escassa o irregular.

Objectiu. Descriure les competències del pediatre en salut mental infantil i identificar-ne les àrees d'intervenció.

Mètode. Revisió bibliogràfica.

Resultats. L'Associació Americana de Pediatria descriu sis àrees competencials que cal assolir en pediatria: pràctica basada en sistemes per millorar la base organitzativa i econòmica de l'assistència i la pràctica clínica; assistència dels pacients; coneixements mèdics; aprenentatge i millora basats en la pràctica clínica; habilitats interpersonals i de comunicació, i professionalitat. Les limitacions més importants per desenvolupar-les serien la manca de formació i de temps.

Les àrees identificades són: promoció d'una bona salut mental, prevenció de trastorns, detecció precoç i abordatge de trastorns concrets.

Conclusió. És necessari concretar l'àrea de coneixement del pediatre en salut mental infantil, definint bé les competències necessàries i les funcions que cal desenvolupar.

Paraules clau: Salut mental infantojuvenil. Psiquiatria infantil. Competència. Educació mèdica.

PEDIATRÍA Y SALUD MENTAL INFANTOJUVENIL

Fundamento. En las últimas décadas se ha producido un notable incremento en la demanda de atención en el ámbito de salud mental infantojuvenil. Se detecta, a la vez, una escasa o irregular formación.

Objetivo. Describir las competencias del pediatra en salud mental infantil e identificar sus áreas de intervención.

Método. Revisión bibliográfica.

Resultados. La Asociación Americana de Pediatría describe seis áreas competenciales en pediatría: práctica basada en sistemas para mejorar la base organizativa y económica de la asistencia y la práctica clínica; asistencia de los pacientes; conocimientos mé-

cos; aprendizaje y mejora basados en la práctica clínica; habilidades interpersonales y de comunicación, y profesionalidad. Las limitaciones más importantes para desarrollarlas serían la falta de formación y de tiempo.

Las áreas identificadas son: promoción de una buena salud mental, prevención de trastornos, detección precoz y abordaje de trastornos concretos.

Conclusión. Es necesario concretar el área de conocimiento del pediatra en salud mental infantil, definiendo bien las competencias necesarias y las funciones a desarrollar.

Palabras clave: Salud mental infantojuvenil. Psiquiatria infantil. Competencia. Educación médica.

PEDIATRICS AND CHILD AND ADOLESCENT MENTAL HEALTH: KEYS TO IMPROVING CARE

Background. Over the last decades there has been a marked increase in the demand for care in the field of child and adolescent mental health. However, training and education in this field is limited and irregular.

Objective. To describe the competencies of the pediatrician in childhood mental health and identify the areas of intervention.

Method. Bibliographic review.

Results. The American Pediatric Association describes six competency areas to be achieved in pediatrics: system-based practice to improve the organizational and economic basis of clinical assistance and practice, patient care, medical knowledge, practice-based learning and improvement, interpersonal skills, and communication and professionalism. The most important limitations for developing those competencies are the lack of training and time. The identified areas for intervention are: promotion of good mental health, prevention, early detection, and treatment of specific disorders.

Conclusion. It is necessary to specify the pediatrician's knowledge in child and adolescent mental health, defining well the required competencies to be developed.

Key words: Child-youth mental health. Child psychiatry. Competency. Medical education.

Correspondència: Montse Esquerda Aresté
Hospital Sant Joan de Déu Terres de Lleida
Av. La Canadenca, 28. 25001 Lleida
mesquerda@comll.cat

Treball rebut: 12.03.2018
Treball acceptat: 15.03.2018

Esquerda M, Castan A, Pera V, Pérez JA, Pifarré J.
Pediatric i salut mental infantojuvenil: claus per millorar en l'abordatge dels pacients.
Pediatria Catalana. 2018;78(2):59-66.

Introducció

*«Per perseguir els millors fins,
necessitem els millors mitjans».*

F. Hutcheson

Des de l'àmbit de la pediatria, la salut mental infantojuvenil és segurament una de les subespecialitats pediàtriques més allunyades. La distància d'aquesta àrea de coneixement s'ha traduït en el fet que la formació en aquest àmbit és escassa, opcional o irregular, més relacionada amb les inquietuds o l'interès de cada professional, o amb l'oferta formativa per un trastorn concret, que amb el plantejament de quines són les competències mínimes que qualsevol pediatre hauria de tenir en salut mental infantojuvenil.

Això s'uneix a un increment progressiu en les darreres dècades tant en la prevalença com en la incidència de problemes en salut mental. Diferents estudis¹⁻⁴ fan una aproximació a la prevalença de trastorns mentals en edat infantil, en entorns propers al nostre, i mostren una prevalença d'un 13-18%, dels quals aproximadament un 4-6% són trastorns mentals greus⁵ i un 10% presentaran deteriorament funcional com a conseqüència del trastorn⁴.

Els problemes en salut mental no afecten tan sols l'àmbit psicològic, sinó que es correlacionen amb un increment del risc de patir diverses malalties amb el pas del temps, així com un risc significatiu de tenir complicacions en l'àmbit físic⁶ i en altres àmbits. És important tenir en compte que el deteriorament no es dona tan sols en la salut, ja sigui mental o física, sinó que s'aprecia també en els entorns familiar, escolar, social i, posteriorment, laboral i econòmic⁷⁻¹⁰. Així com els condicionants econòmics estan relacionats amb el desenvolupament de trastorns mentals, el fet de patir un trastorn mental en la infància també té un impacte econòmic en la família⁷⁻¹¹.

Nombroses recerques mostren un correlat del trastorn mental infantil amb l'adult¹⁰⁻¹¹. Tant el trastorn mental infantil com els estressors vitals tenen efectes perjudicials al llarg de la vida, no tan sols en salut mental, sinó que comporten una afectació també en salut física i en la qualitat de vida^{10, 12-13}.

El pediatra d'atenció primària està en una posició privilegiada¹⁴⁻¹⁶, tant en relació amb la prevenció com amb la identificació precoç, així com, potser, amb l'abordatge en salut mental, per la seva longitudinalitat, ja que acostuma a conèixer la família i els infants pràcticament des del naixement, i a més pel fet que és segurament un dels primers professionals que les famílies consulten com a referents de confiança davant les problemàtiques o dubtes més diversos.

És ben cert que l'aproximació a la salut mental és més complexa que en altres àmbits de la pediatria: el model biomèdic dona molt parcialment resposta en aquest àmbit i és imprescindible fer el salt a l'abordatge biop-

sicosocial. Segurament, en la salut mental és on s'evidencia millor que «malgrat que hem heretat del s. XX un concepte de malaltia biopsicosocial, no disposem d'un abordatge en què s'integrin i complementin els àmbits biològic, psicològic i social»¹⁷. La salut mental ens obliga a sortir del model biològic i cercar aproximacions multidisciplinàries i transdisciplinàries, i això és un gran repte.

Tots aquests factors, com ara la llunyania de l'àrea de coneixement, la formació irregular, l'increment de la prevalença i la incidència, la posició referent del pediatre i les dificultats en l'abordatge de la salut mental infantojuvenil, fan no tan sols necessari, sinó imprescindible, intentar definir i estructurar quines serien les competències bàsiques per un pediatre en l'àmbit de la salut mental, entenent per competència el conjunt de coneixements, habilitats i actituds.

Competències del pediatre en salut mental infantojuvenil

L'any 2004, l'Acadèmia Americana de Pediatria (AAP) es va plantejar la millora de la qualitat de la salut mental dels infants i adolescents en atenció primària, amb tres objectius clars: facilitar el canvi de sistema, desenvolupar habilitats i canviar la pràctica clínica de manera gradual¹⁸.

Per assolir aquests objectius es va crear el grup Task Force on Mental Health. Aquest grup ha promogut diferents documents¹⁸⁻²⁰, recomanacions, algorismes, i el 2009, juntament amb el Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, va plantejar el tema de les necessitats formatives i competencials del pediatre en salut mental²¹.

Tal com indica el document, el desenvolupament de les competències és un objectiu final, seria l'ideal a assolir, no una realitat actual. De fet, el mateix document assenyalava dos itineraris per arribar-hi: un basat en estratègies per a la formació durant la residència i un altre per a la formació de pediatres amb experiència prèvia.

Les competències proposades són exhaustives i àmplies, i a continuació se'n mostra un petit resum molt adaptat²¹:

Pràctica basada en sistemes per millorar la base organitzativa i econòmica de l'assistència, i també la pràctica clínica

- Implementar estratègies de col·laboració amb la comunitat i amb altres professionals del sector amb especial atenció a infants vulnerables.
- Millorar la pràctica clínica amb un directori i una cartera de serveis clars, el desenvolupament d'estratègies de promoció salut mental, un registre ade-

quat d'antecedents, el cribratge de problemes ocults de salut mental, un registre adequat de pacients afectats, protocols basats en evidència i materials educatius adequats.

Assistència dels pacients

- Incloure aspectes psicosocials en les visites, disposar d'eines de cribratge en salut mental (i saber interpretar-les).
- Saber fer una història, una entrevista, una avaluació en salut mental i una observació de la interacció pares-fills. Atendre i orientar urgències psiquiàtriques.
- Saber diferenciar les variants de la normalitat dels trastorns, reconèixer les comorbiditats habituals dels infants amb diversitat funcional o malaltia orgànica, planificant l'avaluació, individual o conjunta, amb atenció especialitzada.
- Proporcionar a les famílies una guia sobre dificultats habituals en salut mental: afrontament d'esdeveniments vitals adversos, separació dels pares o mort d'un familiar, i sobre els recursos educatius adients.
- Integrar els punts forts de l'infant, la família i els professionals. Promoure la resiliència.
- Atendre, individualment o juntament amb altres, infants amb deteriorament funcional secundari a TDAH, ansietat, depressió, consum de tòxics.

Coneixement mèdics

- Conèixer i actualitzar els coneixements en intervencions farmacològiques i psicosocials habituals en infants, psicofàrmacs i efectes adversos, i en criteris diagnòstics dels trastorns més freqüents; aplicar algunes tècniques habituals i tècniques de modificació de conducta.

Aprenentatge i millora basats en la pràctica clínica

- Saber identificar les fortaleces, les deficiències i els límits dels propis en salut mental, establir objectius d'aprenentatge amb activitats formatives adequades.
- Assimilar l'evidència procedent dels estudis científics i aplicable als problemes dels pacients, emprant i desenvolupant protocols en la consulta diària per avaluar problemes de salut mental en l'infant, i analitzant la pròpia pràctica clínica, amb mètodes de millora de la qualitat.

Habilitats interpersonals i de comunicació

- Saber explorar les preocupacions en salut mental dels infants, adolescents o famílies, en el context cultural, identificant les possibles barreres.

- Manejar la resistència o ràbia del noi, adolescent o família, sabent aplicar tècniques d'entrevista motivacional.
- Aclarir i explicar els resultats dels tests psicològics fets i de les preocupacions i problemes en salut mental, amb un llenguatge apropiat per l'edat, nivell educacional i substrat cultural.

Professionalitat

- Demostrar compassió, integritat i respecte a tots els infants i les famílies, sensibilitat a les diferències culturals i a les preferències familiars.
- Establir expectatives clares en les condicions de confidencialitat amb els infants, els adolescents i les famílies, i abordant els propis límits en coneixements i habilitats com a part del procés de derivació.

La llista de competències proposades és molt extensa i es pot apreciar una distància clara i significativa entre la pràctica habitual i l'ideal proposat. Una primera gran qüestió seria preguntar-nos si aquestes competències són aplicables en el nostre àmbit, o la xarxa, o potser més aviat intentar definir quins objectius intermedis i progressius, a assolir de forma estructurada, identificant quins de tots són els prioritaris i ineludibles i quins es poden anar adquirint d'una manera més progressiva.

Una segona qüestió seria quines són les dificultats per implementar les competències esmentades. Diferents treballs²² han intentat analitzar les barreres en el maneig dels infants i els adolescents amb problemes de salut mental. Entre les dificultats detectades hi ha la manca de formació, que es concreta en manca d'entrenament en reconèixer els problemes en salut mental, manca de confiança en el diagnòstic, manca de confiança en el maneig i manca de temps. Altres barreres detectades en estudis fets en l'àmbit nord-americà inclouen aspectes relacionats amb el finançament dels serveis, que en el nostre entorn es traduirien potser en manca de definició d'una cartera de serveis.

En un estudi molt interessant, Horwitz²³ compara si hi ha hagut algun canvi en les dificultats percebudes als Estats Units des del 2004, tenint en compte que al sistema de formació de pediatria es va introduir una rotació obligatòria de 4 setmanes en salut mental infantil. Malgrat que un petit percentatge de pediatres perceben una millora en la seva competència, el 66% dels pediatres enquestats continuen expressant la dificultat en el maneig d'infants en salut mental i el 58%, manca de competència. Així mateix, s'aprecia una disminució en l'interès per la formació en salut mental infantojuvenil (sols el 5% havien fet algun curs relacionat o el 39% havien anat a una conferència/lectura sobre salut mental en els darrers dos anys).

Les dificultats s'agrupen, doncs, en dos grans grups: manca de formació i mancances més organitzatives

(com temps, finançament no adequat). Si ens aturem principalment en la manca de formació, es poden identificar els tres àmbits competencials: prevenció, identificació i abordatge.

La difícil (però ineludible) tasca de la prevenció

L'àmbit de la prevenció, dins les competències comentades, és el que més pes hauria de guanyar dins els nous programes formatius. Però cal tenir en compte que la prevenció en l'àmbit de salut mental és més complexa que en altres àmbits, i cal anar més enllà de l'estil prescriptiu o el consell de salut per evitar consum de tòxics.

És important en aquest àmbit diferenciar en la prevenció dos àmbits molt clarament diferenciats: promoció d'una bona salut mental i prevenció del trastorn mental.

Una bona salut mental no és tan sols l'absència de trastorn mental, per aquest motiu la prevenció en salut mental va molt més enllà d'evitar l'aparició de trastorns mentals, sinó que inclouria el desenvolupament d'habilitats i actituds per presentar una bona adaptació, interacció i afrontament dels esdeveniments vitals.

Es difícil trobar una definició de bona salut mental en infants i adolescents. El 2001, l'Organització Panamericana de Salut²⁴ va definir les *habilitats per una vida saludable des del punt de vista psicosocial* com «habilitats per adoptar un comportament positiu que permeti abordar els desafiaments de la vida diària i mantenir un estat de benestar mental mitjançant un comportament positiu i adaptable en la interacció amb les altres persones i amb l'entorn social i cultural». Una bona salut mental requeriria habilitat d'autoconeixement, d'afrontament dels desafiaments de la vida i una bona relació amb els altres i l'entorn (Taula I).

TAULA I

Habilitats per a la vida diària (Organització Panamericana de la Salut, 2001)

- Autoconeixement
- Empatia
- Comunicació assertiva
- Maneig de relacions interpersonals
- Presa de decisions
- Solució de problemes i conflictes
- Pensament creatiu
- Pensament crític
- Maneig d'emocions
- Maneig de tensions i estrès

Per assolir aquest objectiu és important, i segurament imprescindible, fer el salt a la comunitat. Plantejar un repte així implica incloure múltiples i variats professio-

nals que treballen amb els infants i les famílies en molts àmbits diferents, com ara escola, serveis socials, atenció precoç, lleure, esports, que de manera coordinada intenten conjugar la mirada sobre els infants i les famílies, en l'entorn social i cultural.

Un altre aspecte important i diferenciat seria la prevenció concreta del desenvolupament d'un trastorn mental en si. Tal vegada, amb una prevenció general i inespecífica a tots els infants, es podria ja evitar part de la malaltia mental, però en aquest punt és important remarcar que no tots els infants tenen el mateix risc ni la mateixa susceptibilitat. Identificar els infants o les poblacions amb risc més elevat i poder fer una prevenció específica, amb evidència contrastada, és el segon gran repte en l'àrea de la prevenció.

El pediatre d'atenció primària està també en una posició privilegiada per poder detectar aquests infants més vulnerables, ja que alguns dels factors de risc poden quedar reflectits des de la primera visita de l'infant (antecedents familiars i/o antecedents genètics, nivell socioeconòmic), altres es poden anar observant des de les primeres visites (estils familiars i de parentalitat, temperament de l'infant) i altres apareixen en l'evolució (mort d'un progenitor, separació conflictiva).

Entre els factors de risc més importants que cal tenir en compte hi ha els següents:

- **Factors genètics.** Els estudis de bessons en ambients no compartits o els d'adopcions ens han mostrat el paper primordial de l'herència genètica en el desenvolupament de la majoria de trastorns psiquiàtrics, però cal tenir en compte que pràcticament cap trastorn psiquiàtric es pot explicar exclusivament per un factor genètic²⁵.

El que s'hereta, més que una característica predeterminada, seria una vulnerabilitat al desenvolupament del trastorn: és el model de vulnerabilitat-estrès. En aquest context, «preguntar pels antecedents familiars és segurament el millor test genètic en l'actualitat» i és important valorar de manera molt prudent l'ús de tests genètics en àmbit de salut mental durant la infància i l'adolescència²⁶.

Un altre factor important genètic és el temperament: aquest és un patró de reactivitat i autoregulació, amb estabilitat temporal i del desenvolupament, d'aparició primerenca amb base biològica i modelat per l'herència. Descriu diferències individuals en la manifestació de l'afecte, l'activitat, l'atenció i l'autoregulació. El temperament pot predisposar a diversos trastorns, ja que és, per exemple, un modulador de resposta a l'estrès o facilitador d'experiències de risc²⁵.

- **Factors familiars i parentals:** psicopatologia dels pares, estils parentals. Independentment de la càrrega genètica, hi ha factors familiars que marquen molt el risc, ja que «els resultats dels infants, la salut física i mental, així com el funcionament cognitiu i mental,

estan fortament relacionats amb el mode amb què funcionen les seves famílies i el seu entorn»²⁷.

És important remarcar que la interacció i la qualitat d'aquesta interacció familiar tenen una repercussió elevada en el desenvolupament de l'infant, ja sigui en positiu, desenvolupant una adaptació millor, o en negatiu²⁸. Des de pediatria es poden observar les primeres interaccions nadó-família, així com l'evolució, i detectar molt precoçment estils parentals poc adequats a les necessitats d'un infant concret.

La psicopatologia dels pares pot donar (no necessàriament) dificultats en les habilitats parentals. En alguns cops (per exemple, en trastorns per ansietat) pot tenir un efecte acumulatiu, en què s'hereta una vulnerabilitat genètica i es pot associar a un estil de criança determinat (hipervigilància, preocupacions excessives, remugament...)

- **Antecedents perinatals i postnats.** Aquí hem de tenir principalment en compte els antecedents perinatals (prematuritat, consum d'alcohol, tabac, altres tòxics en les mares...), depressió materna durant l'embaràs i postpart, malaltia crònica o hospitalització perllongada²⁵.

S'ha hipotetitzat que el factor preventiu de més impacte en salut mental infantil seria l'evitació de tòxics en l'embaràs (principalment alcohol i tabac), així com una salut mental positiva materna durant l'embaràs i el primer any de vida²⁵.

El mateix factor, en aquesta època d'alta vulnerabilitat, pot tenir risc diferent segons el període en què es dona. És ben coneguda l'afectació de l'alcohol i l'ampli fenotip de la síndrome alcohòlica fetal; altres factors donen també riscos diferents, per exemple, fills de mares amb trastorn depressiu durant l'embaràs o els primers mesos, tenen un risc augmentat per quatre de trastorn depressiu en època posterior, mentre que fills de mares amb trastorn depressiu el primer any de vida, tenen un risc augmentat per tres de conductes disruptives en l'adolescència²⁹.

- **Factors culturals.** L'entorn cultural en què vivim proveeix un seguit de patrons i pautes establerts de pensament, creences, significats i conducta que influeixen en el desenvolupament de la psicopatologia, i que, per exemple, poden modular l'expressió cultural del patiment o de les emocions, el model estètic corporal, l'agressivitat, l'alimentació, el consum de tòxics o l'ús de tecnologies.
- **Factors econòmics.** Diversos estudis mostren l'impacte principalment de la pobresa en la salut mental³⁰⁻³¹. La coneguda sentència «és més important el teu codi postal que el teu codi genètic»³¹ es podria complementar amb «si els principals determinants de salut són socials, també ho han de ser les solucions»³². Evidentment que aquest és un tema que va molt més enllà de l'àmbit pediàtric, i fins i tot

de l'àmbit sanitari, però és també un tema que cal tenir present i recordar.

Ja als anys vuitanta, al Regne Unit es va redactar l'anomenat Informe Black³³, un *best-seller* en salut pública. Analitzava l'evolució del National Health Service, després d'uns quaranta anys de funcionament, i conclouia que malgrat que la salut general de la població havia millorat, aquesta millora no era l'esperable. El problema és que les solucions estaven fora del sistema sanitari i aquest sistema no era el principal determinant de les diferències. Factors econòmics i socials com l'atur, el nivell d'ingressos, l'educació, l'habitatge, el transport o els estils de vida eren els que influïen més en la salut.

- **Circumstàncies vitals.** Els esdeveniments vitals negatius, com la separació dels pares, la pèrdua d'algun dels progenitors, l'hospitalització perllongada, els maltractaments, són factors de risc que augmenten molt la possibilitat de desenvolupar un trastorn mental. Els factors són múltiples i l'efecte que tenen és sumatiu, és a dir, infants amb més de quatre experiències adverses en la infància tenen un risc entre vuit i dotze vegades més alt de desenvolupar un trastorn mental en l'edat adulta³⁴ o de tenir pitjor salut en general³⁵. Una metaanàlisi recent relaciona també esdeveniments vitals estressants o maltractament infantil durant l'edat pediàtrica amb un increment de trastorns conversius en l'adult³⁶.

Però cal tenir en compte que la resposta als estressors vitals depèn de diferents factors, com estadi de desenvolupament, temperament, mecanismes d'afrontament, resposta parental o presència de sistemes de suport. De tots els factors descrits, aquests són els que tenen més possibilitat de resposta i actuació, ja que la resposta pot ser mediada.

Saxe³⁷ parlava l'any 1998 sobre salut mental infantojuvenil i sobre el «*gap between what we know and what we do*», el forat o abisme entre allò que coneixem i allò que realment fem. Així doncs, coneixem molt clarament les poblacions de risc, però tenim poques propostes de millora. Seria important poder disposar d'estratègies preventives específiques per als infants, famílies o situacions que es poden identificar.

Hi ha algunes experiències preventives, molt aïllades però prometedores, sobre com influir en aquests aspectes; per exemple, grups de pares amb infants amb risc de trastorns conductuals, treball amb mares amb esquizofrènia per millorar la capacitat maternal o intervenció en depressió materna.

Aquest és realment un àmbit de futur, on fa falta força recerca per poder dissenyar i implementar intervencions preventives cercant les més efectives o eficients, destinades tant a poblacions generals com a poblacions de risc, i calen també recursos adequats per poder portar-ho a terme.

Identificació: delimitació de la demanda i morbiditat oculta

Com s'ha comentat, no tot el que es planteja com un problema de salut mental és un trastorn mental. En aquest àmbit, més que altres, podem trobar múltiples factors implicats en un problema, com la dinàmica familiar, els factors socials, culturals o escolars, i cal tenir en compte que la demanda en salut mental està també molt relacionada amb les expectatives i les creences familiars i socials sobre com s'ha de comportar o actuar un infant.

El *Diagnostic and Statistical Manual for Primary Care, Child and Adolescent Version* (DSM-PC)³⁸ intenta suplir algunes de les limitacions del sistema diagnòstic DMS, com la inclusió de la perspectiva del desenvolupament, de l'impacte ambiental o de tot un espectre de dificultats que no arriben a trastorn però que provoquen disfuncionalitat. El DSM-PC, per exemple, diferencia tres tipus de demandes: variants del desenvolupament, problemes i trastorns.

Les variants del desenvolupament serien els comportaments que poden preocupar els pares i ser motiu de consulta, però que entren dintre de l'amplitud de la normalitat. Els «problemes» serien les manifestacions comportamentals que provocarien afectació en la funcionalitat de l'infant en l'àmbit familiar, escolar o social, però sense gravetat o deteriorament, i els pròpiament «trastorns mentals», amb criteris suficients per un diagnòstic.

Respecte a altres camps de la medicina, el diagnòstic psicopatològic té uns elements característics que el diferencien. Una de les dificultats més grans en el procés de diagnòstic psicopatològic és segurament «definir un cas», és a dir, identificar si el que ens comenta la família com a problema o el que observem es pot identificar o no com un trastorn mental.

Com en tota especialitat mèdica, el diagnòstic en salut mental està marcat pels avantatges i les limitacions del marc i el sistema diagnòstic. Poder fer una bona aproximació diagnòstica dependrà de si es té com a referència un sistema diagnòstic clar. El DSM-PC pot ajudar a ordenar la demanda.

A més d'un sistema de classificació adequat, és important disposar d'una avaluació més o menys estructurada. Alguns estudis mostren que els pediatres són altament específics, però poc sensibles en el diagnòstic en salut mental³⁹, i això pot donar lloc a una morbiditat oculta, associada a un baix ús d'eines d'avaluació estandarditzades⁴⁰.

Malgrat que vivim una època d'un gran predomini de la tècnica, l'entrevista clínica continua sent l'eina principal i, en el camp que ens ocupa, és la millor eina diagnòstica de què disposem per poder valorar la demanda d'una família davant un possible trastorn mental. L'entrevista als pares, associada a l'entrevista i

l'observació de l'infant i a alguna escala d'avaluació, permetrà una bona aproximació al cas. La Task Force on Mental Health de l'AAP ha publicat uns algorismes que poden ser molt útils en l'àmbit de l'atenció primària per incloure l'exploració de l'àmbit de salut mental, així com dels factors de risc²⁰, o algunes guies de detecció i maneig des de primària, per exemple, de la depressió⁴⁰.

L'entrevista o valoració psicopatològica amb els pares té la mateixa dinàmica que l'entrevista que fem per qualsevol altres procés: recollint antecedents familiars, personals i principalment perinatal, del desenvolupament, d'hàbits i la descripció de què els preocupa. Algun dels aspectes més concrets que no cal oblidar són la dinàmica familiar, l'ajust emocional dels pares al problema que ens comenten, l'opinió dels pares sobre la naturalesa o la causa del problema que ens comenten, i un aspecte molt important, quines expectatives d'abordatge tenen.

TAULA II

Components de l'entrevista semiestructurada amb l'infant

- Escola
- Família
- Casa
- Altres adults
- Companys i amics
- Plans de futur
- Gènere i conducta
- Concepte de si mateix i consciència
- Estat d'ànim: general/ansietat/depressió/ràbia
- Sentit de la realitat i fantasia

TAULA III

Components de l'exploració de l'estat mental de l'infant

- Aparença física
- Interacció infant-pares, separació i retrobada
- Orientació en el temps, espai i persona
- Parla i llenguatge
- Estat d'ànim i afectivitat
- Contingut i procés del pensament
- Interacció social
- Motricitat
- Cognició
- Memòria
- Capacitat de judici i introspecció

L'entrevista i l'observació de l'infant es poden fer de manera estructurada (Taules II i III), i en alguns casos seran necessàries proves complementàries (Taula IV)⁴¹. Disposar d'escales d'avaluació ja siguin generals com de cribatge per patologies concretes pot ser també de

TAULA IV
Recomanacions sobre possibles exploracions complementàries

Examen	Recomanació
Analítica basal	No rutinari. Segons medicació
Determinacions hormonals	Valorar hormona tiroïdal segons simptomatologia
ECG basal	Segons medicació
EEG	No rutinari. Segons simptomatologia
Estudi d'imatge	No rutinari. Segons simptomatologia

ECG: electrocardiograma; EEG: electroencefalograma.

TAULA V
Escales d'avaluació de la salut mental infantojuvenil

Escales d'espectre ampli	Llista de comportaments infantils d'Achenbach <i>Pictorial Pediatric Symptom Checklist</i> (PPSC) Escala de Conners
Escales de conducta externalitzada	Escala abreujada de Conners Snap IV TDAH <i>rating scale</i>
Escales de símptomes internalitzadors	Ansietat Depressió
Escales de cribatge TEA	CHAT M-CHAT

TEA: Trastorn de l'espectre autista; TDAH: Trastorn de dèficit d'atenció i hiperactivitat; CHAT: Cuestionari de l'autisme a la infància; M-CHAT: Cuestionari de l'autisme a la infància modificat.

gran ajut (Taula V) davant sospita diagnòstica i fins i tot per establir gravetat⁴².

Però arribat el punt en què s'ha pogut fer un orientació de la demanda, o fins i tot un diagnòstic, queda la difícil qüestió de si cal derivar o no als serveis especialitzats en salut mental infantil i juvenil. Aquesta seria la gran pregunta sobre si l'especialista en pediatria ha de disposar també o no de les competències necessàries per fer un abordatge de problemes o d'algun tipus de trastorns, més enllà de la disponibilitat de temps que requereix.

Més enllà de l'abordatge, davant de la patologia mental, el pediatre pot promoure aspectes clau, com la millora a l'adherència als serveis mentals i el treball amb pares i pacients en relació amb l'estigma que pot comportar un diagnòstic.

Conclusions

La llunyania de l'àrea de coneixement de la salut mental, la formació escassa o irregular dels pediatres, l'increment de la prevalença i la incidència en salut mental infantojuvenil, la posició referent del pediatre i les dificultats en l'abordatge de la salut mental infanto-

juvenil, fan no tan sols necessari, sinó imprescindible, intentar definir i estructurar quines serien les competències bàsiques per a un pediatre en l'àmbit de salut mental, entenent per competència el conjunt de coneixements, habilitats i actituds.

L'AAP va definir sis àrees competencials per desenvolupar: pràctica basada en sistemes per millorar la base organitzativa i econòmica de l'assistència i la pràctica clínica; assistència dels pacients; coneixements mèdics; aprenentatge i millora basats en la pràctica clínica; habilitats interpersonals i de comunicació, i professionalitat. Les limitacions més importants per desenvolupar-les serien la manca de formació i de temps.

La tasca de prevenció és ineludible, i inclou tant la promoció d'una bona salut mental com la prevenció específica de trastorns mentals, principalment en infants de risc o vulnerables.

La identificació necessita un marc de referència i un sistema de diagnòstic clar. És important disposar d'una avaluació que inclogui tant aspectes formals com informals.

Bibliografia

- Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues Clin Neurosci*. 2009;11(1):7-20.
- Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56(3):345-65.
- Navarro-Pardo E, Meléndez Moral JC, Sales Galán A, Sancerni Beitia MD. Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicotherma*. 2012;24(3):377-83.
- Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry*. 1998;155(6):715-25.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría. Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes. 2008. Accessible a la xarxa [data de consulta: 01-12-2017]. Disponible a: http://www.aeppc.net/arc/LaSaludMental_I-J.pdf.
- Mental Health Commission of Canada. Why investing in mental health will contribute to Canada's prosperity and to the sustainability of our health care system. 2013. Accessible a la xarxa [data de consulta: 01-12-2017]. Disponible a: https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHStrategy_CaseForInvestment_ENG_0_1.pdf.
- Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*. 2007;369(9569):1302-13.
- Jokela M, Ferrie J, Kivimäki M. Childhood problem behaviors and death by midlife: the British National Child Development Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48(1):19-24.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La salud mental del adolescente: Un desafío urgente para la investigación y la inversión. A: Estado Mundial de la Infancia. Nova York: UNICEF; 2011. p. 27-9. Accessible a la xarxa [data de consulta: 01-12-2017]. Disponible a: <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/EMI2011.pdf>.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):593-602.
- Snell T, 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. *J Child Psychol Psychiatry*. 2013;54(9):977-85.
- Anda RF, Brown DW, Felitti VJ, Bremner JD, Dube SR, Giles WH. Adverse childhood experiences and prescribed psychotropic medications in adults. *Am J Prev Med*. 2007;32(5):389-94.

13. Hillis SD, Anda RF, Dube SR, Felitti VJ, Marchbanks PA, Marks JS. The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and fetal death. *Pediatrics*. 2004;113(2):320-7.
14. Goldberg ID, Roghmann KJ, McInerney TK, Burke JD Jr. Mental health problems among children seen in pediatric practice: prevalence and management. *Pediatrics*. 1984;73(3):278-93.
15. Kelleher KJ, Campo JV, Gardner WP. Management of pediatric mental disorders in primary care: where are we now and where are we going?. *Curr Opin Pediatr*. 2006;18(6):649-53.
16. Williams J, Klinepeter K, Palmes G, Pulley A, Foy JM. Diagnosis and treatment of behavioral health disorders in pediatric practice. *Pediatrics*. 2004;114(3):601-6.
17. Esquerda M, Gilart C. El duelo en los niños. *Bioètica & debat*. 2015;21(76):17-21.
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(Suppl 3):S87-108.
19. American Academy of Pediatrics. Task Force on Mental Health. Strategies for system change in children's mental health: a chapter action kit. 2007. Accessible a la xarxa [data de consulta: 01-12-2017]. Disponible a: <https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/Mental-Health/Documents/finalcak.pdf>.
20. Foy JM; American Academy of Pediatrics Task Force on Mental Health. Enhancing pediatric mental health care: algorithms for primary care. *Pediatrics*. 2010;125(Suppl 3):S109-S125.
21. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and Task Force on Mental Health. Policy statement--The future of pediatrics: mental health competencies for pediatric primary care. *Pediatrics*. 2009;124(1):410-21.
22. O'Brien D, Harvey K, Howse J, Reardon T, Creswell C. Barriers to managing child and adolescent mental health problems: a systematic review of primary care practitioners' perceptions. *Br J Gen Pract*. 2016;66(651):e693-707.
23. Horwitz SM, Storfer-Isser A, Kerker BD, Szilagyi M, Garner A, O'Connor KG, et al. Barriers to the identification and management of psychosocial problems: changes from 2004 to 2013. *Acad Pediatr*. 2015;15(6):613-20.
24. Mangrulkar L, Whitman CV, Posner M. Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2001.
25. Ezpeleta L, Toro J. Psicopatología del desarrollo. Madrid: Ediciones Pirámide; 2014.
26. Esquerda M, Gabaldón S, Gean E; Grupo Ética en Salud Mental Infanto-Juvenil. Deliberación ética sobre los tests genéticos en niños y adolescentes. *Rev Neurol*. 2013;57(5):237-9.
27. Blanchard LT, Gurka M J, Blackman JA. Emotional, developmental, and behavioral health of American children and their families: a report from the 2003 National Survey of Children's Health. *Pediatrics*. 2006;117(6):e1202-12.
28. Aunola K, Stattin H, Nurmi JE. Parenting styles and adolescents' achievement strategies. *J Adolesc*. 2000;23(2):205-22.
29. Letourneau NL, Dennis CL, Cosic N, Linder J. The effect of perinatal depression treatment for mothers on parenting and child development: A systematic review. *Depress Anxiety*. 2017;34(10):928-66.
30. Rajmil L, López-Aguilà S, Mompert Penina A, Medina Bustos A, Rodríguez Sanz M, Brugulat Guiteras P. Desigualdades sociales en la salud mental infantil en Cataluña. *An Pediatr (Barc.)*. 2010;73(5):233-40.
31. The Robert Wood Johnson Foundation. Health care's blind side: the overlooked connection between social needs and good health. 2011. Accessible a la xarxa [data de consulta: 01-12-2017]. Disponible a: <https://www.legis.iowa.gov/docs/publications/IH/17161.pdf>.
32. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005;365(9464):1099-104.
33. Gray A. Inequalities in health: The Black Report: A Summary and Comment. *Int J Health Serv*. 1982;12(3):349-80.
34. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 1998;14(4):245-58.
35. Schilling E A, Aseltine RH Jr, Gore S. Adverse childhood experiences and mental health in young adults: a longitudinal survey. *BMC public Health*. 2007;7(7):30.
36. Ludwig L, Pasman JA, Nicholson T, Aybek S, David AS, Tuck S, et al. Stressful life events and maltreatment in conversion (functional neurological) disorder: systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Lancet Psychiatry*. 2018; Epub ahead of print. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30051-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30051-8)
37. Saxe L, Cross T, Silverman N. Children's mental health. The gap between what we know and what we do. *Am Psychol*. 1998;43(10):800-7.
38. Wolraich ML. Diagnostic and Statistical Manual for Primary Care (DSM-PC) Child and Adolescent Version: design, intent, and hopes for the future. *J Dev Behav Pediatr*. 1997;18(3):171-2.
39. Costello EJ, Edelbrock C, Costello AJ, Dulcan MK, Burns BJ, Brent D. Psychopathology in pediatric primary care: the new hidden morbidity. *Pediatrics*. 1988;82(3 Pt 2):415-24.
40. Zuckerman RA, Cheung A, Jensen PS, Stein REK, Laraque D; GLAD-PC STEERING GROUP. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part I. Practice preparation, identification, assessment, and initial management. *Pediatrics*. 2018;141(3):e20174081.
41. Gardner W, Kelleher KJ, Pajer KA, Campo JV. Primary care clinicians' use of standardized tools to assess child psychosocial problems. *Ambul Pediatr*. 2003;3(4):191-5.
42. Gardner W, Kelleher KJ, Pajer KA, Campo JV. Primary care clinicians' use of standardized psychiatric diagnoses. *Child Care Health Dev*. 2004;30(5):401-12.