

4. SALUD MENTAL

Autores

María Ángeles Moreno Fontiveros. *Especialista en Medicina familiar y Comunitaria.*

Centro de Salud San Pedro Alcántara, Marbella. Málaga. Grupo de Estudio del Adolescente (SAMFyC).

María José Martínez Vera. *Especialista en Medicina familiar y Comunitaria.*

Consultorio Pedrera, Zona Básica de Estepa. Sevilla. Grupo de Estudio del Adolescente (SAMFyC).

Recomendaciones generales

- » La principal herramienta para la detección precoz en Salud Mental es la Entrevista Clínica.
 - » En la Entrevista Clínica se recogerá información del adolescente y sus progenitores, sin olvidar que el paciente es el protagonista. Importante establecer relación de confianza.
 - » El médico de familia debe acompañar al paciente y su familia en el tratamiento, reforzar el cumplimiento de éste y vigilar posibles efectos adversos.
- Según el PAPPS 2022, la rentabilidad de las pruebas de cribado es moderada, pero estas herramientas pueden servirnos de apoyo a la entrevista clínica.

Los problemas de salud mental son un motivo frecuente de consulta en Atención Primaria. Enfermedades como la ansiedad, depresión, trastornos de conducta alimentaria y autolesiones son cada vez más habituales en nuestra consulta.

Se trata de un tema complejo, multifactorial, en el que interactúan factores individuales, familiares y sociales (*tabla 1*). Podemos detectar factores de riesgo: sociedad hedonista, estilos de vida, poca tolerancia a la frustración, tendencia a medicalización de la vida cotidiana, pérdida de las redes sociales (familias menos extensas, menos relaciones en la comunidad...), pérdida de autoridad en casa y en los colegios, tecnologías... También podemos nombrar factores protectores como la resiliencia, capacidad de gestionar las emociones y la frustración, valores individuales, etc.

Tabla 1. Factores de protectores y de riesgo para la salud mental en la adolescencia.

FACTORES DE RIESGO	
1. INDIVIDUAL	<ul style="list-style-type: none"> - Mujer - Necesidades de aprendizaje o discapacidad - Comorbilidad con otras enfermedades crónicas o psicológicas - Temperamento irritable y/o tendencia a la emocionalidad negativo. - Déficit de habilidades sociales - Eventos traumáticos previos - Homosexualidad
2. SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Pocas relaciones sociales o conflictivas - Migración - Institucionalizados o refugiados - Marginación - Falta de recursos
3. FAMILIAR	<ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes familiares de psicopatología - Consumo de tóxicos - Historia de maltrato o negligencia - Rechazo afectivo
FACTORES PROTECTORES	
	<ul style="list-style-type: none"> - Sentido del humor - Logros personales - Nivel socioeconómico medio-alto - Buenas relaciones sociales y familiares - Hábitos de vida saludable

La pandemia ha sido un factor precipitante, especialmente en la población más vulnerable por el aumento de los factores de riesgo (aislamiento o abuso de las nuevas tecnologías) y disminuyendo los factores protectores (menor asistencia a centros escolares, ejercicio físico y relaciones sociales).

La mayoría de las conductas no son patológicas en sí mismas. Serán patológicas en función de su intensidad, contexto, frecuencia, duración, y especialmente, la capacidad de alterar el funcionamiento parcial o global del adolescente. La adolescencia es una etapa de cambios, un periodo de transición a la madurez, en el que el médico de familia debe estar atento ante la presencia de signos de alarma.

4.1 Actuaciones para la prevención de la patología en salud mental

PAPPS
2022



Prevención Primaria:

Educación sanitaria a adolescentes y padres. Según el PAPPs 2022, al tratarse de un fenómeno complejo, la mayoría de las actividades de prevención primaria (reforzamiento de la parentalidad positiva, habilidades de resolución de conflictos o prevención del acoso esco-

lar) exceden el ámbito sanitario.

El disponer de una inteligencia emocional desarrollada, entendido como la habilidad de tomar conciencia de las propias emociones, las de otras personas y la capacidad de regularlas son un factor protector importante para el desarrollo de la enfermedad mental.

En Andalucía, existen estrategias orientada a fortalecer estas capacidades y el crecimiento emocional dentro del Plan Integral de Salud Mental donde se hace hincapié en el bienestar social y emocional de la población adolescente e infantil en situación de vulnerabilidad. Hay diversos recursos dirigidos a las familias que pueden ayudarnos en la prevención primaria de estas patologías:

Portal "Escuela de familias" de la Consejería de educación



Programa de Apoyo a Madres y Padres de Adolescentes de la Consejería de Salud



Revistas para madres y padres "Adolescentes" de la Consejería de salud



Prevención Secundaria:

La principal herramienta para una detección precoz de estas enfermedades es la Entrevista Clínica. Para ello se recogerá información del adolescente y los dos progenitores. Si es posible se recogerá también información de otros ámbitos como el escolar o los servicios sociales.

El médico de familia debe incentivar que el adolescente ocupe un lugar propio en la entrevista, sin el filtro de los padres. Es imprescindible establecer una relación de confianza con el paciente y su familia, pero sin olvidar que el paciente es el protagonista. La información que recogemos de los familiares es útil, por supuesto, pero es el adolescente el que debe ocupar un lugar central. Debemos ofrecerle nuestra consulta como un lugar confidencial y seguro donde pedir ayuda e información, donde no se le culpabilizara ni a ellos ni a la familia. Debemos tener en cuenta que no siempre coincide la preocupación de los padres con la de los pacientes.

Prevención Terciaria:

En Atención Primaria podemos intervenir en los casos donde no haya complicaciones y a nuestro alcance. Se derivará a Salud Mental aquellos casos con posibles comorbilidades, mala evolución en el tratamiento o dudas diagnósticas. Tras la derivación al Equipo de Salud Mental, debemos acompañar a la familia y el paciente en el tratamiento, reforzar el cumplimiento de éste y vigilar posibles efectos adversos. Es necesario colaborar y apoyar en las decisiones que provengan de Salud Mental y no estigmatizar las patologías mentales. El médico de familia es el que mejor puede contribuir a que desaparezcan los mitos y prejuicios existentes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte que el fracaso en el abordaje de los trastornos mentales en la adolescencia trae problemas que persisten en la edad adulta (el 70% de los trastornos mentales en la edad adulta comienzan en la etapa infantojuvenil). Por ello, es de vital importancia la actuación del médico de

familia sobre esta población.

4.2 Cribado de la depresión y ansiedad

CIE-10
Enfermedades
mentales



DSM-5
Depresión y
ansiedad



La depresión tiene un impacto negativo sobre el desarrollo personal de los adolescentes, su rendimiento escolar y el establecimiento de relaciones sociales. Se asocia con aparición de conductas de riesgo, aumento de la violencia, agresividad, delitos, trastornos de la conducta alimentaria y otros trastornos psiquiátricos.

Dado que la prevención primaria supera el ámbito de la sanitaria, nos centraremos en la detección precoz. La principal herramienta diagnóstica es la entrevista clínica. La CIE-10 y DSM-5 ofrecen un conjunto de criterios consensuados sobre los que apoyarse en el diagnóstico. Tenemos que sospechar patología ante un paciente con tristeza intensa, irritabilidad constante, alteraciones del sueño, anhedonia, apatía total, desesperanza, alteración del apetito. También ante ataques de pánico e ideación suicida. Es frecuente que estos pacientes tengan somatizaciones frecuentes y/o conductas evitativas que impidan su desarrollo personal. Además, es imprescindible preguntar por el consumo de tóxicos.

La ansiedad patológica es la que surge sin peligro o amenaza objetivable o con una respuesta desproporcionada en intensidad y duración. Los estilos de vida educativos hiperexigentes y la sobreprotección familiar son predisponentes. La sintomatología más frecuente es la irritabilidad, mareos, dolor torácico, miedos sociales y aparecen síntomas de despersonalización y desrealización. Los miedos y la preocupación excesiva con conductas de evitación orientan a un diagnóstico de ansiedad.

La mayoría de los adolescentes acuden a nuestras consultas por demandas no relacionadas con la salud mental, por ello es necesario que el profesional de Atención Primaria esté preparado para detectar síntomas de depresión o ansiedad, y evaluar aquellos que tengan riesgo de desarrollarla. PrevInfad recomienda que el profesional de Atención Primaria debe desarrollar habilidades de comunicación y escucha activa, y estar entrenado en la detección de síntomas de depresión, en la evaluación de factores de riesgo y de situaciones vitales estresantes y en la exploración de la conducta suicida en caso de sospecha de Depresión Mayor. Además, debemos estar preparados para identificar presentaciones atípicas como quejas somáticas o alteraciones conductuales.

El USPSTF recomienda realizar pruebas de detección del trastorno depresivo mayor (TDM) en adolescentes de 12 a 18 años (grado de recomendación B). así como pruebas de detección de ansiedad en niños y adolescentes de 8 a 18 años. ya que la detección precoz de la ansiedad en estas edades tiene un beneficio neto moderado (grado de recomendación B). Según el PAPPS 2022, la rentabilidad de las pruebas de cribado es moderada y el uso de estas herramientas como apoyo a la entrevista clínica:

4.2.1 Tests de cribado de la depresión

El Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) se puede utilizar entre los 7-17 años. El Cuestionario de la Salud del Paciente Adolescente (PHQ-9). Se administra a partir de los 13 años . Consta de 9 preguntas. Incluye una pregunta referente al suicidio y permite cribar y categorizar. El diagnóstico de depresión mayor se sugiere cuando 5 de los 9 síntomas han estado presentes “más de la mitad de los días” en las últimas 2 semanas y uno de ellos está relacionado con el estado anímico o anhedonia. El ítem de ideación suicida se considera positivo para el diagnóstico independientemente de su duración. Una revisión sistemática reciente corrobora su buen funcionamiento para el cribado de la depresión en diversos entornos, la mayoría en Atención Primaria pero aún no está validada en población adolescente española. Además, es útil en la monitorización del tratamiento en la depresión.

Cuestionario de Depresión Infantil (CDI)



En la Guía de práctica Clínica sobre la depresión mayor en la infancia y adolescencia del Ministerio de Sanidad se sugiere usar herramientas de cribado sencillas y de validez contrastada como la versión corta del PHQ-9, el PHQ-2. Debemos señalar que con peor rendimiento psicométrico.

PHQ-9



Otros con versión validada en castellano:

- » Beck Depression Inventory (BDI-II). Entre 13-18 años. Es uno de los test más empleados. El objetivo es detectar la presencia de síntomas depresivos y cuantificar su gravedad. Calidad (rentabilidad de la prueba moderada). Cuestionario autoaplicado de 21 ítems. Hay gran heterogeneidad en las recomendaciones sobre los puntos de corte. En población española a efectos de cribado en población general el punto de corte se ha establecido en mayor o igual a 13 puntos (S 100%, E99%).
- » Center for Epidemiological Studies. Depression Scale (CEDs-D). Entre 12-18 años.
- » Child Behavior Checklist (CBCL). Entre 4-18 años.

BDI-2



CEDs-D



CBCL



4.2.2 Test cribado ansiedad

- » State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC).
- » Escala Hospital, Ansiedad y Depresión (HAD). **poner QR: (anexo 4.9). Tiene 14 ítems. Diseñada para evaluar la ansiedad y la depresión. Contiene dos escalas, una para la ansiedad y otra para la depresión. No tiene en cuenta los síntomas somáticos. Esta validado en nuestro medio, y es útil en Atención Primaria.
- » Clinical Anxiety Scales (CAS). Heteroadministrada. Evalúa los dos últimos días. Tiene 7 ítems. Evalúa especialmente manifestaciones psicológicas.

HAD



- » **Physician Questionnaire (PQ).** Heteroadministrada. Evalúa la última semana. Tiene 14 ítems. Evalúa sintomatología neurótica y su respuesta al tratamiento. Recoge los síntomas más comúnmente observados por los médicos de familia. Incluye síntomas emocionales, somáticos y graves.

4.3 Prevención del suicidio

Los Servicios de Urgencias Hospitalarias del SSPA del periodo 2015 a 2022 han observado un aumento de 748 casos en 2022 (5042) con respecto al año 2021 (4294), lo que significa un aumento del 15%. En el 90% de los suicidios consumados había psicopatología comórbida, especialmente la depresión mayor. Se ha estimado que las personas con depresión tienen un riesgo de suicidio 20 veces mayor que la población general. El suicidio es, según la Organización Mundial de la Salud, la segunda causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 19 años.

Existen una serie de factores predisponentes en la edad adolescente:

- » Nivel socioeconómico bajo, migración, migración infantil no acompañada, mujeres migrantes temporeras solas, paro.
- » Violencia.
- » Eventos traumáticos de especial consideración: maltrato, parentalidad disfuncional, abusos, divorcios, acoso escolar (bullying, cyberbullying).
- » Impulsividad, personalidad antisocial, agresividad.
- » Trastorno mental.
- » Abuso de sustancias.
- » Intentos previos de suicidio.
- » Historia familiar de suicidio.
- » Acceso a medios sin control externo como medicación o armas de fuego.
- » Acontecimientos estresantes en los últimos 3 meses.

Las señales de alerta son un conjunto de signos y síntomas verbales y/o no verbales que incluyen pensamientos o autolesiones, obsesiones con la muerte y cambios repentinos en patrones de personalidad y conducta. La existencia de las señales de alerta puede servir de sospecha, aunque no conlleva necesariamente al riesgo suicida. Asimismo, el no observar estas señales no implica que no haya riesgo de suicidio. Dado la gravedad y ante la duda, solicitar valoración por el Equipo de Salud Mental.

La suma de factores genéticos, experiencias vitales, factores biológicos y factores psicológicos hacen que un sujeto sea más vulnerable. Si se acompaña de problemas sociales y/o trastornos psiquiátricos el riesgo de suicidio aumenta. Hay ciertos factores que aumentan lo disminuyen el umbral para que derivar a una conducta suicida:

- » Aumento de riesgo:
 - Medios de comunicación (mala praxis)
 - Ejemplos de suicidio
 - Acceso a métodos letales

- Falta de apoyo social
- » Protectores:
 - Medios de comunicación (buena praxis)
 - Conocimientos y actitudes hacia el sistema de salud
 - Accesibilidad a la Red de salud mental
 - Apoyo social
 - Diagnóstico y tratamiento
 - Programas de prevención.

Para fomentar la prevención es necesario valorar fuentes de apoyo, motivos para vivir y estrategias de solución de problemas que tenga el paciente. Debemos fomentar las habilidades sociales, aprender a empatizar, a respetar la diversidad, tolerar la frustración, resolución de problemas y capacidad de resiliencia. Las familias con parentalidad positiva, relaciones sociales, deporte y las rutinas son también factores protectores de la salud mental y las conductas suicidas.

La prevención no depende sólo de los servicios sanitarios, los recursos implicados en la prevención del suicidio en los menores son diversos (cuerpos de seguridad, educación, servicios sociales y jurídicos, asociaciones, medios de comunicación) y sólo la coordinación y colaboración entre ellos puede invertir el aumento de los casos de suicidio que observamos en la actualidad. La educación sobre el suicidio que elimine los mitos y el estigma que no rodea, el papel de los medios de comunicación, la limitación del acceso a medios letales o desarrollar la promoción de la salud mental y el bienestar emocional de la población adolescente, son retos centrales en el abordaje del problema de salud pública que supone el suicidio.

En la Nueva **Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026** se crea una línea estratégica específica para la prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida, y otra para el mejor desarrollo de la salud mental infantojuvenil creándose la especialidad de psiquiatría infanto-juvenil. La Estrategia de Salud Mental está en línea con el trabajo que se está desarrollando en el **Plan Estratégico 2023-2025 de Salud Mental de Andalucía**.

Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud



El Programa de Prevención de la Conducta Suicida en Andalucía 2023-2026 propone objetivos a medio y largo plazo, pero con un enfoque amplio, incluyendo tanto la prevención universal, como la selectiva. El USPSTF no ha encontrado certezas sobre la detección del riesgo de suicidio en niños y adolescentes, no pudiéndose evaluar el balance de riesgos y beneficios (grado de recomendación I).

Plan Estratégico 2023-2025 de Salud Mental de Andalucía



4.3 Prevención de las autolesiones

El término autolesión o lesión autoinfligida, se ha definido como un acto llevado a cabo por una persona con el objetivo de hacerse daño a sí mismo. Independientemente de las consecuencias que la autolesión pueda tener para la salud física o mental, puede asociarse a distintos niveles de intencionalidad suicida. En el caso de que esta no existiera se denomina autolesión no suicida. El incremento de las



autolesiones en la adolescencia ha sido progresivo en las últimas décadas, con un incremento exponencial en los 10 últimos años. Además, en la actualidad se ha detectado un incremento notorio de las autolesiones en la población adolescente, en parte, relacionado con el estrés psicológico y distanciamiento social causado por la pandemia por COVID-19. Desde el grupo de trabajo del adolescente de semFYC se ha colaborado con la guía “Evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia: protocolo basado en la evidencia” avalada por el Ministerio de Sanidad.

Las autolesiones son una conducta activa del propio sujeto con producción de un daño evidente (cortes en las muñecas, abdomen, golpes, quemaduras, etc.). No son un diagnóstico en sí mismo, pero si es un síntoma que aparece en nuestras consultas cada vez con más frecuencia, especialmente en adolescentes.

Los factores de riesgo son:

- » Presentar un trastorno mental comórbido (depresión, trastorno límite de la personalidad, abuso de sustancias, TDAH, TCA, trastorno de la conducta...) En los casos con depresión, la presencia de alexitimia parece ser un factor de riesgo. No hay evidencia clara en que haya diferencias en la prevalencia de este síntoma según el género, pero sí que aparece antes en mujeres. Entre las mujeres el principal método son los cortes, mientras que los varones suelen quemarse o golpearse.
- » Factores relacionales y/o traumáticos: Presencia de disfunción familiar, historia de abuso sexual y violencia física. Bajo apoyo social. El rechazo social y el aislamiento son factores de riesgo.
- » Uso incorrecto de internet y redes sociales.

Tenemos que valorar la gravedad, frecuencia, interferencia funcional de las lesiones y duración. Normalmente son un método para aliviar un dolor emocional, pero puede cumplir otros objetivos como autopunición, inclusión en un grupo social o frenar un estado disociativo. Según el objetivo de las autolesiones tendrán un tratamiento u otro. El grado de intencionalidad suicida es difícil de estimar, en algunos casos hay una coexistencia entre ambos tipos de autolesión. La mayoría de estos pacientes abandonan estas conductas cuando llegan a adultos. Tienen mayor probabilidad de cronicidad en el sexo femenino y si se asocia a depresión, ansiedad, consumo de tóxicos y/o comportamiento antisocial.

4.4 Trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH)

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo que comienza en la infancia y que puede estar presente hasta la edad adulta. Tiene una serie de síntomas principales como son la inatención, hiperactividad e impulsividad y otros asociados, que pueden implicar un gran impacto y deterioro en todas las áreas de la vida que lo padecen (cognitiva, social, emocional y comportamental). Se considera el diagnóstico de TDAH cuando los síntomas de desatención, hiperactividad e impulsividad (predominando unos sobre otros), están presentes con mayor frecuencia e inten-

sidad de lo que es normal según el desarrollo y la edad del sujeto. Estas manifestaciones deben interferir en el rendimiento escolar o laboral, y en sus actividades diarias y por tanto en su capacidad de ajuste psicosocial (relaciones con iguales y familiares).

Criterios TDAH



Guía TDAH



Siempre que pensemos en el diagnóstico de este trastorno debemos realizar un diagnóstico diferencial y la identificación de posibles comorbilidades. En la **Guía Clínica del Sistema Nacional de Salud**, se indica un resumen de aquellos cuadros clínicos sobre los que hay que hacer diagnóstico diferencial.

Las comorbilidades más frecuentes que podemos encontrar son las dificultades de aprendizaje, trastornos de conducta y trastornos emocionales como somatizaciones, ansiedad, baja autoestima, insomnio, irritabilidad, conductas violentas o desmotivación. Presentan peor evolución los pacientes con TDAH y nivel socioeconómico bajo, familia sin estabilidad emocional y/o coeficiente intelectual bajo. Según el Protocolo de Atención para el abordaje del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, publicado en BOJA en el año 2021, la evaluación desde Atención Primaria inicia a la vez que la intervención o valoración en el ámbito educativo, incluye: entrevista con la familia, examen del sujeto. Si tras la evaluación clínica se mantiene la sospecha de TDAH, se solicitará informa Escolar inicial al centro educativo, adjuntando copia de autorización de traspaso de información entre los Servicios de Salud y Educación. La persona referente de los programas de Salud Mental de Infancia y Adolescencia de la USMC es la encargada de los espacios de coordinación y de la puesta en marcha de los Protocolos, junto con el resto de los profesionales implicados. En dicho protocolo podemos ampliar la información sobre el Protocolo de actuación sobre TDAH en Andalucía, y los distintos informes a realizar.

Pueden ayudarnos al diagnóstico, pero nunca sustituir a la entrevista clínica, los siguientes test:

- » **Escala cuantitativa SNAP-IV.** Versión abreviada. A padres/tutores y docentes.
- » **Adult Self-report Scale (ASSRS) Y SU VERSION REDUCIDA CON 6 ITEMS (ASRS 1.1).**
- » **Entrevista diagnóstica del TDAH en adultos (DIVA 2.0).**
- » **Conners Adult ADHD Diagnostic Interview por DSM-IV.**

SNAP-IV



ASSRS



DIVA 2.0



El abordaje del TDAH debe estar orientado a pacientes y familiares con los que convivan. Requiere de una intervención multicomponente que incluye educación familiar, psicoterapia cognitivo conductual, tratamiento farmacológico y adaptación escolar o laboral. Existen guías dirigidas a padres que pueden ayudarnos en nuestra práctica clínica, por ejemplo, la Guía de tratamiento diseñada para ayudar a los padres, pacientes y miembros de la familia a comprender mejor los tratamientos para los niños que padecen TDAH.



4.5 Trastornos conducta alimentaria

Los Trastornos de Conducta alimentaria (TCA) son la tercera enfermedad de larga evolución o crónica más frecuente entre los adolescentes. Las formas más comunes son la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y TCA no especificado. Los TCA están determinados por factores biológicos, psicológicos y socioculturales que actúan como factores predisponentes, precipitantes y que los mantienen en el tiempo. La prevención de los TCA debe plantearse en toda su amplitud, evitando factores favorecedores (prevención primaria), diagnóstico precoz (prevención secundaria) y disminuyendo la aparición de complicaciones y secuelas (prevención terciaria). La prevención primaria tiene que abordarse con programas completos que aborden no sólo la sensibilización e información a las familias y sujetos de riesgo, sino que también a la población general. Hay que informar contra las conductas precursoras de la enfermedad como dietas sin motivo justificado, estereotipos culturales y el “negocio entorno al cuerpo”. El médico de familia debe transmitir mensajes sobre pautas saludables que indirectamente protejan de los TCA:

- » Alimentación saludable.
- » Favorecer a comunicación y fomentar la autoestima.
- » Realizar al menos una comida diaria con la familia.
- » No facilitar que las conversaciones familiares giren compulsivamente sobre alimentación e imagen.

La detección temprana de los TCA debe realizarse a través de la búsqueda activa desde la consulta de Atención Primaria, aprovechando consultas ocasionales o a raíz de la demanda de los familiares. La identificación precoz mejora el pronóstico, disminuyendo la morbilidad y mortalidad de estos pacientes. La Guía NICE recomienda que las personas con TCA deben de ser evaluadas y recibir tratamiento lo antes posible, por lo que es necesario mejorar el acceso a los servicios asistenciales dificultado porque son personas vulnerables al estigma y la vergüenza. También hay que tener en cuenta la probable falta de conciencia de enfermedad, negación del trastorno y la escasa motivación al cambio que suelen presentar estos pacientes.

Son factores de riesgo de TCA:

- » Preadolescente y adolescentes.
- » Sexo femenino.
- » Antecedentes personales y familiares de obesidad.
- » Actividades asociadas con un alto riesgo de TCA: deporte profesional, moda, baile o modelaje.

- » Varones homosexuales.
- » Acontecimientos vitales estresantes en los últimos años.
- » Conflictividad familiar.

Para facilitar el diagnóstico precoz tenemos que conocer los síntomas, signos y conductas de alerta de TCA:

- » Niños con retraso o estancamiento en el crecimiento.
- » Adolescentes con índice de masa corporal bajo con respecto a su edad.
- » Mujeres con trastornos menstruales o amenorrea.
- » Pacientes que consultan por problemas de peso que no tiene sobrepeso.
- » Síntomas gastrointestinales, con signos físicos de inanición o vómitos repetidos sin explicación somática clara.
- » Restricción dietética, pérdida de peso e incapacidad para restaurar el peso, atracones con pulgas o ejercicio excesivo, alteración de la imagen corporal, comunicación de saciedad precoz, estreñimiento y uso de laxantes, diuréticos o medicamentos para perder o mantener el bajo peso.
- » Antecedentes de desmayos, palpitaciones, aturdimiento, falta de aliento, dolor de pecho, hinchazón de tobillos, debilidad, cansancio o amenorrea o menstruaciones irregulares.
- » Hipercolesterolemia no justificada.
- » Conductas alimentarias alteradas, como comer separados del resto y con patrones rituales, tiempo de comidas alargadas y división de alimentos en trozos pequeños.
- » Considerar factores predisponentes o precipitantes, tales como antecedentes familiares de trastornos alimentarios, apego temprano y dificultades del desarrollo, obesidad premórbida, problemas interpersonales.

Ante la sospecha, se aconseja la utilización de instrumentos de cribado para confirmar la sospecha diagnóstica:

- » Cuestionario SCOFF (Sick, Control, One, Fat, Food questionnaire). Sólo consta de 5 preguntas dicotómicas para valorar la pérdida de control sobre la ingesta, las purgas e insatisfacción corporal. Muy útil en Atención Primaria. La puntuación oscila entre 0 y 5, siendo diagnóstico una puntuación de 2 o más. Existe la versión española adaptada y validada en nuestro medio.
- » The Eating Attitudes Test (EAT-26). A partir de los 13 años. Autoaplicable.
- » Eating Disorder Inventory (EDI-III).
- » Cuestionario de influencias sobre el modelo estético corporal (CIMEC).
- » Test de Bulimia de Edimburgo (BITE).
- » Test IPAQ. Para valorar el comportamiento en la actividad física.



En el diagnóstico de estos pacientes, siempre debemos evaluar posible comorbilidad psiquiátrica, como trastorno de ansiedad (lo más

frecuente), abuso de sustancias, tendencias suicidas, depresión, trastorno de personalidad o autolesiones. Estos adolescentes deben ser derivados a la Unidad de Salud Mental Comunitaria lo antes posible. Tras el diagnóstico desde los centros de salud se debe aportar a los pacientes información para la toma de decisiones sobre su enfermedad y consejo a los cuidadores. Además, debemos evaluar el cumplimiento de las recomendaciones realizadas. Para todo ello es necesario la coordinación con las unidades especializadas de referencia.

Referencias bibliográficas

Prevención de la patología mental

- » ¹López Diago R, Sánchez Mascaraque P. Actualización sobre el aumento de trastornos mentales en la adolescencia y estrategias de manejo clínico en Atención Primaria. AEPap (ed). Congreso de Actualización en Pediatría 2023. Madrid. Lua Ediciones 3.0; 2023. P 23-31.
- » ²Ives LE. Orientación de los trastornos mentales en la edad infantojuvenil. *Pediatr integral*. 2022; 7:5.

Cribado de depresión y ansiedad

- » ³Sanchez Mascaraque P. Herramientas para valorar la ansiedad y la depresión en la consulta de Atención Primaria. *Adolescere*. 2019; 7(2): 54, e1-54, e10.
- » ⁴US Preventive Services Task Force. Screening for Depression and Suicide Risk in Children and Adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2022;328(15):1534-1542. doi:10.1001/jama.2022.16946
- » ⁵US Preventive Services Task Force. Screening for Anxiety in Children and Adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2022;328(14):1438-1444. doi:10.1001/jama.2022.16936

Prevención del suicidio

- » ⁶Programa de Prevención de la conducta suicida en Andalucía 2023-2026. Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía.: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2023/programa_prevencion_conductas_suicidas_andalucia_2023_2026_def.pdf

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

- » ⁷Protocolo para el abordaje del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Junta de Andalucía 2021. <https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=7403&tipo=documento>

Trastorno de conducta alimentaria

- » ⁸Martínez Suárez V, Suárez González F, López Díaz-Ufano M. prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en Atención Primaria. *Nutr Hosp* 2022;39(N.ºExtra2):112-120