







C. Imaz-Roncero ¹ * 
P. Blanco-del Valle ² 
E. Ortega-García ³ 
R. González-Pinillos ⁴ 
F. C. Ruiz-Sanz ⁵ 
A. Mayo-Iscar ⁶ 

1 Psiquiatra, CSM Infanto-Juvenil HURH-Valladolid. Prof. Asociado Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid, España.

2 Psiquiatra, CSM Infanto-Juvenil Soria, España.

3 Psiquiatra, CSM Infanto-Juvenil León, España.

4 Psicóloga Clínica, CSM Infanto-Juvenil Palencia, España.

5 Psiquiatra, CSM Infanto-Juvenil Palencia, España.

6 Profesor titular de Estadística, facultad Medicina, UVa. Valladolid, España.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Carlos Imaz Roncero

Correo: cimaz@saludcastillayleon.es

Sistemas de priorización de la demanda ambulatoria en Salud mental Infantil y de la Adolescencia

Child and Adolescent Mental Health outpatient prioritisation policies

RESUMEN

Objetivo: El incremento de demandas asistenciales, en un contexto de crisis generalizada de recursos, hace necesario la utilización de sistemas de gestión diferencial, que garantice la equidad y la calidad en la atención ambulatoria, similares a los sistemas de priorización de demandas en los Servicios de Urgencias. **Material y métodos:** Se utilizaron las escalas HEADS-ED (Home, Education, Activities/peers, Drugs/alcohol, Suicidality, Emotions/behavior, Discharge resources) y Western Canada Waiting List (WCWL), para evaluar retrospectivamente la demanda de varios centros ambulatorios de salud mental infantil y de la adolescencia de la Comunidad de Castilla y León (España), recogiendo motivos, tiempos de respuesta y los sistemas de priorización vigentes (normal o preferente). **Resultados:** Se ha observado que la mediana en el tiempo de espera para una demanda normal es de 60 días (Rango intercuartílico o RIC=40,75-113,25) vs 35,0 días (RIC=21,0-35,0) en la demanda preferente, que disminuye con la entrevista de acogida hasta 21,0 días (RIC=11,0-29,0) vs 5,0 días (RIC=1,0-7,0) respectivamente. Según el sistema empleado (HEADS-ED ó WCWL modelo Finandés

ABSTRACT

Objective: The increase in care demands, in a context of generalised crisis of resources, makes it necessary to use differential management systems that guarantee equity and quality in outpatient care, similar to the systems for prioritising demands in Emergency Departments. **Material and methods:** The HEADS-ED (Home, Education, Activities/peers, Drugs/alcohol, Suicidality, Emotions/behavior, Discharge resources) and Western Canada Waiting List (WCWL) scales were used to retrospectively evaluate the demand of several outpatient child and adolescent mental health centres in the Community of Castilla y León (Spain), collecting reasons for response times and the prioritisation systems currently used (normal or preferential). **Results:** It has been observed that the median waiting time for a normal demand is 60 days (Interquartile range or IQR=40,75-113,25) vs. 35.0 days (IQR=21,0-35,0) for preferential demand, which decreases with the intake interview to 21,0 days (IQR=11,0-29,0) vs. 5,0 days (IQR=1,0-7,0) respectively. Depending on the system used (HEADS-ED or WCWL Finnish or Canadian model) for the cases referred to Child and Adolescent

o Canadiense) en los casos derivados a Salud Mental Infanto-Juvenil no se alcanza el punto de corte entre un 13,2%, 40,7% y un 76,3%, respectivamente. Conclusiones: Los sistemas de priorización (HEADS-ED y WCWL) han detectado demandas injustificadas. Se sugiere la necesidad de establecer sistemas de gestión de la demanda online, sistemas de priorización y ampliación de las modalidades de atención, para que de forma coordinada mejoren los procesos de atención.

Palabras clave: Listas de espera, calidad asistencial, sistemas de información en atención ambulatoria, salud mental, derivación y consulta.

Mental Health the cut-off point is not reached by 13,2%, 40,7% and 76,3%, respectively. Conclusions: Prioritisation systems (HEADS-ED and WCWL) have detected unjustified demands showing that assessment methods of current preferred cases are not useful. It is suggested that there is a need to establish online demand management systems, prioritisation systems and expanded modalities of care to improve care processes in a coordinated manner.

Keywords: Waiting Lists, quality of health care, ambulatory care information systems, mental health, referral and consultation.

INTRODUCCIÓN

La demanda asistencial tiene relación con la prevalencia y con la necesidad de tratamiento, pero, en salud mental, y más específicamente en el ámbito de la infancia y de la adolescencia, la demanda también es dependiente de la atribución de causa. Así, una causa orgánica o derivada de un trauma favorece la demanda, pero se retrasa ante la culpabilidad o ante la apreciación de que “es una fase” en la que “superará el problema” por sí mismo (1).

Por ello tener un trastorno en salud mental infantil y de la adolescencia no siempre implica necesidad de ser tratado y cualquier evaluación futura de necesidad debe basarse en la evidencia, tener en cuenta las prioridades de atención y la rentabilidad (2).

En Atención Primaria se detecta el problema de salud mental en una cuarta parte de los niños que cumplen criterios de caso (3) y aumenta, cuando hay preocupación de los padres, hasta un 88% (4). Se ha descrito que hay diferencias entre el motivo de consulta y la demanda real, pero la demanda no se relaciona ni con la intensidad del síntoma, ni con el tipo de problema, ni con la gravedad, relacionándose con las atribuciones parentales, especialmente con la vivencia de incapacidad para manejar a los hijos (5). Sin embargo, para detectar riesgo suicida, el autoinforme se ha valorado como válido, aunque no haya concordancia con la evaluación clínica (6).

Por otra parte, las necesidades insatisfechas de tratamiento de salud mental son generalizadas precisándose una expansión de recursos y una asignación óptima de los mismos (7). Pero la calidad solo se podrá mantener centrándose en los resultados más que en los medios, mejorando la eficiencia interna, abandonando lo que no aporta valor o adaptando los procesos o estructuras antiguas (8).

En general, la demanda en nuestro medio se organiza bajo el principio del que “primero llega, primero que es atendido” (first-in first-out o FIFO) (9). Para algunos (10), la gestión de las listas de espera es, en general, “caótica”, así como “no estandarizada, organizada caprichosamente, mal controlada y... con una grave necesidad de reajuste”, concluyendo que es “imposible... gestionar racionalmente a los pacientes de esas listas” y que haría imposible, por tanto, garantizar la equidad.

Ante incrementos de la demanda se puede intervenir en el acceso y el tiempo de espera entre otros (11), siendo preciso definir la cartera de intervenciones basadas en la evidencia y los tiempos de espera que no pongan en riesgo el beneficio de la atención recibida (12,13).

El tamizaje, referencia, atención y monitorización ha sido utilizado en desastres (14). En el ámbito de la salud mental infantil clásicamente se ha evaluado gravedad pero sin priorización de la asistencia con escalas de funcionamiento psicosocial como

32

Children's Global Assessment Scale (CGAS) (15). En servicios de urgencias ha habido experiencias de priorización y canalización de la misma evaluando el riesgo psicosocial HEADS (16) e incluyendo otras herramientas de planificación de cuidados como Child Assessment of Needs & Strengths (CANS) que han dado pie a la creación de HEADS-ED (<https://www.heads-ed.com>). Y el único sistema de priorización de listas de espera ambulatorias, que conocemos como tal, en el ámbito de la salud mental infantil y de la adolescencia es el Western Canada Waiting List Project (WCWL) (17) que tiene adaptaciones en Finlandia (18).

A pesar de que la gestión de la demanda y las medidas de priorización se han propuesto (8) como prioritarias para la mejora de eficiencia no se encuentran iniciativas en nuestro medio. Los modelos colaborativos entre Atención primaria y la red de salud mental (19) no han desarrollado sistemas de priorización en salud mental siendo objetivo de este trabajo presentar un estudio piloto que consiste en evaluar la demanda ambulatoria de varios centros de salud mental infantil y de la adolescencia con las herramientas disponibles en otros entornos que permitan realizar propuestas de mejora en la gestión de la demanda.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de primeras consultas consecutivas, desde febrero de 2022 hasta abril 2022, recogidas de consultas y equipos de las áreas sanitarias de León, Palencia, Soria y Valladolid Oeste.

Muestra

Se recogen N= 236 demandas que se recogen en cada centro manualmente y se introducen en una base excel en Teams® (♂ N=13, 56,1% y ♀ N=98, 41,5%) del Médico de Atención Primaria (MAP), con rango de 2-17 años y una media de edad de 11,29 (DT 3,9) de las áreas de salud de León, Palencia, Soria y Valladolid Oeste.

Variables

Se recogen además de datos sociodemográficos, otros datos:

- Motivos de demanda, agrupados; quién demanda (MAP a demanda del profesional, del paciente/familia o del Centro escolar/Centro Base; otro profesional del Equipo de Salud Mental Infanto-juvenil o ESMIJ; interconsulta de otro especialista hospitalario; otros o desconocido); quién atiende (psiquiatra infantil y de la adolescencia o psicólogo clínico).
- Fechas de: Demanda de petición; Recepción, tiempo para recibir la petición para que llegue al ESMIJ; Acogida, cuándo existe una evaluación inicial por Enfermería de Salud Mental o Trabajador social); Evaluación, cuando se realiza la asistencia por el Psiquiatra o Psicólogo clínico responsable de caso y Seguimiento o fecha para una segunda atención.
- Sistema de atención: Normal, Preferente e Interconsulta interna, entre miembros del ESMIJ o de otros especialistas hospitalarios.
- Otras: de utilización de servicio urgente, complemento asistencial privado, fortalezas o situación de desventaja social.

Cuestionarios

Screening HEADS-ED (Home, Education, Activities/peers, Drugs/alcohol, Suicidality, Emotions/behavior, Discharge resources)

Esta herramienta se ha utilizado para derivación a especialista de psiquiatría en los servicios de Urgencias (20), especialmente para predecir ingreso en salud mental (21) y para la gestión de la demanda de 6-18 años, aunque hay estudios que la han utilizado en 0-18 años (22). Y ha sido propuesta como herramienta para planificar el tratamiento en función de la intensidad requerida.

Los que puntúan 0 no precisarían atención, 1 precisaría alguna atención y 2 precisa atención urgente (ver [Anexo 1](#)).

Western Canada Waiting List Project (WCWL)

WCWL es una asociación de 19 organizaciones relacionadas con la salud, financiada con fondos federales de Canadá, que se creó para desarrollar herramientas de gestión de las listas de espera de cinco tipos de servicios sanitarios ([17,23](#)).

Consta de 17 ítems y la adaptación canadiense original ha realizado un ponderación de pesos diferente a los ítems en el modelo finlandés ([24](#)), que en ambos casos establece un punto de corte de 50 para la entrada al sistema especializado ([18](#)). Por lo que será considerado positivo para puntuaciones iguales o mayores de 50 y negativo para los inferiores. El modelo finlandés da un peso mayor cuando detecta riesgo por grupos (I: síntomas, II: funcionamiento, III: otros y IV: pronóstico sin tratamiento) y el canadiense es más progresivo por ítems y pesos diferentes para cada pregunta (ver [Anexo 2](#)).

Aunque el proyecto WCWL no ha "resuelto" el problema de las listas y los tiempos de espera, disponer de un medio estandarizado y fiable para asignar la prioridad de los servicios es un paso importante para mejorar la gestión ([25](#)).

Estudio estadístico

Se utiliza el paquete IBM SPSS Statistics®, versión 26, analizándose los datos según la distribución de casos en porcentajes y los datos de tiempos de espera con medianas y rangos intercuartílicos. Dada la asimetría de las variables a estudio de tiempos de espera, se analizan con medianas y rangos intercuartílicos (RIC).

RESULTADOS

Se obtuvieron un N=236 de primeras consultas con un rango de 2 a 17 años y con una media de edad de 11,29 (RIC=8-15). El grupo más numeroso está entre los 12-17 años. Las derivaciones son realizadas mayoritariamente por el MAP en el 33,2% de los casos. El sistema de derivación Normal o habitual se utiliza en el 71,6% de los casos, siendo Preferente en el 18,6%, el resto es Desconocido 3,4% o son Interconsultas internas o externas 6,4%.

La causa más prevalente para la derivación o motivo de demanda es el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), hasta en el 33,5% de los casos, seguido por el grupo que incluye cuadros de ansiedad, depresivos, adaptativos o autolesiones con el 26,7%. Cuando se valora el diagnóstico inicial en lugar de motivo de demanda se observa un aumento de los problemas de Aprendizaje/Discapacidad, que pasa del 4,75 al 7,6%, y al grupo sin diagnóstico o desconocido, que pasa del 3,8% al 14,4%, pero existe una valoración bastante ajustada entre motivo de derivación y diagnóstico inicial (ver [Tabla 1](#)).

La mediana de tiempo de espera de las demandas por el sistema de atención Normal está en 60,0 días (RIC=40,75-113,25), para las Preferentes en 35,0 días (RIC=21,0-35,0) y de Interconsultas está en 68,5 días (RIC=44,00-102,75).

Ese tiempo para la evaluación se ha dividido en tiempo de Recepción que oscila para la petición Normal 7,0 días (RIC=5,0-11,0) y el Preferente 4,0 días (RIC=1,0-9,0); y tiempo de Acogida en demanda Normal es de 21,0 días (RIC=11,0-29,0) versus Preferente 5,0 días (RIC=1,0-7,0). Y el tiempo para la Evaluación por psiquiatría o psicología clínica en Normal 53,0 días (RIC=37,0-65,5), Preferente 21,0 días (RIC=11,0-69,0). En la [Figura 1](#), se pueden ver las diferencias en tiempo de Evaluación con el diagrama de cajas.

Tabla 1. Resultados por centro, grupos de edad, derivación y sistema de derivación, motiva de demanda por grupo diagnósticos y diagnóstico inicial

Centro	N	% H	% M	Media edad	Desv. Típica	Rango	
León	41	56%	44%	11,49	4,06	2-17 años	
Palencia	22	77%	23%	8,95	3,59	3-17 años	
Soria	87	56%	44%	11,13	4,32	2-17 años	
Valladolid Oeste	86	57%	43%	11,95	3,37	6-17 años	
Total	236	59%	42%	11,29	3,9	2-17 años	
G. Edad	<6 años	6-11 años		12-17 años		Total	
Nº	15	96		125		236	
Derivación	Colegio/ C.Base	CSMIJ	Interconsulta/ Hospital	MAP	Paciente/ Familia	Desconocido	Total
Nº	47	13	35	78	54	9	236
%	19,9	5,5	14,8	33,1	22,9	3,8	100,0
Sistema derivación	Normal	Otros	Preferente	Desconocido		Total	
Nº	169	15	44	8		236	
%	71,6	6,4	18,6	3,4		100,0	
Agrupación DX	Ansiedad/Depresión/ Adaptativo/ Autolesiones	Aprendizaje y discapacidad	Conducta/ TND	TCA/ Somatización	TDAH	TEA/Psicosis/ Orgánicos/ Sustancias	No dx/ Desconocido
Motivo demanda	26,7%	4,7%	14,4%	6,8%	33,5%	10,2%	3,8%
DX inicial	21,6%	7,6%	12,3%	4,7%	31,4%	8,1%	14,4%

N: Número, H: Hombre; M: Mujer; G.: Grupo; CSMIJ: Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil; MAP: Médico de Atención Primaria; DX: diagnóstico; TND: Trastorno Negativista-Desafiante, TCA: Trastorno de Conducta Alimentaria; TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad; TEA: Trastorno Espectro Autista; dx: diagnóstico.

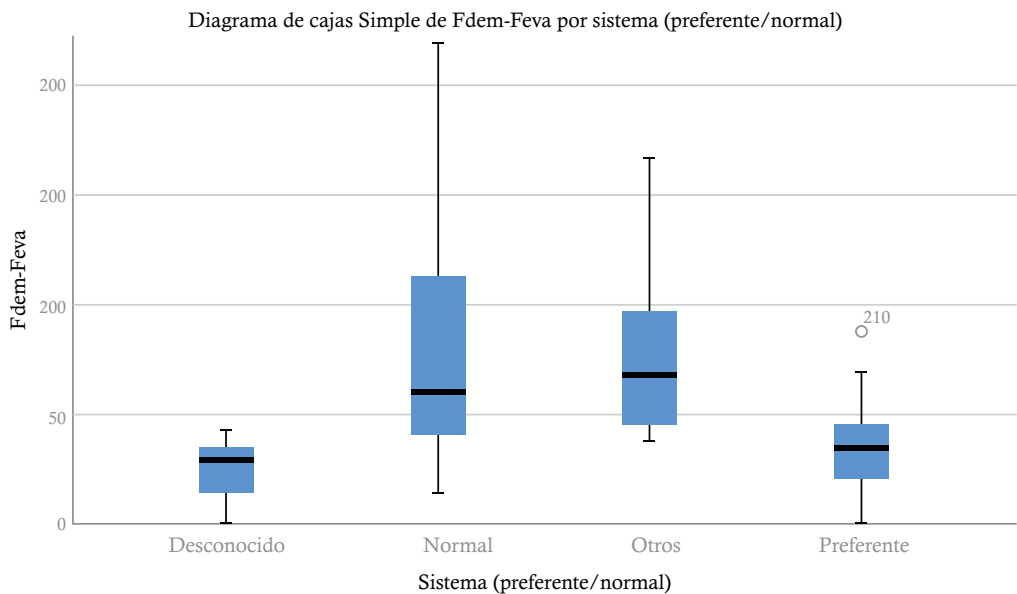


Figura 1. Diagrama de cajas del tiempo de Evaluación de la demanda por sistema de atención: Desconocido, Normal, Preferente, Otros.

Los resultados en los cuestionarios para el screening podemos verlos en la [Tabla 2](#) destacando cómo el 13,2% en el HEADS-ED puntúa 0 y el 40,7% en el WCWL Finlandés no supera el punto de corte establecido para derivar a la red de Salud Mental, pero este porcentaje se eleva a un 76,3% cuando se utiliza la puntuación del WCWL Canadiense, más restrictivo en los criterios para derivar.

Los resultados en los cuestionarios para el screening podemos verlos en la [Tabla 2](#) destacando cómo el 13,2% en el HEADS-ED puntúa 0 y el 40,7% en el WCWL Finlandés no supera el punto de corte establecido para derivar a la red de Salud Mental, pero este porcentaje se eleva a un 76,3% cuando se utiliza la puntuación del WCWL Canadiense, más restrictivo en los criterios para derivar.

Los resultados en los cuestionarios para el screening podemos verlos en la [Tabla 2](#) destacando cómo el 13,2% en el HEADS-ED puntúa 0 y el 40,7% en el WCWL Finlandés no supera el punto de corte establecido para derivar a la red de Salud Mental, pero este porcentaje se eleva a un 76,3% cuando se utiliza la puntuación del WCWL Canadiense, más restrictivo en los criterios para derivar.

En la [Figura 2](#) se puede observar que el 5,6% precisaba atención urgente por la subescala de Suicidabilidad, el 7,5% en subescala Disponibilidad de recursos o un 3,7% en Drogas y alcohol. El rango es mucho mayor cuando se valora la urgencia en Alteraciones de emociones y comportamiento con un 34,9%, los problemas de Educación/empleo el 29,8%, o por problemas en el Entorno hogar-familia con un 26,5%.

El tiempo de Evaluación para el grupo de menor riesgo según HEADS-ED= ≤ 1 es de 53,0 días (RIC=34,0-65,5) vs para >1 de 48,0 días (RIC=24,8-82,8), que presenta una mediana inferior pero con una ampliación en el rango intercuartílico.

Y cuando se evalúan los tiempos de Evaluación con la escala WCWL no se encuentran diferencias

significativas entre grupo de menor riesgo con los de mayor. Así la WCWL finlandesa 54,5 (RIC=34,0-68,5) vs 50,0 (RIC=27,0-63,0), mientras que en la WCWL canadiense para de 52,0 (RIC=34,0-67,0) vs 24,0 (9,8-132,0), claramente inferior aunque con un rango mucho mayor (ver [Figura 3](#)).

Tabla 2. N° y % del HEADS-ED y de los que superan punto de corte en WCWL, según ponderación Finlandés y Canadiense

HEADS-ED		
Puntuación	Frecuencia	%
0	31	13,1
1	40	16,9
2-5	89	37,8
≥ 6	75	31,7
Perdidos	1	0,4
Total	236	100
WCWL Finlandés		
	Frecuencia	%
0	96	40,7
1	139	58,9
Total	235	99,6
Perdidos	1	0,4
Total	236	100
WCWL Canadiense		
	Frecuencia	%
0	180	76,3
1	55	23,3
Total	235	99,6
Perdidos	1	0,4
Total	236	100

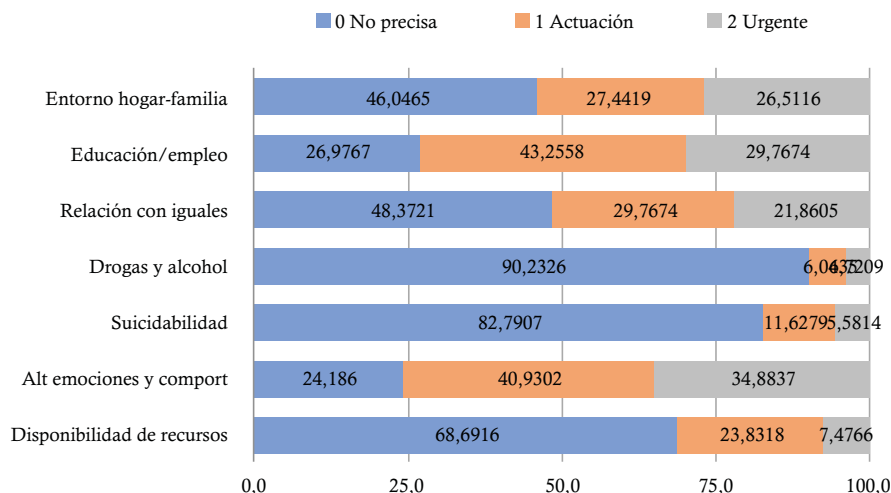


Figura 2. Distribución de los resultados del HEADS-ED por ítem en porcentaje.

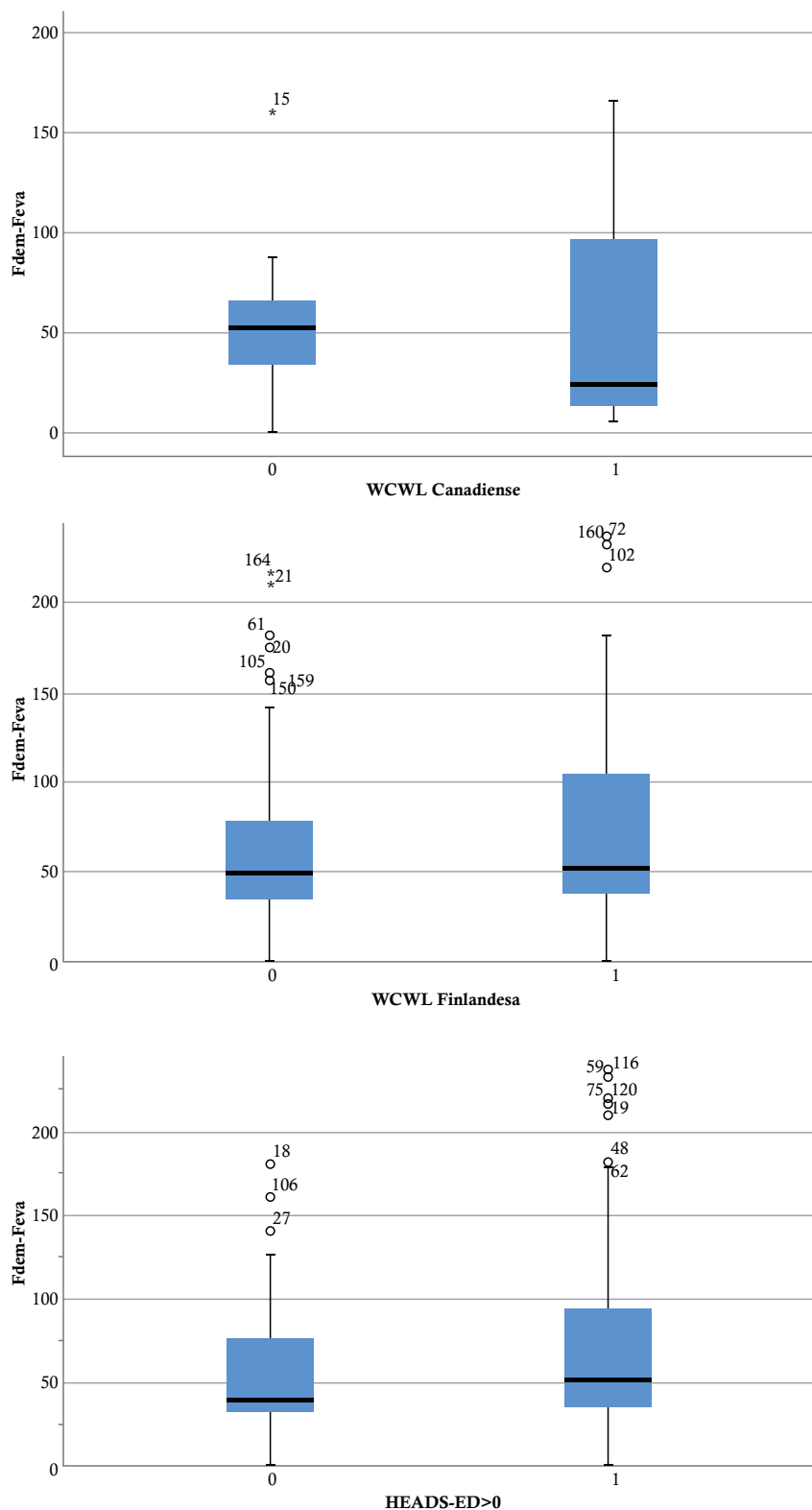


Figura 3. Tiempo entre demanda y evaluación para WCWL Canadiense y Finlandesa (donde 1 es para ≥ 50) y HEADS-ED (donde 1 es para 1 o más).

DISCUSIÓN

En un estudio del Reino Unido plantea 7 y 8 semanas como el umbral para considerar que han esperado demasiado para una cita (26) encontrándose, en nuestro caso, entre esos valores de 50,00 días (RIC=35,0-88,8). Datos alejados de los estándares utilizados en otros entornos o contextos, como propone la Asociación Canadiense de Psiquiatría (27) que plantea: 24 horas para la atención de emergencia, 2 semanas para la atención de urgencia y 1 mes para la atención programada.

Para la reducción de estas esperas se han planteado sistemas de acogida o de evaluación inicial que reduce esta espera. Así, el tiempo entre la demanda y la primera atención de acogida se reduce a 14,0 días (RIC=2,0-27,5) en la demanda normal, a 2,0 días en la preferente (rango 0,0-5,5). Además, dicha estrategia también reduce los “no acude” a un 8% frente a los 15% cuando no se utiliza. En el estudio presentado el porcentaje de “no acude” es del 11,9% (28).

Los sistemas de atención están saturados de demandas, pero muchas de ellas con muy bajo nivel de gravedad. Así el 13,1% de los pacientes derivados no requieren ninguna acción, elevándose a un 30,2% si incluimos una acción en un área utilizando la escala HEADS-ED. Con la escala WCWL el porcentaje de los que no superan el umbral para derivar a salud mental oscila entre el 40,7 y 76,3%, porcentaje mucho más elevado que estudios realizados en Finlandia que señalaba un 14,9% (18). Señalar que el umbral para entrar en el sistema de atención especializado en salud mental no es un indicador adecuado para que una persona que está siendo atendida en el sistema de salud mental sea dada de alta (18).

El análisis realizado confirmaría en Castilla y León lo que estudios previos ya señalaron a nivel global, no hay relación entre gravedad del trastorno y atención sanitaria (7), y cuando se utilizan las escalas HEADS-ED y WCWL para su valoración, solo se obtienen respuestas significativamente diferentes con el modelo Canadiense en WCWL, reduciéndose a la mitad el tiempo de espera en los casos evaluados como significativos. Pero, siendo un sistema con un porcentaje muy elevado de los considerados “no casos” que consumen servicios sanitarios (7).

Por otra parte, en la escala HEADS-ED, en el ítem alteración de emociones y comportamiento, más del tercio son evaluados como urgente por este apartado (34,9%) habiéndose recomendado ampliar el concepto por el impacto funcional que produce (leve, moderado, grave) (22).

Los motivos de derivación concuerdan con los diagnósticos iniciales por lo que no es un problema de desconocimiento por parte de Atención Primaria sino de la dificultad para filtrar la demanda. Por otra parte, este estudio no evalúa la actuación del MAP, ya que para poder dar respuesta a esta cuestión se precisaría de la información relativa a los sujetos que no se detectan adecuadamente y no se derivan, como de los que son adecuadamente atendidos sin ser derivados (29,30).

Los flujos de demanda actuales implican retrasos injustificados y dificultad para el control y su regulación. Algunos motivados por la gestión de documentos en papel y a barreras para la atención telefónica, etc., con retrasos de hasta 637 días. Retrasos de la evaluación por anulaciones en las citas derivados de las dudas, la resistencia o el rechazo a la misma por parte de los pacientes y/o sus familias.

A los procesos de gestión de citas sería recomendable añadir procesos estandarizados para orientar y facilitar la derivación al nivel asistencial que se precise. La ampliación del uso de herramientas de cribado y el uso de sistemas de gestión de citas online puede ayudar a facilitar el acceso oportuno a los servicios de salud mental garantizando así que se proporcione el nivel de atención adecuado. La identificación temprana y la adecuación a las necesidades pueden facilitar la prestación de una atención de alta calidad al reducir las intervenciones innecesarias, garantizando que las familias no esperen por servicios que no son apropiados para su nivel de necesidad y que estas demandas no prolonguen la espera de otros (22).

Una dificultad añadida es que servicios de salud mental son prestados, cada vez más, por una red heterogénea de entornos públicos, semiprivados y privados, tanto dedicados como no dedicados. Así programas de atención a la violencia de género, violencia intrafamiliar, infancia maltratada, prevención de drogas, etc. son ofrecidos desde servicios extrasanitarios. La recopilación de

información de esta red extendida generalmente se ve obstaculizada por recursos de tecnología de la información inadecuados y la ausencia de medidas de desempeño comunes (31) pero también por el reglamento de protección de datos personales que dificulta el traspaso de información. La OCDE afirmó que la calidad de la atención de los trastornos mentales "seguirá a la zaga de otras enfermedades hasta que se utilicen los indicadores apropiados para medir la calidad y se recopilen los datos apropiados" (31). Los sistemas de atención y de evaluación no pueden analizarse sin mirar el contexto donde se producen y para ello es preciso conocer toda la estructura de servicios de atención e integrar la información (32,33).

La pretensión de integrar los servicios sociales y de salud en servicios orientados al usuario, al menos en teoría, harían obsoletas las divisiones organizativas tradicionales entre atención primaria, atención en salud mental y atención social (34). Además en el área infantil deberían incluir a los servicios educativos, de justicia juvenil y la incorporación del tercer sector para complementar y diversificar los servicios (35).

Finalmente señalar que los sistemas de evaluación inteligente o de screening de la demanda automatizado (36–38) pueden facilitar el acceso y disminuir los casos que "no acuden". Otros autores (28) plantean que las tareas de screening ocupan un tiempo que puede aumentar la lista de espera, aumentando la presión asistencial, aunque, generalmente, mejora la percepción de utilidad de los profesionales (28).

Los modelos integrados de respuesta son modelos innovadores con múltiples servicios disponibles que incluyen intervenciones comunitarias basadas en la evidencia, tutorías entre iguales y apoyo telefónico o por mensaje en crisis, priorización de la atención primaria y psiquiátrica. Se basan en modelos que además de integrados son altamente colaborativos y orientados a las necesidades, objetivos y preferencias, con fácil acceso para los jóvenes (39). La creciente ola de problemas de salud mental en los jóvenes de todo el mundo exige que este enfoque se eleve a la máxima prioridad en la salud mundial (40).

CONCLUSIONES

La priorización actual con el sistema de preferencia consigue disminuir significativamente los tiempos de atención. Pero cuando dicha demanda se evalúa con las herramientas de evaluación psicosocial y de priorización utilizadas en otros contextos como HEADS-ED o WCWL solo hay correspondencia con el sistema de preferencia, cuando se utilizan criterios restrictivos en la derivación, como con el modelo canadiense. Por tanto, el sistema de preferencia es válido en cuanto a un sistema de priorización en casos graves pero no hay discriminación en la derivación en el resto de casos.

Sería recomendable realizar estudios más amplios con herramientas de cribado como HEADS-ED y/o WCWL o similares para la derivación del MAP a Salud Mental de la Infancia y Adolescencia y valorar eficacia, efectividad y satisfacción de los usuarios. Ampliar las posibles respuestas ante demandas en Atención Primaria e integrar alternativas asistenciales con diverso enfoque, prioridad e intensidad, y esto será posible si se usan criterios objetivos y transparentes en la derivación.

FINANCIACIÓN

Sin financiación.

DECLARACIÓN DE TRANSPARENCIA

El trabajo fue presentado en el congreso de la Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia de 2022 en Madrid, no hay publicado resumen ni datos de la misma.

DETALLE DE LA PARTICIPACIÓN

Cada autor, psiquiatra o psicólogo clínico, ha recogido la información asistencial de los dispositivos ambulatorios de atención a la salud mental infantil y de la adolescencia, recogiendo de Valladolid Oeste, Soria, León, Palencia. A. Mayo Iscar ha

realizado análisis estadístico y diagrama de cajas. C. Imaz Roncero redacta y todos revisan redacción y la aprueban. No ha sido preciso aprobación del Comité de ética dado que la recogida de información ha sido desagregada sin posibilidad de reconocimiento de información personal.

REFERENCIAS

1. Johnston OG, Burke JD. Parental Problem Recognition and Help-Seeking for Disruptive Behavior Disorders. *J Behav Health Serv Res*. 2020;47: 146-63.
<https://doi.org/10.1007/s11414-018-09648-y>
2. Mechanic D. Is The Prevalence Of Mental Disorders A Good Measure Of The Need For Services?. *Health Aff (Millwood)*. 2003;22(5): 8-20. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.22.5.8>
3. Sayal K, Taylor E. Detection of child mental health disorders by general practitioners. *Br J Gen Pract*. 2004;54(502): 348-52.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1266168/>
4. Martínez Farrero P. Del motivo de consulta a la demanda en psicología. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría*. 2006;26(1):53-69.
5. Sawrikar V, Diaz AM, Tully L, Hawes DJ, Moul C, Dadds MR. Bridging the gap between child mental health need and professional service utilisation: Examining the influence of mothers' parental attributions on professional help-seeking intentions. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022;31: 239-51.
<https://doi.org/10.1007/s00787-020-01682-6>
6. Vera-Varela C, Manrique Mirón PC, Barrigón ML, Álvarez-García R, Portillo P, Chamorro J, et al. Low Level of Agreement Between Self-Report and Clinical Assessment of Passive Suicidal Ideation. *Arch Suicide Res Off J Int Acad Suicide Res*. 2022;26(4): 1895-910.
<https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1945984>
7. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ, et al. Worldwide Use of Mental Health Services for Anxiety, Mood, and Substance Disorders: Results from 17 Countries in the WHO World Mental Health(WMH). Surveys. *Lancet*. 2007;370(9590): 841-50.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61414-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61414-7)
8. Peiró S, Artells JJ, Meneu R. Identificación y priorización de actuaciones de mejora de la eficiencia en el Sistema Nacional de Salud. *Gac Sanit*. 2011;25(2): 95-105.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.12.005>
9. Déry J, Ruiz A, Routhier F, Bélanger V, Côté A, Ait-Kadi D, et al. A systematic review of patient prioritization tools in non-emergency healthcare services. *Syst Rev*. 2020;9:227.
<https://doi.org/10.1186/s13643-020-01482-8>
10. McDonald P. Waiting lists and waiting times for health care in Canada: more management! more money?. Ottawa: Health Canada; 1998.
11. Boden MT, Smith CA, Kloczek JW, Trafton JA. Mental Health Treatment Quality, Access, and Satisfaction: Optimizing Staffing in an Era of Fiscal Accountability. *Psychiatr Serv* 2019;70(3): 168-75.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800229>
12. Rosenbaum S. Principles to Consider for the Implementation of a Community Health Needs Assessment Process. Washington D.C.: Department of Health Policy School of Public Health and Health Services; 2013.
13. World Health Organization R Ann, McClelland, Billingham K, University of Sheffield, Institute of General Practice & Primary Care, editors. Community health needs assessment an introductory guide for the family health nurse in Europe. Copenhagen: WHO; 2001.
14. Alvarez-Monjarás M, Bucay-Harari L. Modelo de tamizaje, atención y monitoreo de la salud mental para adultos en casos de desastre. *Salud Pública México*. 2018;60(Supl.1): 23-30.
<https://doi.org/10.21149/9340>
15. Shaffer D, Gould MS, Brasic J, Ambrosini P, Fisher P, Bird H, et al. A children's global assessment scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry*. 1983;40(11): 1228-31.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1983.01790100074010>

16. Cohen E, Mackenzie RG, Yates GL. HEADSS, a psychosocial risk assessment instrument: Implications for designing effective intervention programs for runaway youth. *J Adolesc Health*. 1991;12(7): 539-44.
[https://doi.org/10.1016/0197-0070\(91\)90084-Y](https://doi.org/10.1016/0197-0070(91)90084-Y)
17. Smith DH, Hadorn DC. Lining Up for Children's Mental Health Services: A Tool for Prioritizing Waiting Lists. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41(4): 367-76.
<https://doi.org/10.1097/00004583-200204000-00007>
18. Kaltiala-Heino R, Fröjd S, Autio V, Laukkanen E, Närhi P, Rantanen P. Transparent criteria for specialist level adolescent psychiatric care. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2007;16: 260-70.
<https://doi.org/10.1007/s00787-006-0598-4>
19. Bellón JA, Conejo-Cerón S, Rodríguez-Bayón A, Ballesta-Rodríguez MI, Mendive JM, Moreno-Peral P. Enfermedades mentales comunes en atención primaria: dificultades diagnósticas y terapéuticas, y nuevos retos en predicción y prevención. Informe SESPAS 2020. *Gac Sanit*. 2020;34(Supl.1): 20-6.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.013>
20. Freedman S, Thull-Freedman J, Lightbody T, Prinsie K, Wright B, Coulombe A, et al. Introducing an innovative model of acute paediatric mental health and addictions care to paediatric emergency departments: a protocol for a multicentre prospective cohort study. *BMJ Open Qual*. 2020;9(4): e001106.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-001106>
21. Cappelli M. The HEADS-ED: Review of a Mental Health Screening Tool for Pediatric Patients in the Emergency Department. *Psychiatr Times*. 2012;29(2): 14-5.
<https://doi.org/10.1542/peds.2011-3798>
22. Clark SE, Cloutier P, Polihronis C, Cappelli M. Evaluating the HEADS-ED Screening Tool in a Hospital-Based Mental Health and Addictions Central Referral Intake System: A Prospective Cohort Study. *Hosp Pediatr*. 2019;9(2): 107-14.
<https://doi.org/10.1542/hpeds.2018-0112>
23. Cawthorpe D, Wilkes TCR, Rahman A, Smith DH, Conner-Spady B, McGurran JJ, et al. Priority-Setting for Children's Mental Health: Clinical Usefulness and Validity of the Priority Criteria Score. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;16(1): 18-26.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18392175/>
24. Kaltiala-Heino R, Bergman H, Työläjärvä M, Frisén L. Gender dysphoria in adolescence: current perspectives. *Adolesc Health Med Ther*. 2018;9: 31-41. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S135432>
25. Noseworthy TW, McGurran JJ, Hadorn DC, The Steering Committee of the Western Canada Waiting List Project. Waiting for scheduled services in Canada: development of priority-setting scoring systems. *J Eval Clin Pract*. 2003;9(1): 23-31.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2753.2003.00377.x>
26. Clemente C, McGrath R, Stevenson C, Barnes J. Evaluation of a Waiting List Initiative in a Child and Adolescent Mental Health Service. *Child Adolesc Ment Health*. 2006;11(2): 98-103.
<https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2005.00386.x>
27. Campbell LA, Clark SE, Ayn C, Chorney J, Emberly D, MacDonald J, et al. The Choice and Partnership Approach to community mental health and addictions services: a realist-informed scoping review protocol. *BMJ Open*. 2019;9(12): e033247.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033247>
28. Clemente C, McGrath R, Stevenson C, Barnes J. Evaluation of a Waiting List Initiative in a Child and Adolescent Mental Health Service. *Child Adolesc Ment Health*. 2006;11(2): 98-103.
<https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2005.00386.x>
29. Pérez Martínez DA, Puente Muñoz AI. La autorización previa para acceder al neurólogo desde atención primaria puede ser innecesaria: resultados de un estudio prospectivo y controlado. *Rev Neurol*. 2006;43(7): 388-92.
<https://doi.org/10.33588/rn.4307.2006219>
30. Bonis Sanz J, Gervas J, Simó J, Martín P. La función genuina de filtro del médico de atención primaria. *Rev Neurol*. 2007;44(3): 189-90.
<https://doi.org/10.33588/rn.4403.2006574>
31. Lora A, Lesage A, Pathare S, Levav I. Information for mental health systems: an instrument for policy-making and system service quality. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2016;26(4): 383-94.
<https://doi.org/10.1017/S2045796016000743>

32. Gutiérrez-Colosía MR, Salvador-Carulla L, Salinas-Pérez JA, García-Alonso CR, Cid J, Salazzari D, et al. Standard comparison of local mental health care systems in eight European countries. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2017;28(2): 1-14.
<https://doi.org/10.1017/S2045796017000415>
33. Montagni I, Salvador-Carulla L, Mcdaid D, Straßmayr C, Endel F, Näätänen P, et al. The REFINEMENT Glossary of Terms: An International Terminology for Mental Health Systems Assessment. *Adm Policy Ment Health Ment Health Serv Res.* 2018;45: 342-51.
<https://doi.org/10.1007/s10488-017-0826-x>
34. Ala-Nikkola T, Pirkola S, Kaila M, Joffe G, Kontio R, Oranta O, et al. Identifying Local and Centralized Mental Health Services—The Development of a New Categorizing Variable. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(6): 1131.
<https://doi.org/10.3390/ijerph15061131>
35. Ala-Nikkola T, Sadeniemi M, Kaila M, Saarni S, Kontio R, Pirkola S, et al. How size matters: exploring the association between quality of mental health services and catchment area size. *BMC Psychiatry.* 2016;16: 289.
<https://doi.org/10.1186/s12888-016-0992-5>
36. Thune Jørstad H. Preparticipation screening-the way forward is smart screening. *Neth Heart J Mon J Neth Soc Cardiol Neth Heart Found.* 2018;26: 120-2.
<https://doi.org/10.1007/s12471-018-1081-9>
37. van Bebbber J, Meijer RR, Wigman JT, Sytema S, Wunderink L. A Smart Screening Device for Patients with Mental Health Problems in Primary Health Care: Development and Pilot Study. *JMIR Ment Health.* 2018;5(2): e41.
<https://doi.org/10.2196/mental.9488>
38. Thune Jørstad H. Preparticipation screening-the way forward is smart screening. *Neth Heart J Mon J Neth Soc Cardiol Neth Heart Found.* 2018;26: 120-2.
<https://doi.org/10.1007/s12471-018-1081-9>
39. Henderson JL, Cheung A, Cleverley K, Chaim G, Moretti ME, de Oliveira C, et al. Integrated collaborative care teams to enhance service delivery to youth with mental health and substance use challenges: protocol for a pragmatic randomised controlled trial. *BMJ Open.* 2017;7(2): e014080.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014080>
40. McGorry PD, Mei C, Chanen A, Hodges C, Alvarez-Jimenez M, Killackey E. Designing and scaling up integrated youth mental health care. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA.* 2022;21(1): 61-76.
<https://doi.org/10.1002/wps.20938>

ANEXOS

Anexo 1. HEADS-ED.

	0 No requiere ninguna acción	1 No requiere acción inmediata/ déficit de funcionamiento moderado	2 Requiere acción inmediata/grave déficit de funcionamiento
Entorno hogar-familia	0	1	2
Educación/empleo (participación y rendimiento)	0	1	2
Relación con iguales	0	1	2
Drogas y alcohol	0	1	2
Suicidabilidad	0	1	2
Alteración de emociones y comportamientos	0	1	2
Disponibilidad de recursos (tiene ayuda o estas esperando recibirla)	0	1	2

Anexo 2. WCWL y ponderación Canadiense y Finlandia.

42

WCWL	Gravedad/extensión				<i>El tratamiento psiquiátrico adolescente a nivel de especialista está indicado si:</i> 1. Se cumplen los criterios de diagnóstico para algún trastorno mental descrito en la clasificación de trastornos mentales Y 2. El joven obtiene una puntuación de 50 o más en lo siguiente:	
<i>Criterio</i>	<i>Para nada</i>	<i>Menor</i>	<i>Moderado</i>	<i>Grave</i>		
I. Síntomas y riesgos					25 puntos Síntomas o riesgos moderados o graves en al menos una de las preguntas del apartado I	Modelo Finlandes
1.- Peligro para uno mismo	0	1	2	10		
2.- Peligro para los demás	0	0	0	2		
3.- Síntomas psicóticos	0	2	7	11		
4.- Retraso en el progreso del desarrollo apropiado para la edad	0	0	1	1		
6.- Síntomas de internalización (es decir, depresión, ansiedad)	0	0	6	14		
7.- Síntomas de externalización/comportamiento disruptivo (como crueldad hacia los animales, prender fuego, comportamiento agresivo/de oposición)	0	0	2	4		
II Funcionamiento reducido					25 puntos Funcionamiento de moderado a grave en al menos una de las áreas presentadas en la sección II	
12.- problemas en la escuela	0	0	0	1		
13.- Deterioro del funcionamiento social/de amistades	0	0	1	1		
14.- Problemas en el contexto del hogar.	0	2	4	6		
5.- CGAS	>60; 0	51–60; 4	41–50; 8	<40; 12		
III Otros asuntos relevantes					10 puntos Al menos un ítem de la sección III se califica como severo	
15.- Funcionamiento familiar /factores que afectan al joven	0	0	1	1		
8.- Condiciones médicas comórbidas	0	1	2	2		
9.- Condiciones psiquiátricas comórbidas	0	0	2	6		
10.- Uso/uso indebido de sustancias nocivas	0	0	1	1		
16.- IV Pronóstico sin tratamiento psiquiátrico adolescente de nivel especializado	Bueno; 0	Moderado; 0	Regular; 2	Pobre; 11	40 puntos: Pobre 25 puntos: Regular	
17.- Grado de beneficio probable con el tratamiento	Bajo; 3	Moderado; 6	Alto; 9	Muy alto; 15		
11.- Severo trastorno mental en la familia	0 No presente; 1 No conocido si presente; 2 Presente					Modelo Canadiense