



Jueves 14 de febrero de 2019

**Mesa redonda:
Psiquiatría infantil**

Moderadora:

Cecilia Matilde Gómez Málaga

Pediatra. CS San Fernando. Badajoz. Miembro del Grupo de TDAH y desarrollo psicoeducativo de la AEPap.

■ **Síntomas guía en Psiquiatría**

Antonio Pelaz Antolín

Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Infantil. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

■ **Actualización en el manejo del TDAH**

Francisco Javier Quintero Gutiérrez del Álamo

Jefe de Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. Profesor asociado. Facultad de Medicina. UCM. Especialista en Psiquiatría de niños y adolescentes. Director de Psikids. Madrid.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Pelaz Antolín A. Síntomas guía en Psiquiatría. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatria 2019. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2019. p. 17-28.



Comisión de Formación Continua
de los Profesiones Sanitarios de
la Comunidad de Madrid

Síntomas guía en Psiquiatría

Antonio Pelaz Antolín

*Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Infantil.
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

apelaz@gmail.com

RESUMEN

Para establecer síntomas guía en Psiquiatría Infantil es importante tener presente el desarrollo evolutivo y hacer una formulación con un enfoque biopsicosocial que permita determinar que un trastorno será tal cuando interfiere en el funcionamiento habitual del niño. Por ello se ha hecho una división por etapas. Así en la etapa preescolar se describen los trastornos del neurodesarrollo, los trastornos de la comunicación, el trastorno oposicionista desafiante y algunos trastornos alimentarios y del sueño. En la etapa escolar se han descrito los trastornos del aprendizaje, eliminación, ansiedad, depresión, desregulación del estado de ánimo y los trastornos de conducta. Por último, en la adolescencia se han tratado los trastornos de la conducta alimentaria, el consumo de tóxicos, el abuso de nuevas tecnologías, las psicosis, el trastorno bipolar, las autolesiones y el suicidio.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹ y la salud mental la define como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribu-

ción a su comunidad². En el caso de los niños habría que matizar que la salud mental es un estado evolutivo y dinámico en el que se van adquiriendo habilidades cognitivas, emocionales y sociales que van a permitir al niño experimentar, regular sus emociones, relacionarse, adaptarse y aprender³.

Es conveniente tener presente algunos datos epidemiológicos para enfatizar la importancia que tiene diagnosticar y tratar las enfermedades mentales en los niños. Aproximadamente la mitad de los trastornos mentales aparecen antes de los 14 años y cerca del 70% de ellos antes de los 18 años, y se estima que el 20% de los niños de todo el mundo presenta un trastorno mental independientemente de la cultura y la región⁴. En un estudio realizado en EE. UU. durante el periodo de 2005 a 2011 los trastornos más prevalentes en niños entre los 3 y los 17 años de edad fueron los siguientes⁵: trastorno por déficit de atención con hiperactividad (6,8%), trastornos de conducta (3,5%), ansiedad (3,0%), depresión (2,1%), trastornos del espectro autista (1,1%), y síndrome de Tourette (0,2%). Entre los adolescentes de 12 a 17 años también se destaca que el 4,7% tuvo un trastorno por consumo de sustancias ilegales y que el 4,2% por consumo de alcohol. Por otro lado, en un metaanálisis realizado en 2015 por Polanczyk *et al.*⁶ en el que se incluyeron 41 estudios realizados entre los años 1985 y 2012 en 27 países de todo el mundo, se estimó una prevalencia general para cualquier trastorno mental del 13,4%, trastornos de ansiedad, 6,5%; trastornos disruptivos, 5,7%; trastorno oposicionista desafiante, 3,6%; trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 3,4%; trastornos depresivos, 2,6%; trastorno de conducta, 2,1%; y trastorno depresivo mayor, 1,3%.

En los últimos años el enfoque biopsicosocial es el modelo de formulación de casos más frecuentemente empleado en Salud Mental y en Medicina General⁷. Desde este modelo se entiende la salud y la enfermedad desde una perspectiva multidimensional y no reduccionista, otorgando al individuo un papel protagonista al implicarle en el proceso. Los componentes a tener en cuenta son los siguientes:

- **Biológicos:** genética, desarrollo físico y psicomotor, constitución, historia familiar, inteligencia, temperamento, comorbilidades médicas, etc.
- **Psicológicos:** desarrollo emocional, carácter, autoestima, introspección, fortalezas, debilidades, mecanismos de defensa empleados, respuestas ante la adversidad y el conflicto, aprendizaje, etc.
- **Social:** estructura familiar, lugar que ocupa en la fratria, estilo educativo de los padres, nivel socioeconómico, cultura, raza, religión, inmigración, relaciones con iguales, colegio, barrio, etc.

Este modelo de formulación permitirá entender que dos personas con los mismos factores de riesgo puedan desarrollar trastornos diferentes o incluso no desarrollar ningún trastorno y, por otro lado, que un mismo trastorno pueda tener orígenes distintos⁸. Siempre sin perder de vista que para considerar que un conjunto de signos y síntomas constituyan un “trastorno” debe tener una significación clínica, asociada a malestar o discapacidad con un impacto negativo en el entorno familiar, educativo o social del niño.

SÍNTOMAS GUÍA EN PSIQUIATRÍA INFANTIL

A continuación se expondrán los síntomas guía de los trastornos mentales más relevantes teniendo en cuenta los aspectos evolutivos de cada etapa.

Etapa preescolar

El desarrollo comienza en el embarazo. Ya en el útero se puede comprobar cómo el feto se mueve, cómo reacciona ante la voz de la madre o a la música.

Desde el nacimiento, los bebés son unos grandes aprendices, capaces de explorar y percibir su entorno siguiendo los objetos en movimiento e incluso anticipándose a los movimientos de sus cuidadores⁹. Entre los 2 y los 7 meses empieza la reciprocidad con el cuidador y a tomar conciencia del exterior. Mejora la coordinación motora y responden a los arrulllos lo cual facilita la interacción. Empiezan a entender los princi-

pios de causa-efecto y que los objetos permanecen a pesar de no verlos u oírlos, tan importante para el desarrollo cognitivo que le permitirá crear las representaciones mentales y participar en juegos como el “cucú-tras”.

A partir de los 7 meses se desarrolla la intersubjetividad, es decir, empiezan a entender que sus pensamientos, emociones, gestos y sonidos son comprendidos por los otros. Empiezan también a encadenar acciones para lograr un objetivo. Estas dos habilidades permiten que sus cuidadores cubran sus necesidades y deseos. Es en esta edad en la que aparece la ansiedad de separación y la ansiedad ante el extraño, que durarán hasta más o menos los 18 y 24 meses respectivamente.

A los 12 meses, con el desarrollo del lenguaje, el avance cognitivo y el desarrollo motor aumenta la independencia y el descubrimiento del mundo, y con 18 meses aparece la representación simbólica que junto a las habilidades previas se logra una mayor interacción con los demás, la imitación, el juego simbólico y el inicio de la resolución de problemas.

En esta etapa los trastornos más relevantes son los del neurodesarrollo¹⁰, entre los que se incluyen la discapacidad intelectual, el retraso global del desarrollo, los trastornos motores, los trastornos del aprendizaje, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), los trastornos de la comunicación y los trastornos del espectro autista.

Con tres años se inician los primeros contactos sociales¹¹, con la incorporación a la guardería se sale de la familia y, por ejemplo, las rabietas, ya no son toleradas. Empiezan a entender la diferencia entre lo propio y lo ajeno, entienden el beneficio de la generosidad y a los 3 o 4 años pueden llegar a entender que los otros tengan deseos diferentes a los suyos. Son capaces de comprender que lo que ha ocurrido es consecuencia de su comportamiento o del comportamiento de otro. Aparece el autocontrol conductual y emocional y la capacidad para retrasar la gratificación. Entre los trastornos de este desarrollo social a estas edades puede aparecer el trastorno oposicionista desafiante.

Otros aspectos relevantes en este periodo son la alimentación y el sueño¹². La alimentación va sufriendo muchos cambios. Después de un periodo de adaptación madre-bebé y establecer ritmos armónicos de las tomas aparecen los cambios de textura y sabor, y un distanciamiento de los horarios. La alimentación también supone una importante aportación a la incorporación de normas y de reglas sociales. En cuanto al sueño, la evolución es hacia una disminución de la cantidad total de sueño, con un menor número de interrupciones durante la noche a partir de los 12 meses y la aparición de sueños a los 18 meses. A estas edades pueden iniciarse trastornos alimentarios y trastornos del sueño.

Discapacidad intelectual

Supone un déficit de las capacidades mentales, el razonamiento y el aprendizaje que va a producir dificultades en el funcionamiento adaptativo.

Retraso global del desarrollo

Este diagnóstico se reserva para cuando un niño no alcanza la mayoría de los hitos del desarrollo.

Trastornos motores

En este apartado están los trastornos de la coordinación, los movimientos estereotipados y los tics. De ellos, el más importante en psiquiatría infantil es el síndrome de Tourette que se caracteriza por tics motores complejos, tics vocales y guturales, coprolalia y una elevada comorbilidad con otros trastornos mentales como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o el trastorno obsesivo compulsivo.

TDAH

La tríada nuclear de este trastorno es el déficit de atención, caracterizado por una dificultad para mantener la atención y la concentración en tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido; la hiperactividad que consiste en una actividad mayor de la esperada para la edad y la situación; y por impulsivi-

dad o dificultad para esperar turno, interrumpir o cometer errores por precipitación. Este trastorno tiene una ponencia dedicada exclusivamente a él, por lo que no me extenderé más.

Trastornos de la comunicación

- Trastornos del lenguaje, bien en la expresión, bien en la comprensión.
- Trastornos del habla por alteración fonológica de la pronunciación (dislalias) o de la fluidez (tartamudez).
- Trastorno de la comunicación social (pragmático). Estos niños interactúan con otros, pero con ciertas dificultades en el uso del lenguaje con intenciones sociales (saludar, compartir información e intereses), para adaptar el lenguaje al contexto (aula, iguales, adultos), para seguir las normas de conversación (esperar turno, interrupciones, aclaraciones) y para comprender el lenguaje no verbal (lo que no se dice, gestos, expresiones faciales, mirada, postura). Estos niños suelen preferir estar solos o en grupos pequeños y hablan poco, no tienen intereses restringidos ni movimientos estereotipados.

Trastornos del espectro autista (TEA)

Los TEA, anteriormente denominados trastornos generalizados del desarrollo, se caracterizan por:

1. Alteración en interacción social con falta de reciprocidad socioemocional (empatía), no inician o no aceptan acercamientos sociales y cuando son un poco mayores son solitarios. Esta es la principal diferencia con otros trastornos de la comunicación.
2. Alteración en comunicación, tanto del lenguaje verbal como del no verbal, con mal uso de los pronombres. No mantienen el contacto visual, no señalan ni entienden cuando alguien señala, no adecúan el lenguaje no verbal al verbal y no ajustan comportamiento al contexto.

3. Conductas o intereses estereotipados en forma de movimientos (balanceo, de objetos, ecolalia); monotonías y rutinas (rigidez de pensamiento, palabra y acción); dificultad en los cambios; intereses restringidos y fijos por actividades u objetos poco habituales. E hiper o hiporreactividad sensorial al ruido, a texturas, olores, dolor, etc.
4. Otras características asociadas que apoyan el diagnóstico son el deterioro intelectual y del lenguaje, caminar extraño y torpeza, irritabilidad y autolesiones; y flexibilidad cética.

Existen tres variantes:

- Autismo tipo Kanner: cuando el trastorno se hace evidente desde el nacimiento.
- Trastorno desintegrativo infantil: cuando hay un deterioro importante del lenguaje, cognitivo y social tras un periodo previo de desarrollo normal hasta entonces.
- Síndrome de Asperger: que se caracterizaría por la falta de discapacidad intelectual y la falta de alteraciones del lenguaje.

Trastorno oposicionista desafiante (TOD)

Son niños muy irritables y susceptibles, que se sienten enfadados continuamente y con tendencia a perder la calma. Mantienen una actitud desafiante en forma de discusiones, desafíos y molestias constantes, culpando con frecuencia a otros. Además, son rencorosos y vengativos, en cuanto pueden devuelven el agravio que han sentido.

Trastornos alimentarios

A parte de vómitos o alteraciones en el ritmo intestinal, uno de los trastornos alimentarios que puede aparecer en este periodo es el trastorno evitativo restrictivo de la ingesta (TERI) que se caracteriza por una falta de interés por la comida, ingerir poca cantidad de comida y una dieta muy poco variada que lleva a un bajo peso¹³.

Trastornos del sueño¹⁴

- **Insomnio.** Es el trastorno del sueño más frecuente y se puede manifestar por una resistencia a irse a la cama o para dormir solo. La causa más frecuente son unos malos hábitos.
- **Apnea obstructiva del sueño.** Es la aparición de episodios repetidos de obstrucción del flujo aéreo durante el sueño. Un signo frecuente son los ronquidos y entre las consecuencias están los despertares durante el sueño, la somnolencia diurna y la falta de atención y concentración.
- **Síndrome de piernas inquietas.** Se caracteriza por la necesidad imperiosa de mover las piernas y por la presencia de sacudidas involuntarias de las mismas en la transición vigilia-sueño.
- **Pesadillas.** Son sueños muy vividos, desagradables que aparecen en la segunda mitad de la noche y pueden llegar a despertar al niño y recordarlas por la mañana. A diferencia, los terrores nocturnos son episodios de gritos o llantos que suceden en la primera mitad de la noche, el niño no se despierta y por la mañana no recuerda nada de lo sucedido.

Etapa escolar

Es una etapa de relativa tranquilidad y consolidación que se caracteriza físicamente por la maduración, el crecimiento, y la adquisición de mayor fuerza y destreza¹⁵.

El pensamiento se hace más lógico y no tan intuitivo. El niño es capaz de razonar y por tanto de pensar antes de actuar y asimilar perspectivas distintas a las propias. La atención y la memoria progresan y se adquiere la lectura y la escritura lo que facilita la comunicación.

Con la incorporación al colegio aumenta aún más la socialización. El niño tiene que relacionarse con adultos diferentes a los familiares e interiorizar normas y

reglas de educación y disciplina. Las relaciones con iguales son más extensas y cada vez más estables. Descubre que forma parte de un grupo en el que está de igual a igual, por lo que su egocentrismo puede verse herido. Tiene que enfrentarse a las distintas tareas evitando el fracaso y así irá forjando el auto-concepto, la autoestima, la confianza, la autonomía y la iniciativa.

En esta etapa se pondrán de manifiesto los trastornos relacionados con la falta de adquisición de hitos del desarrollo, como los problemas de eliminación (enuresis y encopresis) y los problemas del aprendizaje. Los sentimientos de inferioridad y fracaso pueden aparecer y ser causa o consecuencia de trastornos de ansiedad e incluso depresión. Estos sentimientos también pueden derivar en agresividad con trastornos de conducta como mecanismo de defensa, al preferir que los vean como malos y no como tontos¹⁶.

Trastornos del aprendizaje¹⁰

Este grupo se refiere a los trastornos de la lectura, escritura o el cálculo que pueden dar sus primeros síntomas a estas edades.

Trastornos de eliminación¹⁷

- **Enuresis.** Incontinencia de orina involuntaria que puede ser diurna o nocturna. Se define como primaria cuando no ha ocurrido un periodo prolongado de control y secundaria cuando este periodo ha sido de al menos 6 meses. La edad a partir de la cual se considera un trastorno son los 5 años. Habitualmente los niños con enuresis no tienen alteraciones emocionales subyacentes, aunque sí sufren las consecuencias como ansiedad, inseguridad o no poder quedarse a dormir fuera de casa.
- **Encopresis.** Excreción repetida de heces en lugares inapropiados (en la ropa o en el suelo), ya sea involuntaria o voluntaria. También puede ser primaria o secundaria. Puede ir asociada a estreñimiento (retentiva), con un componente más emocional,

o sin estreñimiento (no retentiva), con un componente más reactivo-agresivo. La edad a partir de la que se considera un trastorno son los 4 o 5 años.

Trastornos de ansiedad¹⁸

Ciertos miedos son normales durante el desarrollo como el miedo a los animales, a la oscuridad, a las tormentas; igual que algunos rituales al acostarse o al jugar. Por tanto, ansiedad es un miedo que surge sin un peligro claro y evidente o que es desproporcionado en intensidad y duración, que genera un gran malestar e interfiere en el funcionamiento y desempeño diario.

Se expresa a través de síntomas físicos como la hiperventilación, la taquicardia o la inquietud motora. También con somatizaciones en forma de dolor abdominal o cefalea y trastornos del sueño con dificultad para irse a dormir o pesadillas. En casos más graves puede aparecer desrealización o sentimiento de extrañeza con el propio yo, y despersonalización o sentimiento de extrañeza con el entorno.

Existen distintos cuadros clínicos:

- Trastorno de ansiedad generalizada. Preocupación excesiva por la vida en general, los exámenes, las relaciones interpersonales, el pasado, el futuro, la salud, etc.
- Trastorno de ansiedad de separación. Angustia inespecífica al separarse de las figuras de apego al irse a acostar, ir al colegio, salir con amigos, dormir fuera de casa, ir de campamento, etc.
- Trastorno de pánico. Sensación de muerte inminente, locura o pérdida de control que puede ir acompañada de agorafobia.
- Fobias simples. Miedo irreprimible y persistente ante un estímulo, objeto o situación que solo aparece ante el contacto con ese estímulo.

- Fobia escolar. Gran angustia generada de forma inespecífica o centrada en algún aspecto del colegio que le impide asistir y rechazar el colegio.
- Trastorno de estrés postraumático. Impacto emocional sufrido ante situaciones relacionadas con sufrimiento o muerte como violencia, accidentes o catástrofes que generan un tiempo después la presencia de recuerdos invasivos, repetitivos e inevitables del suceso, con pesadillas y gran sufrimiento para el paciente.
- Fobia social. Pánico a las situaciones sociales por temor a hacer el ridículo o con sentimientos de vergüenza. Más propia del final de esta etapa e inicio de la adolescencia.
- Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)¹⁹. Es un trastorno de ansiedad que se caracteriza por la presencia de pensamientos obsesivos que son ideas invasivas, repetitivas, inquietantes, no deseadas e inevitables. Son frecuentes las relacionadas con suciedad, hechos horribles, simetría y orden, superstición o números de la suerte.

Casi siempre aparecen compulsiones que son comportamientos estereotipados, prolongados, inevitables, que pretenden calmar. Los más frecuentes son de lavado de manos, tener que entrar y salir por una puerta, de comprobación, tocar algo un número determinado de veces, etc.

Tanto las obsesiones como las compulsiones tienen un componente egodistónico lo cual le confiere una gran angustia pues no pueden evitar pensar o hacer algo que saben que es absurdo y nada tiene que ver con su forma habitual de pensar o actuar.

A lo largo del desarrollo aparecen rituales que tienen un carácter lúdico y placentero, con escasa interferencia en la vida del niño y que no reacciona mal cuando le interrumpen su realización. A diferencia del ritual propio del TOC que es vivido con mucha ansiedad, con gran interferencia en la vida del niño, que se mostrará muy irritable cuando le impidan desarrollarlos²⁰.

*Trastorno depresivo*²¹

Estado de ánimo en el que el niño tiene una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, con sentimientos de hostilidad y rechazo por el entorno y una pérdida de la autoestima.

Los síntomas principales son:

- Disminución del estado de ánimo con tristeza (a veces irritabilidad más que tristeza), autoconcepto negativo, celos, envidias, sentimientos de culpa e inferioridad ante los iguales. Pueden llegar a tener ideas de muerte o de suicidio.
- Inhibición Psicomotriz con pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar (anhedonia), apatía, aburrimiento, desinterés por el juego y otras actividades y abandono de estas.
- Sentimientos de soledad, abandono o de marginación con tendencia al aislamiento y a la pasividad en las relaciones.
- Dificultades escolares por inatención, falta de concentración y memoria, problemas de comprensión y lentitud.
- Alteraciones neurovegetativas con fatiga, dificultades en el sueño y alteraciones del apetito.
- Quejas somáticas: sobre todo en los más pequeños pueden aparecer cefaleas, dolor abdominal recurrente o encopresis.

En los niños suelen ser más graves, más precoces y con más trastornos de conducta, y en las niñas predominan los trastornos ansiosos previos, suelen ser más tardía y con mayor aislamiento.

*Desregulación disruptiva del estado de ánimo*¹⁰

Categoría diagnóstica reciente orientada a niños entre los 6 y los 18 años, con accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbal o conductual-

mente cuya intensidad y duración son desproporcionadas a la situación o provocación. Estas "rabietas" no concuerdan con el grado de desarrollo y suceden unas tres o más veces por semana. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas además de los padres.

Trastornos de conducta

Los trastornos de conducta se refieren a un patrón persistente de un comportamiento disruptivo con transgresión de los derechos de otro o con incumplimiento de normas en forma de agresiones a personas o animales, destrucción de la propiedad, engaños o robos e incumplimiento de normas.

Tanto en esta categoría como en el TOD el pronóstico empeora con una edad de inicio temprana y la presencia limitada de conductas prosociales, como falta de remordimiento, falta de empatía, desinterés por el rendimiento o la superficialidad en las relaciones¹⁰.

Adolescencia

La adolescencia se caracteriza por ser un periodo de cambios intensos y rápidos a nivel biopsicosocial¹⁵. Es una etapa transcendental que pretende adquirir identidad, integridad e independencia.

Presenta cambios morfológicos y hormonales. Hay un crecimiento importante, se aumenta de peso y aparecen los caracteres sexuales entre los 9 y los 13 años. Estos cambios pueden desestabilizarles y generarles ansiedad o alteraciones en el autoconcepto, autoimagen o autoestima. Se examinan constantemente y se comparan con frecuencia. Además, es un periodo de autoconocimiento y de experimentación sexual.

El pensamiento es más abstracto y más rápido. El razonamiento moral es más complejo y son más capaces de ponerse en el lugar del otro, se hacen críticos y cuestionan las reglas y explicaciones de los adultos.

Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)¹³

Los cambios mencionados en desarrollo físico, hormonal y sobre la identidad, junto con la presión social y mediática acerca de la alimentación y la figura, hace que la adolescencia sea un periodo vulnerable al desarrollo de un TCA.

Existen signos de alarma generales como hacer comentarios frecuentes acerca de temas relacionados con el peso, la talla, la figura o el ejercicio, realización de mayor ejercicio físico del habitual, la pérdida de peso injustificada, acudir al baño después de las comidas, interés por webs relacionadas, quejas de sintomatología digestiva o amenorrea.

- Anorexia nerviosa (AN): se caracteriza por distorsión de la imagen corporal y fobia a subir de peso. Hacen ayunos prolongados y se saltan comidas principales (AN restrictiva) y en ocasiones emplean métodos para acelerar la pérdida de peso como provocarse el vómito, consumir laxantes o diuréticos, y hacer ejercicio intenso (AN purgativa).
- Bulimia nerviosa: episodios en los que se come mucho en poco tiempo, más de lo que comería la mayoría de las personas, con sensación de pérdida de control. Comen hasta sentirse desagradablemente llenas, lo hacen muy deprisa y generalmente a solas. El malestar posterior y los sentimientos de culpa y miedo a subir de peso generan comportamientos compensatorios como provocarse el vómito o hacer ejercicio físico intenso.
- Trastorno por atracón. Se parece a la bulimia, pero sin comportamientos compensatorios.

Consumo de tóxicos

La adolescencia es un momento de gran curiosidad y de sentirse "inmune" a ciertos riesgos, entre los que se encuentra el consumo de drogas. Son señales de sospecha de consumo en un adolescente²².

- Cambios de humor.
- Modificación en los patrones de sueño y alimentación.
- Bajada en el rendimiento escolar, ausencias del colegio.
- Uso de incienso, ambientadores o perfumes para esconder los olores.
- Cambios en su círculo de amistades y estar más reservado.
- Pedir dinero prestado con mayor frecuencia.
- Evidencia de accesorios relacionados con las drogas (pipas, papeles para enrollar cigarrillos, bolsas de papel o trapos para inhalar, etc.).
- Uso de gotas para los ojos (para disimular los ojos enrojecidos o las pupilas dilatadas), enjuagues bucales o caramelos de menta (para encubrir el aliento).
- Desaparición de medicamentos.

Abuso de nuevas tecnologías

Utilidad, afición o adicción. Es evidente que las nuevas tecnologías nos facilitan nuestro quehacer diario. Proporcionan una respuesta rápida a muchas dudas, permiten relacionarnos y son una fuente de ocio y diversión muy amplia²³. Precisamente en sus virtudes están también sus riesgos.

Entre los síntomas de alarma de abuso o dependencia están:

- Satisfacción al estar en internet (chat, mail, navegando, jugando...).
- Necesidad de dedicación creciente.
- Dificultad para cerrar una sesión.

- Abstinencia. Pensar en Internet cuando se está haciendo otra cosa. Estar inquieto, angustiado o irritable cuando no se está conectado.
- Mentir sobre el tiempo dedicado
- Descuidar otros aspectos de su vida de relación familiar, social o escolar.

Psicosis

La psicosis es una pérdida de contacto con la realidad. Se utiliza para referirse al grupo de trastornos psicóticos, que incluye esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno esquizofreniforme y trastorno delirante²⁴. Representan un importante grupo de trastornos que altera la percepción de una persona, los pensamientos, el estado de ánimo y el comportamiento. Es importante tener en cuenta que la Esquizofrenia no es frecuente antes de los 15 años, considerándose de inicio temprano a la que aparece antes de los 15 años (0,14-0,25%) y de inicio muy temprano a la que aparece antes de los 13 años (0,06-0,01%). Existe un predominio en el varón²⁵.

La psicosis y la esquizofrenia suelen estar precedidas por un periodo prodromico, con una duración de hasta 12 meses, en los que se alteran el comportamiento y el funcionamiento psíquico del niño. Los familiares pueden detectar primero estos cambios, que incluyen la aparición de síntomas psicóticos transitorios o atenuados, como alucinaciones o delirios con deterioro funcional. De manera más sutil, el niño o adolescente puede retraerse socialmente, con alteraciones de expresión emocional. Es importante saber que la mayoría de los niños y jóvenes con síntomas psicóticos transitorios o atenuados no llegan a desarrollar psicosis o esquizofrenia, aunque los que tienen estos síntomas parecen tener un riesgo mayor.

La clínica se caracteriza por:

- Delirios: creencias fijas y falsas, generalmente difusas y que suelen hacer referencia a poderes sobrenaturales, demonios, monstruos o a la pre-

sencia dentro de ellos de máquinas o personas con preocupaciones extrañas acerca de su cuerpo y de la percepción de sí mismos.

- Alucinaciones: percepciones sin estímulo. Generalmente auditivas en forma de voces simples o complejas que dialogan y comentan su comportamiento. También pueden ser de carácter imperativo o insultante.
- Alteraciones formales del pensamiento: disgregación o ausencia de conexión en las asociaciones de las ideas.
- Alteraciones de la psicomotricidad con ecopraxias, manierismos o incluso catatonía.
- Síntomas negativos: apatía, falta de motivación, aplanamiento afectivo, reducción en la expresividad emocional, aislamiento social, abandono, indiferencia afectiva o risas inmotivadas.

Trastorno bipolar

Trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por episodios de alteración del estado de ánimo que está persistentemente elevado, expansivo o irritable (manía o hipomanía) que alternan con episodios de depresión.

Los síntomas de exaltación del estado de ánimo pueden ser¹⁰:

- Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
- Disminución de la necesidad de dormir.
- Más hablador de lo habitual o presión para hablar.
- Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
- Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes).

- Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el colegio, o sexual) o agitación psicomotora.
- Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias negativas (compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).

La diferencia entre hipomanía y manía está en la duración y gravedad. Hipomanía se reserva para una duración de 4-6 días y sin síntomas psicóticos^{26,27}.

En los niños y adolescentes la manía puede caracterizarse por una importante irritabilidad o una intensa y prolongada rabia. Además, pueden presentar con más frecuencia ciclación rápida, episodios mixtos, síntomas psicóticos y resistencia al tratamiento.

Autolesiones

Las conductas autolesivas suponen un daño físico que alguien se causa voluntariamente a sí mismo, con la intención de hacerse daño, pero sin intención suicida, en forma de cortes o golpes repetidos. Es un fenómeno en aumento entre los adolescentes y con una incidencia importante, estimándose una prevalencia del 13% de los adolescentes²⁸.

Existen distintos modelos explicativos²⁹:

- Modelo de la regulación de los afectos: la autolesión es una estrategia para aliviar afectos negativos agudos e intensos. Se prefiere el dolor físico al dolor psicológico.
- Modelo de la disociación, como una respuesta a la aparición de estados de disociación, de despersonalización o desrealización, permitiéndoles volver a la realidad.
- Modelo de conducta suicida alternativa, la autolesión pretende hacerse mucho daño, pero sin el deseo de morir.

- Modelo de influencia interpersonal pretendiendo influir sobre las conductas, afectos y decisiones de otras personas significativas.
- Modelo de los límites interpersonales, le permitiría distinguir concretamente su identidad física para afirmar su autonomía.
- Modelo del castigo merecido.
- Modelo de búsqueda de sensaciones como una forma de generar excitación y emociones intensas.

Suicidio

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística en el año 2016 se suicidaron en España 12 niños entre los 10 y 14 años, y 58 entre los 15 y 19 años³⁰.

Como factores de riesgo están el padecer cualquier trastorno mental, los varones lo consuman con más frecuencia, los intentos previos, los acontecimientos vitales estresantes, el consumo de tóxicos, las escasas habilidades sociales, una deficiente supervisión por los padres, la enfermedad mental en los padres y la comorbilidad de la depresión con otra patología³¹.

En la evaluación de un intento de suicidio es muy importante tener en cuenta la letalidad del intento y la rescatabilidad del mismo. Como indicadores de hospitalización están: alta letalidad de la tentativa, planificación, obstáculos puestos por el paciente para los demás, existencia de patología psiquiátrica subyacente (depresión grave), falta de apoyo familiar, trastornos psiquiátricos en los familiares, situación caótica de la familia²¹.

CONCLUSIONES

- En la evaluación de sintomatología psiquiátrica es importante tener presente el momento evolutivo del niño.
- Cada etapa evolutiva tiene una prevalencia de trastornos distinta.

- El mejor enfoque para hacer una formulación de los casos es el biopsicosocial pues permitirá determinar con mayor certeza la existencia de un trastorno.
- Es importante obtener información de varios informantes de los distintos entornos del niño.
- Hay que hablar a solas con los niños con una actitud empática y tratar con ellos todos los temas, aunque se consideren tabú, como las ideas autolíticas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Documento de constitución de la organización Mundial de la Salud. [Fecha de acceso 28 nov 2018]. Disponible en http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
2. OMS. Salud mental, un estado de bienestar. 2013. [Fecha de acceso 28 nov 2018]. Disponible en http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
3. Hidalgo Vicario MI. El pediatra y la salud mental. *Pediatr Integral*. 2012;XVI(9):673-5.
4. Delimitación del campo de conocimiento. En: Fundación Alicia Koplowitz. Libro blanco de la psiquiatría del niño y del adolescente. España: Origen Gráfico; 2014. p. 17-19.
5. Perou R, Bitsko RH, Blumberg SJ, Pastor P, Ghandour RM, Gfroerer JC, et al. Mental health surveillance among children - United States, 2005-2011. *MMWR*. 2013;62(Suppl):1-35.
6. 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;56:345-65.
7. Henderson SW, Martín A. Formulation and integration. En: Martín A, Bloch MH, Volkman FR. Lewis's Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook. Fifth Edition. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018. p. 813-29.
8. Lemos Giraldez S. La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del Psicólogo*. 2003;85:19-28.
9. Mayes LC, Gilliam WS, Stout Sosinsky L. The infant and toddler. En: Martín A, Bloch MH, Volkman FR. Lewis's Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook. Fifth Edition. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018. p. 813-29.
10. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5). 5.ª edición. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2014.
11. Turk J, Graham P, Verhulst F. Neurodevelopment and neuropsychiatric disorders. En: Turk J, Graham P, Verhulst F. Child and Adolescent Psychiatry. A developmental approach. Fourth Edition. Oxford: Oxford University Press; 2007. p. 65-190.
12. Protocolos de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente 2008. [Fecha de acceso 28 nov 2018]. Disponible en https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/nino_sano_0-2_anos.pdf.
13. Graell Berna M, Villaseñor Montarroso A, Faya Barrios M. Signos de alerta en los trastornos de la conducta alimentaria en Atención Primaria. Del nacimiento a la adolescencia. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2015. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2015. p. 423-30.
14. Gállego Pérez-Larraya J, Toledo JB, Urrestarazu E, Iriarte J. Clasificación de los trastornos del sueño. *An Sist Sanit Navar*. 2007;30(Supl. 1):19-36.
15. Domenech Llabería E, Rey Sánchez F, de la Fuente JE. Desarrollo evolutivo normal. En: Soutullo Espeñón C, Mardomingo Sanz MJ. Manual de Psiquiatría

- del Niño y del Adolescente. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 36-51.
16. Com Rick-Graham L, Fox GS. Development of school-age children. En: Martín A, Bloch MH, Volkman FR. *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook*. Fifth Edition. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018. p. 276-309.
 17. Hernández Guillén R, Rodrigo Alfageme M. Trastornos de la eliminación: enuresis y encopresis. *Pediatría Integral*. Curso de Formación Continuada en Psiquiatría Infantil. [Fecha de acceso 28 nov 2018]. Disponible en www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/02/Ps_inf_trastornos_eliminacion_enuresis_encopresis.pdf
 18. Mardomingo Sanz MJ, Gutiérrez Casares JR. Trastornos de ansiedad. En: Soutullo Esperón C, Mardomingo Sanz MJ. *Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 97-110.
 19. Zinder LA, Swedo SE. Pediatric obsessive-compulsive disorder. *JAMA*. 2000;284:3104-6.
 20. Toro Trallero J. Obsesiones en la infancia. En: Vallejo Ruiloba J. *Estados obsesivos*. Salvat; 1986. p. 163-187.
 21. De Dios Vega JL, García-Onieva Artazcoz M. Depresión, suicidio, duelo. *Pediatría Integral*. Curso de Formación Continuada en Psiquiatría Infantil. [Fecha de acceso 28 nov 2018]. Disponible en www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/02/Ps_inf_depresion_suicidio_duelo.pdf.
 22. Ruiz Lázaro PJ. Protocolo diagnóstico de sospecha de drogadicción y alcoholismo. *Medicine*. 2010;10(61):4238-41.
 23. Echeburúa E, de Corral P. Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*. 2010;22(2):91-6.
 24. NICE guidelines. Psychosis and schizophrenia in children and young people: recognition and management. Published date: January 2013. [Fecha de acceso 28 nov 2018]. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26065063>
 25. Agüero Juan A, Agüero Ramón-Llín C. Esquizofrenia prepuberal. En: Ballesteros C (coord.). *Práctica clínica paidopsiquiátrica. Historia Clínica. Guías Clínicas*. Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Madrid: Adalia; 2006.
 26. Soutullo CA, Escamilla-Canales I, Wozniak J, Gama-zo-Garrán P, Figueroa-Quintana A, Biederman J. Pediatric bipolar disorder in a spanish sample: features before and at the time of diagnosis. *J Affective Disorders*. 2009;118:39-47.
 27. Soutullo Esperón C, Figueroa Quintana A, Chang KD. El trastorno bipolar, ¿puede diagnosticarse en la edad pediátrica? *An Pediatr Contin*. 2012;10(4):208-16.
 28. Gómez Sánchez S, Sevillano Bentito I, Geijo Uribe S, Mongil López B, Vaquero Casado M, et al. Autolesiones en una unidad de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil. *Psiquiatr Biol*. 2018;25(1):2-6.
 29. Villarroel J, Jerez S, Montenegro M, Montes C, Igor M, Silva H. Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2013;51(1):38-45.
 30. INE. Defunciones según la causa de muerte. [Fecha de acceso 28 nov 2018]. Disponible en <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=7947>
 31. Shaffer D, Greenberg T. Suicidio y conductas suicidas en niños y adolescentes. En: Shaffer D, Waslick BD. *Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes*. 1.ª edición. Ars Medica; 2003. p. 137-69.