

DETECCIÓN PRECOZ DE PROBLEMÁTICA MENTAL (GRAVE) EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Ana María Jiménez Pascual

Introducción

Por detección precoz entendemos toda acción encaminada al descubrimiento de un problema psicopatológico en sus primeros estadios o justo antes de su inicio. Pero también la entendemos como la detección temprana de signos de posible sufrimiento psíquico en la infancia y adolescencia, que pueden ya indicar el inicio de una psicopatología, o bien constituir signos de alarma del posible desarrollo de la misma en edades posteriores.

La infancia y adolescencia son periodos evolutivos cruciales y las condiciones en las que se va desarrollando la personalidad del niño, la niña y el adolescente son esenciales para su salud mental, tanto presente como futura, ya que se sabe que factores genéticos, orgánicos, ambientales, psíquicos y relacionales pueden influir en su desarrollo emocional, provocando trastornos psicopatológicos definidos. La prevalencia de problemas mentales en estas edades está alrededor del 12- 14% y gran parte de los trastornos que se sufre siendo adultos, empiezan a manifestarse en la adolescencia, especialmente hacia los 14 años. Pero la pandemia ha emporado esta situación.

En estos primeros años el funcionamiento psíquico y su sustrato orgánico, el Sistema Nervioso Central, aún no están desarrollados plenamente y pueden ser modificables en gran medida (Ansermet F.; Magistretti P. 2006). Por ello, una correcta detección e intervención precoz y adecuada a las necesidades concretas es importante para obtener una significativa mejoría en las edades más precoces, lo que además previene el desarrollo de ulteriores alteraciones tanto en su desarrollo biológico y psíquico, como en las dinámicas relacionales intrafamiliares y sociales.

Esto es especialmente importante en los problemas mentales graves en estas edades, ya que estos, en términos generales, tienen en común el provocar una pérdida en las posibilidades evolutivas y de vida autónoma, así como serias dificultades en la vida relacional, social y familiar, estando asimismo seriamente alteradas sus capacidades académicas o profesionales. Según la OMS (OMS, 2004) la mitad de las causas de discapacidad a nivel mundial son de origen psiquiátrico.

Desde hace ya muchos años hay un interés creciente por la detección e intervención precoz de trastornos mentales en estas edades. Sin embargo, si bien es verdad que en la actualidad se están impulsando por parte de las autoridades sanitarias programas para la prevención del suicidio, de adicciones y de primeros brotes psicóticos en adolescentes, los programas de prevención, detección e intervención precoz en la primera infancia apenas se han desarrollado y menos se han generalizado los ya existente. Entre las causas podemos tener la tardanza en la aparición y desarrollo de equipos y profesionales específicos de Salud Mental del

Niño y del Adolescente en nuestro país, con desigual desarrollo en las distintas comunidades autónomas, el aumento creciente de la demanda y la deriva desde un modelo de Salud Mental Comunitaria, donde la concepción bio-psico-social, y por tanto los aspectos preventivos y de detección e intervención precoz son fundamentales, hacia un modelo de asistencia biomédico, donde prima la visión más orgánica de la asistencia.

Sobre la detección precoz de problemas mentales en infancia y adolescencia

La detección precoz, que está dentro de la prevención secundaria selectiva, tendría que cumplir determinados requisitos para poder ser eficaz y no estigmatizante. Debería estar implícita en la práctica de los diferentes profesionales y equipos que los atienden, además de tener que desarrollar programas o guías o protocolos específicos para determinadas psicopatologías. Por otra parte, la detección precoz está inmersa en la cadena prevención, detección, diagnóstico e intervención precoz, y debería ser indisoluble al menos de las dos últimas, ya que es imprescindible que haya una correcta valoración diagnóstica para saber qué medidas de intervención son necesarias, cuando se realizan programas de detección precoz. Y estas medidas tiene que contar con un circuito claro para desarrollarlas, y que abarquen tanto medidas indirectas, como intervenciones concretas de diferentes áreas (educativas, sociales y de salud).

En toda esta cadena, el punto clave donde deberían coincidir, es partir de que la Salud Mental (SM) no es solo de los profesionales de SM, sino que también está íntimamente relacionada con aspectos sociales y educativos y por tanto concierne también a los profesionales de estas disciplinas. Por ello, los programas o protocolos que se ponen en marcha en cualquiera de estas áreas deben de ser trabajados, la mayor parte de ellos, de modo coordinado entre los distintos dispositivos que están implicados, incluso desde su diseño, incluyendo vías que agilicen las valoraciones diagnósticas interprofesionales.

Dichos programas, al ponerse en marcha, deberían de partir de una sensibilización y formación específica de los profesionales de todos los ámbitos implicados, que suelen ser Atención Primaria de Salud (AP), Servicios Sociales (SS), educativos y los propios de SM, seguido de una evaluación y seguimiento de su desarrollo.

Así mismo el trabajo coordinado y/o en red es imprescindible, con reuniones periódicas de los profesionales de SM con AP, donde se pueda reflexionar, asesorar o incluso evaluar conjuntamente un caso determinado, y con educación y/o SS cuando sea necesario, que permitan también la reflexión conjunta sobre un caso (Ubieto, J.R. 2012) y valorar las actuaciones a seguir.

Por otra parte, muchos de los programas o protocolos/ guías y escalas de evaluación de riesgo de evolución hacia un cuadro psicopatológico grave en bebés, niños, niñas y adolescentes, tienen en cuenta los signos de riesgo y de alarma en los mismos, pero no en los cuidadores y en los relativos a las interacciones entre ambos, aspectos fundamentales en el desarrollo psíquico en estas edades tempranas, ya que puede cronificar la situación o, por el contrario, mejorar la

evolución. En los estudios en el campo de la psicopatología del desarrollo (Mechthild Papousek. 2001) se intenta sustituir los antiguos modelos causa-efecto, por un intento de comprender los intercambios relacionales dinámicos con los padres y el entorno social, teniendo en cuenta tanto factores de riesgo, como factores protectores, las características de vulnerabilidad del chico/ chica, pero también la capacidad de resiliencia (capacidad de adaptación a situaciones adversas), factores descompensatorios y compensatorios y además ver si los aspectos contextuales, ambientales y el momento del desarrollo evolutivo están teniendo una influencia en la adaptación en la familia, escuela o medios sociales. Estos factores de riesgo o señales de alarma tienen que ser accesibles para la asistencia cotidiana en los equipos asistenciales habituales, al menos en el ámbito de la salud y poder recogerlos en las historias clínicas de Atención Primaria actuales, y en Programa del Niño Sano.

Por último, y en términos generales, hay que considerar con precaución los protocolos estandarizados para la detección precoz de psicopatología, porque si no se personalizan y se valoran los posibles signos de alarma dentro del contexto concreto (social, educativo, familiar), viendo si la intervención ha de ser de tipo indirecto disminuyendo o influyendo en los factores de riesgo (asesoramiento, apoyo, mejora de condiciones...) y favoreciendo los factores protectores personales o ambientales que pueden amortiguar el riesgo (apoyo psicosocial a la familias, recursos de integración social, alternativas pedagógicas adaptadas, de contacto y apoyo por parte de las redes sociales, profesionales y no-profesionales, abordaje tutelado del tiempo libre, intervenciones precoces en domicilio o en otros medios para esas familias en situación de riesgo psicosocial grave, de abusos, maltratos, negligencias en el cuidado o trastornos en la vinculación), o intervenciones más específicas, se corre el riesgo de estigmatizar al niño, niña o adolescente con ciertos problemas, y crear una alarma familiar, que puede agravar la situación al provocar una sobrevigilancia y en muchos casos, una sobreprotección muy negativa para su desarrollo. Las intervenciones han de ser por ello muy cuidadosas y basadas más en las conexiones sociales, la ayuda entre pares o la aceptación de las diferencias. La detección precoz ha de ser del sufrimiento psíquico, y evitar diagnósticos, que en muchas ocasiones actúan como etiquetas estigmatizantes.

Hay que dar prioridad a la psicopatología mental grave, a pesar de que su prevalencia es muy inferior a la de otras patologías de la infancia, dadas las graves consecuencias que tiene a todos los niveles. Sin embargo, en muchos casos, la detección no se realiza hasta la pubertad o adolescencia, como pronto en la segunda infancia, cuando ya se están produciendo alteraciones severas del comportamiento, fracaso escolar, TDAH u otros síntomas de inestabilidad emocional.

Así mismo son importantes la detección e intervención precoz de los intentos autolíticos, y del maltrato y abuso en infancia. En la actualidad ya sabemos los cambios neurobiológicos que las primeras experiencias de violencia y/o maltrato persistente pueden provocar en el niño. Y como está relacionado con determinadas psicopatologías posteriores. (Kandel, E. R. 2006)

Hasta el momento, no se han encontrado marcadores específicos ni a nivel biológico, ni psíquico, ni social para la detección precoz de estas problemáticas mentales. Sin embargo, diferentes investigaciones han podido consignar algunos factores de riesgo para la psicopatología grave y signos de alarma en el bebé y en la infancia y adolescencia, pero también precursores o señales de alarma inespecíficas en estas edades, que correlacionaran significativamente con la aparición de problemas mentales graves, no solo en la infancia y adolescencia, sino también en la edad adulta. (Tizón J. 2008).

Factores de riesgo de Trastorno Mental Grave (TMG)

Se consideran factores de riesgo todas aquellas circunstancias de la persona o de su entorno que puedan conllevar una mayor posibilidad de trastorno psicopatológico que la que se observa en la población general. (Jiménez A.M. 2002). Un factor de riesgo, por sí solo, no tiene por qué ser significativo, pero la asociación de varios potencia ese riesgo. Es importante también tener en cuenta factores, biológicos y psíquicos, que determinan una vulnerabilidad sobre la cual los factores de riesgo pueden facilitar aún más las evoluciones desfavorables.

De la revisión de la bibliografía internacional sobre factores de riesgo y señales de alarma en personas que han desarrollado un trastorno mental grave del tipo esquizofrenia y otras psicosis (Artigue J. Tizón J. 2013) (Cullberg. 2007), podemos en esquema hacer las siguientes agrupaciones:

- Antecedentes familiares con Trastorno Mental
- Familias desestructuradas y/o con funciones parentales claramente deficitarias. Bajo nivel socioeconómico o déficit de integración social. Hª de violencia. Acontecimientos estresantes (ruptura, abandono, muertes...). Dificultad social: vivienda, indocumentados, prostitución... (ODAT. 2019) (Atención Temprana. 2019)
- Niños nacidos con alto riesgo biológico (más frecuente organización vincular ambivalente o desorganizada, que pueden desembocar en dificultades del vínculo o relacionales). (G. Fava. 1997)
- Alteración primeras relaciones padres – bebé: hospitalizaciones frecuentes, separación de la diada, depresión postparto. Depresión materna.
- Retrasos psicomotores (lenguaje, deambulación).
- Relación con los demás de inhibición y pasividad.
- Vivencias traumáticas tempranas. Acoso escolar permanente.

Factores precipitantes (Cullberg. 2007)

En el riesgo de psicopatología grave es muy importante también considerar estos factores en personas vulnerables.

Factores no específicos:

- Aislamiento
- Falta de sueño (puede ser un signo de alarma importante)

- Alteraciones somáticas (corticoides, lupus, patologías intracraneales...)
- Consumo de tóxicos
- Stress intenso (escuela, trabajo, relaciones...)

Factores específicos

- Crisis evolutivas o de transición (pubertad, adolescencia)
- Perdidas y separaciones
- Situaciones que provocan heridas narcisistas.

Signos de alarma

La detección precoz en SM no equivale a un diagnóstico específico, sino la detección de ciertos comportamientos psicopatológicos, a veces con funcionamiento estable, pero que conllevan o han conllevado un sufrimiento psíquico y cuyo equilibrio puede romperse y dar lugar al cuadro florido.

Las vías de detección son las manifestaciones o quejas del propio niño, niña o adolescente y su familia, la escuela, los profesionales de A. Primaria, y Servicios Sociales (especialmente para familias en desamparo, maltrato, pobreza...). En el bebé y primera infancia los profesionales también implicados son de neonatología, pediatría especialmente de primaria (programas de preparación al parto y del seguimiento del niño sano) y Salud Mental (programa materno infantil. Padres con TMG)

Infancia

En toda valoración de posibles problemas mentales en estas edades, se ha de partir de que comprender el sufrimiento emocional del bebé, del niño y de la niña, supone comprender y estar al tanto de sus trastornos funcionales y desarrollo psicomotor, teniendo pues que tener en cuenta la importancia de la interdisciplinariedad (e interinstitucionalidad) entre cuidados del cuerpo y de la mente, ya que, en los primeros momentos de la vida, el cuerpo y el psiquismo son indisolubles.

Es importante tener presentes en el bebé también las depresiones, los trastornos del vínculo, de la regulación y el comportamiento, de la relación y comunicación, del desarrollo del lenguaje y los retrasos evolutivos (que puedan tener indicios de evoluciones graves) (Valle, M. 2014)

Además de la información de los padres (en un 60% de los casos, son los primeros en sospechar que hay un problema), en el programa del niño sano, la utilización de la escala de valoración del desarrollo psicomotor de Heazier Lleval es esencial para detectar estas señales de alarma. A partir de los 18 meses el test Chat para observación y valoración por pediatra y/o DUE de pediatría y el Mchat para ser rellenado por padres, es utilizado para la detección de posibles cuadros de TEA. Es importante no olvidar que todos estos métodos parten de la observación del niño o de la niña, pero no tienen en cuenta las interacciones con las figuras parentales y con el entorno, que es necesario también explorar. Por ello, cuando se detecten signos disarmónicos en la evolución del niño, se tiene que tener en

cuenta el proceso separación- individuación a través de la observación directa y se puede utilizar también la Escala de Apego Madre-Hijo en Condiciones de Estrés (Massie & Campbell).

Los signos de alarma tienen ciertas peculiaridades diferentes, dependiendo de la edad. En Bebés y niños más pequeños, podemos agrupar los signos de alarma en los siguientes apartados:

- Fallo en la emisión de señales o claves favorecedoras de la comunicación. Retraso del lenguaje
- Comportamiento desorganizado: irritabilidad, hipertonia, apatía, tristeza, insomnio frecuente, hipersensibilidad a estímulos, excitación, labilidad, hiporreactividad, dificultad marcada de establecer ritmos fisiológicos.
- No aparición a su tiempo de sonrisa social, respuestas auditivas, intención comunicativa, atención y curiosidad social. Falta de conductas exploratorias. Ansiedad prolongada ante el extraño.
- Conductas específicas maladaptativas: morder, llorar persistentemente, terquedad, pasividad, agresividad (autoagresiones), anorexia (vómitos provocados); conductas repetitivas; respuestas emocionales y motoras desorganizadas; miedos excesivos; reacciones emocionales planas ante adultos significativos.

En niños/niñas más mayores podemos encontrar:

- Signos depresivos. Trastornos por ansiedad importantes. Vinculación ansiosa.
- Problemas de la comunicación/relación.
- Manifestaciones somáticas de trastornos.
- Hiperactividad.
- Fracaso escolar con disarmonías evolutivas.

Pubertad y adolescencia

Tanto la pubertad como la adolescencia son épocas de gran riesgo en personas vulnerables, debido a los grandes cambios físicos y psíquicos que han de afrontar. Y debido a todos estos procesos psíquicos, que se van a manifestar en su comportamiento, es difícil distinguir la normalidad de la psicopatología. Y el problema se plantea si hay que intervenir, donde, como, cuando y quien, a riesgo de estigmatizar y empeorar la situación.

Con relación a los TMG, hay variedad de perfiles en la adolescencia. Algunos de los síntomas aparentemente psicóticos, pueden encontrarse en el proceso más normalizado adolescente. Por ello es importante hablar de tr. delirante o alucinatorio, no de psicosis (ser prudentes).

Los mismos signos de alarma reseñados para la segunda infancia, son válidos en general para estas edades también. En los TMG es interesante el concepto de *estado mental de riesgo* (Wood, Yung, McGorry, Pantelis. 2011) que describe estados en los que es más probable desarrollar psicosis.

Aunque en cada persona la sintomatología inicial puede ser muy variada, podemos agrupar los signos de alarma de la siguiente manera:

- Cambios en el estado de ánimo: cólera, irritabilidad, inquietud...
- Trastornos del sueño y cambios de alimentación.
- Pérdida de energía, incapacidad para concentrarse y tomar decisiones.
- Percepción de que el entorno a cambiado (atmósfera delirante).
- Retraimiento y aislamiento social.
- Síntomas alucinatorios leves como ruidos, murmullos, con dudas si son internas.
- Discurso desorganizado.
- Desconfianza, pensamientos o comportamientos extraños,
- Mayor dificultad en el trabajo o a nivel educativo

En fase más avanzada prodrómica (*pre-psicosis*), el mundo exterior se experimenta como alterado y más amenazante. Hay una sensación de que va a haber una catástrofe (no se sabe si en el mundo o dentro de uno mismo), lo que produce una gran ansiedad. A veces disminuye la necesidad de dormir; se deambula por la casa y se oye música muy alta; no se cumplen los horarios de comida. Aceleración del pensamiento, con discurso extraño, difícil de entender, vago o metafórico. Hay momentos de gran frustración y desesperación, con impulsos suicidas. Alto nivel de tensión interna, que lleva a explosiones de ira.

Para facilitar la valoración, se puede utilizar los criterios para la detección de estados mentales de alto riesgo Early Detection and Intervention Evaluation (EDIE. 2020)

DETECCIÓN PRECOZ DE PROBLEMÁTICA MENTAL (GRAVE) EN INFANCIA Y ADOLESCANCIA

Ana María Jiménez Pascual

XLI CURSOS DE VERANO DE LA UPV/EHU XXXIV CURSOS EUROPEOS

La atención a la salud mental en Euskadi. Modelo de abordaje, recursos existentes, necesidades detectadas y coordinación entre sistemas

Donostia/San Sebastián. Palacio Miramar

07.Jul - 08.Jul 2022

DETECCIÓN PRECOZ DE PROBLEMÁTICA MENTAL (GRAVE) EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA

- **Detección precoz:**

- * Toda acción encaminada al descubrimiento de un problema psicopatológico en sus primeros estadios o justo antes de su inicio.

- * Detección temprana de signos de posible sufrimiento psíquico en la infancia y adolescencia: pueden ya indicar el inicio de una psicopatología, o bien constituir signos de alarma del posible desarrollo de la misma en edades posteriores.

- **La infancia y adolescencia son periodos evolutivos cruciales para la SM => importancia de la concepción bio-psico-social y de la Epigenética.**

Prevalencia de problemas mentales: 12- 14%. Aumento significativo posCovid. Pr mentales adultos: inicio más hacia los 14 años.

=> **Necesario una correcta detección e intervención precoz** (más de problemas mentales graves)

Según la OMS la mitad de las causas de discapacidad a nivel mundial son de origen psiquiátrico.

- * Obtener una significativa mejoría en las edades más precoces,

- * Previene el desarrollo de ulteriores alteraciones en su desarrollo biológico y psíquico, y en las dinámicas relacionales intrafamiliares y sociales.

Políticas sanitarias y modelo imperante poco favorecedoras de su desarrollo.

Sobre la detección precoz de problemas mentales en infancia y adolescencia

- **Ser eficaz:**

- * Estar implícita (cultura preventiva) en la práctica de los diferentes profesionales y equipos que los atienden.
 - * Estar inmersa en la cadena prevención, detección, diagnóstico e intervención precoz. Debería ser indisoluble de las dos últimas => circuito claro y eficaz para evaluación diagnóstica e intervención.
 - * La SM no es solo de los profesionales de SM: Trabajo coordinado y/o en red => reflexionar, asesorar o incluso evaluar conjuntamente.
- Importante sustituir los **antiguos modelos causa- efecto**, por un intento de **comprender los intercambios relacionales dinámicos con los padres y el entorno social**:
 - * Evaluar factores de riesgo y signos de alarma también en los cuidadores y las interacciones entre ambos (cronificación versus mejora de la situación)
 - * Además: factores protectores, las características de vulnerabilidad del chico/ chica, la capacidad de resiliencia (capacidad de adaptación a situaciones adversas), factores descompensatorios y compensatorios.

Sobre la detección precoz de problemas mentales en infancia y adolescencia

- **No estigmatizante:**
 - * La detección precoz ha de ser del sufrimiento psíquico, y evitar diagnósticos
 - * Evitar crear una alarma familiar, que puede agravar la situación al provocar una sobrevigilancia y en muchos casos, una sobreprotección muy negativa para el desarrollo.
 - * Medidas indirectas disminuyendo o influyendo en los factores de riesgo y favoreciendo los factores protectores personales o ambientales:
 - Apoyo psicosocial a la familias, recursos de integración social,
 - Alternativas pedagógicas adaptadas, de contacto y apoyo por parte de las redes sociales, abordaje tutelado del tiempo libre,
 - Intervenciones precoces en domicilio o en otros medios para familias en situación de riesgo psicosocial grave, de abusos, maltratos, negligencias en el cuidado o trastornos en la vinculación
 - * Intervenciones muy cuidadosas y basadas más en las conexiones sociales, la ayuda entre pares o la aceptación de las diferencias.

Factores de riesgo de TMG

- No se han encontrado marcadores específicos biológicos, psíquicos o social para la detección precoz de estas problemáticas mentales
- **Factores de riesgo:** circunstancias que puedan conllevar una mayor posibilidad de trastorno psicopatológico. Importante la asociación de varios.
 - Antecedentes familiares con TM
 - Familias desestructuradas y/o con funciones parentales claramente deficitarias. Bajo nivel socioeconómico o déficit de integración social. H^a de violencia. De acontecimientos estresantes (ruptura, abandono, muertes...). Dificultad social: vivienda, indocumentados, prostitución...
 - Niños nacidos con alto riesgo biológico (más frecuente organización vincular ambivalente o desorganizada, que pueden desembocar en dificultades del vínculo o relacionales).
 - Alteración primeras relaciones padres – bebé: hospitalizaciones frecuentes, separación de la diada, depresión postparto. Depresión materna.
 - Retrasos psicomotores (lenguaje, deambulación).
 - Relación con los demás de inhibición y pasividad.
 - Vivencias traumáticas tempranas. Acoso escolar permanente.

Signos de alarma problemas mentales graves infancia y adolescencia

- **La detección precoz en SM** = detección de ciertos comportamientos psicopatológicos
 - * A veces con funcionamiento estable.
 - * Conllevan o han conllevado un sufrimiento psíquico y cuyo equilibrio puede romperse.
 - * No equivale a un diagnóstico específico,
 - **Las vías de detección:**
 - * Las manifestaciones o quejas del propio niño, niña o adolescente y su familia.
 - * Centros educativos.
 - * Los profesionales de A. Primaria, y Servicios Sociales (especialmente para familias en desamparo, maltrato, pobreza...).
 - * En el bebé y primera infancia: neonatología, pediatría (programas de preparación al parto y del seguimiento del niño sano) y Salud Mental (programa materno infantil. Padres con TMG).
- Instrumentos observación bebés y 1ª infancia:
- Escala de valoración del desarrollo psicomotor de Heazier Llevel.
 - Test Chat y el Mchat.
 - Escala de Apego Madre-Hijo en Condiciones de Estrés (Massie & Campbell.

Signos de alarma problemas mentales graves infancia

- **Comprender el sufrimiento emocional del bebé, del niño y de la niña:**

* Comprender y estar al tanto de sus trastornos funcionales y desarrollo psicomotor => en los primeros momentos de la vida, el cuerpo y el psiquismo son indisolubles.

En Bebés y niños más pequeños => T Neurodesarrollo, depresiones en el bebé, los trastornos del vínculo, de la regulación y el comportamiento, de la relación y comunicación, del desarrollo del lenguaje y los retrasos evolutivos (que puedan tener indicios de evoluciones graves).

- *Fallo en la emisión de señales* o claves favorecedoras de la comunicación. Retraso del lenguaje. Lenguaje atípico (no señala, no dice Yo, habla en 3º persona)
- *Comportamiento desorganizado*: irritabilidad, hipertonía, apatía, tristeza, insomnio frecuente, hipersensibilidad a estímulos, excitación, labilidad, hiporreactividad, dificultad marcada de establecer ritmos fisiológicos.
- *No aparición a su tiempo* de sonrisa social, respuestas auditivas, intención comunicativa y curiosidad social. Falta de conductas exploratorias. Ansiedad prolongada ante el extraño. No atención compartida, ni juego simbólico
- *Conductas específicas mal adaptativas*: morder, llorar persistentemente, terquedad, pasividad, agresividad (autoagresiones), anorexia (vómitos provocados); conductas repetitivas; respuestas emocionales y motoras desorganizadas; miedos excesivos; reacciones emocionales planas ante adultos significativos.

Signos de alarma problemas mentales graves Infancia, pubertad, adolescencia

- ***En niños/niñas más mayores:***

- Signos depresivos. Trastornos por ansiedad importantes. Vinculación ansiosa.
- Problemas de la comunicación/relación.
- Manifestaciones somáticas de trastornos.
- Hiperactividad. Fracaso escolar con disarmonías evolutivas.

Pubertad y adolescencia (estado de alto riesgo)

- Cambios en el estado de ánimo: cólera, irritabilidad, inquietud...
- Trastornos del sueño y cambios de alimentación.
- Pérdida de energía, incapacidad para concentrarse y tomar decisiones. Mayor dificultad en el trabajo o a nivel educativo
- Percepción de que el entorno a cambiado (atmósfera delirante).
- Retraimiento y aislamiento social.
- Síntomas alucinatorios leves como ruidos, murmullos, con dudas si son internas.
- Discurso desorganizado. Desconfianza, pensamientos o comportamientos extraños,

Signos de alarma problemas mentales graves pubertad, adolescencia

Fase prodrómica (Pre-psicosis):

- El mundo exterior se experimenta como alterado y más amenazante.
- Actitud defensiva, donde se aísla y rechaza la compañía de los otros,
- Sensación de que va a haber una catástrofe (no se sabe si en el mundo o dentro de uno mismo). Gran ansiedad.
- Disminuye la necesidad de dormir; se deambula por la casa y se oye música muy alta; no se cumplen los horarios de comida.
- Aceleración del pensamiento. Momentos de gran frustración y desesperación, con impulsos suicidas.
- Alto nivel de tensión interna, que lleva a explosiones de ira.
- Disminuye la capacidad para estudiar o trabajar, a veces bloqueo completo de los procesos de pensamiento.

Para facilitar la valoración, se puede utilizar los criterios para la detección de estados mentales de alto riesgo Early Detection and Intervention Evaluation (EDIE)

**Signos de alarma
problemas
mentales graves
pubertad,
adolescencia**

Criterios del programa EDIE (Manchester)

1 punto	La familia está preocupada.
	Consumo excesivo de alcohol.
	Consumo de drogas (incluido cannabis).
	Discute con los amigos y con la familia
2 puntos	Dificultades para dormir.
	Falta de apetito.
	Humor depresivo.
	Pobre concentración.
	Inquietud.
	Tensión o nerviosismo. Falta de placer por las cosas.
3 puntos	Sensación de que la gente le está observando *
	Sensación de que oye cosas que los demás no pueden oír *
5 puntos	Ideas de referencia *
	Creencias raras *
	Pensamiento o lenguaje raro.
	Afectividad inadecuada.
	Conducta o apariencia rara.
Historia de psicosis en un familiar de primer grado + estrés aumentado o deterioro en el funcionamiento *	