REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Urgencias en psiquiatría infantil y adolescente. Apuntes para el nivel primario de atención.

Emergency in pediatric and adolescent psychiatry. Note taking for the primary health assistance.

Zenaida María Sáez[1]

[1] Hospital Pediátrico Universitario ¨Paquito González Cueto¨, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100

Cómo citar este artículo:
Sáez Z. Urgencias en psiquiatría infantil y adolescente. Apuntes para el nivel primario de atención.. **Medisur** [revista en Internet]. 2007 [citado 2025 Aug 20]; 1(1):[aprox. 15 p.]. Disponible en: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/10

Resumen

Las urgencias psiquiátricas en el niño y el adolescente se manifiestan usualmente como alteraciones de los sentimientos, de la conducta o del rendimiento escolar y tienen su origen en tensiones físicas, contradicciones en la crianza, conflictos maritales, malos tratos, negligencia, pérdida de figuras significativas, etc. Es importante señalar que no existe una relación directa entre el factor causal y la aparición de los síntomas, esto depende de muchas variables como: temperamento, niveles de desarrollo, naturaleza y duración del estrés, experiencias pasadas y capacidad de la familia para adaptarse a nuevas situaciones.
Frecuentemente los padres acuden a su médico de familia preocupados por saber si algunas conductas de sus hijos son normales o requieren intervención.
En la presente revisión nos vamos a referir a problemas psicosociales que pueden dar lugar a manifestaciones psicopatológicas, las cuales necesitan de una intervención oportuna, pues de no hacerlo pueden provocar riesgo para la integridad física del niño, adolescente u otras personas; aparición de serias complicaciones y sufrimiento notable para el paciente o sus familiares.
Nos vamos a referir entonces a: Abuso de sustancias, adopción, anorexia nerviosa, intento de suicidio, maltrato infantil, provocación de fuego y reacción de duelo.
Haremos énfasis en la valoración clínica de los trastornos, factores de riesgo que contribuyen a la aparición de estos y el manejo en el nivel primario de atención para prevenir complicaciones.

Palabras clave: psiquiatría infantil, adolescencia, urgencias médicas

Abstract

The psyquiatric emergences in children and adolescents are usually manifested as alterations of the feelings, behavior or in the school efficiency and its origin is found in the physical tensions, contradictions in the breeding, marital conflicts, bad interpersonal relationships, negligence, loss of the significant model at home, etc. It is important to address that there is no direct relationship between the causal factor and the onset of the symptoms. This largely depends on variables such as temperament, levels of development, nature and duration of the stress, past experience and family capacity/ability of the family to get adapted to new situations.Parents frequently come to visit General Comprehensive doctor because they are worried about their children´s behaviors, i.e.; if they are normal or require certain intervention.In the current review we make reference to the psychosocial issues that may bring about psychopathological manifestations which need a timely intervention. Otherwise, there is a risk for the physical integrity of the kid, adolescent or another people which may result into a remarkable complications and suffering for the patients or their relatives. We are going to make reference to the abuse of some substances, adoption, nervous anorexia, suicide attempt, infant abuse, fire provocation and mourning reaction.We are making emphasis on the clinical assessment of the risk factors which contribute to the appearance of these issues and the management in the primary level of assistance to prevent further complications.

Key words: infant psychiatry, adolescence, medical emergences

Aprobado:

Correspondencia: Zenaida María Sáez. editorial@jagua.cfg.sld.cu

 ISSN 1727-897X

INTRODUCCIÓN

Las urgencias en psiquiatría infantil y adolescente pueden manifestarse como alteraciones de los sentimientos, de la conducta o del rendimiento escolar. Pueden tener su origen en tensiones físicas o emocionales provocadas por defectos congénitos, lesiones físicas, contradicciones en la crianza, conflictos maritales, malos tratos y negligencia, etc. Sin embargo, no existe una relación causal directa entre factores concretos y síntomas o trastornos específicos, es decir, son de origen multifactorial y su expresión depende de muchas variables como: temperamento, nivel de desarrollo, naturaleza y duración del estrés, experiencias pasadas y capacidad de la familia para superar los problemas y adaptarse a nuevas situaciones. Los niños pueden reaccionar de forma inmediata a hechos traumáticos o mantener latentes sus sentimientos hasta períodos de mayor vulnerabilidad psicológica.[1]

Los lactantes y niños menores de 2 años tienden a reaccionar ante las situaciones de tensión con trastornos de las funciones fisiológicas, como alteraciones de la alimentación y el sueño; con expresiones globales de ira y temor, como rabietas o conductas de retraimiento o evitación. En los escolares estas dificultades se reflejan en sus relaciones con amigos y familiares; en el rendimiento escolar, que desciende; mediante el desarrollo de síndromes psicológicos específicos como fobias o trastornos psicosomáticos o conductas regresivas, o sea formas infantiles de funcionamiento.[1]

Es frecuente que los padres se muestren preocupados por saber si las conductas particulares de sus hijos son normales o representan problemas que requieren intervención.

Algunas acciones sintomáticas de los pequeños pueden formar parte del desarrollo normal. Por ejemplo, una rabieta puede representar el negativismo normal de un preescolar, en cambio, su presentación a raíz de una provocación sin importancia en un niño de 6 años puede ser signo de trastornos psicosociales. Para juzgar si una conducta es una variante del desarrollo o un indicio de problemas más graves debe tenerse en cuenta la edad del niño, la frecuencia, la intensidad y el número de síntomas, y sobre todo, el grado de afectación funcional. La decisión de los padres de buscar ayuda está determinada por las características de la conducta de su hijo, por el grado de malestar que esta genera para el propio niño, sus padres, profesores y otras personas, así como por la experiencia anterior en este sentido.

El rol del médico de familia debe ser multifacético. Cada situación requiere un comprensivo, coordinado y adecuado manejo. En primer lugar se debe tener en cuenta factores tales como etapa del desarrollo del niño, ambiente emocional del hogar y temperamento.

En algunos casos su rol puede ser diagnosticar y contribuir con la organización de un plan de tratamiento, en otros su papel puede estar en relación con la necesidad de contactar con otros recursos (intra o intersectoriales) de la comunidad como ínter consultas, consejo de atención a menores, etc.

En otras situaciones su función puede estar limitada a brindar un soporte moral, aconsejar y apoyar (ejemplo: ante la muerte de un familiar).

DESARROLLO

Abuso de sustancias en jóvenes.

El consumo de sustancias es un grave problema biológico, psicológico y social, que durante los últimos años se ha extendido como una auténtica epidemia en el mundo; las personas más vulnerables son los adolescentes y jóvenes. Es interesante destacar que la iniciación y las primeras etapas del consumo de drogas es esencialmente un fenómeno de la adolescencia que ocurre en el contexto de grandes cambios físicos y psicológicos.[2]

En nuestro país han comenzado a aparecer algunas drogas ilegales en cifras realmente bajas, pero nada despreciables,[3] por lo que resulta de interés abordar esta problemática que tanto daño puede ocasionar al modificar el comportamiento, la personalidad y la espiritualidad del ser humano.

Es un problema grave en la población de adolescentes. Constituye un factor de riesgo significativo para el suicidio y otros trastornos psiquiátricos. El abuso de sustancias puede deberse a un trastorno psiquiátrico asociado y puede también desenmascarar o agravar ese trastorno.[4]

El problema de la toxicomanía hay que abordarlo teniendo en cuenta la decadencia que implica, la

aniquilación que provoca y la alienación que crea. Según afirman los propios jóvenes lo que los impulsa a tomar drogas es la curiosidad y el propósito consciente de experimentar un cambio de percepción sensorial. Deben tenerse en cuenta no solo los factores individuales, sino también los del medio social en que este fenómeno se está produciendo.[5]

El consumo del alcohol y las drogas por los adolescentes suele ocurrir en una relación inversa al conocimiento que tienen del riesgo que esto provoca. Así pues, este reciente aumento del consumo general se corresponde con una disminución del riesgo de daño que perciben. Diversos factores, como la falta de educación respecto a los riesgos de estas sustancias y el encanto atribuido al alcohol y las drogas en la televisión o en la industria discográfica, parecen haber contribuido a producir un aumento en su consumo.[6]

Es importante conocer que:

- Si existe un problema en la adolescencia, puede tener relación con el alcohol o las drogas.
- Si hay alguna disfunción en los sentimientos, acciones o pensamientos, puede ser producida por las drogas y el alcohol.
- Cuanto mayor es el problema con el alcohol y las drogas, más miente el adolescente acerca de su consumo. En consecuencia, es importante la información de la familia, los compañeros y la escuela.
- Los adolescentes tienden a consumir múltiples drogas.
- Si a un adolescente no se le pregunta acerca de las drogas y el alcohol, no proporcionará espontáneamente esta información.[6]

Factores de riesgo que potencian el abuso de sustancias.

- Uno de los padres u otro familiar con abuso de sustancias o problemas de dependencia.
- Bajo rendimiento, especialmente en la escuela.
- Baja autoestima.
- Personalidad agresiva o impulsiva.
- Inestabilidad familiar.
- Antecedentes de abuso sexual o físico.
- Trastornos psiquiátricos, especialmente depresión.

Estadios del abuso de sustancias:
Criterios diagnósticos para el abuso de sustancias. (Según el Manual de Diagnóstico y Estadística de la Asociación Psiquiátrica Americana-DSM- IV)

Un patrón “desadaptativo” por el consumo de sustancias que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo expresado por uno o más de los siguientes ítem, durante un período de 12 meses.

 ISSN 1727-897X

Estadios	Descripción
Experimentación:	Usualmente comienza con la presión del grupo. Poco o ningún cambio conductual. Se establece una lucha entre la euforia que experimenta y la culpa asociada.
Para aliviar el estrés:	El uso es más frecuente y a veces solo. Trata de mantener el uso de sustancias y busca desarrollarse en un grupo donde es común este abuso Cambios en el estado de ánimo y disminución en el rendimiento escolar.
Abuso regular:	Se envuelve en una cultura orientada hacia la droga. La mayoría, si no todos, sus pares usan drogas. Graves problemas de conducta que llegan hasta la violación de las leyes Depresión cuando no usa las drogas. Necesidad mayor de dinero para mantener el hábito.
Dependencia:	Uso de la droga para evitar la depresión. Abandona la escuela y destruye la dinámica familiar. Cambios físicos como pérdida de peso, fatiga, disminución de la memoria y tos crónica [7].

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (por ejemplo, ausencias repetidas o pobre rendimiento relacionado con el consumo de sustancias, expulsiones o suspensiones, descuido de las obligaciones etc).
2. Consumo de la sustancia en situaciones en la que hacerlo es físicamente peligroso (ej. manejando)
3. Problemas legales repetidos relacionados con el uso de la sustancia (ej. arrestos).
4. Consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales continuos o frecuentes, problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.
5. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase.[6]

Sustancias de las que se abusa.

Las cinco drogas más utilizadas en el mundo, por los adolescentes, con fines de drogadicción son el alcohol, anfetaminas, marihuana, cocaína y alucinógenos.[2]

Anfetaminas: Representante el metilfenidato. La intoxicación puede provocar ansiedad, agitación, alucinaciones, psicosis paranoide aguda, midriasis y vasoconstricción periférica.[8]

Marihuana: Es una de las formas de presentación de la planta cannabis, la otra es el hachís y el aceite de hachís; sus efectos son excitación, euforia, alucinaciones, sensación de relajación, aumento de las percepciones auditiva, visual y gustativa; la intoxicación provoca fenómenos de despersonalización, desorientación, porque se altera la percepción del espacio y del tiempo, delirios, taquicardia, cáncer de pulmón, entre otras. La disminución en el rendimiento escolar es el resultado del síndrome amotivacional que provoca, con pocos deseos de hacer las cosas, desinterés y apatía.

Cocaína: Se extrae de las hojas de la coca. Tiene cuatro formas de presentación: hojas de coca, que se consumen en forma de té o masticadas, pasta de coca, fumadas o mezcladas con tabaco, clorhidrato de cocaína (nieve) inhaladas por vía nasal y la cocaína base, que se fuma o inhala (Crack) y es la mas nociva, provoca dependencia más rápidamente; la intoxicación provoca náuseas, vómitos, hipertermia, hiperreflexia, psicosis paranoide, convulsiones, muerte súbita.

Alucinógenos: Alteran las sensopercepciones. En este grupo podemos citar: Dietilamida del ácido lisérgico (LSD), extasis, Metilendioximetanfetamina (MDMA), mescalina, xilosidina . El LSD es alucinógeno por excelencia, puede producir imágenes en caleidoscopio y despersonalización; su intoxicación provoca convulsiones, sensación de pánico, suicidio, impulso criminal, temblores, hipertermia, paro respiratorio y coma; en el caso del extasis, los efectos son hiperactividad sexual y física, sensación de autoconfianza, de fuerza, la intoxicación provoca alucinaciones, pérdida de control, hipertermia, hipoglicemia, hipertensión, psicosis, coma y muerte.[8]

Hay que mencionar que en nuestro medio es observada la utilización de la campana o chamisco,[2] cuyo principio activo es la daturina que contiene atropina y provoca excitación psicomotora, midriasis, alucinaciones y el consumidor puede llegar a convulsionar.

Si el adolescente le cuenta al facultativo que tiene problemas de alcohol y drogas, es imprescindible que explore esta información, eduque al adolescente y también a su familia, determine el grado y la fase del consumo y le ayude en la búsqueda de un tratamiento.[6]

Ante un adolescente del que se sospeche abuso de drogas determine:

a) Patrón de abuso: Por el adolescente, grupo de pares, miembros de la familia, otros estudiantes de la escuela.

b) Nivel de disfunción: Ausencias a la escuela, fracasos, relaciones con los familiares, problemas con la ley.

c) Grado de depresión, ideas potencialmente suicidas.

d) Examen físico: Signos de abuso crónico de drogas: pérdida de peso, cambios en la piel y las membranas mucosas, compromiso de la función pulmonar, afectividad y estado de ánimo.

e) Los estudios de laboratorio en orina o sangre pueden confirmar el abuso de drogas.[7]

Recordar que estos adolescentes pueden presentar otros trastornos asociados, especialmente trastornos por déficit de atención con hiperactividad, trastornos del aprendizaje, depresión o antecedentes de abusos físicos o sexuales.[6]

En nuestro medio, se debe contactar de inmediato con el Centro de Salud Mental de su área de salud, Clínica de Salud Mental Infanto Juvenil o Centro Provincial de Salud Mental.

Tratamiento.

Los adolescentes que están en la fase experimental (uso recreativo) necesitan básicamente tratamiento educativo, que lo ayude a él y a sus padres a conocer sobre el alcohol, las drogas y los efectos adversos que estas producen; así como asesoramiento, donde se le hable sobre su vida y el consumo de drogas.

Consumo regular: Necesitan terapia individual, de grupo y de familia, por un equipo de salud mental. y el contrato de abstinencia que es un acuerdo para no consumir drogas.

Se debe realizar un control regular par detectar la presencia de drogas en la orina, y comprobar si se van cumpliendo las reglas del hogar, elaboradas por los padres y el adolescente.

En el tercer y cuarto estadio ya se utilizan diferentes programas de hospitalización parcial y total.[6]

En el nivel social, nos enfrascamos en una intensa labor que concierne a todos los sectores de nuestra sociedad, organizaciones políticas y de masas, estudiantes, juristas, policía, pueblo en general, para evitar que ese flagelo se desarrolle en nuestro país, es la voluntad política para eliminar el tráfico de drogas y su consumo.

Entre las soluciones se incluyen:

Información objetiva a los niños y jóvenes.

Eliminar los estímulos sociales, como publicidad en los medios masivos que inciten a la drogadicción (No tabaco ni alcohol antes de los 16 años.)

Predicar con el ejemplo a nivel familiar y escolar evitando mensajes contradictorios.

Ofrecer alternativas válidas para el uso del tiempo libre (Cultura del ocio)

Adecuada asistencia a centros para detoxificación, lo que facilitaría su inserción social futura.[9]

Adopción.

La mayoría de los niños adoptados y sus familias tratan esta cuestión con gran tacto y sentido común, pero algunos de estos aspectos merecen ser comentados.

La concesión de la adopción debe producirse tan pronto como sea posible, después del nacimiento, con el fin de fomentar el vínculo físico y afectivo entre el bebé y sus padres adoptivos. Las adopciones de niños mayores, de otra raza o religión o a cargo de padres solteros son, en determinados casos, una alternativa razonable para evitar que los niños permanezcan mucho tiempo en hogares de acogida (Hogar de niños sin amparo filial) pero la adopción de niños mayores está acompañada de ciertos riesgos. Se debe informar a los niños adoptados acerca de su condición tan pronto como hayan alcanzado una comprensión y una facilidad verbal razonablemente buena, a la edad de 3 o como máximo 4 años. Se puede repetir la explicación cuando las circunstancias sean adecuadas, puede ser, por ejemplo, durante una conversación familiar sobre el nacimiento del hijo de un vecino, pero esto no debe convertirse en una costumbre.[1,10]

El niño no debe percibir la adopción como una amenaza para su autoestima, pero ante problemas individuales y familiares su situación puede reforzar las dudas, que de todas formas existirían, sobre su valía y competencia. En ocasiones una pareja previamente estéril, después de adoptar un niño, tiene un hijo natural; este acontecimiento puede ser el inicio de una lucha competitiva que requiere comprensión y firmeza por parte de los padres. Tradicionalmente los tribunales han apoyado las reclamaciones por los padres biológicos del niño, incluso en aquellos casos en los que estos abandonaron al niño y los padres adoptivos fueron los únicos que tuvo, que le cuidaron y que sintió como padres (padres psicológicos). En algunos países las personas adoptadas que alcanzan la mayoría de edad tienen derecho a tener acceso a sus registros de adopción y a información sobre sus padres biológicos.[10]

Algunos estudios han reflejado mayor posibilidad de riesgo para la salud mental entre los niños adoptados. Se plantea en estudios prospectivos que los de mayores riesgos son los varones:[11]

- El número de muchachos entre 8 y 20 años con problemas psiquiátricos es 2.28 veces mayor entre adoptados que en los no adoptados.
- Los diagnósticos más frecuentes son: Trastornos de conducta, trastornos afectivos, trastornos por déficit de atención con hiperkinesia y trastornos obsesivo compulsivos.
- Los resultados negativos se incrementaron cuando tenían asociados problemas en el rendimiento escolar.
- Estas diferencias no se encontraron entre las muchachas adoptadas.

El origen de este incremento en el número de problemas psiquiátricos en varones no está claro:

- La familia adoptiva no parece jugar su rol.
- Los factores implicados incluyen la adopción tarde durante la niñez, etapas de mayor vulnerabilidad y familia biológica con historia de trastornos mentales.

En estos estudios se plantea que el coeficiente intelectual y el aprovechamiento escolar es tan bueno como en los no adoptados.

Los factores relacionados con una adopción no exitosa incluyen:

- Niño envuelto en previas adopciones infructuosas.
- Mayor edad de acogida (5 años o más).
- Antecedentes de problemas emocionales o de conducta.
- Bajo nivel socioeconómico de la familia adoptiva sin subsidio.
- Familia adoptiva con muchos niños.
- Preparación inadecuada de la familia adoptiva para un niño en riesgo.
- Que tengan historia de abusos y / o negligencias.
- Que mantengan contacto con la familia biológica.
- Tiempo prolongado en casas de acogida.

La edad que más dificultades implica para la

adopción es la segunda infancia y la adolescencia; la segunda infancia es un período de aprendizaje y construcción del mundo en que se produce una evaluación significativa de la concepción de la adopción, lo que significa, no solo haber sido recogido en una familia, sino también haber sido abandonado.[10]

Durante la adolescencia se produce una crisis de identidad, la búsqueda de sí mismo, especialmente difícil para el adoptado. En esta época echa en falta su parecido físico, pregunta cómo son sus padres biológicos, su cultura y contempla la posibilidad de buscarlos. Por otro lado los pasos del hijo adoptivo hacia la individualización y autonomización de los padres adoptivos es amenazante para ambas partes debido a la falta de vínculos biológicos que los unan.[11]

Mitos y fantasías sobre la familia de origen: El niño tendrá siempre otra familia, otro sistema de referencia, aunque no haya tenido contacto con su familia biológica. Estos existen en la mente del niño y de sus padres adoptivos.[10]

La nueva familia debe adaptarse mutuamente. Cuando más sanos sean los sistemas de familia (niños y familia adoptiva), cuando más recursos personales, familiares y comunitarios tengan, más fácil será la mutua adaptación. Si uno es muy vulnerable, el otro debe ser flexible y sano para compensarse.

Papel del médico de la familia.

Es importante comunicar a la familia que en el período pre operacional o sea, entre 2 y 3 años, a más tardar a los 4, es cuando deben comunicar al niño su estatus de adoptado, lo cual facilita su mejor adaptación. Decirle al niño que fue escogido, es usualmente aceptado de forma positiva por él.

En la etapa escolar, período de las operaciones concretas, el niño es más capaz de comprender que ha sido dado. En esta etapa puede correr el riesgo de sentirse infeliz o diferente, preocuparse acerca de cambios, disrupciones o intromisiones de los padres biológicos.

Durante los últimos años escolares y la adolescencia el médico puede reconocer y advertir a la familia acerca de que se pueden comportar ambivalentes hacia ellos y con un relativo alejamiento de sus padres adoptivos, o sea, se exacerban las características de la adolescencia normal.[11, 12]

En nuestro medio la adopción no constituye una problemática frecuente.

Anorexia nerviosa.

La anorexia nerviosa es un trastorno severo de la conducta alimentaria, frecuente entre las jóvenes durante la pubertad o antes de esta, que se caracteriza por una grave y autoimpuesta limitación de la dieta lo que determina una gran pérdida de peso, con peligro para la vida, mala alimentación, malestar y otros síntomas asociados.[7, 13]

Las tres “a “ de esta entidad son: anorexia, adelgazamiento y amenorrea.[14]

El comienzo de la enfermedad puede estar relacionado con un ligero aumento de peso por lo cual comienza la dieta, después la disminución de peso se hace muy llamativa y aunque los padres se alarmen, él / ella siguen considerándose gruesos y es imposible hacerlos desistir aunque la salud empeore.[9, 14]

Personalidad premórbida: Se describen como inteligentes, perfeccionistas, con baja autoestima, inseguros de su identidad personal, comportamientos rígidos y obsesivos o esquizotímicos y habitualmente se desarrollan en medios familiares con tabúes sexuales. Las manifestaciones son tan intensas que se considera la existencia simultánea de factores patogénicos endocrinometabólicos y psicosexuales.[7, 9, 13, 14]

Un adolescente que pesa menos del 85 % considerado normal para su edad y talla, está bajo peso, o sea, <17,5 kg/m^2.

Algunos, aparte de la dieta, usan purgantes para inducirse el vómito, laxantes, diuréticos, ejercicios en exceso .El temor a engordar no desaparece aunque pierdan peso y a pesar de estar delgados se sienten y se ven como obesos, se miran habitualmente al espejo y niegan las serias implicaciones médicas de su estado nutricional.[13]

En las hembras se produce amenorrea por la disminución de la secreción de estrógenos, hormonas estimulantes de folículos (FSH) y hormona luteinizante (LTH). Síntomas asociados: Depresión, retraimiento social, irritabilidad, insomnio, disminución del interés por el sexo.

Pueden aparecer síntomas obsesivo compulsivos relativos a los alimentos como coleccionar envases o etiquetas de alimentos. Entre los otros síntomas está la vergüenza de comer en público, pensamiento rígido.

Criterios diagnósticos:

- Miedo intenso a engordar que no disminuye a medida que se pierde peso.
- Alteración de la imagen corporal.
- Pérdida de peso de al menos un 25 % del peso original.
- Negativa a mantener el peso corporal por encima del mínimo normal según edad y talla.
- Ausencia de enfermedades físicas que justifiquen la pérdida de peso.[15]

Es importante saber que:

- La identificación y tratamiento precoces reducen las probabilidades de un curso crónico con peligro para la vida.
- Los médicos de atención primaria deben interrogar cuidadosamente respecto a hábitos alimenticios de niños y adolescentes que pierden peso pero no parecen estar preocupados por estar delgados.
- Una pregunta clave que debe plantear el médico de atención primaria al niño que pierde peso es si le teme más al aumento o a la pérdida de peso continuada. El niño con anorexia nerviosa teme más a lo primero.[15]
- En la anorexia nerviosa puede producirse una amenorrea antes que exista una pérdida de peso sustancial y puede persistir luego a pesar de que se recupere el peso normal.
- No es un diagnóstico de exclusión. El médico debe interrogar acerca de los síntomas específicos del trastorno.
- La tasa de mortalidad de la anorexia nerviosa es superior a la de cualquier otra enfermedad psiquiátrica incluyendo la depresión.[15]
- Debe tenerse en cuenta como grupo riesgo a las bailarinas, gimnastas, nadadoras, corredoras y modelos.[9]

Diagnóstico diferencial

Debe hacerse con los trastornos depresivos, trastornos de somatización y la esquizofrenia.[5]

Tratamiento: Hospitalario:

- Medir diuresis y peso diario.
- No dar acceso al lavado hasta 2 horas después de comer.
- No laxantes
- Dieta de 500 cal por encima de la cantidad que necesita, 6 tomas/ día.
- Suplemento alimentario.
- Psicoterapia individual, familiar y si es posible de grupo.
- Psicofármacos si es necesario.
- Reposo.[13]

Intento suicida.

El suicidio es la tercera causa de muerte en adolescentes y adultos jóvenes. El intento de suicidio es más común en las hembras y el suicidio es cuatro veces más común en varones. Más de la mitad de los adolescentes que se suicidan han comentado previamente sus intenciones. En ocasiones ocurren actos suicidas que no son reportados como tal por lo cual debemos estar atentos a este fenómeno que va en aumento a nivel mundial.[7, 16, 17]

Factores de riesgo suicida en la niñez: (Buscarlos en el medio social donde vive el menor):

Embarazo no deseado / rechazo.

Edad de los progenitores: Muy jóvenes o muy maduros.

Incorrecto seguimiento del embarazo.

Personalidad de los progenitores (antisociales o emocionalmente inestables, alcoholismo, esquizofrenia, depresión materna).

Características psicológicas del menor: Disforia, agresividad y hostilidad. Trastornos en el control de los impulsos, bajo nivel de tolerancia ante frustraciones, demandantes de atención, celosos con hermanos, susceptibles, rencorosos, otras veces son rígidos, meticulosos, ordenados y perfeccionistas, tímidos, con baja autoestima, etc.

Enfermedades psiquiátricas: Trastornos del humor, esquizofrenia, trastornos de conducta, trastornos de adaptación, trastornos por ansiedad, retraso mental y trastornos incipientes de personalidad.

Clima emocional en el cual vive el menor: Hogar roto, discusiones y peleas frecuentes, rechazo con humillaciones y vejaciones, presencia de

familiares (padres, hermanos o abuelos) con antecedentes de comportamiento suicida debido a la posibilidad de aprendizaje por imitación.[16, 17]

Motivos más frecuentes para el acto suicida en la niñez:

- Presenciar acontecimientos dolorosos (divorcio, separación, muerte de un ser querido)
- Problemas con las relaciones paterno-filiales,
- Problemas escolares
- Llamadas de atención de padres o maestros con carácter humillante.
- Búsqueda de afecto y atención.
- Para castigar a otros.
- Deseos de reunirse con un ser querido fallecido.[7,16,17]

Es importante saber que la existencia de un motivo no desencadena en el niño el acto suicida de inmediato y por impulso, sino que comienza a dar una serie de señales, como cambios en su comportamiento habitual en la casa o en la escuela, cambios en sus hábitos de alimentación o sueño, dificultades en el aprovechamiento docente, en el juego, reparte posesiones, manifiesta una valiosa preocupación por la muerte y temas afines, hace notas de despedida, etc.

Factores de riesgo suicida en la adolescencia.

- Los que hayan tenido riesgo suicida durante la niñez.
- Los que en la adolescencia hayan acumulado diversos factores de riesgo con tentativas de suicidio o suicidio frustrado.
- Los que presenten alteraciones en su comportamiento sexual en forma de precocidad, promiscuidad, abortos, embarazos no deseados u ocultos, masturbación compulsiva, las víctimas de abuso sexual, violación u otro delito de esta índole.
- Variaciones en el comportamiento escolar: Fugas, deserción, desajuste vocacional, dificultades en las relaciones con profesores y compañeros de estudio, disminución en el rendimiento, fenómeno trajín-trajinador, amistades con conducta suicida previa, inadaptación a becas, servicio militar general.

En el hogar, además de los factores de riesgo de la niñez, pueden estar presentes los siguientes:

- El abandono permanente del hogar antes de los 15 años.
- La identificación con familiares suicidas, deprimidos o alcohólicos.
- La convivencia con un enfermo mental como único pariente.
- Dificultades socioeconómicas.
- Permiso o tolerancia ante determinadas conductas antisociales o las causas que las refuerzan como la presencia entre los familiares directos de antisociales, criminales, etc.[9, 17]
- En el aspecto social, el riesgo puede incrementarse por noticias sensacionalistas, ya sea por los medios de difusión masiva o el rumor popular, la falta de apoyo social, la posibilidad de adquirir drogas, armas de fuego, etc.
- Enfermedades mentales como los trastornos afectivos y la esquizofrenia.

Los motivos de autodestrucción más frecuentes en la adolescencia son la pérdida de una relación valiosa, conflictos escolares, humillaciones, problemas familiares, deseos de morirse, etc.[17]

En su estado psicológico predominan la presencia de desesperanza, sentimientos de soledad, angustia, culpabilidad, abuso de alcohol, depresión, rabia, agresividad. En el ámbito familiar predominan las relaciones sin armonía entre los padres, hogares rotos, violencia familiar, padres con enfermedades mentales, familiares con conductas suicidas y/o expresiones que manejan la autodestrucción como una posibilidad de poner fin a la vida o amistades con este comportamiento.

Deben investigarse hasta la saciedad los deseos de morir, la idea, los gestos, las amenazas y el plan de autodestrucción, método a emplear, circunstancias en que lo realizará, etc. Los métodos más frecuentemente utilizados dependen de la disponibilidad de estos, de las propias experiencias y las circunstancias del momento. Se citan: la ingestión de tabletas, venenos agrícolas, kerosén, lociones para la piel, lanzamiento de altura, ahorcamiento, fuego, corte de vasos sanguíneos, etc.[4, 18, 19]

Tratamiento:

GENERAL: Atañe al estado y se realiza con el objetivo de brindar apoyo psicológico, educacional y social para influir positivamente sobre los sujetos y su propia vida, para dotarlos

de habilidades que les permitan enfrentar situaciones. En nuestro país se cumple en la práctica mediante la existencia de un Sistema Nacional de Salud con accesibilidad para todos, Programa del Médico y Enfermera de la Familia, cumplimiento de todos los programas de prevención de la mortalidad infantil, educación disponible para todos hasta en los lugares más remotos, vías no formales de educación temprana y preescolar, atención médica y educación gratuita, hogares maternos, educación sexual desde edades tempranas, trabajo y apoyo social a aquellas familias en desventaja, etc.

INDIRECTA: Cuando actuamos sobre los factores de riesgo y disminuimos el número de intentos suicidas: Programas a nivel comunitario con participación intra e intersectorial.

Interconsultas, clubes de adolescentes, etc. Es importante señalar que desde 1989 se inició en nuestro país el Programa Nacional de Prevención de la Conducta Suicida cuyo objetivo es evitar el primer intento, su repetición y la consumación de este, y que a lo largo de los años se ha ido perfeccionando.[19,20]

DIRECTA: Actúa sobre el proceso suicida en desarrollo:

1. Salvar la vida del paciente: Nos referimos aquí a todas las medidas de urgencia médica para eliminar el fármaco ingerido o prevenir las secuelas de las reacciones adversas en el organismo. Incluye la toma de signos vitales, lavado gástrico o uso de vomitivos, hidratación, diuréticos, detección y eliminación de tóxicos, sutura de heridas, reposición de líquidos, etc .Remisión a servicio de urgencias, evaluación por toxicología. En general se refiere al tratamiento de cualquier secuela médica o quirúrgica.
2. Exploración: Evaluación de los factores de riesgo, muchos de los cuales ya se conocen en su comunidad, y de los factores precipitantes. Se debe tener en cuenta la posibilidad de que haya utilizado más de un método autodestructivo o que sea una conducta recurrente, por ejemplo que lleve varios días con sobredosis de tabletas, a veces utilizadas en el tratamiento de su misma enfermedad crónica.
3. Remisión para que sea visto por un Psiquiatra Infanto-juvenil en las primeras 24 horas, en todos los casos.
4. Durante el ingreso en Salud Mental debe existir una comunicación entre el equipo de la sala y el del centro comunitario o el médico de familia

(Manejo terapéutico de la crisis suicida en sí.Conferencia del Dr. Sergio Pérez, en el Centro de Referencia de Salud Mental de Cienfuegos, en Enero 2001)

- Tratar al adolescente con respeto.
- Creerle.
- Escucharlo con interés.
- Permitirle expresar sentimientos.
- Preguntar sobre la idea suicida.
- Evitar respuestas de sí o no.
- Responsabilizarlo con su propia vida.
- Trabajar juntos en soluciones no suicidas.
- Establecer un pacto no suicida.
- Pedir permiso para la intervención de otros (amigos o familiares).
- Garantizar varias opciones para contactar con el terapeuta.
- Persuadir al adolescente si necesita tratamiento farmacológico.
- Ser directivo sin parecerlo.
- No juzgar.[16, 18]

En cuanto a la familia:

- No minimizar el acto ni considerarlo un alarde.
- Instarlos a realizar un inventario de hechos y situaciones que predisponen al acto suicida.
- Eliminar del hogar cualquier medio que pueda ser utilizado para autolesionarse.
- Dispensarización y seguimiento sistemático.

Maltrato infantil.

Se define el maltrato infantil como toda agresión producida al niño por sus padres, hermanos, familiares u otros, con la intención de castigarlo o hacerle daño. Hay maltrato también cuando no se atienden las necesidades del niño como: alimentación, salud, protección, cuidado y afecto.

Entre sus causas más comunes están ciertas características de los padres, muchos de los que

maltratan a sus hijos fueron niños maltratados o aprendieron en su infancia que el castigo físico era un método de enseñanza. Los niños hiperactivos, problemáticos, con conductas inadecuadas en general tienen mayor riesgo (trastorno por déficit de atención con hiperkinesia, retraso mental, etc).[9, 21, 22]

1. Maltrato físico: Se define como las lesiones intencionadas producidas en un niño por su cuidador y que se presentan como quemaduras de cigarrillos, agua o planchas, contusiones, fracturas múltiples, heridas, moretones, rasguños, arañazos en el rostro, laceraciones, pinchazos y daño orgánico con rotura de órganos vitales como corazón, pulmón e hígado que pueden, en casos extremos, causar la muerte.
2. Maltrato por descuido o negligencia: Se produce cuando los padres no velan por las necesidades de sus hijos. Estos tienen accidentes como: caídas, quemaduras, intoxicaciones, extravíos en la calle, atropellamiento por automóviles, y desarrollan enfermedades que pueden prevenirse. Como consecuencia de ello el niño roba o mendiga, deambula, se duerme, se muestra cansado, no concentra su atención, usa drogas o alcohol y abandona la escuela.
3. Abuso sexual: Se produce cuando un adulto usa su poder sobre un niño o niña para establecer una actividad de tipo sexual.[22-24] Puede usar engaño, amenazas o fuerza física para convencerlo u obligarlo a participar. Las formas son caricias, besos, manipulación, exhibicionismo y hasta la violación. Con respecto a la explotación sexual, el abuso y la pornografía es necesario estar atentos a las evidencias pues este maltrato casi siempre está oculto. Pueden tener dificultades para la marcha o para sentarse, dolor y prurito en los genitales, infecciones urinarias, ropa interior sucia o deteriorada. En su conducta los niños pueden manifestarse con bajo rendimiento escolar, aislamiento, baja autoestima, mentiras, robos, fugas, comportamiento sexual inadecuado o pueden referir que han sido víctimas de abuso.[4,8,24]
4. Maltrato psicológico: Toda acción que se ejerza contra el normal desarrollo de las potencialidades cognoscitivas, afectivas, conductuales, integrativas y de relación de los niños. Es evidente que estas acciones que afectan el psiquismo infantil pueden ser de índole subjetiva u objetiva. Dentro de las acciones objetivas se incluyen factores tales como los genéticos, tóxicos, infecciosos, traumáticos, neurológicos, anóxicos, nutricionales, etc. Estos ejercen su influencia desde la concepción, gestación, el parto y la etapa neonatal. Las acciones de índole subjetiva constituyen maltrato porque entorpecen el normal desarrollo del niño.

La cultura de un pueblo está llena de tradiciones sobre la forma de educar a los hijos; términos como “así me educaron a mí y mírame aquí bueno y sano” y “la letra con sangre entra” se transmiten de generación en generación y se hacen ley; encubren y justifican el efecto negativo que produce este modo de relación.[21,22]

El niño tiene necesidades psicológicas que la familia debe satisfacer, ya que de no hacerlo compromete su desarrollo intelectual y afectivo.

Esas necesidades son:

El afecto es una de las necesidades mayores, cuando no se satisface esta necesidad, se produce una pobre respuesta emocional.

El juego, le permite al niño practicar los modos de conducta social que necesita para su desenvolvimiento diario, además, estimula la creatividad y el aprendizaje, constituye una vía de escape para la expresión de las emociones (ira, temor, celos, amor, tristeza, ansiedad, etc.).

La disciplina, es necesaria para que el niño aprenda a aceptar la autoridad, adquiera la capacidad de atenuar o limitar sus impulsos.

La seguridad que debe brindar la familia es fundamental para mantener alejados temores y ansiedades, lo cual le permite centrar su atención en la adquisición de habilidades y capacidades.

La independencia, es el resultado de la educación que se le haya dado desde la etapa preescolar, donde se debe dar cierta autonomía al niño.

El niño como todo ser humano necesita aceptación, si el niño no es aceptado por su propia familia, encontrará dificultades para ser aceptado por su grupo de iguales, la pérdida de autoestima le hará difícil las relaciones en la escuela y en el juego. Los efectos de esta ausencia de aceptación son aún más destructivos si el niño es internado en una institución.

Alrededor de los dos años y medio el niño logra los elementos de su identidad individual, gana conciencia de su esquema corporal, su nombre, su sexo, y esto se va desarrollando hasta la adolescencia, donde toma su conciencia de individuo como tal, que es la máxima expresión de identidad. La familia tiene como función brindar el lugar adecuado para que esta identidad aparezca y se desarrolle.

El aprendizaje y la creatividad son dos atributos que deben ser estimulados por la familia, ya que de ellos depende un desarrollo pleno de la personalidad. Permitir que el niño experimente e interactúe con sus juguetes o con objetos no peligros estimulará su creatividad, no dejar que use sus juguetes porque los rompe y después exhibirlos con orgullo, como muestra de lo cuidadoso que es, nos parece un crimen contra la niñez.[22]

Síndrome de Munchausen (Maltrato por poder)

Se caracteriza porque el que maltrata, generalmente la madre, arremete contra su hijo mediante otra persona (el médico), simula y describe síntomas y signos falsos o provocados, obligando a la hospitalización, exploraciones y tratamientos innecesarios que, a veces, ponen en peligro la vida del niño.[8,22-24]

Las manifestaciones físicas, emocionales y del comportamiento resultantes del maltrato varían entre los menores según la etapa de desarrollo del niño en que se produce el maltrato, la gravedad de este, la relación del agresor con el niño, la duración del período en el cual continúa el maltrato y otros factores presentes en el entorno del niño.[25]

B. ETIOLOGÍA:

En 90 % de los casos el que comete el abuso es un adulto relacionado con el niño. Solo 10 % de ellos están seriamente enfermos desde el punto de vista emocional.

C. ¿CUANDO SOSPECHAR QUE ESTA OCURRIENDO UN ABUSO INFANTIL?

1. Lesiones recurrentes o ingestiones.

2. Lesiones que no guardan proporción o son atípicas para la etapa de desarrollo del niño:

- Contusión cerebral en un niño que no se para o camina aún.
- Magulladuras o contusiones en la espalda en un niño que no sabe escalar o subirse.
- Quemaduras en un niño que no tiene acceso a líquidos calientes.

3. Evidencias o marcas de lesiones infligidas (ej. Por cintos, etc.)

4. Lesiones que tienen una alta asociación con abuso:

- Quemaduras en los glúteos.
- Quemaduras de cigarro.
- Fractura espiral de fémur.
- Hemorragia de la retina debido a sacudidas.
- Hematoma subdural.

5. Supervisión familiar inadecuada para la edad del niño.

6. Enfermedad psiquiátrica de los padres, incluyendo psicosis y depresión.

7. Una historia alrededor del suceso que no guarda una lógica relación con las lesiones observadas.[12]

D. OBTENER INFORMACIÓN Y UNA DETALLADA HISTORIA.

1. ¿Están las circunstancias alrededor de la lesión en correspondencia con el examen físico?
2. ¿Está la explicación de la lesión acorde a

la edad del niño, y posibilidades de desarrollo?
3. ¿Existe historia de traumas previos?
4. ¿Hubo demora en la búsqueda de asistencia sanitaria?

A. CONDUCTA A SEGUIR:

1. Notificación como enfermedad de declaración obligatoria.
2. Los casos de abuso sexual deben verse por las comisiones de peritaje médico legal, donde un equipo multidisciplinario evaluará al menor víctima de abuso; dicha comisión no debe hacer examen genital, lo cual le corresponde a la guardia de medicina legal, que sí debe estar muy atenta a lesiones agudas tales como sangramientos, etc. Y proceder con las medidas de urgencia.
3. Niños con lesiones físicas o síntomas psicológicos agudos (conducta o ideación suicida) pueden requerir hospitalización inmediata.
4. Para el maltrato infantil como factor de riesgo, lo más importante es el tratamiento preventivo. Padres, maestros y equipo de salud, deben conocer que toda acción terapéutica es una intervención colectiva. La primera acción debe ser establecer contacto con la familia, para diferenciar las dificultades del niño de las dificultades de ella e identificar las conductas saludables (factores protectores), adecuar la disciplina conciente, sin perder la calma (control y sabiduría); si algún familiar tiene trastornos tratarlo.
5. Si el sistema familiar está totalmente desestructurado o la dinámica familiar propicia el surgimiento de enfermedades mentales se hace necesaria la terapia familiar.
6. Separar el niño de su hogar siempre sería el último recurso. Ocurre solamente después de abusos reiterados, sin que el tratamiento pueda evitarlos.[12, 23, 24]

Provocación de fuego.

Es siempre una conducta inadecuada, los escolares pequeños lo hacen por hostilidad dentro de una familia desorganizada y desatendida. Los adolescentes lo hacen dentro de la delincuencia en grupos para vengarse de las autoridades escolares y comunitarias. Es un fracaso en el control de los impulsos para incendiar ante la intensa fascinación que produce el fuego. En 90 % de los casos son varones con un coeficiente intelectual inferior al promedio. Debe saber distinguirse la normal fascinación infantil por el fuego (cerillas, encendedores, etc.) que forma parte de la normal investigación del ambiente, del trastorno antisocial de la personalidad, que incendia deliberadamente sin que exista fracaso en el control de los impulsos; de la esquizofrenia, en que el incendio es una respuesta a ideas delirantes o alucinaciones, y del retraso mental orgánico, donde no valora las consecuencias de sus actos. Tratamiento: Psicoterapia y psicofármacos.[9, 26]

Reacción de duelo.

A. INCIDENCIA: Aproximadamente 5 % de los niños experimentan la muerte de uno de sus padres antes de los 15 años.

B. IMPACTO: Varía en los niños aunque haya similitudes con los adultos. Las diferencias están relacionadas con:

- Etapa de desarrollo.
- Los niños tienen manifestaciones de pesar diferentes a los adultos
- Variaciones temperamentales.

Estados típicos de duelo incluyen:

- Comprensión de los términos relacionados con la muerte.
- Duelo verdadero o verdadera sensación de pérdida.
- Reajuste a la vida normal.[12]

C. Distintas manifestaciones de duelo en niños y adolescentes:

D. CONSECUENCIAS A CORTO PLAZO:

1. Incremento del riesgo de problemas de conducta y depresión.
2. Mayor riesgo de problemas emocionales

y de conducta, que pueden incrementarse por:

- Madre que sobrevive y es el único apoyo económico.
- Un trastorno psiquiátrico previo no tratado en el niño.
- Historia familiar de depresión.
- Problemas de adaptación de toda la familia a la muerte.
- Problemas previos en las relaciones con el familiar fallecido.
- Muerte violenta o por suicidio del familiar.
- Alto grado de disfunciones escolares y depresión en adolescentes que pierden uno de los padres. Aunque el adolescente tiene una mejor comprensión de la muerte, el hecho de su independencia e identidad puede prestarle confusión y afectar de forma adversa su ajuste a la pérdida de uno de los padres.[12, 22]

E. CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO.

1. Tanto como en las consecuencias a corto plazo, el sobreviviente, la familia y el ambiente juegan un importante papel. Los factores de riesgo son similares a los de corto plazo.

Conducta normal o variante		Signo de problema o trastorno
Conmoción o insensibilidad	.....	Negación a largo plazo y evitación de sentimientos.
Llanto	.....	Repetidos accesos de llanto
Tristeza	.....	Depresión que lo incapacita o ideas suicidas
Sentimientos de culpa	.....	Considerarse culpable
Infelicidad transitoria	.....	Infelicidad persistente
Mantener preocupaciones sin comunicarse.	.....	Aislamiento social
Aumento de la dependencia	.....	Ansiedad de separación
Desobediencia	.....	Trastorno de oposición o de conducta
Trastorno transitorio del sueño	.....	Problemas persistentes del sueño
Molestias físicas	.....	Síntomas físicos del difunto
Disminución del apetito	.....	Trastornos del apetito
Sentir que el difunto está vivo aún	.....	Persistente creencia de que vive
Se relaciona mejor con amigos que con la familia.	.....	Promiscuidad o comportamiento delincuente.
Comportamiento que dura días o semanas.[27]	.....	Dura semanas o meses

Los factores protectores contra el desarrollo de una depresión incluyen:

- Apoyo físico y emocional prodigado con constancia.
- Permitir al niño expresar su conflicto, malestar e ira, lo cual requiere estabilidad emocional del adulto.
- Un juicioso balance del soporte emocional, especialmente en adolescentes.

2. Causa de una depresión futura:. Esto pudiera estar asociado con múltiples pérdidas previas, tragedias, pero también con un insuficiente soporte emocional familiar.[12]

E. ROL DEL MEDICO DE FAMILIA:

Debe orientar a la familia y advertirle que el familiar sobreviviente debe discutir con el niño el significado de la muerte, teniendo en cuenta su etapa de desarrollo.

Debe aconsejar a la familia cómo discutir el hecho la muerte, sin usar términos o analogías que provoquen ansiedad en el niño, por ejemplo muerte como sueño.

Advertirle a la familia que el menor necesita bienestar y seguridad.

Debe estar listo para discutir problemas prácticos tales como si el menor puede o no asistir a los funerales, ver el cadáver, etc. Mientras que para un niño mayor participar en los funerales puede ser parte del proceso de aflicción, ver el cuerpo puede ocasionar disturbios en un niño pequeño.

Tener en cuenta que la reacción en ese momento puede estar afectada por el temperamento del niño, los temores intrínsecos y el estado emocional del familiar que sobrevive.

Es razonable saber lo que dice el niño o lo que quiere hacer.

Es necesario dejar al niño en compañía de algún adulto menos implicado emocionalmente en el problema, pero que sea capaz de apoyarlo o llevarlo a su casa si así lo requiriese.

Los miembros de la familia deben ser advertidos de la indiferencia que puede aparentar un niño de 2 a 4 años.
El médico debe estar atento a manifestaciones de duelo persistente por un período mayor de 4 a 6 meses en un niño mayor o dificultades en su conducta que afecten su normal funcionamiento.

Los signos y síntomas específicos son las conductas regresivas, síntomas depresivos, mal funcionamiento escolar y/o social, reacciones de acting-out (respuesta inesperada) en la adolescencia y fobias.[10, 27, 28]

TRATAMIENTO DEL DUELO PROLONGADO:

1. Deben ser referidos a la interconsulta de psicología o psiquiatría infantil.
2. La terapia de grupo es recomendable si el especialista así lo considera.[28]

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dalton R, Forman MA. Evaluación y entrevista. In: Berhman RE, Kliegman RM, Arvin AM Nelson. Tratado de Pediatría. 15a. ed. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 1996. p. 91.

2. Galiano MC. Aspectos psicológicos y psiquiátricos del adolescente consumidor de drogas. In: Congreso panamericano de Psiquiatría, Psicología Infanto Juvenil y profesiones afines [Cursos pre-congreso en CD-ROM]. Ciudad de La Habana: SOFTCAL; 2002.

3. González R. La droga, esa tragedia mundial. Trabajadores ; 2001 Nov 5. p. 15. ;Sect. Salud.

4. Barkin R, Rosen P. Urgencias pediátricas. Guía para el tratamiento ambulatorio. 5ta. ed. Madrid: Harcourt; 2000. p. 775.

5. Martínez C. Desarrollo psicológico del niño. In: Bardasco A, Córdova L, Esquivel M, Gutierrez J, Jiménez J, Martínez C, et al. Pediatría. 1. Ciudad de La Habana: Pueblo y Educación; 1996. p. 125-145.

6. Jaffe S. Abuso de sustancias en jóvenes. In: Parmelee D. Psiquiatría del niño y el adolescente. Madrid: Harcourt; 1998. p. 241-248.

7. Schichor A. Adolescent Medicine. In: Dworkin P. Pediatrics. 3rd. ed. Baltimore : Williams &Wilkins; 1996. p. 124-128.

8. Acosta N. Maltrato Infantil. 2da. ed. Ciudad de La Habana: Ed. Científico Técnica; 2002. p. 47-112.

9. Castells P. Paidopsiquiatría. In: Cruz M. Tratado de Pediatría. 8va. ed. Madrid: Ergon; 2001. p. 1649-1663.

10. Forman D. Aspectos sociales. In: Berhman R.E, Kliegman R.M, Arvin AN.Nelson. Tratado de Pediatría. 15va. ed. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 1996. p. 131-135.

11. Ferrá P, Carballo C. La crisis de la familia adoptiva, análisis de la práctica clínica de concepción sistémica. Clínica y Salud. 1996 ; 6 (1): 7-24.

12. Geertsma M. Psychosocial Pediatrics. In: Dworkin P. Pediatrics. 3rd. ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996. p. 65-81.

13. Rodríguez O. Conductas de riesgo en la adolescencia. In: Manual de Prácticas Clínicas para la atención integral a la salud del Adolescente. Ciudad de La Habana: MINSAP; 1999. p. 341.

14. Castells P. Paidopsiquiatría. In: Cruz M, Crespo M, Brines J, Jiménez R. Compendio de

Pediatría. Barcelona: ESPAXS; 1998. p. 575.

15. Waller D. Anorexia Nerviosa. In: Parmelee D. Psiquiatría del niño y el adolescente. Madrid: Harcourt; 1998. p. 147-149.

16. Dalton R. Suicidio e intento de suicidio. In: Berhman RE, Kliegman RM, Arvin AM. Nelson. Tratado de Pediatría. 15va. ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1996. p. 103-105.

17. Pérez S. El suicidio, comportamiento y prevención. Santiago de Cuba: Editoral Oriente; 1996. p. 12-30.

18. Muller D, Hendren R. El niño o adolescente suicida. In: Parmelee D. Psiquiatría del niño y el adolescente. Madrid: Harcourt; 1998. p. 229-40.

19. Rodríguez O. Suicidio e intento de Suicidio. In: Manual de Prácticas Clínicas para la atención integral a la salud del adolescente. Ciudad de La Habana: MINSAP; 1999. p. 135.

20. Clavijo A, Rodríguez J, Alonso O, Delgado L, Alonso O. Manual de Psiquiatría para el Médico de Familia. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1989. p. 104-110.

21. Martínez C, Segarte A, Gutierrez E, Arés P, Núñez E, Turner L y otros. En que tiempo puede cambiar$e la mente de un niño. Ciudad de La Habana. 1999 Abr. p. 74.

22. Martínez C. Salud familiar. Ciudad de La Habana: Editorial Científico Técnica; 2001. p. 29-126.

23. Al- Matten Ch, Hamsley S. Abuso infantil. In: Parmelee D. Psiquiatría del niño y el adolescente. Madrid: Harcourt; 1998. p. 251-68.

24. Johnson Ch. Malos tratos y abandono. In: Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM. Nelson Tratado de Pediatría. 15va. ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1996. p. 136-47.

25. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, DC: OPS; 2003. p. 76.

26. Dalton R. Trastornos de la conducta perturbadores. In: Berhman RE, Kliegman RM, Arvin AN. Nelson. Tratado de Pediatría. 15va. ed. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 1996. p. 107.

27. Committee of Psychosocial Aspects of Child and Family Health. El pediatra y el duelo infantil. American Academy of Pediatrics. 2000 ; 49 (2): 118-20.

28. Altey T, Boatas E. Reacciones de duelo. Informaciones Psiquiátricas. 2000 (159): 17-29.