

MANUAL DE SALUD MENTAL

INFANTO- JUVENIL



SERVICIO
CÁNTABRO
DE SALUD

SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD

2022

Coordinación:

Sandra Alonso Bada, Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil. Servicio de Psiquiatría Hospital Sierrallana.

Edita:

Servicio Cántabro de Salud

1ª Edición

Junio 2022

ISBN: 978-84-09-40859-7

Presentación

La Declaración Universal de Derechos Humanos proclama que “la infancia tiene, entre otros, el Derecho a la supervivencia y a la salud, disfrutando durante su crecimiento y desarrollo del nivel más alto posible de salud y recibiendo atención sanitaria siempre que lo necesiten”.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en su objetivo 3, señala que “Garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades es esencial para el desarrollo sostenible”, destacando en la meta 4 del referido objetivo, para el año 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y “promover la salud mental y el bienestar”.

Trasladados los Derechos y Objetivos referidos a nuestra Carta de Derechos y Deberes de los Ciudadanos en el Sistema Autonómico de Salud de Cantabria, éstos se plasman principalmente, en:

- Los ciudadanos tienen derecho a ser informados de los planes, las acciones y las prestaciones en materia de prevención, promoción y protección de la salud y a participar en la política sanitaria y en la actividad de los organismos sanitarios públicos, con lealtad al interés general y a la promoción del bienestar social.
- El usuario tiene el derecho de acceso a los servicios sanitarios públicos, los cuales ofrecerán una asistencia de calidad en el marco del aseguramiento público.

En este contexto, desde el Servicio Cántabro de Salud, un eje fundamental de las actuaciones en el ámbito de la asistencia sanitaria son los cuidados, a través de los cuales buscamos una relación más cercana con la ciudadanía, ponemos el acento en la prevención y el autocuidado, fomentamos la formación e impulsamos la calidad y la continuidad de cuidados, coordinando y unificando protocolos, sobre todo, en el abordaje de las personas con patologías crónicas y de los colectivos vulnerables o de especial necesidad de cuidados.

Actualmente, la pandemia de coronavirus y sus consecuencias no solo comprometen nuestra salud física, también afectan a nuestra salud mental, particularmente de las personas más vulnerables, entre las que se encuentran los niños, niñas y adolescentes.

El impacto que la pandemia y el confinamiento podrían haber tenido en el bienestar psicológico de la infancia, ha evidenciado la necesidad -ya patente- de ofrecer a este colectivo la atención específica que precisa en materia de salud mental, a través de

Planes de Acción Autonómicos, prioritarios dentro del Plan de Respuesta de la COVID-19.

En nuestra Comunidad Autónoma, una de las líneas, dentro de este Plan, es la Salud mental Infanto-Juvenil.

La atención precoz a determinados problemas para que no lleguen a convertirse en trastornos es esencial, siendo fundamental por un lado el papel de la atención pediátrica dentro de la atención primaria, en aspectos relacionados con la prevención y promoción de la salud, desde su posición privilegiada del conocimiento de los niños/as y sus familias, y por otro lado el abordaje, en otros niveles asistenciales, más especializados, como Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil, en las que participan distintos profesionales (psiquiatras, psicólogos, pediatras, enfermeras, trabajadores sociales...), trabajando de manera coordinada, no sólo entre ambos niveles, sino también con las familias y entidades del ámbito educativo y social.

Este Manual de Salud Mental Infantil Juvenil, cuya gestación comenzó ya hace un tiempo, llega justo en este momento, recogiendo los aspectos básicos, y esenciales en la materia, poniéndolos a disposición, en un primer momento, de los profesionales que cubren la referida parcela de atención, con el fin de contribuir a alcanzar los objetivos referidos anteriormente.

Sandra Alonso Bada, creyente firme del “Derecho de la infancia a la supervivencia y a la salud, disfrutando durante su crecimiento y desarrollo del nivel más alto posible de salud y recibiendo atención sanitaria siempre que lo necesiten”, ha coordinado a un número importante de personas, de distintas procedencias profesionales, y ámbitos de actuación, sanitario, social, educativo, que comparten generosamente su conocimiento.

Mi más sincero agradecimiento a todas ellas que con su compromiso, implicación y capacidad de síntesis, han hecho posible que vea la luz este Manual, que estoy seguro contribuirá a la mejora de la atención, no sólo desde el punto de vista de la Salud Mental, sino de manera integral, a las/os niñas/os y adolescentes y familias en nuestra Comunidad Autónoma.

Pedro Herrera Carral
Subdirector de Cuidados
Servicio Cántabro de Salud

Prólogo

Este manual de Salud Mental Infanto-juvenil se crea en un periodo especial para aquellos profesionales que nos dedicamos a la atención a la Salud Mental de nuestros niños y adolescentes. Por un lado, estamos celebrando la aprobación e inminente puesta en marcha de la nueva especialidad médica de psiquiatría de la infancia y la adolescencia, que sabemos que supondrá un salto de calidad en la prevención, tratamiento e investigación de los trastornos mentales en estas edades y por otro estamos inmersos en la terrible repercusión que ha tenido la epidemia de coronavirus en la salud mental de la población, que ha sido especialmente dañina en las etapas infantil y adolescente.

Esta situación nos ha forzado a reflexionar sobre aquellas estrategias que puedan ayudar a paliar este sufrimiento. La Plataforma de Asociaciones de Psiquiatría y Psicología Clínica de la Infancia y Adolescencia así como organizaciones dedicadas a la protección de los niños como Save the Children y Unicef han publicado documentos con recomendaciones para poder garantizar el derecho a la salud mental de los niños y adolescentes y la atención al suicidio y coinciden en la necesidad de reforzar la intervención desde Atención Primaria tanto a través de planes de formación como de la creación de un contexto de colaboración estrecha con los servicios de Salud Mental.

Con este objetivo nace este manual: con la intención de ser una guía de consulta rápida y práctica para que los profesionales de Atención Primaria, médicos de familia, pediatras o enfermeras puedan tener a mano la información relativa a los problemas de salud mental que deban abordar desde su consulta.

Se ha estructurado en 19 temas, aquellos que los autores han considerado que puedan resultar más interesantes o útiles en la práctica clínica diaria, pero nuestra intención es hacer de éste un documento que pueda evolucionar, tanto actualizando los temas ya escritos como añadiendo aquellos que puedan resultar de interés.

Cada tema se ha estructurado como una batería de preguntas a las que se puede acceder directamente, sobre la clínica, etiología, pronóstico y tratamiento, explicando las intervenciones recomendadas para llevar a cabo en Atención Primaria, así como las que se hacen en Salud Mental y detallando los criterios de derivación en cada caso.

Los autores de los temas son profesionales que están trabajando en el ámbito de la salud mental de niños y adolescentes en Cantabria, tanto el Servicio Cántabro de Salud como la Consejería de Educación de Cantabria, o en fundaciones o asociaciones que llevan a cabo su práctica laboral en esta provincia, por lo que la información acerca de los criterios de derivación y los dispositivos a los que derivar en cada caso se refieren a los que se llevan a cabo en Cantabria.

A estos autores quería dar mi agradecimiento por el esfuerzo que han realizado plasmando en estos temas los aspectos que han considerado que podrían ser más útiles para nuestros compañeros de Atención Primaria, con los que trabajamos con un objetivo común: mejorar la salud mental de nuestros niños y adolescentes.

Sandra Alonso Bada

Psiquiatra

Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil

Servicio de Psiquiatría Hospital Sierrallana.

Autoría:

Sandra Alonso Bada, Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil. Servicio de Psiquiatría Hospital Sierrallana.

Laura Alonso León, Psicóloga Clínica. Unidad de Salud Mental infanto-juvenil. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

María Teresa Becerril Ruiz, Psicóloga Clínica. Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil. Servicio de Psiquiatría Hospital Sierrallana.

Carla María Cabrejas Sánchez, Psicóloga. Asociación ADP- CETS. Asociación para el desarrollo de la psicoterapia en contextos educativo- terapéuticos-sociales

Laura Carral Fernández, Psicóloga Clínica. Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Marta De las Heras Alegría, Psicóloga Clínica. Centro terapéutico de menores CAEM Valle de Cayón. Fundación Salud y Comunidad. Cantabria.

Nuria Diego Falagán, Enfermera especialista en Salud Mental. Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil. Servicio de Psiquiatría Hospital Sierrallana.

Elsa García Rumayor, Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil. Servicio de Psiquiatría Hospital Sierrallana.

María José Gómez Cancio, Psicóloga Clínica. Centro terapéutico de menores CAEM Valle de Cayón. Fundación Salud y Comunidad. Cantabria.

Jana González Gomez, Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

María Juncal Ruiz, Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil. Servicio de Psiquiatría Hospital Sierrallana.

Miguel Mamajón Mateos, Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil. Servicio de Psiquiatría Hospital de Laredo.

Inmaculada Mier González, Enfermera especialista en Salud Mental. Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

María Antonia Molino Galán, Psicóloga Clínica. Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Naiara Navarro Olasagasti, Psicóloga forense. CAVAS. Cantabria

Lourdes Díez de la Cuevas, Psicóloga clínica. Subdirección de infancia, adolescencia y familia. ICASS. Gobierno de Cantabria

Roberto Oliver Arias, Psicosexólogo. Centro de Salud Sexual y Reproductiva “La Cagiga”. Hospital U. Marqués de Valdecilla

Soraya Otero Cuesta, Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Ismael Palacios Noriega, Maestro, psicopedagogo y Máster en Neuropsicopedagogía. Orientador escolar. Director del EOEP Torrelavega.

Beatriz Payá González, Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Amador Priede Díaz, Psicólogo Clínico. Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Laredo.

María Ruiz Torres, Psicóloga Clínica. Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil. Servicio de Psiquiatría. Hospital Sierrallana.

Susana Samaniego Peña, Psicóloga Clínica. Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil. Servicio de Psiquiatría. Hospital Sierrallana.

Paula San Juan Gutiérrez, Asociación ADP- CETS. Asociación para el desarrollo de la psicoterapia en contextos educativo- terapéuticos-sociales

Begoña Santiago Cuevas, Enfermera especialista en Salud Mental. Servicio de Psiquiatría. Hospital Sierrallana.

Índice de Capítulos


1	Signos de alarma en Salud Mental Infanto-Juvenil.....	9
2	Vínculo	43
3	El sueño en la infancia y en la adolescencia.....	64
4	Trastornos de la ingestión de alimentos en la primera infancia	91
5	Trastornos de la conducta alimentaria	112
6	Desarrollo Psicosexual	136
7	Trastornos de la eliminación. Enuresis y encopresis.....	152
8	Trastornos de ansiedad y miedos.....	187
9	TDAH	208
10	TICS y hábitos nerviosos.....	250
11	Abuso sexual.....	268
12	Los niños y niñas ante la muerte: el duelo en la infancia y la adolescencia	298
13	Separaciones y divorcios	319
14	Acoso escolar.....	340
15	Depresión y suicidio en la población infanto-juvenil.....	381
16	Adicciones con y sin sustancias.....	422
17	Trastornos de conducta.....	449
18	Trastornos del espectro del autismo	470
19	Trastorno mental grave. Psicosis	494

Índice de ilustraciones

1 Cap.1: Factores de riesgo y factores protectores	16
2 Cap.2: Factores de desarrollo del vínculo	45
3 Cap 2: Modelo de "Reacción al extraño" y tipo de vinculación	48
4 Cap.2: Manifestaciones clínicas de los Trastornos de la Vinculación.....	53
5 Cap.2: Intervención en trastornos del vínculo/apego.....	61
6 Cap.3: Ejemplo de registro semanal de sueño	70
7 Cap.3: Principales diferencias entre pesadillas y terrores nocturnos	84
8 Cap.4: Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos (DSMI 5)	94
9 Cap.4: Trastornos alimentarios de la primera infancia	95
10 Cap.4: Flujograma intervención en Atención Primaria en trastornos de la alimentación primera infancia	109
11 Cap.5: Resumen de los trastornos alimentarios más habituales	119
12 Cap.5: Cómo cursan los TCA	121
13 Cap.5: Factores de riesgo en el desarrollo de los TCA	124
14 Cap.5: Test de cribado SCOFF	125
15 Cap.5: Clínica de la AN	126
16 Cap.5: Clínica de la BN	126
17 Cap.5: Diagnóstico diferencial AN/BN	127
18 Cap.5: Algoritmo intervención Atención Primaria TCA	128
19 Cap.5: TCA Objetivos del Tratamiento en AE	129
20 Cap.5: TCA: escalones de tratamiento en función de la gravedad	133
21 Cap.7: Aparato urinario.....	179
22 Cap.8: Miedos normales según la edad de presentación	190
23 Cap.8: Clasificación de los trastornos de ansiedad según DSM-5	192
24 Cap.8: Epidemiología según edad de aparición	196
25 Cap.8: Trastornos de ansiedad (DSM 5) más frecuentes según la edad de presentación.	196
26 Cap.8: Epidemiología según edad de aparición	197
27 Cp.8: Trastornos de ansiedad (DSM 5) más frecuentes según la edad de presentación	197
28 Cap.8: Síntomas y consecuencias generales de los trastornos de ansiedad.	199
29 Cap.8: Escalones de tratamiento según la intensidad de los síntomas.	202

30	Cap.8: Algoritmo de actuación y manejo en ansiedad.....	205
31	Cap.9: Síntomas TDAH. , reproducida del Curso Experto Universitario en Psiquiatría del niño y del adolescente impartido por la Universidad de Barcelona, 2017.	215
32	Cap.9: Impacto de desarrollo en TDAH, reproducida de Stahl, 2013.....	216
33	Cap.9: Criterios diagnósticos DSM-5:.....	220
34	Cap.9: Diagnóstico diferencial, , reproducida del Curso Experto Universitario en Psiquiatría del niño y del adolescente impartido por la Universidad de Barcelona, 2017.	222
35	Cap.9; Fármacos utilizados en el tratamiento del TDAH.	226
36	Cap.9: Comparación de los efectos secundarios más frecuentes de los estimulantes frente a la atomoxetina, reproducida del Curso Experto Universitario en Psiquiatría del niño y del adolescente impartido por la Universidad de Barcelona, 2017.	234
37	Cap.9: Selección tratamiento farmacológico, reproducida del Curso Experto Universitario en Psiquiatría del niño y del adolescente impartido por la Universidad de Barcelona, 2017.....	235
38	Cap.9: Actitud terapéutica, reproducida del Curso Experto Universitario en Psiquiatría del niño y del adolescente impartido por la Universidad de Barcelona, 2017.	236
39	Cap.10: Respuestas competitivas frecuentemente utilizadas (Azrin y Nunn, 1977; Carr, 1995; Amor Andrés, 2012; modificado)	263
40	Cap.13: Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Holmes y Rahe	325
41	Cap.13: Estilos de crianza	327
42	Cap.14: Fuente: Oñate y Piñuel 2007. "Acoso y violencia escolar en España. Informe Cirsneros X. IEDEEI. Madrid	345
43	Cap.14: Porcentaje de niños y niñas víctimas de acoso y ciberacoso según género. Promedio España	350
44	Cap.14: Porcentaje de niños y niñas víctimas de acoso y ciberacoso según ciclo educativo.	350
45	Cap.14: Porcentaje de niños y niñas según situaciones vividas, ocasional y frecuentemente.....	351
46	Cap.14: Daños del acoso escolar	355
47	Cap.15: Riesgo de suicidio	412
48	Cap.16: Clasificación de las drogas por su efecto en el cerebro	425
49	Cap.16: Factores de riesgo y de protección del consumo de sustancias tóxicas ...	430
50	Cap.16: Factores de riesgo y de protección del consumo de sustancias tóxicas ...	431
51	Cap.16: Indicadores de abuso de nuevas tecnologías	432
52	Cap.16: Indicadores de abuso de nuevas tecnologías	433
53	Cap.16: DSM-V: Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos ...	434

54 Cap.16: Tratamiento y prevención de recaídas en adicciones	438
55 Cap.16: Pautas para el uso responsable del móvil.....	442
56 Cap.16: Pautas para la utilización de internet	443
57 Cap.16: Pautas para el uso adecuado de los videojuegos.....	443
58 Cap.16: Pautas para reflexionar sobre el alcohol	444
59 Cap.16: Pautas para reflexionar sobre el tabaco.....	444
60 Cap.16: Pautas para reflexionar sobre el juego de azar.....	445
61 Cap.16: Pautas para reflexionar sobre el cannabis	445
62 Cap.16: Recordar	446
63 Cap.17: Cuadro comparativo de la clasificación de los Trastornos de conducta en el DSM-IV-TR y en el DSM-5	453
64 Cap.17: Criterios diagnósticos DSM-5 y manifestaciones clínicas de los Trastornos de conducta de inicio en niños y adolescentes.....	461
65 Cap.17: Programa de PMT en 13 sesiones.....	463
66 Cap.18: . Criterios diagnósticos del DSM-5 para el Trastorno del Espectro del Autismo.....	483



Signos de alarma en Salud Mental Infanto- Juvenil

Autoras:

Sandra Alonso Bada

Nuria Diego Falagán



¿DE QUÉ HABLAMOS?	11
¿Qué es Salud Mental?:.....	11
<i>Características de los profesionales del Atención Primaria para la atención a la Salud Mental de niños, niñas y adolescentes</i>	12
<i>Objetivos generales de la intervención de los profesionales de Atención Primaria en la Salud Mental de niños, niñas y adolescentes</i>	13
¿CÓMO PODEMOS VALORAR EL RIESGO EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL?	15
<i>Signos de alarma:</i>	16
Cómo valorar un signo para considerar si es de alarma o no:.....	17
Recomendaciones generales para la valoración:.....	19
¿CÓMO PODEMOS EVALUAR LA SALUD MENTAL DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE?	21
<i>El niño o niña de 0 a 3 años.</i>	22
Dificultades evolutivas menores en el niño o niña entre 0 y 3 años:.....	24
Signos de alarma en el niño o niña entre 0 y 3 años.....	25
<i>El niño o niña en edad preescolar: de 3 a 6 años.</i>	27
Dificultades evolutivas menores en el niño o niña de 3 a 6 años:	27
Signos de alarma en el niño o niña de 3 a 6 años.....	28
<i>El niño o niña en edad escolar: de 6 a 12 años.</i>	31
Dificultades evolutivas menores en el niño o niña de 6 a 12 años	31
Signos de alarma en el niño o niña de 6 a 12 años.....	32
<i>La adolescencia.</i>	35
Dificultades evolutivas menores en la adolescencia:	36
Signos de alarma en la adolescencia:.....	37
¿CÓMO PODEMOS MANEJAR LA DEMANDA POR UN PROBLEMA DE SALUD MENTAL INFANTIL?	
¿CUÁNDO DERIVAMOS? ¿DE QUÉ MODO?	39
¿QUIERES SABER MÁS?	41
<i>Bibliografía</i>	41



¿De qué hablamos?

El objetivo de este capítulo es analizar el papel de los profesionales de Atención Primaria: Pediatra, Enfermera de Pediatría, Médico de Familia y Enfermera de Atención Primaria en el ámbito de la Salud Mental infanto-juvenil. Repasaremos las características que hacen de ellos un eslabón fundamental tanto en la detección precoz como el seguimiento y en el logro de los objetivos terapéuticos esperables y las diferentes intervenciones que se pueden implementar desde el contexto de Atención Primaria.

El objetivo de la segunda parte es proporcionar una guía para conocer en las diferentes etapas del desarrollo cuáles son las tareas evolutivas principales en la etapa infantil, e intentaremos diferenciar aquellos síntomas que pueden aparecer de forma característica en esa etapa sin que tengan significación patológica de aquellos que suponen signos de alarma y requieren una valoración más exhaustiva y probablemente, una derivación a Salud Mental.

¿Qué es Salud Mental?:

La OMS define la Salud Mental como un estado de bienestar en el que la persona se realiza y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad.

La definición de Salud Mental en la infancia y la adolescencia, según Hill, incluye los siguientes aspectos:

- Capacidad para iniciar y mantener relaciones personales mutuamente satisfactorias.
- Progresión continua del proceso de desarrollo.
- Capacidad para jugar y aprender de forma adecuada a su edad y desarrollo intelectual.
- Desarrollo del sentido moral del bien y el mal.

La atención a la Salud Mental abarca una amplia gama de actividades, directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS: un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Requiere la



instauración de actividades relacionadas con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos.

La detección de problemas de Salud Mental en la infancia y adolescencia, así como su prevención y tratamiento es una responsabilidad conjunta entre los profesionales de Atención Primaria (Pediatra y Enfermera de Pediatría y Médico de Atención Primaria) y de las unidades de Salud Mental Infanto-juvenil.

Características de los profesionales de Atención Primaria para la atención a la Salud Mental de niños, niñas y adolescentes

- Son el primer peldaño del sistema sanitario: Las familias acuden a consultar cualquier duda médica o cambio en el comportamiento de sus niños o niñas a su consulta de Pediatría, de modo que es allí donde se recibe, casi de forma invariable, la primera demanda para la valoración de una situación que esté preocupando a la familia.
- La existencia del programa del niño sano, en la que desde los equipos de pediatría se valora el desarrollo de niños y niñas de una forma continuada desde su nacimiento, ha convertido a estos profesionales en los principales detectores de dificultades para la adquisición de los hitos evolutivos esperables o la aparición de alteraciones psicopatológicas que pueden sugerir la presencia de un problema emergente.
- Tienen un conocimiento longitudinal del desarrollo infantil desde sus etapas más tempranas. Esto hace que puedan hacer una valoración más completa de la situación que la visión transversal que se consigue en una consulta especializada. Esto puede dar datos para relacionar la clínica que aparece dentro del proceso del desarrollo, sus características, las de sus familiares... y la evaluación gane en riqueza.
- Tienen una relación continuada con el niño o niña y la familia, y pueden establecer una relación de confianza que permite que los padres soliciten ayuda ante las dudas o las preocupaciones que se les presentan sobre el desarrollo de su hijo. En la mayoría de los casos los padres preocupados por un cambio de conducta en su hijo, la primera consulta la harán en su consulta de Pediatría.



- Están capacitados para promocionar hábitos y estilos de vida saludables.
- Actúan en una etapa en la que el grado de receptividad a los mensajes de promoción de la Salud es elevado.
- Pueden detectar y actuar sobre situaciones de riesgo social.
- Pueden detectar oportuna y precozmente trastornos mentales y situaciones de riesgo, tanto en las consultas rutinarias del niño o niña sano, como en consultas puntuales por otros motivos, o cuando ésta sea la demanda concreta.

Objetivos generales de la intervención de los profesionales de Atención Primaria en la Salud Mental de niños, niñas y adolescentes

Establecer una relación saludable y empática entre el personal sanitario, el niño o niña y la familia.

- Potenciar la realización de actividades de promoción de la salud, en lo relativo al desarrollo psicológico del niño o niña y adolescente y a la educación familiar.
- Conocer las actitudes, creencias y habilidades de los padres respecto a temas de educación sanitaria e intervenir, de modo respetuoso, favoreciendo la implantación de unas pautas que ayuden al correcto desarrollo durante la infancia.
- Dar respuesta a las demandas de los padres que, cada vez con más frecuencia acuden al profesional sanitario buscando orientación sobre temas de educación, relacionales o sociales.
- Promocionar actividades preventivas de tipo psicológico y psicosocial.
- Informar a los padres de las características y necesidades propias de cada etapa del desarrollo.
- Explicar cuáles de las conductas que presenta su hijo son producto de los cambios en su desarrollo, informando de su transitoriedad y orientando en la actitud más adecuada en cada caso.
- Conocer e intervenir sobre los factores de riesgo y los factores protectores presentes en cada niño o niña y familia, intentando minimizar el efecto de los primeros y potenciando el de los segundos, para disminuir el riesgo de padecer patología psiquiátrica. Identificar y manejar aquellas situaciones que, aunque



cursen con malestar emocional, debido a su carácter adaptativo o a su intensidad leve, no requieren atención especializada: duelos, separaciones, ansiedad leve....

- Identificar las situaciones en las que los problemas de salud mental en el niño, niña o adolescente son secundarios a dificultades dentro del ámbito familiar o social; situaciones en las que puede ser el “paciente identificado” pero sería más útil una intervención en el ámbito familiar, escolar o social.
- Derivar a los servicios de Salud Mental Infantil, cuando la situación clínica lo requiera.
- Mantener una colaboración con el servicio de Salud Mental Infantil, de modo que el paciente pueda beneficiarse de una atención especializada, pero sin perder los aspectos de cercanía y cuidado longitudinal de la Atención Primaria.



¿Cómo podemos valorar el riesgo en Salud Mental infanto-juvenil?

Los trastornos mentales no pueden casi nunca atribuirse a una única causa, la mayoría de ellos están causados por la coexistencia de varios factores: genéticos, ambientales, sociales... Cada factor de riesgo aumenta la vulnerabilidad o susceptibilidad a padecer cierto trastorno, sin llegar a producirlo de forma directa. El verdadero riesgo psicopatológico aparece por el efecto acumulativo de varios factores, que tienen un efecto multiplicador: a mayor número de ellos, se aumenta de forma exponencial, el riesgo de padecer un trastorno mental

Un Factor de Riesgo es una característica, experiencia, o evento que, si está presente, se asocia con un incremento en la probabilidad de que un resultado particular ocurra. Este término ha sido usado primordialmente para referirse a aquellas condiciones que se asocian con un incremento en la probabilidad de resultados adversos o indeseables.

El término Factor Protector ha sido usado para referirse a las características presentes en la población que reducen la probabilidad de un resultado indeseable o con un incremento en la probabilidad de resultados positivos.

Se ha demostrado que, conociendo los factores de riesgo y los protectores sobre los que se pueda intervenir, y trabajando sobre ellos, se puede prevenir o retrasar la aparición de trastornos mentales, y superar determinadas limitaciones de origen neurobiológico.

Los factores de protección actúan favoreciendo un desarrollo adaptado y contrarrestando el impacto negativo de los factores de riesgo, disminuyendo así la capacidad de éstos para producir consecuencias negativas. La interacción de estos factores de riesgo y protección en cada individuo va a determinar el riesgo que padece, y la interacción de este niño, niña o adolescente con su ambiente es lo que determinará la vulnerabilidad a padecer determinadas alteraciones psicopatológicas.

Es importante conocer tanto los factores de riesgo como los protectores para conocer la verdadera vulnerabilidad del niño o niña que estamos tratando e intervenir en aquellos en los que sea posible.



FACTORES PROTECTORES

CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO	CARACTERÍSTICAS DE LOS PADRES	CARACTERÍSTICAS FAMILIARES Y AMBIENTE
Buena salud física.	Buen ajuste psicológico.	Convivir con los padres.
Sexo femenino.	Estudios superiores.	Familias sin muchos niños.
Temperamento fácil.	Inteligencia alta.	Cohesión familiar.
Desarrollo psicomotor armónico	Sensibles y responsables.	Disciplina consistente.
Locus de control interno.	Buena disponibilidad.	Nivel socioeconómico alto.
Buena ejecución académica.	Crianza cálida.	Empleo estable.
No ser primogénito.	Buena salud física.	Apoyo de la familia extensa
Estrategias de afrontamiento flexibles.	Disciplina clara, flexible, pero con límites	Ambiente rural.
Adecuadas habilidades sociales	Supervisión cercana	
Alta autoestima.		
Apego seguro.		

FACTORES DE RIESGO

CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO	CARACTERÍSTICAS DE LOS PADRES	CARACTERÍSTICAS FAMILIARES Y AMBIENTE
Enfermedades médicas	Enfermedad mental.	Familias monoparentales.
Cromosomopatías.	Inconsistencia de normas.	Muchos hermanos.
Problemas perinatales.	Estilo de afrontamiento evitativo.	Conflictos maritales.
Baja capacidad intelectual.	Incapacidad para el cuidado.	Desacuerdos sobre la crianza.
Bajo desempeño académico.	Disciplina excesiva o ausente.	Nivel socioeconómico bajo.
Retraso o trastornos del lenguaje.	Elevado criticismo.	Desempleo
Niveles extremos de actividad.	Problemas de salud física.	Bajo nivel académico.
Escasas estrategias de afrontamiento.		Apoyo de la familia extensa.
Déficit de habilidades sociales		Elevada expresividad emocional.
Baja autoestima.		
Locus de control externo		

Fuente: Schroeder y Gordon, 1991 1

1 -Cap.1:Factores de riesgo y factores protectores

Signos de alarma:

Podemos definir como signo de alarma a “aquel signo, o síntoma, o conjunto de manifestaciones que, si aparecen a una determinada edad, nos han de hacer pensar en una posibilidad de trastorno psicopatológico”.



Cómo valorar un signo para considerar si es de alarma o no:

Un signo o síntoma que consideramos que puede ser considerado relevante en la Salud Mental de un niño, niña o adolescente no debe ser nunca valorado de forma aislada; deben tenerse en cuenta siempre otros factores tanto individuales como familiares, sociales o culturales que van a modular la expresión sintomática en esta población.

Algunos de los síntomas que presentan los niños, niñas y adolescentes a menudo son extremos de situaciones que pueden darse de forma habitual en momentos de su desarrollo. Es necesario tener claras unas reglas que nos pueden ayudar a determinar cuándo un comportamiento es patológico o no.

Siempre debemos contextualizar el síntoma dentro del **momento evolutivo** del niño, niña o adolescente. Algunos de los síntomas que preocupan a los padres y por las que consultan a los profesionales de Atención Primaria, no son más que variantes de la normalidad del desarrollo evolutivo normal. Los hitos evolutivos esperables en cada momento cronológico del desarrollo del niño o niña no deben tomarse de forma rígida, ya que el ritmo del desarrollo psicomotor puede presentar una gran variabilidad entre cada niño/a. Debemos conocer y diferenciar cuáles síntomas no tienen significación patológica de aquellos que debemos tener en cuenta como signos de alarma de un proceso psicopatológico más serio. En el primer grupo se encuentra el tartamudeo durante los meses de adquisición del lenguaje o las dificultades para adquirir el control esfinteriano de forma completa; los aleteos de manos cuando está emocionado en la primera infancia, las pataletas entre los dos y tres años... En el segundo grupo podemos incluir todos los anteriores cuando se inician en etapas posteriores del desarrollo.

Por otro lado, los padres consultan con frecuencia buscando orientación ante los cambios conductuales que notan en sus hijos en diferentes etapas: por las pataletas a los dos años, por los escarceos con los tóxicos, por dificultades con la autoridad y mayor aislamiento en la adolescencia... Es fundamental conocer los cambios que se esperan en cada etapa del desarrollo, normalizar esta situación y tranquilizar a los familiares, aportando ciertas pautas que puedan ayudarles para su manejo.

Valoraremos si está produciendo alguna **limitación** en conseguir el progreso adecuado en su desarrollo. Si es así, o está produciendo alguna regresión en el estado previo del niño o niña, debemos sospechar que el síntoma puede tener un estatus patológico.

Valoraremos el **componente adaptativo** de la clínica que esté apareciendo. Uno de los primeros aspectos que debemos valorar cuando observemos un cambio en la



conducta de un niño, niña o adolescente, es si está ocurriendo algo que pueda justificar la aparición de estos síntomas. Un ejemplo característico es la presencia de conductas regresivas en un niño/a cuando nace un hermano/a, o la disminución del estado de ánimo o la irritabilidad en los procesos de duelo.

Antes de considerar que un niño o niña tiene un trastorno mental debemos explorar la presencia de factores que puedan estar generándole malestar, porque el objetivo de la intervención entonces no se centrará sólo en tratar los síntomas, sino en trabajar sobre esa fuente de sufrimiento para eliminarlo. Incluimos en este apartado los problemas con iguales, los problemas escolares, los conflictos familiares...

Debemos tener también siempre en cuenta el posible correlato psicológico que pueda subyacer oculto en forma de **clínica orgánica**. Tanto en niños y niñas como en adolescentes, el malestar psicológico se manifiesta en muchas ocasiones en forma de síntomas físicos. Son más frecuentes en aquellos que presentan dificultades para la expresión de emociones a través del lenguaje; tanto porque aún no haya llegado a un nivel de desarrollo que le permita explicar sus sentimientos como por sus rasgos caracteriales. Los síntomas somáticos sin explicación médica pueden aparecer a cualquier edad y con diferentes grados de gravedad, pudiendo desarrollar deterioro funcional. Estos síntomas, especialmente si son múltiples, pueden estar relacionados con problemas psicológicos. Por eso debemos estar atentos a los síntomas como cefaleas, abdominalgias, dolores ostemusculares... repetidos y para los que no encontremos explicación médica.

La duración y la frecuencia del síntoma: determinados síntomas, como el ánimo hipotímico, puede no considerarse patológico, sobre todo cuando es en periodos recortados de tiempo, pero si este aumenta, lo hace también la probabilidad de que tenga significación patológica. Por ello, las clasificaciones diagnósticas requieren una duración mínima del síntoma para poder considerarlo como tal.

Si hay **interferencia** en sus pensamientos y actividades: aquellos síntomas que desaparecen con la distracción, cuando otro tema ocupa su mente y permiten su funcionamiento adecuado en todas las áreas no deben, en principio, considerarse patológicos. Por eso, siempre debemos preguntar sobre la interferencia que genera un síntoma, ya sea emocional o conductual, en el funcionamiento habitual del niño o niña.

Si es **controlable**: si un niño o niña puede deshacerse de un síntoma razonando, o haciendo algo diferente, lo más probable es que no sea importante, y sea algo leve y transitorio. La intrusión y la dificultad de control están relacionados con síntomas importantes.



Generalización en más de un contexto: aquellos síntomas que se limitan a una actividad o un contexto generalmente no son marcadores de un problema clínicamente relevante, sino que suelen tener que ver con circunstancias concretas que se dan en ese contexto y que debemos investigar. Generalmente debemos explorar la presencia de los síntomas en el hogar, en la escuela, y en otros ambientes.

Debemos valorar el síntoma en el **contexto socio familiar** en que se produce, así como su significación en su cultura.

A la hora de valorar la importancia de un síntoma o conjunto de ellos lo que más nos va a ayudar es determinar **la repercusión** que esté teniendo en el niño o niña y para ello debemos determinar si hay afectación en su conducta, en su rendimiento académico, en sus relaciones sociales, en las relaciones familiares o en su autoconcepto. La gravedad de esta repercusión es lo que debe determinar la indicación de intervención especializada.

Síntomas que siempre son patológicos y requieren valoración por parte de Salud Mental:

Determinados síntomas, como aquellos de naturaleza psicótica y síntomas sugestivos de un Trastorno del Espectro Autista, así como los intentos de suicidio siempre requieren una derivación a las unidades de Salud Mental Infantil para valoración especializada. En determinados trastornos, como los psicóticos, una detección precoz y una intervención inmediata, puede mejorar claramente el diagnóstico. Es conocido que la duración del periodo de la enfermedad sin tratar en la psicosis, empeora la evolución. Por eso es necesario estar alerta ante la aparición de síntomas de esta naturaleza, para derivar con la mayor premura posible. Lo mismo ocurre con los intentos autolíticos, que deben ser siempre valorados por un especialista en Salud Mental Infantil, independientemente de la aparente severidad del intento

Recomendaciones generales para la valoración:

Escuchar al niño o niña: tener en cuenta su demanda, explorar su estado mental y tras la valoración explicarle, si se va a derivar, dónde será y con qué objetivos.

Escuchar a los padres: valorar la demanda en la familia: sus preocupaciones, sus soluciones intentadas, sus estilos de afrontamiento, y canalizar la derivación.



Solicitar información de otros agentes que estén en contacto con el niño o niña, como el centro escolar, o Servicios Sociales, que darán información del niño o niña en otros contextos u de otros posibles riesgos asociados.



¿Cómo podemos evaluar la Salud Mental del niño, niña o adolescente?

Es recomendable tener un esquema que nos recuerde qué no debemos olvidar al hacer una adecuada valoración de la salud mental del niño, niña y adolescente.

Siempre debemos explorar a varios niveles.

- Nivel de desarrollo: uno de los objetivos iniciales en la valoración es valorar el nivel de desarrollo, y determinar si se adecúa a lo esperable para su edad cronológica. Esta actividad forma parte de la rutina dentro de la consulta del niño sano en pediatría, y requiere de la comprensión de las variaciones dentro del desarrollo normal, y las formas de manifestación de las diferentes patologías en cada fase evolutiva.
- El apego: las manifestaciones afectivas con sus figuras de referencia, y sus vínculos con el resto de miembros de la familia.
- Funciones fisiológicas: sueño, alimentación y control esfinteriano.
- Las relaciones con los demás: con iguales, con personas adultas, su capacidad e interés para iniciar relaciones sociales y para mantenerlas. Su repertorio de habilidades sociales y sus dificultades en ese campo.
- La conducta: su comportamiento en el ámbito familiar y escolar, su relación con la autoridad, y su tolerancia a la frustración.
- El juego: un niño que no juega, no es un niño sano.
- Autoconcepto: su idea de sí mismo, autoestima, y sus pensamientos y preocupaciones.
- Capacidad de afrontamiento y resolución de problemas.

En esta parte del capítulo repasaremos las diferentes etapas del desarrollo vital, describiendo en primer lugar las tareas evolutivas en las que está inmerso en cada una de ellas. Esto nos ayudará a entender la aparición de variantes de la normalidad o cambios de conducta, que surgen en cada momento evolutivo y pueden ser objeto de demanda por parte de los padres, sin tener significación patológica, y que es fundamental diferenciar de aquellos síntomas cuya aparición en un momento determinado del desarrollo, significa una señal de alarma y requieren una valoración y atención especializada en Salud Mental.



El niño o niña de 0 a 3 años.

La etapa que transcurre desde el nacimiento hasta los tres años es el periodo en el que el desarrollo es más rápido y se producen más cambios en menos tiempo. Y no sólo físicamente, sino que estamos hablando de tres años en los que el niño o niña pasa de ser alguien absolutamente dependiente, a adquirir la capacidad para andar solo, hablar, y relacionarse con el entorno con conductas orientadas a un fin. Esta velocidad del desarrollo, que no se iguala a la de ningún otro momento del ciclo vital, hace que la presentación de los síntomas sea muy plástica y que puedan ser transitorios, pero también exige que estemos atentos ante la aparición de problemas con relevancia clínica, cuya atención temprana pueda condicionar un mejor pronóstico.

El desarrollo psicomotor: El profesional dedicado a la salud mental infantil debe conocer los hitos que se espera se consigan en cada momento evolutivo, medidos como la consecución de logros específicos psicomotores, cognitivos, lingüísticos, socioemocionales y conductuales.

Se ha debatido históricamente sobre la influencia de los factores biológicos o los educacionales en el desarrollo durante la infancia. En uno de los extremos están aquellas teorías que consideran que el desarrollo está mediado genéticamente y biológicamente determinado, mientras que en el otro están las posturas que defienden que es el contexto en el que se está desarrollando el niño o niña el que va a determinar sus ritmos: como la familia, educación, grupo de iguales, y el contexto sociocultural. Actualmente prevalecen aquellas teorías que, a la luz de los avances científicos, consideran que ambos factores influyen e interactúan a lo largo del tiempo. Y asumiendo que ambos son agentes actores en el desarrollo del niño o niña, los estudios se centran en determinar cómo interactúan ambos y cuál es el papel de cada uno.

Como médicos responsables de la salud mental infantil debemos conocer los hitos del desarrollo que deben haber adquirido en el momento de la valoración y valorar cuáles son los factores biológicos y del contexto que están interviniendo, cómo interactúan y cómo contribuye cada uno a la presentación clínica en ese individuo.

El desarrollo psicomotor es un proceso dinámico que ocurre en un continuo, y puede llevar en un ritmo en algunas áreas del desarrollo y otro ritmo en otras.

Durante el proceso de desarrollo normal del niño o niña existen periodos críticos y periodos sensibles.



- Se define como periodo crítico al tiempo limitado durante el que se desarrolla una función específica. Si no se dan las condiciones necesarias para que consiga ese hito durante ese periodo de tiempo puede ser muy difícil que se llegue a alcanzar esa función. Así, se considera que los primeros 5 años de vida son fundamentales para la adquisición del lenguaje, y en aquellos casos en que no se han dado las condiciones para que se consiga, es difícil que pueda llegar a alcanzar un nivel de lenguaje adecuado o normalizado.
- Se define como periodo sensible a aquel en el que es más fácil adquirir ciertas habilidades, pero si no se llega a adquirir el hito en ese momento, existe la posibilidad de que se consiga en otro. Por ejemplo, es más fácil aprender a hablar un segundo idioma durante los primeros 6 años, pero si no se hace en este momento, también es posible conseguirlo en periodos posteriores.

Es bueno entender estos periodos crítico y sensible como ventanas de oportunidad para favorecer un desarrollo positivo y conseguir aquellos hitos que son más favorables a determinadas edades.

Existen instrumentos que nos ayudan a conocer los hitos y la franja de edad a la que se espera que se adquieran. Pero no debemos olvidar que la adquisición de hitos evolutivos normales no se logra según un esquema rígido y estereotipado, de forma que debemos utilizar los períodos que nos recomiendan las diferentes escalas únicamente como una referencia.

El factor más importante en esta etapa es el vínculo y las conductas de apego entre el niño o niña y sus cuidadores primarios, ya que el establecimiento de un vínculo seguro va a facilitar un adecuado desarrollo cognitivo, lingüístico, conductual y socioemocional. Por lo tanto, debemos estar muy atentos a las señales que nos puedan hacer sospechar dificultades en este sentido, porque si no se resuelven de forma temprana tendrán repercusión en todos esos aspectos. Desde el inicio del seguimiento cuando nace el niño o niña debemos explorar las relaciones tempranas, el establecimiento del vínculo, la cualidad del contacto entre el niño o niña y su figura de apego, ya que el establecimiento de un vínculo seguro con sus figuras de apego es uno de los aspectos más determinantes para la evolución óptima del desarrollo, y va a condicionar sus futuras relaciones.

Durante estos meses se produce una estrecha relación entre el estado físico y el mental del niño o niña. Debemos explorar el sueño, y la alimentación, el uso de funciones fisiológicas básicas porque sus alteraciones pueden ser una forma de expresión de malestar emocional.

Estamos en la etapa del desarrollo del lenguaje: desde el balbuceo, a la emisión de primeras palabras, su combinación para formar frases... pero no debemos valorar



únicamente los aspectos formales del lenguaje, sino la intención comunicativa: sus ganas de compartir una información, de buscar la atención del otro y transmitirle un mensaje.

Otro hito fundamental en estos años es la progresiva organización de la conducta: en estos años el niño o niña avanzará desde la dependencia más absoluta hasta ser capaz de deambular por sí mismo y de intervenir en el entorno para conseguir sus objetivos. La mejoría en sus habilidades psicomotrices irá potenciando su sensación de autonomía, y si el proceso de individuación y autoafirmación es adecuado, aparecerán las rabietas y la etapa del NO.

Dificultades evolutivas menores en el niño o niña entre 0 y 3 años:

- **El llanto:** una demanda frecuente de los padres en los primeros meses de la vida es que el niño/a llora mucho: durante la noche y varias veces durante el día. Es importante explicarles que el llanto en estas etapas es normal ya que supone su única forma de para comunicar malestar a sus padres. Los niños y niñas lloran tanto para expresar necesidades básicas, como hambre o sueño, o incomodidad; es su forma de explicar un estado físico o emocional negativo. Algunos padres deben ser asesorados para poder ofrecer una respuesta calmada, sensible y de soporte adecuado ante el llanto de su hijo/a.
- **El sueño:** en estos meses pueden aparecer despertares nocturnos, dificultades para dormir solo; dificultades para normalizar un ritmo sueño-vigilia adecuado a su edad. Situaciones que se pueden manejar con unas pautas de adquisición de sueño regular, que se tratará en el capítulo correspondiente de este manual.
- **Psicomotricidad:** retraso no significativo en la adquisición de los hitos del desarrollo. Cuando recibimos una demanda de valoración por cierto retraso en la evolución del niños o niña, debemos valorar de forma global su nivel, tranquilizar y explicar la plasticidad de estas etapas y seguir de forma cercana la evolución.
- **Alimentación:** se pueden producir dificultades transitorias para la introducción de nuevos alimentos, retraso en la alimentación con sólidos; etapas de menor apetito; conductas o reacciones inadecuadas alrededor de la comida. Es muy frecuente recibir demandas en este sentido, y por eso, aunque no se consideran algo patológico, en este manual se explican pautas para el manejo de estas situaciones en el capítulo sobre la alimentación.



- En cuanto a **la comunicación**: son habituales el tartamudeo en las etapas iniciales de la adquisición del lenguaje; retrasos en relación con los hitos esperables para su edad cronológica, dificultades transitorias para la pronunciación de algún fonema. En este sentido, las recomendaciones son idénticas a las de cualquier otro retraso evolutivo: explicar a la familia, valorar en global el resto de hitos, tranquilizar y seguir de forma cercana la evolución.
- **Conducta**: entre los 18 y los 24 meses aparecen conductas oposicionistas y rabietas. El niño/a está en un momento de mayor autonomía y su desarrollo ha avanzado hasta hacerse más consciente de su individualidad y de que sus deseos pueden no coincidir con los de sus padres y las normas de éstos; es entonces cuando comienza a poner a prueba alguna de esas normas. Por esto a esta etapa se le ha denominado “etapa del no”. Las pataletas aparecen a esta edad como una forma de descarga emocional intensa ante situaciones que le generan malestar: frustraciones, normas que no quiere cumplir o sensaciones físicas desagradables: frío, hambre.... Se producen como forma de expresar malestar en una etapa en la que aún no tiene habilidades verbales para describir sus emociones y se van reduciendo según va mejorando su capacidad de expresión emocional y de autorregulación.

Signos de alarma en el niño o niña entre 0 y 3 años.

La alimentación.

- Debemos considerar una señal de alerta y plantear la derivación a un servicio especializado cuando aparecen síntomas relacionados con la alimentación que produzcan repercusión en su desarrollo pondoestatural: inapetencia, cambio de hábitos alimentarios, negativa a comer...
- La imposibilidad de incorporar nuevos alimentos a la dieta, la intolerancia a ciertas texturas, y un patrón alimentario muy rígido requiere una valoración más completa de otros patrones rígidos de comportamiento para descartar la presencia de síntomas de un Trastorno del Espectro Autista.
- Vómitos o regurgitaciones reiteradas sin causa orgánica aparente.
- Mericismo y pica: síntomas que suelen estar asociados a otros problemas psicopatológicos, y están descritos dentro del capítulo de alimentación.



El sueño.

- Insomnio crónico; con incapacidad para relajarse y descansar, sin que las figuras de apego consigan tranquilizarle.
- Insomnio acompañado de actividades motrices: balanceos, actividades motoras bizarras.
- Imposibilidad de adquirir un ritmo sueño-vigila normalizado, a pesar de las pautas implementadas, y que cursa con hipersomnia diurna como secuela.

La conducta:

- Crisis de cólera que van más allá de las pataletas habituales, en frecuencia o intensidad, con heteroagresividad contra objetos o personas.
- Presencia de conductas repetitivas y estereotipadas, con excesiva adherencia a rutinas, intolerancia a cambios en su entorno.

La comunicación y las relaciones:

- Ausencia expresión de emociones: no ríe, no mira a quien le habla
- Ausencia de sonrisa social en etapas tempranas (a partir del segundo mes).
- Ausencia de respuesta a la presencia o la interacción con sus figuras de apego. Pocas respuestas anticipatorias o de búsqueda de la atención de las personas adultas.
- Ausencia de ansiedad de separación o angustia ante el extraño, a partir de los 8-10 meses; no diferenciación entre sus figuras de apego y el resto de adultos.
- Escasa intención comunicativa.
- Pobreza de los aspectos no verbales del lenguaje: contacto visual, expresividad facial, uso de gestos aumentativos de la comunicación.
- Lenguaje peculiar: repetitivo o estereotipado, adultomorfo, o ecolalico.



El niño o niña en edad preescolar: de 3 a 6 años.

En la etapa preescolar continúa el desarrollo cognitivo y de comunicación, aumenta la exigencia social y relacional y continúa en sus avances en autonomía.

El lenguaje sigue perfeccionándose durante estos años hasta adquirir un lenguaje fluido. Se pueden valorar cada vez las características tanto verbales como no verbales del lenguaje del niño o niña.

El hito fundamental en el desarrollo cognitivo en esta etapa es el inicio de la actividad simbólica y el juego de simulación. Por primera vez aparece la capacidad para iniciar el juego imaginativo e introducir la fantasía en sus juegos. El pensamiento simbólico representa la capacidad humana de crear; permite al niño o niña manejar representaciones, porque en este momento su desarrollo cognitivo se ha desarrollado hasta el punto de ser capaz de distinguir entre los objetos reales y las etiquetas que se utilizan para representarlos. Se desarrolla fundamentalmente a través del juego, a partir de los 2 años.

En cuanto al desarrollo de relaciones sociales nos encontramos en una etapa de mayor exigencia, ya que es la edad en la que suele iniciarse la escolarización, y debe comenzar a establecer nuevas formas de relación, tanto con iguales como con figuras de autoridad fuera del ámbito familiar. Debe hacer un esfuerzo para empezar a compartir y hacer cosas en grupo en una etapa que es característicamente aún muy egocéntrica. Empieza a buscar a los iguales para el juego, pero en los primeros años es un juego básicamente en paralelo, hasta ir avanzando hacia un juego de reglas, que se organiza ya espontáneamente entre el final de la edad preescolar y el inicio de la escolar.

Dificultades evolutivas menores en el niño o niña de 3 a 6 años:

- **Miedos y ansiedad.** Es importante diferenciar los miedos evolutivos normales de los verdaderos trastornos de ansiedad. La ansiedad forma parte del desarrollo normal y se estima que hay miedos y preocupaciones no patológicas en el 70% de las personas durante la infancia y adolescencia. El objeto temido va a ir cambiando según el momento evolutivo del niño o niña, y es la severidad de la respuesta al miedo y su repercusión lo que le conferirá la característica de patológico. La ansiedad de separación es normativa durante una etapa, cumple una función básica y constituye un hito del desarrollo, pero si se mantiene en el tiempo hasta estas edades y le impide acudir de forma normalizada al centro



escolar, o hacer actividades fuera del ámbito familiar, es cuando se considera patológico y requiere abordaje especializado.

- **Lenguaje:** se puede seguir produciendo tartamudeo fisiológico y retrasos evolutivos sobre todo en la pronunciación de algún fonema.
- En cuanto a la conducta, es habitual que se sigan manteniendo las pataletas y conductas negativistas, que deben ir mejorando según avanzan las habilidades de comunicación y de regulación emocional. Es frecuente también que aparezcan conductas reclamadoras de atención, en forma de conductas disruptivas principalmente.
- En el sueño, pueden surgir demandas por falta de rutina del sueño, retardo de fase, y otros problemas menores, que se pueden manejar con unas adecuadas pautas de higiene del sueño. También por incapacidad para dormir de forma autónoma: necesitar una luz o la presencia de un progenitor, o incluso el colecho.
- En estas edades aparecen tres parasomnias: fenómenos del sueño muy característicos y que no tienen en sí mismos significación patológica, que son el sonambulismo, las pesadillas y los terrores nocturnos. Es muy importante conocer las diferencias entre ellos y tranquilizar y asesorar a los padres en cuanto a las medidas a tomar en cada caso. Las tres parasomnias se explicarán de modo más detallado en el capítulo de trastornos del sueño.
- **Rivalidad entre hermanos:** a partir de esta edad el niño o niña puede tener que enfrentarse al nacimiento de un hermano/a, lo que puede generar en él una serie de emociones, sentimientos de índole dolorosa y cambios de comportamiento, principalmente en forma de conductas regresivas

Signos de alarma en el niño o niña de 3 a 6 años

Sueño:

- Insuficientes horas de sueño, y cualquier otro trastorno menor del sueño que no se haya resuelto con las pautas previas y estén teniendo repercusión en las rutinas del niño o niña.

**Comunicación:**

- Presencia de un discurso ininteligible, alteraciones en la pragmática del lenguaje, lenguaje repetitivo o estereotipado o que utilice la inversión pronominal o hablar de él mismo en tercera persona y la presencia de una entonación anormal.
- También requieren valoración aquellas señales que muestren una escasa intención comunicativa, como una pobre respuesta a su nombre, que no se acerque de forma espontánea a conversar o no sea capaz de establecer un intercambio conversacional (que su discurso se limite a un monólogo sin esperar ni tener en cuenta la respuesta del interlocutor). Debemos valorar también si esto se asocia a incapacidad para establecer el contacto visual, ser poco expresivo o no utilizar gestos de comunicación no verbal.

La ansiedad:

- La ansiedad por separación es una ansiedad excesiva o inadecuada a la edad del niño o niña, relacionada con la separación del hogar, o de figuras importantes con las que tiene mayor apego. Si se fuerza la separación pueden aparecer náuseas, vómitos, cefaleas... Es normativo cierto grado de ansiedad ante la separación o la amenaza de ésta, de las personas con las que está vinculado, pero es la intensidad de esta respuesta lo que va a hacer que se valore como patológico. Cuando esto puede condicionar la asistencia al colegio o a actividades en las que no estén sus figuras de apego, requiere atención especializada.

Conducta:

- Si se mantienen las pataletas y no mejoran con la evolución del lenguaje; cuando no cumple ninguna norma ni el ámbito familiar ni el escolar.
- También es una señal de alarma el ser extremadamente inhibido o tímido, de forma que no sea capaz de establecer relaciones sociales.

Regulación emocional:

- Si no es capaz de expresar sus emociones, no reconoce las emociones de los demás y no sabe responder a ellas; ausencia de capacidad para el manejo y control de las emociones.



Sociabilidad:

- Los signos que debemos valorar como de alarma son la ausencia de interés en otros niños o niñas o intentos de acercamiento inadecuados, la escasa respuesta a personas fuera del ámbito familiar; la ausencia de modulación del comportamiento en función del nivel de confianza que tenga con el interlocutor. También la incapacidad para separarse de sus figuras de apego o la indiferencia ante su presencia o ausencia. Así como el que no haga esfuerzos para mostrar o compartir aquello le gusta o le interesa.

El juego:

- La ausencia de juego simbólico y la presencia de un juego repetitivo y estereotipado debe hacernos valorar otros aspectos de su capacidad de comunicación e interacción social.
- Debemos valorar si a esta edad hay un juego variado, de imitación espontánea o de imaginación: aquel en el que se utilizan objetos otorgándole una función para la que no están destinados.



El niño o niña en edad escolar: de 6 a 12 años.

Es la etapa escolar, en la que la exigencia académica requiere del fomento de habilidades de aprendizaje, concentración, organización y ejecución de tareas, y procesamiento de la información.

En cuanto a las relaciones sociales: el niño o niña se interesa cada vez más en actividades de grupo, y los juegos basados en reglas; el juego es menos solitario y más colaborativo. Comienzan a ser conscientes en esta etapa de los estereotipos de género, y los amigos suelen estar segregados por sexo.

Surge la conciencia de uno mismo y de los demás; es la etapa en la que se construye la autoestima. Su autoconcepto estará muy influenciado por las relaciones con sus figuras de apego, de sus habilidades para las relaciones sociales y su desempeño académico.

Desarrollo emocional y autorregulación: en esta etapa comienzan a ser más conscientes de sus emociones, van ganando capacidad para identificarlas, expresarlas y utilizar las estrategias necesarias para su gestión.

Desarrollo de la empatía: su mundo se hace menos egocéntrico; se hacen conscientes de la presencia del otro, de sus emociones y de la repercusión de su comportamiento en la emoción del otro, y son capaces de reaccionar de forma adecuada para ayudar a manejar la emoción al otro.

Esta es la etapa del desarrollo moral: surge el concepto del bien y el mal, y pueden empezar a modular su conducta.

Dificultades evolutivas menores en el niño o niña de 6 a 12 años

- Problemas de comportamiento: ciertas conductas oposicionistas pueden ser normativas a esta edad, en la que deben ir remitiendo las pataletas al ser capaz de expresar su malestar de un modo verbal y no físico.
- Los miedos son característicos de esta etapa. El objeto temido va variando en función de la edad, siendo los más frecuentes los animales salvajes entre los 5 y 6 años, los monstruos o fantasmas hasta los 7 u 8 años y a partir de entonces se unen el temor al fracaso académico, a desastres naturales y la preocupación por sufrir un daño físico. Estas últimas temáticas se mantendrán en la preadolescencia, época en la que van ganando importancia los aspectos relacionados con el desempeño social



- Dificultades para las relaciones sociales: Los logros en el ámbito social son factores fundamentales sobre los que comienza a construirse la autoestima en esta etapa. La timidez es un rasgo caracterial que a estas edades puede crear problemas para conseguir estos objetivos.
- En cuanto a la sexualidad, la masturbación de forma ocasional es algo común durante la infancia y no tiene ningún significado patológico, pudiendo aparecer incluso en el período preescolar. En ocasiones los padres acuden solicitando asesoramiento por la naturaleza repetitiva o en contextos no íntimos de esta actividad.
- Ciertas conductas repetitivas pueden formar parte del desarrollo normal en esta etapa. Es habitual la realización de ciertas actividades de forma repetitiva, que pueden remedar a un ritual, más frecuentes a la hora de irse a la cama, en las comidas o al enfrentar las tareas académicas. Junto con la aparición de pensamiento mágico, supersticioso forman parte de comportamientos normales que aparecen durante esta etapa del desarrollo. Son conductas normalizadas siempre no produzcan limitación en la rutina habitual del niño o niña, y sean de carácter transitorio.

Signos de alarma en el niño o niña de 6 a 12 años

Dificultades escolares:

- Falta de atención, que tenga repercusión en el rendimiento académico. La desatención es un síntoma común en muchos trastornos psicológicos: la ansiedad y la depresión, por ejemplo, también presentan falta de atención. Debemos valorar si es un síntoma transitorio, si se presenta con otra sintomatología asociada o si, al contrario, es un síntoma crónico, que le acompaña desde el inicio de esta etapa, y si está teniendo repercusión en su rendimiento o en su autoestima.
- Absentismo escolar. Todos los problemas de salud mental que aparezcan en un niño o niña, independientemente de la gravedad de su naturaleza, de su intensidad o duración, que le incapaciten a acudir de forma normalizada a su centro escolar, requieren atención especializada y de forma preferente. Si el absentismo se produce por causas sociofamiliares, la actitud recomendada es consultar con los Servicios Sociales de zona.
- Fobia escolar. La fobia escolar es la incapacidad total o parcial del niño o niña de acudir al colegio como consecuencia de un miedo irracional a algún aspecto de la situación escolar. Se ha relacionado clásicamente con la ansiedad de separación, pero se puede deber a alguna situación concreta relacionada con el ambiente





escolar, como puede ser la exigencia académica, problemas relacionales... y aparecer en el contexto de cuadros de ansiedad o depresivos.

Trastornos en la comunicación y en la relación:

- Mutismo selectivo. Se define como la incapacidad persistente para hablar en una o más situaciones sociales en las que se espera que hable, aunque puede hacerlo en otras situaciones. Se considera una forma de ansiedad social.
- Alteraciones en la pragmática del lenguaje y otras alteraciones como ecolalias o neologismos. Deben valorarse junto con una exploración de la capacidad para desarrollar y mantener relaciones sociales y la presencia de patrones restrictivos y repetitivos de comportamientos o intereses.
- Incapacidad para iniciar o mantener relaciones con iguales.

Trastornos de conducta:

- Oposicionismo; mantenimiento de las rabietas. El que se mantengan las rabietas ante frustraciones y no hayan adquirido la capacidad para autorregular su conducta y gestionar el malestar, comienza a considerarse patológico en esta etapa.
- Conductas delictivas.
- Agresividad contra objetos o personas frecuente.
- Hiperactividad física, si se asocia con impulsividad, y déficit atencional, debe ser valorada la posibilidad del diagnóstico de TDAH.

Trastornos por ansiedad:

- Miedos desproporcionados o persistentes que limiten su actividad.
- Pensamientos obsesivos: pensamientos o imágenes intrusivos y persistentes, que generan malestar en el niño o niña. Generalmente se siguen de compulsiones, que se llevan a cabo para disminuir la ansiedad producida por las obsesiones.
- Aparición de compulsiones o conductas ritualizadas que tengan repercusión en las rutinas del niño o niña. La clínica del Trastorno Obsesivo Compulsivo se inicia antes de la pubertad entre un tercio y la mitad de los casos, por lo que debemos monitorizar cuando aparezcan estas conductas en la infancia y valorar si generan sufrimiento en él o repercusión en su ejecución académica o sus actividades



habituales. En los niños y niñas pequeños se pueden producir las compulsiones, sin la presencia de síntomas obsesivos.

- Trastorno de Angustia; aunque es más frecuente a partir de la adolescencia, puede tener un inicio prepuberal, compartiendo presentación clínica idéntica a la de etapas posteriores.

Trastornos del estado de ánimo:

- Síntomas de depresión: tristeza, pesimismo, irritabilidad, apatía. En la depresión prepuberal aparecen con más frecuencia las quejas somáticas y agitación psicomotora.
- Insomnio o hipersomnia. Son síntomas atípicos de depresión, junto con aumento del apetito y del peso y enlentecimiento psicomotor.
- Ideas de suicidio; aunque son más frecuentes en la adolescencia, debemos explorar las ideas de suicidio en todo niño o niña con disminución del estado de ánimo.

Alimentación:

- Conductas restrictivas mantenidas en el tiempo, con repercusión en el desarrollo pondoestatural.
- Conductas purgativas: como vómitos repetitivos y otras conductas compensatorias como el deporte o la ingesta de laxantes.

Sexualidad:

- Masturbación excesiva, que interfiere en la actividad diaria del niño o niña. Sobre todo, si se asocian con otras conductas hipersexualizadas, que nos obligarían a descartar la presencia de abuso sexual, o contacto con material inapropiado para su edad.



La adolescencia.

Es la etapa de transición entre la infancia y la edad adulta, en la que debe despedirse de la infancia y construir su identidad como persona adulta. Esto va implicar:

- Cambios físicos, en los que cumplen un papel protagonista tanto los cambios hormonales como el proceso de desarrollo del cerebro;
- Cambios psicológicos: a partir de la adolescencia el chico adquiere el pensamiento abstracto: es capaz de pensar sobre sí mismo y comienza el proceso de construir su identidad. Este autoconcepto estará formado por su autoimagen corporal, sus habilidades y experiencias en la interacción social, su identidad sexual, vocacional, e ideológica.
- Cambios sociales: surge el deseo de independencia de sus padres, que se enfrenta con la dependencia que aún tienen de la persona adulta, y esto propicia las conductas rebeldes. La figura de los padres como referente va perdiendo fuerza, tomando cada vez más importancia las relaciones extrafamiliares.

En una época de cambios de tal profundidad, que Rousseau la describe un “segundo nacimiento”; y como es conocido que todo cambio produce angustia, podemos entender que es una etapa de transición en la que la ansiedad, los cambios de ánimo, y los cambios en la conducta van a ser un denominador común. Nuestra función consiste en valorar cuándo estos síntomas suponen un estado transitorio propio del proceso de maduración y cuándo estamos ante signos patológicos que requieren de una intervención precoz.

No podemos dejar de señalar que la mayoría de los trastornos mentales severos como el Trastorno Bipolar y la Esquizofrenia, presentan sus primeros síntomas durante la adolescencia. Es bien conocido que una detección precoz y una intervención temprana tienen una clara influencia en el curso y el pronóstico de la enfermedad.

A la hora de valorar cambios en la conducta de un/a adolescente nos encontramos siempre ante el riesgo de considerar como patológicas conductas normativas en esta etapa, o minimizar síntomas que pueden ser indicadores de etapas iniciales de trastornos mentales graves.





Dificultades evolutivas menores en la adolescencia:

- **El sueño:** el/la adolescente sufre cambios en su ritmo circadiano: hay una tendencia fisiológica a retardar el inicio del sueño, se duermen más tarde y tienen a despertarse más tarde también, por lo que pueden presentar somnolencia diurna.
- **Alimentación:** la insatisfacción por su imagen corporal y la presión social y entre iguales hace que un elevado porcentaje de adolescentes, especial pero no únicamente de la población femenina, inicie dietas restrictivas con el objetivo de bajar peso.
- **Conducta:** en esta edad son normativos los intentos de poner a prueba a la autoridad, pequeñas transgresiones de las normas, la experimentación de nuevas situaciones como el inicio de consumo de alcohol, tabaco e incluso sustancias ilegales. Aumenta la frecuencia de conductas impulsivas, como reacciones coléricas, fugas, incluso robos. Todas estas conductas, si se producen de forma aislada, no tienen significación patológica.
- **Relaciones sociales:** la timidez y las dificultades para la relación con el otro sexo son problemas habituales en esta edad, así como las dificultades para encontrar un grupo de iguales en el que se sienta integrado. Respecto a su familia, pueden mostrarse más retraídos y comenzar a defender su intimidad, de forma que se muestren más aislados de sus familiares. Su núcleo de confianza pasa a ser su grupo de iguales, y se distancian del núcleo familiar.
- **Afectividad:** generalmente las reacciones afectivas en la adolescencia son intensas, y pueden fluctuar, en poco tiempo, sin la necesidad de desencadenantes relevantes. Ante acontecimientos estresantes no es extraño que sufran reacciones ansiosas o depresivas moderadas y autolimitadas.



Signos de alarma en la adolescencia:

Sueño:

- Insomnio de larga duración o asociado a otra sintomatología psiquiátrica severa

Alimentación:

- Restricción alimentaria con repercusión en el peso, distorsión importante de la imagen corporal y con temor irracional a engordar.
- Atracones o vómitos recurrentes. Otras conductas compensatorias: uso de laxantes, ejercicio excesivo.

Sexualidad:

- Comportamientos sexuales inadecuados.
- Conductas sexuales inadecuadas hacia otros (abuso).

Ansiedad:

- Obsesiones y compulsiones reiteradas que perturban la rutina adolescente.
- Perfeccionismo con excesiva preocupación por el resultado o la evaluación, que limita una ejecución eficaz de sus tareas.
- Preocupaciones hipocondriacas graves o persistentes.

Ánimo:

- Síntomas depresivos que persisten en el tiempo o sin evento desencadenante; pensamientos reiterados sobre la muerte, ideas de suicidio.
- Ánimo excesivamente elevado, con ideas de grandiosidad y aumento de actividad y disminución de la necesidad de dormir.

Conducta:

- Robos y comportamientos destructivos, agresiones físicas frecuentes.
- Impulsividad excesiva, sin cálculo de consecuencias de sus acciones. Pasos al acto repetidos o de elevada gravedad.
- Abuso de tóxicos.
- Exceso de movimiento sin finalidad.
- Gestos autolesivos repetitivos como mecanismos para manejar la ansiedad.



Atención:

- Distraibilidad grave y persistente.

Trastornos psicóticos:

- Retraimiento excesivo, discurso extraño, ideas bizarras e inusuales, delirios y alucinaciones.



¿Cómo podemos manejar la demanda por un problema de Salud Mental Infantil? ¿Cuándo derivamos? ¿De qué modo?

Ante síntomas que consideramos evolutivos: actitud expectante: seguimiento y control cercano por parte de Pediatría.

Ante síntomas adaptativos: valorar las causas que están produciendo la sintomatología, el contexto en el que se producen e intervenir en él.

- En el centro escolar si es una situación de problemas académicos o conflictos con iguales.
- Servicios Sociales si se sospecha una situación de negligencia o maltrato.
- Equipos de Mediación Familiar si es un conflicto entre sus padres separados lo que le genera malestar.
- Intervenir con orientaciones a los familiares, en los casos de otros trastornos de adaptación como duelo, rivalidad entre hermano



Ante síntomas que consideramos de alarma:

DERIVACIÓN URGENTE:

- Riesgo autolítico inminente.
- Heteroagresividad con riesgo para él mismo o para los demás.
- Sintomatología psicótica.

DERIVACIÓN PREFERENTE:

- Ideación autolítica.
- Clínica alimentaria con repercusión orgánica.
- Fobia escolar.
- Repercusión severa.

DERIVACIÓN NORMAL:

- Aparición de cualquiera de los signos de alarma.
- Ausencia de mejoría con las intervenciones realizadas de los síntomas que hemos considerado evolutivos o menores.
- Aparición de factores de riesgo añadidos.
- Aparición de repercusión en algún área de funcionamiento del niño o niña: escolar, relacional, familiar o en su autoconcepto.
- Imposibilidad para el manejo del caso desde Atención Primaria.
- Petición expresa del niño, niña o adolescente, o de su familia, de ser atendidos en Salud Mental Infantil.



¿Quieres saber más?

Bibliografía

- Protocols de medicina preventiva a l'edat pediàtrica: programa de seguiment del nen sa. Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1995
- Fuentes J, Bakare M, Munir K, Aguayo P, Gaddour N, Öner Ö. Trastornos del Espectro del Autismo (Prieto-Tagle MF, ed., Fuentes, J. rev). En Rey JM (ed), Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines 2017
- Rutter M, Taylor E. Child and Adolescent Psychiatry. 4th Edition. Blackwell Publishing; 2005
- Martínez González C, Pelaz Antolín A. Salud Mental. Qué y cuándo derivar y contener. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2015. Madrid; Lúa Ediciones 3.0;2015. P. 107-15
- Child an adolescent mental health services. Together We Stand: The Commissioning, Role and Management of Child and Adolescent Mental Health Services: An NHS Health Advisory Service (HAS) Thematic Review. Williams R, Richardson G., editores. Londres: HMSO; 1995.
- Soutullo Esperón C, Mardomingo Sanz MJ. Manual de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. 1ªed. Buenos Aires; Madrid. Editorial Médica Panamericana, S. A; 2010
- Cheng K, Myers KM. Child and Adolescent Psychiatry: The Essentials. 2nd Ed. Lippincott Williams &Wilkins; 2010
- Rodríguez Pereira C. Factores de riesgo para el diagnóstico de trastorno mental en edad escolar [Doctor]. Universidad Complutense de Madrid; 2016.
- Wissow LS, Van Ginneken N, Chandna J, Rahman A. Integrating Children's Mental Health into Primary Care. Pediatric Clin N Am. 2016; 63(1): 97-113
- Escudero Álvaro C. Las etapas del desarrollo madurativo. Act Pediatr Aten Prim. 2012;5(2): 65-72
- Alonso Bada S, et al.. Protocolos clínicos. En AEPNYA, Protocolos clínicos. Madrid: Editorial Siglo S.L.; 2010.



-
- Alonso Bada S, et al.. Protocolos del niño sano. En AEPNYA, Protocolos clínicos. Madrid: Editorial Siglo S.L.; 2008.
 - Schroeder CS, Gordon B. Assessment and treatment of childhood problems. A clinician's guide. New York: The Guilford Press; 1991
 - De Ajuriaguerra J. Manual de Psiquiatría Infantil. 4ªed. Barcelona: Masson; 2000
 - Wiener JM, Dulcan MK. Tratado de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Barcelona: Masson; 2006.
 - Grupo de trabajo de la GPC sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y la Adolescencia en Atención Primaria. Sistema Nacional de Salud. Madrid: 2011.
 - Figat A. Rivalidad Fraternal. Síntomas y escala para valorarlo. IJODAEP. 2008; 4 (1): 83-90
 - Alvarenga PG, Mastroso RS, Rosário MC. Trastorno Obsesivo-Compulsivo en el Niño y el Adolescente (Revert L, Irrázaval M, Martín A, ed. Villegas R, Placencia P, Alda J.A. Cox P trad.). En Rey JM (ed), Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines; 2017.



Vínculo

Autora:

Soraya Otero Cuesta



¿DE QUÉ HABLAMOS?	45
¿QUÉ SON?	47
¿CON QUÉ FRECUENCIA APARECEN?	50
¿POR QUÉ SE PRODUCEN?	51
<i>Factores de riesgo</i>	51
¿CÓMO SE PRESENTAN?.....	53
¿CÓMO SE DIAGNOSTICAN?	55
<i>Detección/Evaluación</i>	55
<i>Criterios diagnósticos y sistemas de clasificación</i>	56
¿CÓMO SE INTERVIENE?	57
<i>Principios Generales</i>	57
<i>En Atención Primaria</i>	57
<i>En Atención especializada</i>	58
Intervención psicofarmacológica.....	58
Intervención psicoterapéutica.	59
¿CUÁNDO DERIVAR A ATENCIÓN ESPECIALIZADA?	60
¿CÓMO CURSAN?	60
¿QUÉ ES IMPORTANTE RECORDAR?	61
¿QUIERES SABER MÁS?	62
<i>Bibliografía</i>	62
<i>Otros recursos</i>	62
Lecturas complementarias	62



¿De qué hablamos?

Nuestro cerebro es un cerebro social, que se desarrolla sobre todo en la relación social con nuestros semejantes. En las primeras etapas del desarrollo, se producen cambios cerebrales, que pueden determinar nuestro estilo relacional en etapas posteriores y probablemente durante toda nuestra vida.

El vínculo o apego, es una relación especial que se establece desde el inicio de la vida, con las personas que nos cuidan y están disponibles para atender nuestras necesidades físicas y emocionales. El vínculo se desarrolla cuando el niño o niña recibe una respuesta adecuada de cuidado, con continuidad por parte de sus padres; aprende que esas figuras están disponibles para cuidarle apropiadamente, consolarle y tranquilizarle, y la cualidad de esta relación, influye de forma significativa en el marco general de las futuras vinculaciones y el patrón de relaciones sociales en su vida futura.

Las conductas de apego, tienen un componente innato y otro aprendido en la interacción con el cuidador o cuidadores principales.

Para que se desarrolle el vínculo con una/s figura/s primarias de apego, son necesarios 3 factores:

1. La disponibilidad, es decir, una cantidad significativa de interacción del cuidador/es principal/es con el bebé.

2. La calidad de esta interacción, que marcará el estilo de apego que se desarrolle entre el niño y su cuidador principal.

3. La edad de desarrollo cognitivo del niño: de entre 7 a 9 meses; retrasada por tanto niños con retraso/alteración del desarrollo.

2 Cap.2: Factores de desarrollo del vínculo

Entendido como un “continuum” en el desarrollo, las manifestaciones de la vinculación para el bebé tienen la siguiente progresión:

- Hasta los 2-3 meses de vida no se establece una clara preferencia por figuras de apego.





- Entre los 2 y los 7 meses, puede interactuar con cualquier persona, no manifiesta ansiedad ante la aproximación de un extraño, aunque muestra progresivamente patrones diferenciales, de relación con diferentes cuidadores y distingue a las figuras de apego principales.
- A partir de los 7-8 meses, muestra ansiedad de separación, con protestas ante la separación de la/s figuras/s de apego y timidez o rechazo ante los extraños.
- A partir de los 12 meses, el bebé se muestra más activo y explorador, busca las figuras de apego para establecer una “base segura” y es capaz de establecer relaciones preferenciales, con otras figuras de apego secundarias.

La vinculación hace referencia, por tanto, al patrón de interacciones que se establecen entre el niño/a y su/s cuidador/es principal/es, consideradas figuras de vinculación primarias, en este primer año de vida, aunque esta relación especial de apego siga siendo esencial en etapas posteriores.

La disfunción, pérdida o interrupción de esta relación especial con los cuidadores primarios, normalmente los padres, bien sea por incapacidad de estos, por separación, enfermedad o muerte, puede tener efectos muy importantes en el desarrollo físico y emocional de los niños y niñas.





¿Qué son?

Los trastornos del vínculo, son manifestaciones psicopatológicas que se producen como consecuencia de alteraciones en las relaciones con el/la o los cuidadores principales, durante las fases tempranas del desarrollo, sobre todo en el primer año de vida, pero también en edades más tardías.

En el DSM5 se enmarcan dentro de los Trastornos relacionados con Traumas y Stress, lo que es apropiado, teniendo en cuenta su elevada correlación con situaciones traumáticas en la infancia.

Se distinguen dos subtipos:

- El Trastorno de Apego Reactivo, en el que predomina la inhibición.
- El Trastorno de la Relación Social Desinhibida, en el que predomina la desinhibición.

Es importante resaltar que, en la mayoría de los casos de apego disfuncional, el cuidador/a principal o no está disponible, o es incapaz de responder adecuadamente a las necesidades del niño/a.

A pesar de la evidencia clínica, no está suficientemente aclarado, si esta disfunción en el vínculo, tiene efectos negativos cuando se produce en etapas posteriores de la vida, ni el papel que puedan desempeñar algunas características del niño/a, en el establecimiento del vínculo adecuado.

Se han propuesto históricamente diferentes clasificaciones de las alteraciones vinculares, que inciden sobre aspectos significativos desde el punto de vista clínico.

La descripción inicial de Rene Spitz (1945) del “Hospitalismo” en los niños/as de los orfanatos, corresponde a la presentación del Trastorno del Vínculo Inhibido.

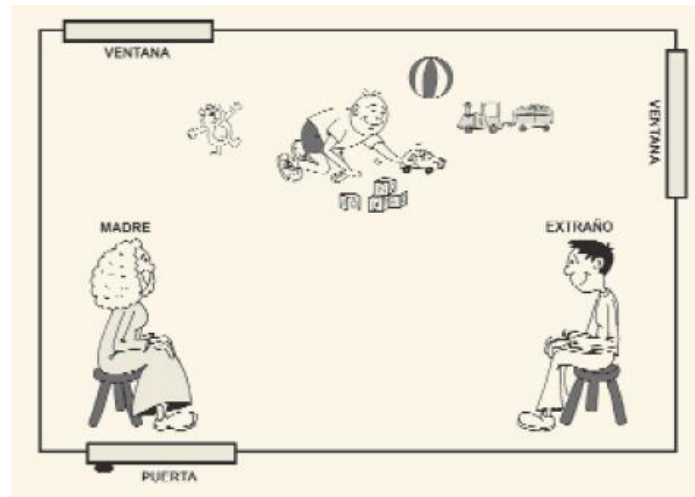
Bowlby desarrolló la Teoría del Apego a partir de la década de los 50, describiendo la importancia del apego para el desarrollo físico y psíquico y para la supervivencia del bebé, así como el impacto de estas primeras relaciones a lo largo de la vida del niño/a.

Mary Ainsworth y colaboradores (1976) propusieron su modelo de “Reacción al extraño” basado en la conducta observada en pequeños/as (10 a 18 meses), en una situación en la que se encuentran el niño/a, la madre y una persona extraña en la sala, y se observó la reacción del niño/a ante la salida de la madre, la presencia del extraño, y la nueva entrada de la madre. Con este modelo se han distinguido 2 tipos de apego:





- El seguro.
- El inseguro, que posteriormente se subdividió en 3 subtipos: inseguro, evitativo y desorganizado.



Tomado de: Villanueva Suárez C., Sanz Rodríguez L.J.. Ansiedad de separación: delimitación conceptual, manifestaciones clínicas y estrategias de intervención. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2009 Sep [citado 2018 Ago 09]; 11(43): 457-469. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000400008&lng=es.

	Apego seguro	Apego inseguro ambivalente	Apego inseguro evitativo	Apego desorganizado
Salida de la figura de apego.	Expresa <u>Disconfort</u> / reacción de respuesta al estrés.	Expresa angustia intensa ante la separación.	Escasa ansiedad de separación	Conducta desorganizada, confusión.
Presencia del extraño.	Prefiere a la madre frente al extraño.	Estilo ambivalente	No muestra preferencia.	Conducta desorganizada, confusión.
Vuelta de la figura de apego.	Busca consuelo en la madre.	Rabia, ambivalencia.	o Evitación.	No busca consuelo, puede evitar o resistirse.

3 Cap2: Modelo de "Reacción al extraño" y tipo de vinculación

Según las investigaciones realizadas con este paradigma, el estilo inseguro de apego, sobre todo el subtipo desorganizado, afecta al niño/a durante toda su vida, y se correlaciona con mayor presencia de psicopatología, baja autoestima, problemas en las relaciones sociales, trastornos de conducta y trastornos disociativos, tanto en la adolescencia como en la vida adulta.

El estilo seguro de apego aparece como un factor protector.

No obstante, el modelo de Ainsworth es un modelo de observación clínica y es preciso señalar que el presentar un “apego inseguro” no equivale a presentar un Trastorno del Apego o Vínculo, pero puede ser útil conocerlo, para valorar las relaciones de riesgo e intervenir de forma preventiva.



Otras clasificaciones distinguen diferentes tipos de vínculos disfuncionales:

- El Apego Inverso, en el que el niño/a se convierte en fuente de seguridad para un progenitor inseguro y vulnerable.
- En el Apego Resentido existe una fuerte vinculación exclusiva con el cuidador principal, pero es una relación llena de rabia y enfado, que sólo se muestra en la relación con esta persona.
- En el Apego Ansioso, el cuidador principal se muestra excesivamente ansioso y sobreprotector, lo que genera ansiedad, dependencia y escasa capacidad de autonomía en el niño/a.

En los estudios publicados recientemente, sobre todo en muestras de niños/as adoptados/as, se han encontrado dos dimensiones consistentes: la inhibición y el comportamiento socialmente indiscriminado. Estas dos dimensiones pueden tener sustratos biológicos y genéticos diferentes, y además responden de forma diferenciada a las intervenciones: la inhibición desaparece cuando el niño/a dispone de una figura de apego adecuada y sensible (terapia con cuidador/a principal, adopción, acogimiento), en cambio la segunda dimensión es menos sensible a las intervenciones y sigue presente en los seguimientos de niños, niñas, adolescentes y jóvenes adultos que han presentado un Trastorno del Vínculo en la infancia.





¿Con qué frecuencia aparecen?

Los Trastornos del Vínculo son poco frecuentes en la población general. Son más frecuentes en poblaciones de riesgo, teniendo datos indirectos en relación con las adopciones, y los niños y niñas cuidados en instituciones y familias de acogida con prevalencias de Trastornos de la Vinculación de entre un 10% y un 20% de los casos, siendo el tipo de Desinhibición Social el más frecuente.

La mejora cuantitativa y cualitativa en las políticas de cuidado de los niños y niñas institucionalizados y la estimulación de programas de prevención están teniendo un efecto beneficioso en la reducción de las tasas de prevalencia de estas patologías. Los estudios sugieren, que, en países con estándares de cuidado de menores institucionalizados menos sensibles, la prevalencia podría ser más elevada.

Las alteraciones del vínculo, en cambio, son muy frecuentes cuando se valoran las relaciones del pequeño/a con sus cuidadores principales, hasta en un 40% de la población general, y se benefician de intervenciones preventivas en el nivel de atención comunitario de salud, como revisaremos posteriormente.





¿Por qué se producen?

Los niños y niñas que han sufrido negligencia, insensibilidad y/o abandonos repetidos por parte del cuidador/a principal en la etapa de máxima sensibilidad de las necesidades de vinculación (7-12 meses) no experimentan sentimientos de seguridad, ni aprenden a confiar en los otros como fuente de seguridad.

El cuidador o cuidadores no son fiables ni consistentes, o bien responden de forma impredecible. De esta forma el niño/a no desarrolla el sentimiento de seguridad interno, no aprende a confiar en los otros, se inhibe o se muestra ambivalente. En estos casos la presentación clínica más frecuente es la de un Trastorno de Apego Reactivo.

Los niños y niñas que han sido cuidados por múltiples cuidadores, viviendo con diferentes familiares, o en varios hogares de acogida, en la mayoría de los casos porque los padres son incapaces de crear un entorno seguro y permanente (porque consumen drogas, tienen problemas legales, y/o presentan trastornos de personalidad o patología psiquiátrica grave) tampoco pueden desarrollar una vinculación consistente.

En estos casos también predomina la inseguridad en sí mismos y en los demás, que se manifiesta en un patrón de relaciones sociales indiscriminadas y superficiales y la presentación más común es la de Trastorno de la Relación Social Desinhibida.

Buscando una hipótesis fisiopatológica, se han llevado a cabo estudios con modelos animales de alteración del vínculo, y se han encontrado incrementos de los niveles de glucocorticoides y pérdida neuronal hipocámpica.

Factores de riesgo

La mayoría de los factores de riesgo son poco específicos, se pueden considerar factores de riesgo de patología en general.

La presencia de malos tratos (físicos, psicológicos, negligencia), escasas habilidades de parentalidad, la presencia de múltiples estresores vitales, dificultades económicas y legales, consumo de drogas, y padres que han sufrido malos tratos o abandono ellos mismos.



No se descarta un componente genético, pero la influencia ambiental contribuye a explicar la mayor parte del riesgo, sobre todo cuando afecta a los primeros años de vida.

Estos factores están más presentes en los casos de adopción, crianza en hogares de acogida o en instituciones.

Por otro lado, las alteraciones pueden deberse a la carga genética, y además a la exposición a drogas intratero, que a su vez pueden estar en la base de las dificultades de los padres para crear un vínculo funcional con su hijo desde el inicio de la vida de éste.

Con frecuencia estos niños y niñas se convierten en padres que transmiten dificultades de vinculación a sus propios hijos, perpetuando de esta manera una transmisión intergeneracional de problemas vinculares.

Como factores protectores, se destaca de forma consistente, la presencia de cuidadores disponibles emocionalmente.



¿Cómo se presentan?

En los niños y niñas más pequeños que acuden a la Consulta de Pediatría las manifestaciones clínicas pueden ser evidentes.

	Trastorno Apego reactivo o inhibido	Trastorno relación social desinhibida
Cuando está angustiado	El niño raramente busca consuelo, responde mínimamente a los intentos de consuelo por parte de otros.	Busca consuelo de forma indiscriminada.
Interacción social	Mínima respuesta social/emocional.	Excesiva familiaridad con extraños (considerando el marco cultural).
Clínica más evidente	Episodios de irritabilidad o tristeza o aislamiento.	Predomina la desinhibición/impulsividad social.
Alteraciones en cuidado temprano	Evidencia de existencia de cuidados inadecuados.	Evidencia de existencia de cuidados inadecuados, cambios repetidos en cuidador principal.
Especificaciones de edad	Edad mínima 9 meses, con aparición del cuadro antes de los 5 años.	Edad mínima 9 meses.

4 Cap.2: Manifestaciones clínicas de los Trastornos de la Vinculación

Los niños y niñas que presentan un Trastorno del Vínculo Reactivo o Inhibido, pueden presentarse de forma inespecífica:

- Retraso del crecimiento.
- Aplanamiento de la parte posterior de la cabeza (plagiocefalia).
- Hipertonía o déficit en coordinación.
- Hipo-nutrición, o bien con excesivo apetito o sed, o conductas de almacenamiento de comida.
- Pueden aparecer con malas condiciones higiénicas.
- Con muestras de poca reactividad, aspecto apagado, evitación del contacto o de la mirada, o incluso con signos de malos tratos.





Los niños y niñas con un Trastorno del Vínculo Desinhibido pueden presentarse como:

- Excesivamente abiertos y familiares con extraños
- Piden consuelo, juguetes o comida a desconocidos, lo que puede ser evidente, incluso observándoles en la sala de espera.

Es frecuente también las presentaciones con síntomas de TDAH, Trastorno de Conducta Oposicionista Desafiante, irritabilidad y rabia persistente. En estos niños y niñas además son más prevalentes las dificultades escolares, los trastornos del lenguaje y los otros aprendizajes.





¿Cómo se diagnostican?

Detección/Evaluación

En los niños y niñas pequeños, el diagnóstico supone evaluar los criterios descritos anteriormente, mediante la observación clínica de la interacción con los cuidadores y en el juego.

No obstante, además de los síntomas nucleares, que han debido detectarse antes de los 5 años de edad en el caso de Trastorno del Vínculo Reactivo, en los niños y niñas mayores o en adolescentes que llegan a consulta puede faltar información fiable sobre el desarrollo en estos primeros años de vida y pueden ser más evidentes, los síntomas inespecíficos o de otras patologías como conducta desafiante, no cooperación con las personas adultas, rabia y resentimiento persistentes, desarrollar una actitud explotadora de los demás y/o con evitación de las relaciones íntimas, o por el contrario mostrarse demasiado superficial y con conductas sociales indiscriminadas.

Como hemos comentado es muy frecuente la asociación de los Trastornos Vinculares con otros Trastornos por trauma, por lo que suelen presentarse una hiperexcitabilidad (hiperarousal) asociados, hipervigilancia, déficits atencionales, y trastornos de aprendizajes en área verbal y en otras áreas.



Criterios diagnósticos y sistemas de clasificación

6.3.1. DSM-V (APA, 2013)

T. apego reactivo o inhibido	T. relación social desinhibida
El niño/a raramente busca consuelo, responde mínimamente a los intentos de consuelo por parte de otros.	Busca consuelo de forma indiscriminada.
Mínima respuesta social/emocional.	Excesiva familiaridad con extraños (considerando el marco cultural).
Episodios de irritabilidad o tristeza o aislamiento.	Predomina la desinhibición/impulsividad social.
Evidencia de existencia de cuidados inadecuados.	Evidencia de existencia de cuidados inadecuados, cambios repetidos en cuidador principal.
Edad mínima 9 meses, con aparición del cuadro antes de los 5 años.	Edad mínima 9 meses.
No criterios de TEA.	No criterios TEA.

6.3.2. CIE-10 (OMS, 1992)

F.94.1 T. de vinculación reactiva.	F.94.2 T. de vinculación desinhibida
Se presenta en la edad de la lactancia y en la primera infancia	Hace su aparición en los primeros 5 años de vida.
Anomalías persistentes en las formas de relación social del niño/a, acompañadas de alteraciones emocionales que son reactivas a cambios en las circunstancias ambientales.	Se inicia con presencia sobre los 2 años por una conducta pegajosa y un comportamiento persistente y disperso de vinculación no selectiva.
Es típica la presentación de temor y preocupación inconsolables.	Sobre los 4 años se caracterizan por una búsqueda de atención y un comportamiento cariñoso indiscriminado
Relación social con compañeros empobrecida	Dificultades para establecer relaciones afectivas íntimas con los compañeros.
Son frecuentes auto y heteroagresiones, tristeza y en ocasiones, retraso del crecimiento.	Pueden presentarse alteraciones emocionales y del comportamiento.
Hacen su aparición en relación con cuidados notoriamente inadecuados para el niño/a.	Se ha reconocido con mayor claridad en niños/as criados en instituciones debido a una falta de ocasiones para desarrollar vínculos selectivos.



¿Cómo se interviene?

Principios Generales

La base de las intervenciones en estos trastornos son los cuidadores principales disponibles, bien sean sus padres, o los sustitutos de estos.

Los profesionales sanitarios, deben de estar formados en este ámbito, y ser sensible a las necesidades del niño/a, y a las de los padres, y ayudar a estos últimos a reparar o reconstruir, en la medida de lo posible, un entorno de relaciones seguras y estables para el niño/a.

Los padres deben ser conscientes, de que esos niños o niñas suelen tener una edad emocional inferior a la cronológica y cognitiva, y de la probabilidad de que muestren episodios de regresión, es decir, períodos en que van a manifestar conductas o emociones de niños y niñas más pequeños.

En Atención Primaria

La prevención es la piedra angular de las intervenciones en estas alteraciones, y debe de ser considerada un área prioritaria en los programas de Salud Mental Comunitaria.

El nivel de Atención Primaria es un ámbito privilegiado para la identificación e intervención preventiva de las familias en situación de riesgo. Los programas de Parentalidad y Escuelas de Padres, realizados a nivel comunitario en los Centros de Salud o en los Centros Sociales de los Ayuntamientos son de utilidad para detectar problemas y promover la adecuada vinculación padre/cuidadores y el niño/a.

Por tanto, es aconsejable establecer como exploraciones / intervenciones rutinarias en consulta de Atención Primaria los siguientes aspectos:

- Valorar la cualidad de las interacciones de los niños/as (desde los 7-8 meses hasta los 5 años) con su cuidador/es primarios. Si hay dudas, ampliar la observación en sucesivas citas, grabaciones en el hogar, e información en otros contextos (guardería, educación infantil...).
- Dar consejos básicos y modelado de respuestas adecuadas de los padres/cuidadores.





- Derivar, en caso de persistencia/gravedad de problemas y/o presencia de Factores de Riesgo no reversibles, a consulta especializada (USMIJ de Área de Salud /Programa específico de Psiquiatría Perinatal).

Otra área de intervención preventiva, son las familias de adopción o acogimiento.

Los padres de adopción o acogida deben de ser informados de las dificultades conductuales y emocionales que pueden presentar estos niños/as y de la necesidad de buscar apoyo en su caso. Un trabajo cercano de los profesionales sanitarios, junto a los equipos de Servicios Sociales de la Infancia, es esencial para detectar pronto e intervenir.

Muchos de estos niños/as no van a presentar la sintomatología completa de un Trastorno del Vínculo, pero van a tener más probabilidades de presentar problemas que afectan a las relaciones y al clima familiar y a dificultar por tanto la experiencia de un vínculo estable y asegurador.

En Atención especializada

En nuestra región existe un Programa específico de Psiquiatría Perinatal ubicado en el Hospital Universitario “Marqués de Valdecilla”, para atender los casos de riesgo grave, de dificultades perinatales en la relación madre-bebé y que tiene un carácter claramente preventivo.

Intervención psicofarmacológica

El tratamiento es sintomático; si aparecen conductas de rabia intensa, problemas de sueño, TDAH, trastornos de conducta, etc., que no son reversibles con medidas de intervención psicoterapéutica, se puede plantear un abordaje farmacológico.





Intervención psicoterapéutica.

Intervenciones focalizadas en el niño/a

En los niños/as más pequeños se utiliza el juego como exploración y como expresión de sus miedos y de los patrones relacionales.

Se puede comentar con las padres grabaciones de juego realizado en la consulta o bien de grabaciones que aporten ellos de juego compartido en casa, señalando y haciéndoles conscientes de las dificultades relacionales, así como indicar o modelar diferentes patrones de interacción. En los niños/as más mayores y adolescentes puede ser de utilidad la intervención directa individual y/o grupal, sobre las dificultades detectadas en el ámbito relacional con iguales y adultos.

Intervenciones focalizadas en los padres/cuidadores

Es importante señalar y aconsejar en la puesta de límites consistentes y firmes y al mismo tiempo, con sensibilidad a las necesidades y reacciones del niño/a.

Muchas veces estos niños/as reaccionan de forma paradójica o desorganizada, ante los intentos de acercamiento o bien tiene reacciones emocionales desproporcionadas ante la frustración.

El apoyo emocional a los padres es importante, ante las conductas retadoras de los niños, niñas y adolescentes y los consecuentes sentimientos de frustración y decepción en los padres.





¿Cuándo derivar a Atención Especializada?

Como hemos explicado anteriormente, en los casos graves y persistentes, en casos en que no hay mejora con las intervenciones de consejo/modelado, y/o confluyen varios factores de riesgo está indicada la derivación a Atención Especializada.

¿Cómo cursan?

Los Trastornos de la Vinculación detectados a tiempo, pueden tener una evolución favorable sobre todo los del subtipo inhibido, cuando hay cuidadores disponibles y emocionalmente sensibles a las necesidades del niño/a.

Las conductas de inhibición y alejamiento se revierten, aunque aun así no queda claro si estos efectos corrigen también las posibles consecuencias a largo plazo de este trastorno.

Los síntomas del subtipo de Desinhibición Social son más persistentes, incluso con la disponibilidad de figuras de vínculo adecuadas, y se manifiestan sobre todo con conductas indiscriminadas y con escaso respeto por los límites personales de otros, y en un subgrupo de niños/as se van a mantener en la adolescencia y la vida adulta.

Por otro lado, la presencia de un Trastorno del Vínculo en sí mismo, puede considerarse un factor de riesgo para otras patologías.

Algunos niños/as con Trastornos Vinculares pueden no haber sido diagnosticados en su momento, bien porque no se detectaron o porque no había asistencia disponible (adopciones internacionales), pueden presentar alteraciones como efecto a largo plazo de los trastornos en la vinculación, de estos niños/as con sus cuidadores principales, en las primeras etapas de la vida.



¿Qué es importante recordar?

- ▶ Los Trastornos del Vínculo/Apego son una patología poco frecuente en población general. Las alteraciones en la vinculación son, por el contrario, más frecuentes.
- ▶ Especial atención a poblaciones de riesgo: adopciones en mayores de 12 meses, acogimiento, niños/as en instituciones, presencia de patología parental.
- ▶ Incluir la valoración de las conductas diádicas de apego/ vinculación en las consultas de Atención Primaria.
- ▶ En caso de detectar dificultades dar pautas generales de cuidados: identificar cuidador/es disponibles y estimular las interacciones adecuadas y sensibles a las necesidades del niño/a.



5 Cap.2: Intervención en trastornos del vínculo/apego





¿Quieres saber más?

Bibliografía

- Boris NW, Zeanah CH. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005 Nov. 44(11):1206-19. [Medline].
- O'Connor TJ & Zeanah CH. Attachment disorders: Assessment strategies and treatment approaches, *Attachment & Human Development*, 2010, 5:3, 223-244, DOI: 10.1080/14616730310001593974.
- Zeanah CH & Smyke AT. Disorders of attachment and social engagement related deprivation. En Anita Thapar, Daniel S. Pine, James F. Leckman, Stephen Scott, Margaret J. Snowling, Eric A. Taylor. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 6th edition, John Wiley & Sons Ltd. Pub. 2015. 795-805. ISBN: 978-1-118-38196-0.

Otros recursos

Lecturas complementarias

- Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, et al. *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1976.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. 5th. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013. 265-70. Versión en castellano 2014. ISBN 978-0-89042-551-0
- Bowlby J. *Attachment. Attachment and Loss*. New York, NY: Basic Books; 1969. Vol 1.
- Bowlby J. *Maternal Care and Mental Health*. 1951. The World Health Organization Monograph. Serial No. 2.
- Gleason MM, Fox NA, Drury S, et al. Validity of evidence-derived criteria for reactive attachment disorder: indiscriminately social/disinhibited and emotionally withdrawn/inhibited types. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011 Mar. 50(3):216-231.e3. [Medline].





- Harlow HF, Zimmermann RR. Affectional responses in the infant monkey; orphaned baby monkeys develop a strong and persistent attachment to inanimate surrogate mothers. *Science*. 1959 Aug 21. 130(3373):421-32. [Medline].
- Howe D. Attachment disorders: Disinhibited attachment behaviours and secure base distortions with special reference to adopted children, *Attachment & Human Development*, 2010 5:3, 265-270, DOI: 10.1080/14616730310001593965
- Prego R. (coord.) Programa de Psiquiatría Perinatal, Sección de Psiquiatría Infanto-juvenil, Servicio de Psiquiatría. 2017, pendiente de publicación. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
- Smyke AT, Zeanah CH, Gleason MM, Drury SS, Fox NA, Nelson CA, et al. A Randomized Controlled Trial Comparing Foster Care and Institutional Care for Children With Signs of Reactive Attachment Disorder. *Am J Psychiatry*. 2012 Mar 8. [Medline].
- Spitz R. Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*. New York, NY: International Universities Press; 1945. Vol 1: 53-74.
- Woolgar M, Scott S. The negative consequences of over-diagnosing attachment disorders in adopted children: The importance of comprehensive formulations. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2013 Apr 10. [Medline].





El sueño en la infancia y en la adolescencia

Autoras:

Begoña Santiago Cuevas

Sandra Alonso Bada



¿DE QUÉ HABLAMOS?	66
¿QUÉ TIPOS DE TRASTORNOS DEL SUEÑO APARECEN EN LA INFANCIA?	67
LAS DISOMNIAS.	67
<i>Disomnias que cursan con disminución del sueño: El insomnio</i>	67
¿Con qué frecuencia aparece el insomnio?	68
¿Por qué se produce el insomnio?.....	68
¿Cómo se evalúa el insomnio?	69
¿Cómo se trata el insomnio?	70
<i>Disomnias que cursan con somnolencia diurna</i>	75
La hipersomnias	75
La narcolepsia	75
Apnea del sueño (SAHS):.....	77
Síndrome de piernas inquietas.	79
LAS PARASOMNIAS	82
<i>Las Pesadillas</i>	83
¿Con qué frecuencia se producen las pesadillas?	83
¿Por qué se producen las pesadillas?	83
<i>Los terrores nocturnos</i>	84
¿Con qué frecuencia se producen los terrores nocturnos?	85
¿Por qué se producen los terrores nocturnos?	85
¿Cómo se evalúan los terrores nocturnos?.....	85
¿Cómo se tratan los terrores nocturnos?	85
<i>El sonambulismo</i>	86
¿Con qué frecuencia aparece el sonambulismo?	87
¿Por qué se produce el sonambulismo?	87
¿Cómo se evalúa el sonambulismo?	87
¿Cómo se trata el sonambulismo?.....	87
¿CUÁNDO DEBEMOS DERIVAR UN TRASTORNO DEL SUEÑO A ATENCIÓN ESPECIALIZADA?	89
¿QUIERES SABER MÁS?	90
<i>Bibliografía</i>	90



¿De qué hablamos?

Nos pasamos un tercio de nuestra vida durmiendo, siendo este tiempo mayor en los niños/as y especialmente importante en los bebés, debido a que el sueño juega un papel fundamental en todas las esferas del desarrollo infantil; tanto en crecimiento pondoestatural como en el neurodesarrollo.

El sueño infantil es influenciado, vulnerable y frágil. Para su configuración influyen varias circunstancias:

- Factores externos: ambientales, educativos, culturales y familiares.
- Factores internos: genéticos, el temperamento, el metabolismo, la digestión... así como todas las experiencias psicológicas individuales generadoras de angustia y ansiedad.

Valorar el sueño es un acto fundamental porque los problemas del sueño pueden ser señales de que hay algo no va bien en el niño/a, tanto por motivos físicos (hipertrofia amigdalina, apneas del sueño...) como por circunstancias psicológicas: miedos, ansiedad, pesadillas... y por otro lado pueden tener repercusión tanto en el desarrollo físico del niño/a como en la calidad de vida de sus progenitores.

Debemos diferenciar los problemas relacionados con el sueño que tienen que ver con diferencias del cronotipo del niño/a respecto al de sus padres o por las dificultades asociadas a la hora de irse a dormir (como temor a acostarse sólo, miedo a apagar la luz...) y de los verdaderos trastornos del sueño, que son el objeto de este tema.

Ambas situaciones suponen un buen número de solicitudes de consulta en Atención Primaria, por lo que el profesional debe conocer las recomendaciones generales para crear un patrón adecuado de sueño, las pautas conductuales más efectivas y las señales de alarma que sugieran la necesidad de asistencia en Atención Especializada.

A pesar de que los trastornos del sueño son muy frecuentes en la población infantil, las clasificaciones diagnósticas no lo recogen dentro de los trastornos de inicio de la infancia, niñez o adolescencia, sino que utilizan para su diagnóstico los mismos criterios que los utilizados en la población adulta.





¿Qué tipos de trastornos del sueño aparecen en la infancia?

Los trastornos del sueño suelen clasificarse en dos grandes categorías: disomnias y parasomnias.

Los trastornos del sueño más frecuentes en la infancia son las pesadillas, los terrores nocturnos y el sonambulismo. Nos centraremos en aquellos trastornos del sueño más frecuentes en la población infanto-juvenil.

Las disomnias.

Se incluyen en esta categoría los trastornos que afectan a la cantidad, calidad y horario del sueño.

- Trastornos que cursan con disminución del sueño, como el insomnio.
- Trastorno por sueño excesivo, o que cursan con somnolencia diurna.

Disomnias que cursan con disminución del sueño: El insomnio

El DSM-V (APA, 2013) define el insomnio como la insatisfacción persistente con la cantidad o calidad del sueño, que se asocia con uno o más de los siguientes síntomas:

- Dificultad para iniciar el sueño.
- Dificultad para mantener el sueño, caracterizada por despertares nocturnos frecuentes y problemas para volver a conciliar el sueño.
- Despertar temprano, con incapacidad para volver a dormir.





Para poder realizar el diagnóstico, la alteración:

- Debe causar malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes en la actividad de la persona.
- Debe ocurrir durante al menos tres noches a la semana, durante al menos tres meses, pese a que se estén dando condiciones favorables para el sueño.
- No deben poder explicarse mejor por otro trastorno del ritmo sueño-vigilia y no producirse exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental, ni ser consecuencia de efectos fisiológicos de una sustancia, por ejemplo, un medicamento.

El DSM-V, a diferencia de la versión anterior del manual, incluye algunas modificaciones para adaptar diagnóstico a los casos de insomnio infantil, señalando que las dificultades para conciliar el sueño o para volver a conciliarlo tras un despertar nocturno, pueden serlo en ausencia de la figura del cuidador.

¿Con qué frecuencia aparece el insomnio?

La presencia de episodios aislados de insomnio es muy frecuente en los niños/as, con tasas que oscilan entre el 38% y el 59%. La prevalencia del trastorno es más baja, con porcentajes que oscilan entre el 2% y el 14%.

En la adolescencia, las tasas de prevalencia del insomnio son mayores que en la etapa infantil, con tasas que oscilan entre el 4% y el 5%, elevándose el porcentaje hasta un 14% para aquellos casos en los que aparecen episodios aislados o no llegan a cumplir todos los criterios necesarios para efectuar el diagnóstico.

¿Por qué se produce el insomnio?

Son varios los factores que están presentes en la etiología del insomnio, desde factores externos (como la alimentación o la temperatura), factores orgánicos (infecciones, virus, etc.), psicopatológicos (ansiedad, miedos, ánimo deprimido) hasta factores de tipo madurativo.

La causa más común de aparición de insomnio en menores de cinco años tiene que ver con una adquisición deficiente de los hábitos del sueño.





En los niños/as más mayores, aunque los factores que pueden afectar al sueño son muy diversos, parece que la mayoría de los casos de insomnio aparecen de forma repentina y relacionada con la ocurrencia de acontecimientos adversos o situaciones de estrés psicológico, social o médico (APA, 2000), por ejemplo, un cambio de domicilio o de colegio, la separación de los progenitores, problemas en la escuela, etc.

¿Cómo se evalúa el insomnio?

El primer paso en la evaluación de los trastornos del sueño en la infancia debe consistir en descartar la existencia de algún problema orgánico que pudiese ser responsable de los problemas presentados.

Los procedimientos que se utilizan para evaluar los problemas de insomnio son la entrevista clínica con los padres y el niño/a y los registros del sueño.

A través de **la entrevista clínica** debe recogerse información sobre los siguientes aspectos:

- Adquisición y hábitos de sueño actuales: horarios de acostarse y levantarse, horas de sueño durante el día, actividades que se realizan antes de dormir, dónde duerme el niño/a y condiciones del dormitorio, si duerme sólo o acompañado, existencia de posibles miedos relacionados con la hora de acostarse como miedo a la oscuridad, etc.
- Historia de aparición y evolución del problema: cuándo apareció, relación con sucesos estresantes o acontecimientos adversos, evolución desde su aparición, tratamientos previos de solucionar el problema, etc.
- Características topográficas del problema: frecuencia y duración de los episodios.
- Características funcionales del problema: situaciones en las que ocurre, variables antecedentes y consecuencias.
- Otros problemas o alteraciones emocionales.

Los registros de sueño son útiles para obtener información sobre el problema y para establecer la línea base previa al tratamiento, así como para valorar los cambios que se van produciendo a medida que progresa el tratamiento.



En la Tabla 1 aparece un ejemplo de registro semanal de sueño que puede emplearse para obtener información relevante en un trastorno de insomnio.

	L	M	X	J	V	S	D
Horas de sueño por el día.							
Hora de acostarse.							
Tiempo transcurrido hasta que se durmió.							
Número de despertares nocturnos.							
Tiempo transcurrido hasta que se durmió.							
Hora de despertar.							

Tabla 1 ejemplo de registro semanal de sueño.

6 Cap.3: Ejemplo de registro semanal de sueño

¿Cómo se trata el insomnio?

Tratamientos conductuales.

La Higiene del Sueño.

Es uno de los procedimientos más habituales utilizados en el tratamiento del insomnio y consiste en educar al niño/a y a sus padres en hábitos adecuados y facilitadores del sueño.

Las recomendaciones incluyen:

- Hábitos de alimentación: evitar cenas pesadas o muy abundantes y el consumo de alimentos y bebidas estimulantes por la tarde y la noche (chocolate, cacao, cola, etc.). Se recomienda la ingestión de leche antes de acostarse, que contribuye a conciliar el sueño y ayuda a evitar que se produzcan despertares nocturnos por hambre.



- Hábitos regulares del ritmo sueño-vigilia: establecer unos horarios regulares para acostarse y levantarse que ayuden a fortalecer los ritmos circadianos.
- Actividades y ejercicio físico: practicar ejercicio físico moderado durante el día, pero evitar la práctica de ejercicio y actividades estimulantes antes de acostarse, y practicar actividades relajantes como leer un cuento, escuchar música relajante o practicar alguna técnica de relajación.
- Actividades en el dormitorio: no realizar en la cama actividades incompatibles con el dormir como el comer, ver la televisión, estudiar, etc.

Las técnicas de relajación

Son otros de los procedimientos que con mayor frecuencia se utilizan en el tratamiento del insomnio, tanto en personas adultas como en niños/as. La técnica de relajación muscular progresiva (Jacobson, 1920) y la técnica de respiración diafragmática son dos de las técnicas más empleadas.

Las técnicas de control de estímulo.

Se utilizan con frecuencia junto con las pautas recomendadas en la higiene del sueño, con el objetivo de romper la asociación que se produce en los casos de insomnio entre el lugar en el que se duerme y la incapacidad para dormir:

Acostarse siempre (más o menos) a la misma hora con independencia de que se tenga sueño antes o no se tenga sueño cuando llegue la hora de dormir, llevando a cabo siempre la misma rutina antes de acostarse (por ejemplo, lavarse los dientes, hacer pis y leer un cuento).

No permanecer despierto en la cama más de 20 minutos. Si transcurrido ese tiempo no se ha conciliado el sueño, levantarse, irse a otra habitación e iniciar otra actividad relajante.

Levantarse siempre (más o menos) a la misma hora, aunque se haya dormido pocas horas.





La restricción del sueño.

Es otra de las técnicas empleadas en el tratamiento del insomnio infantil, siempre en combinación con técnicas de control de estímulos e higiene del sueño y técnicas de relajación. El procedimiento consiste en retrasar la hora habitual de acostar al niño/a, con el objetivo de conseguir que el tiempo que pasa en la cama sea aproximadamente el tiempo que pasa realmente durmiendo cada noche. Gradualmente, se va adelantando la hora de acostar al niño/a, hasta que se consiga el total de las horas de sueño aconsejables para su edad.

Psicofarmacología del insomnio.

El uso de psicofármacos para el tratamiento del insomnio en esta edad, se debe plantear siempre como el último escalón del programa de intervención, e iniciarlo tras haber agotado los tratamientos conductuales pertinentes; y siempre debe formar parte de una intervención combinada junto con las pautas de higiene del sueño y conducta previamente referidas en este capítulo.

Es importante tener en cuenta que los trastornos del sueño pueden aparecer como síntomas aislados, pero con mucha frecuencia forman parte de un trastorno psicopatológico en el que son un síntoma más del cuadro clínico, como puede ocurrir en los cuadros depresivos o ansiosos. En estos casos se recomienda que la diana de la intervención farmacológica sea el trastorno primario y, si a pesar de esa intervención, no se normaliza el sueño, añadir un tratamiento específico dirigido al insomnio.

La escasa existencia de estudios de calidad que apoyen el uso de psicofármacos para tratar los problemas de sueño en niños/as y adolescentes, y la ausencia de fármacos con indicación específica para este objetivo hace que el uso de psicofármacos deba ser planteado de forma cautelosa, con monitorización cercana tanto de la administración adecuada del fármaco, como de los posibles efectos secundarios.

Es preciso que las familias conozcan los efectos secundarios y las interacciones farmacológicas que pueden aparecer, y nos informen ante cualquier duda.

La medicación se utilizará siempre a corto plazo y se elegirá el fármaco según el perfil del trastorno del sueño (insomnio de conciliación, despertares frecuentes...).

Como recomendación general, siempre intentaremos utilizar las dosis más bajas posibles, pero sin perder de vista que los niños/as y adolescentes pueden presentar



una metabolización hepática más rápida, con lo que pueden llegar a precisar dosis mayores.

El único fármaco recomendado por la Guía de Práctica Clínica sobre los Trastornos del Sueño en la Infancia y la Adolescencia es la melatonina.

En este capítulo repasaremos los fármacos que han demostrado en la experiencia clínica, que tienen buenos resultados en el tratamiento de los trastornos del sueño en la población infanto-juvenil.

Melatonina:

Hormona sintetizada en la glándula pineal, que facilita la propensión al sueño, regulando el ritmo circadiano.

Dosis; 0,05 mg/kg, una o dos horas antes de acostarse.

Dosis máxima: 3 mg si el peso es menor de 40 kg y 5 mg si el peso es mayor de 40 kg.

Se recomienda iniciar con dosis de 0.5 -1 mg e ir aumentando semanalmente hasta conseguir el efecto.

Es importante tomarla siempre a la misma hora para regular el ritmo circadiano (si se ha retrasado la administración de una dosis, esperar al día siguiente)

Efectos secundarios: somnolencia diurna, hipotensión, bradicardia, enuresis, cefalea, mareo. Puede disminuir la presión arterial y las concentraciones de glucosa.

No hay evidencias que recomienden su uso antes de los 6 años, aunque tampoco existen estudios que nos informen sobre la edad mínima a la que se puede utilizar.

Su efecto es mayor para el insomnio de conciliación y el retardo de fase, no teniendo efecto en despertares precoces o problemas de mantenimiento del sueño.

Actualmente en espera de la autorización para la comercialización de melatonina de liberación prolongada con indicación para su uso en niños y adolescentes.



Fármacos antihistamínicos:

- Se utilizan los agonistas de los receptores histamínicos H1
- Se han utilizado como tratamiento en los trastornos del sueño debido al efecto secundario de somnolencia que producen, aunque su indicación sea para procesos alérgicos. Reducen la latencia del sueño y los despertares nocturnos.
- La más utilizada es la difenhidramina.
- Dosis: 0,5 mg/kg hasta un máximo de 25 mg/día, una dosis, en la cena.
- Efectos secundarios: sedación diurna, y efectos adversos anticolinérgicos: estreñimiento, retención urinaria, visión borrosa.

Benzodiacepinas:

- Actúan a través de los receptores GABA.
- Pueden producir sensación de mareo, amnesia y depresión respiratoria.
- No están indicados para el tratamiento de los problemas de sueño en la infancia y adolescencia por los fenómenos de dependencia y tolerancia que generan estos fármacos.

Hipnóticos no benzodiacepínicos:

- Zolpidem, zopiclona.
- Actúan uniéndose a receptores GABA.
- Tienen un inicio de acción en unos 30 minutos y vida media corta.
- Como efectos secundarios pueden producir mareo, confusión y cuadros alucinatorios.





Clonidina:

- Agonista alfa-2 adrenérgico; antes utilizado como antihipertensivo.
- Puede producir hipotensión o bradicardia, efectos anticolinérgicos e irritabilidad, así como aumento de las parasomnias.
- Pueden producir efecto de tolerancia y rebote en la retirada.

Disomnias que cursan con somnolencia diurna

La hipersomnia

El DSM V lo define como somnolencia excesiva a pesar de haber dormido durante un periodo principal que dura siete horas, con uno o más de los siguientes síntomas:

- Periodos recurrentes de sueño o de caerse de sueño en el mismo día.
- Un episodio principal de sueño prolongado de más de nueve horas diarias que no es reparador (no descansa).
- Dificultad para estar totalmente despierto después de un despertar brusco.
- Debe producirse al menos 3 veces por semana durante un mínimo de tres meses para el diagnóstico y producir malestar significativo o deterioro en lo cognitivo, social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- No se explica mejor por otro trastorno del sueño y no se produce exclusivamente en el curso de otro trastorno mental y debemos excluir que sea debido a los efectos fisiológicos de una sustancia (droga, medicamento...)

La narcolepsia

Se caracteriza por accesos súbitos de sueño en forma de periodos recurrentes de necesidad irrefrenable de dormir, de abandonarse al sueño, episodios que se han de haber producido al menos 3 veces por semana durante los últimos tres meses.

Se asocia la presencia de al menos una de las características siguientes:





- Episodios de cataplejía, que se producen como mínimo algunas veces al mes. La cataplejía es un síntoma característico de la narcolepsia que consiste en episodios de pérdida de tono muscular, que puede llegar a producir caídas. En individuos con enfermedad larga duración, se pueden manifestar como episodios breves de pérdida brusca bilateral del tono muscular con conservación de la consciencia que se desencadenan con las risas o bromas.
- Deficiencia de hipocretina.
- Polisomnografía nocturna con latencia del sueño REM, igual o inferior a 15 minutos o una prueba de latencia múltiple del sueño con valor medio igual o inferior a 8 minutos.

Aunque la cataplejía sea el síntoma característico de la narcolepsia, se asocia también con otros síntomas como la excesiva somnolencia diurna, fenómenos de parálisis del sueño, alucinaciones hipnagógicas o hipnopómpicas, episodios de comportamiento automático y un sueño nocturno fragmentado.

¿Con qué frecuencia aparece la narcolepsia?

Si bien hay algunos casos precoces, lo habitual es que no se manifieste al menos hasta la adolescencia presentándose generalmente en dos grandes picos, uno en la adolescencia (sobre los 15 años) y otro en personas adultas jóvenes (sobre los 35 años). Tiene una incidencia similar en ambos sexos y su prevalencia varía según los estudios entre los 25 y 50 cada 100000 habitantes.

¿Por qué se produce la narcolepsia?

Se considera a la narcolepsia como una alteración del sistema del sistema nervioso central, que podría estar determinada hereditariamente y ser precipitada por factores emocionales. Su causa es desconocida, aunque se conoce que los síntomas son secundarios a una alteración del sistema hipocretina/orexina, encargado de regular el ciclo sueño-vigilia.





¿Cómo se evalúa la narcolepsia?

Para diferenciar narcolepsia del trastorno hipersomnia primario a través de estudios polisomnográficos para comprobar la iniciación del sueño en fase REM característica de la narcolepsia. Es preciso también descartar también que sea por de privación de sueño, drogas, medicamentos...

¿Cómo se trata la narcolepsia?

Es tratamiento es sintomático, aún no es curable. Suelen utilizarse estimulantes para combatir la somnolencia diurna y antidepresivos para la cataplejía (muchas precauciones en niños/as).

No hay indicación de tratamiento farmacológico en la población infantil y juvenil. Se recomienda uso de siesta (de al menos una hora) y la identificación de aquellas emociones que provocan la cataplejía, para identificarlas y afrontarlas.

Apnea del sueño (SAHS):

El SAHS es un trastorno respiratorio durante el sueño caracterizado por una obstrucción parcial prolongada de la vía aérea superior y/u obstrucción intermitente completa que interrumpe la ventilación normal durante el sueño y los patrones normales del mismo.

¿Cómo se diagnostica el SAHS?

Para diagnosticar un SAHS es preciso que se cumplan los ítems del criterio A, o el criterio B.

Criterio A: Signos de polisomnografía de al menos cinco apneas o hipoapneas obstructivas por hora de sueño y uno u otro de los síntomas de sueño siguiente:

- Alteración nocturna de la respiración: ronquidos, resoplidos /jadeo pausa respiratoria durante el sueño.
- Somnolencia diurna, fatiga o sueño no reparador a pesar de las condiciones suficientes para dormir que no se explica mejor por otro trastorno mental ni a otra afección médica.





Criterio B: Signos en la polisomnografía de 15 o más apneas y / o hipoapneas obstructivas por hora de sueño con independencia de los síntomas acompañantes.

¿Cómo se manifiesta el SAHS?

- Síntomas nocturnos: ronquidos, respiración dificultosa o ruidosa, pausas respiratorias, sueño intranquilo, respiración bucal, posturas anómalas con hiperextensión de la cabeza, sudoración profusa o enuresis.
- Síntomas diurnos: cefaleas matutinas, hipersomnias, hiperactividad física, bajo rendimiento escolar, cansancio retraso del desarrollo pondoestatural.
- Síntomas relacionados con hipertrofia amigdalares: halitosis, congestión nasal, infecciones frecuentes en vías altas, alteraciones del habla...

¿Con qué frecuencia aparece el SAHS?

Los estudios epidemiológicos en estas edades son escasos, siendo este trastorno más frecuente en la adultez. La prevalencia de su síntoma principal, el ronquido, es muy variable según las distintas series publicadas: entre el 7 y el 16,7 % en menores desde 6 meses hasta 13 años de edad y entre 5 y 14,8 % en adolescentes. La prevalencia del SAHS completo se estima en alrededor del 2-3 % de los niños/as.

¿Por qué se produce el SAHS?

Las de tipo obstructivo, que son las más frecuentes, están relacionados con la corpulencia y con las deformidades de mandibulares, presencia de vegetaciones o amígdalas hipertróficas, así como con la pérdida de tono muscular de la lengua o la úvula.

En las apneas centrales, habría que buscar en el sistema nervioso central (interrupciones episódicas), más frecuentes en ancianos, si bien en la muerte súbita del lactante se ha postulado como posible factor etiológico.





¿Cómo se evalúa el SAHS?

Se debe realizar una minuciosa historia clínica, explorando la presencia de los diferentes síntomas del síndrome y una adecuada exploración física, para descartar la presencia de posibles alteraciones que justifiquen la existencia de un tipo síndrome de apnea del sueño de tipo obstructivo.

La Polisomnografía es la prueba diagnóstica básica y nos permitirá conocer la arquitectura del sueño y la existencia de microdespertares.

¿Cómo se trata el SAHS?

El tratamiento será diferente en función del origen etiológico del cuadro.

Tratamiento quirúrgico: cuando se trata de una apnea obstructiva y se dirigirá a corregir la alteración morfológica que dificulta la respiración: amigdalectomía, adenoidectomía, uvulopalatofaringoplastia....

La reducción de peso es una recomendación general, si presenta obesidad, especialmente en adolescentes.

CPAP: presión positiva continua en vías respiratorias.

Medidas generales:

- Dormir de lado y dormir siesta.
- Pautas de higiene del sueño.
- Tratamiento de la congestión nasal.

Síndrome de piernas inquietas.

El síndrome de piernas inquietas se define como la necesidad urgente de mover las piernas acompañada generalmente o en respuesta a sensaciones incómodas y desagradables en éstas, que se caracteriza por todas las circunstancias siguientes:

- La necesidad urgente de mover las piernas que comienza o empeora durante los períodos de reposo o inactividad.
- Se alivia parcial o totalmente con el movimiento.





- Es peor por la tarde o por la noche que durante el día, o se produce únicamente por la tarde o por la noche.
- Estos síntomas se producen al menos tres veces por semana y han estado presentes durante un mínimo de tres meses, acompañándose de malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, lo laboral, educativo, académico, comportamiento, u otras áreas importantes del funcionamiento.
- Estos síntomas no se pueden atribuir a trastorno mental o afección médica (p. ej., artritis, edema de las piernas) y no se explican mejor por un problema de comportamiento (p. ej., incomodidad postural, golpeteo habitual de los pies). Tampoco se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una droga o un medicamento (p. ej. acatisia secundaria al tratamiento neuroléptico).

¿Con qué frecuencia aparece el síndrome de piernas inquietas?

En los niños/as su diagnóstico puede ser difícil y con frecuencia son diagnosticados de otros problemas, como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH); diagnóstico que también se puede presentar de forma comórbida con el síndrome de piernas inquietas.

El síndrome de piernas inquietas afecta entre el 1,9 y el 2% de los niños, niñas y adolescentes.

¿Por qué se produce el síndrome de piernas inquietas?

Es compleja y no totalmente conocida, existiendo varias hipótesis que intentan explicarlo:

- Hipótesis genética. Un 70 % tienen un familiar de primer grado afectado.
- Hipótesis de la dopamina. Existe una respuesta positiva al tratamiento con fármacos con efectos dopaminérgicos, con empeoramiento de los síntomas con antagonistas de la dopamina. La disfunción parece localizarse a nivel postsináptico, en el receptor D2 de la dopamina.
- Déficit de hierro. Existe una relación evidente entre dopamina y el hierro. El hierro facilita la fijación de los receptores D2 y favorece el desarrollo neurológico infantil. Se ha demostrado que niveles de hierro inferiores de 35 o 50 ug/l se relacionan con aparición de los síntomas y gravedad del SPI.





- Se ha asociado a otros procesos patológicos como la insuficiencia renal y hepática, neuropatías periféricas, diabetes mellitus, algunos fármacos (antihistamínicos...).

¿Cómo se diagnostica el síndrome de piernas inquietas?

El diagnóstico es complejo y se recomienda la realización de una polisomnografía nocturna.

Se deben medir los depósitos de hierro, al haber una asociación de este síndrome con valores de ferritina por debajo de 50 mg/l.

¿Cómo se trata el síndrome de piernas inquietas?

Tratamiento conductual.

Los pacientes con un síndrome de piernas inquietas se beneficiarán de la prescripción de pautas de higiene del sueño.

- Horarios regulares de sueño-vigilia.
- Evitar comidas copiosas antes de dormir.
- Evitar el ejercicio intenso antes de acostarse.
- Evitar otras actividades estimulantes antes de acostarse, como jugar con aparatos electrónicos.
- Pasear, hacer ejercicios de estiramiento y relajación, así como ejercicios de elongación de EEII antes de acostarse.
- Baños calientes o masajes en las piernas antes de acostarse.
- Realización de actividades para reducir el estrés y la alerta mental: crucigramas, puzles, sudokus...)
- Evitar el consumo de cafeína, chocolate, antihistamínicos y antagonistas de la dopamina.





Tratamiento farmacológico.

Clonazepam: mejora síntomas sensitivos y calidad del sueño. Puede empeorar la clínica de TDAH y está contraindicado si hay un síndrome de apnea del sueño comórbido.

Clonidina: mejora la conciliación del sueño y hay experiencia en población infantil y juvenil.

Gabapentina: mejora síntomas sensitivo-motoras y calidad del sueño.

Temazepam y Zolpidem: niños/as mayores y adolescentes.

Agonistas dopaminérgicos: es el tratamiento de elección en personas adultas y el más efectivo, pero no tienen indicación en población infantil.

Hierro: Se han relacionado concentraciones reducidas de hierro en sangre con la aparición o el empeoramiento de la clínica del Síndrome de Piernas Inquietas, debido al papel del hierro en la síntesis de dopamina.

Se recomienda iniciar tratamiento con hierro en aquellos casos con ferritina baja (menor de 20 microgramos/litro), y considerarlo en aquellos casos en las que las concentraciones de ferritina sean menores de 45-50 microgramos/litro.

En mayores de 6 años, se recomienda tratamiento con 50-60 mg de hierro elemental, una o dos veces al día, durante 2 o 3 meses, con controles hematológicos hasta normalizar los depósitos.

Las parasomnias

Se incluyen en esta categoría los trastornos relacionados con la existencia de comportamientos problemáticos asociados al sueño.

- Trastornos asociados al sueño paradójico, como las pesadillas.
- Trastornos asociados al despertar, como los terrores nocturnos y el sonambulismo.





Las Pesadillas

El D SM-V incluye el Trastorno por pesadillas (denominado en las versiones anteriores Trastorno por sueños angustiosos) dentro de las parasomnias y lo define como la aparición prolongada y repetida de sueños disfóricos que suelen estar relacionados con esfuerzos por evitar amenazas contra la propia vida o la integridad física, que se recuerdan bien y que suelen aparecer durante la segunda mitad del sueño.

Para poder efectuar el diagnóstico es necesario que, al despertar, el individuo debe orientarse rápidamente y estar en estado de alerta. Es necesario además que las alteraciones del sueño causen un malestar clínicamente significativo y que las pesadillas no puedan atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a otros trastornos mentales o enfermedades médicas.

Los criterios utilizados por la CIE-10 (OMS, 1994) son, en líneas generales, idénticos a los utilizados por la clasificación de la APA.

¿Con qué frecuencia se producen las pesadillas?

Las pesadillas son muy frecuentes en la población infantil, especialmente en niñas. Se estima que entre un 10% y un 50% de los niños/as tienen pesadillas lo suficientemente intensas como para preocupar a los padres, aunque en la mayor parte de los casos se considera que forman parte del proceso evolutivo y de maduración, no requiriendo tratamiento en la mayoría de los casos.

¿Por qué se producen las pesadillas?

No existen datos claros sobre la etiología de las pesadillas, pero los datos derivados de las investigaciones realizadas en este campo señalan que su frecuencia y severidad están directamente relacionadas con los niveles de ansiedad que se experimentan en la infancia (Mindell y Barret, 2002), por lo que su ocurrencia suele estar relacionada con acontecimientos o situaciones problemáticas que puedan estar ocurriendo en la vida del niño/a (Nielsen y Levin, 2007).



Los terrores nocturnos

El DSM- V incluye los terrores nocturnos, junto con el sonambulismo, dentro de los Trastornos del despertar del sueño no REM, en la categoría de parasomnias.

Define los Trastornos del despertar del sueño no REM como episodios recurrentes de despertar incompleto que se produce generalmente en el primer tercio de la noche y que se acompañan de sonambulismos o terrores nocturnos.

Los terrores nocturnos se definen como episodios recurrentes de despertar brusco con terror en los que aparecen un miedo intenso y síntomas de activación autónoma (como midriasis, taquicardia, taquipnea y sudoración), y en los que existe una insensibilidad a los esfuerzos de los otros por consolar a la persona que lo sufre, despertándose con dificultad.

Para poder realizar el diagnóstico, es necesario que los sueños no se recuerden y que exista amnesia para el episodio.

Estos episodios causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras aéreas importantes del funcionamiento y no pueden ser atribuidos a los efectos fisiológicos de una sustancia ni explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental o enfermedad médica.

Las pesadillas y los terrores nocturnos se confunden con relativa facilidad.

En la siguiente tabla aparecen las principales diferencias entre ambos trastornos (Buela-Casal y Sierra, 1994; Wicks- Nelson e Israel, 1997).

	Pesadillas	Terrores nocturnos
Tipo de sueño en que aparecen	Sueño REM	Sueño no REM
Momento de la noche en que aparecen	Última mitad de la noche	Primer tercio de la noche
Vocalizaciones	Silenciosas	Intensas
Activación fisiológica	Moderada	Intensa
Movimientos	Ligeros o ausentes	Actividad motora y agitación
Respuesta al entorno	Si	No
Recuerdo del episodio	Si	No
Contenidos	Elaborados	Poco elaborados
Prevalencia	Alta	Baja

7 Cap.3: Principales diferencias entre pesadillas y terrores nocturnos



¿Con qué frecuencia se producen los terrores nocturnos?

Aunque las tasas de prevalencia varían en los diferentes estudios en función de las muestras empleadas y los criterios utilizados, se estima que entre el 1% y el 6% de la población infantil sufre episodios esporádicos de terrores nocturnos (APA, 2000), siendo la ocurrencia de episodios semanales mucho menor, en torno al 0,6% (Smedje y cols, 1999,2001). Son más frecuentes en niños/as pequeños cediendo, habitualmente de forma espontánea, al llegar a la adolescencia.

¿Por qué se producen los terrores nocturnos?

Al igual que ocurre en el caso de las pesadillas, parece que la ocurrencia de episodios de terrores nocturnos se asocia con la vivencia de situaciones traumáticas como la pérdida de un familiar, el sufrimiento de una enfermedad o una hospitalización, o problemas entre los progenitores (Buela – Casal y Sierra, 1994;2001).

Además, parece que el cansancio, los estados febriles el consumo de sustancia de sustancias y el estrés aumenta la probabilidad de que aparezcan estos episodios (APA, 2000).

Por otra parte, la alta presencia de antecedentes familiares de terrores nocturnos, sonambulismo y otros trastornos del sueño, hace pensar en algún tipo de predisposición genética del trastorno (Szelenberger, Niemcewicz y Dabrowska, 2005).

¿Cómo se evalúan los terrores nocturnos?

Como hemos visto en las pesadillas, en la evaluación de los terrores nocturnos se utilizan las mismas técnicas que en otros trastornos del sueño, haciendo un especial hincapié en la posibilidad de que existan otros trastornos emocionales o de acontecimientos estresantes que pudiesen estar ocurriendo en la vida del niño/a.

¿Cómo se tratan los terrores nocturnos?

El primer paso en el tratamiento debe ser la psicoeducación dirigida a los padres informándoles de que, a pesar de su apariencia violenta, los terrores nocturnos no





constituyen un trastorno grave y suelen remitir espontáneamente a medida que aumenta la edad del niño/a.

Suele ser suficiente con explicarles la naturaleza benigna de estos procesos, a pesar de lo llamativa que suele ser la sintomatología que presentan, y recomendarles que intenten no despertar al niño/a (porque así no tendrá recuerdo del episodio), que se acerquen a él y de forma tranquila intenten que vuelva a la cama y acompañarle hasta que cede el episodio.

La técnica de despertares programados, inicialmente desarrollada para el tratamiento de los episodios de despertar nocturno, ha demostrado ser útil en el tratamiento de los terrores nocturnos. Consiste en entrenar a los padres en la observación y registro de la frecuencia y los momentos en que ocurren los episodios, y pedirles que despierten al niño/a cada noche entre 15 y 30 minutos antes de la hora en la que normalmente ocurre para evitar así la aparición del episodio. La recomendación es mantener los despertares hasta que se consigan entre siete y diez noches seguidas sin episodios y después pasar a retirarlos de forma gradual. Esta técnica suele combinarse con el entrenamiento en técnicas de relajación y con las técnicas de higiene del sueño y control de estímulos.

El sonambulismo

Como hemos visto al hablar de los terrores nocturnos, la última edición del DSM lo incluye dentro de la categoría de las parasomnias bajo el título de Trastornos del despertar del sueño no REM y lo define por la presencia de episodios repetidos en los que el individuo se levanta de la cama durante el sueño y camina con la mirada fija, siendo relativamente insensible a los esfuerzos de los demás por comunicarse con él, despertándose con mucha dificultad.

Para poder realizar el diagnóstico es necesario que los sueños no se recuerden y que exista amnesia para el episodio. Los episodios causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes del funcionamiento y no pueden ser atribuidos a los efectos fisiológicos de una sustancia, ni explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental o enfermedad médica.





¿Con qué frecuencia aparece el sonambulismo?

Los episodios aislados de sonambulismo son frecuentes en población infantil y se estima que entre un 10% y un 30% ha experimentado algún episodio (APA, 2000).

Las tasas de prevalencia del sonambulismo como trastorno del sueño son mucho menores, con porcentajes que varían entre el 1% y el 5% según los diferentes estudios (APA, 2000)

¿Por qué se produce el sonambulismo?

En el caso del sonambulismo tampoco se ha encontrado una causa única que explique su aparición, aunque se ha señalado que los factores implicados podrían ser los mismos que en el caso de los terrores nocturnos ya que ambos trastornos parecen seguir un curso clínico similar (Wilson y Nutt, 2010).

¿Cómo se evalúa el sonambulismo?

Los procedimientos empleados en la evaluación del sonambulismo son los mismos que los que se utilizan para el resto de los trastornos del sueño, ya descritos en este capítulo.

Es necesario recoger información sobre la frecuencia y los horarios en que ocurren los episodios, a través de registros o diarios de sueño como el que se muestra en la Tabla siguiente, que permitan planificar los horarios del despertar programado.

¿Cómo se trata el sonambulismo?

Al igual que en el caso de los terrores nocturnos, la técnica de despertares programados ha demostrado ser útil en la reducción de la frecuencia de los episodios de sonambulismo, en combinación con técnicas de relajación y pautas de higiene del sueño y control de estímulos.

Además, se recomienda tomar determinadas precauciones para evitar que la persona pueda hacerse daño durante el episodio: eliminar objetivos peligrosos de la habitación con los que pueda golpearse, evitar que duerma en una cama muy alta, poner cerraduras en puertas y ventanas, etc.





Al igual que en caso de los terrores nocturnos, debemos dar a los padres información tranquilizadora sobre la peligrosidad de los episodios y pautas para actuar ante su ocurrencia: redirigir al niño/a y acostarle en la cama, evitar esfuerzos por despertarlo (no porque sea peligroso, como se cree con frecuencia, sino porque resulta muy difícil y no es útil).

Tanto en el tratamiento del sonambulismo como de los terrores nocturnos se han empleado diferentes fármacos, aunque su uso está desaconsejado en niños/as debido a los posibles efectos adversos y a las altas tasas de recaída cuando se retira el fármaco.



¿Cuándo debemos derivar un trastorno del sueño a Atención Especializada?

La mayor parte de los problemas del sueño en la infancia y la adolescencia son susceptibles de manejo en atención Primaria.

Se derivarán a Atención Especializada en aquellas situaciones que supongan una especial complejidad:

- Cuando no haya habido respuesta a las pautas de tratamiento prescritas desde Atención Primaria, que incluyen todas las conductuales.
- Cuando la severidad del trastorno del sueño está teniendo repercusión severa en otros aspectos del desarrollo: desempeño académico, ánimo, conducta....
- Cuando la severidad del trastorno del sueño requiere tratamiento farmacológico.
- Cuando existen alteraciones psicopatológicas comórbidas, y el problema de sueño sea un síntoma dentro de un cuadro más complejo.



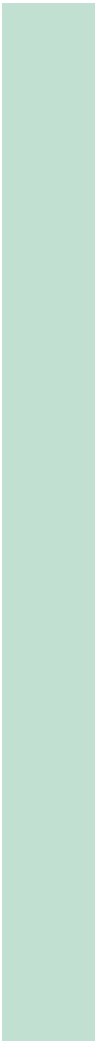


¿Quieres saber más?

Bibliografía

- Protocolos diagnósticos de la AEP. Neurología Pediátrica. Trastornos del sueño en la niñez Rocío Sánchez-Carpintero Abad. Unidad de Neuropediatría. Dpto. de Pediatría. Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona
- Psicofarmacología pediátrica: seguridad y eficacia. César Soutullo. Comunicación y Ediciones Sanitarias SL 2013.
- Melatonin for Insomnia in Children. JAMA February 8, 2021; 324 (15); 1559-1560
- Merino Andreu M. Síndrome de piernas inquietas en niños. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2008. Madrid: Exlibris Ediciones; 2008. p. 67-73.
- Guía de diagnóstico y tratamiento del síndrome de apneas-hipopneas del sueño en el niño J.R. Villa Asensi a, C. Martínez Carrasco An Pediatr (Barc). 2006;65(4):364-76
- Sleep, Growth, and Puberty After 2 Years of Prolonged-Release Melatonin in Children With Autism Spectrum Disorder .Beth A. Malow, MD, MS, Robert L. Findling, MD, MBA, Carmen M. Schroder. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry February 2021; 60(2) 252-261





Trastornos de la ingestión de alimentos en la primera infancia

Autora:

Inmaculada Mier González



¿DE QUÉ HABLAMOS?	93
¿CÓMO SE CLASIFICAN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS DE LA PRIMERA INFANCIA?	95
<i>Niños/as con apetito reducido sin una alteración específica</i>	96
Niños/as con apetito pobre por una percepción alterada de los padres.	96
Apetito pobre en un niño sano y activo.	97
Apetito pobre en un niño/a apático y retraído.....	98
Niño o niña con falta de apetito debido a una enfermedad orgánica.	99
<i>Niños/as con una ingesta de alimentos altamente selectiva</i>	99
<i>Niños/as con pánico alimentario o fobia a la alimentación</i>	101
<i>Cólicos que interfieren con la alimentación</i>	102
<i>Otros trastornos de la ingesta clásicamente descritos en menores</i>	102
El Trastorno de Pica	103
El trastorno de Rumiación o Mericismo.....	103
¿CÓMO HACEMOS EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN LA PRIMERA INFANCIA?	105
¿CÓMO PODEMOS PREVENIR LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN LA PRIMERA INFANCIA ¿CUÁLES SON LOS PRINCIPIOS BÁSICOS DEL RITUAL DE ALIMENTACIÓN?	106
<i>Principios básicos del ritual de alimentación</i>	106
¿CÓMO SE INTERVIENE DESDE ATENCIÓN PRIMARIA?	109
¿QUÉ ES IMPORTANTE RECORDAR?	110
¿QUIERES SABER MÁS?	111
<i>Bibliografía</i>	111



¿De qué hablamos?

Es común que durante la infancia se produzcan periodos donde predomina el rechazo a la comida en general, o a ciertos alimentos en particular. Esto preocupa mucho a los padres, que suelen emplear todo tipo de estrategias para que el niño/a coma, pudiendo llegar a afectar a las relaciones materno/paterno-filiales. Y no en vano, la preocupación por la alimentación, cada vez más acusada, viene influida por los avances en la medicina que han confirmado que muchas enfermedades no infecciosas son debidas a factores ambientales y que, por tanto, pueden ser prevenidas mediante cambios en los hábitos de vida. El cambio en la dieta sería el factor más importante que influye en el estado de salud (Tojo, 2001).

Los problemas con las comidas se consideran como algo normal en la etapa infantil, de hecho, son frecuentes los problemas relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria en la infancia que son motivo de consulta en los servicios de salud (Graham, 1991). Manikan y Perman (2000) afirman que más del 25% de los niños/as presentan algún problema de alimentación, llegando esta cifra hasta el 80% en los casos con dificultades ambientales diversas. Este problema alimentario menor puede llegar a complicarse convirtiéndose en un trastorno más grave (Gavino, 2002) y que comprometa el desarrollo normal del niño/a. Por ello, es importante tratar desde un primer momento estos problemas en la alimentación. De ahí, que sean numerosas las consultas que se realizan en las Unidades de Salud Mental infanto-juvenil y que generan una derivación a la consulta de enfermería para realizar una intervención concreta dirigida a la reconducción de estos problemas detectados en la alimentación, o para desarrollar una intervención dirigida a potenciar la prevención en edades tempranas cuando se detectan factores ambientales que pueden influir negativamente en el desarrollo adecuado de los hábitos de alimentación.

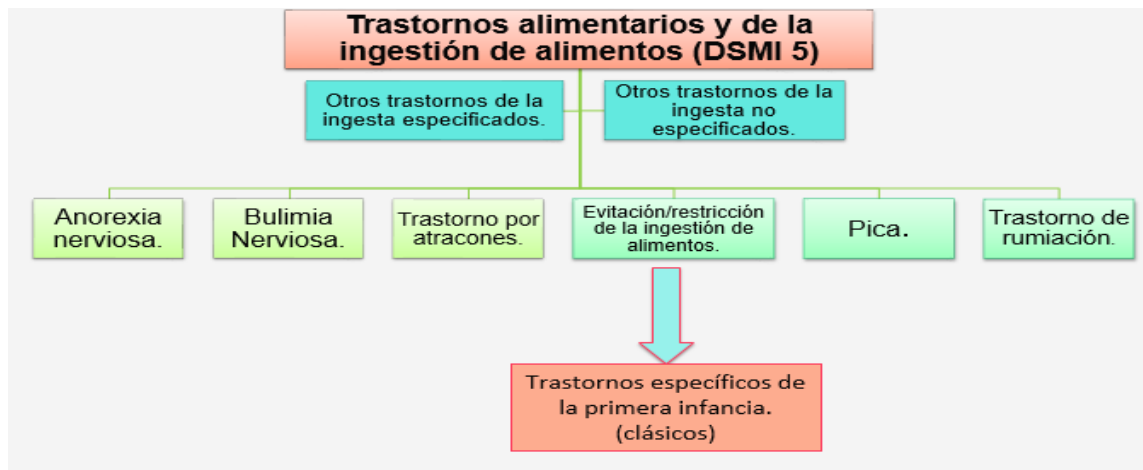
Ante un problema de la conducta alimentaria no es aconsejable pensar que se trata siempre de un problema solamente conductual, sino que resulta de vital importancia reconocer algunos signos que nos pueden orientar a detectar una patología orgánica subyacente. Una vez descartada una posible organicidad se puede afirmar que la etiología del rechazo alimentario se correlaciona, en la mayoría de las veces, con etapas de crecimiento y desarrollo, así como con la influencia de los padres en el cumplimiento de los principios y rituales de la alimentación.

En los nuevos criterios diagnósticos que se introducen en el DSM-5, destaca como un cambio muy relevante eliminar la concepción de trastornos de la infancia y trastornos de la adolescencia, de tal forma que los trastornos de pica, rumiación y de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez, se agrupan con la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. Esto implica un cambio de denominación





y definición en la que se utiliza una concepción más amplia de los trastornos alimentarios, ya que se incluye la posibilidad de alteraciones no sólo en el comportamiento alimentario sino también en la absorción de los alimentos, ampliando además el espectro del diagnóstico a cualquier edad.



8 Cap.4: Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos (DSMI 5)

Con independencia de este nuevo enfoque que aporta el DSM-5 existen nuevas clasificaciones de los desórdenes alimentarios en la primera infancia que reflejan fielmente los problemas de la conducta alimentaria que presenta la población infantil que acude a nuestras consultas en las USM IJ. De las nuevas clasificaciones soportadas con evidencia científica y trabajos prospectivos destaca la de la Dra. Chatoor, psiquiatra infantil experta en trastornos del apetito, y el Dr. Kerzner, que a través del programa IMFED (identificación y manejo de dificultades alimentarias en los niños/as) recomiendan una nueva clasificación dirigida al apoyo de todos los profesionales de la salud.



¿Cómo se clasifican los trastornos alimentarios de la primera infancia?



9 Cap.4: Trastornos alimentarios de la primera infancia

En esta clasificación se establecen cuatro grupos de problemas o alteración de la conducta alimentaria:

El primer grupo incluye, a su vez, cuatro grandes subgrupos de niños/as inapetentes que involucran el mayor porcentaje de las dificultades alimentarias inespecíficas y que engloban a aquellos niños/as con falta de apetito con una dificultad de alimentación no específica; el segundo grupo involucra a la selectividad; el tercer grupo incluye el miedo a la alimentación y el cuarto hace referencia al llanto asociado al cólico. Estos grupos se evalúan por separado y tienen una serie de connotaciones específicas que hacen que el abordaje sea diferente al resto sin que por esto se deje de mantener, en los cuatro grupos, el factor común relativo a la necesidad de trabajar el desarrollo de unos adecuados hábitos de alimentación desde edades tempranas.

En función del tipo de trastorno que estemos tratando las intervenciones que se lleven a cabo en la consulta de enfermería van a tener diferentes objetivos y un desarrollo específico del plan de cuidados, adaptándose a la causa de la alteración en cada uno de estos grupos de dificultades alimentarias. De ahí que sea preciso realizar una breve revisión de las causas que originan los distintos problemas de alimentación para enfocar la intervención precisa a realizar sobre una fundamentación concreta en cada uno de ellos.



Niños/as con apetito reducido sin una alteración específica

Niños/as con apetito pobre por una percepción alterada de los padres.

Es un niño/a normal con apetito limitado y a menudo con estatura baja o media. Para estos casos surge un riesgo, que es la preocupación de los padres, que puede conducir a métodos de coacción por parte de estos. Esta preocupación puede ser producida por las expectativas de crecimiento de los padres que no son adecuadas para el niño/a, que puede ser que esté por debajo del percentil 25, pero el crecimiento que va alcanzando el niño/a es satisfactorio basado en la altura media de los padres.

Los padres tienen que entender el concepto de la inapetencia fisiológica del lactante teniendo en cuenta que en el segundo año de vida no es que el niño/a coma menos, sino que necesita comer menos para ganar el peso y la talla adecuados durante este periodo de vida.

El Plan de Cuidados en la Consulta de Enfermería debe centrarse en los padres u otros cuidadores principales, llevando a cabo un proceso psicoeducativo que trate de ajustar sus expectativas. Debemos hacerles conocer la causa del rechazo alimentario en esta etapa, que la mayoría de las veces, se correlaciona con las etapas de crecimiento y desarrollo. El lactante presenta un metabolismo más intenso, y en función a su velocidad de crecimiento, presenta un apetito más voraz. A medida que se desarrolla se hace necesaria la introducción paulatina de alimentos, a pesar de que esta necesidad no ocurre siempre prontamente en niños y niñas. En el periodo de 2 a 6 años reflejan una disminución del ritmo de crecimiento y un aumento de la curiosidad por el ambiente; este es un comportamiento típico cuando empiezan a caminar y es importante que los padres sepan que los niños/as nacen con instinto de supervivencia y preservación. Así pues, el niño/a se alimenta impulsado por dos estímulos: la necesidad del organismo y la sensación de hambre.

Otro aspecto destacado del Plan de cuidados es la intervención dirigida a los padres conozcan y cumplan los principios del ritual de la alimentación.

Las intervenciones específicas incluidas en el Plan de Cuidados podrán ir orientadas en dos sentidos:

Por un lado, centrarse en educar a los padres en los aspectos fisiológicos de la alimentación en esta etapa del desarrollo antes descritos, con el fin de evitar la aparición de ansiedad en los padres que conduzca a la utilización de métodos coercitivos que puedan afectar al niño/a adversamente.



Enseñanzas como: cuál es la capacidad gástrica de un niño, la relación con los sólidos, evaluar el tamaño de las porciones que corresponden según la edad, identificando que la necesidad de proteína puede corresponder al tamaño de la palma de la mano del niño/a; o de hidratos, a su puño. Esto mejora las expectativas de los padres ansiosos que quieren llenar de comida y no alimentar adecuadamente al niño/a.

Por otro lado, se deberá trabajar con los padres en la transmisión de conocimientos de los principios básicos del ritual de la alimentación (se describen a continuación).

Apetito pobre en un niño sano y activo.

Son niños y niñas con salud y vigor, pero con poco interés en la alimentación. Se sacian con facilidad y se distraen fácilmente al comer, presentan gran curiosidad por el entorno que les rodea y que quieren descubrir. Suele aparecer el rechazo de la alimentación durante la transición a la cuchara y a la auto-alimentación, entre los 6 meses y los 3 años de edad. Son niños y niñas que están alerta, activos/as, prefieren jugar que comer. Sus padres pueden mostrar ansiedad y llegar a utilizar la técnica del “pastoreo” (juegos de oferta), práctica que inhibe aún más el apetito y lleva a una posible coerción de la familia a la alimentación y a entrar en una lucha de poder con su hijo. Si esta dificultad en la alimentación no es reconducida puede llegar a producir una alteración en su desarrollo a pesar de no tener una patología subyacente definible.

EL Plan de Cuidados en la Consulta de Enfermería irá dirigida a aumentar el apetito y promover el hambre en el niño/a para conseguir después en él la satisfacción de comer. Se hará hincapié en los principios básicos de la alimentación. La estructuración de las comidas fomentará el hambre y el apetito. Se establecerán reglas claras y siempre promoviendo que dichas reglas se conviertan en un hábito de alimentación. Estas reglas incluyen:

- Asegurar tres comidas y una/dos meriendas (media mañana y media tarde) según se distribuyan las tres comidas del día.
- El niño/a deberá comenzar a comer en los 15 primeros minutos después de servida la comida y debe terminar 20 minutos más tarde. Las comidas deben ser retiradas de la mesa en un tiempo razonable, en función de la actitud del niño/a hacia la comida. Cuando se presenta la comida en la mesa se deben evitar los “juegos de oferta” (técnica del pastoreo), tratar de despistarle con juegos para conseguir meterle comida en la boca. No es aconsejable dejarse tentar por esta técnica.





- Permitir solo agua entre las comidas.
- También se evitarán las distracciones durante la alimentación y los tiempos de espera (no tener TV encendida, evitar que se levanten al baño, etc.).
- Establecer el mecanismo de "tiempo fuera" (time out) para el niño o niña que convierta el momento de la alimentación en conductas inadecuadas (pataletas o berrinches), consiste en dejarle en un lugar de la casa hasta que se calme y luego mantenerle un tiempo más hasta que vuelva a su sitio (se puede valorar 1 minuto por cada año de edad).
- Por otro lado, se procurará una aproximación gradual al cumplimiento adecuado de los rituales de la alimentación por parte de los padres. Esto se convierte en una intervención necesaria y recurrente en la mayoría de los trastornos de alimentación. En este sentido es necesario ser perseverante e ir adquiriendo de forma progresiva la consecución de estos objetivos claves en las pautas de alimentación.

Apetito pobre en un niño/a apático y retraído.

Niños/as tristes, que comen poco: su pérdida de apetito es parte de una retirada global de ánimo en la que no sonrían, no balbucean, y el contacto visual no es adecuado. Pueden presentar pérdida de peso y estado de desnutrición, que en sí mismo puede ser causa de anorexia. Se describe como un trastorno de la reciprocidad, porque hay un desglose entre la madre y el niño/a.

En niños y niñas con estas características, se puede dar la posibilidad de que estén en situación de desatención o haya sido víctima de abuso físico y/o sexual. En estos casos el tratamiento va dirigido a la separación de sus cuidadores pudiendo incluso ser necesario el ingreso hospitalario.

Otro diagnóstico diferencial que nos tenemos que plantear en estos casos con escasa expresividad, retraimiento y problemas en la reciprocidad social es la presencia de rasgos del Trastorno del Espectro Autista en estos niños/as.

Pueden requerir la intervención de otros servicios complementarios como atención temprana o servicios sociales.



Niño o niña con falta de apetito debido a una enfermedad orgánica.

Las enfermedades orgánicas frecuentemente pueden ocasionar problemas de alimentación. La mayoría de los diagnósticos médicos que se encuentran entre los niños/as con rechazo a la alimentación lo constituyen el reflujo gastroesofágico (69%). Existen otros diagnósticos, como las alteraciones en el sistema motor de la boca, alergias a los alimentos, enfermedades cardiopulmonares, enfermedades neurológicas, anomalías anatómicas y retraso en el vaciamiento gástrico.

Las señales de advertencia de que nos encontramos ante un posible trastorno orgánico de base suelen incluir: la disfagia y la odinofagia, que implica esofagitis por reflujo; en niños/as que presentan una tos crónica, neumonías o disnea siempre hay que valorar una posible alteración en la coordinación para tragar; esto también es frecuente cuando existen limitaciones del desarrollo y trastornos neurológicos. Otras enfermedades crónicas como la enfermedad celiaca, tiroides o colitis pueden tener como síntoma clínico la anorexia.

En estos casos el tratamiento va relacionado con la patología orgánica y precisarán ser derivados al especialista.

Niños/as con una ingesta de alimentos altamente selectiva.

Son extremadamente sensibles a los olores, sabores o aspecto de los alimentos y se negarán a la sustitución de sus alimentos preferidos por nuevos alimentos reteniendo, por tanto, estos alimentos preferidos. Puede que coman sólo alimentos por un color determinado (alimentos de color claro tipo leche, yogur, galleta, pasta, etc.) o por su textura, sólo en puré, sin haber conseguido lograr pasar a la etapa de mezcla de texturas; alimentos de una única marca o con un determinado envase; o niños/as que no pueden tolerar el olor de los alimentos que no forman parte de su dieta y son incapaces de comer con sus padres, amigos, etc. Dependiendo de la composición nutricional de la dieta consumida, pueden presentar problemas nutricionales llegando incluso a comprometer el crecimiento y el aumento de peso adecuado.

Estas características en los patrones alimentarios nos obligan a hacer un estudio más detallado del desarrollo del niño/a y sus patrones de interacción social, lenguaje y conducta para descartar rasgos dentro del Trastorno del Espectro Autista.

De forma específica, cuando sólo aceptan texturas suaves, o purés, o alimentos de un determinado color (generalmente suave) nos harán pensar en una posible alteración del sistema motor de la boca, lo cual puede afectar también negativamente





al habla. Estos niños/as pueden experimentar, como problemas asociados, dificultades en las relaciones sociales, riesgo de ser intimidados por otros niños o sentirse avergonzados por su baja estatura; además, en sus padres se puede identificar un grado de ansiedad significativa y frustración con riesgo de aparición de estrés y discordancia entre los padres o entre alguno de ellos y el niño/a. En estos casos, lo indicado, si se dispusiese de ello, es la intervención de una Logopeda para la enseñanza de la masticación. En todo caso el trabajo a realizar con estos niños/as es modelar adecuadamente el trabajo de masticación y llevar a cabo una introducción gradual de nuevos alimentos.

Comer selectivamente puede limitar el consumo de nutrientes óptimo y esencial, en concreto de vitaminas, hierro y zinc lo que será necesario tener en cuenta por si fuera necesaria la suplementación.

En los niños y niñas que presentan **alimentación selectiva** se considera como tratamiento de primera línea la terapia conductual, estableciéndose como único tratamiento validado empíricamente para el tratamiento en problemas severos (Kerwin, 1999) y haciéndose extensivo para problemas de severidad media o baja. Las técnicas conductuales aplicadas con éxito han sido las aproximaciones sucesivas, exposición, programa de contingencias, reforzamiento positivo, extinción, control de estímulos, moldeamiento y modelado. Destacar que de las técnicas que más se han empleado sobresalen el refuerzo positivo y negativo (Godoy y Cobos, 1997). Varios trabajos han concluido que el refuerzo positivo puede ayudar a enseñar a los niños/as que se niegan a comer hasta conseguir que dicha acción deje de ser una actividad asociado con molestias y malos ratos y pase a convertirse en una experiencia agradable. En relación a la extinción, estudios de intervención concluyen que ignorar el comportamiento inadecuado de un niño/a a la hora de la comida haciendo caso omiso puede llegar a conseguir una conducta adecuada ante la comida.

En el **Plan de Cuidados en la Consulta de Enfermería** en niños/as con alimentación selectiva destaca la intervención orientada a los padres como principales agentes del cambio de conducta. El entrenamiento a los padres irá dirigido a modificar hábitos de alimentación del niño/a, integrados en los principios básicos del ritual de la alimentación, y a formar en conocimientos nutricionales y evolutivos. También hay que dar suficiente importancia a las creencias de los padres respecto a la alimentación del niño/a, a su autonomía y a la conducta problema del mismo.

Las técnicas conductuales antes descritas son las que van a fundamentar el plan de actuación y son las que se van a implementar, desarrollar, monitorizar y evaluar durante la intervención, realizando una indicación individualizada de las mismas.





Debemos formar a los padres, por un lado, en el papel fundamental que deben realizar sirviendo de modelo para sus hijos en la técnica de la masticación y resto de hábitos de alimentación adecuados y, por otro lado, promoviendo la introducción gradual de alimentos nuevos (aproximaciones progresivas), introduciendo un nuevo alimento cada vez, comenzando por alimentos de fácil masticación, repitiendo en numerosas ocasiones la exposición al nuevo alimento, presentando al niño/a pequeñas cantidades y no forzando la exposición. Es útil utilizar, como técnica conductual de probada eficacia, el refuerzo positivo. Los reforzadores pueden ser de actividad, materiales o sociales y se aconseja complementarlo con un sistema de economía de fichas.

Niños/as con pánico alimentario o fobia a la alimentación.

Los niños/as con pánico a la alimentación se resisten a los intentos para alimentarlos, bien a través del llanto o negándose a abrir la boca. Existe una alta probabilidad de que haya una historia de experiencias nocivas orales, por ejemplo, asfixia por atragantamiento, intubación oral o alimentación con sonda nasogástrica. Se puede hablar de una disfagia condicionada. Se pueden incluir en este grupo niños/as que estando enfermos son sometidos por los padres a comer alimentos que en el momento de su problema están rechazando.

La intervención en estos casos es muy específica y va dirigida a la desensibilización: alimentar al niño/a cuando se encuentre en estado de somnolencia o relajación, si teme el biberón o una botella, ofrecerle una taza o una cuchara para realizar el entrenamiento.

Los niños o niñas con neofobia presentan un rechazo de los alimentos nuevos. Es importante diferenciar la neofobia del comedor selectivo; los niños/as que comen selectivamente rechazan muchos alimentos que pueden resultarles familiares y se aferran a una serie de alimentos que constituyen sus alimentos preferidos. En casos con Neofobia se especula con que en el futuro la investigación puede llegar a demostrar una alteración en la fisiología, concretamente una alteración en las papilas gustativas, como causa de su problema.

El Plan de Cuidados de Enfermería estará orientado a conseguir la superación de las aversiones mediante diferentes aproximaciones: la introducción sistemática, progresiva y lenta de nuevos alimentos; la introducción de un solo alimento cada vez y manteniendo el anterior, estableciendo una media de uno o dos alimentos nuevos por semana; la oferta de cantidades mínimas del nuevo alimento, aumentando la cantidad progresivamente; realizando la exposición a un nuevo alimento un elevado





número de veces (un mínimo de 10-15 veces), sin intentar una exposición directa en las primeras ocasiones, sino dejando la comida a su alcance mientras las personas adultas comen el mismo alimento; cuando el alimento nuevo produce mucha aversión, llegando incluso a provocar vómitos, se pueden mezclar mínimas cantidades con uno de sus alimentos preferidos y se va incrementando progresivamente la cantidad del alimento fóbico.

Cólicos que interfieren con la alimentación.

Es un cuadro que siempre debuta con llanto excesivo y dificultad en la alimentación en lactantes. La intervención se puede dirigir al lactante, a la madre o a ambos, y una buena técnica es la observación durante la alimentación para analizar los factores desencadenantes de la angustia y, por otro lado, factores que puedan calmar al bebé. El reducir la estimulación antes, durante y después de la alimentación, en un cuarto silencioso y envolviéndolo durante las tomas, puede sosegar al bebé.

Es necesario tener siempre en cuenta el diagnóstico diferencial, ya que en algunos estudios se encontró que en un 5% de los lactantes que presentaban llanto excesivo se hallaron enfermedades orgánicas, destacando entre ellas reflujo gastroesofágico silencioso con presencia de inquietud y arqueos durante la alimentación.

Otros trastornos de la ingesta clásicamente descritos en menores

Fuera de esta nueva clasificación que hemos detallado encontramos dos trastornos cuyos criterios diagnósticos quedaban recogidos en el DSM-IV-TR en los trastornos de la conducta alimentaria en la infancia y que con el DSM-5 se agrupan, junto al trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos, con la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. Estos son el trastorno de PICA y el trastorno de RUMIACIÓN. Ambos trastornos presentan una desconocida prevalencia en la población general, bien por cuestiones de desconocimiento o por ocultación de los síntomas.





El Trastorno de Pica

Se define como la ingestión de sustancias no nutritivas, sustancias no alimentarias, por un periodo mínimo de un mes, de forma tan grave como para justificar la atención clínica. Se establece una edad mínima de dos años, para poder excluir el hábito de llevarse objetos a la boca, conducta propia del desarrollo normal en la infancia. La prevalencia no está clara, pero se estima entre el 9 y el 20 % de los niños/as en algún momento de su vida. Es importante tener en cuenta la influencia de posibles factores culturales o falta de disponibilidad de alimento por motivos socio-económicos.

Las sustancias ingeridas tienden a variar con la edad y son tan diversas como: papel, jabón, pelo, tiza, metales, cenizas, barro o hielo.

Entre las complicaciones se incluyen accidentes por envenenamiento, infestación parasitaria, infecciones, obstrucción gastrointestinal pudiendo llegar a la muerte por ingesta de sustancias tóxicas.

La intervención terapéutica es fundamentalmente de carácter conductual. Aunque no se conoce un tratamiento definitivo el primer paso es conocer la causa y corregir las circunstancias que lo originan. En ocasiones, el trastorno de pica está asociado a una enfermedad carencial; en estos casos, es necesario el tratamiento de la enfermedad de base para que el síntoma desaparezca. Cuando va asociado a una enfermedad mental y no se encuentran deficiencias nutricionales, (hierro o Zinc) el uso de multivitamínicos puede reducir la intensidad de los síntomas. Posteriormente el tratamiento se centra en la educación y la modificación de conducta. La intervención en la consulta de enfermería irá focalizada también en esta línea.

El trastorno de Rumiación o Mericismo.

La rumiación se caracteriza por la regurgitación repetido de alimentos sin estar unido a una causa orgánica. Para su diagnóstico se exige un periodo mínimo de un mes del trastorno, y que se produzca a diario. Suele producirse una pérdida de peso o no ganancia ponderal, y en los casos más graves puede llegar a la malnutrición. La prevalencia no está bien estudiada, pero es superior en personas institucionalizadas que presentan una discapacidad intelectual o psíquica y en bebés o niños y niñas de corta edad con problemas psicosociales; en ambos casos este comportamiento puede tener una función tranquilizadora. La edad de inicio en los bebés suele ser entre los 3 y 12 meses de edad. Se deben descartar otras causas orgánicas como la estenosis pilórica, el reflujo gastroesofágico o las infecciones gastrointestinales.





Las personas con anorexia nerviosa o bulimia nerviosa pueden presentar regurgitación y posteriormente escupir los alimentos como un mecanismo para perder las calorías ingeridas; en estos casos, debe hacerse un diagnóstico diferencial siendo trastornos que difieren sustancialmente, ya que en el mericismo no hay temor a engordar ni la autovaloración depende del peso corporal.

En cuanto a la intervención, inicialmente se debe descartar organicidad y corregir cualquier alteración médica. En los menores se trabaja en mejorar el entorno psicosocial tratando de mejorar las deficiencias en el vínculo. Por otro lado, se trabaja mediante la psicoterapia con los padres y de forma conductual con el menor.



¿Cómo hacemos el diagnóstico diferencial de los trastornos alimentarios en la primera infancia?

El origen y el carácter multifactorial de estos problemas conlleva la necesidad de incluir la presencia de equipos multidisciplinares tanto para su diagnóstico como para su tratamiento en los que se incluyen en primer lugar los pediatras y enfermeros de atención primaria y según la clínica los distintos especialistas en digestivo, aparato respiratorio, endocrinología, nutrición o salud mental, además logopedas y en muchas ocasiones de los trabajadores sociales.

A pesar de la frecuencia de los trastornos descritos en este capítulo, siempre hay que descartar organicidad para ello existen unos síntomas/signos de alarma como son:

- Alteraciones digestivas: Disfagia, alteración en la mecánica de la deglución, alimentación interrumpida por dolor, regurgitación/vomito crónico, diarrea o sangre en evacuaciones.
- Alteraciones respiratorias por presencia de tos, asfixia o neumonía recurrente o enfermedades respiratorias crónicas.
- Alteraciones con manifestaciones dérmicas atopía o eczemas.
- Alteraciones en el crecimiento o anormal neurodesarrollo.





¿Cómo podemos prevenir los trastornos alimentarios en la primera infancia ¿Cuáles son los principios básicos del ritual de alimentación?

Principios básicos del ritual de alimentación.

Estos principios y rituales deben iniciarse cuando los niños/as empiezan a diversificar su alimentación e inician el proceso de ganar autonomía y deben repetirse diariamente hasta que se conviertan en un hábito. Los padres deben de ser modelos para sus hijos y, por tanto, mantener estos rituales en las comidas que realizan junto a sus hijos.

- Procurar coincidir con el niño/a en las horas de las comidas haciendo de estos momentos un espacio para compartir e intercambiar experiencias de la familia.
- Todas las comidas del día se realizarán en un lugar de la casa destinado a esa actividad (cocina, sala, comedor) evitando distractores que posibiliten la dispersión del menor. Se procurará que ese lugar este libre de ruido y se recomienda no comer con la televisión encendida o cualquier otro dispositivo electrónico.
- El niño/a deberá disponer de un lugar adecuado para comer; deberá estar en la mesa y debe ser alentado a sentarse allí durante el tiempo que dure la comida; si es posible, en una silla elevada que le facilite el acceso a su plato de comida, esto ayudará a limitar su espacio de comida y facilitará que permanezca en su sitio el tiempo que dure la actividad, siempre realizando una aproximación progresiva a esta situación.
- Los padres decidirán dónde, cómo y qué come el niño/a. Éste/a decide cuánto come.
- Procurar facilitar la autonomía del niño, proporcionándole plato, cuchara, vaso, etc., adaptados a su edad, de fácil manejo. Es práctico utilizar baberos con un canal para recoger piezas que caen y colocar algún elemento de protección debajo de la silla o asiento elevado que pueda ayudar a agilizar el proceso de limpieza posterior.
- No irrite al niño/a limpiándole la boca con una servilleta después de cada bocado.





- Ofrecerles alimentos en consonancia con su grado de desarrollo neuromotor y su sistema motor oral. El tipo de alimentos que se debe ofrecer a los niños/as irá en consonancia con este principio.
- La introducción de nuevos alimentos deberá ser lenta y progresiva exponiéndole cada vez a un solo alimento nuevo.
- Ofrecerle pequeñas cantidades de comida, razonables, por ejemplo, del tamaño del puño del niño/a. Cuando el niño/a sienta hambre o esté adaptado a esa comida irá pidiendo más. Tener en cuenta que una cuchara con poca cantidad de alimento es mucho más atrayente que una cucharada rebosante de comida
- Respetar la tendencia del niño/a a rechazar alimentos nuevos y desconocidos para él y ofrecer una comida repetitivamente entre 10 y 15 veces antes de decir que definitivamente lo rechaza. Inicie la exposición al nuevo alimento con pequeñas cantidades. Puede probar el nuevo alimento mezclando pequeñas cantidades con uno de sus alimentos preferidos e ir incrementando progresivamente la cantidad del nuevo alimento.
- No imponer la exposición directa a un nuevo alimento en los primeros intentos, se puede comenzar dejando el alimento en un lugar de la mesa cercano al niño/a al mismo tiempo que lo están comiendo sus padres. Los niños/as pequeños están más dispuestos a probar la comida nueva si ellos tienen el control.
- Los padres deben mantenerse neutrales y relajados durante las comidas, no parecer enfadado o serio, y mucho menos enfadarse. Los momentos de las comidas deben ser ratos agradables para compartir en familia.
- Establecer intervalos de unas cuatro horas entre las comidas; tres comidas y una o dos meriendas/tentempié es lo aconsejable, el periodo de tiempo entre la merienda y la cena puede ser más corto.
- El niño/a debe comenzar a comer en los primeros 15 minutos de servidos los alimentos y se retirará el plato una vez pasados 20 minutos desde que empiece a comer. Las comidas no deben durar más de 30-35 minutos.
- Una vez pasado este tiempo se retirará el plato de comida y no se ofrecerá más hasta la siguiente comida del día.
- Evitar picoteo entre estas cuatro/cinco comidas principales. No se le podrán ofrecer bocadillos, galletas, lácteos, pan, golosinas, bollería, etc. y de beber sólo se les ofrecerá agua entre las comidas, nunca zumos o refrescos.



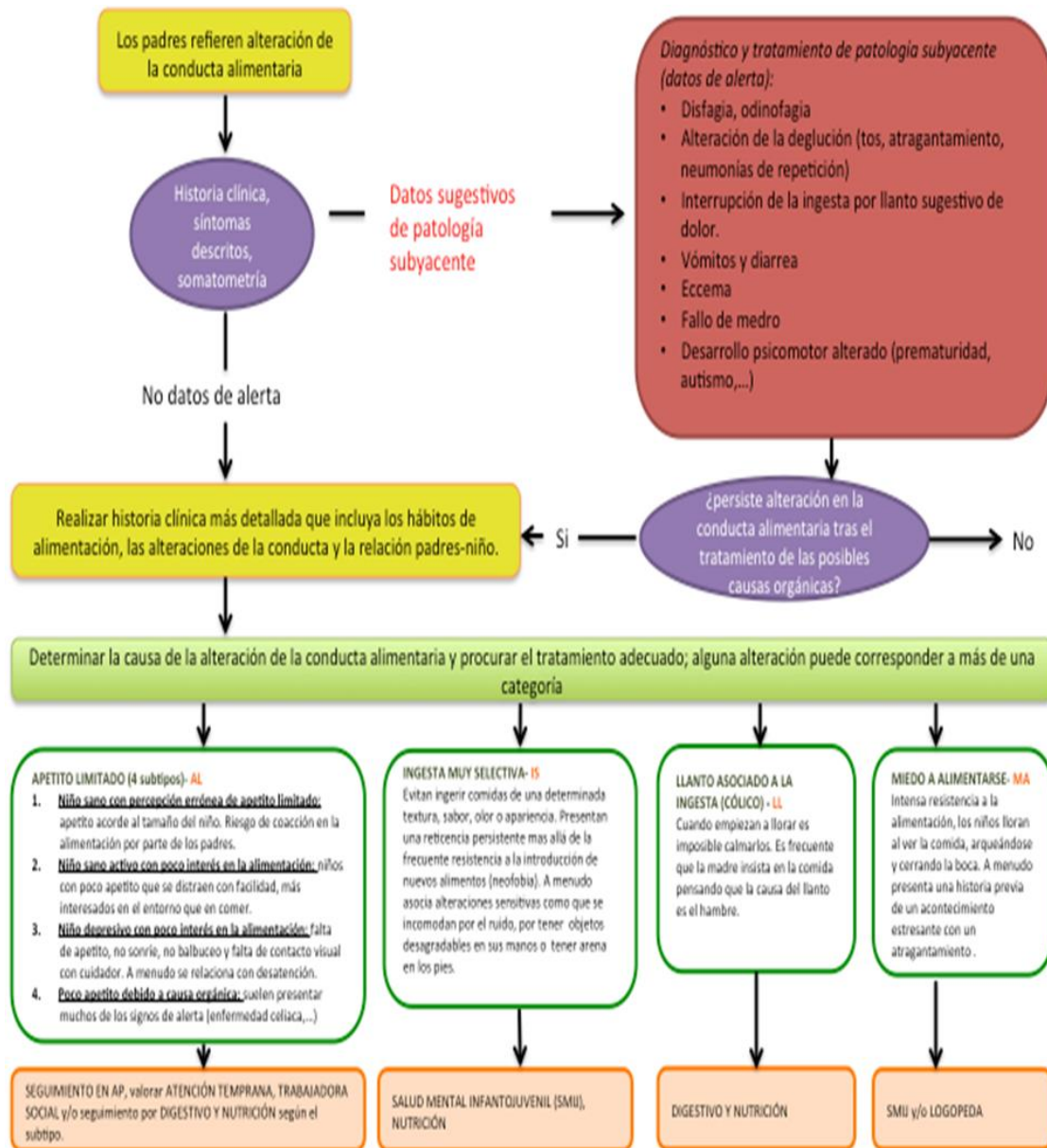


- Los padres deben convertirse en modelo para sus hijos, tener un comportamiento adecuado con su alimentación y demostrar que los alimentos les resultan agradables, que el momento de la comida les relaja y alegra, y por supuesto, seguir las reglas establecidas que garantizan una alimentación sana y equilibrada.
- No permita dejarse llevar por una animación o excitación excesiva, por ejemplo, hacer volar aviones hacia la boca del niño/a o correr coches o poner vídeos en el móvil. Evite la técnica del pastoreo (juegos de oferta).
- Los padres pueden ofrecer un juguete al niño/a, pero este deberá ser retirado una vez que la comida comience.
- Recompensar el consumo de nuevos alimentos utilizando el elogio en los más pequeños o con un refuerzo material o de actividad (tipo cromos) en los más grandes.





¿Cómo se interviene desde Atención Primaria?



10 Cap.4: Flujograma intervención en Atención Primaria en trastornos de la alimentación primera infancia





¿Qué es importante recordar?

- ▶ El manejo de estos niños/as supone un reto para los pediatras y precisa un tratamiento multidisciplinar a nivel sanitario (atención temprana, digestivo-nutrición o SMIJ) y educativo (logopeda). Es fundamental conocer la situación familiar y tratar la ansiedad que pueda ocasionar.
- ▶ Vigilar siempre signos de alarma que indiquen posible causa orgánica (Problemas de crecimiento o del desarrollo, del aparato digestivo o respiratorio)
- ▶ Intervención. Individualiza y multidisciplinar con gran importancia de enfermería. Trabajo educacional y conductual enfocado primariamente a los padres.





¿Quieres saber más?

Bibliografía

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
- Chatoor I, Ammaniti M. Classifying feeding disorders of infancy and early childhood. In: Narrow WE, First MB, Sirovatka PJ, Regier DA, editors. Age and Gender Considerations in Psychiatric Diagnosis. American Psychiatric Association; 2007, p. 227-42.
- Chatoor I. Feeding and other disorders of infancy or early childhood. In: Tasman A, Kay J, Lierberman JA, editors. Psychiatry Second Edition. New York: John Wiley & Sons; 2003, p. 799-818.
- Gavino Lázaro A. Problemas de alimentación en el niño. Manual práctico para su prevención y tratamiento. 1ªed. Madrid: Ediciones Pirámide; 2002.
- Godoy A, Cobos MP. Tratamiento de un caso con problemas alimenticios. En Méndez FX, Macià D. Modificación de conducta con niños y adolescentes. 5ª ed. Madrid: Ediciones Pirámide; 1997
- Graham P. Child Psychiatry: a developmental approach. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 1991
- Kerwin ME. Empirically supported treatments in pediatric psychology: Severe feeding problems. J Pediatr Psychol. 1999; 24(3):193-214
- Manikam R, Perman J. Pediatric feeding disorders. J Clin gastroenterol. 2000; 30(1): 34–46
- Tojo R. Tratado de Nutrición Pediátrica. Barcelona: Ediciones Doyma; 2001





Trastornos de la conducta alimentaria

Autoras:

Jana González Gómez

Inmaculada Mier González



¿DE QUÉ HABLAMOS?	114
¿QUÉ SON?	115
¿CÓMO SE CLASIFICAN?	116
<i>Anorexia nerviosa F50.0 [307.1]</i>	116
<i>Bulimia nerviosa F50.2 [307.51]</i>	117
<i>Trastornos por Atracón 307.51 (F50.8)</i>	117
<i>Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos. 307.59 (F50.8)</i>	117
<i>Trastorno de rumiación. 307.53 (F98.21)</i>	118
<i>Pica. (CIE-10, F98.3 en niños/as y F50.8 en adultos)</i>	118
<i>Otros trastornos de la ingesta especificados. 307.59 (F50.8)</i>	118
<i>Otros trastornos de la ingesta no especificados. 307.50 (F50.9)</i>	119
¿CON QUÉ FRECUENCIA APARECEN?	120
¿CÓMO CURSAN?	121
¿POR QUÉ SE PRODUCEN?	122
<i>Factores individuales</i>	122
<i>Factores ambientales y socioculturales</i>	123
<i>Factores familiares</i>	124
¿CÓMO SE INTERVIENE DESDE ATENCIÓN PRIMARIA?	125
<i>Prevención primaria. Identificación de personas con riesgo. (antecedentes familiares, obesidad previa, vulnerabilidades sociales)</i>	125
<i>Evaluación clínica desde Atención Primaria</i>	125
<i>Diagnóstico diferencial</i>	127
¿CÓMO SE INTERVIENE DESDE ATENCIÓN ESPECIALIZADA?	129
<i>Manejo básico. Intervención nutricional y promoción de la salud</i>	129
<i>Intervenciones psicoterapéuticas especializadas</i>	130
<i>Psicofarmacología</i>	131
<i>Intervenciones de enfermería</i>	131
¿QUÉ ES IMPORTANTE RECORDAR?	134
¿QUIERES SABER MÁS?	135
<i>Bibliografía</i>	135





¿De qué hablamos?

Los profesionales sanitarios que nos dedicamos a la clínica podemos comprobar en nuestro día a día la importancia que tiene la imagen para nuestros pacientes cada vez a edades más tempranas y como esto repercute tanto en su salud física como mental. En este marco social hemos visto como los trastornos de la conducta alimentaria se han convertido en los países desarrollados en un problema de salud pública, tanto por la gravedad de la enfermedad, como por su duración, el perfil de pacientes que lo padecen y las altas tasas de morbilidad asociadas.

Aunque solo una minoría de las personas en riesgo llegue a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria que pueda catalogarse dentro de los criterios diagnósticos establecidos, el uso de comportamientos inadecuados para controlar el peso (como determinadas dietas, vómitos, abuso de laxantes, pastillas para adelgazar, etc.) ha aumentado significativamente en las últimas décadas. Estas conductas pueden conllevar consecuencias y ocasionar enfermedades como la obesidad, el trastorno por atracón, la bulimia y la anorexia nerviosa.

Las medidas desarrolladas para controlar el impacto de estos trastornos persiguen el objetivo de aumentar el conocimiento de la enfermedad y de este modo poder desarrollar programas de prevención e intervención precoz en las fases tempranas de estos trastornos, con el objetivo final de influir sobre el pronóstico de la enfermedad.

Este capítulo pretende ayudar a los pediatras y médicos de primaria a identificar los factores de riesgo y las manifestaciones clínicas de estos trastornos. Ayudándoles a que puedan realizar un diagnóstico y un tratamiento precoz o decidir su derivación a un especialista en salud mental.





¿Qué son?

Consisten en una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial.





¿Cómo se clasifican?

Tradicionalmente se dividían en dos grandes grupos, los considerados de la infancia (pica, trastorno por rumiación o problemas de la ingesta) y los de inicio en la adolescencia, (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno no especificado). Pero desde la aparición del DSM 5 en 2013, se elimina la concepción de trastornos de la infancia y de la adolescencia y se integran todos en una misma categoría pudiendo aparecer en cualquier edad de la vida.

Al igual que ocurre con otras muchas categorías diagnósticas en psiquiatría, a lo largo de la evolución, los pacientes se mueven entre las dimensiones clínica/subclínica y se observan migraciones entre diagnósticos, (Fairburn and Harrison 2003). La mayoría de los expertos están de acuerdo en señalar que los cuadros diagnósticos están interrelacionados, que comparten muchas características comunes, la más importante es la existencia de una disfunción primaria de la alimentación, capaz de afectar a la salud y al funcionamiento personal del sujeto.

Anorexia nerviosa F50.0 [307.1].

Las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, miedo intenso a ganar peso y una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, en las mujeres afectas de este trastorno pueden sufrir amenorrea primaria o secundaria. La gravedad se basa, en las personas adultas, en el índice de masa corporal (IMC) o durante la niñez y la adolescencia, en el percentil del IMC.

Se identifican dos subtipos diferenciados:

Tipo restrictivo (F50.01): durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/purgativo (F50.02): durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones y/o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).





Bulimia nerviosa F50.2 [307.51].

En la bulimia nerviosa los individuos presentan atracones (ingesta de gran cantidad de alimentos en un corto periodo de tiempo), recurrentes (al menos uno a la semana durante tres meses), con sensación de pérdida de control y además conductas encaminadas a no ganar peso (p. ej., vómitos) y se encuentran excesivamente preocupados por la silueta y el peso corporal. Sin embargo, a diferencia de los enfermos con anorexia nerviosa las personas con bulimia nerviosa son capaces de mantener el peso igual o por encima del normal o mínimo.

Anteriormente se contemplaba subtipo purgativo y no purgativo pero El DSM-5 solo contempla el subtipo purgativo. Y la gravedad se basa en la frecuencia de las purgas y el grado de discapacidad funcional.

Trastornos por Atracón 307.51 (F50.8)

Uno de los cambios más importantes del DSM-5 (APA 2014) consiste en la inclusión de los Trastornos por Atracón 307.51 (F50.8) como una categoría diagnóstica con entidad propia. Y se caracterizan por la presencia al menos semanal de atracones considerados como la ingesta de gran cantidad de comida durante un breve periodo de tiempo acompañado de la sensación de pérdida de control.

Los síntomas implican comer grandes cantidades, sin sentir hambre, más rápido de lo normal o hasta sentirse desagradablemente lleno u otros como comer solo por vergüenza o por el intenso malestar que esto genera, pero a diferencia de la bulimia no se asocia a una conducta compensatoria o purga.

Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos. 307.59 (F50.8)

Este subtipo sustituye y amplía el diagnóstico del trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez de las clasificaciones previas, pudiendo ser descrito en cualquier edad. Se caracteriza por la falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer esto se asocia a pérdida de peso significativa, deficiencia nutricional (incluso hasta precisar tratamiento enteral o suplementación) e interferencia importante en el funcionamiento





psicosocial. Sin que se deba a otra enfermedad médica o mental. Es objeto de un capítulo específico dentro de esta guía.

Trastorno de rumiación. 307.53 (F98.21)

Regurgitación repetida de alimentos durante un periodo mínimo de un mes. Los alimentos regurgitados se pueden volver a masticar, a tragar o se escupen sin que esto se atribuya a una causa médica ni suceda en el curso de la Anorexia nerviosa o la Bulimia nerviosa. Se asocia al igual que la pica a otros problemas mentales como trastornos de neurodesarrollo o discapacidad intelectual.

Pica. (CIE-10, F98.3 en niños/as y F50.8 en adultos)

Es un trastorno poco estudiado y su prevalencia no está clara. Consiste en la ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un periodo mínimo de un mes inapropiada al grado de desarrollo del individuo y sin tener un origen cultural. En las nuevas clasificaciones puede diagnosticarse en cualquier edad de la vida, aunque tradicionalmente se ve en la infancia también puede producirse y diagnosticarse junto con otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual, trastorno del espectro autista, esquizofrenia o anorexia nerviosa).

Otros trastornos de la ingesta especificados. 307.59 (F50.8)

Se agrupan en esta categoría los trastornos que no cumplen todos los criterios para estar en las anteriores, pero se debe de especificar a cuál de ellos se asocian como anorexia nerviosa atípica, bulimia nerviosa de frecuencia baja, Trastorno por purgas o síndrome de ingesta nocturna de alimentos y en la clasificación DSM 5 se muestran los criterios y ejemplos para su categorización y diagnóstico. Su prevalencia es inespecífica y su curso y tratamiento será similar al diagnóstico al que se asocian.

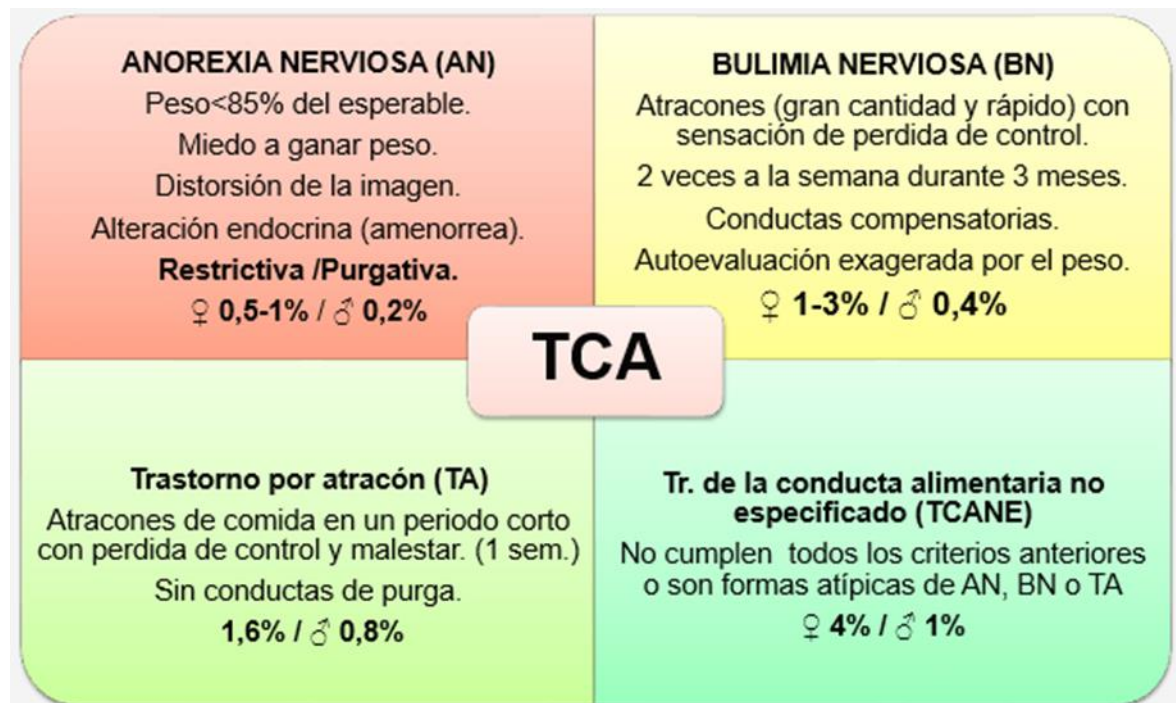




Otros trastornos de la ingesta no especificados. 307.50 (F50.9)

Esta categoría trata de ser residual, crea para complementar a las anteriores en situaciones en las que el clínico no es capaz de realizar un diagnóstico más preciso. Se trata de alteraciones alimentarias que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la categoría diagnóstica de los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos.

En el resto del capítulo prestaremos atención a los cuadros clínicos más habituales a los que nos enfrentamos en la práctica diaria que son Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón.



11 Cap.5: Resumen de los trastornos alimentarios más habituales



¿Con qué frecuencia aparecen?

Se trata de enfermedades que se detectan principalmente en países occidentales u occidentalizados, más en grupos caucásicos. Afectan mayoritariamente a mujeres jóvenes entre 16 y 19 años. De hecho, es considerado por la Organización Mundial de la Salud como la tercera enfermedad crónica en adolescentes especialmente mujeres (OMS 2004). Su prevalencia total se calcula en torno al 3%, llegando en algunos estudios al 10 % de la población adolescente. (Fairburn and Cooper 2007).

Las cifras aportadas por distintas revisiones que estiman prevalencias en torno a 0,4% para la AN siendo 10 veces más frecuente en mujeres que en hombres.

En el caso de la BN la prevalencia se calcula entre el 1 y el 1,5 % y la proporción de mujeres y de hombres se supone similar a la anorexia en 10 a 1 (Swanson al. 2011).

El recientemente categorizado trastorno por atracón (TA) tiene una prevalencia entre el 0,8 y el 1,6 % con una distribución por sexos similar a las otras categorías (Hudson, Hiripi et al. 2007) pero con un inicio más tardío





¿Cómo cursan?

La AN se presenta entorno a los 17 años, aunque algunos datos sugieren la existencia de picos a los 14 y 18 años. El curso es variable algunas investigaciones revelan que aproximadamente el 50% de los casos de AN evoluciona a remisión completa. La remisión parcial se observa entre el 20%-30% de los casos de AN y entre el 10% y el 20% de los casos evolucionan a cronicidad. Las tasas de mortalidad son mayores a la población general debido al desequilibrio electrolítico y la desnutrición.

La BN tiene generalmente un inicio más tardío al final de la adolescencia o el principio de la vida adulta. Los atracones suelen empezar posteriormente a periodos de restricción que pueden mantenerse latentes durante años conllevando mayor demora diagnóstica. El pronóstico es más favorable que para la AN observando que el 60% alcanzan la recuperación total, el 30% logra una mejoría intermedia y el 10%. Las cifras de mortalidad se estiman cerca del 2% por década y estas también se relacionan con las alteraciones en los electrolitos y el suicidio.

En el caso del trastorno por atracón, al ser reciente su categorización, encontramos escasa literatura acerca de su curso y pronóstico, pero su desarrollo se asocia también a las etapas más vulnerables de la vida como es la adolescencia, y no se considera tan infrecuente su comienzo en la edad adulta. En todas las categorías diagnósticas existe una fase prodrómica o conductas alimentarias de riesgo, este punto es fundamental ya que con la atención precoz se evita el desarrollo de la enfermedad.



12 Cap.5: Cómo cursan los TCA



¿Por qué se producen?

No resulta sencillo establecer relaciones causales y tampoco disponemos de marcadores biológicos específicos que predigan el desarrollo de estas enfermedades. Pero se conocen factores que incrementan el riesgo de aparición y actúan de forma sinérgica y por lo tanto es preciso conocerlos para actuar en la prevención precoz. Se agrupan en factores individuales, ambientales y familiares.

Factores individuales.

De tipo biológico.

El género femenino y la edad de comienzo en torno a la adolescencia o juventud. Distintos estudios en familiares y gemelos estiman que la genética puede explicar entre un 60 y un 80% de la vulnerabilidad en estos trastornos, el resto correspondería a experiencias biográficas. Además, se ha identificado asociación con la presencia de obesidad premórbida y un desarrollo puberal precoz circunstancias que se asocian a aumento de insatisfacción de la imagen corporal y mayor presencia de conductas alimentarias de riesgo.

Un discreto número de estudios ha revelado que la presencia de complicaciones obstétricas o perinatales se relaciona con un mayor riesgo de padecimiento de un TCA. Este hallazgo no es exclusivo de estas patologías y se ha descrito en otros trastornos psiquiátricos y el mecanismo por el cual se produce esta vulnerabilidad no está esclarecido. Algunos autores lo vinculan a problemas en el neurodesarrollo, postulando la posible hipoxia en el feto, la existencia de un daño cerebral temprano, el déficit nutricional durante el embarazo o durante el periodo posnatal.

De tipo psicológico.

Los estudios señalan la presencia de síntomas que son considerados como comórbidos pero que pueden encontrarse en origen de estas patologías como son: trastornos afectivos, trastornos de la personalidad, trastornos obsesivo-compulsivos o trastorno de control de impulsos, ya que en muchas ocasiones tienen un inicio previo al desarrollo del TCA.

Paralelamente se identifican otros factores relacionados con la percepción del individuo como son: la insatisfacción, la distorsión de la imagen corporal, la baja





autoestima o el retraimiento social. Además, a estas características personales se les añaden algunos rasgos de personalidad o carácter tales como la baja autodirección o el perfeccionismo. A estos factores se añade la mayor vulnerabilidad neuropsicológica detectada en parte de estos pacientes en especial en los que padecen AN. Se caracterizan por mayor propensión a la rigidez cognitiva, con marcada tendencia a focalizar en los detalles y dificultades en la integración global y la atención.

De tipo conductual.

Determinadas conductas llevadas a cabo por el sujeto, aumentan el riesgo de desarrollar un TCA entre ellas encontramos prácticas habituales en la población general como las denominadas conductas alimentarias de riesgo (dietas restrictivas o ayunos) el consumo de laxantes o diuréticos o la práctica de deportes que impliquen alto rendimiento o vinculados con la exposición del cuerpo.

El riesgo de desarrollar BN o trastorno por atracón también se ha relacionado con el consumo previo de sustancias tóxicas como el alcohol o determinadas drogas de abuso como anfetaminas y cocaína, y con determinadas conductas impulsivas como las autolesiones o el juego patológico.

La ocurrencia de acontecimientos vitales estresantes también se ha identificado con más frecuencia en las personas que sufren TCA. Muchos de estos estresores están relacionados entre sí y tienen por tanto un efecto acumulativo siendo difícil identificarlos. Entre los más descritos en los TCA se encuentran: el abuso sexual o físico en la infancia, los antecedentes de crisis vital, las mudanzas, el fallecimiento de seres queridos, la separación de los padres o problemas en el ámbito social.

Factores ambientales y socioculturales

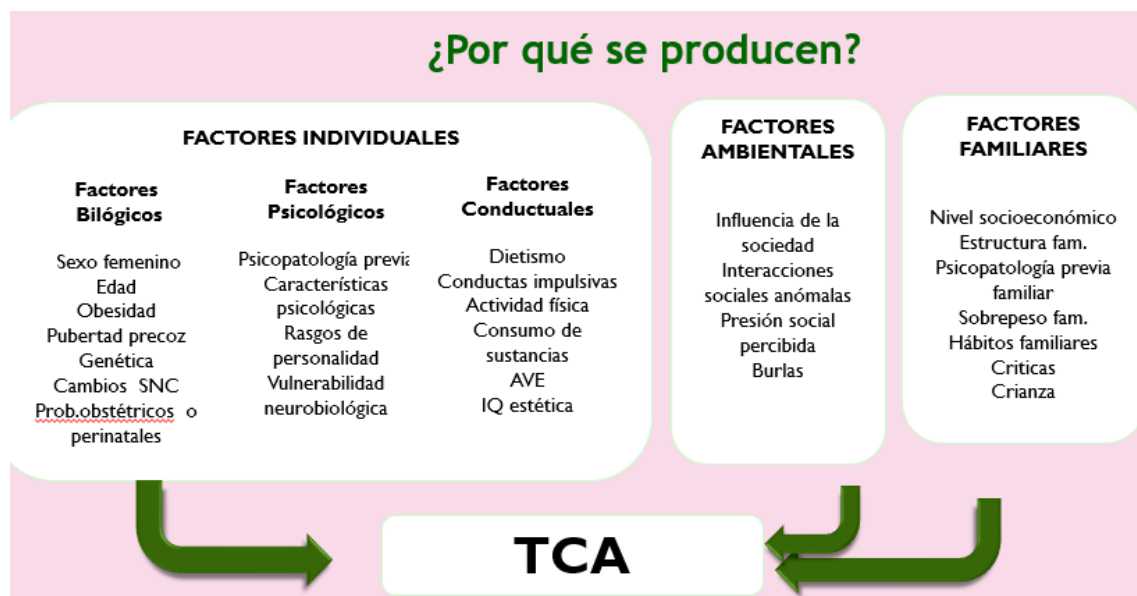
El entorno sociocultural descrito tradicionalmente en mujeres caucásicas occidentales, con predominio en clase social media alta y en las áreas urbanas. Sin embargo, las revisiones más recientes encuentran que afecta a personas de diversas localizaciones y nivel socioeconómico. En este contexto, nuestra sociedad, y la presión ejercida por los medios de comunicación imponen unos cánones y estereotipos de belleza que se perciben ligados al éxito social.





Factores familiares.

El contexto familiar juega un papel esencial no solo en el desarrollo, también en el mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Entre los factores de riesgo identificados encontramos modelos familiares sobreprotectores, rígidos y exigentes, o conflictivos y poco cohesionados, familias desestructuradas, antecedentes familiares de TCA o bien de otras patologías mentales como trastornos afectivos y sintomatología obsesivo-compulsiva (especialmente en las madres), dieta y/o conducta alimentaria atípica en la familia, preocupación por el peso y la imagen por parte de los padres, obesidad, hábitos alimentarios poco regulares durante la infancia, actividades que valoran excesivamente la delgadez y/o el peso.



13 Cap.5: Factores de riesgo en el desarrollo de los TCA



¿Cómo se interviene desde Atención Primaria?

Prevención primaria. Identificación de personas con riesgo. (antecedentes familiares, obesidad previa, vulnerabilidades sociales).

Para ello existen distintos cuestionarios específicos como el EAT (eating attitude test) o su versión para menores de 11 años chEAT. (Gandarillas A).

Pero una de las recomendaciones más extendidas por su fácil aplicación y su sensibilidad en la detección precoz de conductas alimentarias de riesgo es la entrevista dirigida junto con el “Test de cribado SCOFF”. (García Campayo J). Diseñada para población femenina a partir de 11 años. Es un cuestionario autoadministrado de 5 ítems con respuestas dicotómica (SI - NO). Cada respuesta afirmativa es valorada con un punto. El punto de corte propuesto para el cribado en la población general es igual o superior a 2 puntos.

	SI	NO
¿Tiene la sensación de estar enferma porque siente el estómago tan lleno que le resulta incómodo?		
¿Está preocupada porque siente que tiene que controlar cuanto come?		
¿Ha perdido recientemente más de 6Kgs en un periodo de tres meses?		
¿Cree que está gorda aunque otros digan que está demasiado delgada?		
¿Diría que la comida domina su vida?		
PUNTUACIÓN TOTAL		

14 Cap.5: Test de cribado SCOFF

Evaluación clínica desde Atención Primaria

- Exploración física con constantes vitales. (siempre)
- Medidas antropométricas. (En menores tablas de percentil en personas adultas IMC)
- Anamnesis mediante entrevista clínica menor y familia.



- Inicio y desarrollo del problema y desencadenantes, historia dietética y de peso, patrón menstrual, historia psicosocial y familiar.
- Analítica (bioquímica, hemograma, proteínas totales, marcadores de desnutrición (prealbumina baja), marcadores que orientan al vómito (amilasa elevada), hierro, perfil hormonas sexuales (bajo) y tiroideas.



15 Cap.5: Clínica de la AN



16 Cap.5: Clínica de la BN



Diagnóstico diferencial

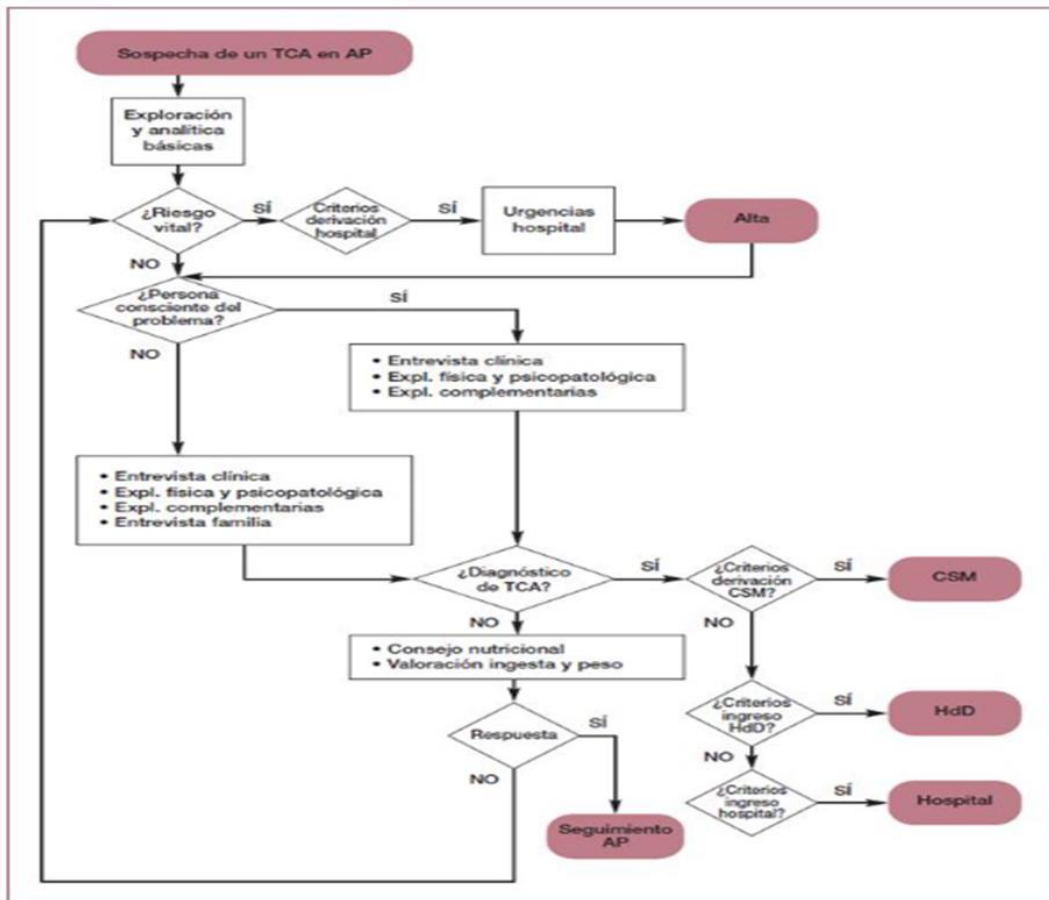
TRASTORNOS FÍSICOS CON ALTERACIONES DE PESO O PR. GASTROINTESTINALES:	OTROS TRASTORNOS MENTALES:
<ul style="list-style-type: none"> · Tumores del SNC. · Hipopituitarismo. · Diabetes mellitus. · Enfermedad de Addison . · Malabsorción intestinal. · Enfermedad de Crohn . · Enfermedad celíaca. · Úlcera gástrica. · Síndrome de arteria mesentérica superior. · Hipertiroidismo. 	<ul style="list-style-type: none"> · Depresión. · Comedores selectivos. · Comer emocional. · Trastornos de conversión (vómitos). · Esquizofrenia (rechazo a la comida - ideación delirante) · Trastorno obsesivo – compulsivo. · Trastorno dismórfico corporal.

17 Cap.5: Diagnóstico diferencial AN/BN





Algoritmo de intervención en Atención Primaria.



18 Cap.5: Algoritmo intervención Atención Primaria TCA



¿Cómo se interviene desde Atención Especializada?

El abordaje debe ser multimodal desde pediatras de primaria, endocrino, nutrición, enfermería y psicología/psiquiatría.

La selección del tratamiento dependerá de las características individuales del paciente y de su familia teniendo en cuenta la severidad.



19 Cap.5: TCA Objetivos del Tratamiento en AE

Manejo básico. Intervención nutricional y promoción de la salud.

Intervención médica / enfermería.

- Restablecer peso saludable (menstruación y desarrollo normal)
- Tratamiento de las complicaciones físicas.
- Farmacoterapia si precisa o en comorbilidades. (TOC, insomnio, ansiedad, depresión, TDAH).



Abordaje psicológico básico.

- Valorar motivación para el tratamiento.
- Trabajar la causa del problema. (traumas, problemas familiares, escolares).
- Corregir pensamientos, conductas, sentimientos distorsionados.
- Tratar trastornos mentales asociados.

Intervención familiar.

- Proveer soporte familiar y tratamiento.
- Psicoeducación del TCA, abordaje emocional, trabajar disfunciones familiares.
- Prevención de recaídas.

Intervenciones psicoterapéuticas especializadas.

Primera elección siempre la psicoterapia individual/ familiar. Tipos de terapia:

- La **terapia cognitivo conductual (TCC)** es la más estudiada y que la reportado mayor eficacia. Consiste en distintos enfoques de forma gradual.
 - o Psicoeducación.
 - o Entrenamiento en manejo conductual de las familias.
 - o Restructuración cognitiva de los síntomas y distorsiones.
 - o Exposición a la comida y el entrenamiento en técnicas de relajación.
 - o Entrenamiento en resolución de problemas.
- La **terapia interpersonal** análisis crítico de los factores relacionales trabaja vínculos, roles y duelos. Mejores resultados en combinación con TCC.
- La **terapia basada en la familia**. Ha demostrado su eficacia especialmente en AN.





Psicofarmacología.

La terapia farmacológica nunca se utiliza de primera elección sino en combinación con la psicoterapia.

Se debe iniciar tratamiento psicofarmacológico:

- Si se asocia a comorbilidad depresión, TOC, TDAH.
- No ha respondido a la psicoterapia intensiva en unidad especializada.
- Riesgo de suicidio.

¿Qué fármacos de elección?

- Ningún fármaco ha demostrado eficacia en tratamiento de AN.
- Para BN y TA los Antidepresivos ISRS (reevaluar a las 4 y 8 semanas.) El más estudiado es la flouxetina (aprobado FDA en BN >16) o la Sertralina.
- El topiramato ha demostrado ser efectivo disminuyendo la impulsividad y reducción de síntomas compulsivos en BN y TA.
- Si existe comorbilidad con TDAH (frecuente hasta el 20% de la BN y TA) utilizar atomoxetina o lisdexanfetamina.
- Hipnóticos y ansiolíticos solo de forma sintomática periodo corto de tiempo.

Intervenciones de enfermería

El tratamiento es siempre multidisciplinar: psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajador social, médico de familia/pediatra y endocrinos. Y tanto el tipo de trastorno de alimentación como la historia evolutiva y la situación clínica del paciente van a definir el plan terapéutico individualizado y específico para cada paciente, en el cual, enfermería va a estar integrada.





Vigilar síntomas y signos de riesgo:

En AN se van presentando a medida que avanza la pérdida de peso y la malnutrición, aunque podemos encontrarnos con independencia del nivel asistencial. Como alteraciones cardiovasculares (bradicardia, arritmias, hipotensión arterial), alteraciones gastrointestinales, renales, hematológicas (anemia, leucopenia, trombocitopenia, disminución de la VSG), cutáneas (lanugo generalizado y piel seca), alteraciones de la termorregulación (hipotermia, sensibilidad aumentada al frío), alteraciones metabólicas y endocrinas.

En la BN suelen aparecer de forma más progresiva y suelen ser mínimos y relacionadas con las conductas purgativas. Entre los síntomas destacan: fatiga, debilidad, náuseas, sensación de plenitud abdominal, molestias epigástricas, hemorragias intestinales leves o moderadas como consecuencia de los vómitos. Los signos suelen estar relacionados con los vómitos autoprovocados y son: callosidades en los nudillos de las manos, hipertrofia parotídea, alteraciones del esmalte dental, esofagitis, rotura esofágica y prolapso de la válvula mitral. Entre las alteraciones bioquímicas: alteraciones electrolíticas agudas que se derivan de los vómitos o el uso excesivo de laxantes, alcalosis metabólica hipoclorémica.

Plan terapéutico en Anorexia Nerviosa:

Registrar constantes vitales: FC y TA; y somatometría: talla, peso e IMC, aplicadas a las tablas de crecimiento, independientemente del nivel asistencial. También puede ser necesaria la realización de analítica sanguínea y de un ECG.

Otra parte de la intervención en la consulta de enfermería irá orientada a la psicoeducación, y a la terapia de reeducación nutricional dirigida tanto a la paciente como a los padres o cuidadores principales.

Conviene tener en cuenta que muchas de las pacientes precisan suplementos nutricionales siendo la gestión de dicho tratamiento realizado en las consultas de enfermería.

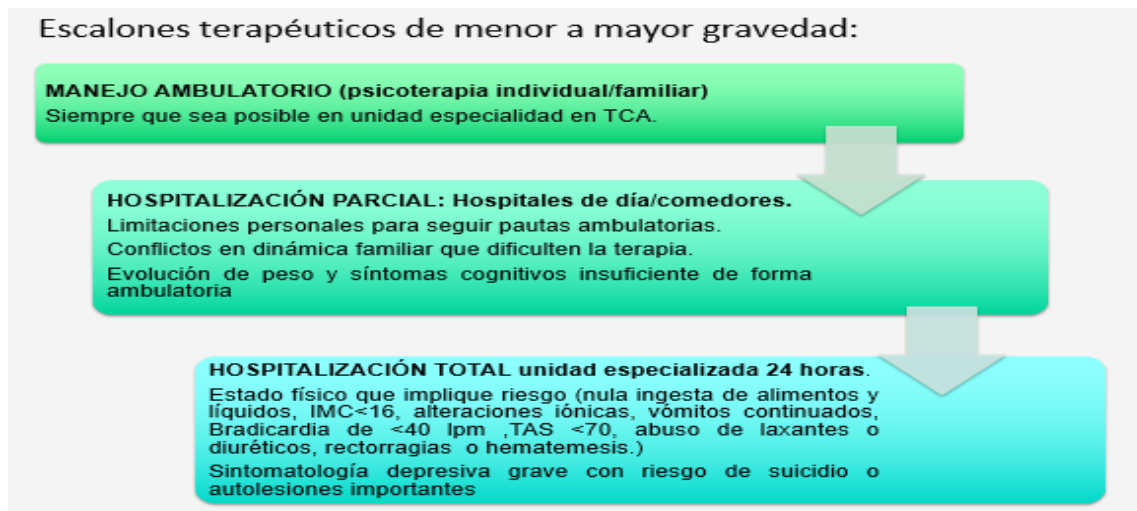




Plan terapéutico en Bulimia Nerviosa:

Registrar constantes vitales: FC y TA; y somatometría: talla, peso e IMC.

La parte de la intervención en la consulta de enfermería va dirigida de nuevo a la psicoeducación y a la re-educación dirigida tanto al paciente como a los padres, como en el caso de la AN.



20 Cap.5: TCA: escalones de tratamiento en función de la gravedad



¿Qué es importante recordar?

- ▶ Las categorías diagnósticas actuales incluyen trastorno de evitación/restricción, trastorno de rumiación, pica y las clásicas son AN, BN, TA y TCANE.
- ▶ Enfermedades muy prevalentes (5%) en adolescentes mayoritariamente mujeres.
- ▶ Elevada morbilidad y mortalidad, y alto riesgo de cronificarse.
- ▶ Genera gran disfunción en distintas áreas: física, emocional, social, familiar.
- ▶ El enfermedades multifactoriales y multicausales. (Individuales, ambientales y familiares)
- ▶ El tratamiento es multimodal en una unidad especializada.
 - Médico/enfermero: Soporte nutricional, alteraciones físicas.
 - Psicoterapia de elección es la TCC. Implicando a la familia y al paciente.
 - Farmacológico: en una segunda línea, ninguno para AN, para BN y TA considerar ISRS (fluoxetina).
 - Las modalidades de tratamiento: ambulatorio, hospital de día u hospitalización total en función de la gravedad.
- ▶ Los casos graves requieren ingreso:
- ▶ Estado físico que implique riesgo:
 - Nula ingesta de alimentos y líquidos.
 - IMC<16, alteraciones iónicas.
 - Bradicardia de <40 lpm, TAS <70 mmHg
 - Vómitos continuados, abuso de laxantes o diuréticos, rectorragias o hematemesis.
- ▶ Sintomatología depresiva grave con riesgo de suicidio o autolesiones importantes.





¿Quieres saber más?

. Extraído de la Guía de práctica clínica.
www.guiasalud.es/egpc/conducta_alimentaria-

Bibliografía

- Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. Lancet. 2003; 361(9355):407-416.
- Fairburn CG, Cooper Z. Thinking afresh about the classification of eating disorders. Int J Eat Disord. 2007; 40 (S3): S107-10
- Ruiz-Lazaro PM, Comet MP, Calvo AI, et al. Prevalence of eating disorders in early adolescent students. Actas Esp Psiquiatr. 2010;38(4):204-211.
- Organización Mundial de la Salud. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Méditor; 1992.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
- Gómez JA, Gaité L, Gómez E, et al. Guía de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso. Santander: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria; 2009.
- Gandarillas A, Muñoz P, Sepúlveda AR, Galán I, León C, et al. Validez del Eating Attitudes test (EAT-26) para cribado de trastornos del comportamiento alimentario. Gac Sanit. 2002;1:40-2
- Garcia-Campayo J, Sanz-Carrillo C, et al. Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. J Psychosom Res. 2005; 59(2): 51-5.





Desarrollo Psicosexual

Autores:

María Ruiz Torres.

Roberto Oliver Arias.



¿DE QUÉ HABLAMOS?	138
<i>Etapas del desarrollo psicosexual</i>	138
¿QUÉ COMPORTAMIENTOS SEXUALES SON COMUNES EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA?	140
AUTOEXPLORACIÓN Y MASTURBACIÓN EN LA INFANCIA.....	142
<i>¿Qué actitud debemos adoptar ante la masturbación?</i>	143
<i>¿Cuándo derivar a atención especializada?</i>	144
DISFORIA DE GÉNERO.	145
<i>¿Con qué frecuencia aparece?</i>	145
<i>¿Cómo se diagnostica?</i>	145
<i>¿Cómo se trata?</i>	147
Intervención desde atención primaria	147
Intervención desde atención especializada.....	148
¿QUIERES SABER MÁS?	150
<i>Bibliografía</i>	150



¿De qué hablamos?

El desarrollo sexual del niño/a comienza desde su nacimiento y no incluye únicamente los cambios que ocurren con el crecimiento y el desarrollo físicos, sino también otros aspectos relacionados con el desarrollo cognitivo y emocional, así como los conocimientos, actitudes, creencias y comportamientos sexuales que los niños/as van demostrando y que están influenciados tanto por la edad del niño/a como por las creencias del contexto en que se desarrollan.

Etapas del desarrollo psicosexual

<p>3 años</p>	<p>Desarrollo sensoriomotor: Sensaciones corporales, reacciones fisiológicas, sensualidad, placer.</p> <p>Habilidades de comunicación: Fase prelingüística y aparición del lenguaje.</p> <p>Socialización: Atracción por los estímulos humanos (voz, rostro, contacto); Diferenciación entre conocidos y extraños. Interacción con las figuras de apego: vinculación afectiva. Influencia en el posterior desarrollo de la vivencia afectivo – sexual.</p>
<p>3-6 años</p>	<p>Adquisición de competencias motoras, cognitivas y lingüísticas. Incremento de la autonomía, la comprensión y la comunicación.</p> <p>Mayor nivel de exigencias sociales en la regulación conductual y cumplimiento de normas (por ejemplo, aprendizaje del control de esfínteres).</p> <p>Relaciones afectivas: No exclusividad de la figura de apego, experiencia de compartir afectos, celos y rivalidad.</p> <p>Descubrimiento de diferencias anatómicas sexuales: Interés por los genitales y actividades de exploración de su cuerpo y el de los otros (autoestimulación, juegos sexuales, etc.).</p> <p>Desarrollo de la identidad sexual y el rol de género: Pertenencia a un sexo determinado. Visión estereotipada relacionada con atributos y características externas.</p> <p>Interés y curiosidad intelectual: Primeras teorías sexuales infantiles sobre el origen y nacimiento de los niños/as.</p>
<p>6-12 años</p>	<p>Adquisición de capacidades instrumentales y desarrollo cognitivo: Capacidad de manejo de la realidad concreta y pensamiento lógico. Interés por la información sexual.</p> <p>Consolidación de la identidad sexual e inicio de la relativización de los roles de género.</p> <p>Interiorización de la moral sexual: Regulación de su conducta, aprendizaje por observación de modelos.</p> <p>Mantenimiento de juegos de matiz sexual: Búsqueda de sensaciones placenteras, imitación de las personas adultas, ocultación.</p> <p>Prepubertad: Inicio de los primeros cambios puberales.</p>





<p>12-16 años</p>	<p>Capacidades formales de razonamiento abstracto: Manifestaciones del pensamiento hipotético – deductivo.</p> <p>Desarrollo puberal: Crecimiento físico, cambios corporales, madurez de los órganos genitales.</p> <p>Preocupación por la propia imagen: Reafirmación de la identidad sexual, relativización más amplia y flexible de los contenidos de la identidad de género.</p> <p>Distanciamiento progresivo de la familia y personas adultas en general. Influencia decisiva del grupo de iguales. Tendencia a mantener la separación por sexos para pasar hacia el final del periodo a grupos mixtos y/o formación de las primeras parejas.</p> <p>Interés desplazado hacia la propia sexualidad. Reacciones y sentimientos contradictorios de curiosidad, extrañeza, inadecuación, miedo...</p> <p>Experiencia sexual: besos, caricias, masturbación, primeras relaciones sexuales.</p>
--------------------------	--



¿Qué comportamientos sexuales son comunes en la infancia y la adolescencia?

En la edad preescolar aún no han adquirido el concepto de intimidad por lo que con frecuencia pueden exhibir abiertamente ante los demás su interés y curiosidad acerca del cuerpo propio y de los demás. En estas edades son frecuentes comportamientos como los siguientes:

- Explorar y tocarse los genitales sin diferenciar si están en público o en privado.
- Tocarse y frotarse los genitales con las manos u otros objetos.
- Mostrar preferencia por permanecer desnudo.
- Enseñar los genitales a otras personas.
- Mostrar interés y curiosidad por observar el cuerpo desnudo de otras personas.
- Mostrar curiosidad y realizar preguntas acerca de su propio cuerpo y el de los demás y sobre las funciones corporales.

A medida que van creciendo, se relacionan más con otros niños/as (aproximadamente entre los 4 y 6 años de edad), y empiezan a tomar conciencia de las diferencias entre niños y niñas y se vuelven más sociables en su exploración. Además de explorar sus cuerpos, tocando o frotando sus genitales, es posible que empiecen a imitar comportamientos adultos típicos de relaciones de pareja e iniciar juegos de exploración con otros niños/as. Tocarse los genitales con el fin de producir sensaciones agradables (masturbación), pudiendo hacerlo en público, sin tener en cuenta ni dar importancia a la presencia de otras personas. En estas edades es habitual:

- Mostrar interés y curiosidad por observar el cuerpo desnudo de otras personas.
- Interesarse e imitar comportamientos típicos de relaciones de pareja (cogerse la mano, besarse en la boca...).
- Mostrar interés, preguntar y hablar sobre los genitales.
- Explorar los genitales con los iguales (“te enseñe el mío si tú me enseñas el tuyo...”, etc.).

Aproximadamente entre los 7 y los 12 años de edad, van aumentando su conciencia de las reglas sociales, lo que les hace mostrarse más pudorosos y exigir,





especialmente ante las personas adultas, mayor privacidad. En esta etapa, y especialmente cuando se acerca la pubertad, aumentan el interés y la curiosidad por el comportamiento sexual adulto y pueden empezar a buscar contenido sexual en los medios de comunicación, así como empezar a demostrar interés sexual y romántico en otros. En esta etapa son habituales comportamientos como:

- Tocarse los genitales con el fin de producir sensaciones placenteras (masturbación), habitualmente en privado.
- Jugar con sus iguales a juegos que involucran comportamientos típicos de pareja y comportamientos sexuales (“juego de la botella”, “verdad o consecuencia”, “jugar a la familia”, jugar al “novio/novia”).
- Mostrar curiosidad por el cuerpo de los demás y por el sexo: tratar de observar a otras personas cuando están desnudas o desvistiéndose, mirar imágenes de personas desnudas o semidesnudas, ver o escuchar material de contenido sexual, etc.
- Reclamar mayor privacidad y mostrar pudor. No querer desvestirse o permanecer desnudo delante de otras personas, etc.).
- Empezar a sentir atracción sexual e interés hacia otros niños o niñas de su edad.



Autoexploración y masturbación en la infancia.

Desde bien pequeños, los bebés se tocan los genitales, al igual que tocan otras partes de su cuerpo como el ombligo o los pies, formando parte de un proceso natural de exploración y descubrimiento. Los niños/as necesitan mirarse y tocarse para conocer su cuerpo y descubrir su esquema corporal, delimitando dónde empieza y dónde acaba su propio cuerpo, lo que les ayuda a reconocer y comprender el mundo que les rodea.

En la primera infancia, la autoexploración se extiende por igual a todo el cuerpo y tocarse los genitales es tan sólo un modo más de descubrirlo y explorarlo. Sin embargo, pronto descubren que acariciando esta parte de su cuerpo sienten algo diferente que les genera sensaciones placenteras. La curiosidad y el interés que muestran por explorarlos, conocerlos y experimentar con los genitales sensaciones agradables y placenteras, son exactamente eso y no otra cosa. No se trata de una práctica negativa o inapropiada para su edad y, por tanto, no hay que intentar favorecerla ni tampoco reprimirla, cada niño y cada niña irá descubriendo y sus modos y ritmos. Se trata de un proceso natural y único en casa uno.

Hacia los 2 años, es muy frecuente ver a los niños agarrar su pene o a las niñas tocarse la vulva, pero eso no significa que se masturben. En edades muy tempranas, para obtener placer, los niños frotan sus muslos uno contra otro con movimientos rítmicos de las caderas. Cuando están boca abajo, ejercen presión con las manos o las rodillas. También pueden usar un muñeco. La manipulación rítmica de los genitales con la mano no suele verse antes de los dos años y medio. A medida que crecen, el interés por las sensaciones placenteras que derivan de su conducta puede aumentar. Con siete u ocho años ya tiene una ligera idea de las connotaciones sexuales del acto y de su carácter de privacidad, lo que puede acrecentar su curiosidad. No obstante, a esta edad tan normal es masturbarse como no hacerlo.

La masturbación puede tener diferentes funciones, a parte de la propiamente erótica. En muchos casos se trata tan solo del descubrimiento que chicos y chicas hacen de sus cuerpos a través de la exploración y la experimentación. A veces no es más que una manera de pasar el rato en una tarde aburrida en la que no se tienen ganas de hacer nada. La masturbación también es en ocasiones una forma de aliviar tensiones o liberar estrés.





A menudo, los padres se preguntan cuándo sus hijos, especialmente si son pequeños, dejarán de masturbarse. Como ocurre con cualquier otro comportamiento del que se derivan consecuencias positivas, si el niño/a consigue placer masturbándose, lo esperable no es que deje de hacerlo. En lugar de castigar o tratar de evitar que este comportamiento ocurra, conviene reconducirlo para que se lleve a cabo en privado, en la intimidad de su habitación.

En la adolescencia, la masturbación es compartida por casi todos los jóvenes y está ligada a los cambios hormonales y el despertar del deseo sexual. Es parte de su desarrollo normal como persona.

¿Qué actitud debemos adoptar ante la masturbación?

Masturbarse es algo normal y natural. La Asociación Española de Pediatría indica que hasta un tercio de los niños/as en edad preescolar se masturba mientras explora su cuerpo. Enfadarse ante tal situación sólo creará confusión. Si el niño/a es acusado por ello o percibe en sus padres desaprobación, puede generarse ansiedad y una visión negativa del cuerpo y del sexo. El tema debe tratarse con naturalidad ya que se trata de algo natural.

Es importante introducir el concepto de intimidad y de respeto tanto de los demás hacia el niño/a como del niño/a hacia los demás. Aunque masturbarse sea una conducta natural, deben aprender que eso no es algo que uno puede hacer en cualquier lugar o situación, ya supondría una falta de respeto hacia las demás personas que conviven con él. Al mismo tiempo, igual que se le exige respeto hacia los demás, las personas adultas deben mostrar también consideración y respeto hacia la privacidad de su hijo.

Ante preguntas de contenido sexual, es importante no tratar de evitarlas, ignorarlas o incluso mostrar ante ellas una actitud de enfado o rechazo. Lo mejor es abordar estas cuestiones adaptando las respuestas a la edad y nivel de comprensión, sin estigmatizar el sexo, pero explicándole al mismo tiempo que determinadas conductas sólo las pueden realizar las personas adultas.





¿Cuándo derivar a atención especializada?

Cuando masturbarse se convierte en un comportamiento excesivamente frecuente, que se repite varias veces al día, o que llega a provocar irritación o lesiones en el pene o en la vulva, etc.; entonces sí podemos hablar de una conducta inapropiada. En estos casos suele tratarse de una manera de aliviar tensiones y tendremos que tratar de averiguar cuáles son los motivos que le generan esa angustia para ayudarle a superarlos. En estos casos, puede resultar adecuada la derivación a la atención especializada.



Disforia de género.

¿Con qué frecuencia aparece?

Las cifras de prevalencia reportadas por los diferentes estudios varían desde 1:11.900 a 1:45.000 para transfemeninas (hombre a-mujer) y 1:30.400 a 1:200.000 para transmasculinos (mujer a hombre).

¿Cómo se diagnostica?

A la hora de llevar a cabo el diagnóstico, especialmente en el caso de niños, niñas y adolescentes, es necesario tener en cuenta que no existe prueba médica objetiva que pueda determinar la transexualidad y que ésta debe identificarse a partir de la escucha activa del relato de la persona expresando su propia identidad sexual. Por lo tanto, es fundamental asegurar que el relato es auténtico y no condicionado por agentes externos (socio-familiares) o internos (psicopatología).

Los cambios efectuados en la última edición del DSM no se limitan al nombre del diagnóstico, sino que también afectan a la ubicación del trastorno dentro del manual, a los criterios diagnósticos y a los especificadores. En cuanto a la ubicación, es de destacar que la “disforia de género” forma una nueva clase diagnóstica dentro del DSM-5, por lo que ha sido separada de las “disfunciones sexuales y las parafilias.

En relación a los criterios diagnósticos, se ha decidido tratar de forma separada la disforia infantil de la disforia durante la adolescencia y la vida adulta.

Los criterios diagnósticos establecidos para la **disforia infantil** son los siguientes:

Criterio A: Marcada incongruencia entre el género experimentado y el género asignado de, al menos, 6 meses de duración, como se manifiesta por al menos 6 de los siguientes síntomas (uno de los cuales debe ser el número 1):

- Deseos repetidos de ser, o insistencia en que uno es, del otro sexo.
- En niños, preferencia por el transvestismo o por simular vestimenta femenina; en niñas, insistencia en llevar puesta solamente ropa masculina.





- Preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo.
- Preferencias marcadas por los juguetes, juegos y actividades del otro sexo.
- Preferencias marcadas por compañeros de juego del otro sexo.
- En los niños, un fuerte rechazo y evitación de los juguetes, juegos y actividades, típicamente masculinos; en las niñas, fuerte rechazo y evitación de los juguetes, juegos y actividades típicamente femeninos.
- Fuerte rechazo de la propia anatomía sexual.
- Fuerte deseo de las características sexuales primarias y/o secundarias que responden con su experiencia de género.

Criterio B: Malestar clínicamente significativo o deterioro social, escolar, o de otras áreas importantes de la vida del individuo.

En el caso de **adolescentes**, los criterios diagnósticos son exactamente los mismos que, para las personas adultas, y son los siguientes:

Criterio A: Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de dos de las características siguientes:

- Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y sus caracteres sexuales primarios o secundarios (o en adolescentes jóvenes, los caracteres sexuales secundarios previstos).
- Un fuerte deseo por desprenderse de los caracteres sexuales propios primarios o secundarios, a causa de una marcada incongruencia con el sexo que se siente o expresa (o en adolescentes jóvenes, un deseo de impedir el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios previstos).
- Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo opuesto.
- Un fuerte deseo de ser del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
- Un fuerte deseo de ser tratado como del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).





- Una fuerte convicción de que uno tiene los sentimientos y reacciones típicos del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).

Criterio B: El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a un deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

En cuanto a los subtipos y especificadores, se han eliminado los incluidos en el DSM-IV que hacía referencia a la edad y orientación sexual y se ha establecido la necesidad de especificar si el diagnóstico coexiste con un “trastorno del desarrollo sexual” y se añade el subtipo “post transición” para determinar si la persona ya vive a tiempo completo en el género deseado y ha iniciado alguna terapia de modificación corporal.

¿Cómo se trata?

Intervención desde atención primaria

Los profesionales de atención primaria (pediatría, enfermería y trabajo social) como base del sistema sanitario público, tienen un peso fundamental en la atención a los niños, niñas y adolescentes transexuales. La principal labor en este ámbito consiste en el apoyo, el acompañamiento y la orientación de estas personas y sus familias. Para ello, los profesionales sanitarios deberán seguir las siguientes pautas:

- Ayudar a las familias a tener una respuesta acogedora y educativa a las preocupaciones de su niño, niña o adolescente transexual. Las familias juegan un papel muy importante en la salud psicológica y el bienestar del o de la joven.
- Educar y abogar en favor de los niños, niñas y adolescentes transgénero y sus familias en su comunidad (por ejemplo, guarderías, escuelas, campamentos u otras organizaciones).
- No deben imponer una visión binaria del género.
- Deben apoyar a las personas usuarias de servicios y sus familias como educadores y defensores en sus interacciones con miembros de la comunidad y autoridades como profesores/as, juntas escolares, y los tribunales.
- Deberían esforzarse por mantener una relación terapéutica con niños/niñas/adolescentes con variabilidad de género y sus familias en el trascurso de posibles cambios sociales o intervenciones físicas posteriores. El mismo razonamiento se aplica si un niño, niña o adolescente ya ha cambiado





socialmente el rol de género antes de ser visto por un profesional de salud mental.

- Proporcionar a los niños, niñas, jóvenes y sus familias información y referencias para ayuda entre pares, tales como grupos de apoyo para padres y madres de niños y niñas transgénero.

Intervención desde atención especializada

Dentro del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla se ha constituido un Equipo Multidisciplinar de Atención a las Personas Transexuales en el HUMV desde donde se facilita:

- Atención psicosexual, en los casos en que sea demandada, en el Centro de Salud Sexual y Reproductiva (CSSR) La Cagiga.
- Atención endocrinológica pediátrica y de adultos.
- Cirugía de baja complejidad: mastectomía, histerectomía, anexectomía, orquiectomía y mamoplastia.
- Acceso a técnicas de reproducción humana asistida y la posibilidad de preservación de tejido gonadal y células reproductivas para su posible uso en el futuro.
- Atención ginecológica.
- Atención urológica.
- Aquellos casos que presenten alguna psicopatología serán derivados, si así se considera necesario, a la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil (USMIJ) correspondiente.

Siguiendo las directrices de la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH), el papel de los profesionales de la salud mental que trabajan con niños, niñas y adolescentes transgénero puede incluir:

- Evaluar la transexualidad en niños, niñas y adolescentes.
- Proporcionar asesoría familiar y psicoterapia de apoyo para ayudar a niños, niñas y adolescentes con la exploración de su identidad de género, aliviando la





angustia relacionada con su disforia de género y disminuyendo cualquier otra dificultad psicosocial.

- Evaluar y tratar las preocupaciones de salud mental coexistentes de los niños, niñas o adolescentes (o derivar a otro profesional de la salud mental para su tratamiento).
- Derivar a adolescentes para otras intervenciones físicas (como hormonas de supresión de la pubertad).
- La psicoterapia debe centrarse en la reducción de la angustia del niño, niña o adolescente relacionada con la disforia de género y en disminuir cualquier otra dificultad psicosocial. El tratamiento dirigido a tratar de cambiar la identidad y expresión de género de una persona para que sea más congruente con el sexo asignado al nacer ha sido intentado en el pasado sin éxito. Dicho tratamiento no es considerado ético.
- Las familias deben recibir apoyo en la gestión de la incertidumbre y la ansiedad acerca de las perspectivas psicosexuales futuras de hijo o hija, y en ayudar a los jóvenes a desarrollar un autoconcepto positivo.
- Las personas usuarias de servicios y sus familias deben recibir apoyo en la toma de decisiones difíciles con respecto al grado en el que a las mismas se les permite expresar un rol de género que sea coherente con su identidad de género, así como en el momento de los cambios en el rol de género y posible transición social. Las cuestiones difíciles son acerca de si es necesario y en caso afirmativo cuándo informar a los y las demás de la situación de la persona usuaria de servicios, y cómo otras personas en sus vidas responderán.
- Proporcionar a los niños, niñas, jóvenes y sus familias información y referencias para ayuda entre pares, tales como grupos de apoyo para padres y madres de niños y niñas transgénero.





¿Quieres saber más?

Protocolo de atención a las personas transexuales en el SCS:

<http://cantabria.es/documents/2162705/2529917/Atenci%C3%B3n+a+Personas+Transexuales/e5128888-3d8f-8c12-0eed-6ab95f24a3cd>

Bibliografía


- Bibliografía Educación Sexual: Algunos textos interesantes.
- Amezua E. Teoría de los sexos: la letra pequeña de la sexología. Rev Esp Sexol. 1999 ; 95 – 96.
- Amezua E. Educación de los Sexos: la letra pequeña de la Educación Sexual. Rev Esp Sexol. 2001; 107 – 108
- Asociación estatal de profesionales de la sexología. Decálogo de la Educación Sexual. Anuario de Sexología. 1994; 0: 87 – 88
- Buss DM. La Evolución del Deseo. Alianza Editorial; 2004
- De Bejar Gonzalez S. Tu sexo es tuyo. Plaza & Janes Editoriales; 2001
- Claëson BH. Información Sexual para niños. Salamanca: Lóguez Ediciones; 1984
- Colectivo Harimaguada. Carpeta didáctica de Educación Afectivo-Sexual: Educación Secundaria. Consejería de Educación, Cultura y Deportes, Gobierno de Canarias. 1994
- Comfort A. The joy of sex. Guía Ilustrada del Amor. Grijalbo; 1981
- De la Cruz C. Guía para trabajar en el tiempo libre la Diversidad de la Orientación Sexual. Consejo de la Juventud de España; 2001
- De la Cruz C. Situaciones embarazosas: claves para situarse y prevenir los embarazos no deseados. Consejo de la Juventud de España; 2002
- Garcia JL. Guía práctica de Información Sexual para el Educador. Edutest; 1984
- De la Cruz C. Educación de las sexualidades; los puntos de partida de la Educación Sexual. Madrid. Guía de Orientación, Cruz Roja Juventud; 2003





- Loizaga F. Nuevas Técnicas didácticas en educación sexual. Editorial McGraw-Hill Interamericana de España; 2008
- López F. Para comprender la Sexualidad. Editorial Verbo Divino; 1989.
- López F. Educación Sexual de Adolescentes y Jóvenes. Editorial Siglo XXI; 1995
- Mayle P. ¿De donde venimos? Editorial Grijalbo; 1974
- Niedo J. Transversales, Educación para la Salud. Educación sexual. M.E.C.; 1992
- Serfey MJ. Naturaleza y Evolución de la Sexualidad Femenina. Editorial Barral; 1977
- Pérez San-José P, et al. Guía sobre adolescencia y sexting: qué es y cómo prevenirlo. Madrid: Instituto Nacional de Tecnologías de la Comunicación (INTECO): Pantallas Amigas; 2011
- Hernández Morales G, Jaramillo Guijarro C. La educación sexual en la primera infancia. Guía para madres, padres y profesorado de Educación Infantil. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte; 2003
- Lopez F. La educación sexual de los hijos. Ediciones Pirámide; 2009
- Berdún L. En tu casa o en la mía. Todo lo que los jóvenes quieren saber para un sexo sin duda. Aguilar; 2000
- Moreno C, et al. Factores Psicológicos de la infertilidad. Editorial Sanz y Torres; 2000





Trastornos de la eliminación. Enuresis y encopresis

Autoras:

María Teresa Becerril Ruiz.

Susana Samaniego Peña.



¿DE QUÉ HABLAMOS?	154
¿QUÉ SON?	156
LA ENURESIS.	157
¿Qué es?	157
¿Con qué frecuencia aparece?	158
¿Por qué se produce?.....	158
¿Cómo se diagnostica?.....	159
¿Cómo se interviene?	161
Entrenamiento en retención voluntaria.....	163
Entrenamiento en cama seca	164
Tratamiento farmacológico	166
¿Qué podemos hacer para prevenir?.....	167
¿Cuándo derivar a Atención Especializada?	168
¿Cómo cursa?.....	168
LA ENCOPRESIS.	169
¿Qué es?	169
¿Con qué frecuencia aparece?	169
¿Por qué se produce?.....	170
¿Cómo se diagnostica?.....	170
¿Cómo se interviene?	172
Intervención Psicológica.	174
La Intervención con el niño/a busca el control del hábito de la defecación:.....	174
Tratamiento Farmacológico.	175
¿Cuándo derivar a Atención Especializada?	175
¿Cómo cursa?.....	176
¿QUÉ ES IMPORTANTE RECORDAR?	177
ANEXOS.....	178
¿QUIERES SABER MÁS?	186
<i>Bibliografía y documentos de interés.....</i>	186





¿De qué hablamos?

Uno de los hitos importantes en el desarrollo evolutivo del niño/a es sin duda el control de los esfínteres, El control de los esfínteres se adquiere en base a un proceso de desarrollo fisiológico que se inicia a partir de los dos años de edad y que hace referencia al control de la orina y de las heces. La adquisición del control de los esfínteres tiene un significado especial en el desarrollo ya que además de concedérsele gran importancia social, está muy relacionado con la adquisición de otras autonomías como el vestirse, asearse, dormir solo... En definitiva podemos decir que con la retirada del pañal comienza una nueva etapa en el proceso de “hacerse mayor”.

Generalmente las familias empezar este proceso retirando el pañal primero por el día durante periodos de buen tiempo y en el caso de los niños/as que van a guardería con el apoyo de los profesionales de las mismas. Suele ser un proceso bastante rápido que se inicia sobre los dos años, dos años y medio y que puede durar unos dos o tres meses. Una vez conseguida la adquisición de esfínteres por el día se suele retirar el pañal por las noches, preferiblemente una vez que el niño/a haya pasado alguna noche seco espontáneamente. En la adquisición de este control nocturno se observa más variabilidad entre los niños/as, algunos lo adquieren casi de manera simultánea al control diurno y otros pueden tardar bastante más tiempo.

Hacia los cinco años la mayoría han superado esta etapa del desarrollo, es en los casos en que este control no se adquiere dentro del rango normativo de edad cuando hay que valorar la posibilidad de que el niño/a presente un trastorno de la eliminación de la orina, las heces, o ambas. Hay que tener en cuenta que no todos los niños/as que tienen dificultades para controlar la micción y/o la defecación van a tener un trastorno de la eliminación, ya que estas pueden deberse a algún tipo de problema médico, por lo que siempre es necesario realizar primero una exploración física adecuada.

Los trastornos de la de eliminación hacen por tanto referencia a un fracaso en la adquisición del control de los esfínteres y se clasifican dentro del grupo de trastornos psiquiátricos vinculados al desarrollo. Todas las clasificaciones coinciden en dividir estos trastornos en Enuresis y Encopresis. Hablamos de enuresis cuando se trata de incontinencia urinaria y de encopresis cuando la afectación se refiere a la evacuación de heces. Como ya hemos referido, en ambos casos es necesario descartar un origen orgánico u enfermedad médica que explique dichas dificultades antes de establecer un diagnóstico psicopatológico.





En general se considera que la etiología de estos trastornos es multifactorial, si bien veremos como el peso de los factores implicados (desarrollo evolutivo del niño/a, emocionales, familiares) pueden tener diferente peso.

En cuanto a la prevalencia de estos trastornos, claramente la enuresis se da con más frecuencia que la encopresis, con prevalencias aproximadas del 10% y el 1%, respectivamente.

Por último, adelantar que el tratamiento de los trastornos de la eliminación, salvo excepciones, se puede decir que el pronóstico suele ser favorable. Como veremos, el trastorno de la eliminación para el que se disponen los tratamientos más estructurados es la enuresis nocturna primaria, que es también el cuadro clínico más frecuente. Todos los tratamientos para este trastorno se encaminan a alterar el patrón de sueño del niño/a (generalmente especialmente profundo) combinado o no con estrategias dirigidas a incrementar la capacidad de retención de orina de la vejiga (suelen ser niños/as que orinan muchas veces durante el día), siendo el sistema de alarma el tratamiento de elección por su eficacia a corto y largo plazo. En lo que se refiere a la encopresis, el tratamiento es diferente según la modalidad de encopresis. El tipo de encopresis más frecuente es la retentiva en la que la incontinencia suele asociarse a estreñimiento y se produce por desbordamiento. Las intervenciones psicológicas en estos cuadros giran en torno a programas de reforzamiento y entrenamiento conductual.





¿Qué son?

Como ya hemos descrito los “trastornos de la eliminación” también llamados “trastornos de la excreción o trastornos del control de los esfínteres se definen como un tipo de alteración muy vinculada al desarrollo evolutivo en la niñez y que alude al fracaso en la adquisición y/o control adecuado de la micción (enuresis) y/o la defecación (encopresis). Ambos cuadros clínicos son entidades diagnósticas diferenciadas y como tal los describiremos por separado, pero también comparten puntos en común. De hecho, los diferentes cuadros clínicos se determinan en base a la combinación de los tres criterios que vemos a continuación:

- Según si afectan al control de la orina o de las heces: ENURESIS / ENCOPRESIS. La enuresis afecta al control de la micción y la encopresis al control de la defecación.

- Según el momento de aparición: PRIMARIO / SECUNDARIO o adquirido. La enuresis o encopresis se considera primaria cuando ocurre desde el nacimiento y secundaria cuando aparece tras un periodo de control de al menos un año. A modo general podemos decir que cuando los trastornos de la eliminación son primarios suelen estar ligados a aspectos del desarrollo evolutivo y físico de los niños/as. Los trastornos secundarios pueden ocurrir tras algún episodio estresante desencadenante y suelen tener un componente emocional asociado.

Es importante realizar esta diferenciación de cara al tratamiento ya que cuando los cuadros son secundarios hay que identificar los factores asociados y si el cuadro ocurre en el contexto de otro trastorno psicopatológico como una celotipia un trastorno adaptativo o un trastorno de conducta oposicionista desafiante. En estos casos el problema de eliminación debe ser considerado como un síntoma y hay que centrar el tratamiento en el trastorno subyacente.

- Según el momento del día en que ocurre el trastorno: DIURNO/ NOCTURNO / MIXTO.

La encopresis rara vez, por no decir que nunca, aparece por la noche. La enuresis si puede aparecer en cualquiera de estas tres modalidades: solo por el día, solo por la noche o tanto por el día como por la noche.





La Enuresis.

¿Qué es?

Las primeras definiciones científicas de la enuresis datan de los años 50, un ejemplo es la que aparece en el Diccionario clásico de Psicología de Friedrich Dorsch:

Enuresis”(gr, en-ourein, orinar) : Micción involuntaria, especialmente en la cama. Deben distinguirse:

1) *Enuresis diurna, incapacidad de retener la orina estando despierto el individuo. Se observa en niños pequeños, neurastenia sexual, parálisis de la vejiga, ciertas enfermedades del cerebro y la médula.*

2) *Enuresis nocturna, durante el sueño, particularmente en los niños con síntomas de perturbación psíquica (labilidad emocional, testarudez, traumatismos emocionales generadores de miedo, etc.); también en enfermedades mentales, epilepsia, situación de desamparo...”*

El avance en el conocimiento científico ha modificado la concepción de la enuresis. Según las clasificaciones al uso (DSM-5 y CIE.10) la enuresis es un trastorno de la eliminación (o excreción) y se define como:

“la emisión involuntaria o voluntaria (la CIE-10 excluye la voluntariedad) de orina sobre la ropa o la cama, que se produce a una edad en la que se espera que haya continencia, alrededor de los 5 años, y sin que concurren enfermedades o causas físicas que lo justifiquen.

La diferencia fundamental con la descripción clásica es la necesidad de descartar causa orgánica para su diagnóstico como trastorno mental. Ambas clasificaciones coinciden en exigir tipificar la enuresis según el momento de emisión como: únicamente nocturna, únicamente diurna y mixta (nocturna y diurna).

Sin embargo, entidades científicas como la IACAPAP (Asociación Internacional de Psiquiatría de Niño y Adolescente y Profesionales Afines) y la ICCS (Sociedad Internacional de Continencia Infantil) discrepan de estas clasificaciones al uso y tal y como se recoge en su “Manual de Salud mental infantil y adolescente” consideran la enuresis como siempre nocturna, calificando la enuresis diurna como incontinencia diurna. Mantienen además que la enuresis puede clasificarse también en





monosintomática, cuando no hay otros síntomas del tracto urinario inferior, o monosintomática, cuando existen otros síntomas del tracto urinario inferior.

Como ya hemos referido en el anterior epígrafe el clínico debe además identificar si la enuresis es primaria (desde el nacimiento) o secundaria a algún factor de estrés u otro cuadro clínico, así como si se acompaña o no de encopresis.

¿Con qué frecuencia aparece?

Cabe referirse en este apartado a un estudio epidemiológico, cuyos resultados se publicaron en la Revista de Pediatría de Atención Primaria, realizado entre 2012 y 2013 con menores entre 7 y 10 años, utilizando las definiciones del ICCS. En este estudio, el número de niños/as con algún tipo de escape de orina fue de 99 (9,2%). De ellos, un 42,4% presentaban escapes de orina a diario, un 6,1% al menos uno a la semana, un 24,2% dos o tres escapes al mes y un 27,3% un escape al mes o menos. La prevalencia de Enuresis Nocturna en la muestra fue del 7,3%: el 2% corresponde a enuresis nocturna primaria monosintomática (ENPM), un 4,1% a enuresis nocturna primaria no monosintomática (ENPNoM) y un 1,2% a enuresis nocturna secundaria (ENS). El resto de niños/as con escapes de orina se distribuyó en incontinencia urinaria diurna (0,9%) e incontinencia urinaria diurna y nocturna (1,1%).

Por su parte, Von Gontard señala que la prevalencia de los episodios de mojado de cama decrece con la edad: 20% a los 4 años, 10% a los 7 años, 1%-2% en adolescentes y 0.3%-1.7% entre personas adultas. Por su parte, Ordóñez y Palacios recogen datos epidemiológicos de acuerdo a los cuales la prevalencia sería del 11,7% de enuresis primaria a los 5 años, un 7,4% a los 8-9 años y un 4,8% en mayores de 10 años. Entre los 15 y los 20 se sitúa en el 1-2%

La enuresis nocturna es más frecuente en los varones de cualquier edad hasta la pubertad, aunque esta diferencia tiende a disminuir a partir de los 8-10 años.

¿Por qué se produce?

En la etiología de la enuresis cabe encontrar factores biológicos y psicosociales.

Cuando la enuresis es primaria se contemplan diferentes factores biológicos:





- Un posible componente genético basado en que la incidencia de la enuresis es mayor si uno de los progenitores fue enurético. Hay que tener en cuenta que estos datos pueden estar influidos porque generalmente los padres que han sido enuréticos son más tolerantes con la incontinencia de sus hijos y muchas veces tardan más tiempo en pedir ayuda.
- Un retraso madurativo más global que se observa en la adquisición del habla y la destreza motora y que afecta a la adquisición del control vesical y anal. Niños/as con desarrollo evolutivo más lento controlan más tarde sus esfínteres afectando ese retraso tanto al día como a la noche.
- Retraso en el desarrollo de la musculatura que rodea y apoya a la vejiga y escasa capacidad de contención de la vejiga. Niños/as que intentan “aguantar” y no pueden o que ante pequeñas cantidades de orina tiene que ir al baño “en la urgencia”. Puede afectar tanto al control diurno como al nocturno y es frecuente observar en casos con enuresis nocturna primaria que durante el día orinan a cada poco tiempo y eso afecta a que no puedan mantenerse seco todas las horas de sueño a pesar de tener capacidad de control de la orina por el día.
- Alteraciones del ritmo sueño-vigilia, patología obstructiva de vía aérea superior. Afectan sobre todo a la enuresis nocturna. Cuando el sueño es muy profundo los niños/as tiene más dificultades para identificar las señales de alarma y ejercer el control inconsciente del esfínter o bien despertarse

Los factores psicosociales afectan sobre todo a la enuresis secundaria. Se han citado acontecimientos estresantes como el divorcio o separación de los padres, nacimiento de un hermano, hospitalización, cambio de residencia o colegio o un deficiente entrenamiento en control vesical. Además, se ha advertido que los niños/as con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) que no han sido tratados tienen un riesgo seis veces mayor de padecer enuresis que los controles sanos.

¿Cómo se diagnostica?

De acuerdo al DSM-V, los criterios diagnósticos de la enuresis funcional son la emisión repetida de orina sobre la ropa o en la cama, ya sea de día o de noche y de forma involuntaria o intencional, que se produce con una frecuencia de al menos dos veces por semana, durante un mínimo de tres meses consecutivos.

Para que proceda el diagnóstico, debe tratarse de mayores de cinco años y generar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico o de otras áreas





importantes en el funcionamiento; el trastorno no se deriva de enfermedad orgánica ni es el efecto fisiológico de una sustancia.

En esta clasificación, debe especificarse si la enuresis es diurna, nocturna o mixta.

Para la CIE-10, la enuresis consiste en la emisión involuntaria de orina durante el día o la noche, con una frecuencia de dos episodios al mes en menores de siete años o de un episodio al mes en niños/as mayores de esta edad. De acuerdo con esta clasificación, la enuresis secundaria o de inicio tardío se inicia entre los 5 y los 7 años.

El menor debe tener al menos 5 años o una edad mental de cuatro, diferenciándose también la enuresis según sea diurna, nocturna o mixta.

En la fase de diagnóstico, de acuerdo con los Protocolos Clínicos de la AEPNYA, la evaluación de la enuresis incluye examen físico y neurológico que descarte la presencia de enfermedad orgánica que explique el trastorno, así como la posible existencia de comorbilidad. Entre las exploraciones recomendadas se incluyen análisis de orina, radiografías de abdomen y columna lumbosacra y ecografías renal y vesical. Además, los citados Protocolos señalan una serie de trastornos con los que debe establecerse diagnóstico diferencial, como la diabetes, la potomanía, la infección urinaria, la insuficiencia renal o la narcolepsia.

Por su parte, la Guía de Intervención Clínica Infantil propone para la fase de diagnóstico una entrevista a los padres que se articula en torno en torno a las siguientes evaluaciones:

- Comportamiento actual en las emisiones diurnas y nocturnas; frecuencia y capacidad de retención y control.
- Antecedentes del problema: periodos de continencia e incontinencia, afrontamiento por parte de los padres.
- Antecedentes familiares.
- Valoración del entorno familiar: relaciones entre sus miembros, motivación de los padres para el tratamiento, características de la vivienda y el dormitorio del menor.
- Concurrencia de otros problemas; miedo a la oscuridad, terrores nocturnos, problemas académicos, problemas de comportamiento.
- Concurrencia de encopresis. Si fuera de tipo retentivo, podría explicar el problema enurético.





¿Cómo se interviene?

El tratamiento de la enuresis abarca diferentes intervenciones psicológicas y farmacológicas.

En el caso de la enuresis nocturna primaria, el cuadro clínico más frecuente, las intervenciones que se han revelado como más eficaces son; el método de alarma y el tratamiento con desmopresina, con clara ventaja a largo plazo para el sistema de alarma.

No obstante, existen otras opciones que cabe simultanear con las señaladas, sin perjuicio de que, por sí mismas, puedan ocasionalmente favorecer la remisión espontánea de la enuresis. Tal es el caso de los calendarios y otras intervenciones de refuerzo, los ejercicios para el aumento de la capacidad funcional de la vejiga y el entrenamiento en cama seca por despertar programado. Cabe descartar de este repertorio la conocida como técnica de corte del chorro, consistente en realizar ejercicios de cierres intermitentes del esfínter uretral estriado durante la micción, ya que podría predisponer a la micción no coordinada entre los músculos de la vejiga y del esfínter uretral y suelo pélvico, desajuste que impide vaciar completamente la vejiga.

Cualquier intervención comenzará con un registro de observación, que incluya tanto las micciones diurnas como las nocturnas. Estos registros de observación se convertirán posteriormente en registros de control y seguimiento del efecto del tratamiento sobre la enuresis. En la primera cita, es esencial entrevistar a los padres, no solo como intervención diagnóstica, sino para valorar su motivación e intentar implicarlos en el tratamiento. Se entrevistará separadamente al niño/a, especialmente si tiene más de 7 años.

Durante esta entrevista, se facilitará tanto a los padres como a los menores información sobre el aparato urinario del cuerpo humano y su funcionamiento, utilizando el material que se adjunta como Anexo I, que se entregará a la familia.

Además, se les instruirá en la cumplimentación del Registro de observación (Anexo II), que se llevará a efecto durante una semana:

- Si se trata de enuresis nocturna, se registrarán además las micciones diurnas utilizando el Registro de observación de evacuaciones diurnas (Anexo III).
- Si se tratara de enuresis diurna o mixta, se utilizará el Registro de observación de enuresis diurnas (Anexo IV).





Consideraciones previas:

- Iniciar con un registro de observación.
- Si se sospecha trastorno orgánico: revisión médica.
- Si es menor o igual de 5 años, no iniciar tratamiento. Revisar métodos utilizados para enseñar el control.
- Si se asocia encopresis retentiva: iniciar tratamiento previo de la encopresis.
- Si se asocia enuresis diurna, intervención previa en la diurna.
- Si se asocia enuresis secundaria: identificar causas y tratarlas.
- Si es mayor de 7 años: comprensión del problema, motivación, tratamiento centrado en el niño/a.
- Si es menor o no está motivado: tratamiento centrado en los padres.

Obtenida previamente toda la información posible, puede ser útil seguir un árbol de decisiones como el propuesto por la Guía de Atención Clínica Infantil para seleccionar la intervención psicológica más adecuada. Hay que decidir, en primer lugar, si debe llevarse a cabo el tratamiento nocturno y, a continuación, si el tratamiento estará centrado en el niño/a o los padres:

El primer paso siempre es descartar la existencia de causas orgánicas. Si no están descartados los problemas biológicos, será necesario pedir una revisión médica exhaustiva, sin perjuicio de que pueda iniciarse la intervención terapéutica, indicando a los padres que las expectativas de éxito están condicionadas por la eventual presencia del problema biológico.

Si es menor de 5 años, no procede iniciar una intervención terapéutica, sino comprobar el comportamiento diurno de las emisiones, revisar el procedimiento para el control nocturno que siguen los padres, dar las instrucciones generales de ayuda para el correcto manejo de los refuerzos y, especialmente, insistir a los padres sobre la inexistencia de un problema de incontinencia y reducir la impaciencia para el logro del control.

Si existe encopresis retentiva comórbida, hay que posponer el tratamiento de la enuresis hasta que se resuelva éste, pues es esperable que, como consecuencia, los episodios enuréticos disminuyan o desaparezcan.





Si el niño/a no tiene control diurno suficiente ni controla la micción diurna sin errores, procederá llevar a cabo un tratamiento de ayuda para el control diurno (aumento de la capacidad funcional de la vejiga). Además, se deberá revisar el procedimiento de entrenamiento para el control nocturno que siguen los padres y dar las instrucciones generales de ayuda para el correcto manejo de contingencias.

Si tiene más de 7 años, comprensión de cuál es el problema y sobrada motivación para afrontarlo, procede iniciar tratamiento mediante el sistema de alarma centrado en el niño/a con los padres como ayuda. En caso contrario, hay que iniciar tratamiento mediante el sistema de alarma, pero centrado en los padres como coterapeutas, ayudando a que éstos entiendan la lógica del tratamiento y lo apliquen correctamente, al tiempo que se hace el tratamiento con el niño/a.

Si se trata de enuresis primaria, se inicia el tratamiento. Si fuera secundaria, habrá que identificar previamente las posibles causas y llevar a cabo un programa de aumento global del reforzamiento, al tiempo que se realiza el programa habitual de control de la enuresis.

Sea cual fuera la intervención terapéutica por la que se opte, los registros continuarán con su función de seguimiento del efecto de dicha intervención, al tiempo que pueden incorporar medidas de refuerzo, como en el caso del Registro de intervención (Anexo V), en el que un sistema de dibujos favorables o desfavorables acompaña el control de la evolución en el comportamiento enurético. En cualquier caso, el refuerzo positivo, cuyo contenido podrá determinarse junto con los padres, acompañará los avances que vayan registrándose, mientras que la única consecuencia negativa del episodio de enuresis consistirá en la sustitución por parte del niño/a de las ropas o sábanas mojadas y limpieza del entorno, siendo contraproducente cualquier tipo de castigo.

Entrenamiento en retención voluntaria

Es la intervención para el aumento de la capacidad funcional de la vejiga y forma parte del repertorio de opciones dentro del abordaje psicológico.

Consiste en que, durante el día, el niño/a avise a sus padres cuando tenga ganas de orinar, momento a partir del cual se anima al menor a retrasar el momento de ir al baño durante un tiempo que se incrementará progresivamente desde los 5 minutos hasta un máximo de 45 minutos, con refuerzo positivo si logra el aplazamiento previsto.

La progresión en el tiempo de aplazamiento deberá modularse con los padres en función de la respuesta al esfuerzo de retención que estos observen en el menor.





Entrenamiento en cama seca

De esta intervención forman parte tanto el despertar programado como el aparato de alarma.

El despertar programado.

Consiste en despertar al niño/a a una hora previamente fijada para que se levante a orinar, empleando la estimulación mínima necesaria con intensidad cada vez menor, con el objetivo de facilitar la capacidad del menor para despertarse ante el deseo de orinar.

Esta técnica puede preceder a la de alarma o bien obviarse, pasando directamente al método de alarma.

El sistema de alarma.

El sistema de alarma ante la orina pasa por ser el método más eficaz de todos los considerados. Es un procedimiento basado en el condicionamiento clásico cuyo objetivo es que el niño/a se anticipe a la micción involuntaria por activación del reflejo durante la noche.

El aparato consiste en una almohadilla o sensor de metal conectado con un cable a una alarma. Una vez que el sensor se moja, el circuito eléctrico se cierra y la alarma se activa. Los aparatos son muy simples; pueden limpiarse y usarse muchas veces y para diferentes niño/as. No se requiere esterilización ya que la orina por sí misma es un estéril (excepto si hay una infección urinaria); limpiar la superficie con un desinfectante es suficiente.

Existen dos tipos de alarma: para llevar con la ropa o al lado de la cama. En el primer caso la alarma está conectada al pijama y el sensor a la ropa interior. El otro tipo de alarma consiste en una lámina de metal o almohadilla (con cables integrados) situada debajo de la sábana y conectada a una alarma situada al lado de la cama. Ambos tipos son igualmente efectivos; sin embargo, los niño/as deben decidir el tipo de alarma que prefieren.

La alarma se considera el Estímulo Incondicionado del esquema de condicionamiento y ha de lograr la contracción del esfínter externo de la vejiga y despertar al niño/a por la noche para orinar en el inodoro. El sistema de alarma permite que se condicionen las sensaciones de llenado de vejiga y la distensión del esfínter externo al timbre. El sistema de alarma usado en las condiciones adecuadas al caso permite al niño/a anticiparse al momento de la micción, despertar para ir al baño. Sin embargo, tal como





advierte la Guía de Atención Clínica Infantil, una vez logrado esto, la conducta de levantarse de la cama e ir al cuarto de baño resulta molesta y constituye un costo de respuesta importante que hay que mitigar con reforzamiento (atención elogios, halagos y regalos por la conducta adecuada propia de las personas adultas: cama seca). Por tanto, después de varias sesiones seguidas de cama seca, habría que continuar el tratamiento hasta asegurar el aprendizaje, ayudando a los padres a que manejen adecuadamente las contingencias de reforzamiento apropiadas al caso. Generalmente, como consecuencia del sobre entrenamiento, aumenta el número de días en que el menor no se despierta para ir al baño por la noche, siendo capaz de aguantar hasta que se levanta por la mañana.

La Guía de Atención Clínica Infantil propone administrar el método de alarma siguiendo los siguientes pasos:

El control nocturno hasta conseguir despertar antes de la micción. Hay que comprobar que la alarma funciona y que el niño/a (con ayuda o no de los padres, pero con su supervisión) se despierta, interrumpe la micción, va al cuarto de baño para terminar la micción y reinicia de nuevo el aparato correctamente. Si en esta fase de inicio del tratamiento hubiera más de tres noches sin micciones de ninguna índole (ni moja la cama ni orina en el baño), habrá que aumentar la ingesta de líquidos para que se incremente el número de ensayos de condicionamiento, lo que creará las ocasiones para el aprendizaje, advirtiendo del objetivo que se persigue en esta fase de aprendizaje y de sus habituales efectos.

El control nocturno hasta conseguir cama seca durante dos semanas seguidas sin episodios de micción inadecuada durante la noche: el niño/a o bien duerme durante toda la noche sin necesidad de orinar o se despierta y lo hace en el cuarto de baño. A partir de este momento, se suspende la ingesta adicional de líquidos, si hubiera sido necesaria.

El control nocturno hasta conseguir cama seca sin despertar durante la noche. La vejiga ha aumentado lo suficiente como para aguantar sin orinar ni despertarse durante la noche. Se ha alcanzado el control de la emisión. A partir de este momento se empiezan a retirar los aparatos de control externo.

El control nocturno sin micción durante la noche con sistema de alarma puesto desconectado en días alternos. Generalización del control y condicionamiento de la propia micción nocturna.

El control nocturno sin micción durante la noche sin sistema de alarma durante dos semanas adicionales supone el control nocturno de la enuresis y, si se ha seguido el procedimiento, más de un mes seguido sin micciones inadecuadas.





Tratamiento farmacológico

Por sus resultados y ausencia de efectos secundarios relevantes, el sistema de alarma es el método de elección para el tratamiento de la enuresis, con ventaja en su eficacia a largo plazo frente al tratamiento farmacológico. No obstante, puede estar indicado el tratamiento farmacológico en determinadas circunstancias, como falta de voluntad de los padres para comprometerse a llevar a cabo el tratamiento de alarma y/o ausencia de motivación en los niños/as o en aquellas circunstancias en las que la familia está sobrepasada por otras exigencias como la situación laboral, vivienda inadecuada, bebés que cuidar, o cuando la cooperación con el tratamiento de alarma no es posible. El tratamiento farmacológico es un recurso muy útil también cuando se requiere un control de esfínteres a corto plazo, por ejemplo, durante excursiones escolares.

Además, si el menor tiene síntomas de urgencia (enuresis no-monosintomática) la combinación de medicación anticolinérgica (por ejemplo, de 2.5 mg de oxibutinina o propiverina por la noche) puede ser útil, de otra forma la alarma puede sonar varias veces por noche y el resultado puede ser menos favorable.

Los fármacos utilizados para tratar la enuresis han sido los antidepresivos tricíclicos (imipramina) y la desmopresina. Los primeros se desaconsejan por su elevada toxicidad (17,3% efectos adversos frente a 5,3% de desmopresina), con incluso riesgo de muerte por sobredosificación accidental, por lo que no se recomienden como medicamento de elección en el momento actual. Desmopresina (1-deamino-8-D-arginina vasopresina, DDAVP) es una análoga sintética de la hormona antidiurética (HAD).





Tratamiento con desmopresina:

- De acuerdo a Alexander von Gontard la desmopresina se toma como pastilla por la noche.
- La dosis es de 0.2mg a 0.4mg.
- Es aconsejable ajustar la dosis requerida sobre unas 4 semanas.
- Se empieza con la dosis baja de 0.2mg a la noche por dos semanas.
- Si el niño/a no se orina o hay una marcada reducción en los episodios de enuresis se sigue con esa dosis.
- De otra manera, se incrementa la medicación hasta 0.4mg.
- Si los niños/as no consiguen mantenerse secos con 0.4 mg se considera que no responden a esta medicación y se retira la desmopresina.
- En caso contrario, se puede continuar con la dosis requerida por un máximo de 12 semanas, después de la cual la desmopresina debe ser retirada para comprobar si el niño/a permanece seco sin la medicación.
- Si ocurre una recaída, la desmopresina puede ser administrada por otras 12 semanas; esta pauta puede ser continuada tanto tiempo como sea indicada.
- Los efectos secundarios son escasos y poco pronunciados, como dolor de cabeza o estómago. Aunque raramente, puede haber efectos secundarios graves como hiponatremia. Por lo tanto, es importante no sobredosificar y no beber grandes cantidades de agua después de tomar la medicación.

¿Qué podemos hacer para prevenir?

El niño o niña pequeño/a normalmente no controla adecuadamente su esfínter urinario y su vejiga, sus micciones son involuntarias y producen un vaciado incompleto. Cuando se le enseña la continencia urinaria, aprende también a vaciar completamente su vejiga.

La mayoría desarrollan una funcionalidad y continencia urinarias normales independientemente del momento y tipo de entrenamiento miccional que se utilice. Sin embargo, si el inicio del entrenamiento de la continencia urinaria se demora o no es adecuado, se prolongan los vaciados incompletos y pueden perpetuar esta conducta funcional anormal, quedando predispuestos a infecciones urinarias, micción





no coordinada y vejiga hiperactiva. Del mismo modo, un entrenamiento inadecuado o inexistente puede afectar a la correcta adquisición de la continencia fecal, que se logra tras la continencia urinaria nocturna y diurna.

¿Cuándo derivar a Atención Especializada?

- Ante enuresis nocturnas primarias que se mantienen después de los siete años y no se resuelven con otros tratamientos previos.
- Ante enuresis que aparecen acompañadas de problemas comórbidos, alteraciones del aprendizaje o del comportamiento, afectación psicológica importante, alteración de la dinámica familiar o trastorno negativista u oposicionista.

¿Cómo cursa?

La mayor parte de niños/as con enuresis funcional controla sus esfínteres en la adolescencia, aunque se estima que el 1% de los casos continúa hasta la edad adulta. Según Gontard, la enuresis tiene excelentes resultados a largo plazo y una alta tasa de remisión espontánea -13% por año- y hay disponibles tratamientos efectivos. Un pequeño grupo de niños/as tienen enuresis crónica con 1% a 2% de adolescentes afectados. La nicturia (despertar frecuentemente por la noche e ir al baño) puede ser un síntoma residual. Situaciones estresantes en el menor o en su familia, el retraso en el desarrollo y algún problema psiquiátrico en el niño o niña son factores pronósticos de mala respuesta al tratamiento con alarma.





La Encopresis.

¿Qué es?

Podemos realizar una primera aproximación a la definición de encopresis con el Diccionario de Psicología de Friedrich Dorsch, que ofrece la siguiente definición:

“Encopresis: (gr.): Incontinencia fecal después del segundo año de vida.”

Considerando las clasificaciones diagnósticas al uso, DSM-V y CIE 10, la encopresis se define como la evacuación repetida e involuntaria (raramente intencional) de heces en lugares inadecuados que se produce a partir de los 4 años sin que concurren trastornos físicos que puedan causar incontinencia fecal.

Las encopresis, es generalmente diurna y, como la enuresis, puede ser primaria (desde el nacimiento) y secundaria o adquirida (después de un periodo de control superior a un año).

Atendiendo a la presencia o no de estreñimiento, la encopresis se clasifica, además, en retentiva y no retentiva. Los niños y niñas con estreñimiento tienden a retener las heces por temor al dolor que les produce la defecación y suele derivar en encopresis por rebosamiento.

Cuando la encopresis es secundaria, si no hay estreñimiento asociado, suele tener un origen emocional o parecer en el contexto de otro cuadro clínico.

¿Con qué frecuencia aparece?

En cuanto a la encopresis, Von Gontard señala que el trastorno afecta entre el 1% y el 3% de los niños y niñas mayores de cuatro años.

De acuerdo con Hernández y Rodrigo, a los tres años, al 16% de se les escapa las heces más de una vez por semana, pero a los cuatro años, sólo se les escapa al 3%. A los siete años la encopresis tiene una prevalencia del 2,3% en los varones y del 0,7% en las niñas; la relación niño/niña, es de 3-4. A los 10-11 años, la prevalencia es de 1,3% de los niños frente al 0,3% de las niñas. A los 16 años la encopresis funcional es prácticamente inexistente.





¿Por qué se produce?

En el caso de la encopresis se considera que la causa más frecuente es haber forzado al pequeño a contener sus heces cuando no estaba preparado para ello, por miedos particulares del niño/a, por problemas emocionales, por dolor al evacuar, o bien por una falta de privacidad que provoque que se reprima.

Además, en la encopresis también puede concurrir retraso en el desarrollo y un temperamento difícil; asimismo, se ha relacionado con mayor frecuencia de depresión y ansiedad maternas.

También se ha descrito la presencia de comorbilidad con el TDAH, así como con el trastorno negativista desafiante.

¿Cómo se diagnostica?

De acuerdo con el **DSM-V**, los criterios diagnósticos de la encopresis funcional incluyen la excreción repetida de heces, sea de forma voluntaria o involuntaria, en lugares inapropiados, que se produce al menos una vez al mes durante un periodo mínimo de tres meses.

Para que proceda el diagnóstico el niño/a debe ser mayor de 4 años y no deberse exclusivamente a los efectos de una sustancia, como los laxantes, ni a enfermedad orgánica, salvo que se trate de un mecanismo que implique estreñimiento.

En el diagnóstico debe especificarse si hay o no hay estreñimiento e incontinencia por desbordamiento.

Para la **CIE-10**, la encopresis es un trastorno consistente en la presencia reiterada de deposiciones voluntarias o involuntarias de heces de consistencia normal o anormal en lugares no adecuados.

El trastorno puede ser la expresión del mantenimiento de la incontinencia fisiológica infantil o aparecer tras un periodo de control de esfínteres o deposiciones deliberadas de heces.

El trastorno puede aparecer aislado o dentro de un síndrome más amplio, como un trastorno de las emociones o un trastorno disocial.





En la fase de diagnóstico, de acuerdo a los Protocolos clínicos de la AEPNA, la evaluación de la encopresis incluye exploraciones que abarcan desde las características de las heces (tamaño, consistencia y periodicidad), pasando por la historia del estreñimiento, las características del comportamiento encoprético (edad de inicio, tipo y cantidad de deposiciones), la alimentación, el consumo de fármacos, la concurrencia de problemas enuréticos o infecciones urinarias, los antecedentes familiares y los factores estresantes, hasta la exploración física (talla, peso, exploración abdominal, rectal y neurológica).

Además, de acuerdo con los citados Protocolos, en la mayor parte de los casos se tratará de encopresis funcional, aunque será necesario establecer diagnóstico diferencial con diferentes trastornos que pueden originar encopresis orgánica, tales como problemas anales (fisuras, estenosis, trauma), causa neurogénicas (enfermedad de Hirschsprung, trastornos de la médula espinal), enfermedad neuromuscular, causas endocrinas/metabólicas (hipotiroidismo, hipercalcemia, intoxicación por plomo) o colitis ulcerosa.

Por su parte, la Guía de Intervención Clínica Infantil propone articular la entrevista en torno a las siguientes evaluaciones:

- Identificación del tipo de encopresis y delimitación de la conducta problema: primaria o secundaria, eventos precipitantes, deficiencias en hábitos de defecación e higiene, retraso en otras áreas del desarrollo, frecuencia de deposiciones, presencia de dificultades o malestar durante la defecación, dieta y ejercicio físico, frecuencia y momento (de día o de noche) de los episodios de encopresis, características de las heces, lugar en que se producen los accidentes.
- Hábitos higiénicos: repertorio conductual y condiciones ambientales. Comprende la evaluación de conductas relacionadas con la accesibilidad, rutinas de utilización o evitación del retrete, así como con los hábitos y grado de autonomía del aseo.
- Problemas concurrentes: presencia de enuresis, ansiedad, depresión, aislamiento, déficit de atención, hiperactividad, oposicionismo, rendimiento académico.
- Impacto familiar, personal y escolar: modos de afrontamiento. Reacción de los padres, del niño/a y de su grupo de iguales cuando se produce el accidente.





¿Cómo se interviene?

El tratamiento de la encopresis no está tan desarrollado como el de la enuresis. En cualquier caso, debe requerirse a los padres y al menor registros de observación durante al menos dos semanas antes de la intervención y sin alterar sus costumbres cotidianas. Los Registros propuestos por la Guía de Atención Clínica Infantil son los que se adjuntan como Anexo VI (Registro encopresis padres) y Anexo VII (Registro encopresis niños/as).

Obtenida toda la información posible, cabe seguir el árbol de decisiones propuesto por la citada Guía para seleccionar la intervención psicológica más adecuada:

- Si no están descartados los problemas biológicos, será necesario pedir una revisión médica exhaustiva, sin perjuicio de que pueda iniciarse el entrenamiento en hábitos defecatorios, indicando que las expectativas de éxito están condicionadas por la eventual presencia del problema biológico.
- Si es menor de 4 años, no procede iniciar una intervención terapéutica, sino revisar el control que ejercen los padres, dar las instrucciones generales de ayuda para el correcto manejo de contingencias y, especialmente, insistir a los padres sobre la inexistencia de un problema de incontinencia y reducir la impaciencia para el logro del control.
- En caso de encopresis no retentiva, si no está descartada la influencia de productos laxantes o la dieta, habrá que pedir una supervisión médica y/o nutricional, ajustar las expectativas de los padres y del niño/a en función de la posible influencia y seguir el entrenamiento en hábitos de defecación.
- En caso de encopresis retentiva, si no está descartada la influencia de factores dietéticos que generen estreñimiento, como dieta pobre en fibra, ingesta escasa de agua, ejercicio físico excesivo sin rehidratación, habrá que pedir una supervisión médica y/o nutricional, ajustar las expectativas de los padres y del niño/a y, en todo caso, seguir el entrenamiento en hábitos de defecación.
- Si se produjeran reproches por parte de los padres y otras personas como consecuencia del episodio de encopresis, habrá que instar el cese de estas respuestas, señalando la conveniencia de ignorar los accidentes y seguir el entrenamiento en hábitos de defecación, combinándolo con reforzamiento de la defecación en el cuarto de baño.





- Si el niño/a no lava su ropa cuando la mancha, procederá recurrir al entrenamiento en limpieza para aumentar el coste de respuesta.
- Si esconde la ropa sucia, puede numerarse su ropa interior (una prenda para cada día de la semana) y seguir el entrenamiento en hábitos de defecación.
- En caso de que exista retención fecal, deberán evacuarse las heces retenidas mediante enemas y/o laxantes y seguir el entrenamiento en hábitos de defecación.
- En caso de encopresis retentiva, si hay deposiciones infrecuentes o dolor al defecar, deberán emplearse laxantes (lubricantes si hay dolor), cambiar pautas dietéticas y seguir el entrenamiento en hábitos de defecación.
- En caso de encopresis retentiva, si hubiera deterioro sensorial, será necesario incrementar la sensación rectal mediante aprendizaje discriminativo (supositorios) y seguir el entrenamiento en hábitos de defecación.
- En caso de encopresis retentiva, si tuviera problemas para relajar el esfínter, procedería entrenamiento en relajación, mientras sigue el entrenamiento en hábitos de defecación. Además, si tiene problemas para mantener la rutina defecatoria, deberán comprobarse las condiciones ambientales, cambiar hábitos matinales y seguir el entrenamiento en hábitos de defecación.
- Si se trata de encopresis primaria, habrá que resolver previamente la posible existencia de variables como deficiencias en conductas requisito (desnudarse o limpiarse), que deberán entrenarse, o fobia a defecar, que deberá abordarse con exposición gradual. En cuanto la atención a estas circunstancias lo permita, se iniciará el entrenamiento en hábitos de defecación.
- Si se tratara de encopresis secundaria, habrá que identificar problemas de ansiedad y/o pautas retentivas (como evitación de baños escolares). Se trabajarán técnicas de manejo de la ansiedad en el primer caso y programación de reforzamientos en el segundo (cambiar hábitos matinales y realizar entrenamiento en hábitos defecatorios entonces; posible entrenamiento en Habilidades Sociales).

El tratamiento requiere, durante todo el proceso, una evaluación continua semanal de las defecaciones en el cuarto de baño y los ensuciamientos de la ropa.





Intervención Psicológica.

El tratamiento conductual se centra en las conductas objeto de modificación, en cada eslabón de una cadena compleja: discriminar las señales fisiológicas que preceden a la defecación, retener las heces hasta localizar el lugar adecuado, desnudarse, sentarse en el retrete, y una vez sentado relajar el esfínter externo para evacuar las heces.

De acuerdo con la Guía de Atención Clínica Infantil, debe procederse a una psicoeducación y control estimular, que pasa por proporcionar explicaciones a los padres sobre el funcionamiento fisiológico de la defecación, el impacto de la dieta, los momentos del día más convenientes para animar a la defecación (al despertar por la mañana y tras las comidas principales, la motilidad gástrica es mayor) y la importancia de la paciencia para lograr cambios estables y duraderos.

Deberá seleccionarse cuidadosamente a la persona que se hará cargo del procedimiento en el hogar, procurando que todas las partes implicadas (padres, niño/a...) acepten y entiendan el plan terapéutico.

Es importante insistir en que no se trata de un problema de conducta, sino de una carencia de habilidades.

Además, habrá que organizar las condiciones ambientales de la forma más ventajosa para la defecación, procurando que se disponga de un retrete accesible o de la ayuda necesaria para acceder a él, así como de la intimidad

La Intervención con el niño/a busca el control del hábito de la defecación:

- Enseñar al niño/a las conductas requisito para la defecación, tales como desvestirse, sentarse en la taza y, una vez finalizada la deposición, llevar a cabo una correcta higiene. En este contexto, convendría estudiar las características físicas del cuarto de baño y su accesibilidad para el niño/a, así como las condiciones de intimidad.
- Entrenar el hábito de defecación mediante técnicas de reforzamiento positivo principalmente. Las conductas que procede reforzar serán sentarse en el cuarto de baño en momentos predefinidos (después de alguna comida, idealmente el desayuno) y la defecación en el retrete. Sólo en caso de estar completamente descartado el patrón retentivo, podrá reforzarse también la conducta de mantener limpia la ropa.





Tratamiento Farmacológico.

Para el caso de la encopresis retentiva, el tratamiento médico podrá ser combinado con el conductual en dos fases: una inicial de “desimpactación o limpieza fecal” a base de enemas para evacuar las heces retenidas; los enemas más ampliamente utilizados son los que contienen fosfatos. La dosis recomendada en Gontard es de 30 ml por 10 kg de peso; lograda la desimpactación, sigue una fase de mantenimiento a base de laxantes para promover una evacuación intestinal regular.

Para la encopresis no retentiva se ha utilizado el antidepresivo tricíclico imipramina, en la hipótesis de que produce un efecto inhibitor en el esfínter anal interno, reduciendo la frecuencia y de las deposiciones y, en consecuencia, los episodios de ensuciamiento. Sin embargo, no se han encontrado informaciones que contrasten resultados favorables, siendo preciso, además, tener presente lo que se expuso en relación con el tratamiento de la enuresis sobre la toxicidad y otros riesgos de este medicamento.

¿Cuándo derivar a Atención Especializada?

Se considera oportuno la derivación a la USMIJ:

- Cuando la encopresis es secundaria a alguna situación estresante o de cambio (por ejemplo, nacimiento de un hermanito) y va acompañada de otros cambios en la conducta o emociones del niño/a
- Si aparece en el contexto de un trastorno oposicionista respecto a las instrucciones de una persona adulta.
- Si el cuadro se da después de los cuatro años y no hay causa médica que lo justifique.





¿Cómo cursa?

En cuanto a la encopresis, casi siempre desaparece en la adolescencia, de manera que a los 16 años la encopresis funcional es prácticamente inexistente; aunque se describen algunos adultos con encopresis, es extraordinariamente raro.

En niños y niñas con formas agresivas, la encopresis desaparece, pero pueden continuar otros problemas de conducta.



¿Qué es importante recordar?

- ▶ La enuresis y la encopresis son trastornos de la eliminación producidos por factores diversos, con una prevalencia media aproximada del 10% y el 1%, respectivamente.
- ▶ La colaboración de los padres y la motivación de los menores afectados mejoran las expectativas de éxito de los tratamientos.
- ▶ Es importante no reñir a los niños/as, pero si hacerles partícipes y responsables de lo que les pasa involucrándoles en su autocuidado y en el tratamiento. Es útil la utilización de registros con refuerzos a corto plazo.
- ▶ En el caso de la enuresis nocturna (el cuadro más frecuente), y sin perjuicio de otras intervenciones psicológicas coadyuvantes, el tratamiento de elección es el método de alarma, con ventaja a largo plazo sobre el tratamiento con el fármaco desmopresina, que puede estar indicado en determinadas circunstancias.
- ▶ En el caso de la encopresis lo más frecuente es que esta esté asociada a estreñimiento o experiencias desagradables de dolor o intentos de contención antes de que el niño/a esté preparado. Si hay estreñimiento hay que mejorar los hábitos dietéticos para que se controle, y si hay temor a ir al baño tratarlo de forma similar a una fobia.
- ▶ -Tanto en la enuresis como la encopresis hay que identificar si es primaria (desde el nacimiento) o secundaria (tras un año de contención). En este último caso probablemente el cuadro se de en relación con algún estresor, o en el contexto de otro tipo de cuadro clínico (adaptativo, de conducta...)





Anexos.

ANEXO I

El aparato urinario del cuerpo humano

El sistema urinario está formado por los riñones, los uréteres, la vejiga urinaria y la uretra.

Los **riñones** son dos órganos que están colocados sobre la cintura, a ambos lados de la columna vertebral y por la parte trasera del cuerpo.

Tienen forma de judía y más o menos son del tamaño de un puño cerrado y son de color rojo muy oscuro. Cada riñón contiene miles de nefronas, que son terminaciones sanguíneas encargadas de filtrar la sangre y producir orina.

Realizan varias funciones, todas ellas vitales para el organismo:

- Filtran la sangre y separan de ella las impurezas y sustancias tóxicas, así como los nutrientes que ya limpios ponen de nuevo en circulación.
- Controlan la sal existente en el organismo.
- Controlan el volumen y composición de la sangre.
- Reabsorben agua, minerales y nutrientes.
- Producen orina, que es uno de los medios para eliminar las sustancias nocivas del cuerpo.
- Desvían el agua y mantienen el nivel adecuado del líquido en el cuerpo.

Se conectan con el cuerpo por las arterias renales, que son por las que llega la sangre a los riñones y con las venas renales que la incorporan al torrente sanguíneo cuando ya está limpia.

Los riñones filtran toda la sangre del cuerpo muchas veces al día y limpian el agua, la glucosa, las sales y minerales que contiene. Una vez limpias, las regresa a la circulación sanguínea y al mismo tiempo forma la orina con agua y las sustancias que fueron recogidas de la sangre.

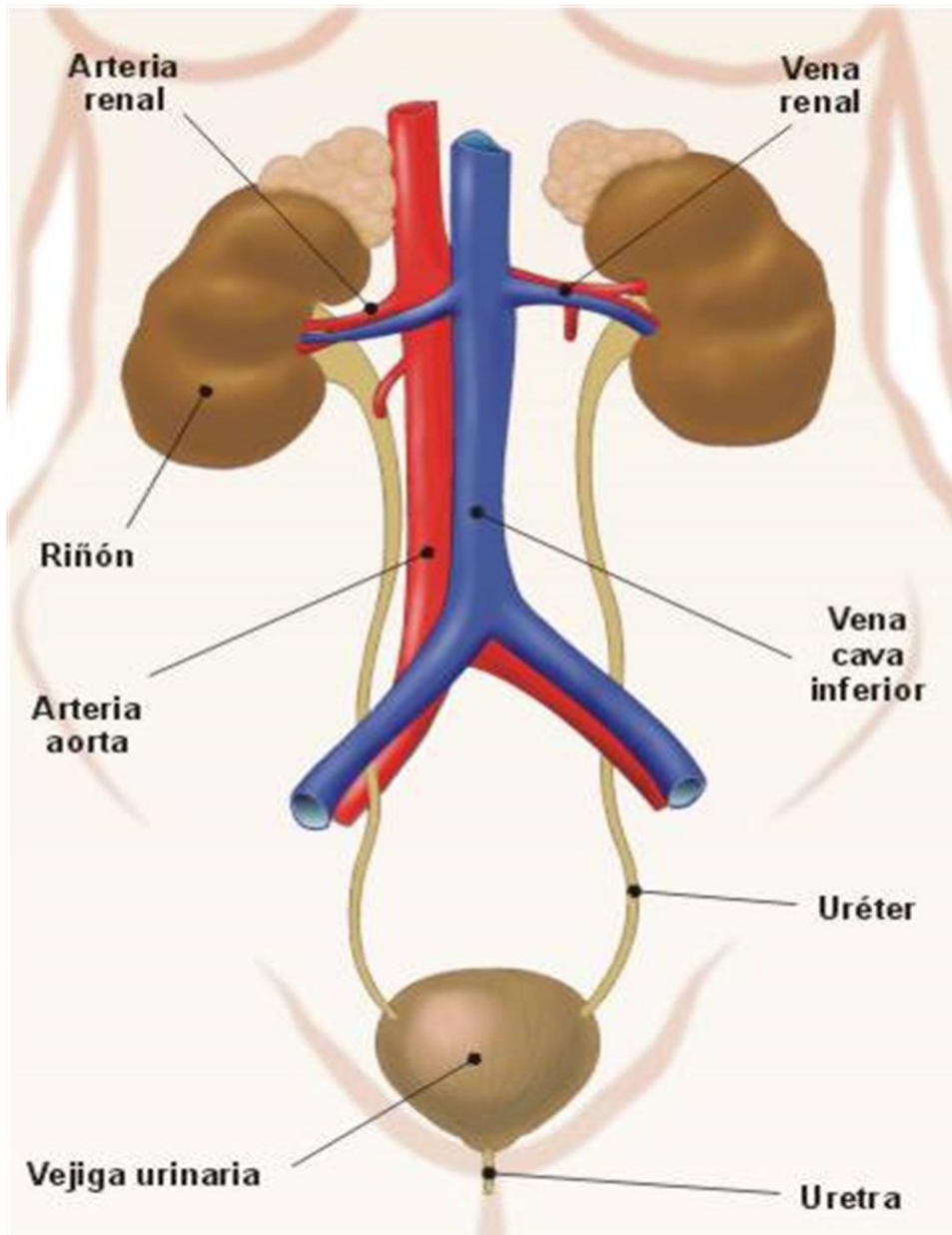
Los riñones son tan importantes que, si llegan a fallar, la persona puede morir en unos cuantos días intoxicada con sus propios desechos. Una persona puede llegar a vivir con un solo riñón si se cuida mucho. En la actualidad, se realizan **trasplantes de riñón** con todo éxito, así como un procedimiento llamado **hemodiálisis**, que sirve para hacer las funciones del riñón cuando este no funciona bien, mientras se realiza el trasplante.

Los **uréteres** son los conductos que salen de cada riñón y sirven para transportar la orina desde los riñones hasta la vejiga. En el hombre son un poco más largos que en las mujeres.

La **vejiga** es una bolsa elástica que poco a poco se va llenando de orina. Cuando lo hace manda una señal al Sistema Nervioso para que se abra y deje salir la orina, por la **uretra**, que es un conducto que la lleva al exterior.

Al orificio por donde sale la orina se le llama **meato urinario**. En el hombre está en la punta del pene y en la mujer se localiza entre la vagina y el ano.





21 Cap.7: Aparato urinario



ANEXO II

REGISTRO DE OBSERVACIÓN (ANEXO II)

Nombre:

Fecha:

HORAS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
HORA DE ACOSTARSE							
HORA DE LEVANTARSE							



ANEXO III

REGISTRO OBSERVACIÓN ENURESIS DIURNA.

Nombre:

Fecha:

Marca en cada casilla la hora en que te hagas pis, escribiendo S en las horas en que estás seco y M si te has mojado la ropa. Escribe después el total de secos y mojados en la casilla que corresponda en las dos últimas casillas.

DIA	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	TOTAL S	TOTAL M
LUNES														
MARTES														
MIERCOLES														
JUEVES														
VIERNES														
SABADO														
DOMINGO														





ANEXO IV

REGISTRO DE INTERVENCIÓN.

Nombre:

Fecha:

Cada día, cuando te levantes, dibuja un sol si te has levantado seco y una nube si te levantaste mojado.

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO



ANEXO V: Registro de encopresis para padres.

DÍA Y HORA.	LUGAR	DÓNDE LO HACE	TIPO DE HECES	TAMAÑO	QUÉ HACEN LOS DEMÁS	QUÉ HACE EL NIÑO

LUGAR:

1. En casa
2. En el colegio
3. En el parque
4. Otros

DÓNDE LO HACE:

1. En el váter.
2. En el pañal.
3. En la ropa interior.

TIPO DE HECES

1. Manchado.
2. Un poco.
3. Deposición normal.
4. Excesivo.

TAMAÑO:

1. Pequeño.
2. Normal.
3. Grandes.
4. Muy grandes.

Fuente: Guía de Intervención Clínica Infantil. Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid.





ANEXO VI

Registro encopresis para niñas y niños (1)

Nombre:

Fecha:

Día y hora	Lugar (casa, parque...)	¿Dónde haces caca? Váter (V) Ropa interior (RI) Otros (O)	¿Has sentido ganas de hacer caca? Sí/No	¿Te diste cuenta de que te manchabas? Sí/No	¿Cómo era la caca? Dura Blanda Líquida	Cantidad 1.Manchado o 2.Un poco 3.Normal 4.Excesiva	Tamaño 1.Pequeñas 2.Normal 3.Grandes 4.Muy grandes	¿Notas molestias al hacer caca, dolor o escozor?	¿Qué dicen los demás? (Padres, hermanos, compañeros, profe...)	¿Cómo te sientes? ¿Qué dices luego?



ANEXO VI

Registro encopresis para niñas y niños (2)

¿Qué dicen los demás? (Padres, hermanos, compañeros, profe...)	¿Qué hiciste después de mancharte?	¿Cómo te sientes? ¿Qué dices luego?

Fuente: Guía de Intervención Clínica Infantil. Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid.



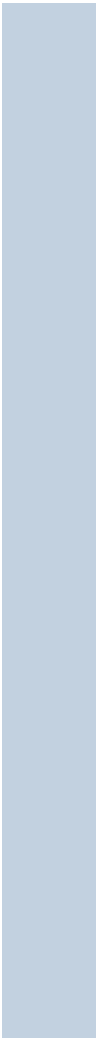


¿Quieres saber más?

Bibliografía y documentos de interés

- Dorsch F. Diccionario de Psicología. Barcelona: Herder; 1980
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
- Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación. Madrid: Meditor; 1994.
- Von Gontard A. Enuresis (Edited by Nieves Hermosín Carpio). In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2016. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2016.
- Gutiérrez Abad C, San José Calleja MN, Castroviejo Espinosa M, Sánchez Gutiérrez R, Ardela Díez E, Cordero Guevara JA. Enuresis nocturna. Estudio epidemiológico en población escolar. Rev Pediatr Aten Primaria. 2015;17:227-34.
- Ordóñez Sáez, O; Palacios Cuesta, A. Guía clínica de enuresis nocturna. Disponible en: <http://fisterra.scsalud.csinet.es/guias-clinicas/enuresis-nocturna/>
NO CORRESPONDEN AUTORES Y GUÍA
- Hernández Guillén R, Rodrigo Alfageme M. Trastornos de la eliminación: enuresis y encopresis. Pediatría Integral. Curso de Formación Continuada en Psiquiatría Infantil. Disponible en: www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/02/Ps_inf_trastornos Eliminacion_enuresis_encopresis.pdf
- Alonso Bada, S, et al. Protocolos clínicos de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Madrid: Siglo Editorial, 2010.
- Morales Pillado C, García Tabuyo M, Álvarez Ortiz C, Gervás Sanz M, Pardo Cebrián R, Pérez Cabrero O, et al. Guía de intervención clínica infantil. Centro de Psicología Aplicada (CPA). Universidad Autónoma de Madrid (UAM); 2015.





Trastornos de ansiedad y miedos

Autora:

Laura Carral Fernández.



¿DE QUÉ HABLAMOS?	189
¿QUÉ SON?	190
¿CÓMO SE CLASIFICAN?	192
<i>Trastornos de ansiedad</i>	192
Trastorno de ansiedad generalizada. (TAG)	192
Trastorno de ansiedad por separación. (TAS)	193
Trastorno de angustia (TA).	193
Fobias específicas.	194
Trastorno de Ansiedad Social.	194
Mutismo Selectivo.....	194
<i>Trastornos obsesivos compulsivos (TOC)</i>	195
<i>Trastornos asociados al trauma</i>	195
¿CON QUÉ FRECUENCIA APARECEN?	196
¿POR QUÉ SE PRODUCEN?	198
¿CÓMO SE MANIFIESTAN?	199
¿CÓMO SE DIAGNOSTICAN?	200
¿CÓMO SE TRATAN?	202
<i>Manejo conductual en contexto familiar</i>	202
<i>Intervención psicoterapéutica especializada</i>	203
<i>Terapia farmacológica</i>	203
¿QUÉ ES IMPORTANTE RECORDAR?	206
¿QUIERES SABER MÁS?	207
<i>Bibliografía</i>	207



¿De qué hablamos?

Más de la mitad de los problemas de salud mental en la población general se inician en la infancia, y hay una continuidad entre éstos y los futuros problemas de salud mental en la edad adulta.

Distintos estudios muestran como los problemas de salud mental forman parte de las enfermedades más prevalentes en niñas, niños y adolescentes; algunos de estos problemas de salud tienden a la cronicidad y están consideradas entre las principales causas de mortalidad prematura como ocurre en los trastornos de la conducta alimentaria, el abuso de sustancias, la depresión y la ansiedad.

Todos estos trastornos quedan definidos tanto en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud, décima edición (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS 1992) como en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 de la American Psychiatric Association (APA 2014).

Con la aparición de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en mayo de 2013, la clasificación tradicional se ha visto modificada y se han eliminado algunas ambigüedades como la categoría inespecífica del trastorno mixto ansioso-depresivo o la clasificación según la edad de aparición de los síntomas, estas y otras modificaciones facilitan la realización de un diagnóstico más preciso.

En el apartado de los trastornos ansiosos se consideran tres categorías el trastorno de ansiedad, los trastornos obsesivo-compulsivos (TOC) y de comportamientos repetitivos, y los trastornos asociados al trauma.

Este capítulo sintetiza las principales características de los trastornos más observados por el pediatra y las familias en población infantil y adolescente.





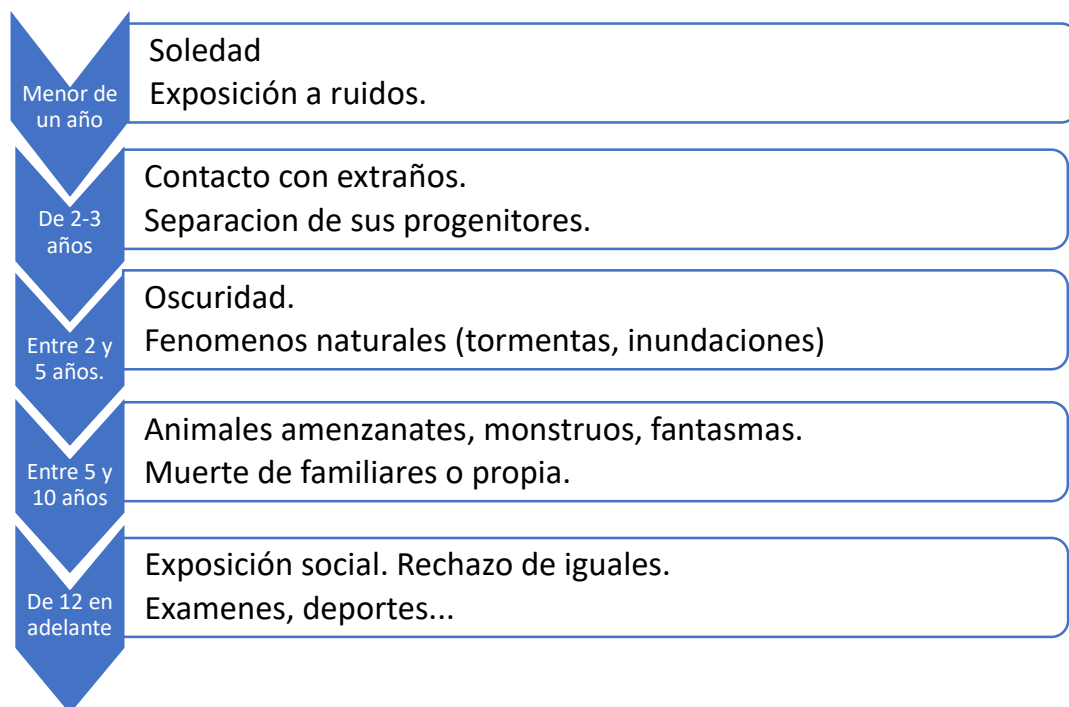
¿Qué son?

La edad pediátrica es una etapa de la vida en la que también se presentan trastornos de ansiedad; es importante detectarlos a tiempo y para ello hay que saber distinguir las conductas o sensaciones patológicas de las circunstancias normales en el desarrollo del niño o niña.

La ansiedad puede ser una reacción normal y adaptativa, incluso necesaria en determinadas situaciones o edades, ya que genera conductas encaminadas a actuar y enfrentarse a una situación amenazadora.

Se consideran miedos o reacciones propias de la edad, por ejemplo, cuando un niño/a aumenta su tensión, grita, llora o tiene deseos de escapar cuando se queda solo con un desconocido. En esta situación estas reacciones están encaminadas a la adaptación y a la supervivencia.

Los miedos considerados normales (ver tabla 1), varían en función de la edad y del desarrollo cognitivo del niño/a y se convierten en un problema en función de la intensidad de estos temores y de la repercusión emocional que conllevan, así como de la duración y de la capacidad de afrontamiento que el menor desarrolle.



22 Cap.8:Miedos normales según la edad de presentación



Si por el contrario estos miedos o reacciones causan gran disfunción en el individuo o su entorno o se mantienen en el tiempo (más de seis meses), pueden considerarse como un trastorno de ansiedad.



¿Cómo se clasifican?

Las guías clínicas establecen clasificaciones para los distintos trastornos. Si bien la ansiedad es el denominador común en todos los subtipos diagnósticos, cada uno de ellos presenta características propias que detallamos a continuación.

En la edición del DSM- 5 se clasifican en trastornos de ansiedad, trastornos obsesivos compulsivos y trastornos asociados al trauma.

1. Trastornos de ansiedad.

- Trastorno de ansiedad generalizada. (TAG)
- Trastorno de ansiedad por separación. (TAS)
- Trastorno de angustia (TA)
- Fobia específicas (animales, volar..) o fobia social.
- Trastorno de Ansiedad Social.
- Mutismo selectivo.

2. Trastornos obsesivos compulsivos. (TOC)

3. Trastornos asociados al trauma. (TEPT)

23 Cap.8: Clasificación de los trastornos de ansiedad según DSM-5

Trastornos de ansiedad

Trastorno de ansiedad generalizada. (TAG)

Ansiedad y preocupación excesiva por diferentes sucesos cotidianos (problemas familiares, escolares o económicos), durante la mayoría de los días, de forma mantenida al menos seis meses.

Estos pensamientos son difíciles de controlar y desproporcionados y se acompañan de síntomas somáticos como sudor, temblor, irritabilidad, cefaleas, insomnio, incluso sintomatología digestiva como náuseas o diarrea.

Estos síntomas provocan importante malestar y deterioro de la función social del menor.

Suele aparecer en niños/as con tendencia al perfeccionismo, al control y a la autoexigencia, pero a la vez inseguros y en núcleos familiares muy rígidos o demasiado severos en los que el menor siente la necesidad de agradar.





Trastorno de ansiedad por separación. (TAS)

Consiste en la limitación por aparición de angustia cuando el menor ha de separarse de las figuras de apego. Aparecen quejas de tipo somático como cefaleas o dolor abdominal y síntomas cognitivos como temor a las catástrofes, a la muerte de los familiares o a quedarse solo; son frecuentes las pesadillas y las dificultades para la autonomía del sueño.

Además, genera importante disfunción social ya que el menor tiende a evitar ir a la escuela o las salidas sociales.

Entre los factores predisponentes es frecuente encontrar historia familiar de trastornos ansiosos, así como rasgos de carácter caracterizados por la inhibición conductual. También una historia de acontecimientos vitales estresantes como la pérdida de un familiar o las enfermedades severas. Un estilo familiar consentidor o sobreprotector tampoco favorece la evolución de estos síntomas.

Trastorno de angustia (TA).

Se caracteriza por presentar varias crisis de angustia también llamadas de ansiedad o de pánico, de forma inesperada, seguidas de un periodo de ansiedad y miedo a la reaparición de los síntomas.

Estas crisis no suelen durar más de 60 minutos y se acompañan de un importante cortejo vegetativo como boca seca, palpitaciones, temblores o sudor junto con inquietud, malestar torácico, dificultades en la respiración, parestesias y sensación de pérdida de control, incluso miedo a morir.

Puede acompañarse o no de agorafobia.

En su origen encontramos frecuentemente historia familiar y otros factores psicosociales como la personalidad dependiente o conductas no adecuadas aprendidas del entorno.





Fobias específicas.

Las fobias son miedos irracionales y desproporcionado que se convierten en incontrolables y difíciles de afrontar.

Existen dos grupos diferenciados:

- las fobias específicas: a animales (ratones, arañas, insectos...), a situaciones ambientales (oscuridad, tormentas) o a otras situaciones (altura, aviones, lugares cerrados, sangre)
- la fobia social o temor intenso a la hora de hablar, comer o interactuar en público.

Aunque suelen ser transitorias la prevalencia de estas fobias alcanza el 10 % en la infancia y adolescencia.

Trastorno de Ansiedad Social.

Miedo o ansiedad desproporcionado en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas.

Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa; es algo persistente, y dura típicamente seis o más meses.

Es más frecuente durante la adolescencia, pero durante la infancia, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabieta, quedarse paralizados, y dificultades para desenvolverse o hablar en situaciones sociales.

Mutismo Selectivo.

Fracaso constante al hablar en situaciones sociales específicas como por ejemplo en la escuela, a pesar de no presentar dificultades para hacerlo en otras situaciones como el entorno familiar.

Esto genera interferencia con la adquisición de logros y con el desempeño social y dura al menos un mes. En muchas ocasiones en relación con el trastorno de ansiedad social.





Los menores pueden presentar además timidez excesiva, vergüenza ante situaciones sociales, aislamiento social, rasgos compulsivos, rabietas, negativismo y conductas oposicionistas.

Trastornos obsesivos compulsivos (TOC)

Presencia de obsesiones y compulsiones que generan malestar e interfieren con la rutina.

Las obsesiones son pensamientos o imágenes involuntarios y recurrentes que ocasionan ansiedad y **las compulsiones** son acciones repetitivas, en ocasiones rituales que tienen por finalidad disminuir la ansiedad. Pueden ser congruentes o no con las obsesiones por ejemplo lavados, orden de objetos, comprobaciones o actos mentales como repetir frases.

Estos síntomas inicialmente pasan desapercibidos o se normalizan por las familias, pero con el tiempo pueden causar un deterioro progresivo de las relaciones sociales y la funcionalidad.

Trastornos asociados al trauma

Entre ellos destaca el trastorno de estrés postraumático. Se manifiesta con clínica ansiosa importante que se experimenta durante más de un mes después de un hecho traumático como un accidente, un desastre natural o la exposición a la violencia. En los niños/as puede producirse, aunque no hayan sido los protagonistas, simplemente con ser conocedores de la historia.

Los síntomas consisten en pensamientos involuntarios que recuerdan el hecho y que se acompañan de intenso malestar, sueños o juegos recurrentes relacionados con la temática. Pueden aparecer flashbacks o reviviscencias. Esto conlleva una evitación de estímulos asociados al trauma y alteración de la funcionalidad del menor.

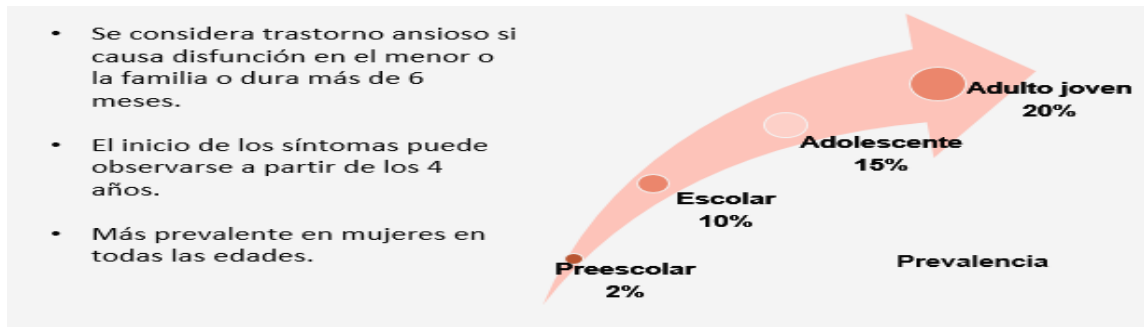
Puede asociarse a alteraciones de conducta como la irritabilidad, la hipervigilancia o las alteraciones para concentrarse o dormir.





¿Con qué frecuencia aparecen?

Este tipo de trastornos aumentan su prevalencia a lo largo de la vida siendo una de las patologías habituales en la edad adulta, pero el inicio de los síntomas puede observarse a partir de los 4 años y va aumentando su prevalencia desde el 2% en menores de edades infantiles hasta el 10-15 % en adolescentes llegando al 20 % en personas adultas jóvenes. Y en todas las franjas de edad especialmente en la adolescencia se observan con más frecuencia en mujeres.



24 Cap.8 Epidemiología según edad de aparición

Los diagnósticos más descritos varían su incidencia según la edad de aparición. En estas edades los problemas más observados son el trastorno de ansiedad por separación, el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), la fobia social y el trastorno obsesivo compulsivo (ver tabla 4).

Preescolar e infantil	Angustia de separación 4% Mutismo selectivo un tipo de fobia social. (0.5-1%). Fobia social (miedo, evitación y retraimiento social. (5%)
Preadolescencia	Fobia social (miedo, evitación y retraimiento social. (5%) Fobias específicas. (sangre, agujas, animales) (5-10%) Trastorno obsesivo compulsivo (3%)
Adolescencia	Fobias específicas. (sangre, agujas, animales) (5-10%). Trastorno de pánico-crisis de ansiedad intensa y recortada (0.5- 5%) Agorafobia (Miedo a no poder escapar o pedir ayuda) (2- 4%)
Adulto joven	Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) preocupación constante. (1%) Trastorno de pánico-crisis de ansiedad intensa y recortada (0.5- 5%) Agorafobia (Miedo a no poder escapar o pedir ayuda) (2- 4%)

25 Cap.8: Trastornos de ansiedad (DSM 5) más frecuentes según la edad de presentación.



Este tipo de trastornos aumentan su prevalencia a lo largo de la vida siendo una de las patologías habituales en la edad adulta, pero el inicio de los síntomas puede observarse a partir de los 4 años y va aumentando su prevalencia desde el 2% en menores de edades infantiles hasta el 10-15 % en adolescentes llegando al 20 % en personas adultas jóvenes. Y en todas las franjas de edad especialmente en la adolescencia se observan con más frecuencia en mujeres.



26 Cap.8:Epidemiología según edad de aparición

Los diagnósticos más descritos varían su incidencia según la edad de aparición. En estas edades los problemas más observados son el trastorno de ansiedad por separación, el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), la fobia social y el trastorno obsesivo compulsivo (ver tabla):

Preescolar e infantil	Angustia de separación 4% Mutismo selectivo un tipo de fobia social. (0.5-1%). Fobia social (miedo, evitación y retraimiento social. (5%)
Preadolescencia	Fobia social (miedo, evitación y retraimiento social. (5%) Fobias específicas. (sangre, agujas, animales) (5-10%) Trastorno obsesivo compulsivo (3%)
Adolescencia	Fobias específicas. (sangre, agujas, animales) (5-10%). Trastorno de pánico-crisis de ansiedad intensa y recortada (0.5- 5%) Agorafobia (Miedo a no poder escapar o pedir ayuda) (2- 4%)
Adulto joven	Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) preocupación constante. (1%) Trastorno de pánico-crisis de ansiedad intensa y recortada (0.5- 5%) Agorafobia (Miedo a no poder escapar o pedir ayuda) (2- 4%)

27 Cp.8: Trastornos de ansiedad (DSM 5) más frecuentes según la edad de presentación



¿Por qué se producen?

El origen de estas patologías al igual que la mayoría de los trastornos mentales, se considera multifactorial y multicausal; incluye factores individuales, sociales y familiares de tipo biológico o ambiental.

Entre los factores ambientales se ha identificado mayor riesgo de padecer un trastorno ansioso si el menor ha sido expuesto a un acontecimiento vital estresante como la pérdida de un familiar, ser víctima de un desastre natural o de un abuso. Otros factores que pueden actuar como precipitantes o mantenedores son la falta de apoyo social o el manejo inadecuado de las situaciones realizado por la familia.

Entre los marcadores biológicos destacan los factores genéticos o las alteraciones neurobiológicas; los genes más estudiados se centran en genes que codifican el transportador de Serotonina (SERT), el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) y los genes que degradan las catecolaminas (COMT), también se han estudiado los predictores psicológicos como rasgos del temperamento que, a diferencia del carácter, también es un factor genético. Estas características biológicas conllevan una heredabilidad que varía según el tipo de trastorno pero que se estima en torno al 40 %.





¿Cómo se manifiestan?

Una de las dificultades a la hora de diagnosticar estas patologías se encuentra en la enorme frecuencia de problemas mentales comórbidos que a menudo enmascaran los síntomas. Es habitual presentar más de un trastorno ansioso de forma simultánea, por ejemplo, el trastorno por ansiedad de separación y la fobia social, o la agorafobia y el trastorno de ansiedad generalizada. Pero también la comorbilidad con depresión, trastorno por déficit de atención o problemas del sueño es frecuente. En adolescentes y personas adultas jóvenes aparece también el abuso de sustancias.

En la tabla 5 pueden observarse las manifestaciones clínicas más habituales en este tipo de trastornos.



28 Cap.8: Síntomas y consecuencias generales de los trastornos de ansiedad.



¿Cómo se diagnostican?

A pesar de la alta prevalencia y de las enormes repercusiones sociales y sanitarias en los estadios iniciales o en los casos leves y moderados los síntomas pasan muchas veces inadvertidos o son normalizados por el entorno.

No existen pruebas de laboratorio o de imagen capaces de detectarlo. Pero el profesional de la salud se puede ayudar de cuestionarios de cribado como el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo en Niños (STAI-C) útil en edades entre 9-15 años, que cuantifica la ansiedad rasgo y estado.

Pero el diagnóstico de estas patologías es fundamentalmente clínico, de ahí la importancia en la evaluación pediátrica o del profesional de salud mental a la hora de explorar los posibles indicios de ansiedad. Para ello se debe valorar la presencia de síntomas de ansiedad en el niño/a en diferentes ambientes ya que la intensidad de la ansiedad variará en presencia del estímulo temido y del manejo realizado por personas adultas e iguales. Por eso es importante recabar las observaciones de padres y familiares y si fuera posible de profesores o amigos.

Se deben realizar de forma sistemática preguntas orientadas a descubrir estos síntomas:

- ¿Considera usted que muestra más timidez que a otros niños y niñas?
- ¿Por timidez deja de participar en cosas que hacen sus amigos?
- ¿Disfruta haciendo algo nuevo?
- ¿Le duele la tripa o la cabeza cuando está nervioso, hasta el punto de llegar a interferirle?
- ¿Puede usted dejarle solo/a en casa si va a hacer pequeños recados?
- ¿Qué tal se comporta si tiene que dormir fuera de casa?
- ¿Es un niño o niña con manías, es muy rígido/a o le cuestan los cambios?

No es sencillo para las familias que no lo han vivido previamente entender la ansiedad y tenerla en cuenta por lo que en ocasiones es necesario instruir a los padres para que sean capaces de reconocer los síntomas de ansiedad en su hijo/a y sean conscientes de las posibles repercusiones. (por ejemplo, es habitual escuchar frases como “siempre lo ha hecho así, su padre también es muy maniático, o eso son cosas





de críos”). Si la familia no sospecha que determinadas conductas no son las habituales y pueden ser potencialmente dañinas para su hijo las minimizaran y esto, además de perpetuar la situación, generara en el menor la sensación de no ser validado ni ayudado. Muchos jóvenes con ansiedad pasan a la edad adulta sin ser diagnosticados. Y pueden llevar varios años presentando síntomas lo que conlleva una peor evolución.

Los estudios revelan que un diagnóstico y un tratamiento precoz disminuyen las repercusiones emocionales en el menor y favorece el pronóstico. Aunque se trata de patologías con un progreso favorable en general la ansiedad tiende a empeorar en la adolescencia y edad adulta especialmente si no ha sido identificada ni ha recibido el tratamiento adecuado.



¿Cómo se tratan?

El abordaje debe ser multimodal, la selección del tratamiento dependerá de las características individuales del paciente y de su familia teniendo en cuenta la severidad, la disfunción que ocasione y la comorbilidad.

Una manera de clasificar los tipos de tratamiento para los trastornos de ansiedad en niños y niñas es en escalones según la intensidad de los síntomas.



29 Cap.8:Escalones de tratamiento según la intensidad de los síntomas.

Manejo conductual en contexto familiar.

La primera fase de todo tratamiento requiere una intervención psicosocial y psicoeducativa con menores y familias. Es útil educar a las familias sobre qué es la ansiedad y cómo manejar las distintas situaciones.

Un buen manejo conductual puede actuar como una prevención primaria llegando a controlar los síntomas evitando la progresión hacia un trastorno. Esta indicado desde las primeras edades de la vida y en los casos leves o de reciente aparición puede ser la única intervención requerida.

Mediante la intervención en la ansiedad se consigue dotar al menor de herramientas que servirán para disminuir la frecuencia, duración y gravedad de las recaídas.

Algunas de las pautas recomendadas son:

- Validar las emociones del niño/a sin juzgarle ni castigarle por ello.
- Favorecer la expresión emocional interesándonos por sus miedos.
- Intentar que sea el menor el que elabora conciencia de problema o de irracionalidad.
- Afrontar los miedos tratando de sustituir las conductas de evitación.





- Ayudar al menor en la exposición a sus miedos de forma progresiva y proporcionada.

Intervención psicoterapéutica especializada.

Si mediante las pautas de conducta y con la ayuda de sus familiares la situación no mejora se debe derivar a la consulta especialidad (servicio de salud mental infantojuvenil), donde el equipo de psicólogos clínicos y psiquiatras trabajará inicialmente mediante psicoterapia tanto con el menor o como con sus familias.

Entre los diferentes tipos de terapia, la cognitivo conductual (TCC) es la más estudiada y que la ha demostrado mayor eficacia. Los componentes de esta terapia son la psicoeducación, el entrenamiento en manejo conductual de las familias, la reestructuración cognitiva de los síntomas, la exposición y el entrenamiento en técnicas de relajación y habilidades sociales. Estos últimos apartados pueden hacerse de forma individual o grupal.

Otras terapias que han demostrado validez son la terapia interpersonal inicialmente desarrollada para tratar la depresión, pero también los síntomas ansiosos que implica el trabajo con los diferentes miembros de la familia y los roles que estos ocupan.

Y por otro lado la terapia dialéctico conductual, en el origen desarrollada para los trastornos de personalidad, pero con módulos específicos a la hora de trabajar la regulación emocional en adolescentes.

Terapia farmacológica.

Cuando los síntomas son al menos moderados y/o duraderos, provocan una disfunción significativa o no se ha respondido a la psicoterapia se debe de iniciar tratamiento farmacológico en mayores de 8 años.

La medicación de elección son **los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)**, aunque cabe señalar que ningún ISRS está aprobado para niños, niñas y adolescentes con ansiedad. Sin embargo, sí están aprobados en niños y niñas con patologías concretas, como TOC y depresión.

Los ISRS son fármacos con una efectividad concentración-dependiente, su metabolismo es hepático y se excretan mediante la orina. Sus características farmacocinéticas hacen que los resultados tarden entre 3 y 6 semanas en ser visibles.





No hay evidencia de que ningún ISRS sea superior a otro en ningún trastorno por lo que la elección queda a criterio del clínico. Uno de los más utilizados tal vez por ser el primero disponible, y con más estudios de eficacia es la Fluoxetina, además cuenta con la aprobación para el manejo específico del trastorno obsesivo compulsivo, así como la sertralina.

Pero también han demostrado eficacia la sertralina, el escitalopram o la fluvoxamina.

Los estudios revelan unas tasas de respuesta del 60-70%.

Se debe iniciar tratamiento por la dosis más baja posible, para mejorar la tolerancia y alcanzar en un tiempo corto la mínima dosis efectiva. Aun así, un pequeño porcentaje de niños y niñas presenta efectos adversos que suelen ser dosis-dependientes.

Los efectos adversos más frecuentes, generalmente, son leves y ceden en pocos días. Podemos observar síntomas gastrointestinales: gastralgia, diarrea, alteración del apetito (aumento o disminución), náuseas y también cefalea, cansancio, boca seca, inquietud, o hiperactivación (en niños). Más raros son la hipomanía, o las conductas suicidas que son muy poco frecuentes.

Otras alternativas farmacológicas son los Antidepresivos duales o inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina como la venlafaxina y duloxetina. Son igual de efectivos que los ISRS, pero pueden provocar más efectos adversos: mayor aumento de la tensión arterial, pérdida de apetito o cansancio. Aunque no son de primera elección, la duloxetina es el único antidepresivo aprobado por la FDA para el tratamiento de TAG a partir de 7 años.

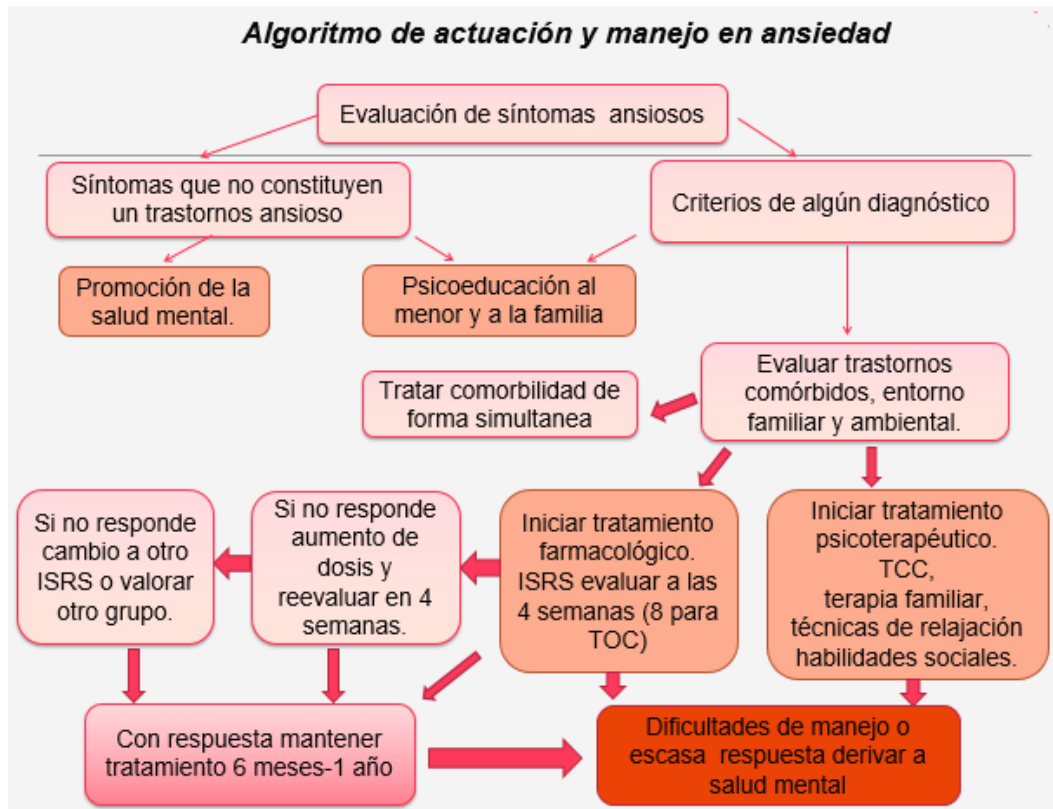
No existe consenso acerca del tiempo mínimo de utilización de los fármacos, pero se establece que deben utilizarse a medio plazo al menos entre 6 meses y un año, y su retirada debe de ser progresiva y gradual.

Los benzodiacepinas (BDZ) son otra alternativa farmacológica cuando necesitamos controlar de forma rápida y sintomática la ansiedad y preferiblemente a partir de los 9 años. No existen estudios sobre efectividad, tolerancia, dosificación y seguridad de las BDZ en niños y niñas y no están aprobadas en estas edades. Además, se conoce su capacidad de crear tolerancia y dependencia por lo que no debe usarse en un periodo superior a 4 semanas.

A pesar de las limitaciones de uso los más utilizadas en edad pediátrica son clorazepato dipotásico, clonazepam, diazepam, lorazepam y alprazolam.

La mayoría de los estudios sugieren que el tratamiento más efectivo es el tratamiento combinado: ISRS + terapia cognitivo conductual.





30 Cap.8: Algoritmo de actuación y manejo en ansiedad



¿Qué es importante recordar?

- ▶ Los trastornos ansiosos a pesar de su elevada prevalencia (aproximadamente 1 de cada 10) suelen pasar desapercibidos en estadios iniciales.
- ▶ El clínico debe realizar un cribado y realizar una esmerada anamnesis con menor y familia.
- ▶ El tratamiento de primera elección en la ansiedad en niños y niñas es la terapia conductual implicando a la familia y al paciente.
- ▶ Cuando los síntomas son moderados-graves, considerar ISRS (fluoxetina) o duloxetina, los fármacos deben mantenerse entre 6 y 12 meses.
- ▶ Las BDZ pueden ser útiles, generalmente como tratamiento coadyuvante a los ISRS de forma sintomática nunca más de 4 semanas.





¿Quieres saber más?

Bibliografía

- OMS. CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico, Madrid: Ed. Méditor; 1992.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad/ Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Principales resultados. Madrid, Marzo, 2013.
- Connolly SD, Bernstein GA; Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007; 46(2):267-83.
- Reinblatt SP, Riddle MA. The pharmacological management of childhood anxiety disorders: a review. *Psychopharmacology*. 2007; 191:67–86
- Soutullo C, Figueroa A. Convivir con niños y adolescentes con ansiedad. Editorial Médica Panamericana; 2011.





TDAH

Autoras:

María Juncal Ruiz.

Inmaculada Mier González.

Elsa García Rumayor.



¿DE QUÉ HABLAMOS?	210
¿CON QUÉ FRECUENCIA APARECEN?	211
¿POR QUÉ SE PRODUCEN?	212
<i>Genética</i>	212
<i>Factores ambientales:</i>	213
<i>Neurobiología</i>	214
¿CÓMO SE MANIFIESTAN?	215
¿CÓMO SE DIAGNOSTICAN?	218
<i>Anamnesis:</i>	218
<i>Exploración Física</i>	220
<i>Información en la escuela:</i>	221
<i>Pruebas neuropsicológicas:</i>	221
<i>Diagnóstico diferencial</i>	222
<i>Comorbilidad</i>	223
¿CÓMO SE TRATAN?	224
<i>Intervenciones psicológicas</i>	224
<i>Intervenciones psicopedagógicas</i>	224
<i>Tratamiento farmacológico</i>	225
<i>Psicoestimulantes:</i>	226
<i>Tratamientos no estimulantes:</i>	230
<i>Selección del tratamiento farmacológico:</i>	235
<i>Cuidados de enfermería</i>	236
Identificar problemas de seguridad derivados del tratamiento farmacológico pautado.....	237
Valoración de la Efectividad del tratamiento farmacológico pautado.....	240
Otros aspectos a tener en cuenta en el plan de intervención en consulta de enfermería.	242
¿CUÁNDO DERIVAR A ATENCIÓN ESPECIALIZADA?	245
¿CÓMO CURSAN?	246
¿QUÉ ES IMPORTANTE RECORDAR?	247
¿QUIERES SABER MÁS?	248





¿De qué hablamos?

El Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes y heterogéneos desde el punto de vista clínico. Los trastornos del neurodesarrollo se caracterizan por un mayor retraso en la maduración de determinadas regiones cerebrales (y por lo tanto de adquisición de habilidades específicas) respecto a los sujetos de su misma edad mental.

Aunque se caracteriza básicamente por niveles inapropiados en la capacidad de atención y autocontrol, la diferente severidad de los síntomas cardinales, la disfunción ejecutiva asociada en muchos de los casos, la elevada comorbilidad (particularmente reseñable con los trastornos de conducta y los problemas específicos del aprendizaje), así como los aspectos relacionados con el compromiso ambiental que el TDAH genera, condicionarán su variabilidad sintomática y su evolución.





¿Con qué frecuencia aparecen?

El TDAH es el problema más frecuente en la neurología del desarrollo y uno de los motivos más prevalentes en la consulta de psiquiatría infantil y neuropediatría. La prevalencia de este trastorno se sitúa aproximadamente en el 5% (3-10%). Esta prevalencia supondría la existencia en nuestro país de 400.000 niños, niñas y adolescentes afectados.

Estas cifras contrastan con la elevada frecuencia con la que niños y niñas son diagnosticados (hasta el 20% de escolares) y medicados (hasta el 10%) en algunos países según recientes estudios, lo que ha generado una alarma y preocupación social y profesional. Además, la utilización de criterios diagnósticos diferentes al DSM, como la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), puede contribuir a esta variabilidad en la prevalencia de esta patología. Los criterios de la CIE exigen que la presentación clínica de los síntomas debe ser más generalizada o multiambiental, y la comorbilidad es básicamente excluyente. En contrapartida, los criterios del DSM son más flexibles, admitiendo el diagnóstico cuando los síntomas aparecen en dos o más ambientes, aunque no tienen por qué observarse en todos. De hecho, el DSM-5 atenúa el apartado disfuncional: se precisa que los síntomas estén presentes en dos o más ambientes, no así la disfunción, que puede estar presente en sólo un ambiente. Estos cambios han podido contribuir al aumento de la prevalencia observado en los últimos años.

Además, hay que considerar que la prevalencia puede aumentar en algunas situaciones especiales como en los hijos de padres separados (se ha descrito un aumento de la prevalencia 2-3 veces mayor) o en los niños/as/adolescentes que han sido adoptados (en los que la prevalencia de TDAH es 15 veces mayor que en los que no son adoptados), por lo que son subpoblaciones a las que hay que prestar una especial atención.

Aunque clásicamente se ha descrito una mayor prevalencia en varones durante la primera infancia, una distribución por sexos similar en la adolescencia y un predominio del género femenino en la edad adulta, se piensa que la distribución por sexo es más homogénea durante todas las etapas de la vida y que las diferencias que se pueden observar se deben más a sesgos motivados por la situación clínica predominante en cada etapa.





¿Por qué se producen?

Genética

Los estudios familiares han señalado históricamente una elevada prevalencia de TDAH entre progenitores y hermanos/as de pacientes con TDAH. El riesgo o probabilidad de recurrencia familiar (padre a hijo) se sitúa en el 25-50%. En sentido inverso, un progenitor o hermano/a de un niño o niña con TDAH tiene 2-8 veces más riesgo de tener este mismo trastorno que la población general; según otros estudios, el 18-25% de padres/madres con niños o niñas con TDAH cumplirá criterios de TDAH también.

Los estudios de adopción demuestran que los niños/as con TDAH tienden a asemejarse más intensamente a sus padres biológicos que a los adoptivos. Los estudios realizados sobre gemelos han demostrado la elevada participación genética en el TDAH. La concordancia diagnóstica en gemelos monocigotos se sitúa en el 70-80% y desciende al 30% en los dicigotos.

Ciertos síndromes genéticos se han manifestado por trastornos del neurodesarrollo variados. Así, síndromes conocidos, como el síndrome de Prader Willi, la distrofia miotónica de Steinert o el síndrome de Sotos, se han descrito en pacientes con trastornos del neurodesarrollo comórbidos, como trastornos del lenguaje o de la coordinación, trastorno del espectro autista (TEA), TDAH, con o sin discapacidad intelectual. Algunos autores han propuesto recientemente que deleciones genéticas podrían causar autismo o discapacidad intelectual, y las duplicaciones de las mismas regiones, se vincularían más a trastornos del aprendizaje o TDAH. Si bien las duplicaciones tienden (no siempre) a tener un perfil clínico más leve, síndromes por deleción bien establecidos en este momento (22q11, 2p15-16.1, 1q21.2, etc.) pueden manifestarse por un TDAH, con o sin rasgos dismórficos o malformaciones asociadas. La presencia de estas deleciones o duplicaciones causales es muy frecuente en pacientes con TDAH atípicos (antecedente personal de graves problemas de coordinación o lenguaje, presencia de malformaciones (como cardíacas u óseas), antecedentes familiares cercanos de autismo, discapacidad intelectual, trastornos del lenguaje graves o esquizofrenia, o presencia de rasgos dismórficos, talla muy patológica, macro o microcefalia, etc.).





Factores ambientales:

Numerosos factores prenatales y perinatales pueden tener influencia en la etiología del TDAH:

- La prematuridad es uno de los factores que claramente predispone a padecer TDAH.
- El bajo peso al nacimiento.
- Los procesos infecciosos durante la gestación.
- El tabaquismo durante el embarazo. Aunque la relación causal entre la exposición a la nicotina y el TDAH es menos evidente.
- La encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI). Dependiendo de su gravedad, puede acompañarse de un pronóstico muy variable: desde la normalidad, pasando por el TDAH, hasta la discapacidad intelectual y la parálisis cerebral.
- Desnutrición grave durante los primeros meses de vida. más del 50% de los niños/as mostrará hiperactividad y déficit de atención incluso en edades avanzadas.

Otros factores implicados en la etiología del TDAH:

- La epilepsia. Al menos un tercio de los pacientes con epilepsia tienen síntomas de TDAH. Algunos presentan trastornos del aprendizaje o del comportamiento transitorios que se correlacionan con descargas epileptiformes sin epilepsia clínica. El diagnóstico de TDAH (sobre todo del subtipo inatento) ocurre frecuentemente antes de que aparezcan crisis epilépticas, sugiriendo un antecedente común para ambas condiciones, con una odds ratio (OR) de 3,7 para inicio de crisis en pacientes TDAH del subtipo inatento (prevalencia del 37% en el TDAH inatento y del 29% para el combinado en niños/as epilépticos comparado con controles).
- Infecciones por el estreptococo del grupo A. El TDAH, al igual que otros trastornos neuropsiquiátricos (como el síndrome de Gilles de la Tourette o el trastorno obsesivo-compulsivo) podría aparecer como consecuencia de una alteración autoinmune producida por infecciones estreptocócicas.
- Resistencia generalizada a la hormona tiroidea.
- Factores nutricionales: déficit de hierro, de zinc y de ácidos omega 3.





Neurobiología

La clínica de déficit de atención e hiperactividad, así como la disregulación emocional e impulsividad que se observan en estos pacientes, se explican por una hipofunción dopaminérgica y noradrenérgica en el circuito fronto-estriado (responsable del déficit primario del control inhibitorio, alteración de las funciones ejecutivas e impulsividad), en los ganglios basales y corteza motora prefrontal (responsables de la hiperactividad), en la vía mesolímbica (responsable de la disregulación emocional, la impulsividad y alteraciones emocionales) y en el cerebelo (responsable de la mala gestión del tiempo que caracteriza a estos pacientes).

La afectación de las vías dopaminérgicas parece estar relacionada más con los síntomas de hiperactividad e impulsividad y las vías noradrenérgicas más con los síntomas cognitivos y afectivos.

Los síntomas oposicionistas se relacionan con más déficit de noradrenalina (NA) respecto a dopamina (DA) en la corteza prefrontal ventromedial.





¿Cómo se manifiestan?

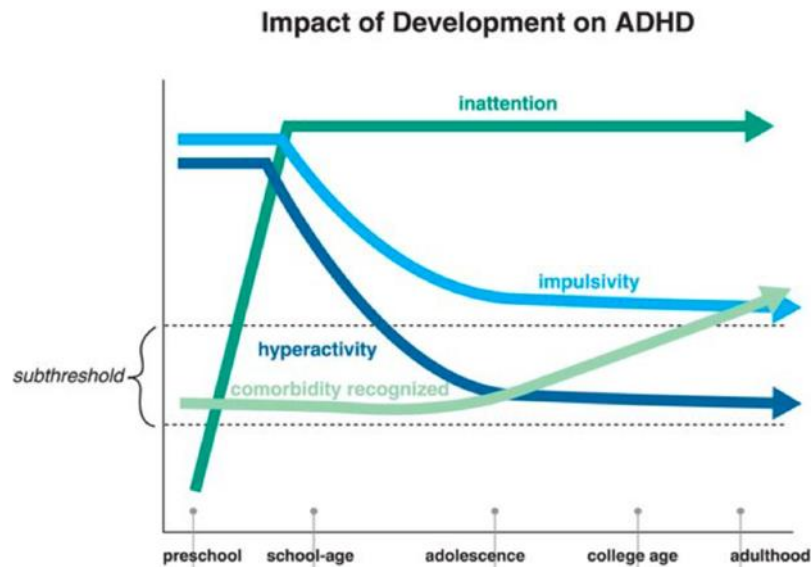
El TDAH es un trastorno muy heterogéneo desde el punto de vista clínico. Sus síntomas ya están presentes en edades preescolares, y se hacen marcadamente evidentes en la etapa escolar (ver Tabla).

- **Atención:** son niños o niñas a los que les cuesta mantener la atención en tareas ingratas, terminar tareas, fragmentando constantemente los tiempos de trabajo, asocian dificultades para organizar y planificar tareas, y no son infrecuentes los despistes u olvido, etc.
- **Impulsividad/Hiperactividad:** son inquietos/as y habladores, con frecuencia atrevidos/as, interrumpen y precipitados/as en sus respuestas y actos. Aunque su caracterización clínica básica se sustenta en la presencia de problemas atencionales, hiperactividad e impulsividad, estos síntomas cardinales no siempre están presentes con la misma intensidad e interferencia funcional.

Infantil 0-3 años	Preescolares 3-6 años	Escolares 6-14 años	Adolescentes 14-18 años	Adultos >18 años
<ul style="list-style-type: none"> » Excesiva hiperactividad. » Disregulación emocional » Temperamento "difícil". » Irritabilidad » Adaptación social limitada. » Interacción con los padres complicada. 	<ul style="list-style-type: none"> » Elevada inquietud no productiva. » No se entretiene. » Tira y rompe cosas. » Arriesgado » Juegos motóricos agresivos. » Dificultad para seguir normas básicas de juego. » Llamadas de atención. » Rabietas. » Interrupciones constantes. 	<ul style="list-style-type: none"> » Problemas escolares. » Deberes incompletos y desorganizados. » Fácil distracción. » Problemas para la realización de tareas en casa. » Molesta en clase. » Interrumpe. » Agresivo. 	<ul style="list-style-type: none"> » Pobre rendimiento. » Despistes. » No finaliza tareas. » Comportamientos de riesgo. » Rebelde o desafiante. » Irresponsable. » Siniestralidad frecuente. » Baja autoestima. » Depresión. » Problemas de conducta. » Dificultades en las relaciones sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> » Olvidos. » Descuidos. » Pobre control del tiempo. » Dificultades para terminar tareas. » Inquietud interna. » Predilección por trabajos "movidos". » Acelerado-agobiado. » Siniestros. » Problemas laborales. » Cambios de trabajo. » Irritable. » Problemas de pareja o con los hijos.

31 Cap.9: Síntomas TDAH. , reproducida del Curso Experto Universitario en Psiquiatría del niño y del adolescente impartido por la Universidad de Barcelona, 2017.





32 Cap.9: Impacto de desarrollo en TDAH, reproducida de Stahl, 2013.

Este cuadro sintomático va cambiando con la edad, haciéndose menos intenso a lo largo del desarrollo del paciente, pero no por ello menos invalidante (*Figura 1*). Son frecuentes los trastornos específicos de la lecto-escritura, que se añaden a las dificultades inherentes al propio trastorno, así como los trastornos de la conducta y consumo de sustancias tóxicas, que por sí mismos van a modificar la manifestación clínica del TDAH. La falta de inatención es lo que permanece más constante a lo largo de la vida. A partir de la adolescencia suelen aparecer trastornos comórbidos que afecta al pronóstico de estos pacientes a medio y largo plazo. La disregulación emocional constituye otro aspecto fundamental en el TDAH, aunque tampoco sea uno de los síntomas diagnósticos del TDAH. Los pacientes pueden tener problemas en todas las habilidades básicas que constituyen la competencia social: el reconocimiento, la regulación y la expresión de las emociones. La disregulación emocional se vincula frecuentemente a la severidad del TDAH y sus comorbilidades, y en sí misma tiene un impacto significativo en el funcionamiento diario del paciente.

A la triada sintomática de la inatención, la hiperactividad e impulsividad, debemos igualmente añadir la disfunción familiar presente en una gran parte de estos casos. Tanto la presencia de un TDAH en uno de los padres como la existencia de patología neuropsiquiátrica, especialmente en la esfera emocional, van a complicar la valoración del paciente y el abordaje terapéutico. Con estas circunstancias se añade el estrés familiar, prácticamente constante, los conflictos conyugales y los sentimientos de culpabilidad de muchos de los padres. Estos factores ambientales, familiares y escolares serán igualmente relevantes en el componente disfuncional del TDAH.





En el mismo sentido, la formación sobre aspectos básicos del TDAH se ha mostrado necesaria para el colectivo docente. Esta formación es necesaria para el manejo terapéutico de niños, niñas y adolescentes con TDAH. Intervenciones inclusivas pueden atenuar la sintomatología y disminuir el impacto del TDAH, así como algunas de sus comorbilidades.

Por lo tanto, con este sustrato clínico y ambiental, no es infrecuente que el complejo sintomático vaya siendo marcadamente diferente a lo largo de la edad del niño o niña, observándose problemas conductuales en la etapa preescolar, pasando por problemas académicos y dificultades sociales en los primeros años de la escuela hasta la caída en la autoestima, aparición de trastornos comórbidos y aislamiento social al final de la primera etapa escolar. Ya en la adolescencia y en la edad adulta joven, el cuadro se puede mostrar más complicado, si no se ha abordado y tratado adecuadamente; la pasividad en el terreno académico-laboral, los fracasos curriculares, los problemas comórbidos propios o intensificados en esta etapa (consumo de sustancias tóxicas, conductas asociales, etc.), la impulsividad reflejada en accidentes con motocicletas o automóviles...pueden dificultar marcadamente tanto el tratamiento como la evolución de estos pacientes.





¿Cómo se diagnostican?

Anamnesis:

Las características clínicas o rasgos señalados deben ser recogidos de forma sistemática en una entrevista realizada a ser posible con ambos padres y el propio niño/a. Inicialmente, se debe preguntar sobre la situación familiar, comportamientos y relación con los padres y estilos educativos. La Tabla 2 recoge los criterios diagnósticos del TDAH según el DSM-5.

Además, se deben recoger datos sobre el rendimiento académico, relación del niño/a con sus coetáneos, autoestima y calidad de vida. Esto permitirá analizar la repercusión que tienen los síntomas (disfunción). El DSM-5 exige la presencia de síntomas en al menos dos ambientes, pero no así la repercusión, que puede ser monoambiental. Sin embargo, ésta es necesaria para establecer el diagnóstico.

No debe obviarse la exploración de síntomas atípicos que puedan apuntar a trastornos diferentes, que pueden cursar igualmente con problemas conductuales y especialmente atencionales, como presencia de estereotipias o alteración del estado del ánimo. La recogida de estos otros síntomas es necesaria para la valoración de los trastornos comórbidos, así como el estudio de entidades excluyentes del diagnóstico.

Debe finalizarse la anamnesis con una recogida de datos lo más completa posible sobre antecedentes personales y familiares. Los primeros indagando sobre factores que puedan justificar total o parcialmente la sintomatología observada (sufrimiento perinatal, bajo peso al nacer...), o que puedan relacionarse con el propio trastorno (retrasos del lenguaje, enuresis...). A nivel familiar, es conveniente interesarse sobre la presencia de síntomas en los padres, así como por la estructura y funcionamiento familiar.





1. Inatención

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las ACTIVIDADES sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender las tareas o INSTRUCCIONES.

* Para **adolescentes mayores** y **adultos** (a partir de 17 años de edad), se requiere un **mínimo de 5 síntomas**.

- a. Con frecuencia falla en PRESTAR la debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (por ejemplo, se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
- b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (por ejemplo, tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o lectura prolongada).
- c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ejemplo, parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
- d. Con frecuencia no sigue las INSTRUCCIONES y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (por ejemplo, inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
- e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (por ejemplo, dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).
- f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en INICIAR tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
- g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billeteo, llaves, papeles de trabajo, gafas, móvil).
- h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (por ejemplo, hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

2. Hiperactividad

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender las tareas o instrucciones.

* Para **adolescentes mayores** y **adultos** (a partir de 17 años de edad), se requiere un **mínimo de 5 síntomas**.

- a. Con frecuencia juguetea o golpea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (por ejemplo, se levanta en clase, en la oficina o en otro lugar de TRABAJO, en situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
- c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, PUEDE limitarse a estar inquieto.)
- d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en ACTIVIDADES recreativas
- e. Con frecuencia está `ocupado`, actuando como si `lo impulsara un motor` (por ejemplo, es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto DURANTE un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
- f. Con frecuencia habla excesivamente.





Impulsividad

- g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (por ejemplo, termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación)
- h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (por ejemplo, mientras espera una cola).
- i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (por ejemplo, se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen los otros).

B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (por ejemplo, en casa, en el COLEGIO o el trabajo; con los amigos o familiares; en otras actividades).

D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

En función de los resultados se podrán **clasificar** las siguientes presentaciones:

- **Presentación combinada:** Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) DURANTE los últimos 6 meses.
- **Presentación predominante con falta de atención:** Si se cumple el Criterio A1 pero no se cumple el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.
- **Presentación predominante hiperactiva/impulsiva:** Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

33 Cap.9: Criterios diagnósticos DSM-5:

Exploración Física.

La mayoría de los pacientes con TDAH va a mostrar un examen físico-neurológico normal. Sin embargo, hasta un 20-25% de los pacientes puede mostrar antecedentes personales o rasgos físicos que puedan hacernos sospechar sobre un problema médico que pueda justificar la clínica TDAH.

La presencia de anomalías físicas menores o signos neurológicos menores no excluye ni confirma el diagnóstico de TDAH. No obstante, es relativamente frecuente reconocer entre pacientes con TDAH trastornos genéticos, fetopatías alcohólicas, etc., que han pasado previamente desapercibidos y que tienen una tipificación a veces conocida y un pronóstico dependiente de la propia enfermedad aparte del conforme al TDAH.

Se debe explorar:

- Talla y peso.
- Perímetro craneal.





- Tensión arterial y frecuencia cardiaca.
- Déficits visuales (como estrabismo o ambliopía) o auditivos (como otitis media crónica) que puedan condicionar el aprendizaje.
- Examen neurológico.

Información en la escuela:

Es trascendental obtener información directa de la escuela a través de cuestionarios, informes abiertos o contacto telefónico. Con frecuencia la escuela es más objetiva que los propios padres, y pueden aportar una información más ajustada a nivel académico y social. El uso de cuestionarios abreviados (ADHD-RS, Conners, SNAP-IV, EDAH...) facilita enormemente esta tarea. Estos cuestionarios están básicamente adaptados a la clasificación DSM-5, permiten recoger los síntomas de una forma sistemática y deben cumplimentarse por los profesores y la familia. Estos instrumentos deben estar validados/bareados para la población española, dada la dudosa aplicabilidad transcultural de los mismos.

Debemos señalar remarcar que estos cuestionarios, por sí mismos, no son diagnósticos; de hecho, el patrón de concordancia entre observadores puede ser bajo.

Pruebas neuropsicológicas:

Ninguna prueba psicométrica se ha mostrado específico para este trastorno, ni para su diagnóstico ni para su despistaje. Sin embargo, son de gran utilidad no sólo para determinar el nivel cognitivo, sino para comprobar el rendimiento en cada una de las pruebas que se incluyen en el mismo. Podemos estudiar la capacidad de atención sostenida, las habilidades en lectura y cálculo. Del mismo modo, pueden aportar una valoración adicional en cuanto a la evolución del paciente una vez iniciado el tratamiento pautado.

Aunque el diagnóstico de TDAH es básicamente clínico y debe sustentarse en la entrevista y la observación de la conducta, así como en una exploración física y neurológica completa. Sin embargo, la realización de evaluaciones neuropsicológicas es útil en la mayoría de los pacientes con TDAH, e ineludible y necesaria en aquellos que presentan la sospecha de un nivel cognitivo bajo o de un trastorno del aprendizaje



asociado (por ejemplo, aquellos con fracaso escolar). La presencia de un cociente intelectual límite o elevado no descartan el diagnóstico.

Diagnóstico diferencial.

Numerosos trastornos o condiciones médicas pueden manifestarse por síntomas presentes o cardinales del TDAH. Como se señalaba en la introducción, la complejidad aumenta cuando algunos de estos trastornos pueden estar asociados o ser comórbidos al propio TDAH. En la *Tabla 3* se enumeran las condiciones o trastornos en los que los síntomas de inatención o falta de control inhibitorio pueden estar presentes.

Trastornos del neurodesarrollo o psiquiátricos
1. Retraso mental
2. Trastornos del aprendizaje
3. Trastornos generalizados del comportamiento
4. Trastornos de ansiedad
5. Trastornos del estado de ánimo
6. Abuso de sustancias
Factores ambientales
1. Estrés
2. Negligencia/ abuso infantil
3. Malnutrición
4. Inconsistencia de pautas/ estilos educativos
Trastornos médicos
1. Encefalopatías (postraumáticas o postinfecciosas)
2. Epilepsia
3. Trastornos del sueño
4. Trastornos sensoriales
5. Efectos secundarios de fármacos
5. Disfunción tiroidea
6. Intoxicación por plomo
7. Anemia ferropénica

34 *Cap.9:Diagnóstico diferencial, , reproducida del Curso Experto Universitario en Psiquiatría del niño y del adolescente impartido por la Universidad de Barcelona, 2017.*





Comorbilidad.

La comorbilidad está presente en mucho más de la mitad de los casos de TDAH.

Los pacientes con TDAH padecen más síntomas de trastornos externalizantes o conductuales (oposicionista-desafiante y disocial) e internalizantes (ansiedad, trastornos del ánimo, etc.) que los niños sanos o con trastornos del aprendizaje sin TDAH asociado.

Además, como se ha comentado, el TDAH se asocia a otros trastornos del neurodesarrollo, como al TEA o al trastorno por tics. Respecto a este último, se ha referido la presencia de trastornos por tics hasta en el 18% de niños, niñas y adolescentes con TDAH, mientras que en el 40-50% de los pacientes con trastorno de Tourette cumplen criterios para TDAH. Esta relación podría estar de nuevo relacionada con la genética de los trastornos del neurodesarrollo, así como la influencia que tiene la disfunción del TDAH en la aparición de los tics en individuos genéticamente predispuestos. Así, los síntomas del TDAH suelen aparecer, aproximadamente en la mitad de los casos, de forma previa a los tics, entre 1 y 3 años antes.





¿Cómo se tratan?

Intervenciones psicológicas.

El TDAH es un trastorno complejo y heterogéneo que requiere no sólo de tratamientos farmacológicos sino también psicológicos. La combinación de ambos tipos de tratamientos constituye la opción con mejores resultados, con efectos que van más allá de la reducción de los síntomas nucleares del TDAH (p. ej., disminuyendo los síntomas oposicionistas-desafiantes y mejorando el funcionamiento social, el rendimiento académico y las relaciones padres-hijo y profesor-alumno). La incorporación al tratamiento de intervenciones psicológicas se asocia, por tanto, con una reducción significativa de la disfunción mostrada por las personas con TDAH, desde el ámbito académico hasta el familiar y personal. Además, la combinación de ambos tratamientos favorece el mantenimiento a largo plazo de los beneficios terapéuticos.

Dentro de las terapias psicológicas, las intervenciones neuropsicológicas, cognitivo-conductuales y las de modificación de conducta son las que mejores resultados han mostrado en el tratamiento tanto de los síntomas nucleares del TDAH como de la clínica comórbida. El enfoque teórico de cada una de estas intervenciones no se aborda en esta guía por su complejidad y extensión. Sin embargo, en la bibliografía se recomendará material teórico para su estudio en caso de que resulte de interés.

Intervenciones psicopedagógicas.

Uno de los ámbitos en donde se observa una mayor repercusión funcional del TDAH es el académico. Los síntomas característicos del trastorno (distractibilidad, impulsividad cognitiva e hiperactividad) y la presencia de diversos déficits neuropsicológicos (p. ej., en las funciones ejecutivas, la motivación o la supervisión del tiempo) suelen provocar problemas escolares que se observan tanto en el aula como en casa. Aunque no coexistan trastornos del aprendizaje, el rendimiento académico suele verse notablemente afectado, incluso bajo tratamiento farmacológico y psicológico. Por ello, resulta indispensable llevar a cabo un conjunto de adaptaciones metodológicas en la didáctica (técnicas y métodos de enseñanza-aprendizaje) y en la valoración del aprendizaje (métodos de evaluación). Muchas de ellas se han recogido en las guías para profesores elaboradas por las distintas asociaciones de TDAH e incluso por las propias Comunidades Autónomas.





El TDAH, junto con los trastornos de aprendizaje y las altas capacidades intelectuales, aparece reconocido en la Ley Orgánica para la mejora de la calidad educativa (LOMCE). En esta ley se establece que se llevarán a cabo las medidas curriculares y organizativas oportunas para que el alumno con el trastorno pueda alcanzar el máximo desarrollo de sus capacidades personales. Los profesores y orientadores juegan un papel fundamental a la hora de detectar posibles casos de TDAH, ya que además de su experiencia en el desarrollo de las competencias académicas, pueden comparar la intensidad y frecuencia de los síntomas con otros niños/as de similar desarrollo. Además, junto con los padres, constituyen el grupo de personas adultas con los que pasa mayor tiempo el niño, niña y adolescente. Por tanto, tienen más oportunidad para fomentar el cambio y potenciar sus habilidades.

Tratamiento farmacológico

La utilidad del tratamiento farmacológico ha sido demostrada en numerosos estudios clínicos y, junto a las intervenciones psicológicas, supone el pilar en el tratamiento del TDAH. Debe considerarse en aquellos casos leves-moderados en los que han fallado otras medidas (intervenciones psicológicas y/o psicopedagógicas) o en casos en los que hay una limitación y afectación importante de la clínica cardinal del TDAH en al menos un entorno (según DSM-5). El tratamiento farmacológico no puede considerarse como primera opción en todos los casos.

Numerosos estudios han demostrado en los pacientes con TDAH que han recibido tratamiento con psicoestimulantes, un grosor cortical y un volumen cerebral más próximo al del grupo control, en comparación con los que no han sido médicamente tratados.

En España disponemos de dos tipos de tratamientos: fármacos psicoestimulantes y no psicoestimulantes (Tabla 5), cuyas diferencias y peculiaridades serán comentadas a continuación. Ejercen su acción aumentando la disponibilidad de DA y NA en la hendidura sináptica en las distintas vías cerebrales ya comentadas (circuito mesocortical, mesolímbico, ganglios de la base y cerebelo).





FÁRMACOS DE PRIMERA LÍNEA				DURACIÓN EFECTO	DOSIS/PRESENTACIÓN
ESTIMULANTES	METILFENIDATO	MTF liberación inmediata Rubifen®		4h	Comprimidos de 5, 10 y 20mg
		MTF liberación modificada	MTF 50:50	Medikinet®	Cápsulas de 5, 10, 20, 30, 40, 50 y 60 mg
				Rubifen Retard®	Cápsulas de 10, 20, 30 y 40mg
			MTF 30:70 Equasym®		8h
	MTF Liberación prolongada Rubicrono® Concerta®		12h	Comprimidos de 18, 27, 36 y 54 mg	
	LISDEXANFETAMINA Elvanse®			13h	Cápsulas de 30, 50 y 70 mg
NO ESTIMULANTES	ATOMOXETINA Strattera®			21h	Cápsulas de 10, 18, 25, 40, 60, 80 y 100mg
	GUANFACINA Intuniv®			17h	Comprimidos de 1, 2, 3 y 4 mg
FÁRMACOS DE SEGUNDA LÍNEA					
BUPROPIÓN, VENLAFAXINA, REBOXETINA					

35 Cap.9; Fármacos utilizados en el tratamiento del TDAH.

Psicoestimulantes:

Metilfenidato (MPH):

Bloquea los transportadores de dopamina (DAT) y en menor medida de noradrenalina (NAT) de forma no competitiva, impidiendo que estos neurotransmisores sean recaptados por las neuronas presinápticas y por tanto que actúen durante más tiempo en los receptores postsinápticos.

Tras su administración oral, el MPH se absorbe rápidamente en el tracto gastrointestinal, con una biodisponibilidad del 15-50%, y con un pico en la concentración plasmática a las 1,5-3 horas de su administración. La comida acelera el momento de la concentración máxima en sangre, pero no la cantidad absorbida. Tras la absorción, el 80% es metabolizado a nivel hepático. En menor medida, el MPH es metabolizado por otras vías, pero sin intervención significativa de los citocromos P450.

En España disponemos de cuatro presentaciones de MPH (*ilustración 35*):

Metilfenidato de liberación inmediata

Inicio de acción: 30-45 minutos.

Efecto máximo: 1-2 horas.

Duración aproximada del efecto: 4 horas.



Metilfenidato de liberación modificada

Inicio de acción: 45 minutos.

Efecto máximo: primer pico a las 1,5 horas y segundo a las 4 horas.

Duración aproximada: 7-8 horas.

La absorción y curva del tratamiento puede estar condicionada por el contenido alimentario, el pH gastrointestinal y la motilidad digestiva. Con estas formulaciones se consigue una cobertura del efecto en el horario escolar razonable, aunque en ocasiones es preciso añadir otra toma tras la comida o administrar metilfenidato de liberación inmediata a la tarde. Por su formulación, las cápsulas se pueden abrir y administrar su contenido en una cucharada de alimento blando (mermelada, natillas...), lo cual facilita su administración en menores o en casos con problemas de deglución. Por su vida media, es menos frecuente que aparezcan algunos efectos observados como disminución del apetito o insomnio de conciliación.

Metilfenidato liberación OROS 22:78

Inicio de acción: 45-60 minutos.

Efecto máximo: primer pico a las 1-1,5 horas y un segundo pico más elevado a las 5-6 horas.

Duración aproximada: 12 horas.

Este MPH no se puede partir ni disolver. Su vida media y farmacocinética evita las tomas escolares y disminuye posibles efectos rebote que se observa con frecuencia con las otras formulaciones. Aunque el sistema de liberación por osmosis OROS es probablemente el menos sensible al pH gástrico y al contenido alimentario, sigue siendo dependiente del tránsito gastrointestinal, pudiendo permanecer en la cápsula cantidades del MPH no absorbidas.

Dependiendo de la edad, síntomas predominantes, exigencias académicas y clínica comórbida, escogeremos el fármaco más adecuado para cada paciente.

Se recomienda iniciar el tratamiento con dosis bajas de entre 0,3-0,5 mg/kg/día y después realizar un escalado progresivo, en 2-3 semanas, en función de la eficacia y tolerancia, hasta llegar a una dosis recomendada de entre 0,8-1,5 mg/kg/día. En casos excepcionales, se necesitan dosis superiores a 1,5 mg/kg/día. En esos casos sería recomendable replantearse el diagnóstico, la posibilidad de sintomatología comórbida y derivar a Salud Mental Infante-Juvenil.

Las interacciones del MPH con otros fármacos son escasas. El consumo conjunto con alcohol puede incrementar la concentración máxima del MPH hasta en un 40%. Puede inhibir el metabolismo de algunos antiepilépticos (fenobarbital, fenitoína y



primidona), anticoagulantes cumarínicos y de algunos antidepresivos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

Lisdexanfetamina (LDX):

Es el único profármaco para el tratamiento del TDAH, compuesto por dexanfetamina y L-lisina. La LDX en sí misma es inactiva. Tras la ingesta oral, la LDX es rápidamente absorbida en el tracto intestinal sin claras interferencias por el pH gástrico o la motilidad intestinal, y dividida por un mecanismo de hidrólisis en la membrana del glóbulo rojo, en L-lisina y dexanfetamina. La lisis de la LDX en la pared intestinal y en el hígado es escasa. Cuando la LDX es administrada por otras vías (nasal o inyectada), la curva plasmática es similar a la obtenida con la administración oral, lo que contribuye a su perfil de seguridad.

Bloquea los transportadores de dopamina (DAT) y en menor medida de noradrenalina (NAT) de forma competitiva, impidiendo que estos neurotransmisores sean recaptados por las neuronas presinápticas y por tanto que actúen durante más tiempo en los receptores postsinápticos. Además, la LDX puede ser recaptada por la neurona presináptica. Dentro de la neurona presináptica actuaría inhibiendo el transporte de DA y NA dentro de las vesículas presinápticas, por lo que aumentaría la concentración citoplasmática de estos dos neurotransmisores. Esto favorecería la salida a la hendidura sináptica de estos dos neurotransmisores a través de los DAT y NAT, que invertirían su sentido con el objetivo de igualar la concentración de NA y DA fuera y dentro de la neurona presináptica. Estas diferencias en los mecanismos de acción entre el MPH y la LDX podrían justificar la diferencia en su eficacia y tolerancia.

La concentración máxima de LDX se alcanza tras una hora de su ingesta. La vida media de la dexanfetamina (molécula activa) es de 9 horas, con una eficacia clínica hasta de 13 horas, que se alcanza de forma estable a partir del 5º día de administración. La comida no parece afectar a la concentración máxima de LDX ni al área bajo la curva, si bien puede retrasar en 1 hora el tiempo en el que se alcanza la concentración máxima tras una comida muy grasa. Tras la administración oral, aproximadamente el 96% de la dosis total se elimina por la orina, con un metabolismo oxidativo escaso, no dependiente de enzimas P450. Su absorción y metabolismo le aportan igualmente una escasa variabilidad interpersonal. Son cápsulas cuyo contenido se puede disolver en líquidos si los pacientes tienen dificultad para tragar, a diferencia del MPH de liberación osmótica-Oros.

Aunque las anfetaminas son un tratamiento de primera elección en el tratamiento para el TDAH, en España, la LDX está indicada en aquellas situaciones en las que





se ha obtenido una respuesta inapropiada a tratamientos previos. En estos casos, deberá retirarse el tratamiento previo e iniciar una pauta ascendente, empezando con dosis bajas de LDX. Aunque la dosis mínima comercializada es de 30 mg, se puede empezar con dosis más bajas en niños y niñas de menor edad, diluyendo su contenido y administrando parte de éste. Se ajustará progresivamente según tolerabilidad y eficacia. Debido a las diferencias de la LDX con el MPH y otras anfetaminas, no se puede ajustar la LDX en base a las dosis previas que el paciente tomaba de otros psicoestimulantes.

La LDX puede potenciar los efectos psicoestimulantes de otras sustancias como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y serotonina-noradrenalina, los antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos, el bupropión y los inhibidores de la monoaminoxidasa. La vitamina C o cualquier situación que pueda acidificar el pH urinario puede disminuir la vida media de las anfetaminas en sangre y, en contrapartida, las sustancias alcalinizantes pueden disminuir la excreción urinaria.

Efectos adversos de los psicoestimulantes:

Aunque los efectos secundarios de los estimulantes pueden presentarse hasta en un 30% de los casos, estos suelen ser leves y/o transitorios. Condicionan la retirada del tratamiento en menos del 4-5% de los casos. Los efectos adversos parecen ser discretamente más frecuentes en niños y niñas pequeños o en pacientes tratados con dosis elevadas. La frecuencia de efectos adversos parece discretamente más elevada en pacientes tratados con LDX que con MPH, pero no tienen por qué ser más intensos. Esto se debe probablemente al “doble mecanismo de acción” que tiene la LX respecto al MPH.

Los efectos adversos más frecuentes son pérdida de apetito e insomnio de conciliación. Otros menos frecuentes son cefalea, molestias digestivas, náuseas, disforia y agitación (sobre todo cuando disminuye la acción del MPH o aparece efecto “rebote”). Otros efectos adversos más infrecuentes son taquicardia, palpitaciones, aparición o empeoramiento de tics, nerviosismo o irritabilidad y excesiva inhibición. La curva farmacocinética de la LDX es más plana y con menos fluctuaciones o picos que la del MPH; esto condiciona que los pacientes, sobre todo a partir de la adolescencia, refieran una mejor tolerancia y menor sensación de aplanamiento (fundamentalmente a mediodía o en las primeras horas de la tarde, cuando la concentración en plasma es mayor).

La pérdida de apetito rara vez condiciona la suspensión del medicamento. Si es mantenida en el tiempo, se recomienda forzar la ingesta o incluso añadir alimentos o suplementos hipercalóricos. Si la pérdida de apetito se acompaña de pérdida de peso





significativa, se deben plantear “vacaciones terapéuticas” o cambio por fármacos no estimulantes.

Los problemas de sueño son realmente frecuentes en pacientes con TDAH. Los psicoestimulantes pueden dificultar su inicio y alterar su arquitectura. En estos casos, es importante higienizar los hábitos de sueño. Deberá valorarse el empleo de psicoestimulantes de acción más corta (aunque esto puede asociarse a un empeoramiento clínico en las tardes), el cambio por tratamientos no psicoestimulantes o el uso simultáneo de inductores del sueño como la melatonina.

Respecto a los tics, tan sólo en una minoría de pacientes pueden empeorar o aparecer de nuevo. Es importante tener en cuenta la predisposición compartida de muchos pacientes tanto a desarrollar tics como clínica TDAH, siendo frecuente que esta última se anticipe cronológicamente al inicio de los tics. En tratamientos prolongados, algunos estudios sobre pacientes con trastornos por tics y TDAH muestran cómo el porcentaje acumulativo de aparición de tics es menor en los pacientes tratados con MPH y mayor el porcentaje acumulativo de desaparición de estos en este mismo grupo. Independientemente, parece prudente vigilar la aparición o recrudecimiento de los tics en pacientes con antecedentes personales o familiares de trastornos por tics que vayan a recibir tratamientos con psicoestimulantes. Ante la aparición o empeoramiento de los tics, deberá plantearse la reducción de la dosis del estimulante empleado, la sustitución por tratamientos no psicoestimulantes o la combinación terapéutica con agentes más específicos en el manejo de los tics (neurolepticos o alfa-2-agonistas).

Además, en un porcentaje pequeño de casos y probablemente en relación con unos rasgos ansioso-obsesivo de base, los estimulantes pueden producir o empeorar síntomas obsesivos. Esta sintomatología suele remitir al disminuir la dosis, retirar el fármaco o sustituirlo por un fármaco no estimulante.

Tratamientos no estimulantes:

Aunque en general se consideran tratamientos de segunda línea por su menor eficacia debido a su escasa acción sobre la DA, tienen su indicación principal en aquellos casos en los que hay sintomatología comórbida como problemas de disregulación emocional o trastornos de conducta (en los que hay una disminución fundamentalmente de NA), clínica ansiosa o tics que empeoran con el tratamiento con psicoestimulantes.





Guanfacina:

Es un agonista $\alpha 2A$ -adrenérgico, muy selectivo con escasa afinidad por otros receptores adrenérgicos, como los $\alpha 2B$ y $\alpha 2C$, por lo que produce mucha menos somnolencia y disminución de frecuencia cardiaca y tensión arterial, que la clonidina, otro agonista $\alpha 2$ -adrenérgico que se une por igual a todos los receptores señalados. Sin embargo, a pesar de esta mayor selectividad por el receptor $\alpha 2A$ -adrenérgico, la somnolencia es el efecto adverso más observado, sobre todo a corto plazo, observándose con el paso de las semanas una tolerancia y por tanto menor frecuencia de este efecto adverso.

La guanfacina produce su acción terapéutica a través de su unión a los receptores $\alpha 2A$ -adrenérgicos postsinápticos en la corteza prefrontal (CPF). Aunque los mecanismos exactos de acción de los tratamientos para el TDAH son desconocidos, los psicoestimulantes podrían actuar indirectamente sobre los receptores $\alpha 2A$ -adrenérgicos, incrementando los niveles de catecolaminas endógenas, mientras que la guanfacina actuaría directamente sobre los receptores $\alpha 2A$ -adrenérgicos postsinápticos. Además, la guanfacina parece promover la maduración de las espinas dendríticas en la CPF, lo que sugiere un potencial efecto sobre la plasticidad y la mejora en el desarrollo cortical.

Los comprimidos de guanfacina contienen hidroclorehidrato de guanfacina (de liberación retardada). Una vez ingerida, su biodisponibilidad es muy elevada (80%). En plasma, la guanfacina se une en un 70% a proteínas y es inicialmente metabolizada en el hígado por enzimas microsomales citocromo p450 (CYP) 3A4. Tiene una vida media de 17 horas y la mitad de la dosis de la guanfacina se elimina por la orina sin cambios. Cuando la guanfacina se administra con comidas de alto contenido graso, la concentración máxima y la AUC se elevan en un 75 y un 40% aproximadamente respecto a la administración de guanfacina en ayuno. Dados los hábitos alimenticios españoles, este perfil farmacocinético podría no ser relevante si se administra la guanfacina al desayuno, aunque podría adquirir un valor añadido si se administra a la comida o a la cena. Por el sistema de liberación de la guanfacina, los comprimidos no deben masticarse o romperse para facilitar su deglución, ya que la exposición y liberación de la guanfacina puede incrementarse.

Se comercializa en comprimidos de 1, 2, 3 y 4 mg (*Tabla 5*). El tratamiento debe ser iniciado lentamente, vigilando la tolerabilidad y efectividad del mismo. Se recomienda evitar incrementos superiores a 1 mg por semana, si bien, ante la aparición de efectos adversos, podemos incrementar la dosis más lentamente. El beneficio clínico puede depender del peso del paciente, y la mayor eficacia se ha registrado con dosis aproximadas de 0,1 mg/kg de peso y día, si bien dosis inferiores pueden ser igualmente efectivas. De hecho, para actuar sobre problemas de disregulación





emocional o problemas de conducta, suelen precisarse dosis inferiores (entre 1-2 mg/día) que para el tratamiento de los síntomas cardinales del TDAH (0,1 mg/kg/día). Puede utilizarse en monoterapia o en combinación con fármacos psicoestimulantes. El tratamiento combinado permite reducir la dosis de ambos fármacos, lo que puede mejorar la tolerancia sin reducir la efectividad.

El metabolismo hepático de la guanfacina puede verse alterado por otros tratamientos inhibidores o inductores del CYP3A4. Así, el ketoconazol, potente inhibidor del CYP3A4, favorecerá concentraciones plasmáticas de guanfacina mayores. En el sentido contrario, la rifampicina, inductor de la misma vía metabólica, reducirá dichos parámetros. Por la acción depresora de la guanfacina, debe emplearse con precaución en pacientes que estén recibiendo otros tratamientos con acción depresora del SNC o en pacientes que están tomando fármacos antihipertensivos.

Efectos adversos: los efectos adversos más frecuentes son la somnolencia, la cefalea, la fatiga y el dolor abdominal. Aunque los efectos adversos del tratamiento se llegan a observar inicialmente en el 80% de los pacientes tratados, suelen desaparecer en las siguientes semanas y condicionan la retirada de éste en el 10-12% de los casos. El aumento más lento de la dosis (cada dos semanas) se ha asociado con una mejor tolerancia. En comparación con la atomoxetina, produce más somnolencia y fatiga, pero menos dolor abdominal y pérdida de apetito.





Atomoxetina:

Actúa inhibiendo la recaptación presináptica fundamentalmente de NA en CPF pero también de DA, ya que en la CPF la recaptación de DA se realiza por el transportador NAT. No afecta los niveles de catecolaminas en el núcleo estriado ni en el accumbens, lo que se ha relacionado con un beneficio en el apartado de seguridad, ya que estas estructuras se han implicado en el control de los movimientos/ tics y en el abuso de sustancias respectivamente.

Se absorbe bien tras su administración por vía oral con una biodisponibilidad del 63-94%. Se une a proteínas en el 98% y se metaboliza en el hígado por el citocromo P450 2D6 (CYP2D6) a metabolitos con actividad clínica significativa. Se excreta en la orina (80%) y con las heces (17%). Su vida media plasmática es de 21h. Los tratamientos que inhiben el P450 2D6 como bupropion, fluoxetina, paroxetina y quinidina elevan los niveles de atomoxetina en plasma. No debe emplearse simultáneamente con inhibidores de la monoaminoxidasa u otros tratamientos con efecto simpaticomimético.

Se comercializa en dosis de 10, 18, 25, 40, 60, 80 y 100 mg (*Tabla 5*). La dosis recomendada al inicio es de 0,5 mg/kg/día al desayuno. El aumento de dosis debe ser progresivo y lento para mejorar su tolerancia y se recomienda llegar a una dosis de entre 1-1,2 mg/kg/ día. Puede utilizarse en monoterapia o en combinación con fármacos psicoestimulantes. El tratamiento combinado permite reducir la dosis de ambos fármacos, lo que puede mejorar la tolerancia sin reducir la efectividad.

Efectos adversos: los efectos secundarios más frecuentes son la pérdida de apetito, las molestias gastrointestinales y la somnolencia o cansancio, en cuyo caso puede emplearse por la noche, disminuyendo en este caso su eficacia a lo largo de todo el día.





Efectos adversos	Psicoestimulantes (metilfenidato y lisdexanfetamina)	No psicoestimulantes (atomoxetina)
Trastornos metabólicos y nutricionales		
» Disminución del apetito	++	++
» Descenso de peso	+	+
Trastornos psiquiátricos y del sistema nervioso		
» Insomnio de conciliación	++	0
» Somnolencia	0	++
» Cefalea	+	+
» Irritabilidad y nerviosismo	+	0
» Tics	+	0
» Agresividad o agitación	+	0
» Labilidad emocional	+	+
Trastornos cardiovasculares		
» Arritmias, taquicardia o hipertensión arterial	+	+
Trastornos gastrointestinales		
» Dolor abdominal, náuseas y vómitos	+	++
» Dispepsia	+	++

36 Cap.9: Comparación de los efectos secundarios más frecuentes de los estimulantes frente a la atomoxetina, reproducida del Curso Experto Universitario en Psiquiatría del niño y del adolescente impartido por la Universidad de Barcelona, 2017.

Valoración previa antes de iniciar el tratamiento farmacológico para el TDAH:

Aunque los tratamientos para el TDAH pueden alterar la frecuencia cardíaca (los psicoestimulantes y atomoxetina aumentándola y la guanfacina disminuyéndola), de forma excepcional esto es clínicamente significativo.

Sin embargo, es necesario preguntar por antecedentes familiares de cardiopatías congénitas o muerte súbita a edad temprana (<40 años) antes de iniciar cualquier tratamiento. En caso de que haya historia familiar de alteraciones cardíacas o muerte súbita, es necesario realizar una interconsulta con cardiología (para realizar un ECG y un ecocardiograma) con el objetivo de descartar anomalías cardíacas estructurales.

Asimismo, es recomendable la monitorización periódica de la frecuencia cardíaca y la tensión arterial durante el seguimiento de estos pacientes. Además, la guanfacina puede tener un efecto discreto, aunque significativo sobre la prolongación del QT.

Seguimiento: al menos se recomienda evaluar la eficacia y tolerancia del tratamiento pautado al cabo de 1, 3 y 6 meses desde el inicio del tratamiento, y posteriormente cada 4-6 meses. Sin embargo, estos plazos son orientativos y la frecuencia de seguimiento más adecuada debe hacerse de forma individual, atendiendo a la eficacia, tolerancia y clínica comórbida.



La adherencia al tratamiento mejora con el seguimiento regular (ya sea con enfermería como con el médico de Atención Primaria o psiquiatra de referencia). Asimismo, es recomendable contactar con los orientadores del colegio para recibir información complementaria a la aportada por su familia respecto al rendimiento académico y conducta durante las horas lectivas.

Además de la frecuencia cardíaca y tensión arterial, se recomienda monitorizar la talla y el peso durante el tratamiento. En estudios diseñados para valorar este efecto, tras 2-3 años de tratamiento, la talla media de hecho no se distanciaba significativamente de la talla diana en aquellos niños y niñas en los que se deja de tomar la medicación durante el verano. Ante la presencia de un estancamiento estatural significativo, conviene realizar una valoración endocrinológica, emplear dosis bajas de medicación (estimulante o no estimulante) y valorar las “vacaciones terapéuticas”, ya que esta circunstancia suele ser reversible.

La duración del tratamiento se plantea de forma individualizada; no es infrecuente que se mantenga hasta la adolescencia, y en algunos casos incluso en la edad adulta. Como es un trastorno del neurodesarrollo y los síntomas van a mejorar con la edad, es necesario valorar periódicamente la persistencia o la remisión de los síntomas, y la repercusión que generan. Puede realizarse una prueba de retirada cada 1-2 años, en función del paciente. Para ello se suspende el fármaco durante varios días e incluso semanas, obteniendo información del funcionamiento del niño, niña o adolescente; aunque estos periodos pueden realizarse inicialmente en periodos vacacionales, deberá trasladarse a periodos lectivos para evaluar de una forma más fiable la situación clínica y disfuncional.

Selección del tratamiento farmacológico:

- » Según eficacia del tratamiento (valorar tasa de respuesta, número necesario para tratar y tamaño de efecto).
- » Duración de acción del tratamiento a lo largo del día.
- » Necesidad de efecto rápido.
- » Efecto on-off.
- » Perfil de seguridad.
- » Preferencias del paciente, padres y profesional.
- » Posibilidad de supervisión del tratamiento.
- » Edad del niño.
- » Facilidad para tragar.
- » Comorbilidad.
- » Respuesta y tolerancia a tratamientos previos.
- » Antecedentes familiares de respuesta terapéutica (farmacogenética).
- » Recursos económicos.

37 Cap.9: Selección tratamiento farmacológico, reproducida del Curso Experto Universitario en Psiquiatría del niño y del adolescente impartido por la Universidad de Barcelona, 2017.





No hay ninguna contraindicación absoluta para el empleo de psicoestimulantes ante la presencia de alguna de sus comorbilidades. Sin embargo, la presencia de las mismas puede condicionar la respuesta, la tolerabilidad o la adherencia a los psicoestimulantes. En contrapartida, la presencia de algunos trastornos comórbidos podrá favorecer el empleo de tratamientos no psicoestimulantes o el cotratamiento con otros fármacos.

Como se ha detallado a lo largo del capítulo, es recomendable en todos los casos el tratamiento multimodal. De forma particular, ante la presencia de trastornos comórbidos, la psicoterapia es muy necesaria.

TRASTORNO COMÓRBIDO	ACTITUD TERAPÉUTICA
TDAH Y DEPRESIÓN	Tratar el trastorno más disfuncional. Valorar tratamiento con psicoestimulantes + antidepresivos. » Vigilar interacciones.
TDAH Y ANSIEDAD	Valorar: » Tratamiento no psicoestimulante. » Tratamiento psicoestimulante + (ansiolítico o ISRS).
TDAH Y TRASTORNOS DISRUPTIVOS DE LA CONDUCTA	Valorar: » Tratamiento con psicoestimulantes. » Añadir alfa agonistas, neurolépticos u otros.
TDAH Y TICS	Valorar: » Tratamiento no psicoestimulante » Tratamiento psicoestimulante + (alfa agonistas o neurolépticos)
TDAH Y ABUSO DE SUSTANCIAS TÓXICAS	Valorar: » Tratamiento no psicoestimulante. » Tratamiento psicoestimulante de acción prolongada (Mph de liberación osmótica o LDX). » Supervisión muy estrecha.

38 Cap.9: Actitud terapéutica, reproducida del Curso Experto Universitario en Psiquiatría del niño y del adolescente impartido por la Universidad de Barcelona, 2017.

Cuidados de enfermería.

El protocolo de seguimiento a pacientes con TDAH en la consulta de enfermería está basado en el modelo de atención a pacientes crónicos de los Servicios de Atención Primaria. Uno de los principales objetivos es conseguir una adecuada colaboración y coordinación entre las consultas de psiquiatría, psicología y enfermería, así como una adecuada optimización de los recursos.

La intervención de enfermería tiene lugar una vez que el paciente ha sido valorado y diagnosticado por el psiquiatra y tiene como objetivo principal evaluar la tolerancia y la eficacia del fármaco, así como hacer una intervención integral con el paciente y la familia, que incluye psicoeducación sobre el TDAH.



Identificar problemas de seguridad derivados del tratamiento farmacológico pautado.

Teniendo en cuenta el mecanismo de acción de los fármacos que se utilizan en el tratamiento de esta patología, pueden aparecer algunos efectos secundarios que ya han sido comentados en el apartado de Tratamiento. Durante los primeros días, los efectos adversos más frecuentes son el dolor de barriga y de cabeza, pero suelen ser poco intensos, autolimitados y normalmente desaparecer en las siguientes semanas. La pérdida de apetito y el insomnio de conciliación son los dos efectos adversos más prevalentes, y en algunos casos se mantienen durante el tiempo que se toma el tratamiento.

- **Monitorización de la tensión arterial (TA) y frecuencia cardiaca (FC):** hay que monitorizar la TA y la FC al principio del tratamiento y durante el seguimiento. Se realiza con una frecuencia de tiempo establecida de forma variable en función de si se han alcanzado dosis terapéuticas del fármaco, o se ha detectado alguna alteración previa durante el seguimiento. En este último caso, será necesario la coordinación con el psiquiatra responsable, quien determinará la necesidad de ajustar o suspender el tratamiento y la conveniencia de derivar al paciente a cardiología para estudio.

Algunos fármacos, como la guanfacina, precisan un seguimiento más estrecho de los controles de TA y FC, ya que puede producir una hipotensión arterial y/o bradicardia, que son más frecuentes e intensos durante las primeras semanas de tratamiento. Por este motivo, en este caso, los controles de TA y FC se realizarán cada 15 días hasta alcanzar la dosis terapéutica o hasta que se produzca una adecuada tolerancia al fármaco.

- **Controles de peso y talla:** se realizan al menos con una frecuencia trimestral y junto a las cifras de peso y talla se registran los percentiles correspondientes. La disminución de apetito no siempre se asocia con pérdida ponderal. En caso de que se objetive una tendencia a perder peso o un estancamiento en la talla, los controles antropométricos tendrían que ser más frecuentes.

Se suele indicar a las familias que se compensen las comidas del día que el paciente realiza con dificultad, que suelen ser el tentempié de media mañana, la comida y la merienda, con el resto de comidas del día, garantizando un desayuno adecuado, un alimento ligero o bebido a media mañana, al menos un plato en la comida y algo en la merienda. Se pueden reservar para la cena alimentos que el niño no haya comido en las horas de la comida (pasta, arroz, carnes y pescados, etc.) siempre que no sean alimentos de difícil digestión (legumbres, mariscos, vísceras). Se recomienda que, si la cena va a ser copiosa, sea antes de las 21h para que la digestión no dificulte la



conciliación del sueño. En casos en la que pérdida de peso sea significativa se pueden administrar suplementos hipercalóricos.

- **Seguimiento de posibles alteraciones del sueño:** otro de los efectos adversos más frecuentes que producen los fármacos estimulantes es el insomnio de conciliación. En ocasiones es pasajero y después de unos meses de tratamiento se normaliza, en otros casos persiste en el tiempo y se mantiene durante todo el tiempo que dura el tratamiento farmacológico. Esto ocasiona un importante disconfort en el niño o adolescente, que le hace afrontar ese momento del día con preocupación. Cuando resulta molesto para el paciente, o bien, cuando disminuye el número de horas de sueño necesarias, se puede administrar melatonina; la melatonina resulta eficaz para mejorar la conciliación y, en ocasiones, tras unos meses de administración llega a regularse el ciclo de sueño y se puede suspender su toma. Normalmente son el paciente y la familia los que deciden el momento en que ya no ven necesaria su toma.

Un aspecto importante para abordar cuando un paciente presenta retraso en la conciliación del sueño es si realiza una adecuada higiene del sueño. Se valorará si utiliza *tablet*, móvil u ordenador cuando se acuesta o si tiene televisión en su cuarto, ya que la utilización de estos dispositivos, emisores de luz blanca, pueden provocar un retraso en la conciliación o llegar a ocasionar fragmentación de sueño.

Determinados fármacos no estimulantes que se utilizan en el tratamiento del TDAH, como la atomoxetina y la guanfacina, tienen como efecto adverso la somnolencia diurna, siendo además un efecto secundario frecuente en ambos casos. Con la Guanfacina este efecto secundario es muy prevalente en las primeras semanas de tratamiento y puede interrumpir o retrasar el incremento de dosis necesario para alcanzar la dosis terapéutica; habitualmente después de unas semanas de tratamiento manteniendo la dosis, o bien bajando a una dosis inferior, se minimiza este efecto secundario; cuando persiste se puede pasar la toma del desayuno, que es lo habitual, a la cena, como ya está expuesto en el capítulo.

- **Cefaleas:** es otro de los efectos secundarios que producen con frecuencia tanto los fármacos estimulantes como los no estimulantes. Cuando esto tiene lugar hay que valorar la frecuencia y la intensidad de las mismas, así como hasta qué punto interfieren en la vida de los pacientes. En la mayoría de los casos son de baja intensidad y suelen disminuir o ceder después de las primeras semanas de tratamiento. Si las cefaleas son intensas y frecuentes se informará a su psiquiatra que pasará a valorar la situación. Si las cefaleas son de intensidad leve o moderada y ocasionales se informará a la familia sobre la indicación de administrar la analgesia que habitualmente le pautó su pediatra.





Puede ocurrir que las cefaleas sean más frecuentes al inicio de tratamiento y que cedan con el transcurso de los meses. También hay que recordar que el psiquiatra suele informar a la familia y al paciente de que las cefaleas pueden ser intensas las primeras semanas del tratamiento y que después ceden.

- **Molestias gastrointestinales y/o náuseas:** se trata de otro efecto secundario que se puede producir con el uso de fármacos estimulante y no estimulantes, en concreto con la atomoxetina suelen ser más frecuentes y persistentes. Las náuseas se suelen producir a lo largo de la mañana y, en ocasiones, se intensifican con el ejercicio físico llegando a producirse vómitos. Suelen remitir con el tiempo o con la utilización de protectores gástricos, pero cuando persisten resulta doloroso y molesto para el paciente pudiendo llegar a ocasionar la retirada del fármaco. En consulta de enfermería de protocolo de TDAH se recomienda al paciente y familia tomar la medicación después del desayuno y con suficiente cantidad de líquido. Otra medida que se puede tomar para minimizar estas molestias consiste en evitar saltarse alguna de las comidas del día, ya que cuando esto ocurre, a las molestias que puede presentar el paciente como efecto secundario de la medicación se unen las molestias que se producen cuando se pasan excesivas horas de ayuno. Si las gastroabdominalgias no se atenúan y persisten, se informa a su psiquiatra.
- **Palpitaciones y/o pinchazos en el pecho:** suelen ser menos frecuentes que los anteriores y se producen sobre todo con los estimulantes al inicio del tratamiento. Hay que preguntar sobre ello al paciente que acude a consulta de seguimiento de protocolo de TDAH con enfermería, y si se han producido, recoger datos sobre la frecuencia, intensidad y el tiempo que se mantienen. En función de esto se informará a su psiquiatra.
- **Excesiva inhibición:** puede aparecer en las horas centrales del día, sobre todo a mediodía, coincidiendo con el pico de concentración máxima de los fármacos estimulantes en sangre. Con los fármacos no estimulantes es menos frecuente. En niños resulta llamativo y preocupante para los padres, que lo destacarán en la entrevista y, en adolescentes, son ellos mismos los que expresan su dificultad para relacionarse con iguales y la sensación de no ser ellos mismos. En estos últimos, puede ocasionar la pérdida de la adherencia terapéutica; el/la adolescente evitará la toma de la medicación para no presentar este excesivo decaimiento en un periodo en el que las relaciones sociales cobran especial importancia. Será necesario informar al psiquiatra en ambos casos. Cuando se trata de niños/as es necesario hacer ver a los padres la diferencia que deben apreciar entre un decaimiento excesivo y la ausencia de los signos de hiperactividad, que es uno de los objetivos terapéuticos que se busca con la medicación.





- **Epistaxis:** ocurren con relativa frecuencia y es necesario conocer su evolución en el tiempo, ya que pueden remitir a lo largo de tratamiento. Si persisten es necesaria la valoración por su pediatra para determinar si el paciente precisa ser derivado al otorrino.
- **Tics:** aparecen con más frecuencia con los fármacos estimulantes, ya que producen un aumento directo de la dopamina. Se solicitará a la familia y al paciente información sobre la aparición o agravamiento de tics. Además, en consulta se observará y registrará el posible agravamiento o su disminución, comunicando al psiquiatra la evolución de estos. En casos en los que haya una importante repercusión, se puede plantear el tratamiento con fármacos no estimulantes, como la guanfacina o atomoxetina.
- **Aparición de rasgos obsesivos:** como ocurre con los tics y la inhibición conductual, aparecen con más frecuencia con los fármacos estimulantes. Suele ser observado por la familia, que lo expresa en consulta con cierta alarma. El paciente puede presentar signos de onicofagia marcados, zonas de la piel erosionadas por rascado, aftas extensas, zonas de alopecia en cuero cabelludo, etc. En casos graves o con importante repercusión, se puede plantear disminuir la dosis del estimulante, sustituirlo por un no estimulante o realizar un tratamiento combinado con ambos tratamientos.

La entrevista con el niño, niña o adolescente y con la familia es fundamental para conseguir un adecuado seguimiento de los efectos secundarios. Esta entrevista se complementa con un cuestionario que valora los efectos adversos y que cumplimenta la familia en el momento basal y durante el seguimiento.

Valoración de la Efectividad del tratamiento farmacológico pautado.

La intervención de enfermería va a ir también dirigida a detectar posibles problemas en la eficacia del tratamiento farmacológico pautado al paciente. En este sentido habrá que tener presente los posibles factores que pueden afectar o modificar la eficacia de los fármacos utilizados:

- **Adherencia terapéutica:** en ocasiones el fármaco empleado no produce los efectos esperados en el control de los síntomas nucleares del TDAH, o bien el control de estos síntomas es errático e irregular. En estos casos es importante conocer si la adherencia terapéutica es correcta y el paciente está tomando la medicación de forma regular o si, por el contrario, se producen olvidos frecuentes en la toma. En todo caso, tanto en niños y niñas como en adolescentes, es necesario preguntar al paciente y a la familia cual puede ser el grado de





cumplimiento de la toma de la medicación y conocer quién es la persona responsable de que se tome adecuadamente la medicación. Con más frecuencia de lo que cabría esperar, son los niños, niñas o adolescentes quienes asumen la toma de la medicación, lo que puede aumentar la probabilidad de olvidos. Si se confirma que la adherencia es irregular, habría que explorar los posibles motivos, por ejemplo: dificultad para tragar el comprimido, rechazo al sabor del medicamento, ausencia de desayuno, no disponer del tiempo suficiente para llegar al colegio o coger un autobús, etc.

- **Forma de administrar la medicación:** como ya hemos dicho la toma de la medicación puede resultar problemático para el niño/a por la dificultad para tragar el comprimido. Para solucionar este problema nos encontramos ante distintas presentaciones de los fármacos que se utilizan para el tratamiento del TDAH; así, hay presentaciones que permiten abrir las cápsulas y verter los pellets en un alimento pastoso, tipo mermelada o yogur, lo que permite que los niños/as que no pueden “tragar las pastillas” tomen la medicación con más facilidad; esto ocurre con algunas presentaciones de metilfenidato, como el Rubifen, Medikinet o Equasym, o con la LDX (Elvanse) que permite diluir el contenido de la cápsula en líquido. Hay otras presentaciones que no tienen esta posibilidad, como ocurre con el metilfenidato de liberación osmótica (Rubicrono o Concerta), o con la guanfacina, cuyos comprimidos tienen que tragarse enteros. La atomoxetina tiene una presentación en solución, lo que facilita su toma y permite seguir con mayor comodidad las pautas ascendente o descendente al iniciar o suspender la medicación.

Es necesario informar y realizar los recordatorios necesarios sobre la conveniencia de tomar la medicación después de haber desayunado, ya que además de mejorar la biodisponibilidad del fármaco, puede atenuar las molestias gastrointestinales cuando estas se producen. Hay fármacos que, por su curva farmacocinética, pueden administrarse en otras comidas del día, siendo la más frecuente la cena. Esta posología se utiliza para evitar ciertos efectos secundarios, como la somnolencia diurna y decaimiento que pueden producir fármacos como la atomoxetina o la guanfacina.

- **Ajuste de actividades atencionales y ejecutivas a la curva de efectividad del fármaco:** cuando el médico elabora el plan terapéutico del paciente evalúa el fármaco que se adapta mejor a su perfil y, junto a otros aspectos destacados, valora factores como la jornada escolar del paciente, la presión académica y carga de deberes por las tardes o sus actividades extraescolares y clases particulares de apoyo. Esto se debe a que, como ya ha sido expuesto a lo largo del capítulo, los fármacos que se utilizan en el tratamiento del TDAH presentan distintos tiempos de eficacia.





En el plan de intervención en la consulta de enfermería se tendrá en cuenta la curva de eficacia del fármaco utilizado y se tratará de ajustar las actividades atencionales y ejecutivas del paciente a esa ventana de eficacia terapéutica.

- **Infradosificación:** la detección de una situación de infradosificación a lo largo del tratamiento es otro aspecto a tener en cuenta en la valoración de la eficacia del tratamiento farmacológico. La medicación puede ir perdiendo eficacia a lo largo del tiempo, por ejemplo, debido al aumento ponderal del paciente, o porque en algunos pacientes se genera tolerancia al fármaco empleado con el paso del tiempo. La pérdida de eficacia provoca el empeoramiento o ausencia de control de los síntomas nucleares del TDAH, la variabilidad en la respuesta o el acortamiento del tiempo de efectividad.

Es importante para su detección la entrevista con el paciente y con los padres, así como recoger la información de los tutores y profesores, que es transmitida a través de los padres.

Parar reforzar la información con datos objetivos disponemos de escalas de valoración del TDAH. La escala más utilizada en los estudios clínicos es la ADHD RS, que se debe cumplimentar por padres y profesores.

Otros aspectos a tener en cuenta en el plan de intervención en consulta de enfermería.

- **Vacaciones terapéuticas:**

Las vacaciones terapéuticas se programan durante los periodos de vacaciones escolares en pacientes en los que se ha llegado a conseguir estabilidad y una evolución positiva con el tratamiento farmacológico que se le está administrando. En principio no se recomiendan en pacientes en los que ha sido costosa y reciente la adaptación al fármaco. En estos casos puede reducirse la dosis en estos periodos en los que no precisan esfuerzo académico. El psiquiatra informará al paciente y a su familia de la pauta necesaria para realizar la suspensión del fármaco.

Para reiniciar la toma de la medicación, una vez que comienza el curso escolar, se sigue una pauta ascendente de dosificación farmacológica, por lo que será necesario explicar a la familia la forma y el momento de reinicio del tratamiento.





- **Medidas de control ambiental:**

La familia debe conocer y entender que, junto a las intervenciones psicológicas, psicopedagógicas y farmacológicas, en el núcleo familiar hay que garantizar una serie de actuaciones, que constituyen las medidas de control ambiental, y que deben desarrollarse al mismo tiempo que el resto de las intervenciones antes mencionada con el fin de garantizar un tratamiento integral del TDAH.

Algunas de estas medidas de control ambiental serían:

- En el núcleo familiar se deben intentar tener una serie de rutinas familiares, así como una organización y estructuración de las actividades diarias del paciente.
- Debe existir una coherencia familiar en rutinas y normas.
- Debe existir un criterio unívoco y normas consensuadas entre ambos progenitores y, a ser posible, extenderse a otros cuidadores que intervengan en el cuidado de los menores. Las normas deberán ser consistentes y claras.
- Los niños, niñas y adolescentes deberán conocer con claridad las normas y límites establecidos en el núcleo familiar y que su incumplimiento generará una consecuencia. Los padres deberán ser consistentes en el control de límites y en la aplicación de las consecuencias.
- El niño, niña o adolescente deberá tener organizado y ordenado su espacio en casa.
- Las órdenes e instrucciones deben de ser claras, evitando pedirles demasiadas cosas al mismo tiempo.
- La familia procurará encomendarles instrucciones y tareas que garanticen el éxito mejorando así su autoestima y la confianza en sí mismos.
- Premios y castigos: en estos pacientes se ha comprobado que los castigos repetidos pueden generar excitación y culpa, por lo que, ante un comportamiento inadecuado, se recomienda utilizar la técnica de retirada de atención o la de “tiempo fuera”.
- Valorar y recompensar las conductas positivas o adecuadas (halagos, sonrisas, caricias, etc.) para que comprenda que su buen comportamiento le proporciona el reconocimiento y aprobación de los demás.
- Respecto a la organización del trabajo académico en ámbito familiar: se recomienda utilizar la agenda personal y favorecer la comunicación escuela-familia, así como organizar y ordenar su espacio de trabajo en casa. Durante la





realización de la tarea, se recomienda evitar distractores, trabajar en la sectorización de tareas, establecer periodos de tiempo limitados para realizar una determinada tarea y utilizar autoinstrucciones para organizar sus actividades.

Como hemos dicho, estas medidas de control ambiental se contemplan dentro del plan de intervención de la consulta de enfermería en el desarrollo del protocolo de cuidados en pacientes con TDAH, su implementación requiere una dedicación individualizada en cada consulta de seguimiento a la que acude el menor, bien para informar y concienciar a la familia en un proceso que se dilata en el tiempo, bien para comprobar su adecuado seguimiento por los padres de cada paciente.

- **Psicoeducación:**

La psicoeducación a las familias y a los cuidadores mejora la comprensión del TDAH tanto de los síntomas nucleares, como del manejo de situaciones conflictivas, sobre todo a nivel conductual, lo que mejora su pronóstico.

Entre las medidas psicoeducativas que se desarrollan dentro del plan de intervención desarrollado en el protocolo destacan:

- Informar a la familia sobre los aspectos relevantes del TDAH.
- Informar a la familia sobre los aspectos relativos al tratamiento psicológico, farmacológico y de orientación a realizar en el centro educativo.
- Entrenamiento a los padres en el manejo de situaciones de desafío-rabietas-desobediencia-descontrol.
- Entrenamiento a los padres en el manejo de técnicas conductuales básicas: economía de fichas, manejo de contingencias o refuerzo positivo, penalización sin respuesta alterada inmediata, extinción, retirada de atención, “tiempo-fuera”.
- Reforzar a la familia en la positivización de paciente y manejo de su autoestima.
- Ayudar a la familia en el reconocimiento de valores y elementos positivos de su hijo.





¿Cuándo derivar a Atención Especializada?

Cuando se confirma el diagnóstico de TDAH, el pediatra de Atención Primaria puede iniciar el tratamiento escogiendo el fármaco que mejor se adecúe a las necesidades del paciente.

Es importante recordar que desde Atención Primaria sólo pueden utilizarse los metilfenidatos y la atomoxetina, reservándose para Atención Especializada el uso de lisdexanfetamina y guanfacina.

Los criterios de derivación a Atención Especializada serían:

- Dudas sobre el diagnóstico.
- Falta de eficacia o respuesta parcial a metilfenidato a pesar de tener una dosificación adecuada.
- Comorbilidad con trastornos de conducta o problemas de disregulación emocional que necesitan un abordaje psicoterapéutico coadyuvante incluyendo a la familia.
- Clínica afectiva o alteraciones graves de conducta.
- Ideación autolítica.
- Sintomatología psicótica secundaria al uso de psicoestimulantes.
- Aparición de clínica ansiosa o tics con el tratamiento que no remiten pese a disminuir la dosis.
- Efectos secundarios indeseables que obligan a la suspensión del tratamiento.





¿Cómo cursan?

El pronóstico es variable en función de la gravedad de los síntomas y de los problemas y/o trastornos que puedan coexistir con el TDAH. Un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado, influirá de forma determinante en la evolución.

Se han indicado numerosos factores predictivos positivos que pueden anticipar una mayor respuesta terapéutica, una mayor adherencia al tratamiento o una mayor satisfacción por el profesional: TDAH de predominio inatento, ausencia de ciertas comorbilidades (ansiedad, depresión, Síndrome de Tourette, trastornos específicos del aprendizaje, elevada irritabilidad o disregulación emocional), ausencia de TDAH en la madre, diagnóstico temprano, aspectos farmacogenómicos o una baja capacidad atencional para el cociente intelectual del individuo.





¿Qué es importante recordar?

- ▶ El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo cuya sintomatología empieza a hacerse evidente a partir de los 6 años. La clínica va cambiando a lo largo de la vida, disminuyendo los síntomas de hiperactividad/impulsividad con los años y manteniéndose la inatención como síntoma principal en la adolescencia y edad adulta.
- ▶ Para el diagnóstico es necesario que la clínica aparezca en al menos dos ambientes distintos y que se acompañe de una repercusión importante en al menos un ambiente.
- ▶ El tratamiento más exitoso es el que combina el tratamiento farmacológico con intervenciones psicoterapéuticas y psicopedagógicas.
- ▶ Los tratamientos para el TDAH tienen un alto tamaño de efecto, considerándose uno de los fármacos más eficientes en la medicina en general. La elección del fármaco más adecuado va a depender de la edad del paciente, la exigencia académica, la presencia de comorbilidad y la tolerancia o efectos secundarios.
- ▶ Dada la alta prevalencia de trastornos de aprendizaje en sujetos con TDAH, es necesario descartar la presencia de dificultades de aprendizaje en distintas áreas (lectoescritura, razonamiento matemático, etc.). Esto es competencia de los equipos de orientación de los colegios e institutos.
- ▶ Su pronóstico va a depender del diagnóstico precoz, abordaje adecuado de la clínica comórbida que puede presentarse durante la evolución y tratamiento adecuado teniendo en cuenta la disfunción que provoca y las necesidades de los pacientes en cada etapa de su vida.





¿Quieres saber más?


- Alda JÁ, España. Ministerio de Ciencia e Innovación, España. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, Cataluña. Generalidad. Departament de Salut, España. Instituto de Salud Carlos III. Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Madrid: MCI; 2011.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
- Brown TE. ADHD comorbidities handbook for ADHD complications in children and adults. Washington, DC: American Psychiatric Pub; 2009.
- Banaschewski T, Zuddas A, Asherson P, Buitelar J, David C, Danckaerts M, et al. ADHD and hyperkinetic disorder. Oxford; New York: Oxford University Press; 2015.
- Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. 2nd ed. New York: Guilford Press; 1998.
- Fernández-Jaén A. Diagnóstico y manejo del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En Experto Universitario en psiquiatría del niño y del adolescente. Módulo 2, Tema 2.1. Editorial Medica Panamericana; 2017.
- Faraone SV. Using Meta-analysis to Compare the Efficacy of Medications for Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder in Youths. P & T: a peer-reviewed journal for formulary management. 2009;34(12):678-94.
- Fernández-Jaén A, Martín Fernández-Mayoralas D. Medicamentos estimulantes en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. JANO. 2010;1761:69-74.
- Mardomingo Sanz MJ, Hidalgo Vicario MI, Fernández Jaén A. Curso avanzado TDAH para pediatras: manual. Majadahonda, Madrid: Ergon; 2012.
- Martín Fernández-Mayoralas D, Fernández-Jaén A. Trastorno por déficit de atención/ hiperactividad. Acta Pediatr Esp. 2010;68:227-34.
- Stahl SM. Stahl's Essential Psychopharmacology. 4th Edition. Cambridge University Press; 2013.





- Soutullo Esperón C, Alda JÁ. Guía básica de psicofarmacología del TDAH : trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Madrid: Springer; 2012. XVII, p. 484.
- Stuhec M, Munda B, Svab V, Locatelli I. Comparative efficacy and acceptability of atomoxetine, lisdexamfetamine, bupropion and methylphenidate in treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: a meta-analysis with focus on bupropion. *Journal of Affective Disorders*. 2015;178:149-59.





TICS y hábitos nerviosos

Autora:
María Ruiz Torres.



¿DE QUÉ HABLAMOS?	252
<i>Los TICS</i>	252
¿Qué son?	252
¿Cómo se clasifican?	253
¿Cómo se diagnostican?	254
¿Con qué frecuencia aparecen?	256
¿Con qué trastornos se suelen asociar?	256
<i>Hábitos nerviosos</i>	257
Tricotilomanía.	257
Trastorno de excoriación.	257
Onicofagia.	258
¿POR QUÉ SE PRODUCEN?	259
<i>Teorías biológicas</i>	259
<i>Teorías psicológicas</i>	260
¿CÓMO SE EVALÚAN?	261
¿CÓMO SE TRATAN?	262
<i>Tratamientos farmacológicos</i>	262
<i>Tratamientos psicológicos</i>	263
<i>Intervención en Atención Primaria</i>	264
¿QUIERES SABER MÁS?	266
<i>Bibliografía</i>	266
<i>Bibliografía</i>	518





¿De qué hablamos?

Comportamientos como abrir y cerrar los ojos de forma repetida, carraspear, morderse las uñas o arrancarse el pelo son frecuentes durante la infancia y la adolescencia. Hablamos de tics y hábitos nerviosos para referirnos a ellos y, aunque en la mayoría de los casos, se trata de comportamientos transitorios, benignos, que no revisten gravedad y que suelen desaparecer sin tratamiento, son un motivo de preocupación para las familias y un motivo de consulta frecuente en los servicios sanitarios, ya que pueden observarse desde un 5% hasta un 20% de niños y niñas en edad escolar.

En este capítulo revisaremos de forma breve los principales tipos de tics y de hábitos nerviosos, así como algunas pautas que pueden ser de utilidad para los profesionales de Atención Primaria.

Los TICS

¿Qué son?

Los tics se definen como movimientos que afectan a uno o varios grupos de músculos. Son involuntarios, súbitos, rápidos, recurrentes, no rítmicos, estereotipados, espasmódicos y aparentemente no persiguen ningún propósito. Tienden a ser experimentados como incontrolables, aunque pueden ser reprimidos durante un cierto periodo de tiempo.

La expresividad de los tics es muy variable, siendo influidos por parte del entorno y del estado interno de quien los padece, pudiendo agravarse o aliviarse en función de cambios en el estado de ánimo, estados de ansiedad, situaciones de estrés, cansancio o aburrimiento.

A diferencia de otros trastornos del movimiento, los tics pueden ser suprimidos a voluntad durante cortos periodos de tiempo. Si bien, esta supresión no elimina la urgencia premonitoria (sensación subjetiva desagradable en los músculos implicados en el tic que muchos pacientes identifican antes de que aparezca y que desaparece con su consecución), por lo que no es extraño que se reanuden incluso con más fuerza e intensidad tras el intento de supresión.





Otra característica específica de los tics es que, aunque asumimos que son involuntarios, el paciente puede reproducirlos con exactitud cuando se le pide, característica no presente en otros trastornos del movimiento como la corea o la distonía.

Además, a diferencia de otros trastornos del movimiento, los tics no interrumpen las actividades habituales, no distorsionan la actividad que el individuo está realizando (por ejemplo, un tic motor que implica movimientos de los miembros superiores, no obliga al sujeto a detener actividades como comer, beber o escribir, cuando aparece).

¿Cómo se clasifican?

Tics motores simples

Son movimientos repentinos y breves que afectan a un solo grupo muscular o unos pocos grupos musculares, como guiñar los ojos, fruncir la nariz, levantar los hombros, sacudir el cuello.

Hablamos de tics motores simples clónicos cuando son muy breves y de tics motores simples tónicos cuando se mantienen durante un pequeño periodo de tiempo.

Tics motores complejos

Son movimientos de mayor duración y más complejos que los anteriores, implicando varios grupos musculares e incluyen gestos faciales, gestos relacionados con el aseo, saltos, movimientos relacionados con tocar o manipular determinados objetos o conductas autolesivas.

Tics vocales simples

Hablamos de tics vocales o fonatorios cuando involucran la musculatura larofaríngea o diafragmática. Los tics vocales simples consisten en vocalizaciones, sonidos o ruidos rápidos y sin sentido. Incluyen carraspeos, ruidos guturales, gruñidos, resoplidos, aullidos, ladridos, chasquidos, etc.





Tics vocales complejos

Consisten en palabras o frases que son repetidas fuera de contexto o sin intención comunicativa, como la coprolalia (uso patológico de palabras obscenas, insultos o blasfemias), la palilalia (repetición involuntaria y repetida de las mismas palabras o sílabas) y la ecolalia (repetición de un sonido, palabra o frase que se acaba de oír).

Tics motores simples	Tics motores complejos
Parpadeo. Movimientos oculares. Apertura ocular. Elevación de los párpados. Frunción nasal. Inflar los mofletes. Movimientos bucales. Movimientos de mandíbula. Castaño de dientes. Muecas faciales. Sacudidas de cabeza. Sacudidas de cuello. Cabeceo. Encogimiento de hombros. Movimientos de los brazos. Movimientos de las manos. Movimientos del tronco. Movimientos de la pierna. Movimientos del pie.	Expresiones faciales complejas. Gestos con los ojos. Gestos con la cabeza. Movimientos complejos de boca. Gestos de hombros. Gestos de manos y brazos. Acicalarse. Aplausos. Toqueteo con los dedos. Dar saltos. Flexiones del tronco. Inclinationes del tronco. Tics de escritura. Posturas <u>distónicas</u> . Dar vueltas. <u>Copropraxia</u> . <u>Ecopraxia</u> . <u>Palipraxia</u> .
Tics vocales simples	Tics vocales complejos
Carraspeos. Tos. Inspiraciones nasales. Sorber. Sonidos guturales. Resoplidos. Ladridos. Gritos. Chasquidos. Aullidos. Gruñidos.	Emisiones de sílabas, palabras o frases. Coprolalia. Ecolalia. <u>Palilalia</u> . Bloqueos de habla. Alargar palabras. Emisiones bruscas. Emisiones fuera de contexto. Cambios en el volumen del habla. Cambios en el acento. Cambios en la prosodia.

39 Cap.10: Formas clínicas más habituales de los diferentes tipos de TICS

¿Cómo se diagnostican?

Criterios diagnósticos y sistemas de clasificación de los tics

El DSM-V (APA, 2013), al igual que las versiones anteriores de la clasificación de la APA, define un tic como una vocalización o movimiento súbito, recurrente, rápido y no rítmico.



Los trastornos por tics se incluyen dentro de la categoría de trastornos del desarrollo neurológico, en el grupo de trastornos motores. EL DSM-V incluye los siguientes trastornos por tics: el Trastorno de Gilles de la Tourette, el Trastorno de Tics Motores o Vocales Persistente, el Trastorno de Tics Transitorio y el Trastorno de Tics no especificado.

El trastorno de Gilles de la Tourette se define por la presencia de tics motores y/o tics vocales, que aparecen a lo largo de la enfermedad no necesariamente de forma concurrente (Criterio A), que persisten durante más de un año (Criterio B). Para poder realizar el diagnóstico, el trastorno debe empezar antes de los 18 años (Criterio C) y no puede explicarse mejor o atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra enfermedad médica (Criterio D).

El Trastorno de tics motores o vocales persistentes (crónico) se define por la presencia de tics motores o vocales, nunca ambos (Criterio A), que aparecen durante más de un año (Criterio B), antes de los 18 años de edad (Criterio C) y que no pueden explicarse mejor por los efectos fisiológicos directos de una sustancia u otra enfermedad médica (Criterio D). Debe especificarse si el trastorno se caracteriza por la presencia sólo de tics motores o sólo de tics vocales.

El Trastorno de tics transitorio se define por la presencia de tics motores y/o vocales, únicos o múltiples (Criterio A) que están presentes durante al menos un año desde la aparición del primer tic (Criterio B). El trastorno comienza antes de los 18 años (Criterio C), no puede ser explicado mejor por los efectos fisiológicos de una sustancia o enfermedad médica (Criterio D) y nunca se han cumplido los criterios diagnósticos del Trastorno de Gilles de la Tourette o del Trastorno de tics motores o vocales persistente (Criterio E).

La CIE-10 (OMS, 1992) diferencia cuatro categorías: el trastorno por tics transitorios (cuya duración no debe exceder los 12 meses), el trastorno crónico de tics motores o vocales (en el que aparecen tics motores o vocales durante al menos 12 meses), el síndrome de Gilles de la Tourette (donde aparecen tics motores y vocales crónicos durante al menos 12 meses) y el trastorno por tics no especificado.

Diagnóstico diferencial de los tics.

Los tics presentan algunas características que permiten diferenciarlos de otros trastornos hiperkinéticos: (1) posibilidad de ser reproducidos a demanda, (2) capacidad de autocontrol, aunque sea breve y (3) urgencia premonitoria.





Las estereotipias, también incluidas en los trastornos motores del neurodesarrollo, son objeto habitual de diagnóstico diferencial con los tics. En la siguiente tabla, se describen las características diferenciales entre ambos trastornos:

Estereotipias	Tics
Comienzo más temprano, habitualmente anterior a los 3 años.	Comienzo más tardío, habitualmente entre los 4 y 7 años.
Constantes, fijos en el tiempo.	Variables, cambiantes con el tiempo.
Implican habitualmente brazos, manos y cuerpo entero.	Implican habitualmente ojos, cara, cabeza y hombros.
Rítmicos y prolongados.	Cortos y rápidos.
No urgencia premonitoria.	Urgencia premonitoria.
Cese rápido con distracción o cambio de actividad.	Pueden intensificarse con la distracción.

40 Cap.10: Diagnóstico diferencial de los TICS

¿Con qué frecuencia aparecen?

Se estima que en torno al 18% presenta algún trastorno de tics a lo largo de su vida, siendo más frecuentes en niños que en niñas.

La edad media de inicio suele situarse en torno a los 5 años, con un pico de gravedad en torno a los 10 años. En la mayor parte de los casos el curso es benigno, mejorando y/o remitiendo en la adolescencia, alcanzando muchos de ellos una remisión completa en torno a los 13-15 años.

En cuanto a los diferentes tipos, parece que los tics motores son más frecuentes que los vocales.

¿Con qué trastornos se suelen asociar?

- Los trastornos mentales que se asocian con mayor frecuencia a los tics son el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC).
- Además, los datos señalan que los niños, niñas y adolescentes con tics presentan con una frecuencia superior a la de la población sana de trastornos de aprendizaje, alteraciones del sueño, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastorno negativista desafiante.



Hábitos nerviosos

Tricotilomanía.

El DSM-IV-TR (APA, 2002) incluía la tricotilomanía dentro de los trastornos del control de los impulsos no especificados en otros apartados.

La última versión del manual de la APA lo incluye dentro de la categoría de Trastorno Obsesivo Compulsivo y otros trastornos relacionados y lo define como el arrancamiento de pelo de forma recurrente que da lugar a una pérdida de éste (Criterio A), pese a los intentos repetidos por disminuir o dejar de arrancárselo (Criterio B).

Para efectuar el diagnóstico, es necesario que el arrancamiento de pelo genere malestar clínicamente significativo o deterioro laboral, social o de otras áreas importantes del funcionamiento de la persona (Criterio C) y no se explique mejor por la presencia de una enfermedad médica (Criterio D) o de otro trastorno mental (Criterio E).

En la infancia, las tasas de prevalencia de la tricotilomanía se sitúan en torno al 1% y el 2%, afectando por igual a niños y niñas.

Trastorno de excoriación.

A diferencia de las versiones anteriores, el DSM-V (APA, 2013) introduce en su clasificación el Trastorno por Excoriación y lo sitúa, junto con la Tricotilomanía, dentro del apartado de Trastorno Obsesivo Compulsivo y otros trastornos relacionados.

El Trastorno por Excoriación (rascarse la piel) se caracteriza por dañarse la piel de forma recurrente, dando lugar a lesiones cutáneas (Criterio A), pese a los intentos repetidos de disminuir o dejar de rascarse la piel (Criterio B), provocando malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes del funcionamiento del individuo (Criterio C). El daño en la piel no puede atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia o de una enfermedad médica (Criterio D) y el hecho de rascarse la piel no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (Criterio E).





Dado que el trastorno por excoriación es una categoría diagnóstica de reciente inclusión en los sistemas de clasificación aún no existen datos sobre su prevalencia e incidencia en población infantil.

Onicofagia.

El DSM IV-TR (APA, 2002) y la CIE-10 (OMS, 1994) incluían la onicofagia, o el hábito nervioso de morderse las uñas, dentro del apartado de otros trastornos de las emociones y del comportamiento habitual en la infancia o la adolescencia.

El DSM-V (APA, 2013) lo incluye dentro de la categoría de otros trastorno obsesivos compulsivos y trastornos relacionados bajo el título de trastorno de comportamientos repetitivos centrados en el propio cuerpo, junto a hábitos como morderse los labios o la mucosa de las mejillas y lo define como el comportamiento repetitivo de morderse las uñas pese a los intentos repetidos de disminuir o abandonar este comportamiento que genera malestar clínicamente significativo o deterioro de áreas importantes del funcionamiento del sujeto.





¿Por qué se producen?

En la actualidad no se conocen con exactitud las causas de los trastornos por tics y hábitos nerviosos y se han propuesto hipótesis que implican causas genéticas, neuroanatómicas, neuroquímicas, psicológicas, sociales y de tipo ambiental.

Teorías biológicas

Algunos autores han sugerido la presencia de factores genéticos en la transmisión del trastorno, basándose en un incremento de la frecuencia del trastorno en familiares de personas diagnosticadas y por la mayor presencia de estos problemas en niños que en niñas, aunque se desconocen los genes que podrían estar implicados en esta vulnerabilidad o predisposición genética.

En cuanto a las variables neuroanatómicas, se ha señalado que alteraciones o un pobre funcionamiento de determinadas regiones cerebrales, como los ganglios basales, el córtex premotor y el córtex motor, podrían estar relacionadas con los trastornos por tics.

También se han relacionado los trastornos por tics con alteraciones en determinados neurotransmisores como la dopamina, proponiendo que en los sujetos que sufren estos trastornos existiría un exceso de esta sustancia o una hipersensibilidad de sus receptores.

A pesar de los numerosos estudios realizados y el interés suscitado por estas teorías, la investigación no ha conseguido establecer relaciones causales entre ninguna variable de tipo biológico y la presencia de trastornos por tics y otros hábitos nerviosos, siendo una de las principales limitaciones de las teorías exclusivamente biológicas la incapacidad para explicar cómo las personas que sufren estos trastornos pueden suprimir los tics o la realización del hábito nervioso bajo determinadas situaciones o por determinados periodos de tiempo.





Teorías psicológicas

Las teorías conductuales más recientes señalan que los tics, al igual que el resto de las conductas, se mantienen por sus consecuencias. En este caso, aparecerían determinadas consecuencias, tanto las derivadas por la propia realización de la conducta, como consecuencias sociales, que mantendrían las conductas problemáticas.



¿Cómo se evalúan?

El primer objetivo en la evaluación de los trastornos por tics y otros hábitos nerviosos es descartar la existencia de un problema o alteración neurológica que pudiese explicar el problema presentado.

A través de la entrevista clínica y el uso de registros conductuales es necesario recoger información sobre los antecedentes personales y/o familiares, el momento de aparición y la evolución de los síntomas, y el tipo y extensión de la musculatura afectada por los tics. Además, debe recogerse información sobre las características de los movimientos: periodicidad, intensidad y capacidad del sujeto para inhibirlos. Y sobre las posibles variables que estén jugando un papel importante en su aparición y mantenimiento: variables antecedentes y consecuentes.

Existen escalas para la evaluación específica de los tics. Entre las más utilizadas están la Escala de Severidad del Síndrome de la Tourette (Shapiro, Young, Feinberg, 1988), la Escala Global del Síndrome de la Tourette (Harcherick, Leckman, Detlor y Cohen, 1984) y la Escala de Severidad de Tics Motores y Vocales de Hopkins (Walkup, Rosenberg, Brown y Singer, 1992). La Escala de Severidad Global de los Tics de Yale (Cohen, Bruun y Leckman, 1988) es uno de los instrumentos más utilizados para su evaluación.

También existen pruebas que evalúan la severidad de algunos hábitos nerviosos como la Escala de Arrancamiento de Cabello del Hospital General de Massachussets (Keuthen, O'Sullivan, Ricciardi, Shera et al., 1995) para la evaluación de la tricotilomanía.





¿Cómo se tratan?

Tratamientos farmacológicos

El tratamiento farmacológico de los tics suele reservarse para aquellos casos graves en los que existe una importante afectación o deterioro de la calidad de vida.

Los neurolépticos son los fármacos más utilizados en el tratamiento de los tics, clásicos como el Haloperidol y la Pimozida (Orap ®) o atípicos como la Risperidona (Risperdal ®) o el Aripiprazol (Abilify ®). Su uso sólo está recomendado para aquellos casos en los que el trastorno provoca una importante interferencia y repercusión en la vida de quien los padece, debido a los posibles efectos secundarios derivados del tratamiento y la habitual reaparición de los síntomas al suspender la medicación.

También se han utilizado benzodiacepinas como el Clonazepam (Rivotril ®) y fármacos antihipertensivos como la Clonidina (Catapresan ®) que presentan menos efectos secundarios pero que se han mostrado menos eficaces en el tratamiento de los tics.

Fármaco	Nº dosis/Día (mg)	Dosis inicial	Rango dosis (g)
Risperidona	1-2	0.25-0.5	2-10
Aripiprazol	1-2	1-2.5	10-30
Haloperidol	2-3	0.25-0.5	2-10
Pimozida	2	0.5-1	1-8

41 Cap.10: Tratamiento de los TICS



Tratamientos psicológicos

La Inversión del Hábito (Azrin y Nunn, 1973) es el tratamiento psicológico que mejores resultados ha obtenido en el tratamiento de los tics. Los autores desarrollaron esta técnica basándose en el supuesto de que las personas no suelen ser conscientes del tic o del hábito nervioso, que se lleva a cabo tras una sensación de urgencia o incomodidad. El objetivo del tratamiento es tomar conciencia de estas conductas y disminuir su frecuencia sustituyéndolas por una respuesta diferente. El componente fundamental del método es el entrenamiento en reacción de competencia, que consiste en enseñar al sujeto a emitir una respuesta físicamente incompatible con el hábito nervioso que se pretende eliminar, de forma que éste no pueda producirse mientras la persona realiza la reacción de competencia.

En la siguiente tabla aparecen algunas de las respuestas competitivas frecuentemente utilizadas para distintos tics y hábitos nerviosos (Azrin y Nunn, 1977; Carr, 1995; Amor Andrés, 2012; modificado):

Tic / Hábito Nervioso	Respuesta Competitiva
Movimientos de cabeza	Presión del mentón sobre el pecho. Contracción de los músculos del cuello con la cabeza en posición centrada.
Tricotilomanía	Agarrar un objeto. Apretar el puño. Ponerse guantes. Ponerse un gorro.
Arrugar la nariz	Apretar los labios.
Muecas con la boca	Apretar la mandíbula y apretar los labios.
Onicofagia	Agarrar un objeto. Apretar el puño. Ponerse guantes. Situación de las manos, en posición sentada, por debajo de las piernas.

42 Cap.10: Respuestas competitivas frecuentemente utilizadas (Azrin y Nunn, 1977; Carr, 1995; Amor Andrés, 2012; modificado)

La técnica de inversión del hábito incluye la utilización de otras estrategias encaminadas a incrementar la conciencia de los tics, entrenamiento en técnicas de relajación y técnicas de motivación basadas en la revisión de la inconveniencia del hábito, el refuerzo positivo y el elogio.





Se han utilizado otras técnicas conductuales como la práctica masiva y la práctica negativa.

La práctica masiva consiste en pedir al sujeto que realice el tic de forma intencionada durante un periodo de tiempo prolongado (que normalmente se estima entre 30 y 120 minutos). El objetivo es generar cansancio y un efecto inhibitorio contrario a la realización del tic, de forma que la no ejecución del mismo pase a ser reforzante, por disminución de la fatiga.

La práctica negativa es una variación de la práctica masiva que consiste en pedir al sujeto que, tras la realización no deliberada del tic, lo repita durante un tiempo corto (en torno a 30 segundos). Se trata de un procedimiento aversivo que busca reducir la aparición de los tics haciendo contingente la práctica de estos tras su ocurrencia.

Otra de las técnicas de tratamiento empleada con frecuencia es la exposición con prevención de respuesta, consistente en exponer al niño/a a aquellas situaciones que hacen más probable la aparición del tic o del hábito nervioso (tras haber realizado una buena evaluación y registro de estas condiciones estímulares) e impedir su realización, con el principal objetivo de que el sujeto haga frente a creciente tensión que aparece antes de la aparición del hábito nervioso.

Intervención en Atención Primaria

Dar información tranquilizadora. Se debe explicar a la familia y al menor (si muestra preocupación por ello) que la mayor parte de los trastornos por tics son benignos y que su curso es transitorio, tendiendo a desaparecer en la adolescencia.

Entrevistar a los familiares y al niño/a y, si es posible a los profesores, con el objetivo de conocer si existen o no factores estresantes que pudieran estar influyendo en la aparición o mantenimiento de los tics.

Enseñar al niño/a técnicas de relajación que le ayuden a disminuir los niveles de activación y tensión muscular, descansar y dormir mejor, etc.

Basándose en la técnica de inversión del hábito, enseñar al niño/a conductas alternativas a la realización de los tics, que sean incompatibles con la realización de los mismos, para que las ejecuten cuando sientan la urgencia premonitoria.

Entrenar a los padres en estrategias para el manejo de los tics. En primer lugar, es importante no culpabilizar al niño/a. La realización de los tics no puede evitarse y no se hacen a propósito. Pese a que resulten molestos y socialmente inapropiados no sirve de nada “prohibirlos” porque el niño/a no puede controlarlos. No conviene





llamarle la atención cada vez que lleva a cabo los tics ya que, paradójicamente, se provocará un aumento de su frecuencia al incrementar el nivel de tensión y ansiedad. Lo mejor que se puede hacer cuando aparece el tic es no darle importancia, evitando así tensiones innecesarias.

Informar sobre algunas pautas que evitan la cronificación de los tics: evitar situaciones estresantes, programar adecuadamente las tareas escolares, regular los horarios de sueño, evitar un uso excesivo de televisión y videojuegos, evitar el consumo de bebidas excitantes, etc.

Por lo general, los tics transitorios no precisan tratamiento farmacológico, pero debe plantearse esta posibilidad cuando el niño/a presenta otros trastornos psiquiátricos comórbidos (como Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad o Trastorno Obsesivo-Compulsivo) o cuando el impacto que causa en la vida del menor y sus familiares es extremadamente alto, resultando incapacitante. En estos casos, se recomienda derivar el caso a la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil.





¿Quieres saber más?

Bibliografía

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
- Amor Andrés PJ. . Tics y hábitos nerviosos. En Comeche, M.A. y Vallejo, M.A. (Eds). Manual de terapia de conducta en la infancia. Madrid: Dykinson; 2012
- Azrin NH, Nunn RG. Habit-reversal: A method of eliminating nervous habits and tics. Behav Res Ther. 1973; 11: 619-628.
- Azrin, N.H. y Nunn, R.G.. Tratamiento de hábitos nerviosos. Barcelona: Martínez Roca; 1987
- Bados A. Los tics y sus trastornos. Madrid: Pirámide; 1995
- Carr JE. Competing responses for the treatment of Tourette síndrome and tic disorders. Behav Res Ther. 1995; 33: 455-456.
- Cohen DJ, Bruun RD, Leckman JF. Tourette síndrome and tic disorders: Clinical understanding and treatment. New York: Wiley; 1988
- Cohen DJ, Riddle MA, Leckman JF. Pharmacotherapy of Tourette's síndrome and associated disorders. Psychiatr. Clin. North Am. 1992; 15:771-778.
- Keuthen NJ, O'Sullivan RL, Ricciardi JN, Shera D, et al. The Massachussets General Hospital (MGH) hair pulling scale: Development and factor analysis. Psychother Psychosom. 1995; 64: 141-145.
- Mason A, Banerjee S, Eapen V, Zeitlin H, Robertson MM. The prevalence of Tourette síndrome in a mainstream school population. Dev Med Child Neurol. 1998; 40: 299-296.
- Miltenberger R G, Woods DW. Características clínicas y tratamientos de los trastornos por tics. En: Caballo VE, Simón MA (Eds.). Manual de Psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales. Madrid: Pirámide; 2001. p. 355-370





- Moriarty J, Varma AR, Stevens J, Fish M, et al. A volumetric MRI study of Gilles de la Tourette's síndrome. *Neurology*. 1997; 49:910-915
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992
- Organización Mundial de la Salud (OMS). CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento, Criterios diagnósticos de investigación. Madrid: Meditor; 1994
- Peterson BS, Riddle MA, Cohen DJ, Katz Smith JC, et al. Reduced basal ganglia volumes in Tourette's síndrome using three-dimensional reconstruction techniques from magnetic resonance images. *Neurology*. 1993; 43:941-949
- Roane HS, Piazza CC, Cercone JJ, Grados M. Assessment and treatment of vocal tics associated with Tourette's síndrome. *Behav Modif*. 2002; 26:482-496.
- Shapiro AK, Shapiro ES, Young JG, Feinberg TE. Gilles de la Tourette Syndrome. 2nd edition. New York: Raven; 1988
- Verdellen CWJ, Keisjers GP, Cath DC, Hoogduin CA. Exposure response prevention versus habit reversal in Tourette's síndrome: a controlled study. *Behav Res Ther*. 2004; 42(5): 501-511
- Walkup JT, Rosenberg LA, Brown J, Singer HS. The validity of instruments measuring tic severity in Tourette's síndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992; 31:472-477





Abuso sexual

Autora:

Naiara Navarro Olasagasti.



¿DE QUÉ HABLAMOS?	270
¿QUÉ ES?	271
¿CÓMO SE CLASIFICAN?	273
<i>Relación agresor-victima</i>	273
<i>Contenido del abuso</i>	273
¿CON QUÉ FRECUENCIA SE PRODUCEN?	274
<i>Incidencia</i>	274
<i>Prevalencia</i>	275
¿POR QUÉ SE PRODUCEN?	276
<i>¿De qué va a depender?</i>	276
¿CÓMO SE PRESENTAN?	279
<i>Indicadores Físicos</i>	279
Indicadores físicos Específicos	279
Indicadores físicos inespecíficos	280
<i>Indicadores Psicológicos</i>	281
Indicadores psicológicos específicos	281
Indicadores psicológicos inespecíficos	282
¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?	284
¿CÓMO SE INTERVIENE?	285
<i>Cuidados</i>	287
¿QUÉ FALSAS CREENCIAS EXISTEN SOBRE EL ABUSO SEXUAL?	288
¿CUÁNDO DEBEMOS DERIVAR Y NOTIFICAR LA SOSPECHA?	290
<i>Notificación de la sospecha</i>	290
¿CÓMO CURSAN?	291
¿QUÉ ES IMPORTANTE RECORDAR?	293
¿QUIERES SABER MÁS?	295
<i>Bibliografía</i>	295





¿De qué hablamos?

"Pasó un tiempo en que creí que era normal

y que a todas las niñas les hacían lo mismo"

(R. 11 años)

Los abusos sexuales hacia los niños, niñas y adolescentes, pueden constituir una de las experiencias más impactantes y traumáticas de la infancia. El Consejo de Europa estima que uno/a de cada 5 niños y/o niñas son víctimas de algún tipo de violencia sexual; otros estudios muestran que el 23% de las mujeres y el 15% de los hombres han sufrido abusos sexuales en su infancia.

El abordaje y la intervención integral en los casos de abuso sexual infantil requiere de cualificación profesional específica y de la experiencia necesaria para poder atender el problema en todas sus dimensiones, sin olvidar aspectos que en ocasiones pasan desapercibidos a quienes no están familiarizados con esta tipología de maltrato. No debemos olvidar que niños, niñas y adolescentes se encuentran en un periodo de especial vulnerabilidad en el que su personalidad se está definiendo además de presentar una importante dependencia de las personas adultas, que les lleva a vivir con gran confusión, culpabilidad e indefensión los abusos sexuales sufridos.

Por todo esto, en el presente capítulo, se abordarán de forma breve algunos aspectos de relevancia en relación con abuso sexual infantil que pudieran servir de ayuda a los profesionales sanitarios de atención primaria. No se pretende, por tanto, realizar una revisión en profundidad de los diferentes aspectos relacionados con el abuso sexual infantil, sino acercar, desde la propia experiencia del Centro de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales y Prevención del Maltrato Infantil de Cantabria (CAVAS Cantabria), aquellos aspectos que se consideran de mayor utilidad para los profesionales sanitarios de atención primaria, con el objetivo de realizar una atención más especializada y completa con los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual infantil.





¿Qué es?

Encontrar una definición para el Abuso Sexual Infantil (ASI) es complejo ya que por un lado existen dificultades para unificar criterios y por otro es una situación que se atiende desde distintas áreas: Protección Infantil, Justicia, Salud, Servicios Sociales, etc.

Algunos autores se centran en la edad considerando que para que haya abuso sexual el agresor debe ser mayor que la víctima, con una diferencia de cinco años cuando éste tenga menos de doce, y de diez años si supera dicha edad.

Para National Center of Child Abuse and Neglect, se da abuso sexual en “los contactos e interacciones entre un niño y una persona adulta, cuando ésta usa al niño/a para estimularse sexualmente él mismo, al niño/a o a otra persona. Puede ser cometido también por menores de 18 años cuando es significativamente mayor que la víctima o cuando está en posesión de poder o control”. Si además hay un móvil económico hablamos de Explotación Sexual Infantil.

Para el Sistema de Protección Infantil de la Comunidad Autónoma de Cantabria, el ASI está tipificado como un Maltrato Grave y definido como “cualquier clase de contacto e interacción sexual entre un adulto y un niño, niña o adolescente, en la que la persona adulta (que por definición posee una posición de poder o autoridad) usa a éste para su propia estimulación sexual, la del menor o la de otra persona. El abuso sexual también puede ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando ésta es significativamente mayor que el menor- víctima, o cuando está en una posición de poder o control sobre el menor”.

En el Código Penal Español son Delitos Contra la Libertad Sexual. Diferencia entre agresión y abuso. La agresión sexual conlleva violencia e intimidación y el abuso sexual no. Ambas figuras se consideran sin consentimiento por parte de la víctima y pueden conllevar penetración vaginal, anal o bucal. El abuso sexual abarca los hechos ejercidos sobre menores de 13 años, personas con trastorno mental o privados de sentido.

El consentimiento legal en el Código Penal español está en los 16 años.

La legislación contempla también para menores el exhibicionismo, explotación, prostitución y corrupción y pornografía.





Desde el punto de vista sanitario, el DSM-V lo clasifica como un problema de relación que puede necesitar atención clínica. No es un trastorno mental pero afecta al diagnóstico, curso, pronóstico y tratamiento de un paciente, pudiendo influir en la afección de varios trastornos especialmente en los relacionados con Traumas y Factores de Estrés. Se trata de cualquier tipo de actividad sexual con un niño o niña que este destinada a proporcionar una satisfacción sexual a uno de los padres, un cuidador o cualquier otro individuo que tenga una responsabilidad sobre el menor.

Una de las más completas es la definición de la Organización Mundial de la Salud que dice “se considera abuso sexual infantil a involucrar al niño en actividades sexuales que no llega a comprender totalmente, a las cuales no está en condiciones de dar consentimiento informado, o para las cuales esta evolutivamente inmaduro y tampoco puede dar consentimiento, o en actividades sexuales que trasgreden las leyes o las restricciones sociales. El abuso sexual infantil se manifiesta en actividades entre un niño/a y un adulto/a, o entre un niño/a y otro/a que, por su edad o desarrollo, se encuentra en posición de responsabilidad, de confianza o poder.

Estas actividades, cuyo fin es gratificar o satisfacer las necesidades de la otra persona, abarcan pero no se limitan a: la inducción a que un niño/a se involucre en cualquier tipo de actividad sexual ilegal, la explotación de niños/as a través de la prostitución o de otras formas de prácticas sexuales ilegales y la explotación de niños/as en la producción de materiales y exhibiciones pornográficas”.

A pesar de las divergencias hay un consenso básico en dos criterios para definir el ASI: Una relación de desigualdad (por edad, madurez, poder, control o capacidad para manipular) entre agresor y víctima y la utilización del niño, niña o adolescente como un objeto sexual ya sea para el abusador directo o para otra persona.





¿Cómo se clasifican?

Como dice Vázquez Mezquita, ni todos los abusos son iguales ni afectan de la misma manera a la integridad psicológica de la víctima.

La clasificación puede establecerse en base al tipo de relación agresor-víctima o al contenido del abuso.

Relación agresor-víctima

- Familiares: padres, hermanos, abuelos, compañero de la madre....
- Personas en contacto con el niño, niña o adolescente: compañeros, profesores, entrenadores, monitores....
- Personas desconocidas: asaltos callejeros, grooming (conductas que una persona adulta lleva a cabo a través de las redes e Internet para ganarse la confianza de un menor de edad con fines sexuales).

Contenido del abuso

- Sin contacto físico: exhibicionismo, masturbación delante del niño/a, observación del niño/a desnudo, relato de historias sexuales, proyección de imágenes o películas pornográficas, etc.
- Con contacto físico: tocamientos, masturbación, contactos buco genitales, penetración anal o vaginal (poco habitual en niños/as pequeños, se da más en adolescentes).





¿Con qué frecuencia se producen?

El abuso sexual infantil no es un problema reciente, es un problema universal y complejo, frecuente en todas las sociedades y culturas.

De la recopilación de los estudios epidemiológicos se arroja el dato de que entre un 10% y un 20% de los niños, niñas y adolescentes han sido víctimas del abuso sexual en la infancia.

Incidencia

Los estudios de incidencia muestran el número de casos nuevos que son denunciados a las autoridades o detectados por éstas en un periodo de tiempo determinado que suele ser un año. Hay que tener en cuenta que la incidencia no establece la ocurrencia real ya que la afectan multitud de factores tanto individuales de las víctimas (secretismo, vergüenza, edad, denuncia...) como factores de medición y metodológicos. En general las investigaciones concluyen que la incidencia está muy por debajo del número de casos reales.

El Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales dispone de un registro unificado de casos de sospecha de maltrato infantil (RUMI) que recopila los datos de las comunidades Autónomas, En el año 2016 hubo 828 sospechas oficialmente notificadas.

Otra fuente de datos nos la da el Ministerio del Interior. Las denuncias por delitos contra la libertad sexual hacia menores en el 2016 fueron 4.056. La memoria de la Fiscalía General del Estado da el dato de que en el año 2015 se abrieron 1.239 procesos judiciales por abusos sexuales a niños/as de los cuales llegan a sentencia 229. Esta memoria concluye en un decidido aumento de procedimientos a lo largo de los años. Lo mismo ocurre con el Registro de penados por condena de abuso sexual que ha pasado de 56 casos en 2012 a 202 en 2015. Se estima que solo se denuncian el 15% de los casos.

En el año 2002 El Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia publicó un análisis de 32.741 expedientes del Servicio de atención al menor de todas las comunidades autónomas entre 1997 y 1998. De un total de 16.189 casos de maltrato infantil un 3.6% había sufrido ASI donde el 81% eran niñas y el 19% niños.





En la memoria anual del año 2016 la Fundación ANAR (ayuda a niños y a adolescentes en riesgo) recoge el dato de que el 6,2% de las llamadas recibidas este año son por abuso sexual infantil.

Prevalencia

Los estudios de prevalencia muestran de forma más real el porcentaje de abusos que existen y se refiere al número de individuos que han sido víctimas a lo largo de su infancia.

En la primera encuesta nacional llevada a cabo con personas adultas en EEUU sobre abuso sexual informa de que reconocen abuso sexual en su infancia un 27% de mujeres y un 16% de hombres.

El estudio más completo del que se dispone en España es el realizado por López y colaboradores en 1994, encargado por el Ministerio de Asuntos Sociales de entonces. Se entrevistó a 1.821 personas de población general adulta, preguntando si recordaban haber sido abusadas antes de los 17 años. El 18,9% de la población había sido víctima de abuso, donde un 15,2% son varones y un 22,5% mujeres.

Pereda Beltrán halló una prevalencia de abuso sexual infantil del 15.5% de varones y un 19% en mujeres en un estudio de la Universidad de Barcelona de 1.033 estudiantes.

Uno de los estudios más recientes es el realizado por Cantón y Justicia en el que encuestan a 1.162 estudiantes de la universidad de Granada y concluyen que en un 9,5% de total de la muestra, un 6,5% de varones y un 10% de mujeres habían sido víctimas de abuso antes de los 13 años.

Existen pocos estudios con muestras de menores, Pereda, Guilera y Abad con una muestra comunitaria de 1.107 jóvenes de entre 12 y 17 años encuestados en siete centros escolares catalanes, obtuvieron un porcentaje de victimización sexual del 14,7% a lo largo de la vida, relativa a un 4,1% de los chicos y a un 13,9% de las chicas.

La victimización sexual es un grave problema a nivel mundial. Los porcentajes de prevalencia varían según el origen de la muestra y el sexo de la víctima, pero las cifras obtenidas aluden a un importante grupo de niños y niñas victimizados con la afección que ello conlleva.





¿Por qué se producen?

Teniendo en cuenta que cada abuso sexual es único, sí se puede establecer que se van a dar tres componentes: abusador, víctima y proceso.

El abuso sexual existe en todas las clases sociales y en todos los ambientes, casi se puede afirmar que allá donde hay un abusador puede ocurrir una situación de abuso.

¿De qué va a depender?

El abusador. Mayoritariamente el abusador y/o pedófilo es un varón. En la investigación de López ya citada, aparece el dato de un 13,9% de mujeres abusadoras. Otras investigaciones refieren que generalmente es en el contexto de una mujer madura con un chico adolescente o con problemas de adicciones o con un historial de abuso en la infancia.

Pedofilia es la excitación sexual derivada de actividades o fantasías sexuales con menores prepúberes (generalmente de 8 a 12 años). Se debe diferenciar del abusador sexual ya que hay personas que tienen relaciones sexuales con personas adultas, y que en ocasiones llevan a cabo conductas sexuales con niños/as.

Es difícil establecer un perfil de abusador. Algunos datos nos dicen que el 20% de los abusos son realizados por menores y entre los mayores de edad realizaron su primer contacto a los 16 años. Suelen ser personas cercanas al menor o bien por familia o porque desarrollan alguna profesión que requiere contacto con menores. Solo entre el 15% y el 34% son desconocidos de la víctima. El abusador presenta apariencia normal y estilo convencional en general. Tienen una personalidad inmadura con problemas de autoestima, de establecimiento de vínculos y de control de impulsos, con distorsiones cognitivas en relación al sexo donde justifican el hecho y niegan la comisión del delito.

La víctima. El abuso sexual infantil es más frecuente en mujeres (2-3 niñas por cada niño) especialmente en el abuso intrafamiliar. Las edades de mayor riesgo están comprendidas entre los 6 y 12 años donde parece influir la aparición de los primeros caracteres sexuales.

Respecto a las características del menor, los de mayor riesgo son los niños/as que pertenecen a familias desestructuradas (no solo en un sentido económico/social) o disfuncionales con bajo índice de protección, ya sea por características de la propia





familia o por contexto: carencia de afecto familiar, otros tipos de maltrato, (especialmente el abandono tanto físico como emocional), historia familiar de abuso, ausencia de padres biológicos, incapacidad de cuidado o protección de la madre, dificultades de pareja, padres dominantes, maltratadores, etc.

Especial vulnerabilidad tienen las personas con discapacidad intelectual. Se habla de hasta 10 veces más frecuentes los abusos en este colectivo. Son vulnerables también, en general, todos/as los que tienen reducida la capacidad de confrontarlo o desvelarlo, bien sea por edad de niño/a (menores de 5 años), por cualquier tipo de minusvalía, porque ha intentado contarlo y no ha sido recogido... También son de especial vulnerabilidad algunas circunstancias que hacen que el relato de la víctima se ponga en entredicho: enfermedad mental, trastornos de conducta, de personalidad, situaciones de separación y divorcio, etc.

El Proceso. El abusador desarrolla sus estrategias para conseguir su fin, donde ya cuenta, en muchas ocasiones, con una relación de confianza con la víctima y con el ambiente. Además, realiza un cálculo manipulador donde ensaya y observa la reacción del niño/a.

Es habitual que comience con un juego de contenido sexual escaso con caricias, que va avanzando hacia tocamientos primero y después a masturbación. A continuación, contacto buco-genital, para terminar en penetración en algunos casos en torno a la adolescencia. Suele repetirse varias veces y extenderse en el tiempo. Para ello, el abusador utiliza diferentes estrategias:

- En las primeras manifestaciones utilizan a menudo la sorpresa de un “juego nuevo”
- Confunde y engaña al niño/a con frases del tipo “esto es normal”, “es porque te quiero” “les pasa a todos los niños”
- Crea un clima de ocultamiento a través del secreto: “no se lo cuentes a nadie, es nuestro secreto”, “ningún niño/a lo cuenta”
- Normaliza la situación ya que todo el resto de la convivencia es la habitual y manifiesta pequeñas situaciones abusivas abiertamente (algún juego “inocente”, “un pico”, etc.)
- Utiliza el soborno concediendo al niño/a o adolescente privilegios en sus costumbres familiares, compras, regalos....
- A medida que el contenido sexual es más explícito comienzan las amenazas para generar miedo: “si lo cuentas tu mamá no te va a querer”, “algo muy malo va a pasar” “te van a llevar de casa”, etc.



Para el mantenimiento del abuso hay que tener en cuenta la adaptación del niño al mismo. Roland Summit en los años 80 describió el Síndrome de acomodación al abuso sexual infantil (no constituye un síndrome en sentido médico, pero describe el proceso de abuso), consta de 5 elementos: el secreto, la desprotección, el atrapamiento/ adaptación, revelación tardía y poco convincente y retractación.

Como consecuencia de las estrategias manipuladoras del abusador, de los afectos del niño o niña a sus figuras de referencia, de factores desprotectores que envuelven todo el acontecimiento, del miedo y la confusión que genera en ellos/as, de las compensaciones secundarias que en ocasiones reciben, de la idea de que si lo cuentan no van a ser creídos, de la vergüenza, de la culpa que genera cuando ya son capaces de hacer atribuciones, de la propia excitación sexual, etc. Los niños, niñas y adolescentes normalizan y aceptan lo vivido como un afrontamiento de supervivencia.

Es especialmente sensible el momento de la revelación, ya que si no son creídos y si devienen consecuencias negativas tras la revelación se afirman las amenazas recibidas previamente por el abusador y habrá muchas posibilidades de retractación.

El mejor factor de protección para el niño/a es que tenga la capacidad de desvelar el abuso y que sea bien recogido, ya que una vez dicho no puede volver a ocurrir, pues es en estos casos en los que la normalización del abuso se hace más potente.





¿Cómo se presentan?

El abuso sexual no es un trastorno, es una situación que puede contribuir a la aparición de un trastorno clínico. Establecer un itinerario de efecto-origen es demasiado atrevido.

La detección de un abuso va a depender en la mayoría de los casos de que la víctima lo cuente y sabemos que solo un 2% de los abusos se conocen en el momento en el que están sucediendo.

Es habitual por otra parte que se desvele al cabo de muchos años, cuando el niño/a tiene la suficiente maduración emocional para poderlo contar, especialmente en el abuso intrafamiliar.

Por otro lado, es frecuente que coexista con otros tipos de maltrato (físico y psicológico). También sabemos que solo salen a la luz un 10% y que normalmente no se notan en nada ya que la evidencia física rara vez aparece.

Lo que más nos acerca a la experiencia traumática es la valoración de una serie de indicadores que deben ser tenidos en cuenta de forma global, ya que, excepto los indicadores físicos específicos, los demás por sí solos no pueden discriminar la vivencia de un abuso.

Siempre hay que tener en cuenta un cambio brusco en el comportamiento de un niño/a o adolescente.

Indicadores Físicos

Indicadores físicos Específicos

Certifican que los abusos sexuales han ocurrido, pero están ausentes en la mayoría de los casos. Esta exploración debe hacerla pediatra, ginecólogo y forense.

- Lesiones en zona genital y/o anal
- Desgarros recientes o cicatrices de himen
- Diámetro de himen mayor de 1 cm
- Desgarro de la mucosa vaginal
- Dilatación anal y esfínter anal hipotónico





- Sangrado por vagina y/o ano
- Inflamaciones, enrojecimiento y lesiones por rascado (asociadas a hallazgos anteriores)
- Infecciones genitales o de transmisión sexual
- Sífilis
- Blenorragia
- SIDA no preexistente al momento del nacimiento
- Condilomas acuminados (conocidos como verrugas genitales)
- Flujo vaginal infeccioso con presencia de gérmenes no habituales (clamidia, tricomonas) en la flora normal del niño/a
- Embarazo
- Informe médico que confirma existencia de abuso sexual o indica sospechas importantes de que está ocurriendo

Indicadores físicos inespecíficos

- Ciertos trastornos psicósomáticos como los dolores abdominales recurrentes y los dolores de cabeza sin causa orgánica
- Trastornos de la alimentación (bulimia, anorexia nerviosa, en especial cuando se asocian)
- Fenómenos regresivos como enuresis y encopresis cuando ya habían logrado el control de esfínteres
- Infecciones urinarias repetidas sin causa orgánica o externa identificable
- Inflamaciones, enrojecimiento y lesiones por rascado en zona genital no asociadas a las descritas en el apartado de indicadores físicos específicos.
- El flujo vaginal no es normal en niñas antes de la etapa puberal. No significa que se deba a abusos, se debe estudiar cuál es la causa haciendo un examen de laboratorio y cultivos para identificar gérmenes

Estos trastornos orgánicos no tienen relación causal con el abuso y pueden aparecer sin que éste exista. Están altamente vinculados a situaciones de estrés elevado. Su presencia es únicamente un indicador de sospecha.





Indicadores Psicológicos

Indicadores psicológicos específicos.

Estos indicadores se deben evaluar teniendo en cuenta la edad y el nivel educativo del niño/a o adolescente.

Altamente específicos:

- Revelación por parte del niño/a o adolescente de haber sido objeto de abusos sexuales.

Compatibles con probable abuso:

- Conductas hipersexualizadas y/o autoeróticas infrecuentes en niños/as de la edad.
- Masturbación compulsiva
- Conductas sexualmente inapropiadas para cualquier edad
- Variantes peculiares del juego de “los médicos”, “los novios” o “papa y mama”
- Utilización de la fuerza física o la coerción psicológica para conseguir la participación de otros niños/as en juegos sexuales
- Sexualización precoz: juegos tempranos acompañados de curiosidad inusual para la edad
- Juegos sexuales con otros niños/as o adolescentes mucho menores o de un momento evolutivo distinto.
- Acercamientos peculiares a adultos/as
- Tratar de tocar u oler genitales del adulto/a.
- Aproximarse por detrás a persona agachada y realizar movimientos coitales
- Acomodarse sobre una persona adulta en la cama y simular coito
- Pedir que le introduzca o tratar de que le introduzcan la lengua al besar
- Promiscuidad sexual, prostitución o excesiva inhibición (en adolescencia)
- Niño/a o adolescente que muestra conocimientos sexuales inusuales para la edad





Indicadores psicológicos inespecíficos

Comportamientos llamativos y/o inadecuados para el nivel madurativo y que no están asociados exclusivamente a abusos sexuales. Pueden observarse como reacciones a diferentes situaciones de estrés y ponen de manifiesto los intentos por adaptarse a experiencias traumáticas.

Infancia temprana (menos de 3 años)

- Retraimiento social
- Alteraciones en el nivel de actividad junto con conductas agresivas o regresivas
- Temores inexplicables ante personas o situaciones determinadas
- Alteraciones en el ritmo del sueño

Preescolares

- Síndrome de estrés post-traumático
- Hiperactividad
- Conductas regresivas
- Trastornos del sueño (pesadillas, terrores nocturnos)
- Fobias y/o temores intensos
- Fenómenos disociativos

Escolares y pre-adolescentes

- Cualquiera de los trastornos observables en etapas anteriores
- Dificultades de aprendizaje o alteraciones en el rendimiento o de aparición brusca e inestable
- Fugas del hogar
- Retraimiento llamativo, o por el contrario hostilidad y agresividad exacerbada en el hogar y/o con sus amigos o compañeros/as de estudios
- Sobreadaptación, pseudomadurez
- Conflictos con las figuras de autoridad, junto con una marcada desconfianza hacia las personas adultas significativas
- Pequeños robos





- Mentiras frecuentes
- Sentimientos de desesperanza y tristeza
- Tendencia a permanecer en el colegio fuera del horario habitual.

Adolescentes

- Conductas violentas de riesgo para su integridad física
- Retraimiento, sobreadaptación
- Fugas del hogar
- Consumo de drogas
- Delincuencia
- Automutilaciones y otras conductas agresivas
- Intentos de suicidio
- Trastornos disociativos
- Trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia)

Las conductas hipersexualizadas es el indicador más directamente relacionado con el abuso. Los niños o niñas pequeños no conocen detalles de la relación sexual adulta sino tuvieron oportunidad de observarla o sino fueron víctimas de abuso. En este caso es altamente probable la situación de abuso.





¿Cómo se diagnostica?

Un diagnóstico clínico es contemplar y observar los signos de un trastorno para reconocer una enfermedad. El abuso sexual no es una enfermedad per se por ello hablar de diagnóstico encierra dificultades en este caso.

En el DSM –IV, el abuso sexual está catalogado en problemas relacionados con el abuso o la negligencia (abusos físicos y sexuales). El objeto de atención clínica es el abuso sexual del niño/a.

El DSM-V lo cataloga como un problema de relación, ya comentado anteriormente.

En la clasificación de enfermedades mentales de la OMS CIE-10 no aparece el abuso sexual infantil. Esta clasificación habla en su capítulo V sobre trastornos mentales y del comportamiento. En el apartado de trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, en la parte de trastornos de vinculación de la infancia reactivo describe que este trastorno se presenta como consecuencia directa de una carencia parental, abusos o malos tratos graves.

Para valorar la sospecha de un abuso sexual infantil, es necesario recoger la mayor información posible teniendo en cuenta el relato de la víctima, los indicadores descritos y los efectos del trauma. Cuando no hay evidencia física, el resultado nos habla de una probabilidad de vivencia de abuso. Teniendo en cuenta que en ocasiones no se puede ni afirmar ni descartar que el niño/a o adolescente haya vivenciado esta situación.

Dicha valoración tiene como resultado por un lado la notificación de la sospecha al sistema de protección del menor cuando el niños/a o adolescente esta desprotegido, por otro, la intervención terapéutica y por otro el proceso judicial.



¿Cómo se interviene?

Ante el conocimiento de un caso de abuso sexual infantil, debería plantearse la intervención con la víctima, desde tres objetivos principales: protegerla, evitar la victimización secundaria, y tratar las consecuencias del abuso sexual infantil.

Proteger al niño, niña o adolescente:

Un aspecto de gran importancia ante el conocimiento de una situación de abuso sexual infantil, es saber si la víctima sigue teniendo contacto con la persona abusadora. En caso de que así sea, se deberían poner en marcha los mecanismos adecuados para que esto no se dé. En este sentido, todo profesional sanitario que sospecha de un abuso sexual intrafamiliar tiene la obligación de notificarlo al Servicio de Atención a la Infancia, Adolescencia y Familia del Gobierno de Cantabria. Igualmente, teniendo en cuenta que el abuso sexual infantil constituye un delito, se debería poner en conocimiento, igualmente, del sistema judicial

Evitar la victimización secundaria:

La victimización secundaria hace referencia al fenómeno o proceso por el cual se vuelve a revictimizar al niño, niña o adolescente, tras haber sufrido esta primera victimización. Somos los/as profesionales que vamos a intervenir en estos casos, los que tenemos la responsabilidad de realizar una buena labor profesional. Para ello se debe contar con una preparación adecuada, e igualmente será necesaria una adecuada coordinación y comunicación con otros grupos profesionales que intervendrán también con este niño, niña o adolescente. Cada profesional debe conocer cuáles son las funciones a realizar, de forma que no se dupliquen actuaciones innecesarias.

Tratar las consecuencias del Abuso Sexual Infantil:

Finalmente, la intervención profesional debe ir dirigida a tratar las posibles consecuencias que se hayan podido derivar de la situación de abuso sexual infantil.





Consecuencias médicas:

Ante posibles consecuencias físicas y/o médicas de un abuso sexual infantil, se debe intentar proporcionar una atención médica adecuada que aborde las posibles lesiones que existan, tanto físicas en general, como vinculadas a zonas genitales. En función del tipo de abuso sexual que haya ocurrido se tendrá en cuenta atender protocolariamente a los siguientes:

- Profilaxis de las Enfermedades de Transmisión Sexual.
- Estudio de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).
- Prevención del embarazo.
- Si se confirmase alguna enfermedad, tratarla específicamente.

Consecuencias psicológicas y emocionales:

La vivencia de una situación de abuso sexual por parte un niño, niña o adolescente, puede provocar tanto consecuencias a corto como a largo plazo, por lo que es recomendable la derivación a un profesional de la salud mental, que pueda valorar el estado psicológico y estas posibles consecuencias psicológicas y emocionales de ese niño, niña o adolescente, para ofrecer una asistencia terapéutica adecuada. Dicha asistencia se centrará en diferentes aspectos a nivel general:

- Reconocimiento e integración de la vivencia de abuso sexual infantil en la biografía propia del niño, niña o adolescente.
- Impacto emocional y manejo de diferentes sentimientos que pueden ir relacionados con la vivencia de situaciones de abuso sexual infantil como pueden ser rabia, culpa, vergüenza y asco.
- Tratamiento de diferente psicopatología que pueda aparecer asociada.
- Trabajo con familiares en relación con la víctima.
- Normalización de la vida diaria.
- Hay que tener en cuenta que, ante una situación de abuso sexual infantil, probablemente sus familiares más cercanos puedan necesitar también de ayuda especializada para integrar estos sucesos a nivel psicológico y emocional, por lo que podría ser necesaria una derivación a servicios especializados de salud mental.

Finalmente, hay que contemplar igualmente la posibilidad, de que el abuso sexual no haya dejado efectos significativos tanto en las víctimas como en sus familiares.





Cuidados

Ante la sospecha o confirmación de un caso de abuso sexual infantil, es necesario crear un clima de comunicación y confianza.

Si además este niño, niña o adolescente decide revelar esta situación, se deberían tener en cuenta una serie de indicaciones para evitar un posible bloqueo, o incluso una futura retractación:

- Evitar una conducta alarmista por parte de las personas adultas y no mostrar reacciones de preocupación.
- Transmitir verdadera voluntad de ayudar, sin juzgar.
- Escuchar con calma, sin interrumpir y dando tiempo a contar lo que ha ocurrido.
- Averiguar si está fuera del alcance del posible abusador.
- No interrogar sobre los detalles de abuso.
- Transmitir que se cree lo que cuenta.
- No hacer verbalizaciones negativas delante de la víctima sobre el abusador, sobre todo en los casos de que haya establecida una relación de apego.
- Transmitir que el niño, niña o adolescente no es culpable de lo que ha pasado.
- Transmitir que el profesional debe informar de esa situación de abuso pero que lo hará con cuidado.
- Informar de todos los pasos a seguir, adaptándose a la edad del menor.





¿Qué falsas creencias existen sobre el abuso sexual?

En relación con las situaciones de abuso sexual infantil, existen a nivel general, una serie de falsas creencias y/o mitos que pueden dificultar la detección, notificación e intervención en estos casos. Por este motivo, conocer estos mitos o falsas creencias y superarlos, es de suma importancia para los/as profesionales que vayan a trabajar con niños, niñas o adolescentes víctimas de abuso sexual. De todos los mitos o falsas creencias, recogemos los siguientes:

Los abusos sexuales son poco frecuentes

El dato general extrapolable de las diferentes investigaciones realizadas y ya comentadas es que entre un 10 % y un 20% de los niños/as y adolescentes han sido víctimas del abuso sexual en la infancia.

Los abusos sexuales sólo lo sufren las niñas

Si bien hay más constatación de casos de abusos sexuales en niñas que en niños, la realidad es que los niños también sufren experiencias de abuso sexual infantil.

Hoy en día hay más casos de abusos sexuales que antes

Lo que sí parece es que en la actualidad hay más concienciación, y formación en torno al abuso sexual infantil, por lo que sí es verdad que se dan más notificaciones y/o denuncias de este tipo de situaciones.

Las personas que cometen abusos sexuales están locas, o tienen alguna enfermedad psiquiátrica o trastorno mental

Normalmente las personas que cometen actos de abuso sexual infantil son personas con ausencia de trastorno mental y que tienen capacidad para discernir lo que está bien de lo que está mal. Son responsables de sus actos.

Cuando un niño, niña o adolescente verbaliza una situación de abuso sexual está mintiendo

Un niño, niña o adolescente, sobre todo los de menos edad, no pueden fantasear o inventar sobre algo que no han observado y/o experimentado, por lo que rara vez los menores mienten sobre los abusos sexuales.





Si un niño, niña o adolescente cercano estuviera viviendo una situación de abuso sexual infantil nos enteraríamos

El abuso sexual infantil no es una situación fácil de detectar, ni siquiera por el entorno cercano del niño, niña o adolescente. A esto se suma el hecho de que, además, los niños, niñas y adolescentes, no suelen verbalizar sus vivencias de abuso sexual por vergüenza, sentimiento de culpa o miedo.

El abusador sexual es casi siempre desconocido

En la mayoría de los casos el abusador sexual suele ser conocido y/o del entorno cercano.

El abuso sexual infantil va acompañado de violencia física

El abuso sexual, por definición misma, no suele acompañarse de violencia física. Los abusadores suelen emplear una serie de estrategias como el secreto, los sobornos o la manipulación de confianza, para poder abusar de un niño, niña o adolescente.



¿Cuándo debemos derivar y notificar la sospecha?

Llegados a este punto... ¿qué hago como profesional si me encuentro ante la sospecha de un caso de abuso sexual infantil?

Los/as profesionales sanitarios de atención primaria pueden encontrarse ante la posibilidad de un caso de abuso sexual infantil en dos circunstancias: cuando el motivo de consulta es directamente la situación de abuso sexual, o cuando, aún sin ser ese el motivo de consulta, el profesional encuentra indicios de sospecha de abuso sexual en el niño, niña o adolescente.

En el caso de que la revelación por parte del niño, niña o adolescente indique una situación de abuso sexual reciente, o se encuentren indicadores físicos que den lugar a una sospecha de abuso sexual infantil, es aconsejable de forma inmediata una revisión médica especializada en la que, según las circunstancias del caso, puedan participar un médico ginecólogo/a y un médico pediatra. Para ello, se instará a que se acuda al correspondiente servicio de Urgencias Hospitalario que cuente con estos dos profesionales. Esto resulta de vital importancia, ya que, si bien es conocido el hecho de que no en muchas ocasiones se encuentran indicios físicos compatibles con la posible situación de abuso sexual infantil, algunos de estos indicios podrían aparecer en una revisión inmediata, y no en una posterior.

Notificación de la sospecha

Ya se ha mencionado en el presente capítulo la importancia de la notificación de una sospecha de abuso sexual infantil. Dependiendo de las circunstancias de la posible situación de abuso sexual infantil se realizará una doble notificación:

Al Servicio de Atención a la Infancia, Adolescencia y Familia del Gobierno de Cantabria en aquellos casos de que se trate de un abuso sexual intrafamiliar, o siendo un abuso sexual extrafamiliar, se detecten indicios de desprotección de la familia a ese niño, niña o adolescente.

Al ámbito judicial en todos los casos de sospecha de abuso sexual, en los que se detecten indicios del mismo

La notificación de una sospecha de abuso sexual es una obligación legal y un acto de responsabilidad y protección hacia menor. Estas sospechas se basarán en la presencia de los indicadores de sospecha de abuso sexual ya descritos anteriormente, teniendo en cuenta que no es responsabilidad del personal sanitario comprobar que realmente se esté dando esa situación de abuso sexual infantil.



¿Cómo cursan?

La vivencia de una situación de abuso sexual por parte de un niño, niña o adolescente puede conllevar consecuencias tanto a corto como a largo plazo. En este sentido, hay una serie de factores que pueden incidir en el pronóstico de un niño, niña o adolescente que ha vivido una situación de abuso sexual infantil:

- Tipo de abuso sexual, duración y frecuencia del mismo.
- Identidad del abusador.
- Tener o no una red de apoyo psicosocial y su actitud y posicionamiento ante la revelación del abuso
- Seguir teniendo contacto o verse obligado/a a seguir conviviendo con el abusador.
- Prontitud y efectividad de las medidas sociales y judiciales tomadas.
- Posible revictimización secundaria a la que se pueda exponer la víctima.
- Recibir o no un apoyo psicológico.

En este punto, cabría añadir, además, un importante factor y/o variable: la propia resiliencia de la persona víctima de abuso sexual infantil, es decir, la propia capacidad para superar y recuperarse de situaciones adversas. Desde la experiencia del trabajo con víctimas de abuso sexual infantil, observamos que la vivencia de este tipo de situaciones es individual y que puede variar mucho de una persona a otra.





Posibles consecuencias a corto plazo (en los dos años posteriores a la ocurrencia del abuso sexual):

- Emocionales: miedo generalizado, hostilidad y agresividad, culpa y vergüenza, depresión, ansiedad, baja autoestima y sentimientos de estigmatización, rechazo del propio cuerpo, desconfianza, trastorno del estrés postraumático.
- Sexuales: conocimiento sexual precoz o inapropiado para su edad, masturbación compulsiva, excesiva curiosidad sexual, conductas exhibicionistas o promiscuidad, problemas de identidad sexual
- Sociales: déficit en habilidades sociales, retraimiento social, conductas antisociales.

Posibles consecuencias a largo plazo (a partir de los dos años de la ocurrencia del abuso sexual):

- El abuso sexual en la infancia es un factor de riesgo importante para el posterior desarrollo de una gran variedad de trastornos psicopatológicos.
- Alrededor de un 20% de las personas con vivencia de abuso sexual infantil pueden presentar consecuencias a largo plazo,
- Dentro de las posibles consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil pueden aparecer reacciones emocionales negativas, dificultades de relación, problemas familiares y maritales, trastornos relacionados con la sexualidad, dificultades en el ajuste social y múltiples problemas psicopatológicos.





¿Qué es importante recordar?

Como conclusiones del abordaje en relación con abuso sexual infantil cabe resaltar las siguientes:

- ▶ Existen numerosas definiciones acerca del abuso sexual infantil, poniendo cada una de ellas énfasis en diferentes aspectos, según el ámbito desde el que se ha realizado el abordaje de este concepto. No obstante, la mayoría de las definiciones hablan de dos criterios presentes en todas las situaciones: una relación de desigualdad entre víctima y abusador, que utiliza el abuso de poder para poder perpetrar las conductas abusivas, y, por otro lado, la utilización del menor como un objeto sexual, bien para el abusador o para otra persona. También se considera abuso sexual infantil el cometido por un menor de edad, siempre y cuando cumpla con estos dos criterios.
- ▶ En este sentido, al referirnos al abuso sexual infantil, también es importante resaltar, que no se hace referencia a un diagnóstico clínico, sino a la vivencia de un tipo de maltrato infantil que puede dejar, o no, una serie de consecuencias tanto a corto o a largo plazo, en el niño, niña o adolescente que podrían configurar un gran abanico de síntomas y/o trastornos psicopatológicos.
- ▶ La detección por parte de cualquier profesional de un caso de sospecha de abuso sexual infantil, viene determinada por la constatación de una serie de indicadores, tanto físicos como psicológicos, ya explicados en el presente capítulo. Resulta de gran importancia que los/as profesionales del ámbito sanitario se familiaricen con estos indicadores para poder hacer una buena detección de las posibles sospechas.
- ▶ No hay que olvidar que las situaciones de abuso sexual infantil implican la intervención de diferentes ámbitos: sanitario (médico y de salud mental), servicios sociales y judicial. Por lo que debe haber coordinación y notificación ante las sospechas, entre todos ellos.





- ▶ Por último, cada profesional que trabaja o interviene en un caso de abuso sexual infantil tenemos una gran responsabilidad ante sí: conocer las diferentes actuaciones contempladas, notificar y/o denunciar esa posible situación de abuso sexual infantil, realizar una buena derivación a los servicios especializados y realizar una buena intervención. Si cada profesional que nos vemos involucrados con estos niños, niñas y adolescentes asumimos nuestras responsabilidades, nos coordinamos y trabajamos desde el “buenhacer”, estamos poniendo a su disposición las mejores herramientas para que puedan superar adecuadamente estas vivencias.

Ya lo decía Martin Luther King, *“cuando reflexionemos sobre nuestro siglo XX, no nos parecerán lo más grave los crímenes de los malvados, sino el escandaloso silencio de las buenas personas”*.





¿Quieres saber más?

Bibliografía

- Carpintero E, Hernández A, López F. Los abusos sexuales de menores: Concepto, prevalencia y efectos. *Infancia y Aprendizaje: Journal for the Study of Education and Development*. 1995; 18(71): 77-98
- López F. Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual. 2ªed. Salamanca: Amarú; 2000.
- Echeburua E, Guerricaechevarria C. Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico. Barcelona: Ariel; 2000.
- Instituto Cántabro de Servicios Sociales. Detección y notificación desde el sistema sanitario.[sede web] Santander.2010. DOI: <http://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/Deteccion%20y%20notificacion%20de%20situaciones%20de%20desproteccion%20infantil%20desde%20el%20sistema%20sanitario.%20Agosto%202010.pdf>. [Acceso el 16 de mayo de 2018].
- Código Penal. Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre. [sede web] BOE 281: 24-11-1995. DOI: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444>. [Acceso el 31 de mayo de 2018].
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
- Organización Mundial de la Salud. Integrated Multisector Approach to Child Abuse: Introduction and Core Guidelines: General Information. 2001.
- Vázquez Mezquita B. Agresión sexual evaluación y tratamiento en menores. Madrid: Siglo XXI; 1995.
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e igualdad. Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia, boletín 19, datos. 2016. 2018: 127-154 [sede web]. Madrid. www.msssi.gob.es. [Actualizada el 11 de abril de 2018].
- Sastre A, Marcos L, Ubrich T, Ardila C, Bartolomé A, Perazzo C, et al. Ojos que no quieren ver. Los abusos sexuales a niños y niñas en España y los fallos del sistema. Madrid: Save the Children España; 2017.






- Sanmartin J, Serrano A, Garcia Y, Martinez P. Maltrato infantil de la familia en España: informe del Centro Reina Sofía. Mº de Sanidad Política Social e Igualdad; 2011.
- Fundación ANAR Ayuda a niños y adolescentes en riesgo. Memoria 2016 [sede web]. www.anar.org. DOI: <http://www.anar.org/documentacion/>. [Acceso el 31 de mayo 2018].
- Finkelhor D, Hotaling G, Lewis IA, Smith C. Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics and risk factors. *Child Abuse Negl.* 1990; 14: 19-28.
- Pereda N, Fornis M. Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse Negl*; 2007; 31: 417-426.
- Cantón D, Justicia, F. Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. *Psicotema.* 2008; 20 (4): 509-515.
- Pereda N, Guilera G, Abad J. Victimization and polyvictimization of Spanish children and youth: Results from a community sample. *Child Abuse Negl.* 2014; 38(4), 640-649.
- Intebi IV. Valoración de sospecha de abuso sexual infantil. [sede web]. Santander. Servicios socialescantabria.org; 2008. DOI : <http://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/sospechasAbusoInfantil.pdf> [acceso el 25 de mayo de 2018].
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 4th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación. Madrid: Meditor; 1994.
- Horno P, Santos A, del Molino C. *Abuso Sexual Infantil: Manual de formación para profesionales.* España: Safe the Children; 2001
- Redondo M, Ortiz R. El abuso sexual infantil. *Bol Pediatr.* 2005; 45(191): 3-16
- López F, Del Campo A. *Prevención de abusos sexuales a menores. Guía para padres y educadores.* Salamanca: Amarú Ediciones; 1999
- Pereda N. Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo.* [Internet]. 2010. Vol. 31(2): 191-201. Disponible en: <http://www.cop.es/papeles>. Acceso el 23 de mayo de 2018



- Flitter JMK, Elia JD, Gold SN. MMPI-2 F Scale elevations in adult victims of child sexual abuse. J. Trauma. Stress. 2003; 16 (3): 269-274
- López F. Los abusos sexuales de menores. Lo que recuerdan los adultos. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 1994
- Bentovin A. Sistemas organizados por traumas: el abuso físico y sexual en las familias. Buenos Aires: Paidós Ibérica; 2000

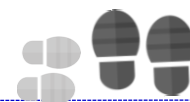




Los niños y niñas ante la muerte: el duelo en la infancia y la adolescencia

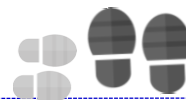
Autora:

Susana Samaniego Peña



¿DE QUÉ HABLAMOS?	300
¿QUÉ ES?	301
¿CÓMO ENTIENDEN LOS NIÑOS LA MUERTE?	302
<i>La curiosidad del niño/a frente a la angustia de la persona adulta</i>	302
<i>¿Qué significa “morir”? Conceptos claves para hablar con los niños/as.</i>	303
¿CÓMO REACCIONAN LOS NIÑOS Y NIÑAS ANTE LA MUERTE Y CÓMO ADECUAR LA AYUDA A SU EDAD?	305
<i>Primera infancia. De 0 a 2 años.</i>	305
Concepto de muerte en el niño/a de 0 a 2 años:.....	305
Reacción de duelo en el niño/a de 0 a 2 años:	305
¿Qué puede hacer la persona adulta?	305
<i>Segunda infancia: de 3 a 6 años.</i>	306
Concepto de muerte en el niño/a de 3 a 6 años:.....	306
El duelo en niños y niñas de 3 a 6 años:.....	306
¿Qué puede hacer el adulto?.....	306
<i>Edad escolar: de 6 a 10 años.</i>	307
Concepto de muerte entre 6 y 10 años.....	307
El duelo en niños/as de 6 a 10 años.	307
¿Qué puede hacer el adulto?.....	308
<i>La muerte en la preadolescencia: de 10 a 12 años.</i>	308
Concepto de muerte en la preadolescencia	308
El duelo en la preadolescencia.	309
¿Qué puede hacer el adulto?.....	309
<i>La muerte en la adolescencia: de los 13 años en adelante.</i>	309
Concepto de muerte en la adolescencia.	309
El duelo en la adolescencia.	310
¿Qué puede hacer el adulto?.....	310
¿CÓMO SE ACOMPAÑA EL DUELO DURANTE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA?	311
<i>Cómo comunicar la muerte de un ser querido.</i>	311
<i>Claves del acompañamiento.</i>	312
¿CUÁNDO DERIVAR A ATENCIÓN ESPECIALIZADA?	314
¿QUÉ ES IMPORTANTE RECORDAR?	316
¿QUIERES SABER MÁS?	318
<i>Bibliografía</i>	318





¿De qué hablamos?

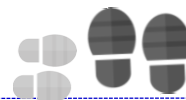
La pérdida de un ser querido es un hecho doloroso que nos obliga a adaptarnos a una nueva situación y que necesita un proceso de elaboración. Con frecuencia, la primera pérdida importante en la vida de una persona ocurre en la infancia o la adolescencia. Aunque no ocurra así, en estas etapas de la vida pensar en la muerte, preguntarse sobre ella y temer la propia o la ajena, no solamente no es malo ni extraño, sino que es esperable y forma parte del desarrollo evolutivo normal del niño/a.

Si la pérdida es “lógica” (una persona mayor o muy enferma, por ejemplo) y el niño/a tiene un buen soporte familiar y recursos personales adecuados, la reacción del duelo suele ser adaptativa, es decir, sana y necesaria para que su elaboración sea exitosa. Decimos entonces que el niño/a está haciendo un “duelo normal”, no siendo necesaria una intervención psicoterapéutica más allá de un consejo psicológico o un acompañamiento guiado. Afortunadamente, esto ocurre en gran parte de los casos. Sin embargo, en algunas ocasiones, si la pérdida no es esperable (un niño/a, o una persona sana, por ejemplo), es muy traumática, o no se realiza un acompañamiento adecuado por parte de las personas adultas que rodean al menor, el duelo se puede complicar, incrementándose la intensidad y/o la duración de los síntomas. En estos casos, la reacción de duelo debe considerarse un Trastorno Adaptativo, requiriéndose una intervención psicoterapéutica específica.

En la práctica clínica observamos cómo determinados síntomas clínicos y trastornos mentales de diversa índole han empezado a gestarse a partir de un duelo no resuelto. Así, la prevención y la intervención precoz en este tipo de situaciones, cuando ocurren en la infancia o la adolescencia, permiten una elaboración sana del duelo, lo que a su vez actuará como elemento protector de salud mental en la vida adulta.

Con este capítulo pretendemos abordar cómo entienden los niños y niñas la muerte, cómo viven la pérdida de sus seres queridos y qué podemos hacer para ayudarles a ellos y sus familias a afrontar sus dudas y a elaborar este tipo de procesos.





¿Qué es?

El duelo infantil tiene ciertas peculiaridades derivadas de la propia situación de ser niño. Presenta unos rasgos determinados por las características propias de la infancia: el niño/a se está desarrollando, definiendo su carácter y sus recursos personales. Por este motivo depende en gran medida de la personas adulta para resolver sus problemas y las situaciones de estrés. Así, la reacción del niño/a ante una pérdida se ve influenciada tanto por lo que llega a comprender sobre la muerte (estrechamente ligado a su momento evolutivo), como por el hecho de que necesita del apoyo de otras personas para su superación.

Podemos decir que la reacción en la infancia frente a la pérdida está condicionada por tres factores:

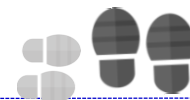
- El momento evolutivo en el que se encuentra, su capacidad cognitiva y su estado de salud global
- La naturaleza de la relación con la persona fallecida.
- La calidad del acompañamiento que reciba y de los recursos del entorno.

Contextualización del duelo infantil: el duelo familiar:

En una situación de pérdida de un ser querido, especialmente si es la madre o el padre, confluyen el suceso posiblemente más estresante al que un niño/a tiene que enfrentarse, con el hecho de que las personas que tienen que ayudarle en ese proceso, generalmente sus familiares más cercanos, están también enfrentándose a su propia pérdida. El duelo en la infancia está por tanto ligado a lo que podríamos llamar duelo familiar: cada miembro de la familia tiene que elaborar su propio duelo de forma individual y simultáneamente la familia como sistema tiene que adaptarse a una nueva situación: la pérdida de uno de sus miembros.

Bolwy afirmo que “la pérdida de un miembro es la mayor crisis a la que tiene que hacer frente un sistema, ya que amenaza su existencia”. La muerte de un miembro de la familia supone la muerte de la familia en sí misma, al menos tal y como funcionaba hasta ese momento”. La familia tiene que desarrollar mecanismos de adaptación para seguir existiendo, en una realidad en la que el fallecido está ausente. Tiene la necesidad de reorganizar sus sistemas comunicacionales, reglas y roles. Y esto lo consigue haciendo cambios, que pueden ser muy variados: el reagrupamiento de la familia nuclear, la intensificación del contacto con la familia extensa o con personas cercanas y la “tregua” en los conflictos familiares antiguos, son algunos de los movimientos más frecuentes. La familia se va a hacer mejor cargo de sus menores si realiza adecuadamente este proceso.





¿Cómo entienden los niños la muerte?

Para poder entender cómo viven los niños y niñas la pérdida de sus seres queridos es importante que conozcamos la muerte desde la perspectiva infantil. Los niños, niñas y adolescentes, sin necesidad de estar en duelo, sienten cierta curiosidad frente a todo lo relacionado con la muerte y tienden a preguntar a las personas adultas. Para poder hablar con ellos necesitamos tener claros algunos conceptos básicos y también entender cómo van construyendo el concepto de muerte a lo largo de su desarrollo evolutivo. El concepto de muerte que tiene el niño/a va a marcar como van a ser las reacciones de duelo y cómo podemos ayudarles en su elaboración. Para poder entender las reacciones de los niños/as ante la muerte es necesario un intento de colocarnos en su lugar.

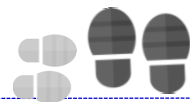
La curiosidad del niño/a frente a la angustia de la persona adulta.

La tendencia natural en adultos es alejar lo más posible a los niños/as de la muerte. Y aunque esto no ha sido siempre así, ni es así en todas las culturas, en nuestro mundo occidental nos pasamos la vida tratando de mantener la muerte lejos. Vivimos muy preocupados porque tengan una vida cómoda, sin limitaciones, donde todo es posible y sufrir es evitable. Hasta hablar de ello es casi de mal gusto. A todos nos angustia.

Cuando fallece un ser querido, las personas adultas sentimos la necesidad imperiosa de proteger a los niños/as del dolor y del sufrimiento. Tendemos a alejarnos del niño/a y su dolor, intentamos que no nos vea tristes, fingimos que no pasa nada. Sin embargo, sienten curiosidad por la muerte. Aunque no hayan vivido un duelo, observan los cambios en las plantas, los animales, saben que algo pasa, la muerte les asusta, pero también les atrae. Además, desde que nacemos nos estamos defendiendo de la muerte: el llanto, el impulso de succión del pecho materno, los miedos arcaicos... no dejan de ser mecanismos de supervivencia, armas al servicio de la vida.

Si perciben que las personas mayores no quieren hablar de la muerte porque rehúyen el tema, se angustian o les tratan como “si fueran tontos”, dejan de preguntar. ¿Qué ocurre entonces? Los niños/as inventan sus propias teorías, sobre todo si no tienen respuestas. Estas teorías elaboradas desde su perspectiva de pensamiento egocéntrico y mágico pueden incluir razonamientos que le pueden angustiar más que la respuesta de una persona adulta (como que el abuelo se murió porque él no le





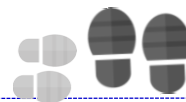
llevó suficiente agua, o se portó mal). Es importante tratar de entender las preguntas de los niños/as y contestarlas de la forma más adecuada posible, investigando primero qué les preocupa, qué han imaginado ellos. Si pregunta es porque necesita aclarar sus propias teorías. Para poder contestar a estas preguntas, la persona adulta tiene que tener en cuenta que los niños/as no nacen sabiendo el significado de morir. “La muerte” es un constructo que se va formando y haciendo más complejo a la par que el niño/a se desarrolla. Para poder hablar con los niños/as sobre la muerte y las pérdidas tenemos que conocer, no sólo el significado de morir tal y como lo entiende una persona adulta, sino también cómo se va construyendo a lo largo de su proceso evolutivo.

¿Qué significa “morir? Conceptos claves para hablar con los niños/as.

Los conceptos clave sobre la muerte que el niño/a adquiere durante su desarrollo y que son necesarios para comprenderla, construir un significado de lo que representa y poder afrontar el dolor y elaborar el duelo de la forma menos confusa posible, son 4:

- La muerte es universal: Todos los seres vivos mueren. “¿todos?” “¿Y tú?” “¿Y mamá y papá?”, “¿Y yo?”, son algunas de las preguntas temidas por las personas adultas, ya que nos coloca en una situación comprometedor, haciéndonos dudar entre decir la verdad o aportar tranquilidad. Evidentemente, no podemos negarles que todos nos vamos a morir, pero sí podemos tranquilizarles preservando su condición infantil. Suele ser útil explicarles que las personas se mueren generalmente cuando son muy, muy mayores o están muy, muy enfermos. Es importante utilizar muchos “muy”, porque para un niño/a de 6 años, su hermano/a de 16 ya es “mayor” y tener una gripe es “estar malito”.
- La muerte es irreversible. Cuando morimos no volvemos a estar vivos nunca. La muerte es permanente, no un estado temporal. Es duro decirle a un niño/a que no va a ver a un ser querido nunca más, pero más duro es para él, pensar que lo va a volver a ver y que eso no suceda.
- Cuando alguien muere, todas las funciones vitales se terminan completamente. El cuerpo ya no funciona: no respira, no se mueve, deja de pensar, de sentir... Es importante hacerles llegar que la persona que se ha ido no va a pasar hambre, sed, ni frío, para evitar que se preocupen.
- La muerte tiene un por qué y es un por qué físico. Es importante aclarar al niño/a que no tiene nada que ver con nada que él haya podido hacer o decir.

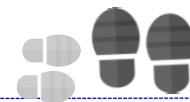




Sin embargo, saber que la muerte es universal e irreversible, que nuestro cuerpo deja de funcionar y que esto está motivado siempre por una causa física, ayuda a comprender el concepto de muerte, pero no en toda su magnitud.

He aquí la gran pregunta: ¿es la muerte verdaderamente un final? Físicamente sí y así hay que clarificarlo, pero la explicación científica no es la única que nos define. Las personas tenemos creencias religiosas o filosóficas sobre el final de la vida que tratan de dar un significado a lo que sucede después de la muerte. Ya hemos visto que en la edad infantil también. Las personas adultas, de forma intuitiva, les decimos a los niños y niñas que la persona fallecida está en una nube, o una estrella del cielo. Un lugar concreto donde mirar, hablar o rezar, (igual que para el adulto la tumba o el lugar donde está esparcidas las cenizas), supone para el menor un lugar de encuentro que le ayuda en la elaboración del duelo. Y es que, en general, las personas necesitamos dar una continuidad no corpórea a la vida y permanecer vinculados a nuestros seres queridos de alguna forma espiritual.





¿Cómo reaccionan los niños y niñas ante la muerte y cómo adecuar la ayuda a su edad?

¿Qué comprenden los niños/as?, ¿Cómo reaccionan ante la muerte? ¿Qué podemos hacer las personas adultas? Como ya hemos adelantado, los niños/as comprenden y reaccionan ante la muerte de forma diferente según su edad, pero además hay otros factores importantes a tener en cuenta. La forma, el estilo comunicacional de las personas adultas y los recursos de la familia influirán en la adquisición del significado de morir y en el afrontamiento que el niño o niña pueda hacer ante una pérdida. En este apartado analizaremos cómo es el proceso de construcción del concepto de muerte y la reacción de duelo infantil según la edad y que podemos hacer las personas adultas para facilitar ambos procesos.

Primera infancia. De 0 a 2 años.

Concepto de muerte en el niño/a de 0 a 2 años:

En este momento temprano, la muerte sólo es una palabra. No hay comprensión cognitiva de su significado en los bebés, pero eso no significa que no noten que algo pasa. Sienten la no presencia de la persona fallecida como una ausencia, perciben los cambios en su entorno habitual y son sensibles al estado de ánimo negativo de las personas que le rodean.

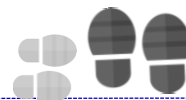
Reacción de duelo en el niño/a de 0 a 2 años:

Cuando la persona fallecida es una figura de referencia, los bebés suelen reaccionar estando irritados, inquietos, durmiendo peor o con comportamientos regresivos. No es infrecuente que busquen a la persona fallecida.

¿Qué puede hacer la persona adulta?

Abordar el duelo en esta edad de una forma adecuada, implica tener en cuenta la necesidad del niño/a de que su mundo sea predecible. Por ello es importante darles





explicaciones muy sencillas, seguir cubriendo sus necesidades y ofrecerles un mundo tranquilo y seguro mediante el mantenimiento de rutinas y horarios.

Es recomendable prestar afecto adicional ya que perciben los cambios y necesitan confirmar que se les sigue queriendo.

Segunda infancia: de 3 a 6 años.

Concepto de muerte en el niño/a de 3 a 6 años:

En un momento evolutivo caracterizado por el egocentrismo y el pensamiento mágico (Piaget), la concepción del niño/a sobre la muerte es muy parcial. Para ellos morir no es un hecho universal, solo le ocurre a los demás: ni sus padres ni ellos pueden morir, lo que les protege de angustiarse ante la anticipación de pérdida de sus progenitores o de la suya misma. Así mismo, como el concepto de irreversibilidad de la muerte es algo que tarda algo más en adquirirse. Hasta los seis años, creen que la muerte es temporal y reversible y no entienden que las funciones vitales puedan pararse.

El duelo en niños y niñas de 3 a 6 años:

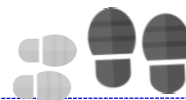
A pesar de que las personas mayores seamos claras y veraces ante las preguntas de los niños y niñas cuando se produce una pérdida, ellos pueden mostrarse confusos y perplejos, preguntar reiteradamente donde está la persona fallecida o negar su pérdida. En esta línea, no es infrecuente que puedan preocuparse porque en el cielo su ser querido pueda tener frío o pasar hambre o que ideen una escalera imaginaria por la que su ser querido podría bajar el día de su cumpleaños.

Las reacciones más frecuentes en el duelo a esta edad son los comportamientos regresivos (enuresis diurna y encopresis secundaria, conductas infantiles y “mañosas”, rechazo a algunos alimentos) así como la irritabilidad o las rabietas.

¿Qué puede hacer el adulto?

A esta edad, los niños y niñas necesitan una explicación clara y sencilla y en muchas ocasiones reiterada, de los términos de irreversibilidad, universalidad y cese de las funciones vitales, que se dan en el hecho de morir. Hay que tener especial cuidado





con las metáforas ya que estos niños/as interpretan de forma literal lo que les decimos. Así, si les contamos que la persona fallecida ha ido al cielo preguntarán por donde se va, cómo pueden ir ellos y cuándo van a volver.

En caso de que aparezcan conductas regresivas, hay que intentar reeducar sin reñir reforzando su autonomía e ignorando pataletas u otras conductas inadecuadas, A modo de ejemplo: podemos decirles que no les entendemos si hablan como un niño pequeño, o indicarles que se cambien ellos si no controlan sus esfínteres. Cuando estas conductas aparecen debemos entenderlas como formas de expresión de malestar emocional, no como algo que el niño hace “para fastidiar”, y estar atentos a su evolución.

Como estrategia general, es importante que las personas adultas nos mantengamos cercanos y disponibles y les aseguremos que vamos a seguir cuidándoles.

Edad escolar: de 6 a 10 años.

Concepto de muerte entre 6 y 10 años.

En torno a los siete años, los niños/as ya diferencian la fantasía de la realidad. Coincide con una época de reactivación de algunos temores como consecuencia de una mayor conciencia de peligro.

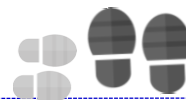
Hacia el final de esta etapa van teniendo una noción completa de lo que significa morir (carácter definitivo, irreversible y fin de funciones vitales) pero no sienten que a ellos les vaya a pasar también, piensan que la muerte es selectiva.

Otra característica típica de este momento es la curiosidad que les despierta todo lo que tiene que ver con el cuerpo después de la muerte (en q se convierte, que ocurre con los órganos...).

El duelo en niños/as de 6 a 10 años.

A estas edades se puede observar una variedad de manifestaciones: hay niños/as que pueden negar la realidad, en lo que se interpreta como un intento de alejar el dolor. En estos casos pueden estar más activos y juguetones, lo que puede desconcertar a las personas que los rodean.





En otras ocasiones, con mayor frecuencia, pueden sentir temor o angustia ante la posibilidad de que ellos, o personas cercanas, puedan morir. Se pueden sentir más vulnerables, en ocasiones culpables y se preocupan mucho por cómo va a cambiar su mundo. También pueden sentirse incómodos o “raros” en relación con sus compañeros de colegio y aislarse o estar más irritables y sensibles.

¿Qué puede hacer el adulto?

Es esperable que el niños/a que se enfrenta a una pérdida a esta edad pregunte por lo que es fundamental: “no huir” y explicarle los hechos y sus causas atendiendo a sus dudas y a sus preocupaciones. Con frecuencia necesitarán que se les tranquilice sobre la salud de sus familiares, especialmente sus padres, y que se les ayude a conformar el significado de morir, transmitiéndoles aspectos como que los enfados no causan la muerte. Para facilitar que exprese su malestar emocional es bueno que las personas adultas que rodean al menor muestren sus sentimientos y expliquen que llorar ayuda a sentirse mejor y que poco a poco su dolor ira pasando.

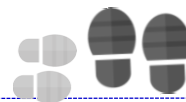
Algo que suele generar bastantes dudas en los padres es qué hacer si muestran deseos de asistir al funeral. En torno a los 8 años les suele ayudar, si ellos lo piden, participar en los actos de despedida. En ese caso es importante que estén acompañados y que se les explique antes en qué consiste.

La muerte en la preadolescencia: de 10 a 12 años.

Concepto de muerte en la preadolescencia .

En esta etapa vital ya se entienden perfectamente todos los componentes de la muerte y las dudas que surgen suelen tener que ver con aspectos espirituales y trascendentales. Los niños/as se hacen muchas preguntas acerca de las creencias religiosas o culturales que comparte la familia y pueden mostrarse críticos o escépticos con estos aspectos. También a esta edad el niño/a es más capaz de proyectarse en el futuro y ver como la muerte de un ser querido puede cambiar su vida, así como reflexionar sobre su propia muerte.





El duelo en la preadolescencia.

Coincidiendo con el inicio de los cambios que marcaran la adolescencia, una etapa que se caracteriza por una mayor introspección e intensa emocionalidad, la pérdida de un ser querido puede incidir en un incremento de irritabilidad y conductas desafiantes. El niño/a en edad puberal puede sentirse muy abrumado e intentar reprimir cualquier emoción dolorosa. Es normal que se muestren reacios a hablar y les cueste poner en palabras las emociones. Tienden a bloquear los sentimientos por el coste que significa afrontarlo.

¿Qué puede hacer el adulto?

Las personas adultas de referencia deben respetar los tiempos y mostrarse cercanos y accesibles con los chicos, compartir con ellos sus sentimientos y hablarle de sus propias experiencias de duelo. Se les puede animar a que se desahoguen y expresen lo que sienten: llorando, hablando, pintando o escribiendo sobre ello. Necesitan seguridad sobre su propia vida y sentirse apoyados por sus figuras de referencia. Especialmente si son los hermanos mayores, se debe evitar responsabilizarles de roles que no les corresponden y respetar su edad y su necesidad de estar con su grupo de iguales. A esta edad se debe favorecer que participen de los ritos funerarios porque necesitan despedirse como paso previo a la elaboración del duelo.

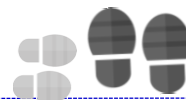
La muerte en la adolescencia: de los 13 años en adelante.

Concepto de muerte en la adolescencia.

La adolescencia es un periodo de cambios físicos y cognitivos que pueden vivirse con ambivalencia y confusión. Significa el abandono definitivo del rol infantil que se acompaña por una necesidad de autoafirmación que muchas veces se manifiesta en rebeldía y oposición.

Gracias al desarrollo del pensamiento abstracto, los adolescentes van a tener una conciencia plena de lo que significa la muerte y pueden formarse una explicación completa tanto desde una perspectiva biológica, como filosófica, ideológica o religiosa. Comprenden las consecuencias existenciales de la muerte y tienen plena comprensión de su propia muerte, por lo que pueden fantasear sobre ella. En algunos casos, pueden aparecer temores y ansiedades hipocondriacas. En otros casos, los adolescentes pueden presentar sentimientos de omnipotencia, creerse inmortales por su juventud y colocarse en situaciones de riesgo.





El duelo en la adolescencia.

Los adolescentes suelen sentirse muy abrumados al tomar conciencia de la pérdida de una figura de referencia importante. Pueden aparecer diferentes manifestaciones, casi siempre asociadas al propio estilo personal. Es frecuente que se acreciente la actitud inconformista propia de estas edades y el/la adolescente se muestre más pesimista, rebelde y desafiante, incrementándose las probabilidades de inicio de conductas de riesgo como el consumo de tóxicos o alcohol. En otros casos, especialmente si la pérdida es del padre o la madre y se trata del hermano mayor, el otro progenitor puede delegar en él responsabilidades como el cuidado de los hermanos pequeños y que el/la adolescente asume algunas veces en detrimento de sus propias necesidades. Pueden tender a aislarse y a ocultar sus emociones negativas para no entristecer al resto de la familia.

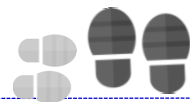
¿Qué puede hacer el adulto?

Como en la preadolescencia, es bueno animarlos a expresar sus sentimientos y compartirlos, así como integrarlos en los ritos de despedida.

Debemos tener en cuenta que están en proceso de duelo y éste puede parecerse al de la persona adulta, en el sentido de afectar a aspectos como la concentración y el sueño que pueden repercutir en los rendimientos académicos. Hay que tratar de que se reincorporen a sus clases lo antes posible, que retomen su vida y sus relaciones sociales, entendiendo por lo que están pasando, pero sin dejar de mantener los límites en cuanto a normativa se refiere.

En este periodo vital la persona adulta debe estar alerta a signos de depresión atendiendo a si están demasiado retraídos, silenciosos, no comen, no duermen o lo hacen en exceso, se muestran cansados, desesperanzados o con pérdida de interés.





¿Cómo se acompaña el duelo durante la infancia y adolescencia?

Los profesionales sanitarios podemos ayudar a las familias, no sólo interviniendo cuando el duelo es complicado. Ante una pérdida importante o cuando un miembro de la familia está en estado de enfermedad avanzada o terminal, podemos y debemos hacer todo lo posible para acompañar a las familias en situaciones tan complejas y dolorosas y facilitar el duelo infantil en prevención de que éste pueda complicarse. Resulta fundamental estar disponibles para resolver las dudas que plantea la familia, generalmente sobre cómo y cuándo informar y sobre qué conductas son esperables o preocupantes en los niños/as. Aunque ya hemos adelantado qué medidas tomar en el duelo según la edad, a continuación, se exponen algunas claves para el acompañamiento infantil que debemos tener en cuenta y transmitir así a las personas mayores de referencia del niño/a en duelo.

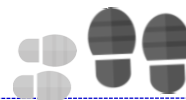
Cómo comunicar la muerte de un ser querido.

Si bien a nadie le gusta dar una noticia así a un niño y con frecuencia se tiende a posponerlo, informar de la muerte de un ser querido debe hacerse lo antes posible, por medio de una persona cercana y en quien el niño/a confíe, y si puede ser, que sean los propios padres.

En los casos de enfermedad muy avanzada o terminal podemos adelantar parte de la pérdida. El hecho de tener un familiar muy enfermo ya es para los niños y niñas un tipo de duelo, puesto que significa la pérdida de esa persona sana y de todas las actividades y cuidados que al niño o niña reportaba. En estos casos, la información se debe dar de forma gradual y preferiblemente respondiendo a sus preguntas. La información siempre tiene que ser veraz, en base a las demandas del menor y a lo que pueda asimilar según su edad. Es importante no decir nada falso, que luego no podamos sostener.

Si tenemos que explicar lo que es la muerte a un niño o niña debemos hacerlo en términos físicos y reales, tal y como hemos adelantado en apartados anteriores: atendiendo a los conceptos de irreversible, definitiva y final de funciones vitales. Para ellos es importante conocer la parte física y poner ejemplos de la naturaleza puede facilitar su comprensión. Los niños/niñas igual que las personas adultas necesitan sentirse vinculados con sus seres queridos después de la muerte. Sin olvidar la parte física podemos compartir con ellos nuestras creencias o definir un lugar donde situar





la parte espiritual de la persona fallecida. Es importante tener cuidado con las metáforas porque hay determinadas frases “Dios se lo ha llevado” que pueden confundirles o asustarles. Una posible forma de transmitir esta parte transcendental de la muerte es explicarle que cuando alguien fallece el cuerpo no siente nada pero que tenemos una parte especial “el alma” que no se puede ver tocar ni oír, que va a un lugar al que no podemos ir pero que estará siempre en nuestro recuerdo.

Claves del acompañamiento.

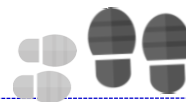
Hay que tener en cuenta el universo emocional del niño o niña y ayudarle a que pueda expresar sus dudas con las personas más cercanas. Aunque no siempre las expresen, viven emociones intensas tras la pérdida de un ser querido. Si percibe que estos sentimientos (rabia, miedo, tristeza...) son aceptados por su familia, los expresarán más fácilmente y esto les ayudará en el duelo. Hay que mantenerse cerca física y emocionalmente, animando a que expresen sus emociones, pero también respetando su intimidad y necesidad de soledad. Los niños y niñas pueden sentirse culpables, por lo que debemos asegurarnos de que tienen claro que no son responsables de la muerte. También puede ocurrir que les angustie pensar que se puedan olvidar del ser querido, en estos casos los podemos animar a que conserven algún objeto como fotos, regalos... y hacerles ver que esa persona permanecerá en su recuerdo.

Un hito necesario, igual que para las personas adultas, para una sana elaboración del duelo es la despedida. Si la persona ha fallecido tras un proceso terminal, ésta ha podido realizarse en vida. Si no ha sido así, o por la edad u otras circunstancias el niño/a no ha participado del funeral o los ritos familiares, puede animársele a que escriba una carta o haga un dibujo expresando lo que le hubiera querido decir. Es bueno decidir con el niño/a qué hacer con ello (llevarlo al lugar donde esté enterrado o donde se hayan esparcido las cenizas...)

No hay que olvidar que cuando un niño/a está en duelo generalmente es porque su familia también lo está. Cada miembro tiene que elaborar su propio duelo a la vez que dar soporte al resto.

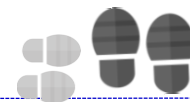
Con frecuencia los padres se preocupan porque los niños/as “no cuentan” lo que les pasa y querrían que se desahogaran. Muchas veces esto ocurre porque la muerte y la enfermedad son “cosas no habladas”. Todo el entorno familiar evita llorar o hablar de la persona fallecida por “no preocuparle”. Ante “¿Qué te pasa mamá, porque lloras?”, respuestas como “nada, no me pasa nada” bloquean al niño/a la expresión de sus propias emociones. Hay que explicar a las familias que si fingimos que no pasa nada, negamos al niño/a el permiso para estar tristes. Sin embargo, si las





personas adultas expresamos nuestra tristeza, si lloramos o nos preocupamos, aprenden que la tristeza aparece en forma de llanto y que cuando alguien muere, es normal que los que le querían estén tristes. Una respuesta más adecuada a la pregunta anterior podría ser “Estoy llorando porque la abuela ha muerto y la echo de menos. Cuando alguien muere y no le vemos más le echamos de menos y por eso lloro. Pero estoy bien y llorar me hace bien”. Cuando las personas adultas muestran sus sentimientos, dotan a los niños/as de herramientas para afrontar su propio dolor. Compartir tristeza y llanto, evitando situaciones muy dramáticas que les puedan asustar, convierte a las personas adultas en modelos de expresión. En los casos en que las figuras de referencia tengan una emoción demasiado intensa o abrumadora, los padres pueden recurrir a la ayuda de otra persona adulta que realice el soporte familiar.





¿Cuándo derivar a Atención Especializada?

El duelo en la infancia y adolescencia es un proceso normal que generalmente no requiere intervención especializada, pero que al igual que en la persona adulta, puede complicarse requiriendo en estos casos ser derivado al dispositivo de salud mental infanto-juvenil competente. Así, cuando los síntomas esperables, ya comentados, son mucho más intensos o de mayor duración de la esperable, pueden interferir mucho en la vida de los niños/as pudiéndose realizar el diagnóstico de Trastorno Adaptativo o de Trastorno Afectivo. No es correcto diagnosticar un trastorno adaptativo cuando los síntomas representan un duelo normal. En muertes no esperadas, muy violentas y presenciadas por los niños/as, pueden aparecer cuadros compatibles con “trastorno por estrés postraumático”.

Los síntomas a los que debemos estar especialmente atentos son:

- En la infancia: llanto excesivo, apatía, falta de interés, abandono de juegos, aislamiento, rabietas y otras alteraciones conductuales, alteraciones del apetito o del sueño (pesadillas, miedos), temores a quedarse solo (especialmente si se acompañan de conductas de evitación que derivan en “trastorno por angustia de separación”) y conductas regresivas (enuresis y encopresis secundarias, hablar mañosos como un “bebé” ...).
- En la adolescencia: retraimiento, estar muy silenciosos, falta de apetito, no dormir o hacerlo en exceso, cansancio excesivo, tristeza continuada con desesperanza y pérdida de interés por las amistades o las aficiones.

Además de los síntomas en los niños/as hay algunas otras señales de alarma presentes en el entorno familiar o derivados de las características de la propia muerte o enfermedad que hacen que el duelo sea especialmente difícil de elaborar:

- Cuanto más cercana es la persona fallecida más difícil es elaborar el duelo en los niños/as (padre, madre...), especialmente si es de una persona joven (hermanos, mellizos...) y/o no estaba enfermo.
- Si la muerte ha sido muy violenta (suicidio, asesinato...) y/o presenciada por los niños/as. Generalmente estas situaciones son más difíciles de elaborar también para las personas adultas que tienen que facilitar al niño o niña el duelo.

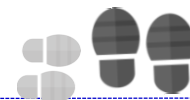




- Cuando las figuras de referencia no han elaborado el duelo y no han permitido la despedida del ser querido. Esto es más frecuente en el caso de fallecimiento de otro hijo menor. Signos de ello pueden ser no haber hecho ningún cambio en la habitación, seguir celebrando los cumpleaños incluyendo regalos para el fallecido.

Es importante asegurarse que las figuras de referencia del niño o niña están elaborando bien su propio duelo y si no es así indicarles a ellos que acudan a un tratamiento específico. Familias que no son capaces de elaborar su propio duelo pero que tiene muchas dudas y angustia excesiva en relación con cómo acompañar a los niños/niñas, también pueden beneficiarse de unas consultas puntuales en la unidad de salud mental infanto –juvenil.

En los casos de pacientes de enfermedad muy avanzada que están siendo atendidos en las Unidades de Cuidados Paliativos que cuentan con un psicólogo clínico en su equipo, es en ese contexto de atención integral desde donde puede realizarse dicho apoyo a las familias con niños/niñas, así como ayudarles en el acompañamiento durante el duelo.



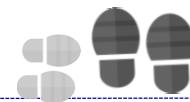
¿Qué es importante recordar?

- ▶ Los niños, niñas y adolescentes sienten la pérdida de sus seres queridos y tienen que elaborar su duelo. La pérdida de un ser querido conlleva un sufrimiento consolable pero no evitable.
- ▶ Aunque su noción sobre la muerte esté aún en construcción, los niños y niñas necesitan dar respuesta a sus preguntas, comprender y dar significado a las pérdidas.
- ▶ No siempre van a expresar el malestar hablando de sus preocupaciones y si lo hacen puede que no sea con las personas adultas más cercanos. La forma de expresar las emociones en la infancia puede ser a través de juegos (a morirse...) o dibujos y en los adolescentes, mediante escritos o cartas.
- ▶ En la edad infantil el sufrimiento no suele ser un estado de abatimiento como en la edad adulta.
- ▶ El ánimo oscila con momentos de pena y tristeza y otros en que juegan y están contentos.
- ▶ Pueden tener momentos de llanto inesperado o recuerdos persistentes.
- ▶ Es frecuente apreciar cambios en el carácter, el ánimo el sueño y la alimentación, así como conductas regresivas, alteraciones del comportamiento o ansiedad. También pueden aparecer temores a que les pase algo a sus seres queridos que se pueden acompañar de conductas de evitación a ir al colegio, quedarse solos...
- ▶ En general, el duelo puede repercutir en el funcionamiento global del niño o niña incluyendo la disminución del rendimiento académico. Su energía está destinada a elaborar la pérdida y les cuesta frenar la actividad interna por lo que pueden estar más distraído, ensimismado u olvidadizo
- ▶ Los niños, niñas y adolescentes necesitan que se les acompañe en el duelo porque sus recursos internos son todavía frágiles. Es de gran importancia el entorno familiar y social en cuanto a la capacidad de apoyo y recursos que puede ofrecer: comprender, contener y acompañarles es esencial para la elaboración del duelo, así como que reestablezcan su vida cotidiana.





- ▶ También necesitan sentirse incluidos en los procesos de duelo familiar: necesitan despedirse y suele ser de ayuda que a partir de los 8-9 años participen en los ritos funerarios.
- ▶ El apoyo a la familia durante los procesos de enfermedad terminal, así como ayudarles en su propio duelo y en el proceso de informar y acompañar a los niños y niñas es un factor de protección de duelo complicado en la infancia y la adolescencia.
- ▶ Cuando los síntomas del duelo “normal” son excesivamente intensos o duraderos o derivan en algún otro trastorno mental identificable deben ser atendidos en recursos especializados.
- ▶ En conclusión, los niños y niñas se benefician de que sus adultos de referencia, tanto su red familiar como sanitaria, seamos honestos con ellos y los acompañemos durante su proceso de duelo, evitando apartarles con el pretexto de ahorrarles sufrimiento. El paso del tiempo ayuda a calmar la intensidad del dolor, pero en sí mismo no es curativo. Las personas adultas debemos ser pacientes pero firmes, ayudarles a resolver sus problemas y permitirles ser felices tras la pérdida.



¿Quieres saber más?

Bibliografía

- Bolwy J. La pérdida afectiva. Tristeza y depresión. Buenos Aires: Paidós; 1983.
- Tizón J. Pérdida y duelo. Vivencias, investigación y asistencia. Barcelona: Paidós Iberica; 2004
- Cid Egea L. Explícame que ha pasado: guía para ayudar a los adultos a hablar de la muerte y el duelo con los niños. Madrid: Fundación Mario Losantos del campo; 2011
- Diaz Seoane P. Hablemos de duelo: manual práctico para hablar de la muerte con niños y adolescentes. Madrid: Fundación Mario Losantos del campo; 2016
- Kubler-Ross E. Los niños y la muerte. Barcelona: Luciérnaga; 2006.





Separaciones y divorcios

Autores:

Amador Priede Díaz.

Sandra Alonso Bada.



¿DE QUÉ HABLAMOS?	321
¿CON QUÉ FRECUENCIA APARECEN?	323
¿QUÉ CONSECUENCIAS TIENEN?	324
¿CÓMO RESPONDEN LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES?.....	329
¿CÓMO CURSAN?	330
¿CÓMO SE VALORAN?	332
¿CÓMO SE INTERVIENE DESDE ATENCIÓN PRIMARIA?	333
¿CUÁNDO SE DERIVAN A ATENCIÓN ESPECIALIZADA?	336
¿QUÉ ES IMPORTANTE RECORDAR?	337
¿QUIERES SABER MÁS?	338
<i>Bibliografía</i>	338



¿De qué hablamos?

El divorcio es un fenómeno muy frecuente en la sociedad actual. En España, en el año 2016 se produjeron 96.824 divorcios (INE, 2017), una tasa similar a la de los años precedentes. Tras producirse un aumento progresivo del número de divorcios a partir de legalizarse en España en 1981, en los últimos años se ha estabilizado el número de separaciones de las parejas casadas. Pero los profesionales que trabajamos con la infancia tenemos la sensación de que sigue aumentando el número de niños y niñas que sufren las consecuencias de la ruptura de su familia. Esto puede entenderse si tenemos en cuenta que, según el INE, en el 2017, el 46,79% de los nacimientos se produjeron en parejas no casadas, de las cuales no podemos disponer de un registro de rupturas. Esta cifra sí que ha aumentado progresivamente en los últimos años, pasando de menos de un 20% en el 2000 a casi la mitad de los niños y niñas nacidos actualmente.

En las últimas décadas estamos siendo testigos también de un cambio en las estructuras familiares, con una reducción de las parejas heterosexuales, casadas con hijos que, por ejemplo, en los años 80 eran más del 90 % y un aumento de otras estructuras familiares, como aquellas en las que la pareja no está casada, familias monoparentales, con ambos padres del mismo sexo, familias reconstituidas en las que alguno o ambos miembros de la pareja tienen hijos con otro progenitor...

Otro aspecto en el que se está apreciando un claro cambio de tendencia es respecto a la custodia de los hijos menores. Habitualmente, la custodia era otorgada en la inmensa mayoría de los casos a la madre, con un régimen de visitas a su padre. Actualmente se está produciendo un aumento de las custodias compartidas, que es una opción que se incluyó en el Código Civil en el año 2005. En ese año únicamente fue solicitado por el 2% de los padres, mientras en el 2016, según el INE, fue otorgada casi en el 30% de los casos de divorcio y separación.

Aunque con el aumento de los casos la sociedad ha normalizado la situación de separación de la pareja, sigue siendo algo doloroso para los niños y niñas, que supone una pérdida, y genera gran sufrimiento. Incluso ante las relaciones de pareja más disfuncionales, muchos niños y niñas prefieren que la familia siga unida, aunque suponga una convivencia diaria con el conflicto. La ruptura de la familia es una experiencia estresante, que supone el inicio de una época en la que se pierde la situación de equilibrio previo (funcional o disfuncional), y se produce inestabilidad e incertidumbre, hasta la generación de una nueva dinámica estable.





A la hora de atender estos casos es importante no patologizar, puesto que se trata de eventos a los que los menores se adaptan de manera satisfactoria generalmente, como veremos, pero es importante conocer las diferentes etapas por las que pasará el niño o niña y la familia en su conjunto, y conocer herramientas para recomendar a los padres, para que este proceso genere el menor malestar en el niño o niña.





¿Con qué frecuencia aparecen?

La alta prevalencia de divorcios, ha tenido repercusión en la salud mental de los niños, niñas y adolescentes, siendo la aparición de síntomas adaptativos, una demanda frecuente en las Unidades de Salud Mental Infanto-juvenil ambulatorias.

Un estudio arroja cifras de hasta un 30% de los adolescentes que sufrieron la separación de sus padres a los 7 años han recibido tratamiento psicoterapéutico, frente a un 10 % de los adolescentes de la misma edad, criados en hogares intactos.

Parece que tanto los hijos como las hijas de padres separados presentan más trastornos externalizantes, aunque éstos son más frecuentes en varones. También se han descrito problemas internalizantes, reflejando en un estudio que hasta el 26% de los adolescentes y el 30% de las adolescentes en esta situación obtienen puntuaciones altas en escalas de depresión.

A pesar de todos estos datos, las investigaciones muestran algún dato esperanzador, como que el 45 % de los niños y niñas superan satisfactoriamente el divorcio de sus padres, habiéndose adaptado de forma satisfactoria tras dos años de la ruptura. Y, aunque puedan aparecer secuelas en la edad adulta, como referiremos posteriormente, la mayoría de adultos jóvenes cuyos padres se divorciaron, tienen éxito profesional y relaciones estables de pareja.





¿Qué consecuencias tienen?

La separación de los padres supone un evento vital estresante para el niño, independientemente de su temperamento y de las circunstancias en que se produzca.

Los eventos vitales estresantes se definen como cualquier hecho o circunstancia que ocurre en la vida de las personas y tiene el potencial para alterar el estado mental o el bienestar físico. La acumulación de eventos vitales estresantes se considera en la actualidad como uno de los factores de riesgo más importantes que amenazan el ajuste durante la adolescencia e incluso la edad adulta. Aquellos eventos más relevantes serán los no normativos, es decir, aquellos sucesos que no serán experimentados por todos los niños/niñas o adolescentes y tienen gran repercusión: como la muerte de un progenitor, el divorcio de los padres, el ingreso en prisión de un miembro de la familia; pero también se deben tener en cuenta aquellos más normativos, es decir, a los que cualquier niño o niña debe hacer frente en circunstancias habituales como cambios en su ámbito familiar, adaptación a un nuevo ciclo escolar, conflicto entre iguales, cambio de centro escolar... Se ha enfatizado que la acumulación de elementos estresantes en la vida de las personas es lo que supone una mayor amenaza para su ajuste, más que un único elemento aislado, independientemente de la gravedad.

La relevancia de la repercusión que las separaciones causan en los niños/niñas tiene que ver con que es un proceso que no se limita al duelo por la pérdida de la estructura estable previa, o del progenitor con el que ya no convive, sino que llevan asociadas otra serie de cambios en la vida del menor, que suponen una acumulación de este tipo de eventos: como un cambio de domicilio, de centro escolar, de situación socioeconómica...

Repasando la Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Holmes y Rahe, aunque esté referida a adultos, podemos hacernos a la idea de cuántos estresores van asociados a un proceso de separación.





Figura N° 1
Escala de acontecimientos vitales Holmes y Rahe 1976
Acontecimientos vitales que se han sucedido en los 12 últimos meses

1. Muerte del cónyuge:	100	23. Cambio de responsabilidad en el trabajo:	29
2. Divorcio:	73	24. Hijo o hija que deja el hogar:	29
3. Separación matrimonial:	65	25. Problemas legales:	29
4. Encarcelación:	63	26. Logro personal notable:	28
5. Muerte de un familiar cercano:	63	27. La esposa comienza o deja de trabajar:	26
6. Lesión o enfermedad personal:	53	28. Comienzo o fin de la escolaridad:	26
7. Matrimonio:	50	29. Cambio en las condiciones de vida:	25
8. Despido del trabajo:	47	30. Revisión de hábitos personales:	24
9. Desempleo:	47	31. Problemas con el jefe:	23
10. Reconciliación matrimonial:	45	32. Cambio de turno o de condiciones laborales:	20
11. Jubilación:	45	33. Cambio de residencia:	20
12. Cambio de salud de un miembro de la familia:	44	34. Cambio de colegio:	20
13. Drogadicción y/o alcoholismo:	44	35. Cambio de actividades de ocio:	19
14. Embarazo:	40	36. Cambio de actividad religiosa:	19
15. Dificultades o problemas sexuales:	39	37. Cambio de actividades sociales:	18
16. Incorporación de un nuevo miembro a la familia:	39	38. Cambio de hábito de dormir:	17
17. Reajuste de negocio:	39	39. Cambio en el número de reuniones familiares:	16
18. Cambio de situación económica:	38	40. Cambio de hábitos alimentarios:	15
19. Muerte de un amigo íntimo:	37	41. Vacaciones:	13
20. Cambio en el tipo de trabajo:	36	42. Navidades:	12
21. Mala relación con el cónyuge:	35	43. Leves transgresiones de la ley:	11
22. Juicio por crédito o hipoteca:	30		

43 Cp.13: Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Holmes y Rahe

Según Lansford (2009) los niños y niñas cuyos padres pasan por un divorcio presentarán, a corto plazo, más problemas externalizantes e internalizantes, menor rendimiento académico y más problemas en relaciones sociales. Sin embargo, estos problemas suelen desaparecer cuando se analizan los resultados a largo plazo.

Esta autora plantea que, con mucha frecuencia, la adaptación al divorcio va a estar mediada por los siguientes factores:



Conflictividad parental: se trata de la variable que de manera más consistente se asocia a problemas emocionales a largo plazo en niños y niñas tras un divorcio, siendo incluso más determinante que la estructura familiar. Se asocia tanto con problemas internalizantes, como externalizantes. Un dato que confirma el efecto nocivo de la conflictividad parental la aportan algunos estudios longitudinales (Amato et al., 1995) que encuentran que en matrimonios de elevada conflictividad antes de divorciarse, una vez se completa el divorcio observan una disminución de los problemas psicológicos de los hijos. Kelly y Emery (2003) consideran que en la mayor parte de los padres disminuye el nivel de conflicto en los 2 o 3 años posteriores al divorcio, en la medida en que se distancian, se adaptan a las nuevas circunstancias y establecen nuevas relaciones. Sin embargo, entre un 8-12 % continuarán presentando niveles elevados de conflicto. Este grupo de padres presenta más problemas emocionales y caracteriales, derrocha recursos y tiempo en disputas legales y expone a los hijos a contextos de agresividad y violencia.

Nivel de renta: tras un divorcio es frecuente que se reduzca el poder adquisitivo. Esto se traduce en una reducción de recursos a varios niveles: pueden verse obligados a mudarse a barrios y domicilios en peores condiciones, acudir a peores escuelas, dejar clases de apoyo o actividades extraescolares y de ocio, etc. Este problema es especialmente acuciante cuando el progenitor no custodio no cumple con los pagos de la pensión.

Bienestar/calidad de vida: esta variable influye directamente sobre el grado de conflicto marital. Además, se relaciona con diversas condiciones de salud mental, tales como depresión, ansiedad y estrés, que pueden disminuir la capacidad de los padres para desarrollar una adecuada crianza.

Estilo de crianza: se observa que esta variable afecta a la adaptación de los niños y niñas tras el divorcio, pero que ya ejerce su influencia desde etapas previas. Un estilo autoritativo, que combina exigencia con apoyo emocional, se asocia a un mejor ajuste de los niños y niñas.

De cara a orientar a los padres, tanto si se trata de casos de separaciones como si no, es útil conocer los estilos de crianza según el modelo de Baumrind (1967), quien los clasifica en función del grado de calidez proporcionada y del control ejercido (ver Figura 1).



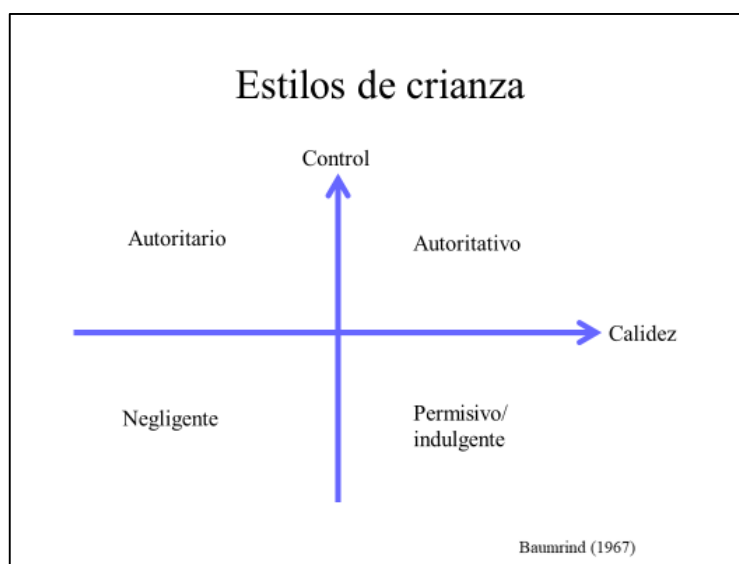


Así, nos encontraríamos con los siguientes estilos:

Permisivo: Los padres evitan establecer normas y exigencias, optando por que sean los propios niños/as quienes se autorregulen.

Autoritario: Los padres establecen multitud de normas, exigiendo obediencia ciega a los niños/as.

Autoritativo: Padres que a la vez que son exigentes, muestran calidez y comprensión. Son respetuosos con los niños y niñas, al verlos como seres independientes y racionales. Esperan de los éstos madurez y cooperación, a la vez que ofrecen un importante apoyo emocional. Es el que proporciona un mejor ajuste a la nueva situación.



44 Cp.13: Estilos de crianza

En la misma revisión, Lansford (2009) identifica a los niños y niñas más pequeños como los que desarrollarán más problemas de conducta, mientras que niños y niñas mayores y adolescentes presentarán más problemas académicos y sociales. En cambio, no parece existir una relación clara entre el género y la afectación producida por el divorcio (Lansford, 2009).

Kelly y Emery (2003) recopilan una serie de factores de protección frente a posibles desajustes provocados por la separación, disminuyendo los efectos perjudiciales de ésta:





Progenitor custodio: una adecuada competencia parental, junto con un estilo de crianza de calidad se asocia con mejor adaptación. Así, los factores de la crianza que presentan un mayor potencial protector son la calidez, el apoyo emocional, supervisión, disciplina autoritativa y mantener expectativas adecuadas a la edad del niño o niña.

Progenitor no custodio: la frecuencia de las visitas se asocia con una mejor adaptación en contextos de bajo conflicto parental y siempre que el progenitor no custodio se implique activamente en la crianza (por ejemplo, ayudando al hijo con los deberes, llevándole a actividades, apoyando económicamente, etc.) y muestre un estilo de crianza con los rasgos expuestos para el progenitor custodio.

Baja conflictividad parental: es un claro factor de protección tras el divorcio, que se asocia con menos problemas psicológicos en la edad adulta. Alrededor de un 25-30% de los padres mantiene un estilo cooperativo después del divorcio, lo cual redundaría en una mejor adaptación de los niños (Kelly et al, 2003). En los casos en los que el conflicto persiste, algunos factores, como mantener una buena relación con al menos uno de los progenitores, la calidez mostrada por los padres y la capacidad de estos para aislar a los niños y niñas de sus problemas, también actuarán como protectores





¿Cómo responden los niños, niñas y adolescentes?

La forma en la que reaccionan los niño y niñas ante estas situaciones será diferente, en función de diferentes variables, pero una de las que más condicionará la expresión clínica en su edad.

Preescolares: es frecuente la aparición de clínica regresiva: se produce un retroceso en los hitos del desarrollo que ya tenían adquiridos, como enuresis nocturna o encopresis después de haber conseguido ya un control esfinteriano completo; o una regresión en el nivel del lenguaje en niños y niñas de corta edad. También es frecuente la ansiedad por separación, manifestada en forma de dificultades para separarse de la madre: al haber desaparecido uno de sus progenitores de su rutina, puede temer a la pérdida del otro progenitor. En los niños varones, es más frecuente que en las niñas la aparición de trastornos de conducta, y el aumento de las pataletas, que ya de por sí suelen ser frecuentes en este momento evolutivo del niño. También son frecuentes los trastornos del sueño, la irritabilidad y el llanto frecuente.

Edad escolar: de 6 a 12 años. A esta edad, los niños y niñas elaboran un auténtico proceso de duelo que se manifiesta como un sentimiento de pérdida, disminución de estado de ánimo e irritabilidad. Los resultados académicos pueden verse alterados por dificultades para la concentración y también es frecuente la aparición de conductas disruptivas. La irritabilidad es un síntoma frecuente y puede estar dirigida tanto contra el progenitor custodio por haber “echado” al otro, o contra el no custodio por sentirse abandonados por él; es habitual la alianza con uno de los dos progenitores. En esta etapa son características las fantasías de reunificación y los conflictos de lealtades en casos de separaciones conflictivas.

Adolescencia: es una edad especialmente compleja para la disolución de la familia, ya que una estructura familiar estable ejerce funciones de contención en esta etapa caracterizada por la inestabilidad. El adolescente puede vivir la separación como un proceso de duelo, con el riesgo de desembocar en un proceso depresivo. El ánimo bajo, con intenso sentimiento de pérdida es muy frecuente, así como la irritabilidad. No es extraño que se produzca una alianza con uno de los progenitores y se haga más difícil la relación con el otro, o que valoren a uno de sus progenitores como más frágil y se inviertan los roles de modo que el/la adolescente inicia actitudes de madurez precoz, protegiendo a este progenitor que considera más débil o perjudicado en el proceso de separación.





¿Cómo cursan?

Podemos dividir en 4 etapas en los conflictos de divorcio-separación:

Etapa de conflictos previos.

Periodo de tiempo en el que la relación de pareja se está deteriorando, hasta la ruptura.

Etapa de los trámites de separación.

Es una de las etapas más duras, de mayor intensidad de conflicto, porque es cuando se negocian las condiciones económicas, de vivienda, de custodia de los hijos menores....

Etapa tras la separación efectiva.

Se le calcula una duración media de dos años, del que el primero es el más duro. Es la etapa de adaptarse a la nueva situación: de convivencia, económica, relacional, de afectación afectiva de los padres.

Etapa de efectos a largo plazo.

Suelen haberse suavizado los conflictos entre los padres, y el tiempo ayuda a la adaptación a la nueva situación. Con el tiempo se pueden producir nuevos cambios, cuando los progenitores comienzan relaciones con otras parejas y pueden iniciar la convivencia con otra persona adulta y otros menores, generando una familia reconstituida.

Las familias pueden demandar atención en cualquier de estas etapas, porque el niño o niña ha comenzado a presentar sintomatología, o simplemente para prevenirlo. El niño o niña puede comenzar a expresar su malestar en forma de síntomas en cualquiera de estas etapas.

Morgado y González (2012) constatan que los cambios que se producen en la estructura familiar desconciertan y alteran a los hijos en un periodo inicial, pero tras este periodo de desequilibrio inicial, los hijos van adaptándose al nuevo contexto familiar para conseguir de nuevo estabilidad. Este periodo de adaptación es variable y su duración puede situarse entre unos meses y los dos años desde que se produce la separación o divorcio.





Emery (1999) sostiene que las investigaciones efectuadas en otros países manifiestan que los hijos cuyos padres se han separado tienen una evolución encaminada hacia una adaptación equilibrada a la nueva situación familiar.

En definitiva, de acuerdo con estos estudios se puede sostener que, cuando pasa el debido tiempo, una gran parte de niños y niñas parece adaptarse al nuevo contexto familiar presentando un perfil psicológico estable.





¿Cómo se valoran?

Cada vez es más frecuente ver casos en consulta en los que proceso de divorcio se medicaliza. En dichas situaciones, el profesional sanitario debe actuar con cautela para no contribuir a que dicho problema se agrave. Por ello, es fundamental trabajar desde la primera consulta bajo una perspectiva de prevención cuaternaria, esto es, tratar de evitar un daño mayor a causa de la actividad sanitaria (Gervás et al., 2012; San Martín, 2017).

Si tenemos en cuenta que de modo natural se producirá un desajuste como consecuencia de los cambios asociados al divorcio (domicilio, visitas, económico, etc.), es razonable pensar que los niños y niñas deberán adaptarse a estos cambios para regresar a su nivel de funcionamiento habitual.

Por lo general, los problemas serán mínimos y en el peor de los casos podría recibir un diagnóstico de trastorno adaptativo (American Psychiatric Association, 2000):

- La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.
- Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:
 - Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante.
 - Deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica).
 - La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente.
 - Los síntomas no responden a una reacción de duelo.
 - Una vez ha cesado el estresor (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

Además de los síntomas concretos, es fundamental valorar la interferencia que estos generan en el desempeño habitual del menor, tanto en su funcionamiento social y familiar, como escolar





¿Cómo se interviene desde Atención Primaria?

Es relativamente frecuente que las madres o padres acudan a consulta, preocupados por la posible afectación del niño o niña a causa del divorcio y solicitando una valoración más exhaustiva por parte de SMIJ. En los casos en los que desde Pediatría no se objetiven síntomas alarmantes no se deberá realizar dicha derivación, sino que se normalizará la conducta del niño o niña, ofreciendo al progenitor una explicación razonada sobre el proceso adaptativo del menor, y se revisará en los meses posteriores para comprobar que se adapta de manera adecuada.

Es importante dar información a los padres sobre qué pueden esperar que ocurra durante este proceso, y cuáles son las estrategias que pueden facilitar el que el niño o niña tengas las mínimas consecuencias posibles.

Recordar que el objetivo que debe dirigir todas sus actuaciones debe ser el mejor interés de los menores; y en función de esto se irán tomando las decisiones.

Enfatizar el dato de que el grado de adaptación conseguido por los hijos de padres separados, está claramente relacionado con el nivel de conflicto al que estén expuestos.

También es importante que conozcan que los niveles de apoyo, contacto e implicación por parte del progenitor no custodio, tienen una repercusión positiva en el bienestar de los niños y niñas.

El niño o niña debe recibir información adecuada a su edad y su momento evolutivo sobre los cambios que se van a producir en su vida: qué aspectos serán diferentes y cuáles se mantendrán.





Debemos intentar minimizar los cambios en la vida y la rutina del niño o niña. Es más fácil su adaptación si puede seguir yendo a su colegio, realizando las mismas actividades extraescolares y manteniendo la relación con sus amistades, familia extensa y amistades.

En las situaciones de separaciones conflictivas, la hostilidad entre los padres supone un problema por su gran potencial para dañar a los niños/niñas. El proceso legal, que los coloca como adversarios, perjudica el cuidado de la relación del niño o niña con el otro progenitor, siendo al final el menor el más perjudicado.

Intervenciones recomendadas en función de la edad y momento evolutivo del niño, niña o adolescente:

En los menores de tres años, la prioridad es la creación de un apego seguro, que será la base para el desarrollo de sus relaciones futuras. Para esto, la recomendación general es que el padre no custodio lo visite en su casa, ya que a esta edad necesitan principalmente estabilidad y rutinas. La recomendación general es que el padre no custodio tenga contacto frecuente con el niño o niña, diario si es posible, y que participe en las actividades rutinarias del niño o niña, como alimentación, sueño, juego y resto de rutinas.

En preescolares se debe ir introduciendo las pernoctas con el padre no custodio, de forma progresiva, intentando que se mantenga una estabilidad en las normas, horarios, rutinas de sueño... A esta edad ya se debe dar una explicación al niño o niña sobre la ruptura de la relación de sus padres, enfatizando en que él o ella no tienen la culpa de lo que ha ocurrido, y que ellos se encargarán de cuidarle y que no haya muchos cambios en su vida ni su rutina.

Durante la edad escolar, se enfatizará más en la explicación sobre la separación, explicando bien la característica de irreversibilidad de este proceso. Son muy comunes las fantasías de reconciliación y reagrupación familiar y es importante no fomentarlas, siendo muy claro, aunque reconociendo y favoreciendo la expresión de este sentimiento, así como todos los relacionados con este proceso de separación que están viviendo.





En la adolescencia, lo más característico en esta edad es que el grupo de iguales se convierta en su referencia tanto para sus decisiones como para sus actividades. Es una época en la que es frecuente que sus actividades con iguales sean importantes, por lo que es común que el tiempo que dedique con su progenitor no custodio (con el que suelen pasar los fines de semana), se vaya reduciendo, y es importante interpretar esto como una característica de esta etapa evolutiva y no como un problema de relación o distanciamiento con este progenitor. También es en esta etapa donde pueden proponer cambiar de domicilio, muchas veces como un modo de huir del control parental. En esta etapa de adolescencia, dada su característica tendencia a poner en duda las normas, es fundamental que entre ambos progenitores intenten consensuar un mensaje único respecto a valores, normas, estudios, actividades...

Como regla general, si los problemas son atribuibles al malestar generado por el divorcio, lo recomendable sería volver a valorar al niño o niña durante los 3 meses siguientes a la primera consulta. Si para entonces los problemas y síntomas no generan una interferencia significativa, se continuará con un seguimiento espaciado. Sólo cuando se constate en el seguimiento, que existe un deterioro en su nivel de funcionamiento o que la sintomatología reviste gravedad, se procederá a derivar a SMIJ.

Es importante señalar aquí que diversos síntomas de ansiedad o cierto retraimiento son normales, tanto los días previos como los posteriores a las visitas con el progenitor no custodio, y especialmente en caso de menores que están expuestos al conflicto parental. Por lo tanto, no son indicativos de maltrato, salvo que concurren otros indicadores más fiables.

Por otro lado, existe una pequeña proporción de casos en los que los progenitores tratarán de usar los servicios sanitarios para avalar sus demandas legales, lo que supone un mal uso de nuestros servicios, que además suelen suponer un consumo excesivo de consultas, sin conseguir repercusión alguna en el bienestar de menor. En estos casos, la mediación ha demostrado ser un método eficaz para resolver sus conflictos, mostrando en los estudios que los padres que han hecho este trabajo tienen mayor capacidad para actuar en conjunto, conteniendo y resolviendo las situaciones conflictivas y consiguiendo que los padres no custodios estén más involucrados en las vidas de sus hijos.

En aquellas ocasiones en las que el conflicto entre los progenitores sea tan intenso que genere dificultades en su descendencia, la clínica del niño o niña no puede ser abordada mientras no haya un proceso de mediación con ambos padres, para que sean capaces de brindarles una convivencia lo más estable y sana posible.





¿Cuándo se derivan a Atención Especializada?

La indicación principal para la derivación a Salud Mental Infanto-juvenil de un niño o niña, es la presencia de síntomas afectivos o conductuales, que exceden en intensidad a la esperable por el cuadro adaptativo que está sufriendo, o cuando estos síntomas se mantienen en el tiempo y no han mejorado a pesar de las indicaciones dadas desde Atención Primaria.

Debemos tener en cuenta que para ser un menor sea tratado por un profesional de Psiquiatría o Psicología debe tener la autorización de los dos progenitores cuando los dos sean titulares de la patria potestad (la gran mayoría de los casos).

Es relativamente frecuente que las madres o padres acudan a consulta, preocupados por la posible afectación del niño o niña a causa del divorcio y solicitando una valoración más exhaustiva por parte de SMIJ. En los casos en los que desde pediatría no se objetiven síntomas alarmantes no se deberá realizar dicha derivación, sino que se normalizará la conducta del niño o niña, ofreciendo al progenitor una explicación razonada sobre el proceso adaptativo del menor, y se revisará en los meses posteriores para comprobar que se adapta de manera adecuada.

También se deberá valorar que detrás de la consulta exista un posible interés oculto del progenitor consultante, que pueda suponer la instrumentalización del menor para lograr ventajas en un proceso judicial. Los casos que se pueda objetivar esta instrumentalización no deberían derivarse a SMIJ, salvo que haya otros factores concurrentes que afecten al niño o niña. Debe realizarse una devolución al progenitor consultante en la que se remarque la existencia de problemática social e interpersonal por parte de los progenitores, así como la ausencia de cuestiones psicopatológicas. En estos casos son mucho más útiles las intervenciones de Mediación Familiar, en las que se trabajan con ambos progenitores y habitualmente, sin implicar al niño o niña, aquellos aspectos del proceso de la disolución de la pareja que pueden estar contribuyendo al mayor sufrimiento del menor. Los Servicios Sociales de Atención Primaria suelen tener Equipos de Mediación Familiar, cuyas intervenciones son las más útiles en estos casos.

En los casos en los que existan indicios de maltrato en el ámbito familiar y/o violencia de género, sí procederá la derivación del menor a SMIJ, puesto que se trata de menores con un mayor riesgo de presentar problemas a nivel psicológico. Pero siempre que sospechemos que el menor esté en una situación de riesgo, se debe derivar el caso a Servicios Sociales para asegurar el bienestar del menor, y que no se encuentre en una situación de desprotección.





¿Qué es importante recordar?

- ▶ Las situaciones de separación de los padres es un evento vital estresante para un niño o niña, que sufrirá por ello, y si no se maneja bien esta situación las secuelas pueden durar hasta la edad adulta.
- ▶ La mayor parte de las veces, si el proceso de separación se lleva a cabo priorizando el bienestar del menor, el periodo de malestar será transitorio, y se recuperará sin secuelas.
- ▶ Parece que el indicador más importante, relacionado con la severidad de la afectación del proceso de separación en el niño o niña, es el grado de conflicto entre los padres.





¿Quieres saber más?

- Guía para padres y madres en situación de separación y divorcio. Servicio de Infancia y Familia. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.
- <https://www.vitoria-gasteiz.org/wb021/http/contenidosEstaticos/adjuntos/es/58/00/5800.pdf>
- Ruptura de la pareja. Guía para afrontarlo sin dañar a los hijos. José Manuel Aguilar Cuenca. Defensor del Menor en la Comunidad de Madrid.
- <http://www.agapap.org/druagapap/system/files/RupturaPareja.pdf>

Bibliografía

- Amato PR, Loomis LS, Booth A. Parental divorce, marital conflict, and offspring well-being during early adulthood. *Social Forces*. 1995; 73: 895–915.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- Baumrind D. Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genet. soc. gen. psychol. monogr.* 1967; 75(1): 43-88.
- Gervas J, Gavilán E, Jiménez de Gracia L. Prevención cuaternaria: Es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. *Actualización en Medicina de Familia*. 2012; 8:312-317.
- Hetherington EM, Bridges M, Insabella GM. What matters? What does not? Five perspectives on the association between marital transitions and children's adjustment. *Am Psychol*. 1998; 53(2): 167-184.
- Estadística de Nulidades, Separaciones y Divorcios año 2016 [Base de datos en internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. [actualizada el 9 de septiembre de 2021; acceso el 15 de octubre de 2021]. <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=20170>.
- Kelly J, Emery R. Children's Adjustment Following Divorce: Risk and Resilience Perspectives. *Fam. Relat.* 2003; 52:352 – 362.





- Lansford JE. Parental Divorce and Children's Adjustment. *Perspect Psychol Sci.* 2009; 4: 140.
- San Martín E. Prevención cuaternaria. Seguridad del paciente. En: *La Atención Primaria de Salud en España en 2015.* Organización Médica Colegial. 2017. p.88-93.
- Sanz Rodríguez LJ, Gómez García de la Pedrosa M, Almendro Marín MT, Rodríguez Campos C, Izquierdo Núñez AM, Sánchez del Hoyo P. Estructura familiar, acontecimientos vitales estresantes y psicopatología en la adolescencia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2009; 29(104): 501-521.
- Jiménez L, Menéndez S, Hidalgo MV. Un análisis de los acontecimientos vitales estresantes durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología.* 2008; 26(3):427-440.
- Emery RE, topic ed. Divorce and separation – Synthesis. In: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development and Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development; 2011:i-iii. Available at: http://www.child-encyclopedia.com/pages/PDF/synthesis-divorce_and_separation.pdf.
- Pedro-Carroll J. How Parents Can Help Children Cope With Separation/Divorce. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [internet]. Noviembre 2020. Disponible en: <https://www.child-encyclopedia.com/divorce-and-separation/according-experts/how-parents-can-help-children-cope-separationdivorce>





Acoso escolar

Autores:

Ismael Palacios Noriega.

Sandra Alonso Bada.

Laura Alonso León.



¿DE QUÉ HABLAMOS?	342
¿CÓMO ES EL PROCESO DE ACOSO ESCOLAR?	345
<i>Fases del proceso de acoso</i>	345
<i>Los actores.</i>	347
¿CON QUÉ FRECUENCIA SE PRODUCE?	349
¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO PARA QUE SE PRODUZCA?	352
¿CÓMO SE MANIFIESTA EN LA VÍCTIMA?	355
¿QUÉ CONSECUENCIAS TIENE?	360
¿CÓMO SE EVALÚA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA?	362
¿CÓMO SE INTERVIENE?	364
<i>Intervención en Atención Primaria; notificaciones desde pediatría al centro escolar.</i>	364
<i>Intervención desde Centro Escolar</i>	365
Protocolos establecidos	365
Procedimiento a seguir en caso de notificaciones externas a la Comunidad Educativa (desde Pediatría u otros servicios externos)	366
Pautas generales ante la detección del posible acoso escolar. (Basado en Piñuel, I.)	368
<i>Intervenciones con el niño o niña víctimas de acoso y su familia</i>	369
<i>Actuaciones con el agresor, la audiencia y con grupo clase</i>	372
¿CUÁNDO DERIVAR A ATENCIÓN ESPECIALIZADA?	375
¿QUÉ ES IMPORTANTE RECORDAR?	377
¿QUIERES SABER MÁS?	379
<i>Bibliografía</i>	379



¿De qué hablamos?

El acoso entre iguales y el ciberacoso son formas de violencia protagonizadas por niño/as/as o adolescentes contra otros niño/as/as o adolescentes que se producen generalmente, aunque no en exclusividad, en el centro escolar. Es por esto que se le ha denominado también acoso escolar. Es importante señalar que la escuela no es el único lugar donde se gesta y se lleva a cabo la violencia y que, por el contrario, es un contexto clave para poder combatir este tipo de violencia.

El fenómeno fue descrito por Olweus en 1983, cuando definió una forma de violencia que se da entre compañeros/as en el centro escolar: *“un alumno está siendo maltratado o victimizado cuando está expuesto repetidamente y a lo largo del tiempo a acciones negativas de otro o un grupo de estudiantes”*. Las características que para Olweus definen el acoso escolar son tres: intencionalidad, persistencia en el tiempo y abuso de poder.

Estas tres características definidas originalmente por Olweus siguen siendo consideradas actualmente esenciales por los expertos para definir el acoso escolar.

Entendemos que existe acoso escolar cuando un alumno/a recibe un continuo y deliberado maltrato verbal, físico y/o psicológico por parte de uno o varios compañeros/as que se comportan con él/ella de forma hiriente con el objetivo de someterlo/a, apocarlo/a, asustarlo/a o amenazarlo/a, atentando contra su dignidad.

Es importante diferenciar el acoso de otras agresiones esporádicas y manifestaciones violentas, ya que para poder considerar que existe acoso escolar deben cumplirse tres criterios diagnósticos, que deben darse simultáneamente:

Intencionalidad: Intención de causar daño.

Repetición de las conductas agresivas (frecuencia). No se trata de una agresión puntual.

Duración en el tiempo (persistencia), con el establecimiento de un esquema de abuso de poder y desequilibrio entre víctima y agresores.



El acoso puede tomar varias formas:

Bullying o matonismo	Violencia física	Agresiones físicas como empujones, puñetazos, patadas, golpes....
	Amenazas físicas	Amenazas o intimidación con causar daño físico
Violencia psicológica	Hostigamiento verbal	Insultar, humillar, poner apodos, hacer comentarios ofensivos sobre sus características físicas, religión, orientación sexual...
	Coacciones	Chantajes, extorsiones, robos, deterioro de pertenencias...
	Violencia social	Comportamientos de exclusión, marginación social, ninguneo; desprecio y ridiculización; propagar rumores sobre el acosado/a, o aislándolo/a del grupo: huyendo cuando se acerca, impidiendo que realice actividades o juego con los demás (incluye cualquier conducta de exclusión, bloqueo o manipulación social).

El acoso escolar puede ser realizado directamente, en persona, o llevarse a cabo a través de medios electrónicos, que es lo que se ha denominado ciberacoso.

Se considera **ciberacoso** al acoso que tiene lugar cuando una o varias personas, de forma intencionada y repetida, ejercen su poder o presión sobre otra u otras con ayuda de medios electrónicos y de forma maliciosa, con comportamientos agresivos, tales como el insulto, la molestia, el abuso verbal, las amenazas, humillaciones (se incluyen todas las conductas ya descritas en el maltrato verbal, psicológico, social e indirecto)

La principal diferencia entre el acoso y el ciberacoso es el uso de nuevas tecnologías para perpetrar las agresiones. Incluye internet, las redes sociales, teléfonos móviles, juegos online a través de video consola o en internet, páginas personales, chats en internet, etc.



Las conductas de ciberacoso más habituales son las siguientes:

- Remitir mensajes desagradables, amenazantes o vejatorios.
- Etiquetar fotos o asociarlas a comentarios indeseables.
- Publicar post, fotos o videos desagradables en un blog, red social, Web o sala de Chat.
- Suplantar la identidad para expresar mensajes desagradables.

Para ser considerado ciberacoso se deben dar de forma simultánea los mismos criterios diagnósticos que para el acoso: intencionalidad, repetición (frecuencia) y duración en el tiempo con desequilibrio de poder (persistencia).

Existen tres características hacen especialmente dañino al ciberacoso, ya que se trata de una forma de acoso que se extiende fuera de los límites de la escuela y que mantiene la impunidad del agresor/es:

- Extensión en el tiempo: El acoso tradicional se limita generalmente al horario escolar y a actividades relacionadas con la escuela, suponiendo para la víctima un desahogo el periodo no escolar. Pero esto ha desaparecido con el uso de las nuevas tecnologías, porque en esta modalidad se puede perpetrar el acoso 24 horas al día, todos los días de la semana.
- Extensión del ámbito de influencia: La rápida difusión de mensajes que permiten las nuevas tecnologías hacen que la victimización se extienda rápidamente a una red social mucho mayor que en el caso tradicional, trasladándose incluso a nuevos círculos sociales en los que se integre la víctima.
- Anonimato del agresor/es: el acoso tradicional es algo que se produce directamente “a la cara”, mientras que las redes sociales propician que se pueda realizar de forma anónima, lo que hace sentir mayor impunidad.

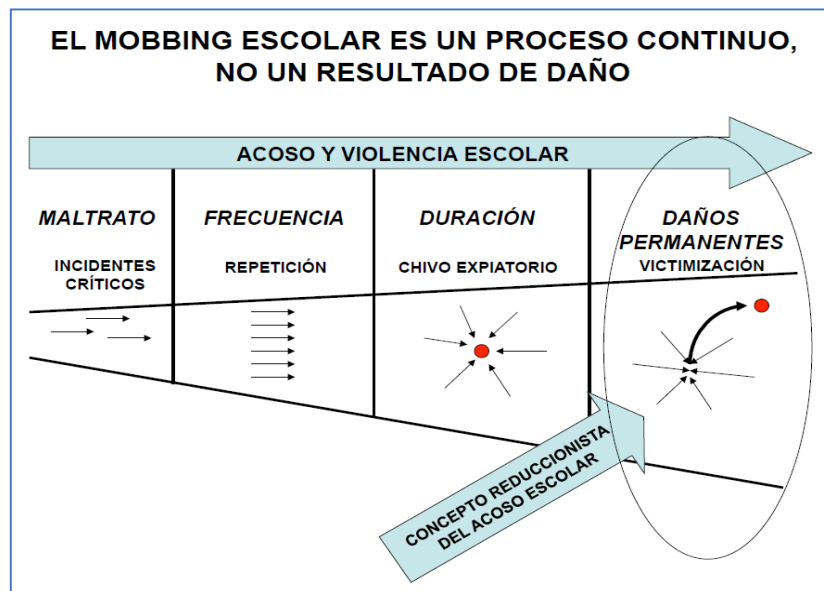
Tanto el acoso como el ciberacoso no incluyen necesariamente acciones relacionadas con abusos, agresiones sexuales, intimidaciones o vejaciones de contenido sexual. En estos casos sería conveniente identificarlos y catalogarlos de forma independiente como agresión/abuso sexual o como *grooming* si se realizan por medios electrónicos.



¿Cómo es el proceso de acoso escolar?

El acoso escolar es un proceso continuo no el resultado del daño. Existe una tendencia reduccionista de considerar que existe acoso solo cuando se constatan daños graves y permanentes en la víctima (tras un proceso de victimización). Sin embargo, el acoso suele evolucionar en cuatro fases, asociadas a la presencia de los tres criterios diagnósticos del acoso: Intencionalidad, repetición (frecuencia) y duración en el tiempo con patrón de abuso de poder.

Fases del proceso de acoso



45 Cap.14:Fuente: Oñate y Piñuel 2007. "Acoso y violencia escolar en España. Informe Cirsneros X. IEDEEI. Madrid

1ª fase: Incidentes críticos: Esta fase está asociada a la intencionalidad del daño. De una violencia indiferenciada hacia diferentes alumnos/as por celos, envidia o rivalidad, el acosador/a pasa a una "selección de la víctima" de entre las que generan un "efecto señal". Es decir, la selección de aquel o aquellos compañeros/as que son "marcados" públicamente por algún suceso puntual (un error llamativo, una nota excepcionalmente alta o baja, ser ridiculizados por el profesor/a, etc.). Las conductas violentas se dirigen, desde ese momento y en exclusividad, hacia esa víctima seleccionada, que acaba siendo estigmatizada con mote.



2ª fase: Repetición o frecuencia: Aparece una repetición de las conductas violentas en contextos donde no hay presencia de personas adultas. El grupo de iguales trivializa y/o refuerza estos comportamientos violentos. Como consecuencia, las conductas no son sancionadas ni por la autoridad adulta (ya que no son conscientes de ellos) ni por el grupo-clase, quedando la víctima desprotegida y el agresor/es con una importante ganancia de significación social dentro del grupo y un sentimiento de impunidad.

3ª fase: Creación de un chivo expiatorio. Esta fase está asociada a la duración de los comportamientos violentos. La persistencia en el tiempo genera un “mecanismo de chivo expiatorio” en donde se amplía el número de alumnos/as que participan (pudiendo llegar incluso a casi todo el grupo-clase), por miedo o por mimetismo, creándose el grupo de acosadores o gang con unanimidad persecutoria hacia la víctima. En esta fase existe un riesgo alto de victimización secundaria por parte de las personas adultas, tal y como se explicará en el apartado 8.3. *Intervención desde el centro escolar.*

4ª fase: Victimización: En esta fase aparecen daños permanentes en la víctima. Destaca un gran sentimiento de culpa internalizado. Aparece, además, confusión, irritabilidad, indefensión y baja autoestima. Se sienten diferentes, torpes, estúpidos, repulsivos, creen que no valen nada. Como consecuencia se inicia un proceso de autoexclusión (apartarse del grupo), que se suma a la fuerte exclusión a la que la somete el grupo, y que en ocasiones es reforzada por medidas erróneas tomadas por las personas adultas, como apartar al alumno/a víctima de acoso cambiándolo de clase o de centro educativo.

Los autores que estudiaron el bullying han intentado explicar los fenómenos que subyacen a esta situación. Así, Ortega. (1998) explica que hay dos leyes que mantienen el acoso entre escolares: la ley del silencio y la ley de dominio-sumisión. Según Ortega son estas dos leyes las que permiten que se perpetúe esta situación en el tiempo:

La ley del silencio, permite que ni víctimas, ni acosador/es, ni testigos cuenten lo que ocurre y lo mantienen en secreto. Esto dificulta que las personas adultas responsables de intervenir en esta situación tengan conocimiento de ello y pueda hacerlo.

En la ley de dominio-sumisión existe un vínculo entre los implicados por el cual uno domina y el otro (u otros) son sumisos y sienten indefensión ante esta dominación, en el seno de la cual se da la situación de violencia.



Los actores.

A la hora de analizar el fenómeno del acoso escolar, los primeros investigadores se limitaban a describir dos actores principales: por un lado, los alumnos que eran intimidados o acosados por sus compañeros: las víctimas, y por el otro lado aquellos llevaban a cabo estos actos de agresión. Pero los estudios mostraron que en el 85 % de las situaciones de acoso había otros alumnos presentes; y estos testigos deben ser tenidos en cuenta, tanto por su papel reforzador y mantenedor del abuso, como por su poder para actuar de forma diferente y revertir la situación.

Las víctimas:

Cualquier estudiante puede ser en algún momento víctima de una situación de acoso escolar, pero existen ciertas características que generan una vulnerabilidad a sufrir este tipo de situaciones (que hemos descrito en el apartado de factores de riesgo). En general son chico/as tímidos, con tendencia al aislamiento social.

Se han definido dos tipos de víctimas: la víctima activa, que responde de forma agresiva, utilizando los mismos mecanismos que el agresor: la violencia y la provocación; y la víctima pasiva: chicos/as con inseguridad, inhibidos, que callan la situación de acoso y responden de forma pasiva, insegura y temerosa ante el acosador.

El acosador/a:

Generalmente se pueden dividir en dos tipos; aquellos que buscan estatus social, y los que buscan víctimas más vulnerables. Los que buscan estatus se dirigen hacia sus propios amigos u otros chico/as populares. Aquellos que buscan víctimas más débiles suelen tener mayores niveles de ansiedad y depresión y ser menos populares.

Olweus definió otros dos perfiles en el acosador: el activo, que establece relaciones directamente con la víctima y realiza la agresión personalmente, y el social-indirecto, que desde el anonimato manipula a sus seguidores para que realicen los actos de violencia a otros compañeros.



Los acosadores chicos/as tienden con mayor frecuencia a realizar acoso físico y las chicas tienden más a utilizar métodos verbales, sociales y por internet.

Los espectadores – “la audiencia”:

Los actos de acoso escolar afectan no sólo al acosador y a la víctima, sino que también involucran a los espectadores de lo que está ocurriendo. Son aquellos iguales que son testigos de lo que está ocurriendo.

Pueden tener varios tipos de respuesta:

- aliarse con el acosador: son aquellos que refuerzan su conducta, consintiendo e incitando el acoso.
- mantenerse ajenos: son aquellos que no actúan ni incitan, pero toleran que se produzca,
- defender a la víctima: son los defensores, aquellos que se enfrentan al acosador y actúan defendiendo a la víctima del acoso.

Aquellos que se ponen del lado de la víctima, empatizan con ella y pueden llegar a ponerse en riesgo de pasar a ser objetivo del acosador. El temor a que ocurra esto puede hacer que chico/as con suficiente empatía no respondan de forma activa, optando por una respuesta pasiva, o incluso pueden pasar a aliarse con el acosado.



¿Con qué frecuencia se produce?

Disponemos de estadísticas de acoso escolar desde un periodo relativamente reciente, porque a lo largo del tiempo fue algo que se normalizó, considerándolo como una experiencia común y propia de la infancia.

Es un fenómeno que comienza en la escuela primaria y tiene su pico de incidencia en la escolarización secundaria.

Actualmente se considera un problema de salud que ha llegado a tener proporciones epidémicas en algunos países: en EEUU en 2015, el Center for Disease Surveillance System reportó que un 20% de los estudiantes de instituto habían sufrido acoso.

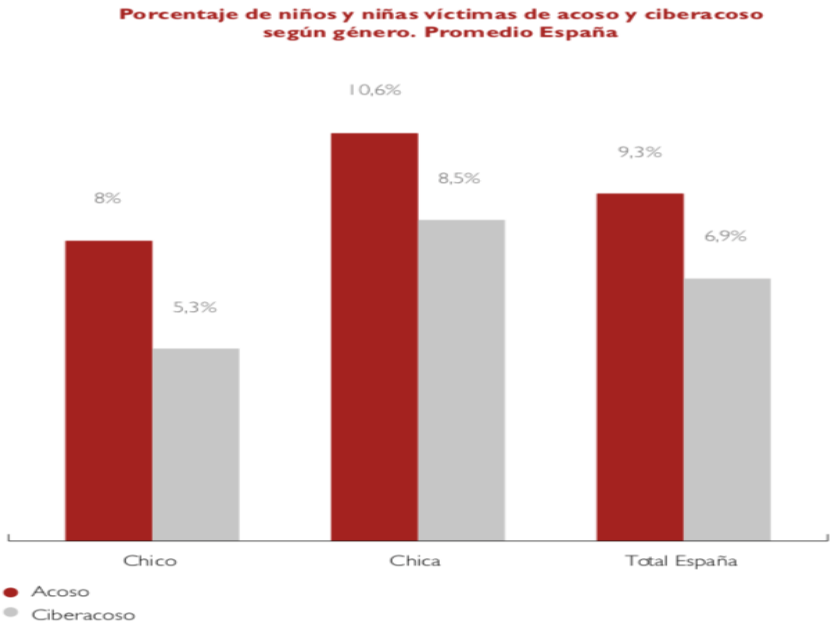
De modo general, estas muestras señalan que las chicas sufren acoso con mayor frecuencia que los varones (24% y 16% respectivamente), lo que coincide con los perfiles por géneros obtenidos en muestras españolas.

En un estudio internacional, que recogió datos de chico/as españoles entre 11 y 15 años entre los años 2002 a 2010, en la población española se reportó una prevalencia de un 18% de los varones y un 10.8% de las mujeres que refirieron haber sido víctimas de acoso escolar de forma ocasional; y un 7.5% de los varones y un 4.3% de las chicas han reportado acoso escolar de forma crónica.

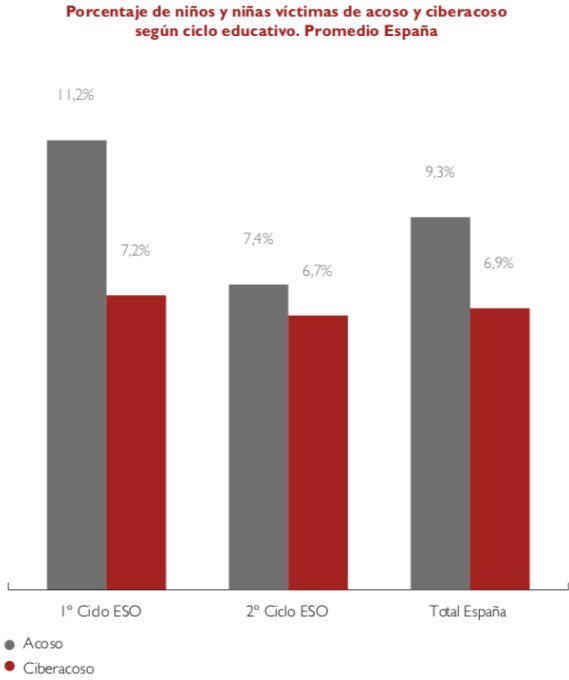
En 2016, Save de Children en colaboración con la Universidad Autónoma de Madrid realizaron un estudio encuestando a una muestra de 21.487 estudiantes españoles entre 12 y 16 años. En esta población, un 9.3% refirió haber sufrido acoso y un 6.9% ciberacoso.

Las víctimas fueron predominantemente mujeres en ambos tipos: 10.6% de mujeres frente a un 8% de hombres como víctimas de acoso tradicional, y un 8.5% de chicas respecto al 5.3% de los chico/as que refirieron haber sido víctima de ciberacoso.

En cuanto a la evolución según las edades, en ambos tipos de acoso la frecuencia era mayor en el primer ciclo de la ESO (1º y 2º de ESO), que en el segundo ciclo.



46 Cap.14: Porcentaje de niños y niñas víctimas de acoso y ciberacoso según género. Promedio España

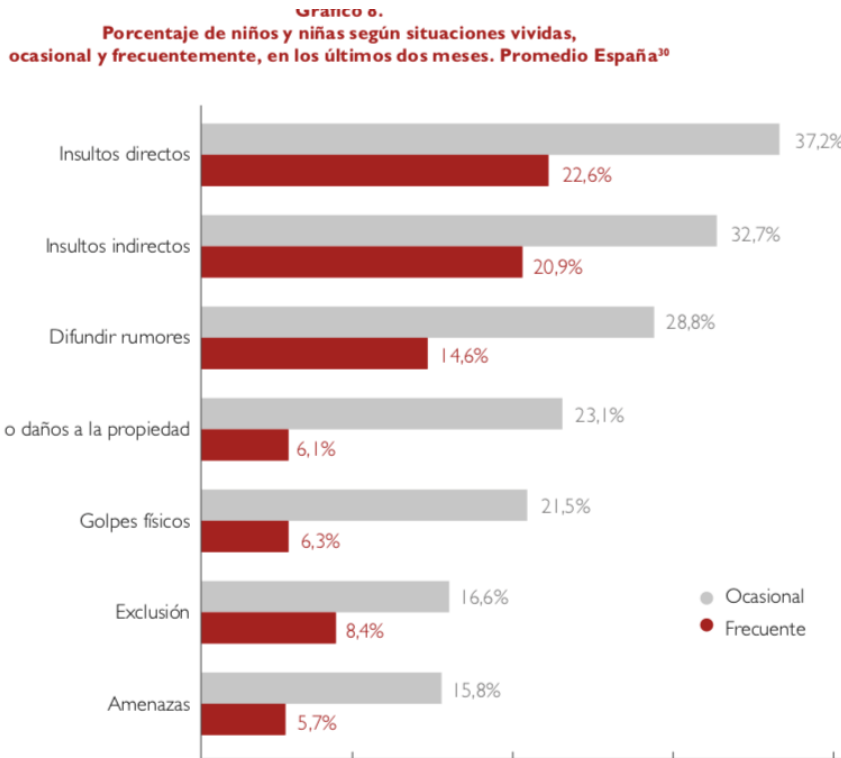


47 Cap.14: Porcentaje de niños y niñas víctimas de acoso y ciberacoso según ciclo educativo.





Este mismo estudio registró aquellas experiencias de violencia que ha sufrido esta población, y que, aunque no cumplen las características de repetición en el tiempo o intencionalidad de dañar que se requieren para la definición de acoso entre iguales, pueden causar daño de tipo emocional. Se evidenció que un alto porcentaje de niño/as han vivido este tipo de situaciones: insultos, rumores, robo de pertenencias, amenazas...



48 Cap.14: Porcentaje de niños y niñas según situaciones vividas, ocasional y frecuentemente

Cuando se les preguntó si habían vivido estas situaciones desagradables o violentas a través de internet o las redes sociales, los porcentajes se mantienen elevados, aunque no se han registrado prevalencias tan altas como en estudios fuera de nuestro país, donde algunos estudios han señalado una prevalencia de ciberbullying de hasta un 52% en la población adolescente, existiendo un solapamiento entre el acoso tradicional y el producido a través de las redes. De hecho, 9 de cada 10 adolescentes que sufrieron ciberacoso también reportaron bullying tradicional.



¿Cuáles son los factores de riesgo para que se produzca?

Perfil de las víctimas:

No existe una estructura de la personalidad o rasgos psicológicos constitucionales que conviertan a un menor en víctima. Cualquier alumno/a puede ser víctima de acoso y violencia escolar. Las manifestaciones clínicas que encontramos en las víctimas, son daños psicológicos y psicosomáticos posteriores, consecuencia del acoso y de la violencia escolar.

No obstante, aquellos niño/as que son percibidos como diferentes tienen mayor riesgo de ser víctimas de acoso por sus iguales. Tanto aquellos que física o conductualmente son diferentes a los demás, suelen ser objetivo de los acosadores, como los pertenecientes a otra cultura, étnicamente o con religiones diferentes. También aquellos que sufren enfermedades crónicas o alguna discapacidad o dificultad del lenguaje, motora o cognitiva tienen mayor riesgo, así como los que se encuentran con dificultades sociales.

Los chico/as afectados de algún problema de salud mental, tanto aquellos que sufren problemas internalizantes como lo que se comportan de forma diferente de los demás, como lo que padecen problemas externalizantes o tienen rasgos del espectro del autismo están también en especial situación de riesgo.

El utilizar el aspecto físico, sobre todo la obesidad como objetivo de las agresiones y comentarios humillantes es algo que comienza en la infancia, pero se intensifica de forma alarmante durante la adolescencia. Es en esta época también cuando comienzan a sufrirlo aquellos chico/as homosexuales, bisexuales o transgénero.



Factores de riesgo (adaptado de McClowry et al 2017).

- Enfermedad crónica.
- Discapacidad física.
- Obesidad o delgadez extrema.
- Apariencia extraña.
- Pertenecer a minoría racial, étnica o religiosa.
- Ser inmigrante.
- Trastorno de aprendizaje.
- Trastorno de conducta.
- LGTBI.
- Pobreza.
- Vivir en orfanatos o casa de acogida.
- Mal funcionamiento familiar.
- Ausencia de relaciones cercanas.
- Exposición a trauma.
- Maltrato infantil.
 - o Abuso físico.
 - o Abuso sexual.
 - o Abuso emocional.
 - o Negligencia.
- Violencia intrafamiliar.
- Abuso de sustancias en la familia.
- Problemas de salud mental en los padres.



Factores protectores:

Los efectos que causa el acoso escolar en los niño/as están relacionados con su resiliencia: su capacidad para evolucionar de forma positiva con el tiempo a pesar de haber tenido que enfrentar adversidades. Esto no es un rasgo de personalidad, sino que se trata de un conjunto de habilidades que se construyen con el tiempo en el contexto de sus relaciones familiares y con iguales.

Se han descrito factores protectores individuales para proteger a los chico/as/as de las situaciones de acoso entre iguales, como son la alta autoestima y el sentirse socialmente acompañado.

La manera en la que el/la adolescente interprete la situación de acoso también afectará a su respuesta: aquellos que no lo vivan como una amenaza para ellos, ni física ni socialmente, serán más resilientes.

En cuanto a factores protectores familiares se ha descrito que para aquellos que tienen una buena relación con sus padres, sin conflictos, la familia actúa como un amortiguador del daño producido por el acoso; tanto los padres como los hermanos.

Otro factor importante es la calidad de las relaciones con iguales, que se ha visto más importante que la cantidad. Haber establecido relaciones sanas con iguales, con buen nivel de comportamiento prosocial y que no hayan sido víctimas de acoso, mejora el pronóstico. La realidad es que los chico/as víctimas de acoso tienden a tener amigos que también lo sufren, lo que no supone un factor protector.



¿Cómo se manifiesta en la víctima?

Los estudios realizados para valorar si ser víctima de acoso escolar es un factor generador de patología han concluido que haber sido víctima de acoso entre iguales contribuye de forma negativa en la salud mental del niño/a, independientemente de su salud mental previa, su carga genética, sus condiciones familiares y la existencia o no de problemas de salud mental previos al episodio.

Se han reportado serios efectos negativos tanto físicos como psicológicos. Los daños físicos visibles (heridas y golpes) son sólo la punta del iceberg y tienen baja frecuencia, situándose en torno a un 10%. El 90% restante del daño es invisible e incluye disminución del rendimiento académico, disminución de la autoestima, depresión, ansiedad, ideación suicida e incluso suicidio consumado.



49 Cap.14: Daños del acoso escolar

Los síntomas que presenta un niño/a víctima de acoso escolar son efecto de un daño externo (agresión externa, continuada y mantenida) y no de una fragilidad psicológica.

No obstante, para comprender los efectos psicológicos y psicosomáticos que ocasiona acoso en la víctima, podemos englobar los síntomas que presenta un niño/a víctima de acoso escolar, dentro de la categoría diagnóstica de Trastorno de Adaptación.



En función de la gravedad de las agresiones sufridas y los sentimientos de riesgo, desprotección y vivencia de estar en peligro o poder ser dañado que sufra durante los episodios de acoso, es habitual que el niño/a puede llegar a sufrir síntomas de estrés postraumático.

El niño/a víctima de acoso puede presentar cualquiera de los seis tipos de **Trastornos de Adaptación** que enumera el DSM-5:

- Con estado de ánimo depresivo: los síntomas comprenden, principalmente, llanto y sensaciones de tristeza y desesperanza, así como falta de placer en aquellas actividades que solía disfrutar. El ánimo depresivo en niños/as y adolescentes se presenta con mucha frecuencia en forma de irritabilidad.
- Con ansiedad: La clínica que presenta es en forma de nerviosismo, preocupación, sensación de agobio y dificultad para concentrarse. En los niño/as más pequeños puede aparecer miedo a ser separados de sus padres y seres queridos.
- Con clínica mixta ansiosa-depresiva: Sintomatología de ambos trastornos.
- Con alteración de la conducta: Los síntomas comprenden, principalmente, problemas conductuales como peleas, escapadas de clase, incumplimiento de normas...
- Con una mezcla de alteración de las emociones y la conducta: cuando el chico/a presenta tanto problemas conductuales como de ánimo y ansiedad.
- Sin especificar: Cuando los síntomas no se corresponden con los tipos anteriores, pero hay un claro cambio en la conducta del chico/a, comenzando con problemas físicos, con la familia o amigos, bajo rendimiento en la escuela...



El Trastorno de Estrés Postraumático aparece después de haber vivido o presenciado un acontecimiento impactante, terrorífico o peligroso. Los síntomas suelen comenzar en los tres primeros meses después del incidente traumático, aunque pueden aparecer más tarde; deben durar más de un mes y ser lo suficientemente severos para interferir en su funcionamiento escolar o familiar. El Trastorno de Estrés Postraumático tiene unos síntomas característicos e imprescindibles para su diagnóstico:

- Al menos un síntoma de reviviscencia: Volver mentalmente al acontecimiento vivido una y otra vez, situación que genera angustia. Suelen encontrarse “soñando despiertas”, visualizando estas escenas una y otra vez, pero también puede darse en forma de pesadillas. En los niños/as más pequeños se manifiesta también en una proyección sistemática en los dibujos que realiza o en los juegos que inventa.
- Al menos un síntoma de evitación: Mantenerse alejado de los lugares donde ocurrió o que le recuerden la experiencia traumática. Pueden incluso evitar hablar o pensar sobre aspectos que asocia consciente e inconscientemente con el acontecimiento traumático (evitar hablar del colegio, evitar sentimientos asociados, etc.)
- Síntoma de hipervigilancia y reactividad: Sentirse constantemente en tensión, sobreactivado, sobresaltándose con facilidad. Se encuentran en permanente situación de evitación, lucha o escape, con lo que su mente funciona como un radar, en alerta permanente al menor estímulo ambiental que pueda resultar amenazador. También aparece dificultad para dormir. Si consigue dormir, el sueño no es reparador. Al levantarse se encuentra «más cansado/a que al acostarse»
- Síntomas cognitivos o del estado de ánimo: Se suele asociar a dificultad para recordar detalles importantes de la experiencia traumática. También aparecen síntomas compartidos con la clínica depresiva: pensamientos negativos sobre uno mismo o el mundo; sentimientos distorsionados de culpa o remordimiento y anhedonia (pérdida de interés en actividades placenteras previas)



Como profesionales que estamos en contacto con la infancia, debemos ser sensibles a los cambios que se produzcan con el comportamiento de un niño/a, y explorar la posible presencia de una situación de este tipo.

Existen una serie de comportamientos característicos que son posibles señales de alarma:

Negativa a acudir al colegio.

Se puede manifestar como oposición clara a acudir al centro escolar, pero son más frecuentes mecanismos menos directos para evitar enfrentarse a sus agresores, como pueden ser: alto absentismo por enfermedades reales o exageradas para no tener que acudir al centro educativo; quejas somáticas por la mañana, antes de acudir al colegio y en las primeras horas de clase; en Secundaria pueden acudir al centro escolar a la hora, pero no entrar, (lo que se detecta en el número de retrasos sin justificar). Estas quejas, frecuentemente cefaleas o abdominalgias, remiten en cuanto se le libera de la necesidad de ir a clase, y en los periodos no lectivos. Esto hace que en ocasiones se interpreten como conductas manipulativas, cuando en realidad son más síntomas psicósomáticos: dolores físicos reales producidos por la ansiedad que le genera tener que enfrentarse a la situación temida.

Disminución del rendimiento académico.

La dificultad para la concentración es una característica asociada en casi todos los casos de acoso escolar, por eso una disminución brusca de los resultados académicos debe suponer una señal de alarma.

Conductas anómalas.

Cambios en la conducta habitual del niño/a o adolescente debe hacernos sospechar que algo puede estar ocurriendo entre él y sus iguales; son especialmente características el retraimiento, la negativa a salir de casa y hacer sus actividades habituales (como acudir al entrenamiento), o evitar zonas donde pueda encontrarse con algunos de sus acosadores. Los contactos más triviales o neutrales son vividos como amenazantes y ello suele llevarle a la introversión y a refugiarse en su interior. Pueden pasar más tiempo en su habitación y aislarse también de sus familiares, en un intento de que no perciban lo que le está ocurriendo y no se atreve a contar por el temor a las posibles consecuencias.



Existen otros cambios de conducta más reactivos, apareciendo comportamientos disruptivos, manejando su malestar enfrentándose a la autoridad o intentando adquirir un rol menos vulnerable, pero alejado de sus rasgos de personalidad, para sentirse menos vulnerable.

La aparición de pataletas o respuestas violentas ante frustraciones también deben orientarnos hacia la presencia de algún factor que puede estar generando sufrimiento en el niño/a.

Cambios de humor.

La irritabilidad es un síntoma común cuando el ánimo de un niño/a o adolescente está bajo. Muchas veces podemos verlos tristes, cansados, sin ganas de hacer sus actividades habituales o sin disfrutar cuando las hacen; más lábiles e incluso pueden verbalizar ideas de muerte. Pero en muchas ocasiones lo que vamos a ver es a un chico/a enfadado, irritable, enfadado “con el mundo” y negado a compartir lo que le ocurre con sus familiares.



¿Qué consecuencias tiene?

Se han determinado dificultades a largo plazo en todos los actores involucrados en el fenómeno del acoso escolar.

En los acosadores: Los estudios realizados en adolescentes que han realizado acoso demuestran consecuencias a largo plazo; como relaciones sexuales precoces, conductas delincuenciales y mayor riesgo de conductas de abuso sobre sus parejas o descendencia. Tienen mayores índices de suicidio o intentos de suicidio, y tienen mayor incidencia de peleas, ser lesionados en altercados o portar un arma. En general, se ha demostrado que son más propensos a presentar conductas agresivas y problemas externalizantes.

En las víctimas: El haber sido víctima de acoso entre iguales puede tener consecuencias tanto psicológicas como físicas, y tanto a corto como a largo plazo. Las víctimas de bullying, psicológicamente se caracterizan por mostrar inseguridad en contextos sociales, timidez, introversión y mayor frecuencia de problemas internalizantes.

Entre las consecuencias físicas se ha descrito el empeoramiento de la salud en aquellos chico/as crónicamente enfermos, que han demostrado peor cumplimiento de las pautas de tratamiento farmacológico. Como consecuencia del malestar psicológico que produce ser víctima de acoso escolar puede conducir a múltiples quejas somáticas como cefaleas, abdominalgias, nerviosismo, síndrome de colon irritable... Estas molestias somáticas suelen requerir múltiples consultas y pruebas médicas, además de suponer perder muchas horas de clases y estudios.

Así, otra de las consecuencias más importantes relacionadas con el acoso entre iguales es el fracaso académico y el absentismo escolar. El temor por encontrarse con el maltratador y la inseguridad que sienten en el entorno escolar hace que eviten de forma activa acudir al centro, acumulando días sin acudir a clase. Esto tiene repercusiones tanto académicas como relacionales.

Se ha estudiado también la relación entre el acoso escolar y el desarrollo de rasgos patológicos de personalidad, que pueden conformar un posible diagnóstico de trastorno de personalidad en la vida adulta, evidenciando los estudios un mayor riesgo de desarrollar un Trastorno límite de personalidad en mujeres (no así en hombres).



El acoso en cualquiera de sus formas ha sido un factor desencadenante de suicidio, siendo más alta la relación entre aquellos que sufren ciberacoso. Un estudio reciente, de 2018, con una muestra de 134.229 adolescentes entre 12 y 15 años de 48 países encontró que haber sido víctima de acoso al menos uno día durante los últimos 30 días triplicaba la probabilidad de cometer un intento de suicidio. A mayor número de días en los que se era víctima de acoso se produce un aumento del riesgo de llevar a cabo un intento autolítico.

Las consecuencias de haber sufrido acoso y su afectación pueden durar hasta la vida adulta: los jóvenes adultos víctimas de acoso como niño/as tienen mayor prevalencia de agorafobia, depresión, ansiedad, trastorno de pánico e ideación suicida que aquellos que no lo sufrieron. Se ha demostrado que tienen mayor riesgo de precisar hospitalización psiquiátrica o de precisar tratamiento psicofarmacológico a lo largo de la vida.

Los que presentan peor evolución son aquellos chico/as que son víctimas y acosadores a la vez, teniendo mayor riesgo de trastornos de conducta, problemas de relación, fracaso escolar, mala autoestima, más ansiedad y más síntomas psicósomáticos. Tienen mayor patrón de consumo de alcohol, tabaco, cannabis e inhalantes.



¿Cómo se evalúa desde Atención Primaria?

Es preciso establecer mecanismos de screening del bullying. La Academia Americana de Pediatría recomienda que los pediatras de Atención Primaria pregunten sobre ello en las visitas, de forma anual, desde los 6 años; cuando el niño/a comienza su escolarización. Se recomienda tener un protocolo de preguntas de cribado para pasar a todos los niño/as cuando acuden a sus consultas de Pediatría.

Se recomienda comenzar una entrevista con el niño/a, comenzando con preguntas abiertas sobre sus amigos, el colegio, qué es lo que le gusta del colegio... y después completar un cuestionario que explore tanto la posibilidad de que sea víctima como acosador y que lo esté sufriendo o en el centro escolar o en su propio hogar (por parte de un hermano).

Cuestionario Screening Acoso Escolar (adaptado de McClowry et al 2017)

- ¿Qué tal van las cosas en el colegio?
- ¿Te sientes seguro en tu colegio?
Si dice no, explorar.
- ¿Te sientes seguro en tu casa?
Si dice no, explorar.
- ¿Hay alguien en el colegio que se burla de tí? ¿Qué te molesta? ¿Qué te hace daño?
¿Quién? ¿Con qué frecuencia? ¿Qué hacen?
- ¿Hay alguien en tu casa que se burla de tí? ¿Qué te molesta? ¿Qué te hace daño?
¿Quién? ¿Con qué frecuencia? ¿Qué hacen?
- ¿Hay alguien a través de las redes sociales que se burla de tí? ¿Qué te molesta?
¿Qué te hace daño?
¿Quién? ¿Con qué frecuencia? ¿Qué hacen?
- ¿Tú te burlas de alguien en el colegio? ¿Le molestas? ¿Le haces daño?
¿Con qué frecuencia? ¿Qué haces?
- ¿Tú te burlas de alguien en tu casa? ¿Le molestas? ¿Le haces daño?
¿Con qué frecuencia? ¿Qué haces?
- ¿Tú te burlas de alguien en las redes sociales? ¿Le molestas? ¿Le haces daño?
¿Con qué frecuencia? ¿Qué haces?

El screening debe hacerse en toda la población, pero ser especialmente cuidadoso con aquellos niño/as que están en una situación de especial vulnerabilidad: con discapacidad, con sobrepeso, LGTBI...



También debemos ser escrupulosos en la detección de una situación de acoso en aquellos menores que comienzan con sintomatología afectiva, ansiosa o conductual, con autolesiones o ideación autolítica. Debemos sospechar que puedan estar sufriendo acoso aquellos niño o niñas que presentan lesiones físicas no explicables, que minimizan o se niegan a dar una explicación, así como aquellos que sufren una disminución brusca del rendimiento académico, que se niegan a ir a clase o muestran síntomas de ansiedad: dolor abdominal, cefaleas... por las mañanas cuando tienen que acudir al colegio. Otros signos de sospecha pueden ser las pataletas y conductas agresivas sin desencadenantes claros; en todos estos niño/as debemos hacer una exploración cuidadosa de su bienestar en el centro escolar.



¿Cómo se interviene?

Intervención en Atención Primaria; notificaciones desde pediatría al centro escolar.

La enorme divulgación mediática de casos graves de acoso escolar en nuestro país, ha facilitado su visibilización y la sensibilización social hacia este problema. Como consecuencia, las diferentes administraciones públicas de las diferentes Comunidades Autónomas han elaborado protocolos de actuación específica para los centros educativos ante una situación de posible acoso escolar.

En los casos en los que tras el primer screening en Pediatría se detecten indicadores compatibles con acoso escolar, será necesario notificar por escrito tal detección a la dirección centro educativo, para que se realice un análisis y evaluación de la situación en su contexto.

En este sentido, es necesario tener en cuenta dos aspectos:

- Que la valoración de la existencia de acoso escolar debe realizarse siempre en el contexto escolar: Antes de tomar cualquier medida, será necesario contrastar la información procedente de varias fuentes (mediante la observación directa y vigilancia del alumnado, recabando información aportada por el profesorado, alumnado y familias, etc.), a fin de verificar la existencia de conductas de acoso y violencia.
- Los protocolos de actuación establecidos ante la detección de un posible caso de acoso escolar obligan a los centros educativos a iniciar actuaciones y procedimientos específicos, que incluyen su notificación inmediata al Servicio de Inspección, a la Unidad de Convivencia de la Consejería y a las familias de los implicados/as.

Por estos dos motivos, conviene subrayar que el proceso de notificación de indicadores compatibles con acoso escolar desde Pediatría no constituye en sí misma una solicitud al centro de la apertura de un protocolo de acoso escolar.



Procedimiento:

- Notificación por escrito al Director/a del centro educativo (a través de la familia) de la detección de indicadores compatibles con acoso escolar, indicando la sintomatología detectada en Pediatría, así como la descripción de la situación relatada en consulta por el alumno/a.
- Solicitud de que se analice la situación del alumno/a en el centro educativo.

Intervención desde Centro Escolar

Protocolos establecidos

En Cantabria existen tres protocolos específicos de intervención ante una situación de acoso escolar:

- Protocolo de acoso escolar entre compañeros/as.
- Protocolo para la prevención, detección e intervención ante acoso homofóbico y transfóbico en los centros educativos.
- Protocolo de actuación en situaciones de acoso al alumnado que presenta diversidad funcional y/o necesidades educativas especiales.

Ante el conocimiento o sospecha de una situación de acoso de cualquiera de estos tres tipos, se contempla que:

1. *“Cualquier miembro de la comunidad educativa que tenga conocimiento o sospechas de una situación de acoso escolar, violencia de género o maltrato infantil sobre algún alumno o alumna, tiene la obligación de comunicarlo a un profesor o profesora, al tutor o tutora, a la persona responsable de la orientación en el centro o al equipo directivo. En cualquier caso, el receptor o receptora de la información siempre informará al director o directora o, en su ausencia, a un miembro del equipo directivo”.*
2. *“El director o directora del centro recogerá la notificación por escrito y, de forma inmediata, iniciará la apertura de protocolo de acoso escolar que incluirá inicialmente las siguientes actuaciones:*



- *La constitución de un Equipo de Valoración en el centro: Formado por el Director/a, el orientador/a, Profesor técnico de Servicios a la Comunidad (en su caso) y un profesor/a del centro (tutor/a o aquel que conozca mejor al alumno/a).*
- *La comunicación/notificación inmediata al Servicio de Inspección Educativa y a la Unidad de Convivencia de la Consejería de Educación, Formación Profesional y Turismo.*
- *La comunicación a las familias del alumnado implicado.*

3. Se establece como procedimiento a seguir:

Valoración inicial de la situación.

Verificación de la situación mediante entrevistas pautadas en el orden que sigue: con el alumno presuntamente acosado, observadores no participantes, padres o representantes legales de la presunta víctima, con el presunto agresor/a o agresores/as, con los padres o representantes legales del presunto agresor/es; Elaboración de informe sobre la presunta situación de acoso escolar.

Elaboración de informe por parte del equipo de valoración que incluya: Confirmación / no de acoso, así como su gravedad. Lo elevará a la dirección del centro quien valorará si procede la incoación de expediente disciplinario al presunto alumno/a o alumnos/as agresores aplicándoles en este caso el Decreto 30/2017, de 11 de mayo, que modifica el Decreto 53/2009, de 25 de junio, que regula la convivencia escolar y los derechos y deberes de la comunidad educativa en la Comunidad Autónoma de Cantabria.

Procedimiento a seguir en caso de notificaciones externas a la Comunidad Educativa (desde Pediatría u otros servicios externos)

En el momento actual no existe un procedimiento específico para estos supuestos. Sin perjuicio de posteriores desarrollos a cargo de la Consejería de Educación, consideramos necesario realizar un análisis previo de la situación en su contexto, sin iniciar de forma inmediata el protocolo de acoso.

Como procedimiento inicial ante una derivación externa es importante realizar una valoración previa / análisis previo en el contexto escolar:



- *Realizada por un Equipo de Valoración en el centro. Se encargará de realizar un análisis inicial de la situación en contexto.*
- *Solo en caso de que el equipo de valoración constate los indicios, activar el protocolo de acoso siguiendo el procedimiento ordinario*

El análisis previo en contexto puede seguir un procedimiento similar al establecido en el proceso de Valoración inicial de la situación ya protocolizado:

El equipo de valoración estudiará los hechos y recabará información de la situación, considerando los acontecimientos que vayan surgiendo.

A nuestro juicio, es importante recabar información sobre la adaptación y convivencia del alumno/a en el grupo-clase, su estado emocional, existencia de cambios significativos en su rendimiento académico y/o de conducta, etc.

Al mismo tiempo, la dirección establecerá:

- medidas preventivas de protección a la presunta víctima y
- medidas de vigilancia en aquellos lugares en que pueda producirse el supuesto acoso, teniendo siempre presente la confidencialidad de todo el proceso.

Además, en algunos casos, puede ser necesario realizar una evaluación especializada por parte del responsable de orientación educativa del centro. Esta evaluación puede incluir:

- evaluación de la convivencia dentro del grupo-clase: pueden realizarse tutorías con actividades para la detección y/o aplicar sociogramas.
- valoración de la situación emocional y conductual del alumno/a: Existen instrumentos específicos de evaluación que pueden ser de gran ayuda, como el AVE (Acoso y violencia escolar) de Piñuel y Oñate (2006). TEA Ediciones.



Pautas generales ante la detección del posible acoso escolar. (Basado en Piñuel, I.)

Evitar un proceso de victimización secundaria

En demasiadas ocasiones se intenta encontrar la causa del acoso en el niño o niña que es víctima de él, produciéndose el demoledor fenómeno de la victimización secundaria.

Las personas adultas incurren en un proceso de victimización secundaria atribuyéndole a la víctima rasgos psicológicos, sociales y/o familiares que la hacen responsable, o incluso merecedor de lo que le está ocurriendo.

La sintomatología que presenta el alumno/a víctima de acoso, hacen que se perciba y etiquete al alumno como un niño/a difícil, insociable, agresivo, depresivo, hiperactivo, neurótico, que carece de habilidades sociales, que le falta asertividad, (“le agreden porque no sabe defenderse”), y así un sinnúmero de imputaciones que terminan por ver en la víctima el efecto como la causa.

Así se termina instruyendo el caso de violencia escolar contra un niño o niña mediante la evaluación de lo que “ese niño o niña es” y no mediante la verificación de las conductas de acoso y violencia que recibe en su entorno escolar a manos de sus compañeros.

El resultado de todos estos errores suele ser el mayúsculo error de presentar el efecto del problema del acoso escolar (los daños generados en el niño o niña) como la causa de éste. Invertiendo la causalidad se produce la terrible victimización secundaria, se prescinde de la necesaria protección de la víctima, y se interviene contra el niño o niña afectado al que de ese modo se le envía el mensaje explícito o tácito de que algo anda mal dentro de él o de que algo incorrecto ha hecho para que todo eso haya ocurrido.

Cortar la atmósfera de impunidad de los acosadores:

Otro efecto decisivo del enfoque erróneo y de la victimización secundaria en los casos de acoso escolar, es la extensión de la atmósfera de impunidad para los acosadores y de la indefensión para las víctimas.



Al no intervenir con una efectiva e inmediata protección a la víctima de sus agresores, ésta termina generando indefensión, al constatar una y otra vez cómo quedan impunes y se repiten los comportamientos de acoso y violencia contra ella.

Todo ello constituye un proceso que termina por señalar, marcar, o estigmatizar socialmente a la víctima, que termina marginada y aislada socialmente.

Intervenciones con el niño o niña víctimas de acoso y su familia

Principios Generales:

Las medidas de prevención son fundamentales para ayudar a los niño/as a manejarse ante las situaciones de acoso.

Debemos animar a los padres a que hablen con sus hijos de forma frecuente sobre lo que está ocurriendo en el colegio, sus amigos y sus estudios.

Es fundamental que hagan una supervisión de sus actividades en las redes sociales, y una tutorización de cómo debe manejarse en este contexto.

Recomendaciones para manejarse con el bullying: Adaptado de Nemours Foundation Kids Health. Org. Nemours Foundation, 2017)

- Ignora al acosador, sigue tu camino.

El acosador se crece con tu reacción.

- Contén tu ira.

Intenta responder con humor.

- Practica la confianza.

Practica tu respuesta.

Practica sentirte bien contigo mismo.

- Hazte cargo de tu vida.

Tú no puedes controlar a los demás.

- Habla sobre ello.

Con tus padres, profesores, orientadores y amigos.

- Encuentra amigos de verdad.



Recomendaciones para manejarse con el ciberbullying. (Adaptado de Hinduha y Patchin 2012)

- Habla sobre ello: con tus padres, profesores, personas adultas en las que confíes, o tu mejor amigo.
- Ignora el acoso.
- Nunca tomes represalias.
- Si se repite el acoso, pídele que pare.
- Ríete o intenta reírte de ello.
- Guarda las pruebas.
- Bloquea el acceso.
- Reporta la queja al proveedor de contenidos.
- Si te preocupa tu seguridad, ponte en contacto con la policía.

Actuaciones con la víctima de acoso en el Centro Educativo: (Basado en las establecidas en los respectivos protocolos de acoso de Cantabria)

Actuaciones con la víctima de acoso entre iguales (entre compañeros/as):

Observación específica del posible acosado/a.

Marco de protección y seguridad para el alumnado víctima consistente en medidas de apoyo expreso o indirecto por el profesorado y en el fortalecimiento del círculo de relaciones en el aula y en el centro. Se cuidará la discreción en las medidas y comentarios.

Medidas recogidas en el Plan de Atención a la Diversidad en el centro tendentes al adecuado progreso académico y personal.

Solicitud de la colaboración familiar para la vigilancia y el control de su hijo/a.

Asesoramiento por parte del tutor/a o del especialista en orientación del centro, unidad o equipo, en conductas de autoprotección y asertividad.

Asesoramiento por parte del equipo docente, tutor/a o del especialista en orientación del centro, unidad o equipo para recuperación de la autoestima y otras acciones tendentes a afrontar angustia, ansiedad, etc.



Actuaciones con la víctima de acoso homofóbico o transfóbico:

Proporcionar a la víctima un tutor/a personal que empatice con ella y se sienta capacitado para abordar la situación que está sufriendo.

Dotar a la víctima de herramientas para comprender los motivos por los que está sufriendo acoso y poder enfrentarse al mismo.

Establecer un círculo protector a la víctima mediante el acercamiento y el apoyo de los propios compañeros/as.

Actuaciones con la víctima de acoso por diversidad funcional y/o necesidades educativas especiales:

Proporcionar a la víctima un tutor/a personal que empatice con ella y facilite la comunicación personal con la misma.

Establecer formación específica para que el alumno/a identifique situaciones de maltrato.

Dotar a la víctima de herramientas para comprender los motivos por los que está sufriendo acoso y poder enfrentarse al mismo.

Establecer un círculo protector a la víctima mediante el acercamiento y el apoyo de los propios compañeros a través de estructuras de gestión democrática de la convivencia.

Evitar en todo momento la posibilidad de que la víctima se sienta culpabilizada por la falta de habilidades para poder enfrentarse a la situación que está sufriendo.

Crear entornos de ocio seguros donde el alumno/a acosado/a pueda dar respuesta a sus intereses y aficiones interactuando con sus compañeros/as.

Actuaciones con las familias del alumnado implicado.

Hay que contar con todas las familias implicadas y solicitar su colaboración para el adecuado progreso socioeducativo de sus hijos/as. Los padres deben sentirse respaldados para evitar que tomen iniciativas que agraven la situación





Mantener reuniones individuales con cada una de las familias de los afectados/as para informarles de la conducta de su hijo/a y de las medidas que ha puesto en marcha el centro. No se trata de culpabilizar, sino de pedir colaboración a las familias a través de compromisos

Dar a las familias la posibilidad de expresar sus sentimientos, ayudándoles a analizar la situación de forma proporcionada sin minimizar los hechos ni sobredimensionar las consecuencias.

Ofrecer pautas que ayuden a afrontar de forma adecuada la situación de su hijo/a.

Mantener informadas a las familias de los afectados/as de las medidas propuestas.

No es aconsejable realizar reuniones generales de las familias para tratar estos temas, siendo muy importante hacerlo con la máxima discreción y confidencialidad.

Orientar a las familias sobre la necesidad de apoyos externos para la superación del problema, en su caso.

Actuaciones con el agresor, la audiencia y con grupo clase

Con el agresor/a o agresores

Vigilancia específica por parte del equipo docente del posible acosador/a o acosadores.

Aplicación de las Normas de Organización y Funcionamiento y del Decreto 30/2017, de 11 de mayo, que modifica el Decreto 53/2009, de 25 de junio, que regula la convivencia escolar y los derechos y deberes de la comunidad educativa en la Comunidad Autónoma de Cantabria. Se procurará tener en cuenta aquellas que pudieran resarcir al agredido/a.

El tutor/a adoptará medidas para favorecer la integración del agresor/a o agresores en el grupo respetando los intereses y derechos de los demás, con el asesoramiento del especialista en orientación.

Programas de modificación de conducta, desarrollo personal, ejercicio de comportamientos prosociales, etc:



- Realizar intervenciones que permitan al alumnado acosador reflexionar sobre las conductas discriminatorias y los efectos que producen sobre las víctimas.
- Desarrollar programas para erradicar prejuicios y tópicos discriminatorios, evitar la visión estereotipada sobre las víctimas y favorecer la empatía hacia ellas.
- Impulsar talleres sobre la aceptación de la diversidad como componente enriquecedor de los grupos humanos y el desarrollo del buen trato.

Intervención mediante un compromiso de cambio a través de un contrato en el que el agresor/a se comprometa a participar en actividades y estrategias para mejorar sus habilidades y compromiso de realizar acciones reparadoras o compensadoras del daño. En el caso de que el acoso sea grupal, puede realizarse un contrato con todo el grupo-clase con compromisos de cambio y buen trato.

Los padres y/o madres de los alumnos/as implicados, deberán saber también que cuando existan evidencias claras de que alguno de los menores implicados sufriera alguna de las situaciones derivadas del incumplimiento o del inadecuado ejercicio de la patria potestad, contempladas la Ley de Protección del Menor de Cantabria, el centro educativo, lo pondrá en conocimiento de los Servicios de Protección del Menor.

Un aspecto que debe tenerse en cuenta es que una conducta violenta continuada de un adolescente puede ser consecuencia de otra violencia ejercida sobre él, en el contexto familiar u otros, pudiendo alertar de un posible maltrato intrafamiliar.

Con los compañeros/as observadores/as

Tan importante como atajar el acoso es prevenir su presencia a través del Plan de Acción Tutorial, Plan de Atención a la Diversidad, Plan de Convivencia, organización del centro y la intervención para ayudar al restablecimiento de la estructura moral del grupo de testigos silenciosos. Para ello es importante considerar acciones del siguiente tipo:

- Diferenciar la conducta “chivar” de la conducta “denunciar el sufrimiento de un compañero/a”.
- Realizar seguimientos del clima relacional del aula.





- Implicar al alumnado en la creación de un marco protector, preventivo y correctivo de la soledad, aislamiento y victimización a través de iniciativas como círculo de amigos, tutorización entre iguales, método Pikas, alumnado ayudante, equipos de mediación, etc.
- Programas de habilidades sociales y relacionales.
- Programas de desarrollo personal, social y moral.

Con el grupo-clase.

Hacer saber al alumnado que mantendremos una postura de tolerancia cero ante cualquier tipo de agresiones.

Vigilar las situaciones relacionales del grupo. Es conveniente comunicar al grupo-clase que el profesorado está presente y vigilante analizando las relaciones que establecen.

Detectar “zonas y momentos de sombra” en donde actualmente no hay supervisión adulta y los alumnos/as perciben que es espacio sin normas. Modificar la situación modificando los espacios de uso o bien asegurando la presencia de adultos en esos lugares y momentos.

Trabajar para crear un clima escolar de rechazo a los malos tratos y generar un clima de aula favorable al buen trato, mediante sesiones de tutoría en las que se aborde el problema de modo indirecto. Independientemente de la edad, es conveniente un abordaje muy indirecto en el que los personajes protagonistas de las historias no sean personas, sino animales u otros personajes de ficción. El objetivo es la sensibilización hacia las consecuencias de nuestras conductas, desarrollo de empatía hacia el sufrimiento ajeno, role playing, análisis de casos....

Trabajar la empatía y expresión de los sentimientos de manera asertiva.

Proponer estrategias didácticas que ayuden a cohesionar el grupo: métodos cooperativos de cohesión grupal.

Proponer la formación para crear equipos de mediación para la resolución de conflictos.



¿Cuándo derivar a Atención Especializada?

Una actuación preventiva del acoso y del ciberacoso debe ser un objetivo esencial para los centros escolares (Cerezo y Rubio, 2017) así como de todos los estamentos de la sociedad de los que los profesionales de la salud (pediatras, médicos de atención primaria, enfermería...) formamos parte.

Los profesionales de la salud se encuentran en muchos casos con signos visibles y no tan visibles de violencia por lo que será preciso crear un clima de confianza que incluya una actitud empática, cálida y comprensiva ante cualquier situación negativa que haya vivido el o la menor, y no juzgar en ningún momento su actitud, ni en la situación de acoso ni tampoco del posible silencio con el que afronte la consulta.

Como se recoge en los protocolos y guías de actuación ante casos de acoso escolar y ciberacoso, la intervención, una vez detectada y confirmada la situación de acoso escolar, es realizada en el centro educativo. Las intervenciones se llevan a cabo tanto con la víctima, como con el agresor, los compañeros u observadores, familias, la comunidad educativa, etc explicado en el anterior punto.

Por lo que ¿cuándo y qué derivar a atención especializada desde atención primaria? Si bien cada caso es diferente, vamos a dar algunas recomendaciones generales de cuando derivar a atención especializada, es decir, a salud mental infanto-juvenil.

- Cuando a pesar de la intervención en el medio escolar persisten manifestaciones clínicas que revisten de la suficiente intensidad y gravedad como para ser derivados a atención especializada.
- Cuando la intensidad de los síntomas interfiere notablemente con la rutina normal del menor, así como en su rendimiento académico o en sus relaciones sociales o bien provocan un malestar clínicamente significativo.
- Y en todos aquellos casos que presenten alteraciones psicopatológicas o caracteriales que les pudieran hacer vulnerables a manifestar síntomas de un posible trastorno mental ante una posible situación de violencia o acoso escolar o ciberacoso.



En todas estas situaciones, el abordaje ha de ir siempre en paralelo a la intervención desde el medio escolar.

Los estudios sugieren que el tratamiento de las víctimas debe ayudar a mejorar las habilidades sociales, comunicativas y de resolución de conflictos, así como la autoconfianza. (Garaigordobil, Martínez-Valderrey y Aliri, 2013). Asimismo, debido al miedo producido por los abusos experimentados es común que las víctimas sientan culpa, vergüenza e indefensión pudiendo desarrollar un repertorio de conductas evitativas que puede contribuir a un mayor aislamiento y a un mayor riesgo de presentar síntomas depresivos.

En la siguiente tabla aparece un resumen de los principales aspectos psicopatológicos a tratar y de las técnicas terapéuticas efectivas según los tratamientos basados en la evidencia:

Aspectos psicopatológicos	Técnicas terapéuticas
Déficit en autoestima	Reestructuración cognitiva
Déficit de habilidades sociales	Entrenamiento en habilidades de comunicación Entrenamiento en habilidades sociales Entrenamiento asertivo
Déficit en resolución de problemas	Entrenamiento en resolución de problemas Entrenamiento en autoinstrucciones
Ansiedad	Técnicas de respiración Relajación
Depresión	Programas multicomponentes basados en terapia de conducta Terapia interpersonal (en adolescentes)



¿Qué es importante recordar?

Definición

Entendemos que existe acoso escolar cuando un alumno/a recibe un continuo y deliberado maltrato verbal, físico y/o psicológico por parte de uno o varios compañeros/as que se comportan con él/ella de forma hiriente con el objetivo de someterlo/a, apocarlo/a, asustarlo/a o amenazarlo/a, atentando contra su dignidad.

Es importante diferenciar el acoso de otras agresiones esporádicas y manifestaciones violentas, ya que para poder considerar que existe acoso escolar deben cumplirse tres criterios diagnósticos, que deben darse simultáneamente:

- Intencionalidad: Intención de causar daño.
- Repetición de las conductas agresivas (frecuencia). No se trata de una agresión puntual.
- Duración en el tiempo (persistencia), con el establecimiento de un esquema de abuso de poder y desequilibrio entre víctima y agresores.

Actuaciones desde pediatría

Cuando en la en la consulta Pediatría se detecten indicadores compatibles con acoso escolar, será necesario notificar por escrito tal detección a la dirección centro educativo, para que se realice un análisis y evaluación de la situación en su contexto.

En este sentido, es necesario tener en cuenta dos aspectos:

- Que la valoración de la existencia de acoso escolar debe realizarse siempre en el contexto escolar: Antes de tomar cualquier medida, será necesario contrastar la información procedente de varias fuentes (mediante la observación directa y vigilancia del alumnado, recabando información aportada por el profesorado, alumnado y familias, etc.), a fin de verificar la existencia de conductas de acoso y violencia.
- Los protocolos de actuación establecidos ante la detección de un posible caso de acoso escolar obligan a los centros educativos a iniciar actuaciones y procedimientos específicos, que incluyen su notificación inmediata al Servicio de Inspección, a la Unidad de Convivencia de la Consejería y a las familias de los implicados/as.



Por estos dos motivos, conviene subrayar que el proceso de notificación de indicadores compatibles con acoso escolar desde Pediatría no constituye en sí misma una solicitud al centro de la apertura de un protocolo de acoso escolar.

Criterios de derivación a Salud Mental Infanto-Juvenil

- ▶ Cuando a pesar de la intervención en el medio escolar persisten manifestaciones clínicas que revisten la suficiente intensidad y gravedad como para ser derivados a atención especializada.
- ▶ Cuando la intensidad de los síntomas interfiere notablemente con la rutina normal del menor, así como en su rendimiento académico o en sus relaciones sociales o bien provocan un malestar clínicamente significativo.
- ▶ Y en todos aquellos casos que presenten alteraciones psicopatológicas o caracteriales que les pudieran hacer vulnerables a manifestar síntomas de un posible trastorno mental ante una posible situación de violencia o acoso escolar o ciberacoso.
- ▶ En todas estas situaciones, el abordaje ha de ir siempre en paralelo a la intervención desde el medio escolar.



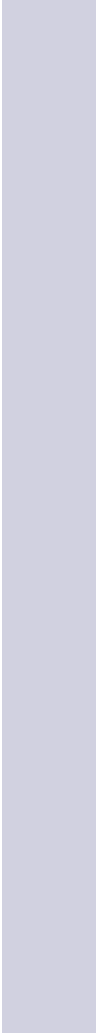
¿Quieres saber más?

Bibliografía

- Hornor G. Bullying: What the PNP Needs to Know. *J Pediatr Health Care*. 2018; 32(4): 399-408
- Chester KL, Callaghan M, Cosma A, Donnelly P, Craig W, Walsh S, et al. Cross-national time trends in bullying victimización in 33 countries among children aged 11, 13 and 15 from 2002 to 2010. *Eur J Public Health*. 2015; 25 Supl 2: 61-64.
- Del Rey R, Ortega R. Violencia Escolar: claves para comprenderlo y afrontarlo. *Escuela Abierta*. 2007; 10: 77-87.
- Rodriguez Piedra R, Seoane Lago A, Pedreira Massa JL. Niño/as contra niño/as: el Bullying como trastorno emergente. *An Pediatr (Barc)*. 2006; 64(2): 111-219
- Calmaestra J, Escorial A, García P, del Moral C, Perazzo C, Ubritz T. Yo a eso no juego. Bullying y ciberbullying en la infancia. España. Save the Children. 2016.
- Koyanagi A, Oh H, Carvalho AF, Smith L, Haro JM, Vancampfort D et al. Bullying Victimization and Suicide Attempt Among Adolescents Aged 12-15 Years From 48 Countries. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2019 Sep 1;58(9):907-918.e4. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.10.018>
- Idsoe T, Dyregrov A, Idsoe EC. Bullying and PTSD Symptoms . *J Abnorm Child Psychol*. 2012; 40(6):901–911
- Cerezo Ramírez F, Rubio Hernández FJ. Medidas relativas al acoso escolar y ciberacoso en la normativa autonómica española. Un estudio comparativo. *RRev. electron. interuniv. form. profr*. 2017. 20(1), 113-126.
- Garaigordobil M, Martínez-Valderrey V, Aliri J. Autoestima, empatía y conducta agresiva en adolescentes víctimas de bullying presencial. *Eur. J. Health Psychol*. 2013; 3(1), 29-40.
- Oñate Cantero A, Piñuel y Zabala I. Informe Cisneros X. Acoso y Violencia Escolar en España. Instituto de Innovación Educativa y Desarrollo Directivo; 2007.
- Piñuel I, Oñate A. AVE. Acoso y violencia escolar. TEA Ediciones; 2006.



- Cortijo Peris O, Piñuel y Zabala I. Cómo prevenir el acoso escolar: la implantación de protocolos antibullying en los centros escolares: una visión práctica y aplicada. Ed. Fundación Universitaria San Pablo CEU; 2016
- Consejería de educación del Gobierno de Cantabria. Protocolo de actuación para los centros educativos ante una posible situación de acoso escolar [monografía en internet]. Santander. Gobierno de Cantabria. 2018. [16 de octubre de 2021] <https://www.educantabria.es/orientacion-e-y-convivencia/convivenciaescolar/1449-infoinstitucional/normativa-y-legislacion-a/normativa-y-legislacion-de-planes-educativos/convivencia-escolar/protocolos/39700219-protocolo-para-el-acoso-entre-companeros.html>
- Consejería de educación del Gobierno de Cantabria. Protocolo de actuación para los centros educativos ante una posible situación de acoso al alumnado que presenta diversidad funcional y/o necesidades educativas especiales [monografía en internet]. Santander. Gobierno de Cantabria. 2017. [16 de octubre de 2021]. https://www.educantabria.es/docs/Atencion_diversidad/Protocolo_acoso_discapacidad.pdf.
- Consejería de educación del Gobierno de Cantabria. Protocolo de prevención, detección e intervención ante acoso homofóbico y/o transfóbico en los centros escolares. [monografía en internet]. Santander. Gobierno de Cantabria. 2017. [16 de octubre de 2021]. https://www.educantabria.es/docs/planes/convivencia/protocolo_ante_acoso_homofobico_y_transfobico.pdf.



Depresión y suicidio en la población infanto-juvenil

Autor:

Miguel Mamajón Mateos.



¿DE QUÉ HABLAMOS?	383
¿QUÉ SON?	384
<i>Depresión</i>	384
<i>Suicidio</i>	386
¿CON QUÉ FRECUENCIA APARECEN?	388
<i>La depresión</i>	388
<i>El suicidio</i>	388
¿POR QUÉ SE PRODUCEN?	390
<i>Factores de riesgo para la depresión.</i>	390
<i>Factores de riesgo asociados al suicidio</i>	392
¿CÓMO SE PRESENTAN?	393
<i>La depresión</i>	393
¿CÓMO SE DIAGNOSTICAN?	400
<i>Detección /Evaluación.</i>	400
<i>Diagnósticos diferenciales.</i>	402
<i>Criterios diagnósticos y sistema de clasificación</i>	404
¿CÓMO SE INTERVIENE?	407
<i>Depresión</i>	407
<i>Suicidio</i>	410
¿CUÁNDO DERIVAR A ATENCIÓN ESPECIALIZADA?	413
¿CÓMO CURSAN?	414
¿QUÉ ES IMPORTANTE RECORDAR?	415
¿QUIERES SABER MÁS?	417
<i>Bibliografía</i>	417
<i>Otros recursos</i>	420



¿De qué hablamos?

La Depresión infantil y juvenil ha sido durante muchos años objeto de controversia al considerarse por no pocos expertos en la materia como algo inexistente, inconcebible en las edades tempranas de la vida (hay que recordar que hasta la década de los 50 la psiquiatría general estaba bajo un fuerte influjo del psicoanálisis y se aceptaba la idea del niño feliz).

Sobre estos años Bowlby y Spitz desarrollaron sus conocidos estudios sobre vínculo y reactividad en el niño constituyendo todo ello el germen de lo que más tarde se entendería por Depresión Infantil.

Sobre la década de los 50-60 empezó a contemplarse la posibilidad de que existía la Depresión infantil pero no como un trastorno específico. En lugar de manifestarse los síntomas característicos, la depresión infantil aparecía de forma enmascarada (depresión enmascarada).

No fue hasta la década de los 70 cuando la Depresión Infantil adquirió una entidad psicopatológica propia. En 1980 se publica el DSM III y, por primera vez, se incluye una sección de trastornos psiquiátricos de la infancia. Comienza a aceptarse en la comunidad científica que la Depresión infantil es similar a la de la edad adulta (equivalentes depresivos) y que la clínica es modulada por el estado evolutivo, la edad.

En la década de los 90, se estimaron prevalencias bajas de la depresión infantil pero comenzado ya el siglo XXI y al incrementarse el número de investigaciones se descubrió que la prevalencia de la depresión infantil alcanzaba una cifra nada despreciable. Según la OMS, un 2-3% de la población infantil sufre depresión lo que representa un 10-15% de las consultas de psiquiatría infantil.



¿Qué son?

Depresión

La Depresión es un trastorno del ánimo que puede aparecer de muy diversas formas.

La clínica depresiva nuclear y común a todos los cuadros de depresión infantil y juvenil estaría presidida por:

- Un ánimo triste persistente o irritabilidad (que puede ponerse de manifiesto en forma de rabietas, conductas hostiles, agresivas o de agitación).
- Pérdida de interés o del placer por aquellas actividades que resultaban placenteras para el niño.

Junto a estos síntomas cardinales pueden aparecer otros como, por ejemplo:

- Pérdida de energía y/o de la iniciativa.
- Aislamiento.
- Angustia y ansiedad.
- Inhibición.
- Pensamientos negativos y rumiativos (de culpa, de minusvaloración).
- Disminución de la concentración.
- Síntomas somáticos en forma de alteraciones del apetito, sueño y fatiga, somatizaciones (cefaleas, dolores abdominales, etc.).
- Ideas de muerte.
- Ocasionalmente, conductas autolíticas y suicidio.

Ocasiona un importante malestar y deterioro en todas las áreas de funcionamiento (lo que puede llegar a ser especialmente traumático para el niño o niña dado que en muchas ocasiones acontecen en pleno proceso de apertura al mundo y socialización o con repercusiones importantes en la esfera académica), se asocia a una elevada comorbilidad, genera grandes gastos para el sistema público y requiere un abordaje terapéutico que, en función de la gravedad, podrá realizarse en un consulta de



Atención Primaria, Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil o incluso en el ámbito hospitalario.

Actualmente, y según los criterios del DSM V, los Trastornos Depresivos pertenecen a la categoría diagnóstica de nombre homónimo, es decir, Trastornos Depresivos.

En el CIE-10, se utiliza el término de Episodio Depresivo y éste se encuadraría en la categoría diagnóstica de Trastornos del Humor (o Trastornos Afectivos) junto con el Episodio Maníaco y el Trastorno Bipolar.

Independientemente de cual sea el manual que utilicemos, todos los Cuadros Depresivos:

- Tienen una clínica común.
- Tienen criterios específicos (duración de la sintomatología, patrón temporal y supuesta etiología).
- Hacen algunas matizaciones con respecto a la población infantil y juvenil.

Con fines didácticos podríamos dividir los Trastornos Depresivos de la Infancia y Adolescencia en los siguientes:

Trastorno Depresivo Mayor
Trastorno Depresivo persistente (Distimia)
Trastorno de Desregulación disruptiva del estado de ánimo
Trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos
Trastorno depresivo debido a afección médica

No hay que olvidar además que la Depresión es una de las manifestaciones del Trastorno Bipolar presentando de esta manera algunas particularidades que se verán más adelante. Además, los Trastornos adaptativos también pueden cursar con clínica depresiva.



Suicidio

La palabra suicidio proviene del latín sui, de sí mismo, caedere, matar. El suicidio, por lo tanto, sería el acto deliberado mediante el cual un individuo pone fin a su vida. Un individuo que decide quitarse la vida puede hacerlo por diversos motivos y por norma general suele hacerlo embargado por la desesperación. Contempla la opción de quitarse la vida como la única forma de extinguir esa desesperación o angustia que experimenta, considera que provocándose la muerte pone fin a su sufrimiento y escapa de todo malestar.

El suicidio ha tenido y tiene diferentes significados para las diferentes culturas y ha sido un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas estando ligado al trastorno psiquiátrico en la mayoría de las ocasiones. En muy pocas ocasiones el suicidio ocurre sin una patología subyacente.

Hay muchas circunstancias que pueden conducir al suicidio como por ejemplo las enfermedades físicas y discapacitantes (dolor crónico, enfermedad degenerativa, etc.), enfermedad terminal (tumores malignos con mal pronóstico, sida, etc.), enfermedad mental (depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, etc.), adversidades socio-económicas o familiares (paro, desahucio, jubilación, pérdida de familiar, etc.), eventos traumáticos (maltrato, abuso sexual, etc.) y por norma general, éste suele ser la culminación de un plan o ideación previa o bien puede acontecer también de forma impulsiva e incluso accidental.

La fenomenología del suicidio es algo compleja. No obstante, con fines didácticos podemos clasificar el acto suicida en suicidio consumado y parasuicidio (gestos suicidas). En relación a las ideas de suicidio, podemos distinguir entre ideas de muerte, deseo de muerte, idea suicida y plan suicida. En los capítulos siguientes se tratará esta cuestión con más profundidad.

Al enmarcarse la fenomenología del suicidio dentro de diversos trastornos psicopatológicos (fundamentalmente el Trastorno Depresivo), el suicidio no tiene, a nivel de nosología, una entidad propia. No aparece en los manuales más importantes que versan sobre Salud Mental como categoría diagnóstica. Dicho de otro modo, la fenomenología del suicidio se abordará siempre en el contexto de la prevención y cuyo tratamiento se circunscribirá al tratamiento de la patología de base.



En las primeras edades de la vida, el suicidio es un fenómeno poco frecuente pero no por ello deja de ser significativo dado que en la infancia y adolescencia cobra, si cabe, mayor trascendencia que en el caso de las personas adultas por diversas razones. La primera y quizá más importante es el hecho de que este fenómeno acontezca en una población tan vulnerable e inmadura requiriendo por ello una atención y un abordaje más específicos. Los efectos tan devastadores que puede causar algo así en el entorno del joven, quizá figure como otra de las razones que convierten el suicidio juvenil en una cuestión especialmente preocupante. Naturalmente, no todos los gestos y pensamientos que persiguen hacerse daño pueden catalogarse como gestos suicidas. De ahí, la distinción entre pensamientos y gestos suicidas (los que verdaderamente persiguen el propósito de quitarse la vida, de provocarse la muerte) y pensamientos y gestos autolíticos sin pretensión suicida (con un trasfondo eminentemente ansiolítico). Los primeros, como veremos a continuación, son menos frecuentes que los segundos



¿Con qué frecuencia aparecen?

La depresión

Los trastornos depresivos son de las principales causas de morbilidad y mortalidad en edades tempranas de la vida.

La prevalencia de la depresión infantil se estima en el 2% y de la depresión adolescente en el 5%.

La prevalencia del Trastorno Depresivo aumenta con la edad.

Antes de la pubertad, la prevalencia de la Depresión no difiere según el sexo, pero después la balanza se inclina más desfavorablemente hacia el polo femenino. El riesgo de depresión aumenta entre 2 y 4 veces con la pubertad, especialmente en las mujeres, etapa en la que es 2 veces más frecuentes que en los chicos. En las chicas la prevalencia de depresión aumenta con la edad (2,2% a los 11 años, 2,7% a los 12 años y 4,1% a los 13 años)

Todos los tipos de depresión son más frecuentes en las mujeres.

Además, las mujeres presentan episodios depresivos más largos y con más recurrencias.

El suicidio

Se admite que, dentro de la fenomenología del suicidio, la ideación autolítica es la más frecuente entre niños y adolescentes de ambos géneros (4% en varones y 9% en chicas), y que no necesariamente se asocia con la presencia de rasgos o trastornos psicopatológicos; a diferencia de los intentos de suicidio (1-2% de la población adolescente), que son menos frecuentes, pero que se asocian con mayor frecuencia a trastornos psicopatológicos.

Las estadísticas actuales indican que los intentos autolíticos son más comunes en el sexo femenino (aproximadamente 3-4:1) y los suicidios consumados son más frecuentes entre hombres (3:1). En la infancia y la adolescencia, la prevalencia del comportamiento suicida aumenta con la edad.

Los intentos de suicidio alcanzan un pico a mitad de la adolescencia y los suicidios consumados lo alcanzan entre el final de la adolescencia y el principio de la edad adulta.



Por debajo de los 15 años de edad las decisiones relacionadas con el suicidio son de naturaleza eminentemente impulsiva mientras que por encima de los 15 años de edad son determinantes otros factores como pueden ser la patología mental o el consumo de tóxicos.

No obstante, España se sitúa entre los países con las tasas de suicidio entre jóvenes más bajas de Europa.

El método más utilizado por niños, niñas y adolescentes para realizar un intento de suicidio es la ingesta de medicamentos que encuentran en su propio hogar (preferentemente analgésicos y psicofármacos), seguido de ahorcamiento y uso de armas de fuego.

Los niños, niñas y adolescentes con intento de suicidio muestran una alta prevalencia de trastornos psicopatológicos y antecedentes de intentos de suicidio previo sin tratamiento y seguimiento médico adecuado. Los antecedentes familiares juegan también un papel importante en la concepción del suicidio juvenil y en la edad adulta. De hecho, las tentativas previas de intento autolítico, los antecedentes familiares de suicidio y la depresión figuran entre los factores de mayor peso en la fenomenología del suicidio como veremos más adelante.





¿Por qué se producen?

Factores de riesgo para la depresión.

La etiología de los trastornos depresivos es multifactorial e incluye factores biológicos, psicológicos, ambientales y socioculturales.

Para una mejor comprensión del texto, distribuiremos los diferentes factores asociados a la depresión en estas 4 categorías:

Factores Biológicos.

Factores sexuales	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sexo femenino
Factores genéticos	<ul style="list-style-type: none"> ○ Familiar de 1^{er} grado con trastorno afectivo (heredabilidad)
Neuroendocrinos	<ul style="list-style-type: none"> ○ Incremento del cortisol ○ Efecto de los andrógenos en la pubertad ○ Alteraciones de neurotransmisores (noradrenalina, serotonina y dopamina)
Enfermedades psiquiátricas concomitantes	<ul style="list-style-type: none"> ○ Trastornos por uso/abuso de tóxicos ○ Trastorno de Ansiedad Generalizada ○ Trastorno de Conducta ○ TDAH
Enfermedades médicas de carácter crónico y limitantes	<ul style="list-style-type: none"> ○ Enfermedad neurodegenerativa ○ Enfermedad respiratoria ○ Enfermedad endocrino-metabólica ○ Tumores ○ Otras enfermedades





Factores Psicológicos

Rasgos de personalidad predisponentes	<ul style="list-style-type: none"> ○ Excesiva timidez ○ Introversión, ○ Dependencia emocional ○ Inseguridad¹¹ ○ Baja tolerancia a la frustración ○ Neuroticismo ○ Perfeccionismo ○ Inhibición conductual ○ Elevada autoexigencia
Estilos de afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> ○ Estilo rumiativo ○ Baja asertividad
Triada cognitiva (atribuciones negativas) sobre	<ul style="list-style-type: none"> ○ Uno mismo ○ El entorno ○ El futuro

Factores ambientales

Eventos estresantes	<ul style="list-style-type: none"> ○ Acoso ○ Maltrato ○ Abuso sexual ○ Separaciones o divorcio de los padres ○ Pérdida de algún familiar ○ Cambios de domicilio ○ Desastres naturales ○ Abandono ○ Ruptura sentimental en adolescentes
Características del núcleo familiar	<ul style="list-style-type: none"> ○ Vínculo anómalo ○ Psicopatología en los padres ○ Hostilidad/criticismo familiar ○ Estilos de crianza (permisivos e intransigentes) ○ Falta de supervisión de los padres





Factores socioculturales

Aspectos sociodemográficos	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pobreza ○ Nivel socioeconómico bajo ○ Pertenencia a minorías (p. e. LGTBI) ○ Áreas urbanas ○ Falta de apoyo social
Contextos culturales	<ul style="list-style-type: none"> ○ Represión de la tristeza en el varón ○ Rol atribuible a la mujer en determinadas culturas, sociedades patriarcales

Factores de riesgo asociados al suicidio

Son varios los factores de riesgo implicados en la aparición de la ideación y conducta suicida en la población infanto-juvenil. Entre los más importantes podemos mencionar los siguientes:

- Intento previo de suicidio (factor más directamente relacionado).
- Depresión Mayor.
- Antecedentes psiquiátricos y de suicidio en la familia.
- Sucesos vitales estresantes (maltrato físico, acoso, abuso sexual, etc).
- Comorbilidad psiquiátrica (rasgos disfuncionales de personalidad, trastorno de ansiedad, consumo de tóxicos, trastornos psicóticos, etc) y no psiquiátrica (dolor crónico, enfermedad tumoral, etc).
- Edad adolescente (sobre todo entre los 15-19 años).
- Sexo masculino (el varón presenta mayores tasas de suicidio consumado mientras que las mujeres presentan una tasa más elevada de intentos autolíticos).
- Impulsividad (máxime a partir de los 15 años)
- Aislamiento



¿Cómo se presentan?

La depresión



La sintomatología depresiva se expresa de forma diferente en función de cuál sea la edad del niño, niña o adolescente.

EDAD DEL NIÑO	SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA MÁS HABITUAL
<p>De 0 a 7-8 años</p> <p>(Verbalización pobre de los síntomas o inespecífica, inmadurez cognitiva, mayor componente conductual y somatizaciones frecuentes)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Llanto inmotivado, irritabilidad, rabietas, quejas somáticas inespecíficas, pérdida de interés por los juegos o juguetes, cansancio, incremento de la actividad motora, inhibición 2. Dificultad para alcanzar el peso apropiado para su edad, problemas de sueño 3. Clínica ansioso-evitativa en forma de fobia escolar, angustia de separación, etc. Enuresis, encopresis
<p>De 7-8 años a adolescencia</p> <p>(Verbalización de los síntomas algo más elaborada, expresión más variada de síntomas en las diferentes esferas – afectividad, conducta, cognición y síntomas físicos-)</p>	<p>Afectividad: Tristeza, llanto más diferenciado, irritabilidad, anhedonia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conducta: Agresividad, rabietas, agitación o inhibición psicomotriz, apatía, aburrimiento, aislamiento, absentismo escolar y bajo rendimiento académico, dificultades interpersonales. Comportamientos regresivos. Gestos e intentos autolíticos poco estructurados/planificados 2. Cognición: Baja autoestima, ideas de culpa o de infravaloración, disminución de la concentración, ideas de muerte 3. Síntomas somáticos: Cefaleas, dolor abdominal, trastornos del control de esfínteres, trastornos del sueño (despertar precoz, pesadillas) y alteraciones del apetito





<p>Adolescencia (Descripción de la clínica más precisa y similar a la de una persona adulta, explosión de la pubertad, mayores conductas de riesgo y formas atípicas de depresión)</p>	<p>Afectividad: Irritabilidad, tristeza, llanto, anhedonia</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Conducta: alteraciones de conducta (conductas desafiantes, intentos de fuga, hurtos, etc.), agresividad, agitación o inhibición psicomotriz, apatía, aburrimiento, aislamiento, bajo rendimiento académico, dificultades interpersonales. Abandono del autocuidado. Retraimiento social. Pueden aparecer gestos e intentos autolíticos más estructurados/planificados. 3. Cognición: Baja autoestima, autorreproches, sentimientos de no ser aceptado por el grupo, sentimientos de culpa o de infravaloración. Preocupaciones por la imagen. Ideas de muerte y, ocasionalmente, ideas psicóticas 4. Síntomas físicos: trastornos del sueño (despertar precoz, pesadillas) y alteraciones del apetito. 5. Asociación frecuente con trastornos de ansiedad, trastornos de conducta, TDAH, trastorno por consumo de sustancias y trastornos de la conducta alimentaria. 6. Tendencia a la cronicidad y recurrencia
--	--

Los Trastornos Depresivos más frecuentes en la población infanto-juvenil son los siguientes:

- Trastorno Depresivo Mayor.
- Trastorno Depresivo persistente (distimia).
- Trastorno de Desregulación disruptiva del estado de ánimo.
- Trastorno Depresivo inducido por sustancias/medicamentos.
- Trastorno Depresivo debido a afección Médica

Trastorno depresivo mayor

Es el trastorno más representativo de esta categoría y se caracteriza básicamente por la aparición de los síntomas anteriormente referidos en la tabla durante al menos 2 semanas.

El CIE-10 y el DSM-V, coinciden en que es necesario que exista un estado de ánimo triste o irritable y anhedonia (pérdida del placer) durante la mayor parte del día, casi todos los días y que se cumplan al menos 5 de los demás síntomas definitorios de la depresión.

Las presentaciones atípicas son frecuentes en los adolescentes. Por supuesto, es necesario que ocasione una disfuncionalidad manifiesta en el niño, niña o adolescente (por ejemplo, en la actividad académica, relaciones interpersonales o familia), debe descartarse que su aparición se atribuya a los efectos directos de



sustancias y/o medicamentos y que previamente no se haya reportado un episodio maniaco o hipomaniaco. En este último caso estaríamos hablando de un Trastorno Bipolar que se tratará en otro capítulo del presente manual.

El Trastorno Depresivo puede manifestarse en forma de episodio único o de forma recurrente.

Trastorno depresivo persistente (Distimia)

Engloba el Trastorno Depresivo Crónico y Distimia (que ya aparecían como entidades diferentes en el DSM IV-R).

Se caracteriza por un trastorno depresivo similar al anterior pero más atenuado y duradero, no es necesario que se cumplan todos los criterios diagnósticos para el Trastorno Depresivo Mayor, pero el estado de ánimo deprimido o irritable es una condición sine qua non.

También se requiere como criterio indispensable que la clínica dure al menos un año tanto en niños y niñas como en adolescentes.

El niño, niña o adolescente puede presentar períodos asintomáticos pero éstos generalmente no duran más de 2 meses.

Aunque los síntomas no son tan manifiestos como en el TDM este trastorno, debido a su duración, puede llegar a ser potencialmente perturbador con las actividades habituales del individuo y por ello es necesario detectarlo cuanto antes.

Puede ocurrir que a un Trastorno Depresivo Persistente (distimia) se le superponga un Trastorno Depresivo Mayor y en cuyo caso se hablará de Depresión Doble.

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

Aparece por primera vez en el DSM V con el objetivo de discriminar mejor aquellos casos que eran catalogados con Trastorno Bipolar de la Infancia. El rasgo central de este cuadro clínico es un estado de irritabilidad crónica grave y persistente que se pone de manifiesto en forma de accesos de cólera intensos y recurrentes (3 o más episodios por semana), que no concuerdan con el grado de desarrollo del menor.



Dicho de otro modo, durante un estado irritable permanente acontecen respuestas coléricas que son inapropiadas con relación al estado evolutivo en que se encuentra el niño o niña.

Estos síntomas deben haber estado presente durante los últimos 12 meses y han ocurrido en al menos 2 de 3 contextos diferentes.

Según el DSM V, no debe diagnosticarse antes de los 10 años. Por supuesto, debe descartarse esta posibilidad diagnóstica si la clínica se explica mejor por el efecto directo de una sustancia, medicamento o cualquier otro trastorno mental.

Trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos.

Debe utilizarse este diagnóstico cuando la aparición de la clínica depresiva guarda relación directa y evidente con la intoxicación o abstinencia con una sustancia tóxica (p.e alcohol u opiáceos) o con medicinas que pueden inducir un estado depresivo (p. e. Betabloqueantes, corticoides, estimulantes, quimioterapia¹⁹).

Su prevalencia también es baja y se requiere una revisión detallada de la historia clínica del paciente.

Trastorno depresivo debido a otra afección médica.

Es consecuencia fisiopatológica directa de otra enfermedad o afección médica (excluido el síndrome confusional.). Como ejemplos podemos citar el asma, algunos tumores del SNC, enfermedades endocrino-metabólicas como el hipotiroidismo o enfermedades inflamatorias como la enfermedad inflamatoria crónica intestinal.

Cabe destacar que el Trastorno Depresivo Mayor, el Trastorno depresivo persistente (distimia) y el Trastorno Depresivo No Especificado pueden catalogarse como leve, moderado o grave a tenor de la gravedad que presenta el cuadro clínico. Además, en el Trastorno Depresivo Mayor pueden aparecer síntomas psicóticos que pueden ser o no congruentes con el estado de ánimo y que requerirán, en la mayoría de los casos, un tratamiento más incisivo.

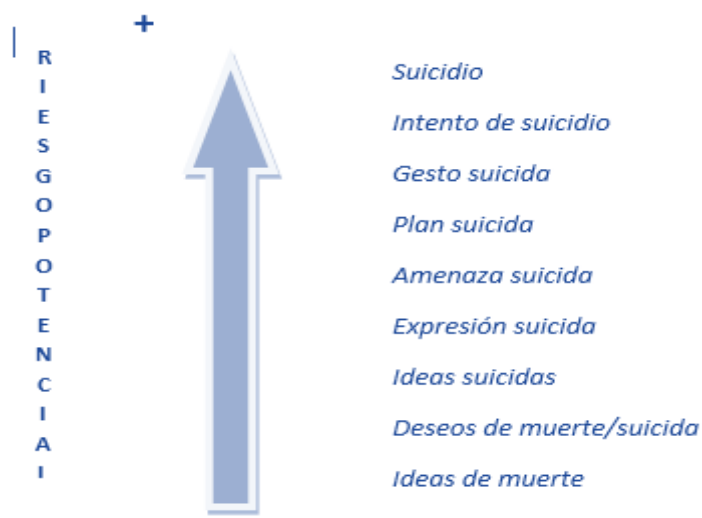


15.5.2. El suicidio

Dentro de la fenomenología del suicidio, antes de que se produzca el acto suicida pueden ponerse de manifiesto una serie de conductas que pueden predecir en mayor o en menor grado este fatal desenlace. Pueden detectarse dentro de la familia, en el centro escolar, en el grupo de amigos, en el médico, etc. y por ello es fundamental saber identificarlas y/o detectarlas para poder intervenir a tiempo.

Pueden ser ideas puntuales o recurrentes sobre la muerte o el suicidio, verbalizaciones que guarden relación con esta temática, amenazas, comportamientos extraños e inusuales que llevan implícito un mensaje de despedida, etc. También puede producirse de forma absolutamente impredecible e inesperada, sin haber dejado pistas.

Para una mejor comprensión del suicidio mostramos a continuación una figura donde se recoge, de forma práctica y didáctica, toda la evolución fenomenológica del suicidio resultando también muy útil para la determinación del riesgo autolítico:



Desde la aparición de las ideas relacionadas con la muerte (ya sea de forma puntual o recurrente) al suicidio consumado con resultado de muerte hay una serie de acontecimientos intermedios que es necesario explicar con mayor detalle. Todo ello conformaría la conducta suicida.





Ideación suicida.

Dentro de este apéndice podríamos incluir las ideas de muerte, los deseos de muerte, las ideas suicidas y el plan suicida. El individuo que presenta ideas de muerte reflejaría una gran angustia y contemplaría de forma ocasional o recurrente la posibilidad de desaparecer o morir para poner fin a sus problemas, un pensamiento o una idea poco elaborada, vaga. No elucubra sobre cómo, cuándo y dónde se quitaría la vida. Cuando esta idea se manifiesta con mayor intensidad y refleja una mayor voluntad de alcanzar este propósito, hablaríamos de deseo de muerte. Si el individuo además ha pensado en el lugar, momento, método y demás circunstancias en las que se produciría ese hipotético suicidio, estaríamos ante un mayor grado de intencionalidad o de riesgo de autolisis. En este caso, estaríamos hablando de ideas suicidas planificadas y en cuyo caso estaría justificado una intervención urgente, incluso el ingreso hospitalario.

Los niños o niñas, debido a su corto desarrollo cognitivo, no suelen manifestar ideación autolítica franca salvo en los casos extremadamente graves. De hecho, no tienen conciencia de la muerte hasta aproximadamente los 9-10 años, que es cuando desaparece el pensamiento mágico y comienza a instaurarse el pensamiento racional. En los adolescentes, por el contrario, estas ideas suelen ser más frecuentes y poseen una mayor elaboración. La adolescencia es una etapa de transición y por lo tanto de crisis traduciéndose todo ello en un mayor riesgo de que ante cualquier adversidad el joven pueda reaccionar de forma inapropiada y desarrollar pensamientos negativos. Pueden ser muy similares a la de las personas adultas, sobre todo en la adolescencia tardía. De toda la fenomenología del suicidio, las ideas autolíticas son las más frecuentes en la infancia y la adolescencia.

Comunicación suicida.

Aquí incluiríamos todas aquellas conductas que persiguen el objetivo de transmitir la intención de quitarse la vida, es decir, las amenazas y expresiones suicidas. Aquí se encuadrarían no solo todos aquellos mensajes directos o comunicación explícita de la decisión del suicidio sino todas aquellas conductas verbales y no verbales que de forma sutil podrían enmascarar este propósito. Por la misma razón que mencionaba antes, los niños o niñas pueden desconocer el verdadero significado de la muerte y verbalizar determinadas cosas de forma inconsciente. En cualquier caso, cuando un niño o niña haga algún comentario de este tipo es necesario indagar en su estado de ánimo y determinar cuál es su verdadera necesidad y su verdadero propósito. Hay que tener en cuenta también que en algunos casos no poseen suficiente nivel de lenguaje y que no sabrán expresar lo que verdaderamente sienten o piensan.



Pueden proyectar el deseo de morirse por ejemplo a través de un dibujo (proyección pictórica) o a través del juego, pero esta tarea es mejor que la desempeñen clínicos con experiencia. En cualquier caso, ya a estas edades es necesario saber discriminar entre una comunicación fidedigna y una llamada de atención o manipulación. Los adolescentes, por otro lado, pueden comunicar su deseo de quitarse la vida de múltiples formas dado que tienen más léxico que los pre-púberes. Como tienen más recursos y habilidades para hacerlo, es necesario enfatizar la detección de señales y signos que apunten en esa dirección. Preguntar por la muerte y el suicidio de forma recurrente a familiares o amigos, manuscritos de despedida, publicar mensajes o imágenes lúgubres o tristes en los perfiles de redes sociales, interesarse por canciones/películas/lecturas que versan sobre la muerte, donación de objetos de valor sin causa justificada, búsquedas en internet sobre el suicidio, cortar relaciones personales de forma súbita, organización de rituales relacionados con la muerte, etc. pueden convertirse en el preámbulo de una fatal decisión.

Acto suicida.

Suicidio consumado y gesto suicida representarían la culminación de la conducta suicida. El suicidio consumado es muy infrecuente en la infancia, prácticamente inexistente, dado que en esta población la conducta suicida no suele sobrepasar las ideas de muerte. Sin embargo, en los adolescentes los gestos, intentos y suicidios consumados, son desgraciadamente, más frecuentes. Concretamente, son mucho más habituales los gestos suicidas (de baja letalidad) en la adolescencia que en la infancia y mucho más frecuentes en el sexo femenino. Los varones adolescentes reportan unas cifras de suicidio más alta que las mujeres y emplean métodos más letales.





¿Cómo se diagnostican?

Detección /Evaluación.

Cuando atendamos por primera vez a un niño, niña o adolescente con sospecha de Trastorno Depresivo, lo primero que debemos hacer es recopilar toda la información posible del niño, niña, padres, profesores y personas allegadas.

Esto se realizará mediante una Entrevista Clínica exhaustiva y detallada que recogerá:

- El momento de aparición.
- Posible evento desencadenante.
- Tipo.
- Duración, intensidad y frecuencia de síntomas,
- Cómo está interfiriendo la clínica en el funcionamiento diario del niño/niña/adolescente.
- Antecedentes personales médicos y psiquiátricos.
- Antecedentes familiares.
- Desarrollo evolutivo.
- Dinámica familiar.
- Apoyos
- Tratamientos previos.

En el caso de los más pequeños es aconsejable entrevistarse en primer lugar con los padres y después con el niño/a.

Por el contrario, en el caso de los adolescentes, es recomendable brindarle al joven la oportunidad de hablar primero con el clínico.



Esta primera entrevista servirá para ir forjando una adecuada relación terapéutica con el paciente y la familia, se explicará al niño, niña o al joven que la información que nos ofrezca será confidencial (salvo en el caso de que exista un riesgo real para su vida) y se explicará cuál será nuestra función o dinámica de trabajo con él.

También se pueden utilizar instrumentos diagnósticos como:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas clínicas protocolizadas como: <ul style="list-style-type: none"> ○ Kiddle Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children (k-SADS) ○ Children's Depression Rating Scales, Revised (CDRS-R) ○ Mood and Feelings Questionnaire (MFQ) ○ Patient Health Questionnaire-Adolescent (PHQ-A) |
| <ul style="list-style-type: none"> • Escalas y cuestionarios como: <ul style="list-style-type: none"> ○ El Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) para niños/as de 7 a 17 años. ○ El Beck Depression Inventory-2nd edition (BDI-II) para niños/as de 13 a 18 años. Estos últimos tienen buenas propiedades psicométricas. Han sido validados y adaptados al castellano, y por su sencillez y facilidad de uso, recomendamos el primero de los cuestionarios citados. |

Si bien estos son los instrumentos diagnósticos más empleados en la clínica, es interesante señalar dos niveles de aplicación. Uno como cribado o *screening* (y en cuyo caso podríamos emplear por ejemplo las escalas CDI y BDI-II, muy útiles para determinar la conveniencia o no de derivar al menor a una Unidad de Salud Mental Infantil) y, por otro lado, estarían las entrevistas protocolizadas (algo más específicas y que requieren algo más de experiencia

En ningún caso se establecerá el diagnóstico de Trastorno Depresivo utilizando solo cuestionarios y/o escalas. Estas escalas son instrumentos diagnósticos que complementan la entrevista clínica y adquieren un papel meramente orientativo

En casos concretos, será también necesario solicitar pruebas médicas como por ejemplo una analítica y un registro del peso y talla (determinación del percentil).





Diagnósticos diferenciales.

Para completar la evaluación diagnóstica, también es necesario realizar un adecuado diagnóstico diferencial y para ello explicaremos algunos matices que pueden orientarnos hacia un diagnóstico u otro:

Trastorno bipolar

Es prácticamente imposible determinar si un Episodio Depresivo aparece de forma única y aislada o forma parte de un Trastorno Bipolar con una exploración “transversal”.

Nos pueden dar pistas la aparición previa de episodios de manía o hipomanía, los antecedentes de Trastorno Bipolar en la familia, viraje con antidepresivos, etc.

Trastorno de ansiedad

Aunque generalmente se produce un solapamiento entre síntomas depresivos y ansiosos, los trastornos de ansiedad se caracterizan por una mayor componente de evitación fóbica, actitud hipervigil y expectante, tensión interna, pánico y mayor agitación psicomotriz.

Abuso de sustancias

La clínica depresiva asociada al consumo de sustancias suele desaparecer al cesar el periodo de abstinencia de la sustancia tóxica, si persiste la clínica depresiva deberemos pensar en un trastorno del ánimo primario.

Esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo

Si bien es cierto que en muy contadas ocasiones pueden aparecer síntomas psicóticos asociados a la depresión infantil o juvenil es conveniente matizar que, si los síntomas psicóticos aparecen ligados solo y exclusivamente al episodio depresivo y además son congruentes con el estado de ánimo, posiblemente el cuadro clínico responda a un Trastorno Depresivo con síntomas psicóticos.



De lo contrario habrá que pensar en un Trastorno Psicótico primario.

Trastornos de conducta

En la depresión juvenil son frecuentes los desajustes de conducta, pero si estas no se acompañan de un estado de ánimo triste o irritable y pérdida del interés o placer, la hipótesis diagnóstica más probable será un Trastorno conductual.

Enfermedades médicas y/o efectos de medicamentos

También pueden confundirse síntomas depresivos con síntomas asociados a otras enfermedades médicas (caso de apatía, astenia, anergia, pérdida de apetito, disminución de la actividad).

En este caso será necesario indagar en la Historia clínica del paciente por si todo ello fuera fruto de una enfermedad médica o un tratamiento farmacológico determinado.

Trastornos de la conducta alimentaria

Aunque puede aparecer también clínica del espectro depresivo, en este caso los pensamientos rumiativos, preocupaciones y sentimientos de culpa giran en torno a la silueta, ingesta y peso. Los síntomas físicos tienen otro significado y las conductas autodestructivas cobran otro cariz diferente.





Criterios diagnósticos y sistema de clasificación

DSM-V (APA,2013)

El Trastorno Depresivo Mayor es el Trastorno del ánimo más representativo la categoría de los Trastornos Depresivos del DSM V y sus criterios diagnósticos son los siguientes (en cursiva aparecen algunas matizaciones que pueden ayudar a su comprensión):

Criterio A: Cinco o (o más) de los síntomas siguientes que han estado presentes durante un periodo mínimo de 2 semanas y representan un cambio de funcionamiento previo (mismo criterio para el CIE-10); al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer.

1. Estado de ánimo deprimido (o Humor depresivo) la mayor parte del día, casi todos los días. En los niños/as y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y puede ponerse de manifiesto a modo de conductas agresivas, hostiles o coléricas. Los niños/as más pequeños como no tienen suficiente léxico para expresar sus síntomas suelen quejarse de molestias físicas inespecíficas (dolor de cabeza, dolor de tripa, etc), pueden mostrar una expresión facial de tristeza o pobre contacto visual. Los adolescentes más mayores pueden tener síntomas muy parecidos a los de una persona adulta. Las somatizaciones son uno de los síntomas depresivos más habituales en la primera infancia.
2. Disminución importante del interés o del placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días. En este caso, el niño/a puede mostrar poco interés por el juego o las actividades escolares. En el caso de los adolescentes puede aparecer disminución de la libido. Aislamiento
3. Pérdida importante de peso o aumento de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días. En los niños/as puede producirse un fracaso para la ganancia ponderal o también pueden incrementar su peso
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días. En los niños/as, también suelen ser muy habituales las parasomnias (despertar precoz, pesadillas)
5. Agitación o retraso psicomotor, casi todos los días. En los niños/as y adolescentes, suelen aparecer agitación o inhibición psicomotriz
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. El niño/a no juega, rechaza ir al colegio, en casa se le ve desanimado, no habla, etcétera.
7. Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días. En los niños/as suelen aparecer autorreproches, autodesvalorizaciones, pérdida de confianza, baja autoestima y/o sentimientos de culpa o de inferioridad. En el/la adolescente también es habitual la desesperanza por no pertenecer al grupo.
8. Disminución de la capacidad para pensar o de concentración o dificultad para tomar decisiones, casi todos los días. En el caso de los niños/as y adolescentes, suele ser habitual una disminución del rendimiento académico
9. Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo. En los niños/as suelen observarse signos no verbales de conductas autodestructivas o comportamientos autolesivos (p.e. arañarse). Por el contrario, los adolescentes suelen expresar y desarrollar comportamientos autolíticos semejantes a los de la edad adulta (pueden aparecer comportamientos autolíticos estructurados y planificados)



Criterio B. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Criterio C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Criterio D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante u otro trastorno específico.

Criterio E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.



CIE-10 (OMS, 1992)

El diagnóstico de la depresión infantil según la CIE-10 sigue los siguientes criterios (en cursiva indicamos algunas matizaciones que pueden ayudar a su comprensión):

1. La duración del episodio depresivo debe ser como mínimo de dos semanas y no estar relacionado con el consumo de ninguna sustancia.

2. Presencia de dos de los siguientes síntomas:

1. Humor depresivo: los niños/as y adolescentes, pueden presentar un estado de ánimo deprimido o irritable. Los más pequeños, además, a menudo no son capaces de describir cómo se sienten y suelen quejarse de molestias físicas imprecisas, y mostrar una triste expresión facial o una escasa comunicación visual. El ánimo irritable se puede manifestar con una conducta agresiva o acciones que demuestren hostilidad o cólera. En los adolescentes mayores los trastornos de ánimo pueden tener síntomas parecidos a los de las personas adultas.
2. Pérdida de interés hacia el entorno, o incapacidad para disfrutar con el juego o con las actividades escolares.
3. Falta de energía: no juega, rechaza ir al colegio, en casa se le ve desanimado, no habla, etc.

3. Presencia de uno o más de los siguientes síntomas:

- 1- Pérdida de confianza y autoestima, y sentimientos de inferioridad. Los niños/as desarrollan sentimientos autodevaloratorios por ejemplo cuando obtienen unas calificaciones muy bajas en comparación con el resto de compañeros.
- 2- Reproches: en los niños/as se refleja mediante una auto-desvalorización o un sentimiento de culpa excesivo o inapropiado.
- 3- Ideas o intentos autolíticos (autodestructivos): en los niños/as y adolescentes se observan signos no verbales de conducta suicida como realizar acciones en las que corre riesgos de forma reiterada, –a veces como si se tratase de un juego–, o adoptar comportamientos autolesivos (por ejemplo arañarse).
- 4- Incapacidad para concentrarse o tomar decisiones, que en el caso de los niños/as se traduce en problemas de conducta o un bajo rendimiento académico.
- 5- Actividad psicomotriz agitada o inhibida.
- 6- Alteraciones del sueño(en niños/as son frecuentes el despertar precoz y as pesadillas).
- 7- Variaciones de peso (en los niños/as puede producirse una variación importante de su percentil de peso).

4. Quejas somáticas (dolor de cabeza, tripa, etcétera). Este criterio es muy frecuente en niños/as.



¿Cómo se interviene?

Depresión

El tratamiento de la depresión infantil y juvenil debe ser integral y abarcar un conjunto de intervenciones psicoterapéuticas, farmacológicas y/o psicosociales encaminándose todas ellas a la recuperación del funcionamiento basal del individuo.

Además de establecer una adecuada alianza terapéutica con el menor y ofrecer el pertinente apoyo individual y familiar, debemos prestar atención a otras comorbilidades, hacer un seguimiento estrecho del paciente y coordinarnos con otros profesionales si fuera necesario.

Con fines didácticos hemos considerado más apropiado diferenciar el tratamiento de la depresión en función de su gravedad clínica:

<p>Depresión leve</p>	<p>En este caso, lo más recomendable es mantener una observación expectante durante al menos 2 semanas. Si tras este período, no han desaparecido los síntomas se recomienda su derivación a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.</p> <p>En estos casos, se implementará un tratamiento psicoterapéutico durante un periodo de 8 a 12 semanas²⁷.</p> <p>De entre todas ellas, la que goza de mayor respaldo empírico es la terapia cognitivo-conductual (TCC, en adelante).</p> <p>No se recomienda utilizar terapia farmacológica en caso de Depresión leve.</p>
<p>Depresión moderada</p>	<p>Siempre que sea posible, se deberá aplicar el mismo criterio que en el caso anterior, es decir, psicoterapia durante al menos 8-12 semanas (preferentemente TCC).</p> <p>Si no es efectiva deberemos agregar tratamiento farmacológico²⁸.</p> <p>La fluoxetina (ISRS) es el fármaco que ha demostrado mayor eficacia, tolerancia y seguridad en esta población²⁹.</p> <p>Excepcionalmente podrán utilizarse otros ISRS como la sertralina o escitalopram.</p> <p>Otros fármacos como paroxetina (ISRS), venlafaxina, los antidepresivos tricíclicos o la mirtazapina se desaconsejan.</p> <p>Para un primer episodio, es recomendable mantener el tratamiento farmacológico durante un tiempo mínimo de 6 meses (6-12 meses) desde la remisión del episodio agudo.</p> <p>En caso de recurrencias podrá prologarse el tratamiento farmacológico hasta más allá de un año. En menores de 12 años se recomienda inicialmente la TCC o Terapia familiar, solo si existe mala evolución o no es posible aplicarla se utilizará el tratamiento farmacológico (fluoxetina)³⁰</p>
<p>Depresión grave</p>	<p>En la depresión grave en niños/as y adolescentes, se recomienda utilizar inicialmente el tratamiento farmacológico junto con la psicoterapia (TCC o Terapia Interpersonal). En casos individualizados podría utilizarse únicamente el tratamiento farmacológico³¹.</p>



El ingreso hospitalario se reservará para aquellos casos en los que el niño/a o adolescente presente:

- Riesgo autolítico elevado (riesgo de conductas autolíticas y/o suicidio).
- Depresión grave con síntomas psicóticos.
- Comorbilidad grave.
- Imposibilidad de realizar el seguimiento a nivel ambulatorio.

Con relación a la intervención psicoterapéutica, y más concretamente con la modalidad de Terapia Cognitiva Conductual (TCC), se están implementando programas *on line* y aplicaciones interactivas a través de dispositivos móviles con resultados prometedores si bien se recomienda que la ejecución de este tipo de programas esté supervisada por profesionales. Están diseñados sobre todo para las depresiones de carácter leve y suponen un interesante recurso coste/efectivo.

Intervención en Atención Primaria

En caso de sospechar clínica depresiva lo primero que debe hacerse es acudir al Pediatra o Médico de Atención Primaria.

Él realizará una primera valoración y estimará si es o no necesario remitir al menor a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.

En la mayoría de los casos la clínica depresiva suele desencadenarse por un evento estresor (separación de padres, pérdida de un familiar, cambio de domicilio u otros muchos que hemos referido anteriormente) que causará en el menor un impacto emocional y conductual determinado.

Por esta razón, lo más recomendable es hacer un seguimiento estrecho desde Atención Primaria si la clínica es de carácter leve. Sería suficiente con hacer revisiones semanales o quincenales hasta que la clínica mejorase, ofreciéndole apoyo al niño/a y a la familia. Un buen asesoramiento en muchas ocasiones es garantía de éxito. Si no es así, lo más apropiado sería derivar a una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.





Entre los principales **factores de protección** frente a la depresión infantil y juvenil podemos mencionar los siguientes:

- Rasgos psicológicos positivos (buen sentido del humor, actitud proactiva, buena capacidad empática, etc.)
- Buenas Habilidades sociales.
- Relaciones sólidas con uno o más miembros de la familia.
- Sentido de pertenencia a un grupo
- Reconocimiento de los logros por parte de otros.
- Hábitos de vida saludables.
- Práctica de actividades creativas, recreativas y/o deportivas.
- Nivel Intelectual medio-alto.

Intervención en Atención Especializada

Una vez que el niño/a es atendido por un clínico de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, lo primero que debe hacerse es una entrevista exhaustiva con el menor y recoger información de otras fuentes.

Se evaluará la gravedad del cuadro (máxime si aparecen ideas y/o conductas autolíticas) y el seguimiento del paciente será más estrecho cuanto mayor sea la gravedad clínica, al menos durante las primeras semanas.

Durante el episodio depresivo es importante brindarle al joven una mayor atención desde el hogar y una mayor observación por parte de las personas adultas. Debemos estar a su lado y esto no significa desarrollar un control férreo sobre todo lo que hace, tampoco debemos adoptar una actitud hiperprotectora ni ser demasiado envolventes con él.

Dicho de otro modo, atender sus necesidades emocionales, pero sin mostrar mucha laxitud ni ser demasiado proteccionistas (también hay que decir “no” en determinados momentos):



- Escuchar al joven sin juzgarle ni cuestionarle.
- Motivar en lugar de exigir.
- Mostrarle cercanía y comprensión en lugar de usar palabras vacías o frases hechas.
- Reforzar comportamientos y metas en lugar de minusvalorar logros (por pequeños que sean).
- Ayudarle a reflexionar en lugar de presionarle para tomar decisiones.

A nivel clínico, será necesario:

- Monitorizar el peso.
- Preguntar también sobre determinados ritmos biológicos (apetito, sueño, etc.)

En caso de estar tomando tratamiento antidepresivo, además también será necesario registrar algunas constantes como por ejemplo la Tensión Arterial o la Frecuencia Cardiaca.

Suicidio

En caso de que el niño/a o adolescente manifieste deseos de morir, fantasee con la muerte, exprese ideas suicidas o amenace con hacerlo, el clínico de AP deberá explorar al paciente en un clima de tranquilidad y seguridad para ambos, realizará la correspondiente anamnesis e intentará determinar qué riesgo existe de llegar al acto, se hablará también con los padres o allegados, se les orientará e informará y, finalmente, se hará la derivación a la USMIJ sin cavilaciones.

En caso de que el riesgo autolítico sea elevado, es aconsejable remitir al paciente al Servicio de Urgencias del Hospital más cercano para que sea evaluado por un facultativo de Salud Mental ese mismo día.

Cuando ha tenido lugar el intento suicida, es prioritario efectuar una valoración médica urgente del paciente.



Cuando se haya conseguido estabilizar al paciente intervendrá el facultativo de salud mental o bien se le dará cita en la USMIJ con carácter urgente/preferente previa comunicación (solo si es posible) con el facultativo de salud mental infanto-juvenil de referencia.

Intervención en Atención Primaria

La identificación prematura del riesgo suicida puede y debe ser una de las medidas más importantes para su prevención.

Esto implica que tanto los profesionales de atención primaria como los facultativos de salud mental deben indagar en la búsqueda de factores contextuales, individuales y acontecimientos vitales estresantes que puedan suponer un grave conflicto psicológico.

Deben saber detectar situaciones de riesgo para atender o derivar al joven a otro profesional más experimentado en el tema.

Además, es importante preguntar a la propia persona acerca de sus sentimientos e intenciones suicidas y no caer en la falsa creencia de que si se pregunta por ello se dispara el riesgo de que esto ocurra.

Para explorar distintos aspectos sobre la ideación y conducta suicida de los niños/as y adolescentes, se pueden aplicar las recomendaciones que aparecen recogidas en el Programa SUPRE (Suicide Prevention) publicado por la OMS. (Ver Lecturas complementarias.)

Estas recomendaciones pueden orientar acerca de cómo obtener información cuando el profesional de primaria sospecha la posibilidad de conducta suicida.



Es importante conocer el riesgo de suicidio, hacer una adecuada valoración y en función de esto, realizar el plan de acción correspondiente, que se recogen en la siguiente tabla:

Riesgo de SUICIDIO: identificación, valoración y plan de acción

Riesgo de SUICIDIO	Síntomas	Evaluación	Acción
0	No hay peligro	-	-
1	Perturbado emocionalmente	Indagar sobre pensamientos suicidas	Escuchar con empatía
2	Vagas ideas de muerte	Indagar sobre pensamientos suicidas	Escuchar con empatía
3	Vagos pensamientos de suicidio	Valorar el intento (plan y método)	Explorar posibilidades Identificar apoyo
4	Ideas suicidas, pero sin trastorno psiquiátrico	Valorar el intento (plan y método)	Explorar posibilidades Identificar apoyo
5	Ideas suicidas, y trastorno psiquiátrico o severos acontecimientos estresantes	Valorar el intento (plan y método) Hacer un contrato	Remitir al psiquiatra
6	Ideas suicidas, y trastorno psiquiátrico o severos acontecimientos estresantes o agitación e intento previo	Permanecer con el paciente (para prevenir su acceso a los medios)	Hospitalizar



¿Cuándo derivar a Atención Especializada?

Con aquellos pacientes que presenten una clínica depresiva leve, en principio debería mantenerse una conducta expectante.

En este caso puede hacerse una primera intervención desde Atención Primaria, efectuar un seguimiento estrecho del paciente y valorar si es necesaria la derivación a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil tras varias semanas de supervisión.

En muchos Centros de Salud de la región, además, se ha implantado un sistema de Interconsulta No presencial mediante mensajería instantánea (MAS) a través del cual los clínicos de Atención Primaria pueden trasladar sus dudas al profesional de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.

En caso de estar frente a un menor de edad con una clínica sugerente de Episodio Depresivo moderado o grave, debe hacerse una derivación a una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil sin contemplaciones.

Si además el menor presenta ideación o conducta autolítica la derivación debe ser urgente para que el sujeto sea evaluado lo antes posible por un clínico de Salud Mental Infanto-Juvenil (al ser posible antes de 48 horas).

En cualquier caso, son hallazgos psicopatológicos que deberían orientarnos hacia una derivación a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil los siguientes:

- Ideación o conductas autolíticas.
- Comorbilidades graves (abuso de sustancias, trastorno de ansiedad, TOC, etc.).
- Factores de riesgo (no disponer de apoyo social, padres con psicopatología grave, episodios depresivos previos, etc.).
- Pérdida notable de peso.
- Evolución desfavorable desde Atención Primaria.

Dentro de los instrumentos diagnósticos para la evaluación de la conducta suicida podemos mencionar por ejemplo *la Ask Suicide-Screening Questionnaire (ASQ)* del NIMH (instrumento de cribado) o la Escala de evaluación de la conducta suicida de Columbia: *Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)* (Posner, 2007)³³. Mediante esta última escala puede obtenerse información muy pormenorizada sobre la ideación suicida, pero requiere un entrenamiento previo.



¿Cómo cursan?

Se estima que alrededor de un 75-80% de los niños/as y adolescentes con un episodio depresivo se recuperan.

Un 30% de los niños/as y adolescentes con depresión mayor, presentan recurrencia en un periodo de 5 años, muchos de ellos en el primer año tras el episodio y otros padecerán algún episodio depresivo en la vida adulta³⁴.

La duración media de un episodio depresivo mayor en muestras comunitarias es entre 1 y 2 meses y de 8 meses en muestras clínicas³⁵.

Un niño/a pequeño con un episodio depresivo tiene mayor riesgo de desarrollar una depresión en la adolescencia, y un adolescente tiene un alto riesgo de padecer una depresión en la vida adulta.

Aproximadamente el 20% de los niños/as deprimidos, con la evolución, presentan un episodio hipomaníaco o maníaco y desarrollan una enfermedad bipolar, sobre todo los niños/as con vulnerabilidad biológica.

Por otro lado, la distimia en niños/as y adolescentes suele durar generalmente entre 3 y 4 años.

No hay que olvidar además que otras circunstancias pueden ensombrecer el pronóstico como por ejemplo la comorbilidad, consumo de tóxicos, la aparición de trastornos psicopatológicos graves en uno o en ambos padres, la falta de apoyo, una enfermedad médica severa concomitante o el abandono del tratamiento.



¿Qué es importante recordar?

<p>De 0 a 7-8 años</p> <p>Verbalización pobre de los síntomas o inespecífica, inmadurez cognitiva, mayor componente conductual y somatizaciones frecuentes</p>	<p>Llanto inmotivado, irritabilidad, rabietas, quejas somáticas inespecíficas, pérdida de interés, incremento de la actividad motora, inhibición. Problemas de peso y sueño. Clínica ansioso-evitativa. Enuresis y encopresis</p>
<p>De 7-8 años a la adolescencia</p> <p>Verbalización de los síntomas algo más elaborada, expresión más variada de síntomas en las diferentes esferas - afectividad, conducta, cognición y síntomas físicos-</p>	<p>Tristeza, llanto, irritabilidad, anhedonia, baja autoestima, ideas de culpa/infravaloración, disminución de la concentración, conductas agresivas, rabietas, agitación/inhibición, apatía, aislamiento, absentismo escolar y declive académico, dificultades interpersonales, somatizaciones, alteraciones del apetito y pesadillas. Comportamientos regresivos. Ideas de muerte y, muy ocasionalmente, conductas autolíticas.</p>
<p>Adolescencia</p> <p>Descripción de la clínica más precisa y similar a la de una persona adulta, explosión de la pubertad, mayores conductas de riesgo y formas atípicas de depresión</p>	<p>Irritabilidad, tristeza, llanto, anhedonia, baja autoestima, autorreproches, sentimientos de no ser aceptado por el grupo, sentimientos de culpa/infravaloración. Alteraciones de conducta, agresividad, agitación/inhibición, apatía, aislamiento, declive académico, dificultades interpersonales. Ideas de muerte, gestos e intentos autolíticos más estructurados/planificados. Alteraciones del sueño y apetito.</p> <p>Asociación frecuente con trastornos de ansiedad, trastornos de conducta, TDAH, trastorno por consumo de sustancias y trastornos de la conducta alimentaria. Tendencia a la cronicidad y recurrencia</p>
<p>Herramientas diagnósticas para el Trastorno Depresivo Infantil</p>	
<p>Despistaje orgánico (determinaciones analíticas y otras pruebas médicas)</p>	<p>Para descartar patología orgánica</p>
<p>Criterios diagnósticos de Depresión Infantil según manuales</p>	<p>DSM-V CIE-10</p>
<p>Entrevista clínica con niño/a, familia y otras fuentes de información</p>	<p>¿Desde cuándo? ¿Hay una causa que pueda justificarlo? ¿Qué expresa o siente el niño/a? ¿Qué síntomas físicos presenta? ¿Cuál es el impacto en las diferentes áreas de funcionamiento? ¿Ha manifestado deseo de hacerse daño? Etc</p>
<p>Escalas y cuestionarios</p>	<p>Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) Beck Depresión Inventory 2 nd edition (BDI-II)</p>





Criterios de derivación y tratamiento de la Depresión Infantil.	
Depresión Leve	<ul style="list-style-type: none"> - Actitud expectante, apoyo y observar evolución desde AP. - Si evolución desfavorable en AP, derivación a USMIJ y tratamiento psicoterapéutico durante 8-12 semanas (TCC)
Depresión Moderada	<ul style="list-style-type: none"> - Derivación a USMIJ - Tratamiento psicoterapéutico o combinado: TCC ó TCC + ISRS
Depresión Grave	<ul style="list-style-type: none"> - Derivación a USMIJ - Tratamiento combinado o tratamiento farmacológico: TCC + ISRS ó ISRS
Criterios de ingreso hospitalario	<ul style="list-style-type: none"> - Riesgo autolítico elevado (riesgo de conductas autolíticas y/o suicidio) - Depresión grave con síntomas psicóticos - Comorbilidad grave - Imposibilidad de realizar el seguimiento a nivel ambulatorio
<p>Factores de riesgo de suicidio:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Intento previo de suicidio ○ Depresión Mayor ○ Antecedentes psiquiátricos y de suicidio en la familia ○ Sucesos vitales estresantes ○ Comorbilidad psiquiátrica y no psiquiátrica ○ Edad adolescente ○ Sexo (femenino más intentos, masculino más suicidios) ○ Impulsividad ○ Aislamiento 	



¿Quieres saber más?

Bibliografía

- American Psychiatric Association - APA. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
- OMS. CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico, Madrid: Ed. Méditor; 1992.
- Méndez, FJ. ¿Sonrisas o lágrimas? Naturaleza de la depresión infantil. En Méndez, FJ. El niño que no sonríe. Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil. 1ª ed. Madrid. Ediciones Pirámide. 2011. p18-46.
- Canals J, Marti-Henneberg C, Fernández-Ballart J, Domenech E. A longitudinal study of depression in an urban Spanish pubertal population. Eur Child Adolesc Psychiatry, 1995; 4 (2): 102-111.
- Carballo Belloso JJ, Figueroa Quintana A, García Martín I, Soutullo Esperón C y Zalsman G. Hospitalización de niños y adolescentes. En Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNYA). Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Editorial Panamericana. 2010. P 145-166.
- Carballo Belloso JJ, Figueroa Quintana A, García Martín I, Soutullo Esperón C y Zalsman G. Conducta suicida. Prevención, evaluación y tratamiento. En Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNYA). Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Editorial Panamericana. 2010. P 395-410.
- Giraud P, Fortanier C, Fabre G, Ghariani J, Guillermain Y, Rouviere N, Chabrol B, Jouve JL, Simeoni MC. Suicide attempts by young adolescents: epidemiological characteristics of 517 15-year-old or younger adolescents admitted in French emergency departments. Arch Pediatric. 2013 Jun; 20(6):608-15.
- Mamajón Mateos M. Prevención e intervención de la conducta suicida en la infancia y adolescencia. En Anseán A. Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la conducta suicida. Fundación Salud Mental España. 2014. P 521-546.



- Weisman MM, Warner V, Wickramaratne P, Moreau D, Olfson M. Offspring of depressed parent: 10 years later. *Arch Gen Psychiatry*, 1997; 54 (10): 932-940.
- Merikangas KR, Prusoff BA, Weisman MM. Parental concordance for affective disorders: psychopathology in offspring. *J Affect Disord*, 1998; 15(3):279-290.
- Geller B, Fox LW, Clark KA. Rate and predictors of prepubertal bipolarity during follow-up of 6 to 12 years old depressed children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994; 33(4):461-468.
- Verdolini N, Attademo L, Agius M, Ferranti L, Moretti P, Quartesan R. Traumatic events in childhood and their association with psychiatric illness in the adult. *Psychiatr Danub*. 2015 Sep;27 Suppl 1: S60-70.
- Hanson JL, Hariri AR, Williamson DE. Blunted Ventral Striatum Development in Adolescence Reflects Emotional Neglect and Predicts Depressive Symptoms. *Biol Psychiatry*. 2015 Nov 1; 78(9): 598–605.
- Diamond GS, Reis BF, Diamond GM, Siqueland L, Isaacs L. Attachment-based family therapy for depressed adolescents: a treatment development study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2002; 41 (10): 1190-1196.
- Shaffer D, Waslick BD. Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes. 1ª ed. Barcelona. Psiquiatría editores, SL 2003.
- Iorfino F, Hermens DF, Cross SPM, Zmicerevska N, Nichles A, Groot J, Guastella AJ, Scott M, Hickie IB. Prior suicide attempts predict worse clinical and functional outcomes in young people attending a mental health service. *J Affect Disord*. 2018 Oct 1; 238:563-569.
- Cárdenas EM, Fera M, Vázquez J, Palacios L, De la Peña F. Guía Clínica de los Trastornos Afectivos (Depresión y Distimia) en Niños y Adolescentes. 1ª ed (2010). Berenzon S, Del Bosque J, Alfaro J, Medina-Mora ME. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).
- Divisió de Farmacologia Clínica. Institut Català de Farmacologia Universitat Autònoma de Barcelona. Alteraciones psiquiátricas producidas por fármacos. *Butlletí groc*. 1987, 12.
- McQuaid EL, Kopel SJ, Nassau JH. Behavioral adjustment in children with asthma: A meta-analysis. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 2001;22:430-439.



- Shaw RJ, DeMaso DR. Consulta psiquiátrica en pediatría en niños y adolescentes con enfermedad orgánica. 1ª ed. AR. Médica Panamericana, 2009.
- Kaufman J, Birmaher B, Brent D. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997; 36(7):980-8.
- Poznanski EO, Grossman JA, Buchbaum Y, Banegas M, Freeman L, Gibbons R. Preliminary studies of the reliability and validity of the Children's Depression Scale. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1984; 23(2):191-7.
- Kovacs M. The Children's Depression Inventory Manual. New York: Multi-Health Systems, Inc. 1992.
- Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck Depression Inventory-Second Edition. San Antonio (TX): The Psychological Corporation; 1996.
- Birmaher B, et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1996; 35(11):1427-1439.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t N° 2007/09.
- NICE (2005). National Collaborating Centre for Mental Health. Depression in Children and Young People. Identification and management in primary, community and secondary care. 2005 [citado 8 enero 2008]
- Iruela Cuadrado LM, Picazo Zappino J, Peláez Fernández C. Tratamiento farmacológico de la depresión en niños y adolescentes. Inf Ter Sist Nac Salud. 2009; 33:35-8.
- AACAP (2007). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Depressive Disorders. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 46:11.
- Zuckerbrot RA, Cheung A, Jensen PS, et al. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part I. Practice Preparation, Identification, Assessment, and Initial Management. Pediatrics. 2018;141(3).



- World Health Organization. Preventing suicide. A resource for General Physicians Mental and Behavioural Disorders. Department of Mental Health World Health Organization. Geneva 2000. DOI: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67165>.
- Al-Halabí, S., Sáiz, P. A., Burón, P., Garrido, M., Benabarre, A., Jiménez, E., Cervilla, J., Navarrete, M. I., Díaz-Mesa, E. M., García-Álvarez, L., Muñiz, J., Posner, K., Oquendo, M. A., García-Portilla, M. P., & Bobes, J. (2016). Validation of a Spanish version of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio). *Revista de psiquiatría y salud mental*, 9(3), 134–142.
- National Collaborating Centre for Mental Health. Depression in Children and Young People. Identification and management in primary, community and secondary care [Internet]. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2005 [citado 8 ene 2008]. DOI: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg028fullguideline.pdf>.
- Birmaher B, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2007; 46 (11): 1503-1526.

Otros recursos

Lecturas complementarias.

Prevención del Suicidio (SUPRE).

https://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf



Webs de interés:

1. http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf

(GPC de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad)

2. <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/emotional-problems/Paginas/ten-things-parents-can-do-to-prevent-suicide.aspx>

(AAP, American Academy of Pediatrics)

3. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/el-suicidio-en-los-estados-unidos/index.shtml>

(NIMH, National Institute of Mental Health)

4. <https://www.nice.org.uk/guidance/CG133>

(NICE, National Institute for Health and Care Excellence)

5. https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Spanish/El-Suicidio-en-los-Adolescentes-010.aspx

(AACAP, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry)

6. <https://www.anar.org>

(Fundación ANAR)


7. <https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/autolesiones-suicidio-en-adolescentes>

(AEPED, Asociación Española de Pediatría)

8. <https://www.telefonodelaesperanza.org>

(Teléfono de la Esperanza)





Adiciones con y sin sustancias

Autoras:

Carla M^a Cabrejas Sánchez.

Paula San Juan Gutiérrez.



¿DE QUÉ HABLAMOS?	424
¿CUÁLES SON LOS CONCEPTOS CLAVE?	425
¿CON QUÉ FRECUENCIA APARECEN?	427
<i>Uso de sustancias</i>	427
<i>Uso de nuevas tecnologías</i>	428
¿QUÉ FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN INFLUYEN EN LAS ADICCIONES?	429
¿CÓMO DETECTAR DE MANERA TEMPRANA EL ABUSO DE SUSTANCIAS O DE NUEVAS TECNOLOGÍAS?	432
¿CÓMO SE DIAGNOSTICAN?	434
<i>Clasificaciones diagnósticas</i>	434
<i>Pruebas psicométricas</i>	435
¿CÓMO SE INTERVIENE?	436
¿QUÉ PUEDE HACER EL PROFESIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA?	439
¿CUÁNDO Y DÓNDE DERIVAR?	441
PAUTAS PARA EL CONSUMO DE SUSTANCIAS Y NUEVAS TECNOLOGÍAS.	442
¿QUÉ ES IMPORTANTE RECORDAR?	446
¿QUIERES SABER MÁS?	447
<i>Bibliografía</i>	447





¿De qué hablamos?

Previamente a estudiar las adicciones, es importante tener presentes los aspectos que resaltan Steinberg y Morris, (2001) donde muchas de las dificultades que pueden aparecer en la etapa preadolescente o adolescente tienen su origen en la infancia, así que hay que entender el desarrollo evolutivo como un proceso continuo, en el que todo influye desde el nacimiento. Parte de los problemas que experimentan los adolescentes son transitorios y se pueden ir resolviendo con el tiempo o al iniciar la etapa adulta, con el propio desarrollo de la vida.

El uso/abuso de drogas o de nuevas tecnologías es un fenómeno multicausal, es decir, el desarrollo de un mal hábito o incluso una adicción comportamental no tiene su causa en la coexistencia de una o unas pocas variables, sino en la relación dinámica y simultánea de múltiples factores. Además, cuantos más factores de riesgo concurren en el entorno de una persona, mayores probabilidades de desarrollar conductas de riesgo. Sin embargo, por la existencia de determinados factores de riesgo en el entorno de un joven, no significa que por ende vaya a concurrir una adicción. Hay que tener en cuenta que, la mayoría de las personas que tienen un riesgo para el abuso de drogas o nuevas tecnologías, no comienzan a usarlas o no se llega a hacer adicto a ello, ya que, aunque todo uso conlleva un riesgo, no todo uso predice un abuso.

Por ello, la recomendación para las personas menores de edad siempre es un consumo responsable para las nuevas tecnologías (móvil, ordenador, videojuegos...) y consumo cero para cualquier tipo de sustancia (alcohol, tabaco, cannabis...), ya que tomar drogas mientras el organismo está madurando es especialmente nocivo para su desarrollo posterior.

En definitiva, lo que se pretende con esta guía es servir de apoyo para la prevención de las adicciones en la población joven y disminuir los riesgos asociados que se derivan de un abuso o un mal uso de las sustancias y de las nuevas tecnologías.





¿Cuáles son los conceptos clave?

Droga: La Organización Mundial de la Salud, define la palabra “droga” como sustancia que, al ser introducida en el organismo por cualquier vía de administración, altera de algún modo el sistema nervioso central y es susceptible de crear dependencia, bien psicológica, física o ambas. Se pueden clasificar por el efecto que tienen sobre el cerebro humano.

TIPO DE DROGA	EFEECTO	EJEMPLOS DE DROGAS
DEPRESORA	Entorpecen el funcionamiento habitual del cerebro. Provocan reacciones progresivas desde la desinhibición hasta el coma.	Alcohol, Opiáceos, Tranquilizantes, Hipnóticos
ESTIMULANTE	Aceleran el funcionamiento habitual del cerebro. Provocan estado de activación desde dificultades para dormir hasta hiperactividad o impulsividad.	Nicotina, Anfetaminas, Cocaína, y <u>Xantinas</u>
PERTURBADO RA	Alteran el funcionamiento del cerebro, dando lugar a distorsiones perceptivas, alucinaciones, etc.	Alucinógenos, Derivados del Cannabis, Drogas de síntesis.

51 Cap.16.: Clasificación de las drogas por su efecto en el cerebro

Nuevas tecnologías: Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) se extienden y desarrollan a lo largo de la segunda mitad del siglo XX, aunque ya a finales del siglo XIX se contaba con grandes avances tecnológicos como la radio y el teléfono. Las TIC han promovido que el flujo de la información adquiriera tal velocidad que han cambiado las características de muchos ámbitos de la vida humana: laboral, social, económico, político... En definitiva, permiten el acceso a multitud de información, mejoran la gestión del conocimiento y facilitan la comunicación.

Los grupos de edades más jóvenes (de 16 a 34 años) son los más activos en lo que a conectarse a Internet se refiere, y la manera que tienen los jóvenes de usar las TIC y de relacionarse con ellas, influyen en sus valores personales y en la manera de



gestionar su propia identidad, en este caso su yo “online”, que puede tener características diferentes a su yo “offline”.

Uso: Hace referencia a la relación con las drogas o con las nuevas tecnologías que, teniendo en cuenta la cantidad, frecuencia y la situación física, psicológica y social del sujeto, no produce consecuencias negativas sobre la persona ni sobre su entorno. Pero para determinar si se trata de un uso del comportamiento adictivo, no solo hay que fijarse en la frecuencia o en la cantidad, sino en la relación que esta persona mantiene con la propia actividad adictiva. Podría ser que un adolescente jugara a los videojuegos esporádicamente, pero en unos días concretos hace un abuso con pérdida de control del tiempo jugado, distanciamiento social y/o una pérdida de buenos hábitos diarios, o un joven consume alcohol en apariencia de manera no excesiva, pero lo repite con tanta frecuencia que podría estar encubriendo una dependencia.

Abuso: Consiste en aquella relación con las drogas o las nuevas tecnologías en la que se producen consecuencias negativas para la propia persona que consume y/ o para su entorno. Analizando específicamente las pautas de consumo y el contexto personal y social de la persona se podrá concluir si se trata de un uso o un abuso; ya que por ejemplo consumir cocaína una sola vez, puede no considerarse abuso, pero si ese consumo implica tal cantidad que pueda provocar un accidente cerebral sí es un abuso.

Dependencia: Se entiende como comportamiento que prioriza el uso de una sustancia psicoactiva o el uso de nuevas tecnologías frente a otras conductas que se consideran más importantes. Lo más característico de una dependencia es que se administra repetidamente o se usa de manera continuada, y se consume o utiliza por encima de lo que se desea.

Síndrome de abstinencia: Hace referencia a los síntomas y signos (físicos y psíquicos) que aparecen en una persona dependiente a un patrón conductual, cuando deja de realizarlo o cuando la cantidad consumida o el tiempo empleado en dicha conducta resulta insuficiente. Estos síntomas se caracterizan por generar un intenso malestar y provocan la repetición del consumo. En un proceso de consumo, al inicio el sujeto suele consumir por placer, gusto, o curiosidad, pero tras sufrir un síndrome de abstinencia, se suele continuar el consumo para evitar que este síndrome vuelva a aparecer.

Tolerancia: Fenómeno por el que el organismo se adapta a la presencia regular de la sustancia o al uso continuado de las nuevas tecnologías y para experimentar los mismos efectos que le genera dicho consumo necesita mayores cantidades de uso.



¿Con qué frecuencia aparecen?

La epidemiología del consumo de sustancias y del uso de las nuevas tecnologías es la siguiente:

Uso de sustancias

La Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), se realiza a estudiantes entre 14 y 18 años cada dos años, con el objetivo de conocer la situación y la tendencia de los consumos de drogas y otras adicciones, los patrones de consumo, los factores asociados y las opiniones y actitudes ante las drogas de los estudiantes.

Según la encuesta ESTUDES 2018-2019, las drogas consumidas por los adolescentes en mayor porcentaje son el alcohol, el tabaco y el cannabis.

Con respecto a la anterior encuesta (2016/2017), el porcentaje de consumo en los últimos 12 meses ha disminuido en alcohol y cocaína. Sin embargo, el consumo en tabaco, cannabis, hipnosedantes (con o sin receta) y éxtasis se ha visto aumentado con respecto a la encuesta anterior.

Entre los datos más significativos que ha proporcionado la última edición de ESTUDES es que al igual que en 2016, la edad media de inicio al consumo de alcohol se retrasa a los 14,0 años (en 1994 era a los 13,5 años). La edad media de inicio al consumo de tabaco se retrasa hasta los 14,1 años, (en 2006 se situaba en los 13,1 años). Y se ha adelantado la edad de inicio del consumo de los hipnosedantes (con o sin receta), situándose en los 14,3 años (en 2016 era a los 13,7 años). El consumo de cannabis comienza, por término medio, antes de los 15 años; el de cocaína a los 15,2 años y el de éxtasis y anfetaminas a los 15,4 años.

De manera general, las sustancias legales son las drogas consumidas por un mayor porcentaje de estudiantes, en los últimos doce meses. En primer lugar, se encuentra el alcohol (75,9%) y en segundo lugar el tabaco (35%). El cannabis es la tercera sustancia más consumida, y se trata de la primera droga ilegal más consumida con una prevalencia del 27,5%, seguido de los hipnosedantes (con y sin receta), que alcanzan el 18,4%. Dato ligeramente superior al valor obtenido en 2016.

El resto de las drogas cuentan con unas prevalencias más reducidas. La cocaína continúa la tendencia descendente con una prevalencia inferior al 3%; el éxtasis



muestra una tendencia ascendente con un 1,9%; las anfetaminas un 1,5% y el resto de las sustancias estudiadas (más de 20) se sitúan en el 2% o por debajo.

El consumo de las drogas ilegales está más extendido entre los chicos que entre las chicas, si bien con las drogas de comercio lícito: alcohol, tabaco o hipnosedantes, ocurre lo contrario, son las chicas las que más las consumen tanto si se considera el consumo alguna vez en la vida, como en los últimos 12 meses o en los últimos 30 días. Con el cannabis se observa que de forma evolutiva, la proporción de consumidores aumenta más en el caso de las chicas.

Con respecto a la percepción del riesgo, el consumo diario de alcohol vuelve a niveles similares a los de 2014, donde las personas estudiantes consideran que su consumo puede llevar bastantes o muchos problemas. Los adolescentes advierten que la sustancia legal con una mayor percepción de riesgo son los hipnosedantes (en 2016 era el alcohol). La percepción del riesgo del cannabis ha descendido ligeramente coincidiendo con el ligero aumento en el consumo de dicha sustancia. Y finalmente, aumenta la percepción de riesgo del consumo diario de tabaco. Se observa que el consumo entre los 14 y 18 años, tanto de sustancias legales como ilegales, aumenta a medida que aumenta la frecuencia de salidas nocturnas y al retrasar el horario de retornar a casa.

Uso de nuevas tecnologías

En el informe de la ESTUDES, se han incorporado datos sobre las adicciones a nuevas tecnologías entre los adolescentes. En dicho informe se resalta que el uso compulsivo de Internet es de un 16,5%. Se percibe una mayor prevalencia del uso de Internet en las chicas (20,7%) que entre los chicos (12,4%). La franja de edad donde más uso compulsivo de internet se da es de los 17- 18 años con 18,4 y 18,5% respectivamente.

La prevalencia de estudiantes de 14 a 18 años que juegan dinero tanto de manera presencial como online ha aumentado significativamente respecto a 2016, siendo un 22% presencial y un 10% en red. Es más elevado el porcentaje para varones en ambas modalidades. En presencial los chicos tienen un porcentaje de 32,1 % frente al 12,5% de las chicas, y online un 17,5% de los varones frente al 2,8% de las mujeres. La prevalencia según la edad en ambas modalidades se sitúa en un 6,8% entre los de 14 años y un 20,8% entre los de 18 años.

La prevalencia del uso de los videojuegos es muy elevada, 82,4%. El porcentaje de chicos es de un 95,1%, el de chicas 69,8%. Siendo el porcentaje más elevado en la edad de 14 años (83,3%).



¿Qué factores de riesgo y protección influyen en las adicciones?

Los factores de riesgo y de protección son aquellos cuya presencia o dimensión pueden influir en la probabilidad de que los niños, niñas y adolescentes lleven a cabo comportamientos de riesgo en relación con el uso de las sustancias o nuevas tecnologías.

En concreto, por “factores de riesgo” se entienden aquellas características individuales, o condiciones situacionales y/o del contexto ambiental que aumentan la probabilidad del inicio o el mantenimiento en el uso y/o abuso de drogas o de nuevas tecnologías. Por el contrario, los “factores de protección” son aquellos elementos que reducen la probabilidad de que los menores cometan conductas de riesgo y fomentan el desarrollo de conductas más saludables.

Es importante señalar que, a mayor concentración de factores, mayor será el riesgo o la protección. Algunos factores de riesgo tienen una influencia constante a lo largo del ciclo vital, mientras que otros son más importantes en determinadas edades, como la presión de grupo en los primeros consumos, o la falta de habilidades sociales en los primeros usos problemáticos de las nuevas tecnologías.

Los periodos evolutivos en los que puede haber un mayor riesgo para el abuso conductual bien por consumo de drogas o por abuso de las pantallas, suelen ser en los momentos de transición de una etapa evolutiva a otra. Es decir, aquellos momentos que implican mayor cambio, desconocimiento, estrés o mayor carga de responsabilidad. Por ejemplo, el paso de la educación primaria a la secundaria, o de la secundaria al bachillerato o formación profesional; que pueden conllevar cambios de Centros Escolares con todo lo que eso implica: situaciones novedosas, conocer gente nueva, toma de decisiones más maduras y con repercusiones a largo plazo (elección de estudios, de amigos, de actividades de ocio, etc.), exposición a situaciones de riesgo (mayor tiempo de autonomía, experimentación del ocio nocturno, etc.) .

A continuación, se presentan algunos de los factores de riesgo y protección más comunes para el consumo de sustancias tóxicas.



CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS	FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
Vinculados a la Persona	<ul style="list-style-type: none"> ● Baja asertividad ● Baja autoestima ● Elevada búsqueda de sensaciones ● Baja tolerancia a la frustración ● Falta de alternativas de ocio saludable ● Actitud favorable hacia las drogas 	<ul style="list-style-type: none"> ● Autocontrol emocional y conductual ● Adecuación escolar ● Valores personales: altruismo, prudencia, planificación de futuro, responsabilidad, solidaridad ● Capacidad para tomar decisiones
Vinculados al Ambiente	<ul style="list-style-type: none"> ● Baja cohesión familiar ● Clima familiar afectivo inadecuado ● Tolerancia familiar al consumo ● Grupo de amigos consumidores ● Presión de grupo hacia el consumo ● Disponibilidad de las drogas 	<ul style="list-style-type: none"> ● Supervisión parental ● Calidad de las relaciones familiares ● Normas claras hacia el consumo de sustancias ● Políticas antidrogas coherentes que impliquen distintos agentes de la comunidad ● Cohesión social del barrio/comunidad

52 Cap.16: Factores de riesgo y de protección del consumo de sustancias tóxicas



A continuación, se presentan algunos de los factores de riesgo y protección más comunes para el abuso de **nuevas tecnologías**:

USO DE LAS TICs	FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
Vinculados a la Persona	<ul style="list-style-type: none"> ● Impulsividad ● Baja autoestima ● Elevada búsqueda de sensaciones ● Baja tolerancia a la frustración ● Intolerancia hacia elementos desagradables ● Estado de ánimo <u>disfórico</u> ● Pocas habilidades sociales 	<ul style="list-style-type: none"> ● Alta autoestima ● Buenas habilidades sociales ● Capacidad para solucionar problemas ● Estilo <u>atribucional</u> adecuado según las circunstancias ● Buena gestión emocional ● Afrontamiento adecuado del estrés ● Ocupación adecuada del ocio
Vinculados al ambiente	<ul style="list-style-type: none"> ● Falta de supervisión parental ● Clima familiar afectivo inadecuado ● Padres “enganchados” a las nuevas tecnologías ● Grupo de amigos consumidores ● Hijos dependientes ● Posturas excesivamente permisivas 	<ul style="list-style-type: none"> ● Comunicación familiar adecuada ● Establecer límites y normas adecuados: más rígidos en la infancia y flexibles en la adolescencia ● Ambiente de cariño y apoyo emocional ● Actividades de ocio y tiempo libre familiares

53 Cap.16:Factores de riesgo y de protección del consumo de sustancias tóxicas



¿Cómo detectar de manera temprana el abuso de sustancias o de nuevas tecnologías?

La detección de la presentación clínica del abuso del consumo se realiza a través de la observación directa del paciente, mediante la contemplación de su modo de hablar, su jerga, sus preocupaciones, etc. También, en función de la sustancia que se esté consumiendo se pueden ver unos patrones físicos y psíquicos diferentes. A continuación, se plantean unos indicadores para la detección temprana en el abuso de sustancias o de nuevas tecnologías.

DROGA	CARACTERÍSTICAS OBSERVABLES EN EL CONSUMIDOR	ELEMENTOS VINCULADOS AL CONSUMO DE DROGAS
Tabaco	<ul style="list-style-type: none"> • Olor a tabaco en la ropa y aliento • Dedos y dientes amarillos • Mal humor • Insomnio • Ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Mecheros, filtros, papel de liar, cajetillas vacías... • Uso de chicles y caramelos para disimular el aliento
Alcohol	<ul style="list-style-type: none"> • Aliento a alcohol • Ojos enrojecidos • Ganas de dormir • Fatiga • Olvidos • Quejas sobre la salud (digestivas) • Apatía, tristeza, impulsividad 	<ul style="list-style-type: none"> • Chicles y caramelos para disimular el aliento • Ropa con olor a alcohol • Botellas escondidas
Marihuana	<ul style="list-style-type: none"> • Ojos enrojecidos • Habla lenta o arrastrada • Olor a hierba • Risa inmotivada • Euforia • Aislamiento social • Disminución de la motivación • Lentitud motora 	<ul style="list-style-type: none"> • Trituradores de marihuana • Cogollos o semillas de marihuana guardados • Mecheros, filtros, papel de liar, cajetillas vacías... • Colirio (ojos)
Cocaína	<ul style="list-style-type: none"> • Dilatación de las pupilas • Goteo o sangrado nasal • Estado de alerta continuo • Agitación, ritmo cardíaco acelerado • Desinhibición social 	<ul style="list-style-type: none"> • Ropa con restos de polvo blanco • Descongestionante nasal • Tarjetas (teléfono, crédito...)

54 Cap.16: Indicadores de abuso de nuevas tecnologías





- Pérdida de peso o apetito excesivo
- Trastornos del sueño con insomnio o pesadillas. Reducción de las horas de sueño. Pérdida de la rutina horaria de sueño, llegando a dormir por el día y estar despierto usando las pantallas por la noche.
- Cansancio en la vista por uso prolongado de nuevas tecnologías
- Dolores musculares por malas posturas corporales o por mantener una misma postura durante un tiempo excesivo.
- Posibles infecciones o agrandamiento de la vejiga por no miccionar cuando se necesita y retener la micción, para impedir parar el uso de los videojuegos, redes sociales, etc.
- Pensar en las redes, el móvil o videojuegos la mayor parte del tiempo, aunque no se esté conectado y sentirse irritado si la conexión falla o se le impide conectarse.
- Pérdida de la noción del tiempo que se emplea en las nuevas tecnologías.
- Imposibilidad para controlar el tiempo de juego ni para hacer paradas para realizar otras actividades.
- Mentir sobre el tiempo que se está conectado, jugando o apostando.
- Aislarse socialmente, mostrarse irritable y bajar el rendimiento académico o abandono de los estudios.

Ilustración 55 Cap.16:Indicadores de abuso de nuevas tecnologías



¿Cómo se diagnostican?

Clasificaciones diagnósticas

Las clasificaciones diagnósticas oficiales de los sistemas CIE-11 (Clasificación Internacional de las Enfermedades) y DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders) plantean una serie de criterios operativos que permiten clasificar el abuso y dependencia de los trastornos relacionados con sustancias (TRS) y del trastorno por juego de azar. Se asume que las adicciones conductuales presentan una sintomatología similar a las adicciones a sustancias. Y esta asunción se basa en la evidencia de que los correlatos neurobiológicos que actúan en los trastornos adictivos con y sin sustancias son comunes para ambos.

En la Tabla 6 se presenta la clasificación diagnóstica de los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos que se recogen en la clasificación DSM- 5. En esta clasificación no se incluyó la adicción referente al uso de nuevas tecnologías a pesar de que hay investigaciones que indican que hay personas que sufren síntomas muy parecidos a los de una adicción por sustancias debido al uso de dichas tecnologías (internet, redes sociales, videojuegos, etc.).

Trastornos por consumo de sustancias	<ul style="list-style-type: none"> ● Trastornos relacionados con el alcohol ● Trastornos relacionados con cafeína ● Trastornos relacionados con el cannabis ● Trastornos relacionados con alucinógenos ● Trastornos relacionados con inhalantes ● Trastornos relacionados con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos ● Trastornos relacionados con los estimulantes ● Trastornos relacionados con el tabaco ● Trastornos relacionados con otras sustancias (o sustancias desconocidas)
Trastornos inducidos por sustancias	<ul style="list-style-type: none"> ● Intoxicación, Abstinencia, y Otros trastornos mentales inducidos por una sustancia o medicamento (trastornos psicóticos, trastorno bipolar y <u>v</u> relacionados, trastornos depresivos, de ansiedad, obsesivo compulsivo, trastornos del sueño, disfunciones sexuales, <u>síndrome confusional</u> y <u>trastornos neurocognitivos</u>)
Trastornos no relacionados con sustancias	<ul style="list-style-type: none"> ● Juego patológico

56 Cap.16 :DSM-V: Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos





La Clasificación Internacional de las Enfermedades, CIE-11, incluye por primera vez el Trastorno por Videojuegos, como un comportamiento persistente o recurrente de juego, ya sea online y offline, que se manifiesta a través de tres signos:

- Ausencia de control en la conducta de juego en cuanto al inicio, frecuencia, intensidad, duración finalización y contexto en que se juega.
- Prioridad que se otorga a los juegos frente a otros intereses vitales y actividades diarias.
- Persistencia de la conducta o incremento de esta a pesar de las consecuencias negativas asociadas.

El patrón de juego debe ser grave y producir un deterioro significativo en el ámbito personal, laboral u otras áreas de funcionamiento. La sintomatología debe evidenciarse en un periodo de, al menos doce meses o en menor tiempo si se dan todos los criterios reseñados y la sintomatología es grave.

Pruebas psicométricas

Existen pruebas psicométricas que permiten detectar el grado de consumo en materia de sustancias o nuevas tecnologías en adolescentes. Estas pruebas pueden aplicarse cuando los jóvenes acuden a las revisiones obligatorias de consulta de pediatría en atención primaria, ya que su uso resulta útil para detectar cuándo existe consumo de riesgo y aplicar la prevención pertinente.

Por ejemplo, en el caso del **alcohol**, se puede aplicar el *Alcohol screening and brief for youth: a practitioner's guide* y que su versión adaptada puede encontrarse en la Guía de prevención del consumo de alcohol en la Edad Pediátrica para profesional sanitario, editada por la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. En el caso del **cannabis**, se puede aplicar el *Drug Abuse Screening Test (DAST)* que permite detectar la gravedad del consumo. En el caso del abuso al **móvil o Internet** se pueden aplicar el *Mobile Phone Problem Use Scale (MPPUS)* y el *Internet Adiction Test (IAT)*.





¿Cómo se interviene?

El conjunto de factores de riesgo que se han señalado antes, y todos los factores de protección que ayudan a que una conducta desadaptativa no se desarrolle pueden aparecer en cualquier etapa de la vida de los menores. Es importante estar atentos a estos factores de riesgo y protección y detectarlos, ya que las intervenciones preventivas que se apliquen, por ejemplo ante la conducta agresiva o el estado de ánimo depresivo de un adolescente, serán determinantes para la reducción de otros riesgos en el futuro como pueden ser el fracaso académico, las dificultades en las relaciones sociales, o el abuso de sustancias o nuevas tecnologías.

Estudios longitudinales controlados muestran que las intervenciones preventivas efectivas pueden reducir la tasa de futuros problemas comparado con la no intervención o comparado con el tratamiento habitual (Botvin, 1995). Prevenir tiene que ver con intervenir no solo sobre o con la propia persona con un comportamiento adictivo sino, y sobretodo, en el contexto que se produce esa conducta. (Abeijon, 2017).

Una vez instaurado el trastorno adictivo se puede recurrir a la aplicación de los tratamientos que han demostrado su eficacia. Pero no hay un tratamiento único válido, como tampoco hay un tipo de adicción igual en todos los casos. Por tanto se deben tener en cuenta las características específicas en cada caso y el tratamiento debe orientarse teniendo en cuenta estas características y el tipo de adicción del que estamos hablando, ya sea a una sustancia o a un patrón comportamental (uso del juego, Internet, móvil...). No obstante, algo tienen todas en común, y es la pérdida de control y la dependencia que se establece a la conducta de consumo; con lo que las intervenciones propuestas irán encaminadas a trabajar sobre los mismos aspectos. La única diferencia entre la intervención a una adicción por sustancias y a una adicción a nuevas tecnologías, es que en la primera se persigue la abstinencia, pero en la conductual se debe perseguir el control o el uso adecuado, ya que se tratan de conductas que, llevándolas a cabo adecuadamente, son útiles en la vida cotidiana y se pueden obtener beneficios de su uso. La única salvedad es en el caso de la adicción al juego, que de momento no hay evidencia empírica suficiente que valide el juego controlado como objetivo terapéutico.

Desde la Atención Primaria se puede realizar cribado y consejo conductual sobre el consumo de drogas y nuevas tecnologías, que además al ser intervenciones breves y de bajo coste económico, son ideales para aplicar en el ámbito de la Atención Primaria. El objetivo principal de la intervención breve es promover el cambio de los hábitos de los jóvenes, que disminuyan los riesgos y potenciar sus capacidades sanas.



Uno de los factores que mejor predicen el éxito terapéutico, es el vínculo que se establece con el o la adolescente.

La práctica de mindfulness del terapeuta, mejora la relación terapéutica, y por ende los resultados del tratamiento. (San Juan, P. y Cabrejas, C.; 2016).

Asimismo, las intervenciones terapéuticas tempranas dirigidas a fomentar y cultivar la función reflexiva o capacidad de mentalización en el/la adolescente facilitan la toma de conciencia sobre sí mismo y su entorno, lo cual es un aspecto primordial y un factor protector a tener en cuenta si el objetivo es prevenir conductas desadaptativas o dañinas para la persona. (Cabrejas, C. y San Juan, P., 2016)

Es importante realizar la intervención bajo el enfoque de la de Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick, 1991), que se trata de una intervención breve y eficaz para los consumos de drogas y adicciones. Ha resultado útil en los casos en que el consumidor es reticente al tratamiento o se encuentra en un estadio ambivalente. Este enfoque se caracteriza por seguir unos principios generales que ayudan a la adherencia terapéutica: que el profesional exprese empatía, desarrolle discrepancias, pero evitando la discusión, ayude a incrementar la autoeficacia y se superen las resistencias al cambio.

El Modelo Transteórico del cambio (Prochaska, J.O. y Diclemente, C.C., 1982) también es fundamental aplicarlo en el campo de las adicciones, pues tiene en cuenta el estadio en el que se encuentra la persona dentro de un proceso de cambio, ese estadio dependerá de su grado de motivación hacia el cambio, y en función de en qué estado se encuentre, serán más adecuadas unas intervenciones u otras.

En la siguiente tabla se presentan algunas de las pautas e intervenciones que se llevan a cabo en el tratamiento y en la prevención de recaídas en las adicciones en función de si se está en las fases iniciales de la intervención o en las de mantenimiento a medio y largo plazo.





TRATAMIENTO INICIAL	-Control de estímulos -Exposición con prevención de respuestas
TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO A MEDIO PLAZO	-Identificación de situaciones de riesgo -Aprendizaje de respuestas de afrontamiento adecuadas -Modificar las distorsiones cognitivas sobre locus de control
TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO A LARGO PLAZO	-Solución de problemas específicos -Cambios en el estilo de vida

57 Cap.16: Tratamiento y prevención de recaídas en adicciones

Actualmente, se propone un modelo de psicoterapia integrador en fases para trabajar con adolescentes y jóvenes con conductas adictivas y sus familias. Dicho modelo, está sustentado sobre terapias basadas en la evidencia que ponen el foco en la relación, favorecen la predisposición del o la adolescente y de sus familiares al tratamiento, facilitan un vínculo seguro entre los diferentes miembros y desarrollan una actitud proactiva hacia el cambio, mejorando la situación actual respecto al comportamiento adictivo (Cabrejas, C. y San Juan, P., 2020).





¿Qué puede hacer el profesional de Atención Primaria?

El **consejo sanitario** consiste en dar información personalizada sobre los beneficios de abandonar las sustancias o el uso inadecuado de nuevas tecnologías, los perjuicios de seguir consumiéndolas y ofertar otras actividades de ocio alternativo. Es una de las intervenciones más coste-efectivas que puede abordarse desde Atención Primaria. Tiene que ser **breve**, 3 minutos máximo, **firme y claro, veraz, personalizado y empático**. El consejo debe ir centrado más en señalar los beneficios del no consumo que los perjuicios de continuar consumiendo. Ejemplo “lo mejor que puedes hacer por tu salud es dejar de consumir”, “sé que es difícil, pero podemos ayudarte”

En el caso de los menores de edad, el único consumo en materia de sustancias tiene que ser el consumo cero; pero es conocido, por las estadísticas, que esto en la práctica no sucede, y algunos menores de edad se inician en los consumos de sustancias alrededor de los 13 años. Respecto a las nuevas tecnologías, se recomienda enseñar un uso controlado de las mismas ya que no es posible, ni adecuado, aislar a una persona de estas herramientas en nuestra sociedad. (Orzack y Orzack, 1999).

Por tanto, en el campo de prevención de las situaciones y factores de riesgo asociados, existen diferentes niveles donde los profesionales de la Atención Primaria o Pediatría pueden trabajar:

- Reducir la edad de inicio en el consumo de sustancias.
- Reducir los consumos.
- Procurar que los consumos de sustancias y nuevas tecnologías sean en menor cantidad y menor frecuencia.
- Incrementar la percepción de riesgo de las conductas de consumo.
- Incorporar a la familia en la prevención como factor protector del consumo de riesgo de sus hijos.
- Valorar el nivel y gravedad de abuso y derivar a los especialistas en caso de ser necesario.
- Educar en pautas específicas para que los riesgos debido al consumo sean menos graves. Se especifican algunos ejemplos de buenas prácticas en el punto 10 de esta misma guía.





Inicialmente se deben identificar los cambios significativos que pudieran estar asociados al consumo de drogas o del abuso de nuevas tecnologías. Esta información se consigue a través de la entrevista formal con el propio menor, sus padres o tutores; explorando el rendimiento académico, la asistencia a clases, la presencia de agresividad, impulsividad, cambios repentinos de comportamiento. Si fuera necesario se pueden realizar intervenciones en red con otros profesionales que atienden al menor en otros ámbitos como el académico o el de los servicios sociales, siempre respetando la confidencialidad de los datos aportados.

El profesional sanitario debe procurar que las entrevistas con el menor se lleven a cabo en un clima que garantice la confianza, el respeto y la relación empática.

Si se confirma el consumo o el abuso comportamental se hará la derivación pertinente a al **Programa Jóvenes y Drogas** para que puedan valorar e intervenir en el caso concreto. Se debe procurar que la derivación se haga con cautela y sin transmitir un mensaje alarmista, pues el consumo de drogas o el abuso de las nuevas tecnologías no es sinónimo de adicción, y se puede tratar de un consumo experimental.





¿Cuándo y dónde derivar?

Inicialmente se deben identificar los cambios significativos que pudieran estar asociados al consumo de drogas o del abuso de nuevas tecnologías. Esta información se consigue a través de la entrevista formal con el propio menor, sus padres o tutores; explorando el rendimiento académico, la asistencia a clases, la presencia de agresividad, impulsividad, cambios repentinos de comportamiento. Si fuera necesario se pueden realizar intervenciones en red con otros profesionales que atienden al menor en otros ámbitos como el académico o el de los servicios sociales, siempre respetando la confidencialidad de los datos aportados.

El profesional sanitario debe procurar que las entrevistas con el menor se lleven a cabo en un clima que garantice la confianza, el respeto y la relación empática.

Si se confirma el consumo o el abuso comportamental se hará la derivación pertinente a al Servicio de Drogodependencias de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria situado en la calle Federico Vial 13, en Santander; se atiende a través del teléfono 942 20 81 37

Si el abuso es comportamental se hará la derivación pertinente a Salud Mental Infanto juvenil para que puedan valorar e intervenir en el caso concreto.

Se debe procurar que la derivación se haga con cautela y sin transmitir un mensaje alarmista, pues el consumo de drogas o el abuso de las nuevas tecnologías no es sinónimo de adicción, y se puede tratar de un consumo experimental.





Pautas para el consumo de sustancias y nuevas tecnologías.

A continuación, se exponen las principales pautas para el consumo de sustancias y para las nuevas tecnologías. Las pautas para las nuevas tecnologías están orientadas hacia los padres, para fomentar un aprendizaje desde que los niños y niñas son pequeños de la utilización adecuada de las mismas.

Las pautas del uso de sustancias y juego de azar están orientadas para los adolescentes con la idea de que, a pesar de que se recomienda un consumo cero, tengan pautas si deciden probar y/o consumir dichas sustancias, con la idea de prevenir riesgos mayores.

Pautas para el uso responsable del móvil

- Observa el uso que tu hijo hace del móvil.
- Enséñale a utilizarlo solo cuando sea necesario y no haya otra forma de comunicarse.
- Pídele que sus conversaciones sean cortas y que busque hablar en persona y no por el móvil y/o por aplicaciones de este.
- Enséñale a que no se aisle con el mismo o a que palie su sentimiento de aburrimiento con el móvil.
- Pon un límite de gasto mensual y de tiempo de uso. 2 horas al día se considera un tiempo suficiente.
- Hazle responsable del gasto que genera su móvil y dale a conocer las tarifas telefónicas.
- Exígele que apague el móvil en momentos que no corresponde: mientras estudia, come o duerme.
- No permitas que realice descargas de videos, juegos o aplicaciones de manera continua.
- Enséñale a que pida permiso antes de fotografiar o grabar a alguien.

58 Cap.16: Pautas para el uso responsable del móvil



**Pautas para la utilización de internet**

- Establece normas consensuadas con tus hijos para navegar por internet.
- Habla con tus hijos sobre sus hábitos de uso de internet.
- Permite que sólo naveguen cuando haya un adulto en casa.
- Coloca el ordenador en una zona común.
- Procura conocer los contactos y contraseñas de las cuentas de correo de tus hijos.
- Navega con ellos para conocer sus hábitos y preferencias.
- Enséñales a no proporcionar direcciones, números de teléfono, fotos ni información personal.
- Fija un tiempo y unos objetivos antes de navegar. Evita que se conecten por la noche y 2 horas máximo al día.
- Enséñales a ser críticos con la información que llega por internet.
- Ayúdales a ser conscientes de las implicaciones de las publicaciones que realizan en las redes sociales.

59 Cap.16: Pautas para la utilización de internet

Pautas para el uso adecuado de los videojuegos.

- Elige junto a tus hijos los juegos que les gustan teniendo en cuenta sus intereses y nivel evolutivo.
- Respeta las edades recomendadas para cada videojuego.
- Muestra interés en los videojuegos de tus hijos.
- Enseña a tus hijos a controlar el tiempo que dedican a esta actividad: decidirlo antes de comenzar con el juego y conociendo que 2 horas es tiempo suficiente de juego.
- Supervisa que tus hijos no dediquen todo su tiempo libre a jugar con los videojuegos.
- Enséñales a jugar de forma sana para que no presenten problemas físicos.
- Si observas que tu hijo se está poniendo nervioso o agresivo con un juego, debes hacerle parar.
- Activa los controles parentales de las videoconsolas de última generación.

60 Cap.16: Pautas para el uso adecuado de los videojuegos





Pautas para reflexionar sobre el alcohol.

Cualquier consumo de alcohol en menores de 18 años se considera un consumo de riesgo, ya que el organismo está en pleno desarrollo. Se recomienda que no se beba, pero si has decidido beber:

- Hazlo despacio, con tragos cortos y espaciando los consumos.
- Si tienes sed, evita el consumo de sustancias alcohólicas. Recuerda que el alcohol deshidrata y te dará más sed.
- Come algo antes de beber, aunque la cantidad de alcohol que vayas a ingerir sea la misma. La velocidad de absorción por el aparato digestivo y su paso por la sangre será más lenta.
- Evita beber por costumbre. No bebas alcohol simplemente porque te invitan. Tú decides.
- Si sales de copas, y decides beber, alterna zumos, agua y bebidas sin alcohol.
- Evita el consumo de bebidas alcohólicas antes de ir a tus obligaciones (estudios, trabajo).
- No incites a beber a los que no desean hacerlo. Ellos también tienen derecho a elegir.
- El único consumo responsable si vas a conducir es 0. Recuerda que pones en peligro tu vida, la de tus acompañantes y la de otros usuarios de la vía.
- Tomar café con sal, vomitar, ir al baño, hacer ejercicio... no sirven para despejar la borrachera.

61 Cap.16: Pautas para reflexionar sobre el alcohol

Pautas para reflexionar sobre el tabaco

- Reflexiona sobre las siguientes preguntas: ¿por qué fumas?, ¿cuánto tiempo hace?, ¿cómo y dónde sueles fumar?
- Es necesario que conozcas que fumar conlleva graves riesgos para tu salud: enfermedades cardiovasculares, pulmonares, neoplasias graves.
- Muchas personas que comienzan en su adolescencia a fumar, luego les cuesta más dejarlo.
- Los problemas de salud que provoca el tabaco no son únicamente a largo plazo: mal aliento, problemas de piel, menor rendimiento físico, mayor riesgo de lesiones y tiempo de curación más largo, fumar es muy caro...
- Selecciona dos lugares en los que no fumarás
- Retrasa el primer cigarrillo de la mañana al menos 10 minutos
- Hay muchos mitos en el tabaco, ¡que no te la cuelas!
- o Los cigarrillos "light no son menos dañinos que los normales".
- o El tabaco no tranquiliza, es el cuerpo acostumbrado a la nicotina el que se siente más relajado cuando la recibe.
- o Una persona es fumadora tanto si fuma 15 cigarrillos al día, como si fuma 1 o 2.
- o Los cigarros de liar no son más sanos que los prensados porque las concentraciones de CO en su aire espirado son mayores, lo que daña a las arterias.

62 Cap.16: Pautas para reflexionar sobre el tabaco





Pautas para reflexionar sobre el juego de azar

Se trata de una actividad en la que se arriesga dinero para intentar conseguir, POR AZAR, un premio de dinero mayor.

Cuando uno juega, debe ser para divertirse, sin riesgos para uno mismo u otros y tomando decisiones frías en base a las propias reglas del juego.

si al final decides jugar, ten en cuenta que:

- Si eres menor de edad, NO PUEDES JUGAR.
- Si juegas, ten en cuenta que puedes PERDER, ya que perder forma parte del juego.
- No juegues por dinero o para conseguirlo.
- Mantén siempre el control.
- Decide cuánto vas a gastar antes de empezar y no cambies esa decisión después.
- Ten en cuenta que lo perdido no lo vas a recuperar jugando más.
- Estate atento al reloj. Marca un tiempo de juego y respétalo. No juegues más después de la hora marcada.
- Observa que el juego de azar no te quite de pasar tiempo con tus amigos, familia, o estudiar.
- No juegues para evadirte de tus problemas.
- Si crees que ya no juegas por diversión, pide ayuda.

63 Cap.16: Pautas para reflexionar sobre el juego de azar

Pautas para reflexionar sobre el cannabis

- El cannabis es una droga ilegal, con las consecuencias legales de serlo.
- No es bueno consumir cannabis porque tu cerebro se está formando y puede afectar en tu rendimiento escolar y en tu vida social.
- Infórmate sobre los efectos físicos y psíquicos del cannabis. No existe el consumo de porros sin riesgos, siempre hay un peligro para tu salud.
- Piensa y reflexiona sobre las falsas creencias del cannabis. No te creas todo lo que te cuentan:
 - o No todos los jóvenes consumen, sólo uno de cada cuatro lo hace.
 - o Que la marihuana sea una hierba y/o natural, no significa que sea beneficiosa o que dé problemas.
 - o El consumo continuado de cannabis puede llevar a muertes indirectas (accidentes de tráfico, laborales...) y a desencadenar trastornos psíquicos, problemas con los estudios, el trabajo...
 - o A pesar de que a corto plazo parezca que disminuye la ansiedad, a largo plazo la incrementa. Lo importante es aprender a resolver los problemas por nosotros mismos.
 - o El uso terapéutico de algún componente de la marihuana, no justifica su uso recreativo y lúdico, que además conlleva otros componentes que son dañinos para la salud
 - o Si finalmente decides fumar cannabis, no lo hagas antes de ir a clase, de trabajar de conducir o de alguna otra responsabilidad. Tu tiempo de reacción será menor y tendrás menos control de la situación. No consumes cannabis con otras drogas. Los efectos serán peores.

64 Cap.16: Pautas para reflexionar sobre el cannabis





¿Qué es importante recordar?

El rol del profesional sanitario debe ser el de asesorar y ayudar al paciente joven.

Si el riesgo es bajo se proporciona el asesoramiento breve, se destacan los beneficios del no consumo y se refuerzan aquellas conductas saludables que el menor mantiene, se exploran y solucionan los problemas que estén asociados al consumo. Es necesario explorar si los padres saben que el menor consume y pedir permiso para recomendarles algunas pautas sobre el tema. Si los padres no son conocedores del consumo, habrá que valorar la edad del paciente, el grado de riesgo y circunstancias para considerar si es oportuno romper la confidencialidad.

Si el riesgo es moderado, además de la intervención breve, realizar la entrevista motivacional breve para conseguir la decisión y compromiso al cambio de conducta. La inclusión de la familia es fundamental, ya que son parte tanto de la problemática como de la solución, y pueden llegar a ser un factor clave de protección. Su implicación favorece el mantenimiento a largo plazo de los objetivos conseguidos

Si el riesgo es alto, además de todas las intervenciones anteriores, considerar la derivación para la evaluación e intervención especializada. en las tres situaciones debe realizarse un seguimiento por parte del sanitario en las sucesivas visitas.

RIESGO BAJO	RIESGO MODERADO	RIESGO ALTO
<ul style="list-style-type: none"> - Consejo breve - Reforzar aspectos positivos - Explorar y solucionar los problemas - Preguntar padres/ cuidadores principales - Seguimiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Consejo breve - Entrevista motivacional - Incluir e implicar a la familia/ cuidadores principales en las sesiones - Seguimiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista motivacional - Incluir e implicar a la familia/ cuidadores principales - Derivación - Seguimiento

65 Cap.16: Recordar



¿Quieres saber más?


Bibliografía

- Abeijón, J.A. (2017). Repensando la prevención. En M. González Audikana. (Ed.), Repensando la prevención. Avances en drogodependencias (pp.29- 39). Instituto Deusto Drogodependencias.
- Botvin, G. Principles of prevention. En R.H. Coombs y D.M. Ziedonis (Eds.), Handbook of drug abuse prevention. A comprehensive strategy to prevent the abuse of alcohol an other drugs (pp. 19-44). Boston, MA: Allyn and Bacon, 1995.
- Cabrejas, C. San Juan, P. et al. (2016). El papel de la función reflexiva como factor de protección en el consumo de sustancias en adolescentes. Avances en Psicología Clínica. pp.417
<http://www.aepc.es/PsClinicaXI/LIBROCAPITULOS2016FINAL.pdf>
- Cabrejas, C. San Juan, P. (2020). Intervención psicoterapéutica en fases con adolescentes con conductas adictivas y sus familias. Revista encuentros de educación y psicoterapia.http://adp-cets.org/wp-content/uploads/ENCUENTROS-1_DIC-2020_74-88.pdf
- ESTUDES. (2018). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2018-2019. Recuperado de: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_ESTUDES.htm
- Fernández, J. y López, J.J. Adicciones conductuales: características y vías de intervención. 2ª Edición actualizada. FOCAD ISSN 1989-390
- Miller, W. R., y Rollnick, S. (1991). Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviour. Guilford Press.
- Odriozola, E. E. (2012). Factores de riesgo y factores de protección en la adicción a las nuevas tecnologías y redes sociales en jóvenes y adolescentes. Revista española de drogodependencias, 4, 435-48.
- Orzarck, M.H. y Orzarck, D.S. (1999). Treatment of Computer Addicts with complex co-morbid psychiatric disorder. CyberPsychology & Behavior, 2, 465-473.





- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 19(3), 276.
- San Juan, P. , Cabrejas, C.et al. (2016) Influencia de las habilidades mindfulness del terapeuta , en la mejora de la alianza terapéutica con adolescentes. *Avances en Psicología Clínica.* pp.407
<http://www.aepc.es/PsClinicaXI/LIBROCAPITULOS2016FINAL.pdf>
- Steinberg, L., & Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual review of psychology*, 52(1), 83-110.
- Vila, A. R. (2010). Trastorno por Abuso de Sustancias en la Infancia y la Adolescencia. Obtenido de http://www.paidopsiquiatria.cat/files/trastorno_por_abuso_substancias_infancia_adolescencia.pdf



Trastornos de conducta

Autores:

Marta de las Heras Alegría.

María José Gómez Cancio.

Soraya Otero Cuesta.



¿DE QUÉ HABLAMOS?	451
¿QUÉ SON?	452
¿CON QUÉ FRECUENCIA APARECEN?	456
¿POR QUÉ SE PRODUCEN?	457
<i>Factores ambientales y herencia</i>	457
<i>Hallazgos neurofisiológicos</i>	458
<i>Hallazgos neuropsicológicos:</i>	458
¿CÓMO SE PRESENTAN?	459
¿CÓMO SE DIAGNOSTICAN?	462
<i>Intervención familiar con los padres o cuidadores</i>	462
<i>Intervención individual</i>	463
<i>Intervenciones farmacológicas</i>	464
<i>Cuidados</i>	464
¿CUÁNDO DERIVAR A ATENCIÓN ESPECIALIZADA?	466
¿CÓMO CURSAN?	467
¿QUÉ ES IMPORTANTE RECORDAR?	468
¿QUIERES SABER MÁS?	469
<i>Bibliografía</i>	469



¿De qué hablamos?

Los trastornos de conducta son definidos como un grupo de conductas que se desvían de las normas culturales de convivencia, que afectan a los derechos de los otros, y cuyo inicio puede rastrearse en la infancia y suelen persistir e incrementarse al llegar a la adolescencia. Son una de las problemáticas más frecuentemente atendidas en los servicios de Salud Mental. Aspectos preocupantes como el incremento de la violencia y agresividad en el medio escolar y lúdico, así como el modelo mediático de resolución de conflictos interpersonales por medio de la violencia pueden estar influyendo en el incremento de este tipo de conductas. Asimismo, el aumento del consumo de tóxicos en adolescentes, la continuidad en la vida adulta de las conductas anormativas y su relación con el trastorno de la personalidad antisocial y la criminalidad son cuestiones relevantes.

Los trastornos de conducta están definidos e incluidos dentro de las clasificaciones de los trastornos mentales vigentes (DSM5, CIE10), pero la implicación de aspectos éticos, morales y legales hace que con frecuencia su marco sea confuso. Por un lado, la ausencia de cumplimiento de normas éticas y legales en los casos más graves condiciona un marco jurídico de intervención, y por otro, las edades en las que aparecen estos trastornos, junto con la elevada comorbilidad con otras patologías y la necesidad de un adecuado diagnóstico diferencial hacen necesaria la intervención de profesionales de Salud General y de Salud Mental. Asimismo, el marco de disfunción social y familiar condiciona intervenciones de profesionales de Servicios Sociales. Coordinar todas estas intervenciones y designar el profesional responsable son cuestiones esenciales en el abordaje de estas problemáticas.





¿Qué son?

Podemos definir Trastorno de Conducta como el fallo persistente en controlar apropiadamente la conducta dentro de las reglas definidas socialmente. Si bien la agresividad forma parte del desarrollo normal, generalmente va desapareciendo conforme madura. Por tanto, estamos en el marco de conductas extremas y persistentes y no adecuadas en el momento madurativo del sujeto.

Se distinguen dos grupos principales dentro de los trastornos de conducta:

- a) Los opositores, o negativistas, caracterizados por la desobediencia.
- b) El grupo de los disociales, caracterizados por la agresión física y la falta de respeto de normas sociales.

Si por un lado existe acuerdo sobre la influencia ambiental de estos trastornos y su mayor riesgo en contextos familiares y/o sociales de conflicto e inconsistencia de cuidados, está menos claro el peso del substrato biológico y temperamental en la aparición de éstos.

En el DSM-IV-TR los trastornos de conducta se enmarcaban en los Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador y eran clasificados dentro de trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia.

En el DSM-5 los Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) han pasado a considerarse Trastornos del neurodesarrollo, y los grupos de T. de Conducta se enmarcan dentro de los Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y la conducta, que además de los grupos previamente descritos (opositores y disociales), claramente de origen en la infancia o adolescencia, incluyen otros 3 cuadros: el Trastorno explosivo intermitente, la Píromanía y la Cleptomanía, que pueden comenzar a cualquier edad. Además, el Trastorno Disocial pasa a denominarse Trastorno de Conducta. En este texto utilizaremos ambos términos indistintamente, lo mismo que opositor y negativista.





DSM-IV-TR	DSM-5
Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador	Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta
F91.3 Trastorno negativista desafiante	F91.3 Trastorno negativista desafiante F63.81 Trastorno explosivo intermitente
F91.8 Trastorno disocial: inicio en la infancia	Trastorno de conducta F91.1. Tipo de inicio infantil F91.2 Tipo de inicio adolescente F91.9 Tipo de inicio no especificado
F91.8 Trastorno disocial: inicio en la adolescencia	F63.1 Piromanía F63.2 Cleptomanía
F91.8 Trastorno disocial: inicio no especificado	F91.8 Otro trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta especificado
F91.9 Trastorno de comportamiento perturbador no especificado	F91.9 Trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta no especificado

66 Cap.17: Cuadro comparativo de la clasificación de los Trastornos de conducta en el DSM-IV-TR y en el DSM-5

Los estudios de seguimiento encuentran un 50% de persistencia de los trastornos de conducta y continuidad en la vida adulta. Para aclarar qué factores podrían correlacionarse con esta continuidad de síntomas se han propuesto varios criterios de clasificación. La aproximación más productiva ha sido la propuesta por Moffitt en 1993 distinguiendo un **grupo de inicio temprano**, más persistentes, y que implican más a menudo conductas conflictivas y de tipo delictivo. Los síntomas en este grupo son más severos y tienden a persistir en la vida adulta. En el otro extremo del espectro están los trastornos de conducta de **inicio más tardío**, incluyendo aquellos casos que comienzan a presentar síntomas en el período adolescente, en los que se postula una mayor susceptibilidad a la influencia del grupo y que tienen menor riesgo de persistencia y continuidad en la vida adulta. Ahora bien, no todos los chicos con inicio temprano de conductas agresivas presentan un trastorno persistente. Hay otras variables que pueden modular esta tendencia. Los chicos con problemas académicos





y pobres relaciones sociales progresan con más frecuencia a conductas antisociales en la vida adulta. Mientras en el grupo de inicio precoz predominan los varones y es frecuente la asociación con TDAH, en el grupo con mejor pronóstico se iguala más la distribución entre chicos y chicas.

En la misma línea, otra clasificación útil y con valor de severidad y predicción es la diferenciación entre la presencia de conductas disociales en grupo, más frecuente en el inicio adolescente, frente a la presencia de conductas disociales realizadas en solitario, y que son más frecuentes en el grupo de peor pronóstico en cuanto a afectación y persistencia.

Históricamente los trastornos de conducta han tenido diferentes definiciones y consideraciones que vamos a revisar brevemente:

En los años 50, los primeros intentos del movimiento de higiene mental promovieron las primeras clínicas para el tratamiento de jóvenes delincuentes en EE.UU. y remarcaban la presencia de alteraciones físicas y mentales que según sus promotores avalaban la herencia de dichos trastornos. El desarrollo de las teorías psicoanalíticas sobre la psicopatía ha sido otro de los grandes hitos históricos sobre el tema. Los estudios con adultos de Cleckley en los años 40 establecen ya los rasgos centrales de este tipo de trastornos en los casos más graves, que progresan a Trastorno de Personalidad antisocial: ausencia del sentido de responsabilidad, rechazo a sentimientos de sentirse culpable, fallo en aprender de la experiencia, falta de insight. Los estudios de Bowlby en chicos delincuentes son otra contribución central desde la perspectiva psicoanalítica. Precisamente, fue su interés por el estudio de un subgrupo de adolescentes delincuentes con una dimensión que denominó “carácter desafectivo” lo que le llevó a describir la mayor prevalencia de antecedentes de separación de la madre o figura de referencia en la infancia de estos chicos, y a describir una de las contribuciones fundamentales en la psiquiatría y psicología infantil: la descripción de los modelos de vinculación en la infancia temprana.

Precisamente la experiencia de tratamiento de jóvenes delincuentes en Nueva York dio origen a una de las escuelas más influyente dentro del paradigma de la Terapia Familiar: la escuela de Terapia Estructural de Minuchin. Según este modelo existe una estructura en las familias disfuncionales que explica la aparición y mantenimiento de problemas de conducta en los hijos. Esta dimensión estructural, es decir, el patrón de interacción familiar se define entre dos polos extremos que van desde el desligamiento hasta la sobreimplicación. Cuanto más cerca de los extremos sea el funcionamiento de una familia, más rígido y poco adaptable a los cambios será el sistema, por tanto, poco capaz de responder adecuadamente a los problemas y a los cambios inherentes al desarrollo de los hijos. Precisamente el objetivo del tratamiento es ayudar a las familias a cambiar estos modelos de interacción poco adaptativos. A





pesar de que conceptualmente es muy atractivo, este modelo no ha presentado un cuerpo suficiente de evidencia sobre su eficacia, aunque sus conceptos han sido incorporados a otros modelos de intervención, además de haber contribuido a subrayar la importancia de la intervención familiar y ambiental en estos problemas.

Desde el modelo cognitivo-conductual se ha explicado la conducta antisocial como un comportamiento desadaptado aprendido, por tanto, susceptible de ser modificado mediante la extinción de dichas conductas y su sustitución por conductas adaptadas incompatibles con las anteriores. Su principal aportación, en la que destacan autores ya clásicos como Kazdin y Herbett, se ha basado en el diseño de paquetes de intervención múltiple que han resultado ser la vía más prometedora y eficaz de tratamiento de estos trastornos.





¿Con qué frecuencia aparecen?

Durante el período preescolar, hasta los 6-7 años, la manifestación de conductas agresivas frente a iguales se considera que forma parte del desarrollo normal y lo más frecuente es la modulación de estas conductas en la interacción con iguales y su progresiva reducción. La presencia de rabietas intensas, agresividad y destructividad se asocia más a Trastorno Oposicionista o Negativista Desafiante (TND) que a Trastorno de Conducta (TC). Aproximadamente el 50% de los niños y niñas que presentan agresividad importante desarrollan un problema persistente, y la agresividad tiende a incrementar desde los 11-12 años hasta los 15-16. En la adolescencia tardía tiende a presentarse un decremento en las conductas agresivas.

Las cifras de prevalencia de los Trastornos de Conducta son de entre un 3 a un 5%, y mantienen constantes en diferentes estudios. Otros factores como la influencia del medio rural vs. urbano no están tan claros. Lo que parece más evidente es el aumento de prevalencia, incluso hasta el doble en los medios socioeconómicos deprimidos, y que la influencia del estatus socioeconómico es mayor que la del tipo de área, rural o urbana. En lo referente al género, en los chicos es cuatro veces más frecuente que en las chicas.

Los TND son menos prevalentes, 2-3%, más frecuentes en chicos que en chicas, aunque la diferencia es menor que en el caso de los Trastornos de Conducta y en general hay una fuerte correlación inversa entre los ingresos económicos familiares y la prevalencia de los TND.





¿Por qué se producen?

Factores ambientales y herencia

Los antecedentes de maltrato infantil han sido clásicamente identificados como factor de riesgo de trastorno de conducta. El maltrato infantil conlleva una serie de alteraciones cognitivas y emocionales, que inciden sobre el desarrollo neuro-evolutivo, y a su vez pueden estar relacionados con la aparición de trastornos de conducta.

El consumo de tabaco de la madre durante el embarazo ha sido consistentemente relacionado con la aparición de trastornos de conducta en niños, niñas y adolescentes y personalidad antisocial en la vida adulta. Es más, estos factores son más claros en los varones y tienen mayor valor predictivo de conducta violenta y persistente a lo largo de la vida. En los estudios que se han realizado con metodología multivariante, el efecto del tabaco durante el embarazo sobre la aparición de esta patología es independiente de otras variables ambientales presentes como bajo nivel socioeconómico o la conflictividad familiar.

Hay una evidencia consistente en torno a la agregación familiar de alteraciones de conducta antisocial, patología mental en los padres y manejo parental deficiente o alterado en los casos de niños y niñas con conductas agresivas graves de inicio temprano. El manejo parental inadecuado incluye falta de supervisión, inconsistencia, inadecuada resolución de problemas y prácticas disciplinarias abusivas o violentas. Es difícil aclarar la contribución de la herencia versus ambiente en esta agregación y tampoco está suficientemente aclarado si la herencia se refiere a aspectos globales del trastorno o a síntomas específicos. Algunos autores hipotetizan que lo que se heredaría serían algunas de las bases neurobiológicas del trastorno como ocurre en otras patologías, y que la presencia de factores de riesgo y/o protectores ambientales modularía la probabilidad de precipitación del trastorno. En cualquier caso, el peso del ambiente parece cuantitativamente mayor que el genético. Es probable que factores individuales como el temperamento difícil del niño/a, junto con otros ambientales, como por ejemplo cuidadores con tendencia a actuar impulsivamente, incrementen el riesgo de ser sometidos a castigos y malos tratos, lo que aumenta el riesgo de presentar conductas disfuncionales, cerrándose así el círculo vicioso.

El fracaso escolar aparece con mayor frecuencia asociado a este tipo de trastornos, lo que contribuye a un peor curso de la enfermedad. Las relaciones sociales están también alteradas. Estos adolescentes tienden a interpretar los estímulos socialmente ambiguos como agresivos y hostiles. Ambos aspectos son pronósticos de una peor evolución y de continuidad en la vida adulta.





Hallazgos neurofisiológicos

En los estudios que comparan niños y niñas con TC con controles sanos o con trastornos de otros tipos aparece de forma consistente un menor nivel de actividad electrodérmica, menor tasa en reposo y menor tasa de reactividad y de variabilidad en la frecuencia cardíaca. Estos hallazgos han dado base a un cuerpo de hipótesis sobre el nivel bajo de “arousal” autonómico o bajo tono vagal en los trastornos de conducta más precoces y que incluyen más pobre socialización y más agresión predatoria. Por otro lado, la actividad autonómica puede estar en la base de mecanismos más deficientes en la regulación de la inhibición de las conductas con consecuencias negativas. Estos hallazgos son consistentes en diferentes estudios, con muestras de todas las edades, desde las más tempranas hasta adultos, en ambos sexos.

Menos consistentes que los anteriores son los hallazgos de alteraciones hormonales. Se encuentra menor nivel de cortisol y mayor de testosterona medidos en saliva, sobre todo en los casos de inicio más temprano y agresión persistente. Otro hallazgo replicado apunta a déficits de serotonina sobre todo en el grupo más severo.

Hallazgos neuropsicológicos:

Los niños y niñas con trastornos de conducta presentan niveles más bajos de cociente intelectual (CI), el nivel de CI manipulativo es claramente más alto que el de CI verbal, incluso después de controlar otras variables que pueden intervenir, como el nivel socioeconómico.

Las funciones del control ejecutivo consisten en aquellos procesos cognitivos que están en la base de la planificación dirigida a meta, de la inhibición de las conductas no apropiadas, de la anticipación de consecuencias de las acciones, del mantenimiento del esfuerzo y del autocontrol conductual. Estas funciones ejecutivas aparecen alteradas con mayor frecuencia en los niños y las niñas con TC. La alteración en las funciones ejecutivas puede explicar peores rendimientos escolares y el bajo nivel de CI, sobre todo el verbal.





¿Cómo se presentan?

Tal y como se describe en la tabla 2, la principal característica de un Trastorno de conducta (TC) es un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que no se respetan los derechos básicos de los demás, ni las normas o reglas sociales propias de la edad. Estos comportamientos se clasifican en cuatro grupos principales: conducta agresiva que causa o amenaza con daño físico a otras personas o animales, conducta no agresiva que causa daño o destrucción de la propiedad, engaño o robo y transgresión grave de las normas. Para realizar el diagnóstico tiene que haber tres o más comportamientos característicos durante los últimos 12 meses con al menos uno en los últimos 6 meses y presentarse en una variedad de entornos (familia, escuela/trabajo, comunidad...) provocando un deterioro clínicamente significativo en áreas del funcionamiento social, académico o laboral.

Dado que los individuos con este diagnóstico son proclives a minimizar sus problemas de conducta, los clínicos a menudo deben confiar en otras fuentes que dispongan de suficiente información sobre datos objetivos o conductas que hayan observado en el sujeto.

Por su parte, el Trastorno negativista desafiante (TND), al igual que el TC, presenta síntomas que llevan al individuo a conflictos con personas adultas y con otras figuras de autoridad (padres, profesores, supervisores en el trabajo...). Sin embargo, en el TND los comportamientos son de naturaleza menos grave y no incluyen la agresión a personas o animales ni robos ni la destrucción de la propiedad. Otra diferencia es que incluye problemas de disregulación emocional (humor irritable o enfado), que en caso de ser muy intensos y persistentes puede plantear un diagnóstico de Trastorno persistente y grave de la desregulación destructiva del estado de ánimo, perteneciente al grupo de los Trastornos depresivos.

El Trastorno explosivo intermitente, comparte con el TC un alto grado de agresividad. La diferencia es que en este cuadro la agresividad no es premeditada ni se realiza con la intención de satisfacer algún objetivo tangible (dinero, poder, intimidación).

En los diagnósticos de Píromanía y Cleptomanía, también comparten con el TC el hecho de provocar daños en la propiedad o infringir normas importantes; sin embargo, estos actos se realizan sin intención de obtener un beneficio ni con el objeto de vengarse y en ambos casos existe un fracaso por resistir el impulso de realizar estos actos.





El TDAH y el TND son frecuentes en los individuos con Trastorno de conducta y esta presentación comórbida predice peores resultados. El TC puede también ser concurrente con uno o más de los siguientes trastornos mentales: trastorno específico del aprendizaje, trastornos de ansiedad, trastorno depresivo y bipolar y trastorno del consumo de sustancias. Los logros académicos, particularmente en lectura y otras habilidades verbales, a menudo están por debajo del nivel esperado para la edad y la inteligencia, y pueden justificar el diagnóstico adicional de trastorno específico del aprendizaje o trastorno de la comunicación.

Además, los individuos que muestran rasgos patológicos de personalidad a menudo vulneran los derechos básicos de los demás o infringen las normas sociales propias de la edad; en consecuencia, su patrón de comportamiento suele cumplir los criterios de TC y obliga a un diagnóstico diferencial entre ambas patologías.

El diagnóstico se realiza en base a los criterios mencionados anteriormente, teniendo en cuenta además que el patrón de comportamiento disfuncional va acompañado de una alteración significativa en el funcionamiento familiar y escolar habitual y los comportamientos implicados son considerados como imposibles de controlar por personas significativas (padres, educadores, etc.).

A rasgos generales, se puede determinar un trastorno de conducta cuando el menor se muestra oposicionista y/o desafiante, intimida a los demás, se pelea, utiliza armas, es cruel con los animales, roba, prende fuego a objetos, se apropia de cosas ajenas, se escapa del hogar familiar o similar, miente, se ausenta con frecuencia del recurso escolar al que debe asistir, etc. Estas conductas son persistentes y se producen con mayor intensidad de lo normal para su edad.

A la hora de realizar un diagnóstico, es importante tener en cuenta los factores de riesgo que además ensombrecen el pronóstico, como las habilidades cognitivas y sociales deficientes, familias desestructuradas, dificultades escolares, nivel sociocultural bajo, rasgos patológicos de personalidad, ausencia de uno de los progenitores, hermanos o algún otro miembro de la familia en situaciones similares, consumos de tóxicos, relaciones con grupos de iguales disfuncionales o la presencia de otras patologías asociadas.

En numerosas ocasiones, las características de los progenitores o tutores también contribuyen al inicio o mantenimiento de los síntomas, como la presencia de antecedentes delictivos, consumo de alcohol o drogas, límites excesivamente rígidos o flexibles pero inconsistentes, bajos niveles de afecto y de comunicación, control parental deficiente o nulo, entre otras.





	T. Negativista-Desafiante	T. Explosivo Intermitente	T. Explosivo Intermitente
Clínica más evidente.	Frecuente: -Estado de ánimo enfadado o irritable y -Comportamiento desafiante o vengativo	Arrebatos de falta de control de impulsos agresivos -Agresión no premeditada y desproporcionada al posible estresor	Transgresión recurrente de normas o derechos básicos de los demás (amenaza, engaño, inicio de peleas, crueldad con personas o animales, destrucción de propiedades ajenas, realización de robos, etc.)
Criterios: frecuencia, severidad.	Al menos 4 criterios de los definidos durante 6 meses	Si la agresión no provoca daños ni destrucción de propiedad: promedio de 2	Al menos 3 indicadores durante 12 meses y 1 en los últimos 6 meses
Especificación de edad	-Menos de 5 años: la mayoría de los días -A partir de 5 años: mínimo 1 vez a la semana.	-A partir de la edad o nivel de desarrollo de 6 años	Menor de 18 años. -Inicio infantil: 1 síntoma antes de los 10 años -Inicio en adolescentes: sin síntoma antes de los 10 años. -Inicio no especificado.
Exclusión de otros posibles diagnósticos.	T. por consumo de sustancias T. depresivo o T bipolar T. de desregularización disruptiva del estado de ánimo	T. por consumo de sustancias T. depresivo o T bipolar T. de desregularización disruptiva del estado de ánimo T. Personalidad antisocial T. Personalidad límite, T. psicótico T. de adaptación.	T. de Personalidad antisocial

Ilustración 67 Cap.17: Criterios diagnósticos DSM-5 y manifestaciones clínicas de los Trastornos de conducta de inicio en niños, niñas y adolescentes.





¿Cómo se diagnostican?

Antes de elaborar un plan terapéutico individualizado es indispensable obtener información acerca de otros factores que pueden estar contribuyendo a la persistencia de los problemas como la posible comorbilidad con el TDAH, la asociación con fracaso escolar y la historia previa de falta de adecuadas habilidades sociales. Es necesario definir las intervenciones que se van a realizar en el contexto clínico, el nivel de estas, así como coordinar otro tipo de intervenciones escolares y/o sociales. Precisamente la complejidad de la intervención y la necesidad de coordinar diferentes niveles y dispositivos es lo que dificulta con frecuencia el llegar a un abordaje óptimo en estos casos. Los mejores resultados parecen obtenerse en aquellos modelos que incluyen intervenciones en múltiples áreas de dificultad, como la académica y la social, y que consiguen implicar a los padres en los programas de intervención.

Intervención familiar con los padres o cuidadores

El objetivo prioritario es modificar aquellas conductas de los padres que están en la base de la génesis y/o mantenimiento de las conductas alteradas de los niños y niñas. En los más pequeños, las intervenciones con los padres parecen ser más eficaces. En los chicos más mayores, la intervención con los padres y cuidadores sigue siendo prioritaria, pero toman creciente protagonismo las intervenciones individuales.

Con los padres se utilizan las técnicas de entrenamiento parental (PMT: Parent Management Training), basadas en el modelo de modificación de conducta que han demostrado su eficacia en múltiples estudios. Se incluye, además, intervenciones orientadas a la resolución de conflictos parentales. Este modelo ha sido utilizado en grupo, con vídeos y role-playing para modelar adecuadas intervenciones de los padres ante las conductas disruptivas de sus hijos. En la tabla 3 se muestra un modelo de intervención tipo PMT y sus objetivos.





Sesiones	Objetivos
Introducción pre-tratamiento	-Conocimiento e información sobre la familia. Información sobre el tratamiento.
Definir, observar, registrar	-Definir y concretar conductas problema. Diseñar intervenciones.
Reforzamiento positivo	-Cómo funciona y enseñar a los padres cómo aplicarlo.
Tiempo fuera	-Cómo funciona y enseñar cómo aplicarlo.
Atender/ignorar	-Cómo funciona y enseñar cómo aplicarlo.
Moldear programa escolar	-Trabajar con padres y/o profesores dificultades académicas.
Revisión	-Revisar los programas aplicados, sus efectos e introducir modificaciones si precisa.
Sesión familiar	-Observación y <u>feedback</u> a la familia.
Utilizar reprimendas	-Enseñar a la familia cómo utilizar adecuadamente estas estrategias.
Resolución de conflictos en familia	-Enseñar y practicar técnicas de resolución de conflictos y dificultades en la familia.
11/12. Técnicas en conductas de baja frecuencia (2 sesiones)	-Estrategias y métodos más útiles para conductas anormativas de baja frecuencia.
13. Revisión de habilidades adquiridas, práctica y terminación	-Fijar los conocimientos y estrategias. Despedida/contrato de seguimiento.

68 Cap.17: Programa de PMT en 13 sesiones

Intervención individual

El entrenamiento en habilidades sociales, asertividad, manejo de la rabia, habilidades de resolución de problemas, intervenciones orientadas a modificar sesgos en la cognición e interpretación de estímulos sociales y en el procesamiento de la información, son una pléyade de técnicas que han demostrado su eficacia como parte de programas multimodales individualizados. Los modelos que, además de lo anterior, revisan las relaciones vinculares alteradas con las figuras de referencia han mostrado también su utilidad.





Intervenciones farmacológicas

La utilización de fármacos queda reservada a aquellos pacientes graves en los que otras intervenciones no hayan resultado eficaces o bien a la severidad sintomática aconseje su uso como terapia coadyuvante al resto de intervenciones, y siempre como parte de un tratamiento multimodal.

Los fármacos estabilizadores del ánimo (litio, carbamazepina) y los neurolépticos, sobre todo los más recientes (Risperidona, Olanzapina o Aripiprazol) tienen eficacia demostrada y hay que utilizarlos con una adecuada valoración del riesgo/beneficio en cada caso.

Los psicoestimulantes y otros fármacos utilizados para el TDAH pueden frenar la impulsividad y mejorar la capacidad de inhibir respuestas inadecuadas y se han mostrado útiles en los TC comórbidos con TDAH, reduciendo además la agresividad física y verbal y la frecuencia de conductas de tipo delictivo.

Los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) parecen útiles en casos aislados debido probablemente a la mejoría en control de impulsos. El auge de la investigación de psicofármacos en las edades infantiles y la investigación en moléculas más seguras conllevará la aparición en los próximos años de estudios y hallazgos más prometedores en este campo.

Cuidados

Debido a la complejidad y heterogeneidad de los factores implicados en la aparición y/o mantenimiento de este tipo de conductas la prevención primaria es una prioridad. Los niveles de intervención primarios como son la consulta de Atención Primaria, el colegio, o los Servicios Sociales de base son ámbitos privilegiados para la detección de los grupos de riesgo y la intervención precoz. Se pueden identificar e intervenir aquellas familias con estilo de crianza inconsistente y pobre supervisión mediante identificación de “áreas problema”, “aconsejamiento”, y mediante la utilización de “economía de fichas” con intervención sobre conductas concretas y utilización de refuerzos positivos adecuados y consistentes. Por otro lado en el colegio o en grupos de actividades extraescolares se pueden mejorar las habilidades de relación del niño/a y fortalecer su capacidad de afrontar situaciones socialmente negativas.

En la misma línea hay estudios prometedores sobre la eficacia y mantenimiento de beneficios de la intervención temprana en los grupos de riesgo, por ejemplo, durante los años preescolares. Estos programas incluyen intervención con los padres en Entrenamiento Parental tipo al modelo PMT especificado más arriba, y con niños/as





el Desarrollo de Habilidades Sociales. Casos leves con alteraciones de conducta en que se valore buena colaboración familiar se pueda realizar una intervención en la consulta de pediatría utilizando un modelo tipo PMT simplificado.

El ámbito de Atención Primaria de salud es además un escenario idóneo, por su accesibilidad y “no estigmatización”, para la coordinación entre el ámbito educativo, el sanitario y el social y que suele ser necesaria en los casos más complejos.





¿Cuándo derivar a Atención Especializada?

En casos leves/moderados en que se hace intervención a nivel de Atención Primaria si no hay mejora o bien evoluciona negativamente se debería de derivar a los Servicios Sociales de base si no han intervenido previamente.

En nuestra región existe un programa de Atención a Jóvenes con problemas de consumos y adicciones, dotado por la Dirección de Salud Pública de la Consejería de Sanidad con dos profesionales Psicólogos, que por su accesibilidad es un recurso muy útil para derivar esos casos. Por otro lado, Servicios Sociales cuenta con recursos propios de intervención para familias problemáticas.

Aquellos casos de alteraciones de comportamiento en niños/as o adolescentes en los que se detecte gravedad de los síntomas y/o la presencia de múltiples factores de riesgo, se debe de valorar su derivación a Atención Especializada.





¿Cómo cursan?

Dentro de los trastornos de conducta se incluyen diagnósticos de muy diferente significado de gravedad y pronóstico: el TND es más limitado en cuanto a afectación individual y social y tiene mejor pronóstico en líneas generales que el trastorno de conducta (TC). Como hemos comentado los casos severos de TC con inicio más precoz de sintomatología, la presencia de relaciones familiares disfuncionales, psicopatología parental, medios socioeconómicos más desfavorecidos, comorbilidad con consumo de tóxicos, tienen peor pronóstico y mayor persistencia de alteraciones en adolescencia tardía y vida adulta



¿Qué es importante recordar?

- ▶ Los Trastornos de Conducta son un motivo frecuente de demanda de atención en consulta de pediatría.
- ▶ En caso de niños y niñas pequeños es conveniente trabajar con los padres y revisar pautas de crianza sobre todo en lo referente a Retirada de atención de conductas inadecuadas y Refuerzo positivo de las adecuadas.
- ▶ En casos de familias multiproblema y donde haya suma de factores de riesgo conviene revisar la eficacia de las intervenciones realizadas y recabar colaboración de equipos de Servicios Sociales de base.
- ▶ En los casos de mayor severidad y persistencia valorar derivación a Consulta especializada y/o programa de intervención Jóvenes y Drogas.






¿Quieres saber más?

Bibliografía

- Otero S, Prego R. Trastornos de conducta en adolescentes. En: Redondo C, Rodríguez Fuentes C, editores. Patología del adolescente. Santander: Universidad de Cantabria; 2007.
- Thapar A, Pine DS, Leckman JF, Scott S, Snowling SJ, Taylor E. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. 6th edition. Wiley-Blackwell; 2015
- Moriyama TS, Cho AJM, Verin RE, Fuentes J, Polancky GV. Externalizing disorders in Textbook of Child and Adolescent Mental Health [libro en internet]. Geneva. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, IACAPAP. 2015. <http://iacapap.org/iacapap-textbook-of-child-and-adolescent-mental-health>.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
- Nathan PE, Gorman JM, Salkind NJ. Tratamiento de trastornos mentales: una guía de tratamientos que funcionan. Madrid: Editorial Alianza; 2006.





Trastornos del espectro del autismo

Autoras:

María Juncal Ruiz.

María Ruiz Torres.

María Antonia Molino Galán.



¿DE QUÉ HABLAMOS?	472
¿CON QUÉ FRECUENCIA APARECE?	473
¿POR QUÉ SE PRODUCEN?	475
¿CÓMO SE PRESENTAN?.....	477
<i>Limitación cualitativa para la interacción social y la comunicación social</i>	477
<i>Presencia de intereses restringidos y conductas repetitivas o estereotipadas</i>	479
¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?	481
¿CÓMO SE INTERVIENE?	485
¿CÓMO CURSAN?	487
¿QUIERES SABER MÁS?	488
<i>Bibliografía</i>	488



¿De qué hablamos?

La palabra “autismo” significa etimológicamente tendencia a alejarse del mundo exterior y a dirigir el interés y la atención a uno mismo. Fue utilizada por primera vez por Eugen Bleuler en el año 1906 y posteriormente por Leo Kanner en 1943, quien identificó un grupo de niños y niñas con características comunes, a los que describió como niños y niñas que mostraban una “soledad autista extrema”, que no adquirían lenguaje o lo hacían de forma tardía o sin naturaleza comunicativa, y que mantenían un interés obsesivo por mantener la invariabilidad del ambiente. Por primera vez, estos síntomas concluyeron en la etiqueta inicial de *autismo infantil temprano*. En una descripción inicial sobre el posible origen del autismo, Kanner atribuyó un importante papel al carácter frío, distante y altamente intelectualizado de los padres. Sin embargo, años más tarde el propio Kanner abandonó esta creencia.

En 1944, Hans Asperger describió el Síndrome de Asperger, que inicialmente denominó “psicopatía autista”. La principal diferencia entre el autismo descrito por Kanner y el Síndrome de Asperger está en que en el Síndrome de Asperger no hay discapacidad intelectual e incluso el cociente intelectual (CI) puede estar por encima de la media y que no hay una alteración en el desarrollo del lenguaje ni del resto de hitos del desarrollo, a diferencia del autismo, que puede asociar discapacidad intelectual, un retraso general del desarrollo, así como un trastorno expresivo del lenguaje.

Con el desarrollo de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) en el año 2013, aparece por primera vez el término de **trastorno del espectro del autismo (TEA)**, que abarca el trastorno autista, el Síndrome de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil (o Síndrome de Heller), el Síndrome de Rett y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado. El principal argumento para unificar estos trastornos es que muchas veces era realmente difícil establecer límites entre ellos y porque todos ellos comparten como síntomas nucleares una alteración en la interacción social, en la reciprocidad socioemocional, en la comunicación no verbal, así como la presencia de comportamientos estereotipados y repetitivos. El término “espectro” pretende diferenciar la frecuencia, intensidad y grado de afectación y limitación de estos síntomas. La mayoría de las características principales descritas por Kanner, tales como “distanciamiento autista” e “insistencia en la uniformidad”, continúan siendo parte de los criterios diagnósticos de TEA en las clasificaciones actuales.





¿Con qué frecuencia aparece?

La prevalencia del TEA actualmente está en torno a 1 de cada 68 niños y niñas de aproximadamente 8 años de edad, llegando a estar presente en 1 de cada 42 varones y en 1 de cada 189 mujeres (datos obtenidos del Centro de Prevención y Regulación de Enfermedades en EE.UU (MMRW) y del National Health Statistics Report). Es decir, hablamos de una prevalencia en torno al 2,25%, muy superior a la descrita hace años para el autismo, que se situaba en 0,05%. Esta evolución en la prevalencia del TEA probablemente se deba a la utilización de nuevos criterios diagnósticos (se incluye dentro del espectro del autismo a cinco entidades diagnósticas que previamente se diagnosticaban por separado) y a la mayor formación de los profesionales de la salud mental para detectar y diagnosticar los síntomas derivados del TEA.

El TEA parece ser entre tres o cuatro veces más frecuente en varones que en mujeres. Aunque este aumento de prevalencia en varones se ha descrito de forma más o menos uniforme en la mayoría de estudios epidemiológicos, en los últimos estudios la prevalencia del TEA en mujeres se va aproximando cada vez más a la de los varones. De hecho, publicaciones recientes apuntan a una probable infraestimación de la prevalencia real del TEA en mujeres, probablemente debido a que las mujeres tienen una mayor intención comunicativa y que en ellas los intereses restringidos y repetitivos suelen ser más aceptados socialmente (moda, youtubers, música, pintura, etc.).

Más del 62% de la población TEA tiene una capacidad intelectual dentro de la normalidad con un CI mayor o igual que 70, de los que un 38% tiene un CI mayor o igual que 85. Es decir, el TEA ocurre mayormente en niños y niñas en los que durante la primera infancia no existen alteraciones evolutivas muy marcadas y que están educados en educación ordinaria. La discapacidad intelectual asociada a TEA es más prevalente proporcionalmente en chicas que en chicos. Esto probablemente esté relacionado con que el TEA en mujeres se asocia a mayor riesgo de tener alteraciones genéticas estructurales y eso a su vez se relaciona con mayor prevalencia de discapacidad intelectual y de otras alteraciones del neurodesarrollo (como por ejemplo el Síndrome de Rett). Por el contrario, el TEA en varones se ha relacionado más con alteraciones epigenéticas; entre los factores que aumentan el riesgo de desarrollar alteraciones epigenéticas se han descrito la edad paterna elevada y el bajo peso al nacer.

La recurrencia del TEA dentro de una misma familia está en torno al 20%. Esta probabilidad aumenta si el hijo con TEA es chica, en relación con que, como se ha comentado, las mujeres asocian más alteraciones cromosómicas estructurales. Es importante tener en cuenta que tener un hermano con TEA aumenta la probabilidad





de que el resto de hermanos presenten rasgos y dificultades dentro del espectro del autismo, sobre todo relacionadas con alteraciones en la comunicación y habilidades sociales (lo que se denomina “fenotipo ampliado”), aunque no se cumplan todos los criterios para realizar un diagnóstico de TEA.

Finalmente, el TEA se puede asociar a otras condiciones médicas, entre las que se encuentran: discapacidad intelectual, trastorno específico del lenguaje, Síndrome de X Frágil, esclerosis tuberosa, encefalopatía neonatal o epiléptica, parálisis cerebral, Síndrome de Down, distrofia muscular y neurofibromatosis





¿Por qué se producen?

Desde que en 1943 se describieron por primera vez los síntomas autistas, se han planteado varias hipótesis sobre el origen del TEA.

Entre 1940 y 1950 se relacionó el desarrollo de conductas autistas con padres fríos y rechazadores, que dejaban a su hijo sin otra alternativa que buscar consuelo en la soledad. Sin embargo, poco tiempo después este pensamiento fue rectificado y se defendió la idea de que se trataba de un trastorno del neurodesarrollo, en el que el componente neurobiológico y genético fue adquiriendo cada vez un mayor relevancia e interés por los investigadores.

Hoy en día, aunque se defiende una influencia multifactorial, los factores genéticos son los que se piensa que tienen un mayor peso para explicar el origen del TEA. La evidencia de la importancia de los factores genéticos en la etiología del autismo proviene de diversas fuentes, incluyendo los estudios en gemelos y familias. Como se ha comentado anteriormente, el TEA es entre 50 y 200 veces más prevalente en hermanos de casos de autismo que en la población general. Las tasas de concordancia para el autismo oscilan entre 36% y 96% en gemelos monocigóticos, pero sólo entre 0% y 27% en gemelos dicigóticos. El TEA en el género femenino podría también diferenciarse a nivel etiológico ya que se ha asociado más frecuentemente a mutaciones genéticas de tipo CNV (variaciones en el número de copias genéticas) o mutaciones que resultan en una falta de producción o en una proteína alterada esencial en la transmisión neuronal. Es por ello que se piensa que el género femenino podría ser un factor de protección para la expresión clínica del TEA y tendrían que poseer una mayor alteración genética que los chicos para ser afectadas de TEA. De hecho, se ha descrito que las mujeres son con más frecuencia portadoras sanas de mutaciones genéticas de riesgo que los varones.

Respecto a la influencia de factores ambientales, se ha descrito un mayor riesgo de TEA en hijos de mujeres con déficit de vitamina D durante el embarazo o en neonatos con déficit de esta vitamina. Asimismo, se ha descrito aumento de prevalencia de TEA en niños y niñas cuyas madres han tomado ácido valproico durante el embarazo, incluso tras corregir los resultados por la presencia de epilepsia materna. Otros factores ambientales que se han asociado a mayor riesgo de TEA son: bajo peso al nacer, prematuridad, ingreso en unidad de neonatos y amenaza de aborto anterior a las 20 semanas; si bien estos últimos factores se relacionan, en general, con mayor riesgo de desarrollar cualquier trastorno del neurodesarrollo.



Por otro lado, cada vez hay mayor evidencia científica de que factores ambientales pueden modular la expresión genética. El efecto de factores ambientales sobre la expresión genética se conoce con el nombre de epigenética. Por ejemplo, factores como la edad paterna se asocian a un mayor riesgo de mutaciones genéticas de novo.

En relación a la asociación entre alteraciones neurobiológicas y el autismo, en personas con TEA se ha descrito una alteración del sistema serotoninérgico y dopaminérgico, así como una menor producción de oxitocina ante estímulos sociales. Asimismo, se ha descrito una mayor activación de la microglía y por lo tanto producción de citocinas proinflamatorias y un mayor tamaño general del cerebro (sustancia gris, sustancia blanca y ventrículos) que estaría explicado por un aumento de la neurogénesis, sinaptogénesis, mayor número de dendritas y de microglía. Todo esto produciría una alteración en la comunicación interneuronal de circuitos cerebrales que se han relacionado con el desarrollo de comportamientos autistas, como por ejemplo la alteración del sistema límbico y de la amígdala se han asociado a una alteración en la percepción de emociones y experiencias emocionales.

Por lo tanto, cuando se habla de TEA, en la mayoría de los casos el origen es multifactorial, en el que factores genéticos y ambientales tienen un peso distinto dependiendo de cada caso. Actualmente existen varios proyectos de investigación cuyo objetivo es realizar una secuenciación completa del genoma para estudiar de forma más amplia y detallada las mutaciones que se asocian al desarrollo del TEA, así como para investigar más en profundidad interacciones específicas gen-ambiente.



¿Cómo se presentan?

La presentación clínica del TEA es muy heterogénea, observándose una variedad de síntomas muy amplia, que depende de varios factores, como el género y la edad. El término “espectro” pretende precisamente explicar esta variabilidad fenotípica. Por ejemplo, puede haber niños/as que utilicen más o menos el contacto visual para modular una interacción social, con alteraciones sensoriales o sin ellas, con mayor o menor rigidez cognitiva y adherencia a rutinas. Sin embargo, todos comparten en mayor o menor medida alteraciones en la interacción social y en la comunicación social, que repercuten en su funcionamiento y adaptación al entorno.

Los síntomas habitualmente se hacen evidentes a partir del segundo año de vida, aunque muchas familias refieren preocupación porque algo no va bien con el desarrollo de su hijo dentro del primer año de vida (falta de sonrisa social, contacto ocular evitativo, hipersensibilidad al tacto, etc.). Los comportamientos repetitivos y estereotipados son más evidentes a partir del tercer año de vida y normalmente se reducen a partir del quinto o sexto año.

Los síntomas nucleares del TEA comprenden una limitación cualitativa para la interacción social y la comunicación social así como la presencia de intereses restringidos y conductas repetitivas o estereotipadas.

Limitación cualitativa para la interacción social y la comunicación social

En las personas con TEA hay una alteración la reciprocidad social y emocional que repercute en cómo se relacionan con los demás. Su alteración en la cognición social dificulta su comprensión de las situaciones y relaciones sociales típicas y por tanto afecta a su comportamiento, pudiendo tener conductas socialmente inadecuadas que varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales, pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas (escasas o nulas iniciaciones y respuestas sociales); o, en el otro extremo, comportamientos socialmente desinhibidos con dificultad para adecuar su conducta según el grado de confianza que tienen con las personas.



Dentro de las alteraciones de la cognición social, las personas con TEA presentan una escasa teoría de la mente y una dificultad para empatizar con los demás. La teoría de la mente es la capacidad para comprender que los demás tienen estados mentales y pensamientos que son distintos a los nuestros y, de alguna manera, esta capacidad nos ayuda a anticipar las intenciones de los demás y a modular nuestro comportamiento en relación con estas anticipaciones. La alteración en la empatía dificulta a las personas con TEA a entender y conectar con las emociones de los demás, y por tanto a desarrollar conductas sociales adecuadas a estos estados emocionales (por ejemplo, consuelo). Por lo tanto, la falta de cognición social en personas con TEA nos ayuda a entender por qué fallan en anticipar las intenciones de los demás, lo que aumenta su vulnerabilidad social y por qué tienen menos empatía que sujetos no autistas. Es importante destacar que la alteración en la cognición social no es exclusiva del TEA y puede estar presentes en otros trastornos como la esquizofrenia o algunos trastornos de la personalidad.

Otra de las dificultades que puede explicar la alteración en la interacción social de los sujetos con TEA es su escasa teoría de coherencia central, que se define como la dificultad para extraer un significado global de aquello que ven y la tendencia a centrarse en detalles específicos y particulares. Por lo tanto, las personas con TEA presentan dificultad para interpretar de forma conjunta todos los estímulos y detalles que perciben y extraer una idea global que les permita entender de forma adecuada la situación que están viviendo.

Por último, las personas con TEA presentan con menos frecuencia conductas comunicativas no verbales para modular una interacción social, tales como el uso social del a mirada, o de gestos descriptivos, emocionales, enfáticos, convencionales o instrumentales. En este aspecto, las dificultades pueden variar desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada (por ejemplo, contacto visual utilizado de forma pobre para modular una interacción social, o escaso uso de gestos descriptivos), hasta deficiencias importantes en la comprensión y uso de gestos de todo tipo y, en casos más graves, una falta total de la expresión facial y de la comunicación no verbal.



Presencia de intereses restringidos y conductas repetitivas o estereotipadas

Estos síntomas incluyen movimientos estereotipados, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos, rigidez cognitiva con adherencia a rutinas e intolerancia a los cambios, intereses restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés y por último, hiper o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno.

La rigidez cognitiva y rituales autistas son una de las causas más frecuentes de desregulación emocional en niños/as con TEA. Muchos episodios de desregulación emocional sin causa aparente se deben a cambios mínimos en el entorno o en sus rutinas. La uniformidad, monotonía y lo previsible regula emocionalmente a una persona con TEA.

Los intereses restringidos e inusuales pueden interferir en sus relaciones sociales y en las rutinas familiares. Estos suelen cambiar e ir evolucionando y en el caso de las mujeres, suelen tener un contenido más social y ser menos repetitivos que en el caso de los varones, lo que dificulta su identificación.

Las estereotipias motoras aparecen generalmente en momentos de excitación emocional, normalmente ante emociones fuertemente positivas, y son un recurso que utilizan las personas autistas (sobre todo entre los 4 y 5 años de vida) para regularse emocionalmente. Aparecen con más frecuencia en la edad adulta si el TEA asocia discapacidad intelectual, ya que en estos casos disponen de menos recursos cognitivos para regularse emocionalmente. La estereotipia motora más frecuente en TEA es el aleteo.

Las alteraciones sensoriales son causa importante de malestar. La más frecuente es la hipersensibilidad al sonido, lo que dificulta que las personas con TEA puedan estar en lugares con alto ruido ambiental (fiestas, centros comerciales, reuniones con muchas personas) e incluso puede llegar a ser limitante en contextos como en la escuela, donde en ocasiones el ruido ambiente es elevado. En personas autistas son frecuentes también otras alteraciones sensoriales, entre las que destacan: hiperreactividad al tacto, que da como resultado que se sientan incómodos e incluso invadidos ante situaciones en las que hay un contacto social (esto se puede explicar por una hipersensibilidad táctil y por una falta de cognición social que les dificulta comprender el sentido social del contacto estrecho); hipo o hiperreactividad a la temperatura, que afecta a cómo comen los alimentos (normalmente tienen preferencia por la comida templada o fría) y a la temperatura del agua de la ducha (nuevamente, preferencia por el agua templada); reacciones ideosincrásicas (exageradas) a ciertos olores que pueden llegar a provocar reacciones aversivas



como arcadas o vómitos; o tendencia a explorar los objetos, incluso aquellos neutrales, mediante el gusto o el olfato.

Es muy frecuente que familias de niños, niñas, adolescentes o adultos con TEA te describan dos comportamientos antagónicos pero cuyo origen es el mismo: una sobrecarga sensorial.

El primero, que se denomina en inglés meltdown, se define como un episodio de frustración y pérdida de control temporal, en el que la persona autista externaliza una sobrecarga sensorial. Esto se puede traducir en gritos, esterotipias, autolesión u otros comportamientos.

El segundo, denominado shutdown, se define como un episodio de desconexión del medio (como un cortocircuito interno). A diferencia del meltdown, el shutdown es la internalización de la sobrecarga sensorial. Por este motivo, es más difícil de identificar por el entorno, pero sin embargo las personas autistas lo viven de forma muy invalidante. Puede durar desde minutos hasta varias horas o incluso días y normalmente, al igual que sucede con el meltdown, cuando cesa la hiperestimulación sensorial que lo ha causado, se va recuperando poco a poco el estado basal previo, es como si el circuito se reiniciase y volviese a funcionar con normalidad.

Aprender a identificar y anticipar qué situaciones pueden suponer una sobrecarga sensorial y aprender estrategias compensatorias, ayuda a las personas con TEA y a sus familias a que estas situaciones se produzcan con mucha menos frecuencia.



¿Cómo se diagnostica?

Cuando se realiza la evaluación de una persona con sospecha de TEA es fundamental que ésta sea global e incluya exploraciones clínicas con los pacientes, información aportada tanto por su familia como por el colegio, así como el uso de escalas y entrevistas específicas en el diagnóstico del TEA.

Los síntomas dentro del espectro del autismo varían mucho de unos pacientes a otros y en función de la edad. Por eso es fundamental en la evaluación de una persona con sospecha de TEA hacer una adecuada historia del neurodesarrollo.

Teniendo en cuenta que el fenotipo clínico va a ser distinto según la edad, el género y la propia variabilidad interindividual, hay que evitar caer en prejuicios del tipo “si mira a los ojos no es autista”, “si tiene empatía no es autista”, “si se pone en el lugar de los demás no es autista”, “si quiere relacionarse con los demás no es autista”. El autismo no es tanto una alteración cuantitativa (mirar o no mirar, querer relacionarse o no querer) sino una alteración de la cualidad de la relación e interacción social.

Considerando la incidencia y prevalencia del TEA, es importante que se realicen cribajes por los pediatras durante las evaluaciones rutinarias dentro de los primeros años de vida. Aunque esto debería hacerse en toda la población, es especialmente importante en grupos de riesgo como hermanos/as de niños y niñas ya diagnosticados de TEA o que han nacido prematuros o con bajo peso. Hay que prestar especial atención a alteraciones sensoriales (niños y niñas que no soportan que les toquen), que lloran en exceso, que tienen problemas importantes para dormir, niños y niñas con contacto ocular esquivo, que no desarrollan la sonrisa social, que parecen desconectados del entorno, o que presentan cualquier retraso en la adquisición de los hitos del desarrollo.

Existen algunos cuestionarios de cribaje que pueden utilizarse para valorar signos y síntomas sospechosos de TEA, como por ejemplo el MCHAT, el CAST o el SCQ. Estos pueden usarse en Atención Primaria o por el equipo de orientación de los colegios como screening cuando hay sospecha de TEA. Sin embargo, es importante considerar que su puntuación no diagnostica ni excluye el TEA y que cuando hay una sospecha de TEA hay que derivar a Atención Especializada para que sea evaluado por un equipo multidisciplinar (Salud Mental Infanto-Juvenil y Neuropediatría fundamentalmente).



La evaluación debe incluir información de los padres, la observación del menor, de la interacción con él y del juicio clínico. Los síntomas nucleares del autismo (tanto de afectación social como de presencia de comportamientos repetitivos y estereotipados) se recogen en los criterios diagnósticos de TEA del DSM-5 (Tabla 1).

Además, existen instrumentos clínicos diagnósticos con demostrada fiabilidad en el diagnóstico de TEA, como el ADI-R (autism diagnostic interview-revised) o el ADOS-2 (autism diagnostic observational schedule). El ADI-R y ADOS-2 son considerados instrumentos clave en la evaluación clínica y de investigación del TEA. El ADI-R es una entrevista con los padres o cuidadores de niños, niñas, adolescentes y adultos con TEA, incluye un algoritmo diagnóstico con referencia, principalmente, a los 4-5 años y otro algoritmo de la edad actual. Es válido para mayores de 2 años, aunque actualmente se está desarrollando un algoritmo para niños y niñas con edades mentales mayores de 12 meses. El ADOS-2 es una entrevista semiestructurada para niños, niñas, adolescentes y personas adultas con TEA. Mediante el juego, conversación, imágenes y libros, el entrevistador va provocando “conductas autistas” que va puntuando con el fin de obtener algoritmos diagnósticos que clasifican los casos en normalidad, autismo o trastorno del espectro autista. El ADOS-2 tiene 5 módulos de aplicación y algoritmos diagnósticos clasificados según edad y nivel de lenguaje. Dichas herramientas deben ser utilizadas por profesionales entrenados en su uso. Estos instrumentos sirven para evaluar los síntomas nucleares diagnósticos de TEA.

Es importante considerar que el ADOS-2 es menos sensible en población femenina adolescente y con cierta frecuencia nos encontramos en estos casos ADOS-2 que no superan el punto de corte aunque la historia del neurodesarrollo (evaluada por ejemplo mediante el ADI-R) y las dificultades sociales actuales sí apuntan de forma clara ante la presencia de un TEA. Esto se puede explicar porque las mujeres tienen una mejor intención comunicativa y habilidades sociales, que les permite en algunos casos superar las presiones sociales del ADOS-2 aunque en la vida real sí tengan dificultades y limitaciones sociales claras. Un ADOS-2 que no supera el punto de corte no excluye el TEA. La valoración debe ser global y longitudinal, considerando tanto la clínica actual como las dificultades descritas por su familia en los primeros años de vida.

Cuando se confirma el diagnóstico de TEA es necesario valorar la coexistencia de otras comorbilidades, como trastornos del lenguaje, discapacidad intelectual o la presencia de otros problemas de salud mental.

La evaluación multidisciplinar también incluye la realización de una audiometría en casos en los que por su conducta se sospeche una hipoacusia, así como la realización de pruebas más específicas enfocadas a cada caso particular, entre las que destacan las pruebas de neuroimagen (resonancia magnética) y los estudios



genéticos (microarrays y cariotipo fundamentalmente); estos últimos sobre todo están recomendados en casos que se acompañan de discapacidad intelectual o alteraciones morfológicas. Los test genéticos ayudarán también a realizar consejo genético a las familias con hijos diagnosticados de autismo.

A. Déficits persistentes en la comunicación y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por **todos** los siguientes síntomas, actualmente o por los antecedentes:

1. **Dificultades en reciprocidad socio-emocional**; varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos, pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos, hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
2. **Déficits en conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social**; varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal o no verbal poco integrada, pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o déficits de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
3. **Déficits para desarrollar, mantener y comprender las relaciones**. Estas dificultades varían, por ejemplo, desde las dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales, pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

B. Patrones repetitivos y restringidos de conducta, actividades e intereses, que se manifiestan en, **al menos dos** de los siguientes síntomas (actualmente o por los antecedentes)

1. **Movimientos, utilización de objetos o hablar estereotipados o repetitivos** (por. ej. estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
2. **Adherencia excesiva a rutinas, patrones de comportamiento verbal y no verbal ritualizado o resistencia excesiva a los cambios** (ejs., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de salud, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día)
3. **Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés** (ejs., fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes)
4. **Hiper- o hipo-reactividad a los estímulos sensoriales o interés inusual en aspectos sensoriales del entorno** (ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicas, oler o tocar objetos en exceso, fascinación visual por las luces u objetos que giran).

C. Los síntomas deben estar presentes en la infancia temprana (aunque pueden no manifestarse plenamente hasta que las demandas del entorno excedan las capacidades del niño o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).

D. El conjunto de los síntomas limitan y alteran el funcionamiento diario.

E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro autista con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un TEA y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.

Deben cumplirse los criterios A, B, C, D y E.

69 Cap.18: . Criterios diagnósticos del DSM-5 para el Trastorno del Espectro del Autismo

Respecto al diagnóstico diferencial en el TEA, es preciso considerar los siguientes: trastorno de la comunicación social pragmático, mutismo selectivo, trastorno obsesivo compulsivo (TOC), trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastornos del lenguaje comprensivo-expresivo, discapacidad intelectual, Síndrome de Rett y esquizofrenia de inicio en etapa infantil. La evaluación minuciosa para realizar el diagnóstico diferencial entre estos trastornos y el TEA debe realizarse por un profesional con experiencia en la salud mental, preferiblemente un psiquiatra o psicólogo clínico.



El trastorno de la comunicación social pragmático comparte las mismas alteraciones y dificultades sociales que el TEA pero no presenta comportamientos y conductas repetitivas o estereotipadas. Es decir, sólo cumpliría el criterio A del TEA según el DSM-5.

La diferencia principal entre el mutismo selectivo o los trastornos específicos del lenguaje y el autismo es que en los primeros se preserva la intención comunicativa, así como el uso adecuado del contacto visual y gestos descriptivos, enfáticos, emocionales, convencionales e instrumentales. Asimismo, no asocian comportamientos repetitivos o estereotipados. En el caso del mutismo selectivo, la ausencia del lenguaje se produce en contextos específicos, por ejemplo en el colegio.

Es importante diferenciar los rituales autistas, que pueden ser verbales o no verbales, de las compulsiones que aparecen en el TOC. Las compulsiones en el TOC tienen como objetivo aliviar la ansiedad que generan los pensamientos obsesivos. Sin embargo, en los rituales de las personas con TEA no se identifican pensamientos obsesivos previos, sino que los rituales, normalmente de orden o posición, tienen que ver con su rigidez cognitiva y necesidad de invariabilidad del entorno.

El TEA asocia en la mayoría de los casos problemas de disfunción ejecutiva, es decir, dificultades en la planificación, organización, atención y gestión del tiempo. Estos síntomas aparecen también en el TDAH. Por ello es importante realizar un adecuado diagnóstico diferencial entre la disfunción ejecutiva asociada al TEA y el TDAH como entidad diagnóstica distinta. Para ello, es importante fijarse en la repercusión y limitación de estos síntomas en el funcionamiento de la persona con TEA y utilizar test o pruebas neuropsicológicas que nos ayuden a valorar las funciones cognitivas afectadas y cuál es su grado de interferencia. Se considera el uso de medicación cuando se produce una afectación importante que no mejora pese a utilizar intervenciones no farmacológicas, como psicoeducación, pautas de estudio, estrategias destinadas a mejorar su planificación, organización y atención o adaptaciones escolares no significativas.



¿Cómo se interviene?

El tratamiento de una persona con TEA debe ser multidisciplinar, basado en aspectos relevantes como la edad, la capacidad intelectual, la comorbilidad, así como el entorno familiar y social.

En edades tempranas y en personas con discapacidad intelectual es fundamental el trabajo con la familia. Es importante que entiendan los síntomas nucleares del autismo para que puedan comprender mejor algunos comportamientos de sus hijos y les ayuden a tener una mejor adaptación al entorno.

Pese a que las intervenciones ofertadas para el tratamiento del TEA son muchas, la mayor parte de ellas no cuentan con el rigor experimental necesaria para ser consideradas tratamientos de elección para estas personas. Dentro de las intervenciones médicas, se ha propuesto la utilización de dietas especiales, como la administración oral de altas dosis de vitamina B6 y magnesio o la restricción de gluten y caseína. Sin embargo, ninguna de estas dos intervenciones cuenta con evidencia científica suficiente como para ser recomendada como tratamiento del TEA.

Dentro de las intervenciones con un enfoque psicopedagógico o sensorial, se encuentran la terapia de integración sensorial, la terapia de integración auditiva o la terapia ocupacional. Pese a que no existen estudios controlados que demuestren la efectividad de estas terapias y que permitan por tanto recomendarlas como estrategias únicas de tratamientos para el TEA, la literatura recoge beneficios de este tipo de terapias para la enseñanza y el desarrollo de habilidades básicas de la vida diaria y para las habilidades relacionadas con el ámbito laboral.

Las intervenciones con un enfoque conductual, basadas en la metodología del Análisis Aplicado de Conducta (ABA, en inglés Applied Behaviour Analysis) han mostrado ser eficaces en la enseñanza de habilidades cognitivas, lingüísticas, académicas y sociales. Este tipo de terapias están más indicadas en pacientes con un autismo más limitante, especialmente en aquellos que no tienen lenguaje o con discapacidad intelectual asociada.

En pacientes con TEA de alto funcionamiento (lo que antes se denominaba Síndrome de Asperger) el tratamiento de elección son las intervenciones psicoterapéuticas encaminadas a mejorar su cognición social. Para ayudarles en este propósito hay que hacer una valoración global y trabajar con ellos y sus familias para ir superando dificultades y consiguiendo retos enfocados a aumentar su funcionalidad y autonomía personal. En la medida de lo posible, hay que intentar que el entorno se adapte a sus dificultades y no pedirles continuamente que sean ellos quienes se adapten a un





mundo que muchas veces les resulta hostil (demasiado ruido ambiente, un mundo poco previsible con muchos cambios, uso de gestos y lenguaje no verbal que les cuesta comprender, demasiadas personas juntas que hablan al mismo tiempo, etc.). Por eso es fundamental el trabajo en equipo con familias y colegios, para que entiendan qué aspectos del entorno pueden estar afectando a sus hijos o alumnos y se realicen modificaciones ambientales para que estas personas puedan vivir en lugar de intentar sobrevivir. Por ejemplo, anticiparles situaciones en las que pueda haber un ruido ambiente más alto de lo normal y facilitarles estrategias compensatorias, como llevar en esos momentos auriculares con cancelación de ruido, o salir antes de la situación en la que se va a producir un mayor ruido ambiente, puede evitar situaciones de estrés donde puedan llegar a bloquearse o tener episodios de descontrol y desregulación emocional como se han descrito con anterioridad.

Actualmente no disponemos de fármacos específicos para tratar los síntomas nucleares del autismo. Por lo tanto, los tratamientos farmacológicos que se usan en personas con TEA van encaminados a tratar las comorbilidades más frecuentes, entre las que destacan: síntomas de ansiedad, de ánimo bajo o depresión, alteraciones conductuales, síntomas de déficit de atención e hiperactividad, tics, episodios psicóticos o de pérdida de contacto con la realidad, y problemas de insomnio. El tratamiento de estos trastornos no difiere respecto a su tratamiento en población no autista, y se describe en detalle en el capítulo correspondiente. Sin embargo, es necesario mencionar que las personas con TEA tienden a tener una mayor sensibilidad al uso de psicofármacos y desarrollan con mayor frecuencia efectos adversos. Por ello es necesario iniciar el tratamiento con dosis más bajas de lo habituales, realizar una monitorización estrecha y tener una comunicación fluida y continua con las familias para detectar casos de mala tolerancia al tratamiento.



¿Cómo cursan?

En el autismo no se puede hablar de un pronóstico único y general, sino que este va a depender en gran medida de otras dificultades o comorbilidades que se asocian al TEA, como son los trastornos del lenguaje o la discapacidad intelectual.

El diagnóstico precoz y las intervenciones tempranas en ausencia de discapacidad intelectual o trastornos del lenguaje se asocian a buen pronóstico, entendiendo este como la capacidad de una persona autista para tener la suficiente autonomía como para poder llevar una vida funcional y satisfactoria.

Aunque los síntomas nucleares del TEA mejoran con el desarrollo y madurez de la persona, es frecuente que aparezcan síntomas comórbidos asociados a situaciones de estrés a lo largo de la vida. Por ello es recomendable que estas personas reciban apoyo y ayuda de forma continuada por profesionales de la salud mental.



¿Quieres saber más?

Bibliografía

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
- Atwood T. El síndrome de Asperger. Una guía para la familia. Barcelona: Paidós; 2002.
- British Columbia Ministry of Health Planning. Standards and Guidelines for the Assessment and Diagnosis of young Children with Autism Spectrum Disorders in British Columbia; 2003.
- Volkmar F, Klin A, Cohen PD (eds.). Screening for autism in young children. Handbook of autism and pervasive developmental disorders. New York: Wiley; 2009. p. 707-29.
- Christensen DL, Baio J, Braun KV, et al. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2012. MMWR. Surveill Summaries. 2016; 65:1–23.
- Al-Qabandi M, Gorter JW, Rosenbaum P. Early autism detection: ¿are we ready for routine screening? Pediatrics. 2011;128(1).
- Zwaigenbaum L, Bauman ML, Stone W, et al. Early identification of autism spectrum disorders: Recommendations for practice and research. Pediatrics. 2015;136(suppl 1).
- Daniels AM, Halladay AK, Shih A, Elder LM, Dawson G. Approaches to enhancing the early detection of autism spectrum disorders: a systematic review of the literature. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2014;53(2):141– 152.
- Dietz C, Swinkels S, van Daalen E, van Engeland H, Buitelaar JK. Screening for autistic spectrum disorder in children aged 14-15 months. II: Population screening with the Early Screening of Autistic Traits Questionnaire (ESAT). Design and general findings. J Autism Dev Disord. 2006;36(6):713–722
- Swinkels SH, Dietz C, van Daalen E, Kerkhof IH, van Engeland H, Buitelaar JK. Screening for autistic spectrum in children aged 14 to 15 months. I: The development of the Early Screening of Autistic Traits Questionnaire (ESAT). J Autism Dev Disord. 2006;36(6):723–732.





- Scott FJ, Baron-Cohen S, Bolton P, Brayne C. The CAST (Childhood Asperger Syndrome Test). Preliminary development of a UK screen for mainstream primary-school-age children. *Autism*. 2002;6(1):9-31.
- Baron-Cohen S, Wheelwright S, Cox A. Early identification of autism by the Checklist for Autism in Toddlers (CHAT). *J R Soc Med*. 2000; 93: 521-5.
- Robins DL, Fein D, Barton ML, Green JA. The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord*. 2001; 31: 131-44.
- Allison C, Baron-Cohen S, Wheelwright S, et al. The Q-CHAT (Quantitative Checklist for Autism in Toddlers): a normally distributed quantitative measure of autistic traits at 18-24 months of age: preliminary report. *J Autism Dev Disord*. 2008;38(8):1414–1425
- Allison C, Auyeung B, Baron-Cohen S. Toward brief “Red Flags” for autism screening: the Short Autism Spectrum Quotient and the Short Quantitative Checklist for Autism in toddlers in 1,000 cases and 3,000 controls [published correction appears in *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012;51(3):338]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012;51(2):202–212.e7.
- Eaves RC, Woods-Groves S, Williams TO Jr, Fall AM. Reliability and validity of the Pervasive Developmental Disorders Rating Scale and the Gilliam Autism Rating Scale. *Educ Train Dev Disabil*. 2006;41(3):300–309.
- Stone WL, Coonrod EE, Ousley OY. Brief report: Screening Tool for Autism in Two-year-olds (STAT): development and preliminary data. *J Autism Dev Disord*. 2000;30(6):607–612.
- Wetherby AM, Brosnan-Maddox S, Peace V, Newton L. Validation of the Infant-Toddler Checklist as a broadband screener for autism spectrum disorders from 9 to 24 months of age. *Autism*. 2008;12(5):487–511.
- Oosterling IJ, Swinkels SH, van der Gaag RJ, Visser JC, Dietz C, Buitelaar JK. Comparative analysis of three screening instruments for autism spectrum disorder in toddlers at high risk. *J Autism Dev Disord*. 2009;39(6):897–909.
- Wetherby A, Prizant B. *Communication and Symbolic Behavior Scales Developmental Profile—First Normed Edition*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co; 2002.
- Glascoe FP. *Parents’ Evaluation of Developmental Status*. Nashville, TN: Ellsworth & Vandermeer Press, Ltd; 1997.





- Bricker D, Squires J. Ages & Stages Questionnaires: A Parent-Completed, Child-Monitoring System. 2nd ed. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co; 1999.
- Canal-Bedia R, García-Primo P, Martín-Cilleros MV, Santos- Borbujo J, Guisuraga-Fernández Z, Herráez- García L, et al. Modified checklist for autism in toddlers: Cross-cultural adaptation and validation in Spain. *J Autism Dev Disord.* 2011; 41:1342-51.
- Ozonoff S, Young GS, Carter A, Messinger D, Yirmiya N, Zwaigenbaum L, et al. Recurrence risk for autism spectrum disorders: A Baby Siblings Research Consortium study. *Pediatrics.* 2011;128: e488-95.
- Alcantud, F., Alonso, Y. & Rico, D. (2015). “Validez y fiabilidad del Sistema de Detección Precoz de los Trastornos del Desarrollo: 3 a 36 meses”, *Revista Española de Discapacidad*, 3(1): 107-121.
- Alcantud F, Alonso Y & Rico D (2015). Herramientas de cribado para la detección de retrasos o trastornos del desarrollo. Una revisión sistemática de la literatura. *Revista Española de Discapacidad*, 3 (2): 7-2
- Bayley N. Bayley scales of infant development. New York: Psychological Corporation; 1969.
- Briggs-Gowan M, Carter A, Irwin J, Wachtel K, Cicchetti D. The Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment: Screening for Social-Emotional Problems and Delays in Competence. *J Pediatr Psychol.* 2004; 29(2): 143-155.
- Brunet O, Lezine I. Escala de desarrollo psicomotor de la primera infancia Brunet-Lezine. Madrid: Psymtéc; 1997.
- Glascoe F. Early Detection of developmental and behavioral problems. *Pediatr Rev.* 2000; 21(8): 272-279.
- Glascoe F. Parent’s evaluation of developmental status: how well do parent’s concerns identify children with behavioral and emotional problems? *Clin Pediatr.* 2003; 42(2):133-138.
- Glascoe FP. Standards for Screening Test Construction. 2005.
- Glascoe F, Dworkin P. Obstacles to effective developmental surveillance: errors in clinical reasoning. *J Dev Behav Pediatr.* 1993;14(5):344-349.
- Glascoe F, Dworkin P. The Role of Parents in the Detection of Developmental and Behavioral Problems. *Pediatrics.* 1995;95(5): 829-836.



- Glascoe F, Macías M. How you can implement the AAP's new policy on developmental and behavioural screening. *Contemp Pediatr.* 2003; 20(4):85-102.
- Glascoe F, Foster F, Wolraich M. An economic analysis of developmental detection methods. *Pediatrics.* 1997; 99(6), 830-837.
- Newborg J, Stock J, Wnek L. Adaptación española de la Cruz y González, Inventario del Desarrollo Battelle. TEA ediciones; 1998.
- Sarmiento Campos JA, Squires J, Ponte J. Universal developmental screening: Preliminary studies in Galicia, Spain. *Early Child Dev Care.* 2011; 181:475–85
- Roid G. *Stanford-Binet Intelligence Scales.* 5th edition. Itasca, IL: Riverside Publishing Co; 2003.
- Roid G, Sampers J. *Scales of Merrill-Palmer-Revised.* Wooddale, IL: Stoelting Co; 2004.
- Scott FJ, Baron-Cohen S, Bolton P, Brayne C. The CAST (Childhood Asperger Syndrome Test): Preliminary development of a UK screen for mainstream primary-school age children. *Autism.* 2002 6(1): 9-31.
- Squires J, Bricker D, Twombly E. *The ASQ: SE user's guide. For the Ages & Stages Questionnaires: Social-emotional.* Baltimore: Paul H Brookes; 2003.
- Wetherby A, Prizant B. *Communication and symbolic behavior scales: developmental profile.* Baltimore: Paul H Brookes Publis Siegel, B; 2002.
- Early screening for autism using the PDDST-II. *Developmental and behavioural news.* Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics. Siegel, B. (2004b). *PDDST-II Pervasive Developmental Disorders Screening Test-II*
- Green J, Charman T, McConachie H, Aldred C, Slonims V, Howlin P. Parent-mediated communication-focused treatment in children with autism (PACT): a randomised controlled trial. *The Lancet.* 2010; 375(9732): 2152 – 2160.
- Dawson G, Rogers S, Munson J, Smith M, Winter J, Greenson J, Donaldson A, Varley J. Randomized, Controlled Trial of an Intervention for Toddlers With Autism: The Early Start Denver Model. *Pediatrics.* 2010; 125(1): e17-23.
- Gjevik E, Eldevik S, Fjaeran-Granum T, Sponheim E. Kiddie-SADS reveals High Rates of DSM IV Disorders in Child and Adolescents with Autistic Spectrum Disorders. *J Autism Dev. Disord* 2011; 41: 761-769.48.




- Mazzone L, Ruta L and Reale L . Psychiatric comorbidities in asperger syndrome and high functioning autism: diagnostic challenges. *Ann Gen Psychiatry* 2012; 11(1):16
- Watanabe T, Kuroda M, Kuwabara H, Aoki Y, Iwashiro N, Tatsunobu N, Takao H, Nippashi Y, Kawakubo Y, Kunimatsu A, Kasai K, Yamasue H. Clinical and neural effects of six-week administration of oxytocin on core symptoms of autism. *Brain*. 2015; 138:3400–3412.
- Nazeer A. Psychopharmacology of autistic spectrum disorders in children and adolescents. *Pediatr Clin North Am*. 2011; 58(1): 85-97.
- Filipek PA, Accardo PJ, Baranek GT, Cook EH Jr, Dawson G, Gordon B, et al. The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*. 1999; 29: 437-82.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Assessment, diagnosis and clinical interventions for children and young people with autism spectrum disorders. Edimburg: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2007.
- Darrou C, Pry P, Pernon E, Michelon C, Aus-silloux C, Baghdadli A. Outcome of young children with autism: ¿Does the amount of intervention influence developmental trajectories? *Autism*. 2010; 14: 663-77.55.
- Rogers SJ. Brief report: Early intervention in autism. *J Autism Dev Disord*. 1996; 26: 243-7.
- Siegel M, Beaulieu AA. Psychotropic Medications in Children with Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review and Synthesis for Evidence-Based Practice. *J Autism Dev Disord*. 2012; 42(8): 1592-605.
- McDougle CJ, Scahill L, Aman MG, McCracken JT, Tierney E, Davies M, et al. Risperidone for the core symptom domains of autism: results from the study by the autism network of the research units on pediatric psychopharmacology. *Am J Psychiatry*. 2005; 162:1142–1148.
- Marcus RN, Owen R, Manos G, Mankoski R, Kamen L, McQuade RD, Carson WH, Corey-Lisle PK, Aman MG. Aripiprazole in the treatment of irritability in pediatric patients (aged 6-17 years) with autistic disorder: results from a 52-week, open-label study. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2011; 21:229–236.
- Arnold LE, Aman MG, Cook AM, Witwer AN, Hall KL, Thompson S, Ramadan Y. Atomoxetine for hyperactivity in autism spectrum disorders: placebo controlled crossover pilot trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006; 45:1196–1205.



- Handen BL, Sahl R, Hardan AY. Guanfacine in children with autism and/or intellectual disabilities. *J Dev Behav Pediatr* 2008; 29:303–308.
- McPheeters ML, Warren, Z Sathe N, Bruzek JL, i Krishnaswami S, Jerome RN, Veenstra-VanderWeele J Systematic Review of Medical Treatments for Children With Autism Spectrum Disorders. *Pediatrics*. 2011; 127(5):e1312-21.
- Rossignol DA, Frye RE. Melatonin in autism spectrum disorders. *Curr Clin Pharmacol*. 2014; 9:326–334.





Trastorno mental grave. Psicosis

Autora:

Beatriz Payá González.



¿DE QUÉ HABLAMOS?	496
¿QUÉ SON?	497
¿CON QUÉ FRECUENCIA APARECEN?	498
¿POR QUÉ SE PRODUCEN?	499
¿CÓMO SE PRESENTAN?.....	501
<i>Pródromos</i>	501
<i>Fase Aguda</i>	502
Síntomas Positivos	502
Síntomas Negativos.....	504
Síntomas Asociados	505
<i>Fase de Recuperación</i>	505
¿CÓMO SE DIAGNOSTICAN?	506
¿CÓMO SE INTERVIENE?	508
<i>Intervención en atención especializada</i>	508
Tratamiento psicológico	508
Tratamiento farmacológico	509
<i>Tratamiento psicosocial</i>	511
<i>Intervención en Atención Primaria</i>	511
¿CUÁNDO DERIVAR?.....	512
<i>Derivación a Atención Especializada</i>	512
<i>Ingreso hospitalario</i>	513
¿CÓMO CURSAN?	515
¿QUÉ ES IMPORTANTE RECORDAR?	516
¿QUIERES SABER MÁS?	518
<i>Bibliografía</i>	518





¿De qué hablamos?

La presencia de una enfermedad mental grave es tan seria en la edad infantil como en la adult, además, el debut en edad temprana pronostica una evolución más maligna de la enfermedad.

Por otro lado, las patologías mentales graves en este rango de edad tienen una repercusión importante sobre el rendimiento escolar y logros académicos del niño/a y adolescente y afectan a su capacidad para seguir desarrollando habilidades necesarias para adaptarse a las exigencias intelectuales, ambientales y sociales que van apareciendo a lo largo de la vida. Esto supone un alto grado de discapacidad asociada a las mismas y una pérdida de la calidad de vida para las personas que las sufren y sus familias.

En este sentido, una identificación y una intervención temprana y adecuada puede ayudar a reducir las consecuencias negativas de la enfermedad y a mejorar el funcionamiento de los pacientes, contribuyendo así a una mejora en su pronóstico.

En este capítulo se abordarán los trastornos psicóticos de inicio en la infancia y adolescencia por ser la patología más relevante dentro de los trastornos mentales graves en este grupo de edad. Este grupo de trastornos se caracterizan por su tendencia a la cronicidad y una afectación importante del funcionamiento social, familiar y escolar.





¿Qué son?

El término “psicosis” se utiliza para describir ciertos estados clínicos en los que la persona afectada pierde el contacto con la realidad. No son condiciones clínicas estables, sino que varían de forma considerable en la persona que la presenta. En este sentido cuando los síntomas psicóticos (ideación delirante y alucinaciones), aparecen o se reactivan este estado se describe como un “episodio o brote psicótico”.

Las psicosis se engloban en el DSMV dentro de la categoría de Trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En esta categoría se incluyen los diagnósticos de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno esquizofreniforme, trastorno psicótico breve, trastorno delirante, y trastorno psicótico no especificado. Todos ellos se caracterizan por la presencia de delirios, alucinaciones, desorganización del pensamiento y de la conducta, en diferentes combinaciones, gravedad y duración. También se incluyen en esta categoría los trastornos psicóticos inducido por sustancias o los secundarios a enfermedades médicas

En el primer episodio psicótico (PEP), los diferentes trastornos psicóticos suelen ser indistinguibles entre sí. Por otro lado, el diagnóstico de psicosis temprana es inestable y alrededor del 30-40% de los diagnósticos cambia en 3 meses. Como la categoría diagnóstica por sí sola no permite una buena predicción de la evolución y del resultado de la psicosis, más que en el diagnóstico es más práctico recurrir a al enfoque sindrómico y hablar de psicosis de inicio temprano.





¿Con qué frecuencia aparecen?

Los datos epidemiológicos de los trastornos psicóticos en niños, niñas y adolescentes son más limitados que los de población adulta.

Estudios existentes con muestras clínicas de niños, niñas y adolescentes encuentran que los síntomas psicóticos aislados no son infrecuentes entre niños/as que padecen otros trastornos mentales, cifrando la prevalencia de ideas delirantes en un 4% y la prevalencia de alucinaciones en un 8%. Los síntomas hipomaniacos también son frecuentes, apareciendo hasta en un 13% de los adolescentes (Carlson y Kashani, 1988).

El Instituto Nacional para la Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE, del inglés National Institute for Health and Care Excellence) estima que la prevalencia de los trastornos psicóticos en niños/as y adolescentes de edades comprendidas entre 5 y 18 años es del 0,4. Dentro del conjunto de los trastornos psiquiátricos, los trastornos psicóticos representan aprox. un 5% de todos los trastornos psiquiátricos en la etapa adolescente. La prevalencia de esquizofrenia es 50 veces menor que en personas adultas (aprox. 1/1000) y la tasa de trastorno bipolar en este rango de edad se estima en un 1,8%, aunque es posible que se infravalore la frecuencia del trastorno bipolar en la adolescencia ya que el 70% de los casos comienzan como un episodio depresivo. En estudios de seguimiento se identifica también un aumento en la incidencia de las psicosis inducidas por sustancias en las últimas dos décadas.





¿Por qué se producen?

Aún no se conocen con certeza los mecanismos implicados en la aparición y evolución de estas enfermedades, aunque el modelo de **vulnerabilidad-estrés** es el que ha disfrutado de mayor aceptación en las últimas décadas, señalando la contribución e interacción de diversos factores biológicos y ambientales para dar explicación al origen y el resultado de estas patologías.

Este modelo nos habla en primer lugar de un estado fisiológico de vulnerabilidad en el organismo afecto, distinguiendo dos tipos de vulnerabilidad: una innata y otra adquirida.

En el caso de la innata, el factor de riesgo más firmemente establecido es el genético. Existen sólidas evidencias en cuanto a que la esquizofrenia y otros trastornos del espectro esquizofrénico son más frecuentes en los familiares de estos pacientes que en la población normal. Tradicionalmente, las concordancias descritas para la esquizofrenia en gemelos monocigóticos se sitúan en torno al 45%, y las descritas en gemelos dicigóticos, sobre el 12%. Los datos recopilados de estudios familiares estima que el riesgo de esquizofrenia en familiares es un 10,1% en hermanos, 5,6% en padres y 12,8% en hijos. El riesgo para los familiares de segundo grado varía de 2,4 a 4,2% y para los familiares de tercer grado es de aproximadamente 2,4%. Sin embargo, los esfuerzos por identificar los genes responsables para la transmisión han sido infructuosos. Todavía no se ha logrado identificar ningún genotipo específico ni los tipos de herencia aún no están claros hoy en día. Entre los muchos lugares del genoma que se han propuesto como candidatos a contener genes interesantes en estas patologías, destacan por su importancia y por el número de estudios realizados, los que codifican para ciertos neurotransmisores, sus receptores y/o transportadores. También, alteraciones en el brazo largo del cromosoma 22 han sido relacionadas con la susceptibilidad a padecer esquizofrenia. Algunos estudios ha destacado la alta frecuencia del Síndrome Velocardiofacial (delección de la región 22q11)

Los trastornos psicóticos de inicio temprano EIT comparten los aspectos patofisiológicos básicos con las formas de inicio más tardío, aunque los que tienen un debut más temprano suelen presentar una mayor gravedad de las alteraciones en el neurodesarrollo premórbido (alteraciones lingüísticas y motoras más tempranas), mayor frecuencia de alteraciones citogenéticas y potencialmente mayores porcentajes de antecedentes familiares de psicopatología propia del espectro esquizofrénico. Estos datos sugieren que los trastornos psicóticos de inicio temprano tendrían una mayor vulnerabilidad genética, lo que explicaría una manifestación más temprana y grave de los síntomas.





La vulnerabilidad adquirida representaría las influencias de las experiencias previas, de corte tanto psicologicista (como son los factores propuestos por los modelos de aprendizaje, de desarrollo, migración, estatus socioeconómico, etc.) como biológico (que incluiría complicaciones perinatales, exposición a traumas, determinadas enfermedades, infecciones víricas o hipoxia durante el período intrauterino, exposición a cannabis, etc.), pudiendo ejercer un papel en el origen del trastorno per se, o bien ejercer una acción aditiva con factores de vulnerabilidad genética, aumentando el riesgo de padecer la enfermedad. Entre los muchos factores de riesgo para el desarrollo de psicosis, se han señalado por una parte aspectos familiares y acontecimientos tempranos en la vida del individuo (historia psiquiátrica familiar, complicaciones obstétricas y perinatales, déficit neuroconductuales, separación temprana de los padres, institucionalización y funcionamiento familiar deficitario) y por otra, aspectos de personalidad que señalan procesos anómalos latentes (propensión a la psicosis, labilidad emocional, ansiedad social, pasividad, relaciones sociales pobres, retraimiento, conducta disruptiva y agresiva).

En segundo lugar, el modelo de vulnerabilidad-estrés nos habla de acontecimientos vitales estresantes que van a funcionar como desencadenantes del cuadro psicótico. Los acontecimientos desencadenantes se definen como eventos recientes a corto plazo que inducen un grado de estrés suficiente como para provocar una crisis. Aun partiendo de un estado de vulnerabilidad, de no darse un acontecimiento desencadenante, no se producirá el cuadro clínico. Por tanto, tales acontecimientos estarán relacionados no sólo con el inicio de la enfermedad, sino también con su curso y la aparición de recaídas, lo que tendrá sin duda importantes repercusiones de cara a prevenir nuevos episodios. Mecanismos neurobiológicos pueden estar actuando además en la percepción subjetiva del estrés ambiental, como es una hipersensibilidad dopaminérgica en respuesta a los estímulos del medio. Por último, este modelo señala una serie de variables moderadoras, como son el soporte social, la personalidad premórbida (en lo referente a competencia y estilo de afrontamiento), y los parámetros físicos, sociales y culturales que conforman el ámbito ecológico que vendrían a mediar los efectos negativos del estrés sobre la vulnerabilidad biológica.





¿Cómo se presentan?

La clínica de las psicosis suele dividirse en 3 fases:

- Pródromos
- Fase aguda
- Fase de recuperación, residual y de cronificación.

Pródromos

El pródromo es el período que precede a la aparición del debut del primer episodio psicótico donde pueden aparecer síntomas inespecíficos en la experiencia intersubjetiva del sujeto o en su conducta y que pueden ser las primeras manifestaciones de la enfermedad.

Los síntomas prodrómicos descritos con más frecuencia (en orden decreciente de frecuencia) son:

- Menor capacidad de concentración y atención.
- Falta de energía y motivación.
- Estado de ánimo depresivo.
- Trastorno del sueño.
- Ansiedad.
- Retraimiento social.
- Desconfianza.
- Deterioro de las actividades laborales.
- Irritabilidad.





Los síntomas prodrómicos suelen ser difíciles de identificar por su inespecificidad y por su gran variabilidad (aún más en población adolescente). Aunque la utilidad de los síntomas prodrómicos para el diagnóstico específico de trastornos psicóticos es muy limitada, pueden ser importantes signos de “alarma temprana” de una psicosis incipiente en sujetos con otros factores de riesgo personales o familiares.

Fase Aguda

Las Psicosis de inicio temprano se caracterizan, igual que en adultos, por síntomas positivos y negativos. Los síntomas positivos son aquellos que reflejan la presencia de un proceso mental anómalo, e incluyen ideas delirantes, alucinaciones y alteraciones formales del pensamiento. Los síntomas negativos manifiestan la disminución o ausencia de una función mental habitualmente presente, e incluyen entre otros, pobreza de lenguaje, afecto restringido e inadecuado, aislamiento social, etc.

Estos síntomas pueden aparecer en mayor o menor medida en cualquiera de los trastornos psicóticos existentes (psicosis esquizofrénica, trastornos afectivos, trastornos psicóticos no especificados, etc).

Síntomas Positivos

Delirios

Las ideas delirantes o delirios suponen la incapacidad del niño/a para distinguir las fantasías de la realidad. La mayoría de los estudios realizados sobre esquizofrenia de inicio en la infancia registran la presencia de ideas delirantes. La mayor parte de estas ideas delirantes son de tipo paranoide: ideas delirantes de persecución (creer por ejemplo que el demonio le persigue) e ideas de tipo autorreferencial (las personas, objetos y acontecimientos adquieren un nuevo significado propio e insólito, en general de tipo peyorativo). Otras veces las ideas delirantes toman la forma de preocupaciones mórbidas y extrañas respecto a su propio cuerpo, así como a su funcionamiento y a su propia orientación espacio-temporal. En ocasiones el niño/a manifiesta ideas de grandiosidad o de contenido religioso (creer que puede volar, salvar el mundo, etc.). Estos delirios son menos complejos y sistemáticos que en las personas adultas.





En cualquier caso, el clínico debe ser muy cuidadoso en la valoración de los fenómenos delirantes en la infancia, y distinguirlas correctamente de las ideas sobrevaloradas (en las que el paciente no está absolutamente convencido de las mismas) y que se dan con frecuencia en esta etapa, así como de las fantasías elaboradas del tipo de las del “amigo imaginario”

Fenómenos alucinatorios.

Las alucinaciones más frecuentes son las auditivas. Éstas se presentan en un 80 % de los niños con sospecha diagnóstica de esquizofrenia y suelen percibirse como voces que proceden de fuera de la cabeza (voces que se hablan entre sí, voces que critican la conducta del paciente, o imperativas que ordenan la realización de acciones dañinas para el niño/a o para terceras personas). En ocasiones, en lugar de voces, lo que escuchan son sonidos o ruidos. En este caso se denominan alucinaciones simples.

Entre un 30-35 % de los pacientes psicóticos refieren la presencia de alucinaciones visuales, aunque éstas, junto con táctiles, gustativas y olfativas se dan con menor frecuencia que las auditivas. Las alucinaciones visuales suelen consistir en la percepción de alguna forma (monstruos, insectos), sombras o “ilusiones ópticas” (como objetos deformados).

Otros trastornos perceptivos incluyen a veces sensaciones de cambio corporal, y distorsiones perceptivas, pudiendo creer el niño/a que una parte de su cuerpo se transforma.

También pueden existir alucinaciones táctiles que se manifiestan como sensaciones eléctricas, punzadas, o quemazón, sensación de presencia cercana de alguien, etc.

Es importante recordar que, las alucinaciones visuales, gustativas y olfatorias son poco frecuentes y si se dan conviene descartar la existencia de un posible proceso neurológico o metabólico que justifique el cuadro, sobre todo si se dan en ausencia de alucinaciones auditivas.

Debemos ser cautos a la hora de definir las alucinaciones en niños y niñas, debido a que éstos pueden tener dificultades para describirlas con exactitud. Las alucinaciones pueden ser confundidas con imágenes eidéticas, fantasías e ilusiones relacionadas con el sueño.





Alteraciones formales del pensamiento.

El trastorno del curso del pensamiento puede objetivarse en la manera en que los niños y niñas hablan o escriben, manifestándose en forma de pensamiento ilógico, con pérdida de asociaciones, descarrilamiento e incoherencia. En general, el relato que hacen estos niños y niñas resulta “fragmentado”, de manera que se hace complicada la comprensión de éste. El lenguaje en su conjunto resulta escasamente comunicativo.

La frecuencia de aparición señalada en los distintos estudios realizados varía en un rango comprendido entre un 40-80 %.

Otros trastornos formales del pensamiento, que se dan con asiduidad en estos casos serían la pobreza del contenido del pensamiento, el bloqueo mental, las alteraciones de la atención, la escasa capacidad de abstracción, la perseverancia, las asociaciones idiosincrásicas y la fuga de ideas.

En esta población, es importante no confundir un trastorno formal del pensamiento con alteraciones del lenguaje que aparecen con relación al nivel de desarrollo evolutivo del niño/a. En los cuadros depresivos puede verse un enlentecimiento en el lenguaje que se traduce a su vez en un enlentecimiento del pensamiento, e incluso encontrar la inhibición más absoluta traducida en mutismo. En los cuadros maníacos, el flujo o fuga de ideas puede estar presente.

Síntomas Negativos

Los síntomas negativos expresan déficit de determinadas funciones. Para algunos autores la esquizofrenia infantil se caracteriza por la preponderancia de este tipo de síntomas, aunque no son patognomónicos de este trastorno.

Forman parte de estos síntomas negativos el aislamiento social, la falta de interés por el medio que les rodea, el embotamiento afectivo, la alogia, la abulia, el empobrecimiento del contenido del pensamiento, etc. Los síntomas negativos se han considerado generalmente una característica de rasgo en las psicosis, a diferencia de los síntomas positivos, que parecen fluctuar más con las diferentes fases de la enfermedad. Esta clase de síntomas se relaciona estrechamente con el grado de deterioro cognitivo y son característicos de fases más evolucionadas del trastorno, aunque con frecuencia también anteceden a los positivos





Síntomas Asociados

Además de síntomas positivos y negativos, la psicosis suele ir acompañada de una serie de síntomas que pueden estar condicionados por los efectos de la medicación, estados de depresión o ansiedad, o reflejar una respuesta a los propios síntomas positivos. Entre ellos, encontramos trastornos de la afectividad o de la conducta, así como alteraciones de la psicomotricidad.

En cuanto a la afectividad, además del afecto embotado e inapropiado a los que nos hemos referido previamente, podemos encontrar ausencia de expresión emocional, tanto a nivel oral como gestual destacando una expresión emocional “vacía”, hipomímica y una voz monótona que no es congruente con el estado anímico general del niño/a. En ocasiones, podemos encontrar el caso contrario, es decir, tormentas afectivas o rabietas. Tanto la depresión como la manía pueden ser manifestadas en forma de irritabilidad porque a menudo los síntomas del humor se expresan de forma atípica.

Los trastornos de conducta que se presentan pueden darse tanto por defecto como por exceso. Así podemos encontrar una reducción general de la energía, la iniciativa o la espontaneidad, y sin embargo en episodios agudos encontrar altos niveles de excitación hasta el extremo de presentar conductas auto y heteroagresivas. Desde el punto de vista cualitativo, la conducta del niño/a puede ser torpe, descoordinada, inadecuada, excéntrica o impredecible. También pueden observarse alteraciones del patrón de sueño y del apetito.

Las alteraciones psicomotoras pueden incluir mutismo, inmovilidad motora, rigidez, posturas extrañas, inquietud o agitación psicomotriz, flexibilidad cética, catatonía y negativismo motor. Es importante señalar que los estados catatónicos no se dan con frecuencia en la actualidad, y además no son específicos de las psicosis, y pueden encontrarse en otras entidades diagnósticas como en encefalopatías, infecciones, endocrinopatías o casos de toxicidad farmacológica.

Fase de Recuperación

En esta fase se produce la mejoría de los síntomas de la fase aguda, aunque algunos pueden persistir en forma atenuadas. Tras el episodio psicótico agudo puede persistir una alteración del funcionamiento (frecuente en esquizofrenia) o retornar a niveles de funcionamiento previo (en los trastornos afectivos y las psicosis breves).





¿Cómo se diagnostican?

El diagnóstico se hace en base a las clasificaciones actuales CIE-10, DSM-V, siguiendo los mismos criterios que en adultos.

Aunque el diagnóstico diferencial entre los diferentes trastornos psicóticos tiene poca relevancia clínica en los primeros episodios por la baja estabilidad de los diagnósticos, sí que es importante identificar a través de una buena valoración clínica los trastornos psicóticos secundarios a consumo de fármacos, drogas y otras causas orgánicas conocidas.

Las sustancias con propiedades psicoticomiméticas, como cocaína, anfetaminas, alucinógenos y cannabis, están muy extendidas y su uso o abuso puede provocar reacciones psicóticas que se asemejan a una enfermedad psicótica primaria. En relación al consumo de cannabis se ha sugerido un riesgo mayor de síntomas psicóticos cuando el consumo es en edades más tempranas y una relación dosis-dependiente entre la exposición a cannabis y el riesgo de psicosis.

Los medicamentos asociados con aparición de psicosis incluyen el abuso o uso inapropiado de corticosteroides, anestésicos, anticolinérgicos, antihistamínicos y anfetaminas. Estos cuadros psicóticos suelen cursar con una clínica aguda secundaria a la intoxicación que se resuelve en cuestión de días o semanas una vez que el fármaco se suspende. La aparición de psicosis en el tratamiento con levetiracetam en niños, niñas y adolescentes está también documentada por casos clínicos y series de pacientes.

La identificación de causas médicas en niños, niñas y adolescente que padece una psicosis es un reto diagnóstico que modifica la intervención terapéutica. La presentación clínica, la relación temporal con la enfermedad médica, la evidencia de relación causal fisiológica directa con el agente etiológico y la ausencia de evidencia de psicosis primaria que explique los síntomas, sugiere la orientación diagnóstica de psicosis secundaria.

Las enfermedades médicas que pueden cursar con síntomas psicóticos son numerosas, sobre todo entre las enfermedades neurológicas, como los síndromes epilépticos, enfermedades de la sustancia blanca y sistema límbico, tumores e infartos cerebrales, traumatismos craneoencefálicos graves, infecciones del sistema nervioso central como encefalitis, meningitis e infecciones generales como sepsis. También aparecen síntomas psicóticos en algunos cuadros autoinmunes, como el lupus eritematoso y encefalitis por anticuerpos contra el receptor N-metil D-aspartato (NMDA); enfermedades endocrinas de las glándulas tiroidea, paratiroides y suprarrenales; condiciones genéticas como los síndromes 22q11.2, Prader-Willi,





Huntington, Fahr y otras relacionadas con déficits vitamínicos (B12) y alteraciones hidroelectrolíticas, así como enfermedades hepáticas como la porfiria.

La mayoría de las guías señalan en estos casos la idoneidad de realizar una detallada historia neuropsiquiátrica, una exploración física completa y todas aquellas pruebas complementarias específicas en relación con el diagnóstico de presunción en cada caso.

La valoración diagnóstica debería incluir electrocardiograma (ECG), analítica de función tiroidea, renal y hepática, presión arterial, hemograma completo, glucemia, perfil lipídico.

Aunque la tasa de hallazgos a partir de pruebas de imagen como la tomografía computarizada (TAC) o la resonancia magnética (RM) sea baja (alrededor del 4%), no debería ser un criterio para no hacerlas, debiéndose valorar el riesgo/beneficio de forma individualizada. Las guías reservan la indicación del EEG para pacientes con antecedentes personales o familiares de epilepsia y/o asociación de episodios aparentemente epilépticos

La presencia de comorbilidades, anomalías genéticas, exploración neurológica o la tipología constitucional, pueden facilitar la toma de decisiones orientada a establecer un diagnóstico. Deberá recomendarse la realización de estudios genéticos en pacientes con sospecha de genopatía.

La elevada prevalencia de consumo de sustancias tóxicas, incluido el cannabis, en los jóvenes justifica la pertinencia de realizar determinaciones de tóxicos en orina.

En los trastornos depresivos unipolares, o más frecuentemente en los episodios depresivos y/o maníacos del trastorno bipolar también pueden aparecer síntomas psicóticos, en este caso los síntomas psicóticos aparecen acompañados de una alteración importante del humor, que puede estar deprimido, irritable o eufórico. Los antecedentes personales o familiares de episodios depresivos, la historia de manía o hipomanía tras el tratamiento con antidepresivos orientan al diagnóstico de Trastorno Bipolar.





¿Cómo se interviene?

El tratamiento de los trastornos psicóticos en niños, niñas y adolescentes se realiza fundamentalmente desde atención especializada requiriendo de un abordaje integral con terapia individual, familiar y estrategias psicofarmacológicas.

El tratamiento psicosocial dirigido al apoyo y adaptaciones en los diferentes ámbitos (escolar, social, etc.) son fundamentales en el abordaje terapéutico, por lo que la coordinación estrecha con los recursos de su entorno inmediato es imprescindible.

El seguimiento y el apoyo de todo este plan terapéutico desde atención primaria se convierte también en otro eje de la intervención.

Intervención en atención especializada

Tratamiento psicológico

La psicoterapia individual con el paciente está orientada al apoyo de las dificultades y de las limitaciones identificadas por el paciente y a estimular el desarrollo cognitivo, las estrategias de interacción social y aumento de autoestima.

A través de técnicas de psicoeducación con el paciente se pretende además proporcionar un aprendizaje sobre la enfermedad, una mayor autoconciencia de la misma y a evitar posibles recaídas.

La intervención familiar reduce el riesgo de recaída, mejora el funcionamiento del paciente, disminuye la carga familiar y mejora su dinámica. La Intervención familiar está dirigida a la búsqueda del apoyo efectivo al paciente a través de la psicoeducación sobre la enfermedad y el aprendizaje en el manejo de la misma.





Tratamiento farmacológico

Aunque la base del tratamiento de la psicosis han sido los fármacos antipsicóticos, las evidencias de su eficacia en niños, niñas y adolescentes son limitadas. Además, en estas edades hay una mayor vulnerabilidad a padecer los efectos potencialmente adversos de estas medicaciones, incluidos el aumento de peso, efectos metabólicos y trastornos del movimiento. Además del tratamiento antipsicótico, forman parte de las alternativas terapéuticas las intervenciones psicológicas, incluyendo la intervención familiar, la psicoeducación o las terapias cognitivo conductuales.

Sin embargo, es frecuente que se quiera intentar la intervención psicológica sin apoyo de la medicación; en estos casos se debe intentar terapia cognitivo conductual individual con intervención de la familia. También es conveniente acordar un límite de tiempo (un mes o menos) para la revisión de las opciones de tratamiento, incluyendo la introducción de la medicación antipsicótica.

Durante la edad escolar obligatoria, es muy valioso coordinarse con la escuela y las autoridades educativas, previo consentimiento de los padres o tutores, para

¿Qué aspectos se deben considerar ante la administración de antipsicóticos a niños, niñas y adolescentes con un primer episodio de psicosis?

Puesto que ningún antipsicótico disponible (excepto clozapina en esquizofrenia resistente) ha demostrado ser claramente superior a los demás en términos de eficacia, los problemas de seguridad deben determinar la elección del antipsicótico. En los casos más graves y refractarios al tratamiento, el fármaco de elección es la clozapina.

Aunque se requieren más estudios experimentales que permitan consolidar las actuales evidencias disponibles respecto a la eficacia y seguridad de los antipsicóticos atípicos, se puede aceptar que éstos tienen un perfil de beneficio/riesgo favorable en el tratamiento de niños, niñas y adolescentes con manía y trastornos psicóticos. Los datos sobre la eficacia mostraron que, a excepción de la clozapina que es superior para la esquizofrenia resistente, no hubo diferencias significativas entre los antipsicóticos de segunda generación (ASG) o atípicos. Por el contrario, los datos sobre seguridad mostraron diferencias relevantes entre los ASG.





En la población infantojuvenil, aunque los ASG tienen menos efectos secundarios neurológicos motores que los antipsicóticos de primera generación (APG), el consumo de ASG se asocia con mayor riesgo de aparición de complicaciones metabólicas, como obesidad, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia y, en general, de alteraciones del espectro de la morbilidad cardiovascular, en comparación con los APG.

El tratamiento con olanzapina se ha relacionado con mayor aumento de peso y de colesterol, y el tratamiento con risperidona se ha asociado con mayor aumento de prolactina. El aripiprazol el que produce un menor aumento de peso y síndrome metabólico. La importancia de este escenario subraya la necesidad de una monitorización cuidadosa de los efectos adversos de los ASG en niños, niñas y adolescentes.

La monitorización de efectos adversos de ASG en estas etapas vitales debería incluir:

- Peso, talla, índice de masa corporal: Cada visita médica (mínimo cada 3 meses).
- Somnolencia/sedación: Cada visita médica (mínimo cada 3 meses).
- Función sexual: Inicial, durante ajuste de dosis y cada 3 meses.
- Presión arterial, frecuencia cardíaca: Inicial, a los 3 meses y cada 12 meses.
- Glucemia, perfil lipídico: Inicial, a los 3 meses y cada 6 meses.
- Iones, hemograma, función renal, función hepática: Inicial y cada 12 meses.
- En caso de clozapina, hay que seguir el protocolo de extracción de hemograma semanal durante las primeras 18 semanas, y luego mensual
- Prolactina: si hay síntomas que lo justifiquen.
- Síntomas extrapiramidales, acatisia: Inicial, durante ajuste dosis, a los 3 meses y cada 12 meses.
- Electrocardiograma: Inicial (especialmente en caso de ziprasidona y clozapina).
En caso de ziprasidona: durante ajuste dosis.





Tratamiento psicosocial

El tratamiento psicosocial pretende reducir el estigma, potenciar el sentido de la identidad y autoeficiencia, y evitar la desconexión del medio social, así como facilita el cumplimiento terapéutico.

En el abordaje del paciente es importante la búsqueda de recursos sociales que puedan ayudar a su recuperación, la coordinación con los centros educativos para el establecimiento de los apoyos y adaptaciones pertinentes y que permitan al paciente continuar en el medio escolar.

Intervención en Atención Primaria

La coordinación con su médico de atención primaria va dirigida al seguimiento de la estabilidad clínica y detección de posibles recaídas. Además, es un ámbito idóneo para reforzar y monitorizar el cumplimiento terapéutico y de los efectos secundarios de la medicación.

Ante la detección de una recaída es importante contactar de forma inmediata con atención especializada a través de su psiquiatra de referencia de la USM-IJ o a través de urgencias.





¿Cuándo derivar?

Derivación a Atención Especializada

La intervención terapéutica temprana y especializada es un factor de optimización tanto en la resolución del episodio psicótico como en las expectativas de evolución del paciente. Un abordaje terapéutico tardío se asocia con una resolución más lenta y menos completa de la sintomatología y, por tanto, con una futura peor respuesta a los antipsicóticos y mayores probabilidades de recaída.

El periodo de tiempo entre inicio de los síntomas y la búsqueda de ayuda es fundamental en el pronóstico y depende, en gran medida, del reconocimiento de la sintomatología por el entorno cercano del paciente y el acceso a los adecuados abordajes asistenciales.

En este sentido ante la sospecha de un cuadro psicótico el paciente debe ser derivado de forma urgente al nivel de atención especializada (consultas ambulatorias/hospitalización) que requiera. Se derivará al Programa de Primeros Episodios (ITPCan) infanto-juvenil de cada zona poniéndose el profesional derivante en contacto telefónico con las USMIJ de referencia si corresponden a Laredo o Torrelavega, y al HUMV si es del área de Santander.





Ingreso hospitalario

¿Cuáles son los criterios de ingreso en psiquiatría de un cuadro psicótico en niños, niñas y adolescentes?

El ingreso hospitalario debe tener como objetivo proporcionar un entorno terapéutico y de seguridad para el paciente. Es importante para el paciente agotar todas las opciones terapéuticas posibles antes de decidir la hospitalización del mismo y siempre que no se cumpla la condición obligada de ingreso, es decir, el peligro de autoagresión o lesión a terceros.

Se recomienda indicar un ingreso hospitalario ante pacientes con:

1. Potenciales actitudes agresivas que pongan en peligro la integridad física de sí mismo y/o de terceros.
2. Insuficiente nivel de apoyo y atención en su ambiente próximo.
3. Situaciones de gravedad clínica que requieran niveles de atención especializada e intensiva en centros de salud mental.
4. Necesidad de garantizar la administración terapéutica y/o monitorizar su efecto, durante más de 24 horas.
5. Necesidad de realizar una observación continuada del paciente y establecer un diagnóstico diferencial.

Un elevado número de casos con trastorno psicótico presenta además un consumo abusivo o dependencia de tóxicos. En este sentido, el abuso o dependencia de sustancias nunca debe ser motivo para no ingresar a un paciente, sino que, por el contrario, debe realizarse la atención conjunta de ambos trastornos.

El niño, niña o adolescente será derivado a la Unidad de Hospitalización desde la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil correspondiente, cuyo ingreso debe ser programado.

Aquellos casos donde la contención ambulatoria sea imposible y se necesite un ingreso urgente, la valoración la realizará el servicio de urgencias psiquiátricas del Hospital.





¿Qué requisitos legales se deben cumplir para realizar un ingreso involuntario?

Según la Ley de enjuiciamiento civil (artículo 763 sobre el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico) el internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.

En el caso de menores el internamiento, por razón de trastorno psíquico, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá de autorización judicial.





¿Cómo cursan?

Como norma general cuanto más prematuro es el inicio del primer episodio psicótico (PEP) peor será el pronóstico.

Además, una historia familiar de patología psicótica, la presencia de síntomas negativos, el inicio insidioso, el sexo masculino, un mal funcionamiento premórbido y poco soporte social son factores que apuntan a un peor pronóstico.

Tras un PEP, se inicia un periodo de recuperación de duración variable, que algunas guías han situado entre los 6 y los 18 meses. También se acepta que, tras padecer un PEP, sobre todo en edad infantil y juvenil, las posibilidades de recaídas y complicaciones son más elevadas durante los años posteriores, periodo que algunos autores estiman en aproximadamente 5 años, en los que es importante estrechar la observación y vigilancia en la evolución del paciente. Como consecuencia de estas circunstancias, resulta fundamental asegurar en estos pacientes una adecuada continuidad en la atención asistencial que proporcione un tratamiento altamente especializado y de calidad, tanto psicofarmacológico como psicológico y psicosocial.

La familia y el paciente deben recibir terapia psicoeducativa en la que se ofrezca información respecto del trastorno, de los problemas asociados, de factores de riesgo y signos y síntomas de recaída, y del tratamiento psicofarmacológico, psicoterapéutico y psicosocial. Se debe observar la cumplimentación terapéutica e intervenir cuando sea necesario para garantizar la adecuada adherencia. El consumo de tóxicos debe ser especialmente controlado durante el seguimiento, mejorando la integración de los recursos especializados para intentar controlar el consumo. Los efectos secundarios del tratamiento deben ser controlados y, en la medida de lo posible, minimizados. Se debe identificar y tratar de forma activa la depresión, el riesgo de suicidio, la ansiedad social y, por supuesto, la reaparición de síntomas psicóticos.

La actitud proactiva debe ser constante a lo largo de este periodo crítico en la evolución de estos pacientes, lo que conlleva la implicación coordinada por el especialista tanto de otros agentes asistenciales, como médicos de atención primaria, enfermería especializada, especialistas ambulatorios, así como de la propia familia, allegados y cuidadores del paciente. Los servicios de consulta externa deben tener programas especializados en la atención a los primeros años tras un PEP. Ello proporciona una mejora del funcionamiento general de los pacientes y disminuye el riesgo de recaídas e ingresos hospitalarios.





¿Qué es importante recordar?

- ▶ La identificación e intervención temprana de la psicosis es clave en la mejora del pronóstico de la enfermedad y evita las consecuencias negativas de la misma.
- ▶ El riesgo de psicosis es mayor en sujetos con antecedentes familiares de trastornos psicóticos, complicaciones obstétricas y perinatales, exposición a traumas, alteraciones en neurodesarrollo temprano y en sujetos con un mal ajuste social y escolar durante su infancia siendo frecuente un patrón previo de relaciones sociales pobres, retraimiento y dificultades de aprendizaje.
- ▶ El estrés y el abuso de sustancias son precipitantes frecuentes de un primer episodio psicótico en sujetos vulnerables.
- ▶ La aparición de cambios conductuales, alteraciones humor, ansiedad, retraimiento o disminución brusca en el funcionamiento social y escolar en sujetos de riesgo pueden ser los primeros signos del debut de un cuadro psicótico y requieren de seguimiento estrecho.
- ▶ Ante todo cuadro psicótico de debut temprano es importante descartar cuadros orgánicos o tóxicos con las pruebas complementarias pertinentes.
- ▶ El periodo de tiempo entre inicio de los síntomas y la búsqueda de ayuda es fundamental en el pronóstico y depende, en gran medida, del reconocimiento de la sintomatología por el entorno cercano del paciente y el acceso a los adecuados abordajes asistenciales
- ▶ Ante la sospecha de un cuadro psicótico el paciente debe ser remitido con carácter urgente a atención especializada o urgencias para valoración de ingreso.
- ▶ Siempre debe explorarse si existe riesgo de daño a uno mismo o a los demás, en este caso lo indicado sería el ingreso.
- ▶ El tratamiento de los trastornos psicóticos en niños, niñas y adolescentes requiere de un abordaje integral con estrategias psicofarmacológicas, de terapia individual y familiar, y de educación especial.





- ▶ El cumplimiento y seguimiento terapéutico, el control de estresores y seguir unos hábitos de vida saludables son pilares fundamentales para evitar las recaídas. En este sentido la psicoeducación de la enfermedad con el paciente y la familia son fundamentales.
- ▶ En la población infantojuvenil, los antipsicóticos se asocian a un mayor riesgo de aparición de complicaciones metabólicas, como obesidad, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia y de alteraciones del espectro de la morbilidad cardiovascular por lo que debe hacerse un seguimiento de los mismos a través de controles médicos, de constantes vitales y analítico.





¿Quieres saber más?

Bibliografía

- Abidi S, Mian I, Garcia-Ortega I, Lecomte T, Raedler T, Jackson K, Pringsheim T, Addington D. Canadian Guidelines for the Pharmacological Treatment of Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders in Children and Youth. *Can J Psychiatry*. 2017 Sep;62(9):635-647.
- Mardomingo MJ, Soutullo C. AEPNYA Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Editorial Médica Panamericana. 2010.
- Anagnostopoulou N, Kyriakopoulos M, Alba A. Psychological interventions in psychosis in children and adolescents: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018 May 4.
- Arango, C. Esquizofrenia: ¿Proceso atrófico, del desarrollo o ambos?" Ciclo vital y trastornos psiquiátricos graves. Madrid, 2002. Aula Médica: 37-55.
- Arango C.; Parellada M.; Moreno D.M. Clinical effectiveness of new generation antipsychotics in adolescent patients. *European Neuropsychopharmacology* 2004; 14:471-479 2.
- Armenteros JL, Davies M. Antipsychotics in early onset schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006;15:141-148 3.
- Castro-Fornieles J, Parellada M, Soutullo CA, Baeza I, Gonzalez-Pinto A, Graell M, Paya B, Moreno D, de la Serna E, Arango C. Antipsychotic treatment in child and adolescent first episode psychosis: a longitudinal naturalistic approach. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2008 Aug;18(4):327-36.
- Giannitelli M, Consoli A, Raffin M, Jardri R, Levinson DF, Cohen D, Laurent-Levinson C. An overview of medical risk factors for childhood psychosis: Implications for research and treatment. *Schizophr Res*. 2018. Feb; 192:39-49.
- Guía clínica y terapéutica para primeros episodios psicóticos en la infancia y adolescencia. Centro de Investigación Biomédica en Red - CIBER 2015 ISBN: 978-84-606-6300-3.





- Payá B, Rodríguez-Sánchez JM, Otero S, Muñoz P, Castro-Fornieles J, Parellada M, Gonzalez-Pinto A, Soutullo C, Baeza I, Rapado-Castro M, Sáenz-Herrero M, Moreno D, Arango C. Premorbid impairments in early-onset psychosis: differences between patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophr Res.* 2013 May; 146(1-3):103-10.
- Sami MB, Shiers D, Latif S, Bhattacharyya S. Early psychosis for the non-specialist doctor. *BMJ.* 2017 Nov 8; 357.
- Zubin, J. y Spring, B. (1977). "Vulnerability, a new view of schizophrenia." *J Abnorm Psychol* 86(2): 103-26.



MANUAL DE SALUD MENTAL
INFANTO-JUVENIL

2022