

manuales UVa

**Carlos Imaz Roncero
Benito Arias Martínez
(Coordinadores)**

MANUAL BÁSICO DE PSIQUIATRÍA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA



Universidad de Valladolid

**MANUAL BÁSICO DE PSIQUIATRÍA
DE LA INFANCIA Y LA
ADOLESCENCIA**

Carlos Imaz Roncero
Benito Arias Martínez
(Coordinadores)

MANUAL BÁSICO DE PSIQUIATRÍA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA



EDICIONES
Universidad
de
Valladolid



Este libro está sujeto a una licencia "Creative Commons Reconocimiento-No Comercial – Sin Obra derivada" (CC-by-nc-nd).

Los Autores.

Ediciones Universidad de Valladolid. 2020

Maquetación y diseño de cubierta: Ediciones Universidad de Valladolid

ISBN 978-84-1320-063-7

ÍNDICE

Capítulo: TEMA Y AUTORES	Pág
	31
CAPÍTULO 1: UNA BREVE HISTORIA DE LA PSICOPATOLOGÍA	
Paula Odriozola-González. Psicóloga. Profesora Ayudante Doctor Psicología. Universidad de Valladolid	
Jairo Rodríguez-Medina. Psicólogo. Profesor Pedagogía. Universidad de Valladolid.	
CAPÍTULO 2: INTRODUCCIÓN AL DESARROLLO, NOSOLOGÍA E HISTORIA CLÍNICA	49
Ana Pérez Cipitria. Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital Universitario Río Hortega.	
CAPÍTULO 3: PRINCIPIOS ÉTICOS Y LEGALES PARA LA ATENCIÓN AL NIÑO/A Y ADOLESCENTE	65
Beatriz Mongil López. Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.	
Francisco Carlos Ruiz. Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Complejo Asistencial Palencia.	
CAPÍTULO 4: RED ASISTENCIAL Y COORDINACIÓN PARA LA ATENCIÓN A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.	77
Carlos Imaz Roncero. Psiquiatra. Equipo de Salud Mental Infantojuvenil. H. Universitario Río Hortega. Profesor Asociado de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.	
M ^a Jesús Iruña Muñiz. Psicóloga. Profesora titular Psicología. Universidad de Valladolid	
CAPÍTULO 5: EVALUACIÓN: PSICOMETRÍA	95
Víctor Benito Arias González. Psicólogo. Profesor Ayudante Doctor. Universidad de Salamanca	
Jairo Rodríguez Medina. Psicólogo. Profesor Pedagogía. Universidad de Valladolid.	
Benito Arias Martínez. Psicólogo. Catedrático Psicología. Universidad de Valladolid	
CAPÍTULO 6: PSICOFARMACOLOGÍA BÁSICA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA (O DEL DESARROLLO)	121
Óscar Herreros Rodríguez. Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.	
Enrique Ortega García. Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Complejo Asistencial Universitario de León.	
Virginia Garrido Fernández. Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Complejo Asistencial Universitario de León	
CAPÍTULO 7: PSICOTERAPIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES	137
José Manuel Martínez Rodríguez. Psiquiatra. Equipo de Salud Mental Infantojuvenil H. Universitario Río Hortega. Profesor Asociado de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.	
CAPÍTULO 8: TRASTORNOS DEL DESARROLLO NEUROLÓGICO: DISCAPACIDADES INTELECTUALES	159
Cristina Jenaro Río. Psicóloga. Catedrática de Universidad. Facultad de Psicología Universidad de Salamanca	
Noelia Flores Robaina. Psicóloga. Profesora Titular de Universidad. Facultad Psicología. Universidad de Salamanca	
CAPÍTULO 9: TRASTORNOS DEL DESARROLLO NEUROLÓGICO: TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL APRENDIZAJE	179
María Martínez Velarte. Psiquiatra. Complejo Asistencial de Zamora. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.	
CAPÍTULO 10: TRASTORNOS DEL DESARROLLO NEUROLÓGICO: Coordinación, movimiento estereotipados, Tourette	191
María Martínez Velarte. Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Complejo Asistencial de Zamora.	

ÍNDICES

CAPÍTULO 11: TRASTORNOS DEL DESARROLLO NEUROLÓGICO: TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN		207
Jairo Rodríguez-Medina. Psicólogo. Profesor Pedagogía. Universidad de Valladolid.		
Paula Odriozola-González. Psicóloga. Profesora Ayudante Doctor Psicología. Universidad de Valladolid		
CAPÍTULO 12: TRASTORNOS DEL DESARROLLO NEUROLÓGICO: TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO (TEA)		221
Cristina Domínguez Martín. Psiquiatra. Hospital de Día de Psiquiatría del Niño y Adolescente del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Profesor Asociado de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.		
Jairo Rodríguez-Medina. Psicólogo. Dpto. de Pedagogía. Universidad de Valladolid		
CAPÍTULO 13: TRASTORNOS DEL DESARROLLO NEUROLÓGICO: TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)		233
Carlos Imaz Roncero. Psiquiatra. Equipo de Salud Mental Infantojuvenil. H. Universitario Río Hortega. Profesor Asociado de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.		
Benito Arias Martínez. Psicólogo. Catedrático Psicología. Universidad de Valladolid		
CAPÍTULO 14: TRASTORNOS DISRUPTIVOS, DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS AGRESIVOS Y DE LA CONDUCTA		251
José Manuel Martínez Rodríguez. Psiquiatra. Equipo de Salud Mental Infantojuvenil H. Universitario Río Hortega. Profesor Asociado de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.		
CAPÍTULO 15: TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS Y TRASTORNOS ADICTIVOS EN LA ADOLESCENCIA		273
Raquel Cabezas Mesonero Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.		
Julia Calama Martín. Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.		
CAPÍTULO 16. TRASTORNOS DE ANSIEDAD		305
María A Parrilla Escobar. Psiquiatra. Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil H. Clínico Universitario de Valladolid. Profesora Asociada de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.		
Marta S. Hernández García. Psiquiatra. Unidad de Hospitalización Regional de Psiquiatría del Niño y del Adolescentes. H. Clínico Universitario de Valladolid		
Elena Betegón Blanca. Psicóloga. Investigadora predoctoral. Universidad de Valladolid		
CAPÍTULO 17: TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO Y TRASTORNOS RELACIONADOS		319
Francisca de la Torre Brasas Psiquiatra. Complejo Asistencial de Ávila. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.		
Flora M ^a Vega Fernández. Psiquiatra. Hospital El Bierzo. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.		
CAPÍTULO 18: TRASTORNO DEPRESIVO Y TRASTORNO BIPOLAR		333
M ^a Rosario Hernando Segura. Psiquiatra. Complejo Asistencial de Burgos. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.		
Begoña Antúnez María. Psiquiatra. Complejo Asistencial de Burgos. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.		
Rocío Gordo Seco. Psiquiatra. Complejo Asistencial de Burgos. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.		
CAPÍTULO 19: TRASTORNOS PSICÓTICOS/ESQUIZOFRENIA		345
Flora M ^a Vega Fernández. Psiquiatra. Hospital El Bierzo. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.		
Francisca de la Torre Brasas Psiquiatra. Complejo Asistencial de Ávila. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.		
CAPÍTULO 20: TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS		357
Rocío Gordo Seco. Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Complejo Asistencial de Burgos.		
M ^a Rosario Hernando Segura. Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Complejo Asistencial de Burgos.		
Begoña Antúnez María. Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Complejo Asistencial de Burgos.		
CAPÍTULO 21: TRASTORNOS DE LA EXCRECIÓN: ENURESIS Y ENCOPRESIS		373
Begoña Antúnez María. Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Complejo Asistencial de Burgos.		
Rocío Gordo Seco. Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Complejo Asistencial de Burgos.		
M ^a Rosario. Hernando Segura. Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Complejo Asistencial de Burgos.		
CAPÍTULO 22. TRASTORNOS DEL SUEÑO-VIGILA		387
Julia Calama Martín. Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.		
Raquel Cabezas Mesonero Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.		
CAPÍTULO 23: TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS Y TRASTORNOS RELACIONADOS		401
Marta S. Hernández García. Psiquiatra. Unidad de Hospitalización Regional de Psiquiatría del Niño y del Adolescentes. H. Clínico Universitario de Valladolid		
María A Parrilla Escobar. Psiquiatra. Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil H. Clínico Universitario de Valladolid. Profesora Asociada de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.		
CAPÍTULO 24: TRASTORNOS RELACIONADOS CON TRAUMAS Y FACTORES DE ESTRÉS: TRASTORNO DE APEGO REACTIVO		409
Patricia Blanco del Valle, Psiquiatra. Complejo Asistencial Soria. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.		

Ana Isabel Ledo Rubio , Psiquiatra. Complejo Asistencial Palencia. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.		
CAPÍTULO 25 : TRASTORNOS RELACIONADOS CON TRAUMAS Y FACTORES DE ESTRÉS: TRASTORNO ADAPTATIVO		423
Elena Betegón Blanca . Psicóloga. Investigadora predoctoral. Universidad de Valladolid		
M^a Jesús Iruña Muñiz . Psicóloga. Profesora titular Psicología. Universidad de Valladolid		
CAPÍTULO 26: TRASTORNOS RELACIONADOS CON TRAUMAS Y FACTORES DE ESTRÉS: TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO		441
Beatriz Mongil López . Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.Hospital Clínico Universitario de Valladolid.		
Soraya Geijo Uribe . Psiquiatra. Unidad de Hospitalización Regional de Psiquiatría del Niño y del Adolescentes. H. Clínico Universitario de Valladolid		
CAPÍTULO 27: TRASTORNOS DISOCIATIVOS		453
Pilar Ferreira Frías , Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.		
Carlos Imaz Roncero . Psiquiatra. Equipo de Salud Mental Infantojuvenil. H. Universitario Río Hortega.Profesor Asociado de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.		
CAPÍTULO 28: DISFORIA DE GÉNERO EN INFANCIA VERSUS INCONGRUENCIA DE GÉNERO		467
Ana Pérez Cipitria . Psiquiatra. Equipo de Salud Mental Infantojuvenil. H. Universitario Río Hortega.		
CAPÍTULO 29: OTROS PROBLEMAS QUE PUEDEN SER OBJETO DE ATENCIÓN CLÍNICA		479
Francisco C. Ruiz Sanz . Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Complejo Asistencial Palencia.		
Ana Isabel Ledo Rubio . Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Complejo Asistencial Palencia.		
CAPÍTULO 30: ATENCIÓN AL NIÑO/A Y ADOLESCENTE CON PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS E INTERCONSULTA		503
Cristina Domínguez Martín . Psiquiatra. Hospital de Día de Psiquiatría del Niño y Adolescente. H. Clínico Universitario de Valladolid. Profesor Asociado de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.		
CAPÍTULO 31: AUTOLESIONES Y SUICIDIO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES		515
Soraya Geijo Uribe . Psiquiatra. Unidad de Hospitalización Regional de Psiquiatría del Niño y del Adolescentes. H. Clínico Universitario de Valladolid		
José Manuel Martínez Rodríguez . Psiquiatra. Equipo de Salud Mental Infantojuvenil H. Universitario Río Hortega.Profesor Asociado de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.		
CAPÍTULO 32: ATENCIÓN DESDE INFANCIA A JUVENTUD EN SERVICIO DE URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS DE NIÑOS Y ADOLESCENTES		533
Virginia Garrido Fernández . Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.Complejo Asistencial Universitario de León.		
Enrique Ortega García . Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Complejo Asistencial Universitario de León.		
Soraya Geijo Uribe . Psiquiatra. Unidad de Hospitalización Regional de Psiquiatría del Niño y del Adolescentes. H. Clínico Universitario de Valladolid		

COORDINADORES

Carlos Imaz Roncero. Psiquiatra. Equipo de Salud Mental Infantojuvenil. H. Universitario Río Hortega.Profesor Asociado de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.

Benito Arias Martínez. Psicólogo. Catedrático Psicología. Universidad de Valladolid.

AUTORES (Listado alfabético por apellidos)

Begoña Antúnez María. Psiquiatra. Complejo Asistencial de Burgos. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Víctor Benito Arias González. Psicólogo. Profesor Ayudante Doctor. Universidad de Salamanca

Benito Arias Martínez. Psicólogo. Catedrático Psicología. Universidad de Valladolid

Elena Betegón Blanca. Psicóloga. Investigadora predoctoral. Universidad de Valladolid

Patricia Blanco del Valle, Psiquiatra. Complejo Asistencial Soria. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.

Raquel Cabezas Mesonero Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Julia Calama Martín. Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Cristina Domínguez Martín. Psiquiatra. Hospital de Día de Psiquiatría del Niño y Adolescente. H. Clínico Universitario de Valladolid. Profesor Asociado de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.

- Pilar Ferreira Frías.** Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.
- Noelia Flores Robaina.** Psicóloga. Profesora Titular de Universidad. Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca.
- Virginia Garrido Fernández.** Psiquiatra. Complejo Asistencial Universitario de León. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- Soraya Geijo Uribe.** Psiquiatra. Unidad de Hospitalización Regional de Psiquiatría del Niño y del Adolescentes. H. Clínico Universitario de Valladolid.
- Rocío Gordo Seco.** Psiquiatra. Complejo Asistencial de Burgos. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.
- Marta S. Hernández García.** Psiquiatra. Unidad de Hospitalización Regional de Psiquiatría del Niño y del Adolescentes. H. Clínico Universitario de Valladolid.
- M^a Rosario Hernando Segura.** Psiquiatra. Complejo Asistencial de Burgos. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.
- Óscar Herreros Rodríguez.** Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.
- Carlos Imaz Roncero.** Psiquiatra. Equipo de Salud Mental Infantojuvenil. H. Universitario Río Hortega. Profesor Asociado de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.
- M^a Jesús Irurtia Muñiz.** Psicóloga. Profesora Psicología. Universidad de Valladolid
- Cristina Jenaro Río.** Psicóloga. Catedrática de Universidad. Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca.
- Ana Isabel Ledo Rubio.** Psiquiatra. Complejo Asistencial Palencia. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- Beatriz Mongil López.** Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.
- José Manuel Martínez Rodríguez.** Psiquiatra. Equipo de Salud Mental Infantojuvenil H. Universitario Río Hortega. Profesor Asociado de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.
- María Martínez Velarte.** Psiquiatra. Complejo Asistencial de Zamora. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- Paula Odriozola-González.** Psicóloga. Profesora Ayudante Doctor Psicología. Universidad de Valladolid.
- Enrique Ortega García.** Psiquiatra. Complejo Asistencial Universitario de León. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- María A Parrilla Escobar.** Psiquiatra. Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil H. Clínico Universitario de Valladolid. Profesora Asociada de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.
- Ana Pérez Cipitria.** Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital Universitario Río Hortega.
- Jairo Rodríguez Medina.** Psicólogo. Profesor Pedagogía. Universidad de Valladolid.
- Francisco C. Ruiz Sanz.** Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Complejo Asistencial Palencia.
- Francisca de la Torre Brasas** Psiquiatra. Complejo Asistencial de Ávila. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.
- Flora M^a Vega Fernández.** Psiquiatra. Hospital El Bierzo. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Prólogo

Prologar este Manual Básico de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia constituye un honor, pero sobre todo el orgullo de iniciar una obra escrita por autores de Castilla y León que muestran sus amplios conocimientos –reflejo de su buen hacer clínico y su vasta formación profesional– de esta disciplina. Desde el Sistema Público de Salud (Sacyl) han desarrollado, y siguen haciéndolo, su actividad asistencial, docente e investigadora. Enriquecen el texto, además, las aportaciones de un grupo de profesionales ligados a la Educación y profesores de Psicología de las Universidades de Valladolid y Salamanca.

Se trata de un trabajo en equipo, en el que aparece la necesaria multidisciplinariedad e interdisciplinariedad. La comprensión de lo psíquico en el niño precisa de una visión amplia y diversa, en la que aspectos genéticos, ambientales-familiares, sociales-dinámicos y educativos, convergen en la atención clínica y en la intervención terapéutica.

La dedicación a la Psiquiatría del Niño y del Adolescente es actualmente una tarea muy meritoria: Son especialistas de una, aún, inexistente especialidad. Ellos contribuyen a mostrar la madurez clínica y científica de una disciplina que se hace merecedora de reconocerse como especialidad médica. Urge la necesidad de este reconocimiento en beneficio de los niños y adolescentes que precisan ser tratados con conocimientos específicos de estas edades, para conseguir el diagnóstico certero y un tratamiento óptimo.

La dedicación a la Psiquiatría del Niño y del Adolescente es actualmente una tarea muy meritoria: Son especialistas de una, aún, inexistente especialidad. Ellos contribuyen a mostrar la madurez clínica y científica de una disciplina que se hace merecedora de reconocerse como especialidad médica. Urge la necesidad de este reconocimiento en beneficio de los niños y adolescentes que precisan ser tratados con conocimientos específicos de estas edades, para conseguir el diagnóstico certero y un tratamiento óptimo.

Las peculiaridades de la psiquiatría de estas primeras etapas se muestran ya en la necesidad de conocer el desarrollo y evolución físicos y psicológicos, por su influencia en la psicopatología, pero su importancia abarca otros hechos de interés. Sirvan como ejemplos: Las clasificaciones internacionales de los denominados trastornos mentales y del comportamiento – DSM y CIE – incluyen numerosos códigos diagnósticos referidos a los trastornos del desarrollo neurológico o psicológico, propios de los primeros años de la vida, así como otros que afectan al comportamiento y emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

La edad precoz de inicio puede estar influida por factores genéticos, presentar patrones neurobiológicos y ambientales propios, síntomas específicos y evolución característica y diferenciada de los de inicio en la adultez, como se observa en estudios clínicos y longitudinales. Es importante, por ello, conocer los factores de riesgo y protección para actuar sobre los mismos. Todo esto, está encauzado a una mejor prevención y evitar su continuidad en la vida adulta. Se han propuesto, ya, programas para algunos trastornos que deben iniciarse en edades tempranas. Por otra parte, en la evolución de diferentes cuadros psicopatológicos de niños y adolescentes se observan continuidades y discontinuidades hasta la adultez; continuidad que puede manifestarse como los mismos síntomas o con otros diferentes. Estas “trayectorias o sendas” deben ser

reconocidas precozmente para establecer un acertado pronóstico y planificar el tratamiento más eficaz. Por último, y entre otros más, es en la infancia y la adolescencia donde comienzan a mostrarse la influencia del género en la psicopatología. La pubertad y sus cambios biológicos y sociales contribuyen a estas diferencias, pero también factores genéticos, neurobiológicos y ambientales que propician su aparición en este tiempo –y en uno u otro género– cuando debe iniciarse el tratamiento.

Subrayamos que son los profesionales que atienden a niños y adolescentes los más capacitados por sus conocimientos para atender una psicopatología tan diversa como específica de estos periodos de la vida.

Los autores se formaron amplia y profundamente en Psiquiatría general, y dedicaron otro largo tiempo a adquirir y llevar a la práctica, de forma encomiable, este saber específico sobre la infancia y adolescencia, que es clínico, pero bajo el que subyace un cuerpo científico de envergadura.

En este Manual se abarcan todos los campos de la disciplina. Se inicia por donde se debe: los primeros capítulos tratan de la psicopatología, nosología e historia clínica. Si una historia clínica es el primer y mejor paso en medicina, más aún en el ámbito del que nos ocupamos. Se atienden, asimismo, los principios éticos y legales que rigen la asistencia, y se expone otro –de gran utilidad al enfrentar el tratamiento– sobre la red asistencial. Todos ellos de indispensable conocimiento en la práctica clínica diaria.

Siguen los capítulos dedicados a los aspectos generales de las terapéuticas. Los específicos se incluyen en sus cuadros clínicos correspondientes. En el tratamiento farmacológico se tiene en cuenta un hecho fundamental en estas edades: su dependencia del nivel de desarrollo, aunque esto sea también una condición influyente, en mayor o menor grado, en otros aspectos clínicos.

Son ampliamente tratados, posteriormente, los llamados trastornos psicopatológicos, siguiendo la clasificación DSM-5. Cada capítulo, manteniendo las peculiaridades del autor, informa de manera a la vez profunda y pedagógica, sobre su historia, etiopatogenia, clínica, diagnóstico, comorbilidades, evaluación, pronóstico y terapéuticas. Las tablas y cuadros enriquecen el texto, a la vez que facilitan su comprensión.

Los últimos capítulos se dedican a temas no siempre tratados en los libros al uso, de gran actualidad y muy necesarios en la práctica clínica habitual. Se incluyen así, los abusos, el acoso escolar y las dinámicas familiares complejas. Todos ellos infligen un sufrimiento en el niño y adolescente que debe ser conocido y tratado. Se incorporan, asimismo, otros sobre la asistencia a problemas de salud crónicos y de interconsulta. Son un acierto por la ayuda que prestan en los problemas somáticos del paciente y su relación con profesionales de otras especialidades médicas, así como el dedicado a la atención en los Servicios de Urgencias, urgencias cada vez más frecuentes y complejas que requieren conocer muy a fondo estas patologías, para una rápida y eficaz actuación.

Los autores, como se observa por el contenido del texto, dirigen este manual no solo a especialistas en psiquiatría, sino a profesionales que atienden a menores desde diversos ámbitos: Médicos de familia, pediatría, enfermería, psicología, logopedia, pedagogía, profesores, trabajadores sociales, así como estudiantes de estas disciplinas, y tantos otros que se ocupan de niños y adolescentes en cuyos problemas los aspectos psicológicos y psicopatológicos son importantes y para los que este manual puede suponer una herramienta de trabajo que los ayude – con una aproximación clínica y científica enriquecedora – a llevarlo a cabo.

Teniendo en cuenta el continuo y rápido crecimiento de los conocimientos tanto empíricos como conceptuales y sus bases científicas, este manual nace no solo con vocación de difusión de los mismos, útiles para la formación adecuada, sino con el deseo de ser progresivamente actualizados.

Mi reconocimiento y admiración por su gran trabajo a todos los colaboradores, algunos de ellos psiquiatras a los que he contribuido a formar, con el deseo de que su magnífica tarea pedagógica y clínica, redunde en la mejor ayuda a los niños y adolescentes que la precisen, lo que constituye, sin duda, la mayor aspiración de todos cuantos nos dedicamos a ellos.

M. Carmen Ballesteros Alcalde

El niño es el padre del hombre

Wordsworth (1770-1850)

No seamos sectarios: la infancia es a veces un paraíso perdido. Pero otras veces es un infierno de mierda.

Mario Benedetti (1920-2009)

...pretendemos estudiar además, en la Psiquiatría Infantil, otra serie de morbosidades tal vez inadvertidas, o que se les ha concedido poca importancia y que tienen campo abonado en la niñez..., para las que precisa buscar tratamientos adecuados, y no cabalmente a base de químicas fórmulas, sino de bien combinados procedimientos educativos.

A Vidal Perera. Compendio de Psiquiatría Infantil. 1ª ed. 1907

Mi hijo... ve cosas que ninguno de nosotros ve y no sé cómo acercarme a él.

—Anne Deveson, Tell Me I'm Here: One Family's Experience of Schizophrenia

Contenido

1.- CAPÍTULO 1: UNA BREVE HISTORIA DE LA PSICOPATOLOGÍA	31
1.1.- INTRODUCCIÓN.....	31
1.2.- EL PENSAMIENTO PRIMITIVO	32
1.3.- LA CULTURA CLÁSICA: GRECIA.....	33
1.4.- LA CULTURA CLÁSICA: ROMA.....	34
1.5.- LA EDAD MEDIA	35
1.6.- EL RENACIMIENTO	37
1.7.- ILUSTRACIÓN: SIGLOS XVII Y XVIII	38
1.8.- SIGLO XIX	40
1.9.- SIGLO XX	42
1.10.- SIGLO XXI	44
2.- CAPÍTULO 2: INTRODUCCIÓN AL DESARROLLO, NOSOLOGÍA E HISTORIA CLÍNICA.....	49
2.1.- DESARROLLO PSÍQUICO Y DIFERENCIACIÓN DE LO NORMAL Y PATOLÓGICO. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA	49
2.1.1.- <i>de 0 a 24 meses</i>	50
2.1.2.- <i>Desarrollo evolutivo de 3 a 5 años</i>	54
2.1.3.- <i>Niños de 6 a 11 años</i>	58
2.1.4.- <i>Hitos del desarrollo en adolescentes</i>	60
2.2.- NOSOLOGÍA, CLASIFICACIÓN E INVESTIGACIÓN DIAGNÓSTICA EN PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL	61
2.3.- HISTORIA CLÍNICA PAIDOPSIQUIÁTRICA	62
2.4.- BIBLIOGRAFÍA Y MATERIAL COMPLEMENTARIO	63
3.- CAPÍTULO 3: PRINCIPIOS ÉTICOS Y LEGALES PARA LA ATENCIÓN A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.....	65
3.1.- LEGALIDAD Y ETICA	65
3.2.- ASPECTOS LEGISLATIVOS.....	66
3.2.1.- <i>Derecho internacional</i>	67
3.2.2.- <i>Legislacion estatal</i>	70
3.2.3.- <i>Legislacion autonómica</i>	74
3.3.- INSTITUCIONES Y ONGS.....	75
3.4.- BIBLIOGRAFÍA:.....	76
4.- CAPÍTULO 4: RED ASISTENCIAL Y COORDINACIÓN PARA LA ATENCIÓN A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	77
4.1.- INTRODUCCIÓN.....	77
4.1.1.- <i>Coordinación entre sistemas o redes básicas</i>	82
4.1.2.- <i>Profesionales de la Salud mental y su coordinación</i>	83
4.2.- RED PSIQUIÁTRICA INFANTO-JUVENIL	85
4.3.- ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD MENTAL.....	86
4.4.- COORDINACIÓN CON EL SISTEMA DE ATENCIÓN SOCIAL	88
4.4.1.- <i>Los CEAS</i>	88
4.4.2.- <i>Servicios de Protección del Menor</i>	88
4.4.3.- <i>Centro base</i>	89
4.4.4.- <i>Servicios de Drogodependencia (según comunidades autónomas depende de Salud)</i>	89
4.4.5.- <i>Servicio de Reforma (según comunidades autónomas depende de Justicia)</i>	90
4.5.- COORDINACIÓN CON EL SISTEMA DE EDUCATIVO	91
4.6.- COORDINACIÓN CON EL SISTEMA DE JUDICIAL	92
4.7.- BIBLIOGRAFÍA Y MATERIAL COMPLEMENTARIO	92
4.7.1.- <i>Material complementario</i>	93

5.- CAPÍTULO 5: EVALUACIÓN: PSICOMETRÍA EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA.....	95
5.1.- CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LA EVALUACIÓN INFANTIL.....	95
5.2.- PRINCIPALES ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA EN LA INFANCIA	97
5.3.- ESCALAS Y CUESTIONARIOS PARA PADRES, MAESTROS Y NIÑOS	98
5.4.- ENFOQUES PARA EL ANÁLISIS DE LAS PROPIEDADES MÉTRICAS: TCT FRENTE A TRI.....	98
5.5.- PROPIEDADES MÉTRICAS DE LAS ESCALAS Y CUESTIONARIOS	100
5.5.1.- Validez.....	100
5.5.2.- Fiabilidad.....	103
5.6.- PRINCIPALES ESCALAS Y CUESTIONARIOS PARA EVALUAR LOS TRASTORNOS INFANTILES	105
5.6.1.- Autoinformes.....	105
5.6.2.- Escalas y cuestionarios para padres y maestros	107
5.6.3.- Escalas y cuestionarios para evaluar trastornos específicos.....	109
5.7.- BIBLIOGRAFÍA:.....	117
6.- CAPÍTULO 6: PSICOFARMACOLOGÍA BÁSICA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA (O DEL DESARROLLO) 121	
6.1.- INTRODUCCIÓN.....	121
6.2.- PRIMEROS PRINCIPIOS EN PSICOFARMACOLOGÍA DEL DESARROLLO	122
6.2.1.- Farmacocinética	122
6.2.2.- Farmacodinámica.....	126
6.2.3.- Seguridad y eficacia	127
6.2.4.- Neurodesarrollo y sistemas neurotransmisores	128
6.3.- PSICOFARMACOLOGÍA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.....	130
6.3.1.- Principales grupos psicofarmacológicos empleados en niños y adolescentes	132
6.3.2.- Aspectos éticos del tratamiento psicofarmacológico de niños y adolescentes.....	134
6.4.- BIBLIOGRAFÍA:.....	135
7.- CAPÍTULO 7: PSICOTERAPIA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.....	137
7.1.- DEFINICIÓN Y CONCEPTO	137
7.2.- INDICACIONES DE LA PSICOTERAPIA EN LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES	138
7.2.1.- Psicoterapia individual	138
7.2.2.- La Terapia de Juego con niños y adolescentes.....	139
7.2.3.- Terapia de Grupo.....	139
7.2.4.- Terapia de familia	140
7.3.- DIMENSIONES SOBRE LAS QUE ACTÚA LA PSICOTERAPIA	140
7.4.- LA DIMENSIÓN COGNITIVA DEL FUNCIONAMIENTO PSÍQUICO. PSICOTERAPIAS PSICODINÁMICAS	140
7.4.1.- Desarrollo histórico.....	140
7.4.2.- Técnicas de Psicoterapia Psicodinámica.....	143
7.4.3.- La Terapia Interpersonal para la Depresión	145
7.5.- LA DIMENSIÓN COMPORTAMENTAL. TERAPIA COMPORTAMENTAL Y TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.....	145
7.5.1.- Desarrollo histórico de la Terapia de Conducta	145
7.5.2.- Técnicas de la Terapia de Conducta.....	146
7.5.3.- Desarrollo histórico de la Terapia Cognitivo Conductual.....	148
7.5.4.- Técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual	148
7.6.- DIMENSIÓN AFECTIVA DE EXPERIENCIA. TERAPIAS HUMANISTAS	150
7.6.1.- La Terapia Centrada en la Persona	150
7.6.2.- La Terapia Gestalt.....	151
7.7.- DIMENSIÓN RELACIONAL DE LA EXPERIENCIA. ANÁLISIS TRANSACCIONAL Y PSICOTERAPIA INTEGRATIVA.....	151
7.7.1.- El Análisis Transaccional.....	151
7.7.2.- La Psicoterapia Integrativa.....	152
7.8.- BIBLIOGRAFÍA.....	154
8.- CAPÍTULO 8: TRASTORNOS DEL DESARROLLO NEUROLÓGICO: DISCAPACIDADES INTELECTUALES	159
8.1.- INTRODUCCIÓN: HISTORIA Y EPIDEMIOLOGÍA	159

8.1.1.-	<i>Historia</i>	159
8.1.2.-	<i>Epidemiología</i>	160
8.2.-	DEFINICIÓN Y DIAGNÓSTICO	161
8.3.-	ETIOPATOGENIA Y BASES NEUROBIOLÓGICAS	165
8.4.-	EVALUACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.....	167
8.5.-	COMORBILIDAD Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	169
8.6.-	TRATAMIENTO Y ABORDAJE: HIGIÉNICO-DIETÉTICO, PSICOTERAPÉUTICO, PSICOFARMACOLÓGICO, REHABILITADOR/PSICOPEDAGÓGICO.....	170
8.6.1.-	<i>Higiénico-dietético</i>	171
8.6.2.-	<i>Psicoterapéutico</i>	171
8.6.3.-	<i>Médico/Psicofarmacológico</i>	171
8.6.4.-	<i>Rehabilitador/psicopedagógico</i>	173
8.7.-	DESARROLLO, CURSO Y PRONÓSTICO	175
8.8.-	BIBLIOGRAFÍA Y MATERIAL COMPLEMENTARIO	175
8.8.1.-	<i>Bibliografía</i>	175
8.8.2.-	<i>Material complementario</i>	176
9.-	CAPÍTULO 9: TRASTORNOS DEL DESARROLLO NEUROLÓGICO: TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL APRENDIZAJE.....	179
9.1.-	TRASTORNO DE APRENDIZAJE DE LA LECTURA	179
9.1.1.-	<i>Introducción: historia y epidemiología</i>	179
9.1.2.-	<i>Definición y diagnóstico</i>	180
9.1.3.-	<i>Etiopatogenia y bases neurobiológicas</i>	180
9.1.4.-	<i>Evaluación y pruebas complementarias</i>	182
9.1.5.-	<i>Comorbilidad y diagnóstico diferencial</i>	183
9.1.6.-	<i>Tratamiento y abordaje</i>	184
9.1.7.-	<i>Desarrollo, curso y pronóstico</i>	184
9.2.-	IDEAS PRINCIPALES	185
9.3.-	DISCALCULIA	185
9.3.1.-	<i>Introducción: historia y epidemiología</i>	185
9.3.2.-	<i>Concepto de discalculia y diagnóstico</i>	185
9.3.3.-	<i>Etiopatogenia y bases neurobiológicas</i>	187
9.3.4.-	<i>Evaluación y pruebas complementarias</i>	188
9.3.5.-	<i>Comorbilidad</i>	188
9.3.6.-	<i>Tratamiento</i>	189
9.4.-	BIBLIOGRAFÍA.....	189
10.-	CAPÍTULO 10: TRASTORNOS DEL DESARROLLO NEUROLÓGICO: COORDINACIÓN, MOVIMIENTO ESTEREOTIPADOS, TOURETTE	191
10.1.-	TRASTORNO DEL DESARROLLO DE LA COORDINACIÓN.....	191
10.1.1.-	<i>Introducción: historia y epidemiología</i>	191
10.1.2.-	<i>Definición y diagnóstico</i>	191
10.1.3.-	<i>Etiopatogenia y bases neurobiológicas</i>	193
10.1.4.-	<i>Evaluación y pruebas complementarias</i>	193
10.1.5.-	<i>Comorbilidad y diagnóstico diferencial</i>	194
10.1.6.-	<i>Tratamiento</i>	194
10.1.7.-	<i>Desarrollo, curso y pronóstico</i>	195
10.1.8.-	<i>Bibliografía:</i>	196
10.2.-	TRASTORNO DE MOVIMIENTO ESTEREOTIPADOS	196
10.2.1.-	<i>Epidemiología</i>	196
10.2.2.-	<i>Definición y diagnóstico</i>	196
10.2.3.-	<i>Etiopatogenia y bases neurobiológicas</i>	197
10.2.4.-	<i>Comorbilidad y diagnóstico diferencial</i>	198
10.2.5.-	<i>Tratamiento</i>	198
10.2.6.-	<i>Desarrollo, curso y pronóstico</i>	199

10.2.7.- Bibliografía:.....	199
10.3.- TRASTORNO DE TOURETTE	199
10.3.1.- <i>Introducción: historia y epidemiología</i>	199
10.3.2.- <i>Definición y diagnóstico</i>	199
10.3.3.- <i>Etiopatogenia y bases neurobiológicas</i>	201
10.3.4.- <i>Evaluación y pruebas complementarias</i>	202
10.3.5.- <i>Comorbilidad y diagnóstico diferencial</i>	202
10.3.6.- <i>Tratamiento</i>	203
10.3.7.- <i>Desarrollo, curso y pronóstico</i>	204
10.3.8.- <i>Bibliografía</i>	205
11.- CAPÍTULO 11: TRASTORNOS DEL DESARROLLO NEUROLÓGICO: TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN 207	
11.1.- INTRODUCCIÓN: HISTORIA Y EPIDEMIOLOGÍA	207
11.1.1.- <i>Historia</i>	208
11.1.2.- <i>Epidemiología</i>	209
11.2.- DEFINICIÓN Y DIAGNÓSTICO	209
11.2.1.- <i>Trastorno del lenguaje</i>	209
11.2.2.- <i>Trastorno fonológico</i>	211
11.2.3.- <i>Trastorno de la fluidez (tartamudeo) de inicio en la infancia</i>	211
11.2.4.- <i>Trastorno de la comunicación social (pragmático)</i>	212
11.3.- ETIOPATOGENIA Y BASES NEUROBIOLÓGICAS	213
11.3.1.- <i>Trastorno del lenguaje</i>	213
11.3.2.- <i>Trastorno fonológico</i>	214
11.4.- EVALUACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.....	215
11.5.- COMORBILIDAD Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	216
11.6.- TRATAMIENTO Y ABORDAJE: HIGIÉNICO-DIETÉTICO, PSICOTERAPÉUTICO, PSICOFARMACOLÓGICO, REHABILITADOR/PSICOPEDAGÓGICO.....	217
11.6.1.- <i>Principios generales de intervención</i>	217
11.7.- DESARROLLO, CURSO Y PRONÓSTICO.....	218
11.8.- BIBLIOGRAFÍA.....	218
12.- CAPÍTULO 12: TRASTORNOS DEL DESARROLLO NEUROLÓGICO: TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO (TEA).....	221
12.1.- INTRODUCCIÓN: HISTORIA Y EPIDEMIOLOGÍA	221
12.1.1.- <i>Historia</i>	221
12.1.2.- <i>Epidemiología</i>	222
12.2.- DEFINICIÓN Y DIAGNÓSTICO	222
12.2.1.- <i>Definición</i>	222
12.2.2.- <i>Diagnóstico</i>	223
12.3.- ETIOPATOGENIA Y BASES NEUROBIOLÓGICAS	225
12.4.- EVALUACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.....	227
12.5.- COMORBILIDAD Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	228
12.5.1.- <i>Comorbilidades</i>	228
12.5.2.- <i>Diagnóstico diferencial</i>	228
12.6.- TRATAMIENTO.....	228
12.7.- DESARROLLO, CURSO Y PRONÓSTICO.....	230
12.8.- BIBLIOGRAFÍA Y MATERIAL COMPLEMENTARIO	231
13.- CAPÍTULO 13: TRASTORNOS DEL DESARROLLO NEUROLÓGICO: TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)	233
13.1.- INTRODUCCIÓN: HISTORIA Y EPIDEMIOLOGÍA	233
13.2.- DEFINICIÓN Y DIAGNÓSTICO	236
13.3.- ETIOPATOGENIA Y BASES NEUROBIOLÓGICAS	239
13.4.- EVALUACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.....	240
13.5.- COMORBILIDAD Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	242

13.6.- TRATAMIENTO Y ABORDAJE: HIGIÉNICO-DIETÉTICO, PSICOTERAPÉUTICO, PSICOFARMACOLÓGICO, REHABILITADOR/PSICOPEDAGÓGICO.....	243
13.6.1.- <i>Higiénico-dietético</i>	244
13.6.2.- <i>Psicoterapéutico</i>	244
13.6.3.- <i>Psicofarmacológico</i>	245
13.6.4.- <i>Rehabilitador/psicopedagógico</i>	248
13.7.- DESARROLLO, CURSO Y PRONÓSTICO.....	249
13.8.- BIBLIOGRAFÍA Y MATERIAL COMPLEMENTARIO.....	249
13.8.1.- <i>Material complementario</i>	249
14.- CAPÍTULO 14: TRASTORNOS DISRUPTIVOS, DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS AGRESIVOS Y DE LA CONDUCTA	251
14.1.- LA RABIA Y LOS IMPULSOS AGRESIVOS EN EL DESARROLLO EVOLUTIVO.....	251
14.2.- TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE.....	252
14.2.1.- <i>Introducción: historia y epidemiología</i>	252
14.2.2.- <i>Definición</i>	252
14.2.3.- <i>Clínica y diagnóstico</i>	253
14.2.4.- <i>Etiopatogenia y Factores de Riesgo</i>	253
14.2.5.- <i>Evaluación y formulación del caso</i>	256
14.2.6.- <i>Comorbilidad y diagnóstico diferencial</i>	256
14.2.7.- <i>Desarrollo, curso y pronóstico</i>	257
14.3.- TRASTORNO DE LA CONDUCTA DE INICIO INFANTIL O EN LA ADOLESCENCIA.....	257
14.3.1.- <i>Introducción. Historia y epidemiología</i>	257
14.3.2.- <i>Definición</i>	257
14.3.3.- <i>Clínica y Diagnóstico</i>	257
14.3.4.- <i>Etiopatogenia y bases neurobiológicas</i>	258
14.3.5.- <i>Evaluación</i>	259
14.3.6.- <i>Comorbilidad y diagnóstico diferencial</i>	260
14.3.7.- <i>Desarrollo, curso y pronóstico</i>	260
14.4.- TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ANTISOCIAL.....	260
14.4.1.- <i>Introducción. Historia y epidemiología</i>	260
14.4.2.- <i>Definición</i>	261
14.4.3.- <i>Clínica y Diagnóstico</i>	261
14.4.4.- <i>Etiopatogenia y bases neurobiológicas</i>	261
14.5.- TR. EXPLOSIVO INTERMITENTE.....	262
14.5.1.- <i>Introducción: Historia y epidemiología</i>	262
14.5.2.- <i>Definición, Clínica y Diagnóstico</i>	263
14.5.3.- <i>Etiopatogenia y bases neurobiológicas</i>	263
14.5.4.- <i>Curso, inicio y desarrollo</i>	264
14.5.5.- <i>Comorbilidad y diagnóstico diferencial</i>	264
14.6.- TRATAMIENTO Y ABORDAJE: PSICOTERAPÉUTICO, PSICOFARMACOLÓGICO Y PSICOPEDAGÓGICO.....	264
14.6.1.- <i>Intervenciones familiares. Programas de entrenamiento para padres</i>	264
14.6.2.- <i>Terapia cognitivo conductual</i>	265
14.6.3.- <i>Tratamiento farmacológico</i>	266
14.7.- BIBLIOGRAFÍA.....	269
15.- CAPÍTULO 15: TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS Y TRASTORNOS ADICTIVOS EN LA ADOLESCENCIA	273
15.1.- INTRODUCCIÓN: HISTORIA Y EPIDEMIOLOGÍA.....	273
15.1.1.- <i>Historia</i>	273
15.1.2.- <i>Epidemiología</i>	274
15.2.- DEFINICIÓN Y DIAGNÓSTICO.....	275
15.2.1.- <i>Definición</i>	275
15.2.2.- <i>Diagnóstico</i>	277
15.3.- ETIOPATOGENIA Y BASES NEUROBIOLÓGICAS.....	280

15.3.1.- Etiopatogenia.....	280
15.3.2.- Bases Neurobiológicas.....	283
15.4.- EVALUACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.....	285
15.4.1.- 16.....	285
15.4.2.- Pruebas complementarias.....	287
15.4.3.- Muestras biológicas en toxicología.....	289
15.5.- COMORBILIDAD Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	290
15.5.1.- Comorbilidad.....	290
15.5.2.- Diagnóstico diferencial.....	291
15.6.- TRATAMIENTO Y ABORDAJE: HIGIÉNICO-DIETÉTICO, PSICOTERAPÉUTICO, PSICOFARMACOLÓGICO, REHABILITADOR Y PSICOPEDAGÓGICO.....	294
15.6.1.- Programas de psicoterapia y procedimientos de intervención y tratamientos psicológicos.....	294
15.6.2.- Tratamiento farmacológico.....	295
15.6.3.- Rehabilitador y psicopedagógico.....	298
15.7.- DESARROLLO, CURSO Y PRONÓSTICO.....	300
15.7.1.- Prevención.....	301
15.8.- BIBLIOGRAFÍA.....	303
16.- CAPÍTULO 16: TRASTORNOS DE ANSIEDAD.....	305
16.1.- INTRODUCCIÓN: HISTORIA Y EPIDEMIOLOGÍA.....	305
16.2.- DEFINICIÓN Y DIAGNÓSTICO.....	306
16.3.- ETIOPATOGENIA Y BASES NEUROBIOLÓGICAS.....	310
16.4.- EVALUACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.....	311
16.5.- COMORBILIDAD Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	311
16.6.- TRATAMIENTO Y ABORDAJE: HIGIÉNICO-DIETÉTICO, PSICOTERAPÉUTICO, PSICOFARMACOLÓGICO, REHABILITADOR/PSICOPEDAGÓGICO.....	312
16.6.1.- Psicoeducación.....	312
16.6.2.- Psicoterapia.....	312
16.6.3.- Tratamiento farmacológico.....	314
16.7.- DESARROLLO, CURSO Y PRONÓSTICO.....	315
16.8.- BIBLIOGRAFÍA.....	316
16.8.1.- Recursos disponibles en la web.....	317
17.- CAPÍTULO 17: TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO Y TRASTORNOS RELACIONADOS.....	319
17.1.- INTRODUCCIÓN.....	319
17.2.- TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC).....	319
17.2.1.- Historia.....	319
17.2.2.- Definición.....	320
17.2.3.- Epidemiología.....	320
17.2.4.- Etiología.....	320
17.2.5.- Diagnóstico y cuadro clínico.....	322
17.2.6.- Comorbilidad.....	324
17.2.7.- Evolución y Pronóstico.....	324
17.2.8.- Diagnóstico diferencial.....	325
17.2.9.- Tratamiento.....	325
17.3.- TRICOTILOMANIA.....	326
17.3.1.- Definición.....	326
17.3.2.- Etiología.....	327
17.3.3.- Diagnóstico y cuadro clínico.....	327
17.3.4.- Diagnóstico diferencial.....	327
17.3.5.- Tratamiento.....	328
17.4.- TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL (TDC).....	328
17.5.- TRASTORNO DE ACUMULACIÓN.....	329
17.6.- TRASTORNO DE EXCORIACIÓN.....	330
17.7.- BIBLIOGRAFÍA.....	331

18.- CAPÍTULO 18: TRASTORNO DEPRESIVO Y TRASTORNO BIPOLAR	333
18.1.- INTRODUCCIÓN: HISTORIA Y EPIDEMIOLOGÍA	333
18.2.- DEFINICIÓN Y DIAGNÓSTICO	334
18.3.- ETIOPATOGENIA Y BASES NEUROBIOLÓGICAS	335
18.3.1.- <i>La etiología de los trastornos depresivos</i>	335
18.3.2.- <i>Etiopatogenia del Trastorno Bipolar</i>	336
18.4.- EVALUACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	337
18.5.- COMORBILIDAD Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	338
18.5.1.- <i>Comorbilidad en los trastornos depresivos:</i>	338
18.5.2.- <i>Diagnóstico diferencial en los trastornos depresivos:</i>	338
18.5.3.- <i>Comorbilidad en el Trastorno Bipolar:</i>	339
18.5.4.- <i>Diagnóstico diferencial en el Trastorno Bipolar:</i>	339
18.6.- TRATAMIENTO.....	340
18.6.1.- <i>Tratamiento del trastorno depresivo</i>	340
18.6.2.- <i>Tratamiento del trastorno bipolar</i>	341
18.7.- DESARROLLO, CURSO Y PRONÓSTICO	342
18.8.- BIBLIOGRAFÍA.....	343
19.- CAPÍTULO 19: TRASTORNOS PSICÓTICOS/ESQUIZOFRENIA	345
19.1.- INTRODUCCIÓN. BREVE RESEÑA HISTÓRICA.....	345
19.1.1.- <i>¿Y en el niño/adolescente?</i>	346
19.2.- EPIDEMIOLOGÍA.....	346
19.3.- DEFINICIÓN Y DIAGNÓSTICO	346
19.3.1.- <i>Síntomas positivos en psicosis de inicio precoz</i>	347
19.3.2.- <i>Síntomas negativos en psicosis infantil</i>	347
19.3.3.- <i>¿Cómo lo evaluamos?</i>	348
19.4.- ETIOPATOGENIA Y BASES NEUROBIOLÓGICAS	349
19.4.1.- <i>Genética de la Esquizofrenia</i>	349
19.4.2.- <i>Estudios en familiares</i>	349
19.4.3.- <i>Factores de riesgo/ambientales</i>	349
19.4.4.- <i>Neurotransmisión y circuitos en Esquizofrenia</i>	349
19.5.- EVALUACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.....	350
19.6.- COMORBILIDAD Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	350
19.7.- TRATAMIENTO.....	351
19.7.1.- <i>Opciones de tratamiento principales</i>	351
19.7.2.- <i>Medicamentos</i>	353
19.7.3.- <i>Psicoterapia</i>	354
19.8.- CURSO EVOLUTIVO Y PRONÓSTICO	354
19.9.- BIBLIOGRAFÍA.....	355
20.- CAPÍTULO 20: TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS	357
20.1.- INTRODUCCIÓN: HISTORIA Y EPIDEMIOLOGÍA	357
20.2.- TRASTORNOS ALIMENTARIOS DE LA PRIMERA INFANCIA	359
20.2.1.- <i>Definición y diagnóstico</i>	359
20.2.2.- <i>Etiopatogenia y bases neurobiológicas</i>	359
20.2.3.- <i>Evaluación y pruebas complementarias</i>	360
20.2.4.- <i>Comorbilidad y diagnóstico diferencial</i>	360
20.2.5.- <i>Tratamiento</i>	360
20.2.6.- <i>Desarrollo, curso y pronóstico</i>	360
20.3.- TRASTORNO DE EVITACION / RESTRICCIÓN DE LA INGESTA DE ALIMENTOS.....	361
20.3.1.- <i>Definición y diagnóstico</i>	361
20.3.2.- <i>Etiopatogenia y bases neurobiológicas</i>	361
20.3.3.- <i>Comorbilidad y diagnóstico diferencial</i>	361
20.3.4.- <i>Evaluación y tratamiento</i>	361

20.4.-	TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)	362
20.4.1.-	Definición y diagnóstico	362
20.4.2.-	Etiopatogenia y bases neurobiológicas	364
20.4.3.-	Evaluación y pruebas complementarias.....	366
20.4.4.-	Comorbilidad y diagnóstico diferencial	368
20.4.5.-	Tratamiento	369
20.4.6.-	Desarrollo, curso y pronóstico	370
20.4.7.-	Bibliografía	371
21.-	CAPÍTULO 21: TRASTORNOS DE LA EXCRECIÓN: ENURESIS Y ENCOPRESIS	373
21.1.-	INTRODUCCIÓN.....	373
21.2.-	ENURESIS.....	374
21.2.1.-	Definición	374
21.2.2.-	Fisiopatología	374
21.2.3.-	Clasificación.....	374
21.2.4.-	Epidemiología.....	375
21.2.5.-	Etiopatogenia	375
21.2.6.-	Evaluación Clínica	376
21.2.7.-	Diagnóstico	377
21.2.8.-	Diagnóstico Diferencial	377
21.2.9.-	Comorbilidad	377
21.2.10.-	Tratamiento	378
21.2.11.-	Pronóstico	380
21.3.-	ENCOPRESIS	381
21.3.1.-	Introducción	381
21.3.2.-	Fisiopatología	381
21.3.3.-	Clasificación.....	381
21.3.4.-	Epidemiología.....	382
21.3.5.-	Etiopatogenia	382
21.3.6.-	Evaluación Clínica	383
21.3.7.-	Diagnóstico	384
21.3.8.-	Diagnóstico diferencial.....	384
21.3.9.-	Comorbilidad	384
21.3.10.-	Tratamiento	384
21.3.11.-	Pronóstico	386
21.4.-	BIBLIOGRAFÍA.....	386
22.-	CAPÍTULO 22. TRASTORNOS DEL SUEÑO-VIGILA.....	387
22.1.-	INTRODUCCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA	387
22.2.-	CLASIFICACIÓN Y FASES DEL SUEÑO	388
22.3.-	ETIOPATOGENIA Y BASES NEUROBIOLÓGICAS	389
22.4.-	CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO.....	390
22.4.1.-	DISOMNIAS	391
22.4.2.-	PARASOMNIAS	393
22.5.-	EVALUACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:.....	396
22.6.-	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	397
22.6.1.-	Trastornos médicos.....	397
22.6.2.-	Trastornos psiquiátricos	397
22.6.3.-	Fármacos y sustancias de abuso.....	398
22.6.4.-	Factores ambientales.....	398
22.7.-	TRATAMIENTO Y ABORDAJE	398
22.7.1.-	Abordaje higiénico y conductual.....	398
22.7.2.-	Abordaje psicofarmacológico	398
22.8.-	BIBLIOGRAFÍA.....	399

23.- CAPÍTULO 23: TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS Y TRASTORNOS RELACIONADOS.....	401
23.1.- INTRODUCCIÓN: HISTORIA Y EPIDEMIOLOGIA	401
23.2.- DEFINICIÓN Y DIAGNÓSTICO	402
23.3.- ETIOPATOGENIA Y BASES NEUROBIOLÓGICAS	403
23.4.- EVALUACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.....	404
23.5.- COMORBILIDAD Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	405
23.6.- TRATAMIENTO Y ABORDAJE: HIGIÉNICO-DIETÉTICO, PSICOTERAPÉUTICO, PSICOFARMACOLÓGICO, REHABILITADOR/PSICOPEDAGÓGICO.....	406
23.7.- DESARROLLO, CURSO Y PRONÓSTICO.....	407
23.8.- BIBLIOGRAFÍA.....	407
24.- CAPÍTULO 24: TRASTORNOS RELACIONADOS CON TRAUMAS Y FACTORES DE ESTRÉS: TRASTORNO DE APEGO REACTIVO	409
24.1.- INTRODUCCIÓN: HISTORIA Y EPIDEMIOLOGÍA	409
24.2.- DEFINICIÓN Y DIAGNÓSTICO	411
24.3.- ETIOPATOGENIA Y BASES NEUROBIOLÓGICAS	412
24.3.1.- <i>Evaluación y pruebas complementarias</i>	414
24.3.2.- <i>Evaluación del apego en niños</i>	416
24.4.- COMORBILIDAD Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	416
24.5.- TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO, REHABILITADOR Y PSICOPEDAGÓGICO.....	418
24.5.1.- <i>Tratamiento psicofarmacológico</i>	418
24.5.2.- <i>Abordaje psicopedagógico</i>	419
24.5.3.- <i>Tratamiento y Abordaje Psicoterapéutico</i>	419
24.6.- DESARROLLO, CURSO Y PRONÓSTICO.....	421
24.7.- BIBLIOGRAFÍA.....	421
25.- CAPÍTULO 25: TRASTORNOS RELACIONADOS CON TRAUMAS Y FACTORES DE ESTRÉS: TRASTORNO ADAPTATIVO	423
25.1.- INTRODUCCIÓN.....	423
25.2.- DEFINICIÓN Y DIAGNÓSTICO	424
25.3.- ETIOPATOGENIA Y BASES NEUROBIOLÓGICAS	430
25.4.- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y COMORBILIDAD	431
25.5.- EVALUACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.....	432
25.6.- ABORDAJE Y TRATAMIENTO.....	433
25.6.1.- <i>Según el tiempo de duración</i>	434
25.6.2.- <i>Según el tipo de intervención</i>	434
25.6.3.- <i>Psicofarmacología</i>	435
25.7.- DESARROLLO, CURSO Y PRONÓSTICO.....	435
25.8.- DIRECTRICES FINALES	435
25.9.- BIBLIOGRAFÍA.....	436
26.- CAPÍTULO 26: TRASTORNOS RELACIONADOS CON TRAUMAS Y FACTORES DE ESTRÉS: TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	441
26.1.- TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....	441
26.1.1.- <i>Introducción</i>	441
26.1.2.- <i>Definición</i>	442
26.1.3.- <i>Epidemiología</i>	444
26.1.4.- <i>Características diagnósticas</i>	445
26.1.5.- <i>Diagnostico diferencial</i>	446
26.1.6.- <i>Evaluación</i>	447
26.1.7.- <i>Abordaje terapéutico</i>	447
26.2.- TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO.....	449
26.3.- TRASTORNO ADAPTATIVO	450
26.3.1.- <i>Definición</i>	450

26.3.2.-	<i>Factores estresantes</i>	451
26.3.3.-	<i>Diagnostico diferencial</i>	451
26.3.4.-	<i>Tratamiento</i>	451
26.4.-	BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA	452
27.-	CAPÍTULO 27: TRASTORNOS DISOCIATIVOS	453
27.1.-	INTRODUCCIÓN: HISTORIA Y EPIDEMIOLOGÍA	453
27.1.1.-	<i>Prevalencia</i>	454
27.2.-	DEFINICIÓN Y DIAGNÓSTICO	455
27.3.-	ETIOPATOGENIA Y BASES NEUROBIOLÓGICAS	457
27.4.-	EVALUACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.....	458
27.4.1.-	<i>Anamnesis</i>	458
27.4.2.-	<i>Exploración</i>	459
27.4.3.-	<i>Estudios psicológicos y complementarios</i>	461
27.5.-	COMORBILIDAD Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	462
27.6.-	TRATAMIENTO Y ABORDAJE: HIGIÉNICO-DIETÉTICO, PSICOTERAPÉUTICO, PSICOFARMACOLÓGICO, REHABILITADOR/PSICOPEDAGÓGICO.....	463
27.7.-	DESARROLLO, CURSO Y PRONÓSTICO	464
27.8.-	BIBLIOGRAFÍA Y MATERIAL COMPLEMENTARIO	465
27.8.1.-	<i>Material complementario</i>	465
28.-	CAPÍTULO 28: DISFORIA DE GÉNERO EN INFANCIA VERSUS INCONGRUENCIA DE GÉNERO	467
28.1.-	INTRODUCCIÓN: HISTORIA Y EPIDEMIOLOGÍA:.....	467
28.1.1.-	<i>Historia</i>	467
28.1.2.-	<i>Epidemiología</i>	469
28.2.-	DEFINICIÓN Y DIAGNÓSTICO	469
28.2.1.-	<i>Definición</i>	469
28.2.2.-	<i>Diagnóstico</i>	470
28.3.-	ETIOPATOGENIA Y BASES NEUROBIOLÓGICAS	471
28.4.-	EVALUACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.....	472
28.5.-	COMORBILIDAD Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	473
28.5.1.-	<i>Comorbilidad</i>	473
28.5.2.-	<i>Diagnóstico diferencial</i>	473
28.6.-	TRATAMIENTO Y ABORDAJE	474
28.7.-	DESARROLLO, CURSO Y PRONÓSTICO	476
28.8.-	SITUACIÓN ACTUAL.....	476
28.9.-	BIBLIOGRAFÍA Y MATERIAL COMPLEMETARIO	477
29.-	CAPÍTULO 29: OTROS PROBLEMAS QUE PUEDEN SER OBJETO DE ATENCIÓN CLÍNICA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	479
29.1.-	INTRODUCCIÓN.....	479
29.1.1.-	<i>Jerarquia de necesidades</i>	480
29.2.-	ABUSO SEXUAL INFANTIL	480
29.2.1.-	<i>Epidemiología</i>	481
29.2.2.-	<i>Diagnóstico de abuso sexual</i>	482
29.2.3.-	<i>Evaluacion clinica del abuso</i>	483
29.2.4.-	<i>INCESTO</i>	483
29.2.5.-	<i>Abordaje en clínica del abuso sexual</i>	485
29.3.-	MALTRATO, ABUSO Y NEGLIGENCIA FAMILIAR	486
29.3.1.-	<i>Epidemiología</i>	486
29.3.2.-	<i>Evaluacion de los malos tratos</i>	487
29.3.3.-	<i>Complicaciones</i>	487
29.3.4.-	<i>Otras formas de maltrato infantil</i>	487
29.3.5.-	<i>Abordaje de los malos tratos</i>	488
29.4.-	ACOSO ESCOLAR o BULLYING	488

29.4.1.-	<i>Antecedentes</i>	488
29.4.2.-	<i>Características</i>	489
29.4.3.-	<i>Epidemiología del bullying</i>	489
29.4.4.-	<i>Tipos de agresión</i>	490
29.4.5.-	<i>Habitat del bullying</i>	490
29.4.6.-	<i>Diagnóstico de bullying</i>	492
29.4.7.-	<i>Tratamiento del bullying</i>	494
29.5.-	CONCEPTO DE FAMILIA.....	495
29.5.1.-	<i>Infancia afectada por una relación parental conflictiva</i>	496
29.5.2.-	<i>Estatus fraterno</i>	498
29.6.-	BIBLIOGRAFÍA.....	501
30.- CAPÍTULO 30: ATENCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS E INTERCONSULTA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA		503
30.1.-	INTRODUCCIÓN.....	503
30.2.-	NEUROPEDIATRÍA.....	506
30.3.-	ONCOPEDIATRÍA Y CUIDADOS PALIATIVOS	508
30.4.-	CUIDADOS PALIATIVOS	510
30.5.-	ENDOCRINOLOGÍA.....	512
30.6.-	BIBLIOGRAFÍA Y MATERIAL COMPLEMENTARIO	514
31.- CAPÍTULO 31: AUTOLESIONES Y SUICIDIO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA		515
31.1.-	AUTOLESIONES.....	515
31.1.1.-	<i>Introducción</i>	515
31.1.2.-	<i>Definición</i>	515
31.1.3.-	<i>Epidemiología</i>	516
31.1.4.-	<i>Etiopatogenia y bases Neurobiológicas</i>	517
31.1.5.-	<i>Aspectos clínicos</i>	518
31.1.6.-	<i>Tratamiento y abordaje</i>	518
31.2.-	SUICIDIO.....	520
31.2.1.-	<i>Epidemiología</i>	520
31.2.2.-	<i>Definición y concepto</i>	521
31.2.3.-	<i>Etiopatogenia y Factores de Riesgo</i>	523
31.2.4.-	<i>Evaluación</i>	527
31.2.5.-	<i>Tratamiento</i>	528
31.3.-	BIBLIOGRAFÍA.....	530
32.- CAPÍTULO 32: ATENCIÓN DE URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA		533
32.1.-	INTRODUCCIÓN.....	533
32.2.-	CONSIDERACIONES DE LA ENTREVISTA CLÍNICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS VERSUS EVALUACIÓN DE LA URGENCIA ..	533
32.3.-	URGENCIAS EN NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS	535
32.4.-	URGENCIAS EN EDAD ESCOLAR Y ADOLESCENTE	535
32.4.1.-	<i>El paciente agitado</i>	535
32.4.2.-	<i>Conducta suicida</i>	539
32.4.3.-	<i>Trastornos del estado de ánimo</i>	539
32.4.4.-	<i>Trastornos de ansiedad</i>	540
32.4.5.-	<i>Trastornos de conductuales</i>	540
32.4.6.-	<i>Trastornos psicóticos</i>	541
32.4.7.-	<i>Trastornos relacionados con sustancias</i>	542
32.4.8.-	<i>Otros motivos de urgencias psiquiátricas</i>	543
32.5.-	MALTRATO INFANTIL	543
32.6.-	INGRESO HOSPITALARIO.....	544
32.7.-	CONSIDERACIONES LEGALES	544
32.8.-	BIBLIOGRAFÍA.....	545

33.- GLOSARIO.....	547
34.- PREGUNTAS.....	566
34.1.- TABLA RESPUESTAS CORRECTAS.....	596

Tabla Ilustraciones

Ilustración 4-1: Sistemas implicados en la atención al niño y su familia	78
Ilustración 4-2: Sistemas, equipos y programas de atención a los Menores	79
Ilustración 4-3: Síntomas y repercusiones	80
Ilustración 4-4: Servicios de Salud Mental Infantil según la ESMS-R.....	81
Ilustración 4-5: Competencias, organización, funciones y responsabilidades	82
Ilustración 4-6: Interdisciplinariedad y multidisciplinariedad profesional	84
Ilustración 4-7: Niveles asistenciales.....	86
Ilustración 4-8: Sistema de atención a las personas con adicciones.....	90
Ilustración 6-1: Metabolismo de los fármacos: fases.....	123
Ilustración 6-2: Metabolismo de los fármacos: fases.....	124
Ilustración 9-1: Circuito lector en cerebro. Sally Shaywitz.	181
Ilustración 9-2: Circulido lectos. Área de Broca	182
Ilustración 9-3: Circuito del cálculo.....	188
Ilustración 13-1: Evolución conceptual del TDAH e hitos del tratamiento.....	235
Ilustración 13-2: Modelo continuum en el TDAH.....	237
Ilustración 13-3: Premisas para el diagnóstico	238
Ilustración 13-4: Proceso asistencial en la detección del TDAH	241
Ilustración 14-1: Función de compensación del comportamiento disruptivo	255
Ilustración 14-2: El patrón de desafío como alivio del sentimiento de culpa y la depresión	255
Ilustración 15-1: Evolución de prevalencia de consumo alguna vez en la vida	275
Ilustración 15-2. Progresión en el consumo	279
Ilustración 15-3: Historia natural de desarrollo del juego patológico	279
Ilustración 15-4: Modelo esquemático de la dependencia y el consumo de drogas de la OMS	281
Ilustración 15-5: Principales núcleos y sistemas cerebrales que participan en el trastorno adictivo	285
Ilustración 15-6: Drogas psicoactivas según ONU	292
Ilustración 15-7: Red asistencial en drogas	299
Ilustración 16-1: Circuito sostenedor del miedo. Pensamientos, emociones y conducta.....	314
Ilustración 19-1: Diagnóstico diferencial en el episodio psicótico	352
Ilustración 23-1: Objetivos y componentes de las Terapia psicológicas en somatización	407
Ilustración 25-1: Modelos Cognitivos de los Trastornos Adaptativos	425
Ilustración 25-2: Algoritmo diagnosticado de los TA.....	427
Ilustración 26-1: Reacción al estrés.....	442
Ilustración 27-1: Cuadros y áreas de afectación en la disociación.....	460
Ilustración 32-1: Algoritmo de actuación ante agitación en Urgencias.	538

Listado de Tablas

Tabla 2-1: Desarrollo evolutivo en alimentación de 0 a 24 meses. Riesgos y alarmas	50
Tabla 2-2: Desarrollo evolutivo psicomoto de 0 a 24 meses. Riesgos y alarmas	50
Tabla 2-3: Desarrollo en lenguaje y comunicación de 0 a 24 meses, Riesgos y alarmas.....	51
Tabla 2-4: Desarrollo afectivo emocional de 0 a 24 meses. Riesgos y alarmas.....	51
Tabla 2-5: Desarrollo del sueño de 0 a 24 meses. Riesgos y alarmas.....	52
Tabla 2-6: Desarrollo en la conducta de 0 a 24 meses. Riesgos y alarmas	52
Tabla 2-7: Desarrollo en la regulación emocional de 0 a 24 meses. Riesgos y alarmas.....	53
Tabla 2-8: Desarrollo en la atención de 0 a 24 meses	53
Tabla 2-9: Variantes de la normalidad en el desarrollo entre 0 y 24 meses.....	54
Tabla 2-10: Desarrollo en la alimentación de 3 a 5 años	54
Tabla 2-11: Desarrollo psicomotpr de 3 a 5 años.....	54
Tabla 2-12: Desarrollo en el lenguaje y la comunicación de 3 a 5 años.....	55
Tabla 2-13: Desarrollo en la afectividad de 3 a 5 años	56
Tabla 2-14: Desarrollo en el sueño de 3 a 5 años.....	56
Tabla 2-15: Desarrollo en la conducta de 3 a 5 años	57
Tabla 2-16: Desarrollo en la regulación emocional de 3 a 5 años	57
Tabla 2-17: Desarrollo cognitivo-atención de 3 a 5 años.....	57
Tabla 5-1: Principales diferencias entre la Teoría Clásica de los Test y la Teoría de Respuesta a los Items	99
Tabla 5-2: Principales medidas de autoinforme.....	106
Tabla 5-3: Definiciones de la escala BASC-3-SRP.....	106
Tabla 5-4: Principales escalas desarrolladas para padres y maestros	108
Tabla 5-5: Algunas de las escalas más usadas para evaluar trastornos específicos	109
Tabla 5-6: Formas de presentación del ASEBA	111
Tabla 5-7: Principales instrumentos de medida de la conducta adaptativa.....	113
Tabla 5-8: Áreas de habilidad, versión y descripción en la versión española del ABAS-II.....	115
Tabla 6-1 Principales sustratos, inhibidores e inductores del citocromo P450 (CYP).....	125
Tabla 6-2: Psicofármacos y sus grados de recomendación	131
Tabla 6-3: Programación general del plan terapéutico	131
Tabla 6-4: Fármacos por trastornos, dosis e indicaciones	134
Tabla 7-1: Organizaciones miembros de la European Association for Psychotherapy.....	139
Tabla 8-1: Niveles de gravedad de la discapacidad intelectual y afectación en las áreas conceptual, social y práctica	163
Tabla 8-2: Datos mínimos de la CIF para clasificar la discapacidad intelectual	164
Tabla 8-3: Causas frecuentes de discapacidad intelectual	165
Tabla 8-4: Actuaciones de prevención primaria, secundaria y terciaria en la discapacidad intelectual	166
Tabla 9-1: Aspectos clínicos para el diagnóstico de la dislexia.....	180
Tabla 9-2: Pruebas recomendadas para el diagnóstico de la dislexia	182
Tabla 9-3: Consecuencias en habilidades numéricas	187
Tabla 9-4: Pruebas específicas para el diagnóstico de la discalculia	188
Tabla 10-1: Signos para el diagnóstico de DNM.....	192
Tabla 10-2: Criterios para DNM simple y compleja	192
Tabla 10-3: Test de cribado para detectar disfunción motora.....	194
Tabla 10-4: Diferencias entre DNM simple y compleja	196
Tabla 10-5: Clasificación de estereotipias	197
Tabla 10-6: Diferencias entre estereotipias y los tics:	198
Tabla 10-7: Tipos de Tics (Clasificación según sus características y complejidad).....	200
Tabla 10-8: Diagnostico diferencial de los tics motores	200
Tabla 10-9: Causas de tics secundarios	202
Tabla 11-1: Evolución de los trastornos de la comunicación en el DSM.....	209
Tabla 13-1: Historia del TDAH en las clasificaciones	235

Tabla 13-2: Síntomas del TDAH	236
Tabla 13-3: Factores etiológicos implicados en el TDAH	240
Tabla 13-4: Evaluación del riesgo para el diagnóstico de TDAH hasta la certeza	241
Tabla 13-5: Comorbilidad en el TDAH	242
Tabla 13-6: Diagnóstico diferencial en el TDAH	242
Tabla 13-7: Vías actuación y fármacos en el TDAH	246
Tabla 13-8: Fármacos indicados en el TDAH	246
Tabla 13-9: Fármacos estimulantes: farmacocinética y efecto clínico	247
Tabla 14-1: Criterios Diagnósticos DSM-5 para el TND	253
Tabla 14-2: Criterios Diagnósticos DSM-5 para el TC	258
Tabla 14-3: Criterios Diagnósticos DSM-5 para el Tr. Explosivo Intermitente	263
Tabla 15-1: Factores de riesgo y de protección en el desarrollo de TUS	282
Tabla 15-2: Muestras y detección de drogas.....	289
Tabla 15-3: Tiempo de detección en orina de distintas sustancias.....	290
Tabla 15-4: Diagnósticos asociados a una clase de sustancias	292
Tabla 15-5: Los principales “TOXSÍNDROMES” por drogas de abuso.....	293
Tabla 15-6: Proceso de cambio.....	294
Tabla 15-7: Fármacos utilizados en tratamiento (retirada/mantenimiento) de trastorno por uso de tabaco	295
Tabla 15-8: Fármacos utilizados en deshabituación de trastorno por uso de alcohol	296
Tabla 15-9: Fármacos utilizados en desintoxicación por uso de opiáceos preferible en régimen de ingreso hospitalario	296
Tabla 16-1: Edad de inicio habitual de los TA con mayor prevalencia.....	306
Tabla 16-2: Comparación entre subtipos de TA.....	309
Tabla 16-4: Gravedad del trastorno y tratamiento Indicado.	313
Tabla 17-1: Clasificación Nosológica	319
Tabla 17-2: Diferencias entre rituales obsesivos y rituales normales para la edad	320
Tabla 17-3: Obsesiones y compulsiones más frecuentes en los niños con TOC.....	322
Tabla 17-4: Características del TOC según las diferentes etapas de la vida	323
Tabla 17-5: Instrumentos de evaluación del TOC.....	324
Tabla 17-6: Técnicas cognitivo-conductuales	328
Tabla 17-7: Niveles de respuesta alterados en el TDC	329
Tabla 18-1: Criterios diagnósticos de Trastorno Depresivo Mayor según DSM 5.....	334
Tabla 18-2: Criterios diagnósticos de episodio maniaco según DSM 5	335
Tabla 18-3: Exploración del estado mental	337
Tabla 18-4: Diagnóstico diferencial con otros Ttnos psiquiátricos, enfermedades y fármacos o tóxicos	339
Tabla 18-5: recomendaciones para el tratamiento del trastorno depresivo.....	340
Tabla 18-6: Antidepresivos más usados y manejo habitual	341
Tabla 18-7: Antipsicóticos atípicos	342
Tabla 20-1: Clasificación de los Trastornos Alimentarios en los diferentes manuales	358
Tabla 20-2:: Manifestaciones clínicas de la anorexia nerviosa	363
Tabla 22-1: Horas de sueño según edad.....	389
Tabla 22-2: Diferencias sueño REM Y NO REM	389
Tabla 22-3: Diferencias entre Terror nocturno y pesadilla	395
Tabla 22-4: Medidas de higiene del sueño en niños.	398
Tabla 23-1: Diferencias entre enfermedad somática, trastorno somatomorfo y trastorno facticio.....	403
Tabla 23-2: Factores de riesgo de somatización para niños y adolescentes	404
Tabla 25-1: Comparación entre subtipos de TA.....	428
Tabla 25-2: Clasificación del Eje V de la CIE-MIA.....	429
Tabla 25-3: Prevalencia de los trastornos más comunes por grupos de edad y según género en porcentajes	430
Tabla 26-1: Criterios diagnósticos de TEPT en niños menores de 6 años (DSM 5)	443
Tabla 26-2: Factores relacionados con el desarrollo de un TEPT	445

Tabla 26-3: Posibles síntomas y signos de TEPT.....	446
Tabla 26-4: Instrumentos de evaluación del trastorno de estrés postraumático en niños y adolescentes	447
Tabla 26-5: Tratamiento en el TEPT.....	449
Tabla 27-1: Comparativa por clasificaciones de los Trastornos Disociados.....	455
Tabla 27-2: Agrupación de síntomas relacionados con la disociación.....	459
Tabla 28-1: Evolución de la disforia de género en las clasificaciones internacionales	468
Tabla 30-1: Recomendaciones ante una interconsulta en psiquiatría infantil.....	505
Tabla 30-2: Factores que influyen en la falta de cumplimiento del tratamiento médico	506
Tabla 30-3: Preguntas para evaluar un delirium	508
Tabla 30-4: Las intervenciones no farmacológicas recomendadas para el delirium en niños	508
Tabla 30-5: Concepto de muerte según desarrollo evolutivo del niño, según la Academia Americana de Pediatría	511
Tabla 31-1: Tasas Estandarizadas por 100.000 habitantes según la causa de muerte en los Países de la OCDE. Año 2011 ...	520
Tabla 31-2: Necesidades relacionales frustradas y motivaciones para el suicidio.....	525
Tabla 32-1: Principales tratamientos utilizados en urgencias para el control de la agitación psicomotriz.....	537
Tabla 32-2: Criterios de ingreso en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil	544

1.- CAPÍTULO 1: UNA BREVE HISTORIA DE LA PSICOPATOLOGÍA

Paula Odriozola-González. Psicóloga. Profesora Ayudante Doctor Psicología. Universidad de Valladolid

Jairo Rodríguez-Medina. Psicólogo Profesor Pedagogía. Universidad de Valladolid.

1.1.- Introducción

El interés del ser humano por comprender el comportamiento ha estado presente en el desarrollo histórico de todas las culturas. De hecho, no solo el comportamiento normal sino especialmente el comportamiento anómalo ha sido objeto de atención. Siguiendo a Spanos (1978), tal vez la razón de ese interés radique en el intento de establecer los límites entre la conducta normal y la diferente con el fin de reforzar la cohesión social y mejorar las oportunidades de supervivencia de la especie.

Sin embargo, no es hasta finales del siglo XIX cuando el estudio sistemático de los fenómenos psicopatológicos se constituye como disciplina científica. A pesar de la relativa proximidad de este hito, no conviene descuidar el devenir histórico del concepto “conducta anormal” pues contribuye a la conformación del cuerpo teórico contemporáneo de la disciplina y permite tomar conciencia de su marcado carácter sociocultural (Arias, 2018).

Los datos históricos disponibles, lejos de permitir construir una trayectoria uniforme de la psicopatología, permiten apreciar que no existe identidad entre concepto y materia cuando se estudian los fenómenos psicológicos (Vidal, 1990). De hecho, no se puede definir lo psicopatológico por presentar unas características objetivas sino por la desviación en mayor o menor medida de las normas vigentes en el marco social de referencia del comportamiento. En este sentido, y como indica Szasz (1960), el carácter de anormalidad está elaborado en buena medida por la colectividad en que se manifiesta.

Así mismo, la historia de la psicopatología infantil cabe encuadrarse dentro del devenir histórico del desarrollo de la disciplina general y precisa atender a la evolución del concepto dicotómico “niños-adultos” a través del tiempo. Siguiendo a Aries (1962), antes del siglo XVII es difícil encontrar evidencias de que el comportamiento de los niños fuera visto como algo diferente del adulto. De hecho, se esperaba que los niños se comportasen como adultos, sin existir juegos, literatura o actividades específicas para ellos. Por este motivo, se hace necesario rastrear la evolución de la psicopatología general con el fin de comprender el origen de los puntos de vista

aplicados a la conducta anormal en la infancia, que habitualmente son una generalización de aquella (Gil Roales-Nieto, Molina, & Luciano, 1997).

En concreto, pueden identificarse tres importantes modelos generales de conceptualización de lo psicopatológico surgidos en diversos contextos socioculturales que, pese a su antigüedad, continúan aplicándose en la actualidad: el sobrenatural, el biológico-somático y el psicológico (Barlow & Durand, 2004). Coincidiendo con algunos de los manuales más destacados que se ocupan de los trastornos de la conducta (Barlow & Durand, 2004; Caballo, Salazar, & Carrobes, 2014; Hooley, Butcher, Nock, & Mineka, 2016; Maher & Maher, 1995; Millon, 1976; Oltmanns & Emmerly, 1995; Sarason & Sarason, 2006; Scheerenberger, 1984; Sue, Sue, Sue, & Sue, 2015; Vázquez, 1990; Zilboorg, 1969), esas diferentes concepciones caben ser contempladas en los siguientes períodos históricos sucesivos: Prehistoria (pensamiento primitivo), Grecia, Roma, Edad Media, Renacimiento, siglos XVII y XVIII, siglo XIX, siglo XX y siglo XXI.

1.2.- El pensamiento primitivo

El “pensamiento primitivo”, propio de sociedades prehistóricas, posee un carácter supersticioso, con numerosas creencias animistas o mítico-religiosas (Golden, 1977; Malinowski, 1954). Los indicios existentes nos permiten deducir que en dichas sociedades se sostenía que la conducta anormal era debida a fuerzas sobrenaturales o mágicas, como los espíritus malignos o el demonio. En consecuencia, el tratamiento comprendía principalmente diversos rituales como exorcismos verbales, el uso de elementos purificadores o la reproducción de la conducta del poseído por un medium con el fin de expulsar esa fuerza sobrenatural del individuo (Oltmanns & Emery, 1995). Probablemente, el ser humano primitivo no realizaría una diferenciación entre trastornos “mentales” y “somáticos” sino entre trastornos debidos a causas naturales o conocidas, y sobrenaturales o desconocidas (Gil Roales-Nieto, 1986). Así, parece ser que en la mayoría de las civilizaciones coexistían una medicina natural, empírica, de carácter naturalista y científico (que se ocupaba de las enfermedades o trastornos “explicables”), y otra mágica, con importantes connotaciones religiosas (destinada a las manifestaciones inexplicables como la conducta anormal).

Un descubrimiento arqueológico que ha suscitado diversas elucubraciones ha sido el hallazgo de cráneos trepanados. Estos cráneos, encontrados en distintas partes del mundo como Perú, Oceanía, países del Mediterráneo o el Norte de África, tal vez puedan responder a las creencias previamente expuestas (la trepanación como técnica utilizada para permitir salir a las fuerzas sobrenaturales). No obstante, otras interpretaciones, más apoyadas por algunos historiadores de la psicopatología (Maher & Maher, 1995), contemplan la trepanación como una evidencia del modelo biológico-somático en la explicación de la conducta anormal. Según esta segunda interpretación, el trastorno afectaría a un órgano específico como el cerebro y la técnica trataría de reparar una zona dañada del mismo o de disminuir la presión intracraneal.

Por su parte, la mayor parte de las referencias específicas en estas sociedades a la conducta anormal en la infancia o, de hecho, al mundo infantil, son escasas y sobrecogedoras. Siguiendo a Durant (citado en Scheerenberger, 1984), numerosos pueblos daban muerte a los niños si eran deformes, enfermizos o bastardos e, incluso, en condiciones de hambre extrema, devoraban a los recién nacidos. No obstante, estas prácticas no deben ser juzgadas con los criterios actuales, pues son propias de sociedades profundamente alejadas de nuestro contexto socio-cultural. En contraposición a las prácticas mencionadas, también puede resultar de interés mencionar cómo la enuresis aparece considerada como trastorno en el papiro de Ebers, datado hacia el 1550 a.C., el cual contiene la descripción de un remedio para darle solución (Glicklich, 1951).

Aunque el modelo sobrenatural prevalece principalmente en sociedades prehistóricas no es un modelo ausente en las sociedades industrializadas puesto que podemos encontrarlo igualmente junto a otros planteamientos más modernos.

1.3.- La cultura clásica: Grecia

La concepción mítico-religiosa de la psicopatología persistió hasta la época romana, aunque comenzó a declinar de forma gradual con el inicio de una nueva tradición preconizada por los filósofos griegos. Así, con el florecimiento de la práctica y teoría médica hipocrática se consideraron análisis más naturales de los fenómenos psicopatológicos.

El primer representante de esta nueva tradición fue Hipócrates de Kíos (460-377 a. C.), quien realizó precisas observaciones y descripciones sobre una amplia variedad de trastornos mentales: depresión, manía, estados de delirio, temores irracionales, histeria, etc. A pesar de su falta de conocimientos anatómicos, consideró al cerebro como el órgano responsable de la conducta y, por tanto, del comportamiento anormal. De hecho, tanto él como sus seguidores se dieron a conocer por su capacidad para identificar y tratar la conducta anormal. Las técnicas de tratamiento propuestas consistían en remedios naturales como el reposo, la dieta adecuada o los baños (Sarason & Sarason, 2006).

De forma general, la medicina hipocrática concibió la salud como el equilibrio entre cuatro humores corporales: sangre (procedente del corazón), flema (del cerebro), bilis amarilla (del hígado) y bilis negra (del bazo y el estómago), entendiéndose la enfermedad como producto del desequilibrio entre ellos. Puede apreciarse esta concepción, así como la importancia atribuida al cerebro en el siguiente pasaje de Hipócrates:

Si el cerebro está corrompido de flema, los pacientes permanecen tranquilos y silenciosos; si lo está por bilis (amarilla), se muestran vociferantes, malvados, y actúan de modo inadecuado. Si el cerebro está caliente (por la sangre), aparecerán terrores, miedos y pesadillas; si está demasiado frío (por la bilis negra), los pacientes se mostrarán tristes y preocupados (Citado en Vázquez, 1990, p. 420).

Cabe señalar, no obstante, a la medicina hipocrática como axiomática, es decir, los datos clínicos recogidos con la observación de la conducta del paciente son interpretados basándose en una serie de proposiciones que no requieren demostración alguna y, por tanto, poseen nula validez.

La tradición hipocrática adquirió preponderancia en la explicación de los trastornos psíquicos, expandiéndose a través de Alejandría, Persia y llegando a tierras árabes, así como al resto de Europa, donde estuvo presente en mayor o menor medida hasta la etapa decimonónica.

Otros filósofos griegos como Sócrates (470-399 a. C.), Platón (427-347 a. C.) y Aristóteles (384-322 a. C.) también merecen ser señalados por su contribución a la psicopatología. Sócrates ponía el acento sobre el razonamiento como eje fundamental de la plenitud vital. Así mismo, desarrolló el método "mayéutico" consistente en la utilización de preguntas en lugar de dar respuestas con el objetivo de promover la reflexión, un valioso instrumento para favorecer la conducción del interlocutor a nuevos conocimientos.

Por su parte, Platón situó el origen de la conducta anómala en un conflicto entre la emoción y razón, alejándose de perspectivas más fisiológicas. En concreto, localizó la esencia de la conducta humana en el alma y sugirió también que los problemas del alma repercutían en el estado físico del individuo. La consideración de dos principios (el espíritu y la materia) le llevó al planteamiento de la dualidad psico-física de la naturaleza humana que ejerció una importante influencia durante varios siglos (Coto, Gómez-Fontanil, & Belloch, 2008).

Se interesó también Platón por los enfermos mentales que cometían acciones criminales, sugiriendo que fuesen obligados a pagar los daños ocasionados sin que se les impusiera un mayor castigo. Es más, consideraba que estas personas debían ser tratadas en espacios

comunitarios, en cierta consonancia con la psicoterapia contemporánea. Igualmente, destacó la relevancia de la interpretación de los sueños mucho después reivindicada por Freud, quien consideró al filósofo un precursor de las teorías psicodinámicas.

Siguiendo a Arias (2018), Aristóteles, al igual que la mayor parte de filósofos griegos, mantuvo la importancia de la razón y de sus aplicaciones, haciendo especial hincapié en la comprensión de los procesos emocionales. Igualmente, continuó con la tendencia de sus coetáneos y predecesores estableciendo una relación entre la dificultad de razonar y la conducta anormal, aspecto central de las terapias cognitivas actuales.

En lo que respecta a la infancia, el panorama continuó siendo bastante sombrío en este período. Así, en una de las escasas citas que hace referencia a los niños, se puede contemplar a Platón que propone que:

Los funcionarios pertinentes llevarán a los hijos de los padres selectos al redil o guardería, y allí los dejarán en manos de ciertas nodrizas que habitarán un cuarto separado; pero los vástagos de los inferiores, o de los superiores cuando hayan nacido deformes, serán rechazados (citado en Scheerenberger, 1984, p. 18).

De acuerdo con esto, el infanticidio fue habitualmente aceptado como método de eliminación de niños. El grado de perfección física, así como la habilidad para servir al estado fueron los criterios valorados para decidir la supervivencia (Nathan & Harris, 1975).

Por el contrario, y en la línea de la nueva conceptualización de la conducta anómala, un dato que merece ser destacado también de la obra de Hipócrates es la descripción de la epilepsia como el “mal sagrado”, observándose varias referencias a casos infantiles, incluso a aspectos relativos a su evolución (Semelaigne, 1869).

En resumen, la concepción moderna de la conducta anormal tiene su origen en la orientación racional de los filósofos griegos. Grecia representa la consolidación de un punto de vista natural frente a la creencia en el origen sobrenatural de la conducta anómala, lo que conlleva una búsqueda sistemática de las causas naturales a través de la razón y la observación.

1.4.- La cultura clásica: Roma

Durante el período romano apenas existen contribuciones novedosas o relevantes al estudio de la psicopatología, aunque merece la pena destacar las aportaciones de Asclepiades, Areteo y Galeno como representantes de la tradición naturalista que se mantuvo en esta época.

Asclepiades de Prusa (124-40 a. C.) fue otro defensor vehemente del diagnóstico naturalista, aunque rechazó la teoría de los humores de Hipócrates al plantear las alteraciones y lesiones de las partes sólidas del cuerpo como causa de los trastornos mentales. Así mismo, enfatizó el papel de los factores ambientales y advocó por el cuidado y respecto de los enfermos mentales, oponiéndose de forma tajante a tratamientos inhumanos como la sujeción mecánica y el encierro en mazmorras. Se considera también la primera persona que desarrolló los conceptos, plenamente vigentes en la actualidad, de enfermedad aguda y crónica, y estableció una clara diferenciación entre alucinaciones, ilusiones e ideas delirantes (Vallejo-Ruiloba, 2015).

Por su parte, Areteo de Capadocia (s. I d. C.) se considera pionero en relacionar la enfermedad mental con la exacerbación de los procesos psicológicos normales. Desde esta perspectiva, puso de manifiesto las relaciones entre las características básicas de la personalidad del individuo y las expresadas cuando padecía un trastorno mental (Millon, 1976).

El célebre Galeno de Pérgamo (130-200), realizó una labor de síntesis de las teorías aristotélicas e hipocráticas, convirtiéndose en la principal fuente de saber médico durante todo el Medievo. Extendió la teoría de los humores aplicándola sobre el carácter de los individuos, origen de los planteamientos biotipológicos de la personalidad. Igualmente, clasificó los trastornos mentales realizando una distinción entre los originados por cuestiones somáticas y los causados por causas emocionales tales como temores o desengaños amorosos. En base a esta división, los tratamientos abarcaban la combinación de tratamientos físicos (dietas y ayunos) y psicológicos (terapia verbal). Sin embargo, aunque bien es cierto que Galeno no abandonó plenamente los elementos místicos y su obra permaneció en relativa vigencia hasta bien entrado el siglo XVII, con su fallecimiento se podría considerar el inicio de una etapa de relativo oscurantismo en cuanto a los conocimientos de la enfermedad tanto física como mental.

No obstante, quizá la máxima aportación de Roma a la psicopatología procedió del ámbito del Derecho. Así, en el texto legal de la época “Corpus Iuris Civilis” se recogió la enajenación como atenuante en la imputación de responsabilidad por actos delictivos (Coto et al., 2008).

Respecto a la infancia, se contempla una actitud más liberal hacia los niños, a excepción de aquellos con problemas físicos, emocionales o intelectuales, los cuales eran habitualmente víctimas de abandono o infanticidio (Peterson & Burbach, 1988). Otras referencias al mundo infantil de esta época pueden encontrarse en la obra de Galeno donde se vuelve a mencionar la epilepsia infantil al describir el fenómeno del aura en un adolescente (Semelaigne, 1869).

1.5.- La Edad Media

Como es bien sabido, tras la caída del imperio romano, con el tránsito a la Edad Media, se produce un importante retroceso en múltiples campos del conocimiento. La invasión de las tribus bárbaras y el auge de la religión cristiana caracterizaron los primeros siglos de este período. Sin duda, el cristianismo supuso la creencia que unificó aquella miríada de pueblos postromanos y bárbaros; aunque, como contrapartida, conllevó la renuncia de la incipiente actitud científica ante la conducta anómala. En consecuencia, el papel de la medicina quedó relegado al mero ámbito de las enfermedades corporales mientras que en los trastornos mentales hubo un retorno a la idea de lo sobrenatural como causa de los mismos. Es más, se produjo una recuperación de auténticos rituales y otros elementos supersticiosos como principales estrategias de tratamiento de la conducta anómala.

Sin embargo, esta tendencia de pensamiento no fue de carácter totalmente generalizado hasta siglos posteriores, buen ejemplo de ello es San Agustín (354-430) quien creyó en la posibilidad de analizar los pensamientos, emociones y conflictos humanos a través de la introspección. En este sentido, sus “Confesiones” guardan una estrecha relación tanto con las teorías psicoanalistas como con las fenomenológicas modernas. Así mismo, respecto a los infantes, al igual que el psicoanálisis de Freud señalará catorce siglos más tarde, consideró que no se les debía atribuir un carácter inocente y remarcó la importancia de sus impulsos agresivos, así como la necesidad de su contención mediante un entorno adecuado (Arias, 2018).

Más adelante, al respecto de la enfermedad mental, seguiremos encontrando relativas excepciones al pensamiento mágico. En el siglo XIII, Santo Tomás de Aquino sostuvo que, ante la imposibilidad de enfermedad o corrupción del alma, la causa de la enfermedad mental debía estar originada en problemas de naturaleza orgánica (Mora, 1982).

Durante las primeras etapas de la Edad Media, los individuos con trastornos del comportamiento, aunque considerados ser víctimas de un mal de espíritu, eran tratados generalmente en órdenes monásticas con relativo humanitarismo, atribuyéndole a su conducta un carácter milagroso o, incluso, ser objeto de intervención divina. Sin embargo, el creciente arraigo de las ideas de carácter demonológico atribuidas a estos fenómenos produjo un recrudescimiento del trato dado a los sujetos afectados. En concreto, se realizaron exorcismos y rituales de castigo físico con el

objeto de ahuyentar la presencia del demonio. Los motivos de este progresivo cambio de paradigma quedan relegados al terreno de la especulación, aunque posiblemente las crisis y la fuerte represión que sufría el campesinado, especialmente durante el siglo XIV, fueron caldo de cultivo de conductas subversivas ligadas a la herejía y la brujería.

Por su parte, la cultura árabe se mantuvo alejada de esta tendencia, manteniendo la influencia griega a través del mundo bizantino. Es de destacar igualmente que en este contexto consideraban a sus enfermos mentales como mediadores de la comunicación divina, concepción de la que se deduce un tratamiento bien diferente al otorgado en la cultura cristiana. Así, siguiendo a Arias (2018), el trato a los trastornos mentales en el mundo árabe estuvo impregnado de un carácter más humanitario, fundándose hospitales, casas de asilo y sanatorios mentales en diversos lugares como Fez (s. VII), Bagdad (s. XII), El Cairo (S. XIII), etc. Además, se constata el intento de comprensión de estos problemas, observándose descripciones de distintas alteraciones de procesos psíquicos en el “Canon de la medicina” de Avicena (980-1037).

En torno al siglo XV, comenzó a atribuirse al individuo la responsabilidad de su mal (conducta anormal) por haber realizado prácticas satánicas o mantenido relaciones voluntarias con fuerzas demoníacas. Es más, durante el papado de Inocencio VIII las acciones de la Inquisición se vieron firmemente reforzadas, inspirando a los frailes dominicos Sprenger y Kraemer la publicación del “Malleus Maleficarum” en torno a 1487. Esta sistematización de carácter místico respecto a los comportamientos atípicos estaba destinada a identificar y condenar el ejercicio de la brujería. Su puesta en práctica condujo a dramáticos escenarios en los que se arrestaba y martirizaba a personas acusadas de profesar la brujería, siendo además en la mayoría de casos ajusticiadas en la hoguera.

A su vez, los desposeídos y enfermos eran considerados, por su aspecto harapiento, víctimas probables de una posesión demoníaca. Cabe destacar la evidente contradicción de este hecho con la moral cristiana de la época que, al mismo tiempo, consideraba al menesteroso receptor de prácticas altruistas a través de las cuales obtener la salvación divina. No obstante, el comportamiento anormal o las prácticas heréticas no eran las únicas fuentes de sospecha de intervención demoníaca, estas se extendían también al ámbito corporal al apreciar manchas en la piel, zonas dormidas en partes del cuerpo u otros estigmas.

Son también reseñables, especialmente a finales del primer milenio, los episodios de perturbaciones colectivas como el “tarantismo” o el “baile de San Vito” así como el florecimiento de numerosos grupos de fanáticos religiosos que aunaban elementos cristianos con otros de naturaleza blasfema. Un buen ejemplo de ello son las sectas de flagelantes, surgidas en Italia, que recorrían las localidades suscitando la práctica de la penitencia entre las gentes.

A finales de la Baja Edad Media, con respecto al tratamiento de los trastornos psíquicos, sobresalen ciertos hechos. Por un lado, existen evidencias de que a principios del siglo XV en la cofradía del Hospital de la Santa Cruz en Barcelona se asistía a los enfermos mentales. Por otro lado, el primer nosocomio de Europa fue fundado por el clérigo Gilabert Jofré (1350-1417) en el año 1409 en Valencia y marcó un hito que daría paso a la posterior fundación de centros similares tanto en el Viejo como en el Nuevo Mundo. El carácter pionero de España en el tratamiento de las personas con trastornos del comportamiento se dio quizá gracias a la influencia de la cultura árabe que, como ya se ha mencionado, definía a los enfermos mentales como mediadores de la comunicación divina (Vallejo-Ruiloba, 2015).

En cuanto a la psicopatología infantil en la Edad Media, las referencias son bastante dispersas. Debido principalmente a la influencia del cristianismo, el trato hacia los niños enfermos o disminuidos evolucionó gradualmente. Los niños con alteraciones mentales y físicas pasaron a considerarse sujetos de caridad, delicados, a los que se debía atender y amparar (Martínez-Cardena, 1984). En este sentido, también en Valencia se creó un orfelinato en el siglo XIV para cuidar de los niños mendigos (Gracia, 1985). Y, aunque el infanticidio contemplado en etapas previas fue erradicado tras varios edictos, el abandono y maltrato de estos niños prosiguió. Así,

las leyes permitían golpear a los niños, pero no matarlos, y los niños plebeyos solían ser vendidos como esclavos o ingresados en algún monasterio o convento (Peterson & Burbach, 1988). No obstante, a pesar de verse atenuadas las causas de infanticidio promovidas por la gente es indiscutible que en la Baja Edad Media la Inquisición envió a la hoguera a un número posiblemente elevado de niños que manifestaba algún tipo de conducta atípica (Zilboorg, 1969).

1.6.- El Renacimiento

La corriente supersticiosa de la Edad Media se perpetuaría durante varios siglos, especialmente entre las clases populares. Sin embargo, en torno al siglo XV comienza a advertirse un alumbramiento progresivo del conocimiento y, por tanto, del trato hacia la conducta anormal.

En el ámbito de los trastornos de la conducta, se vislumbran nuevas vías como la propuesta por el médico holandés Johann Weyer (1515-1588) que alzó la voz contra la persecución de brujas. Weyer, considerado por muchos historiadores como el padre de la psiquiatría, afirmó que el comportamiento de las brujas no guardaba relación con elementos sobrenaturales, sino que se trataba de personas afligidas por desórdenes mentales. Defendió con vehemencia la necesidad de un trato humanitario mediante prácticas médicas y, en este sentido, trazó una línea divisoria significativa entre el ámbito médico y la teología (Sarason & Sarason, 2006).

Puso el acento, además, en la observación minuciosa y descripción de diversos trastornos coincidentes con patologías descritas en la actualidad, tales como depresión, pesadillas recurrentes, paranoia o psicosis. De estas observaciones, dedujo las importantes relaciones existentes entre los trastornos mentales y las experiencias personales o las relaciones interpersonales problemáticas.

El filósofo español Juan Luis Vives (1492-1540) también hizo hincapié en la necesidad de tratar con dignidad a los enfermos mentales. Exploró la posibilidad de traer a la conciencia recuerdos traumáticos olvidados, como hará el psicoanálisis siglos más tarde, y destacó la preeminencia de las emociones sobre la razón en los procesos mentales del individuo. Es especialmente destacable su obra "De Subventionem Pauperum" en la que propone iniciativas novedosas como la terapia ocupacional, la educación y el trabajo protegido para personas con problemas de diversa índole.

Otra figura díscola de las posturas teológicas del Tardomedievo fue la de Theophrasto Bombast von Hohenheim, Paracelso (1493-1541). Este autor se alejó de las interpretaciones demonológicas de los trastornos mentales a pesar de que sus tesis estaban contaminadas por explicaciones de carácter poco racional (p. ej., la influencia de las fases lunares o la posición de los planetas). Así mismo, describió diversos tipos de enfermedad mental, destacando su apreciación de la locura como enfermedad hereditaria.

Como se ha señalado previamente, España fue un país pionero en el tratamiento de los trastornos mentales, con hospitales en cierto sentido revolucionarios desde finales de la Edad Media. Estas instituciones, que proliferaron en este período, pueden considerarse precedentes de las reformas que se realizarán en la etapa ilustrada en el continente. Algunos ejemplos de las mismas fueron, además del primer nosocomio de Valencia, el Hospital Psiquiátrico de Sevilla (1435), el Real y General Hospital de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza (1425), el Hospital Psiquiátrico de Granada (1537), etc. Estos centros instauraron innovadores regímenes, tratamientos basados en el trabajo, secciones de atención a niños, etc. Sin embargo, con el tiempo, el progresivo hacinamiento de pacientes echó por tierra los avances conseguidos.

En lo que respecta a la psicopatología infantil, el Renacimiento aportó pocos cambios en cuanto al trato otorgado a los niños (Hunter & Macalpine, 1963). El castigo físico fue una práctica habitual y el abandono en las iglesias u hospicios se mantuvo. En cierto modo, ese abandono seguía equivaliendo a infanticidio pues, como señala Marvick (1974), ni un solo niño acogido en los orfanatos franceses sobrevivió a la adolescencia. Sin embargo, es durante este período cuando

Thomas Phaire publica en 1545 “The Booke of the Children”, considerado el primer libro de pediatría. En él describió distintos trastornos propios de los niños como terrores, cólicos o problemas de sueño. Este hecho supuso un cambio de actitud hacia la infancia y sus trastornos (Peterson & Burbach, 1988). Otro autor, reflejo de esta nueva consideración, fue Felix Platter (1536-1614), quien publicó un tratado general “Praxeos Medicae” en el que combatió las ideas demoníacas medievales. Así mismo, se interesó por la epidemiología del retraso mental y propuso la intervención pedagógica de la misma. También se preocupó por las clasificaciones dividiendo las enfermedades psíquicas y señalando las causas hereditarias de las mismas (Doménech & Canals, 1998).

En resumen, al final de este período, una nueva concepción hacia el trastorno mental y, por ende, un trato más comprensivo y empático comenzó a vislumbrarse. El florecimiento de la razón y su predominio sobre las explicaciones sobrenaturales darán pie a los siglos XVII (“Siglo de la Razón”) y XVIII (“Siglo de las Luces”).

1.7.- Ilustración: siglos XVII y XVIII

Esta nueva época supuso el comienzo de la medicina moderna, y con ella, el intento de dar explicaciones menos axiomáticas y deterministas. Paulatinamente, cobró importancia la idea de que las afirmaciones debían sustentarse con métodos de observación y comprobación. El método científico, por tanto, fue estableciéndose con fuerza en múltiples campos del saber.

Sin embargo, la observación de procesos como las emociones o los pensamientos de un individuo presentaba más dificultades que otros fenómenos de la naturaleza. Así, en el ámbito de los trastornos mentales se produjo una relativa división entre las concepciones naturalistas que sugerían su explicación: las que pusieron el foco en lo orgánico y las que lo hicieron en lo psicológico. Las dos posturas, entrelazadas con relativa frecuencia, se irían conformando gradualmente a lo largo de los sucesivos siglos. En cualquier caso, y a pesar de las divergencias, las concepciones naturalistas rechazaron las arcaicas visiones mítico-religiosas. A finales del siglo XVIII, la superstición sería reemplazada prácticamente por las nuevas concepciones naturalistas, tal y como se puede apreciar en la revisión realizada a continuación, que en rasgos generales sigue a Sarason & Sarason (2006).

Un ejemplo de la corriente psicológica fue Baruch Spinoza (1632-1677), quien planteó la imposibilidad de separar cuerpo y mente, influenciando con estos planteamientos muchos enfoques existentes contemporáneos de la psicología y la fisiología. El autor neerlandés destacó la importancia de los procesos psicológicos sobre el comportamiento, atribuyéndoles la misma relevancia que procesos del mundo natural susceptibles de ser observados. William Harvey (1578-1657), conocido por estudiar la circulación capilar, propuso también una interrelación entre los fenómenos físicos y los psicológicos.

Por lo que corresponde a la corriente más orgánica o física, el médico Franz Joseph Gall (1758-1828) elaboró la doctrina de la frenología, según la cual, las cualidades psíquicas podían identificarse a través de la morfología externa del cráneo. En concreto, Gall postuló que las facultades mentales dependían del desarrollo anatómico de determinadas áreas del cerebro, y relacionó las protuberancias craneales con la fisonomía del cerebro. Sus postulados gozaron de gran repercusión en diversos círculos, sobreviviendo hasta bien entrado el siglo XX.

Por su parte, el médico alemán Franz Anton Mesmer (1734-1815), sostuvo que las enfermedades podían ser curadas a través de la igualación de un fluido magnético presente en los seres humanos que, a su vez, formaba parte de un fluido magnético universal, más adelante denominado “magnetismo animal”. Los trastornos mentales podían curarse mediante la inducción artificial de ciertas crisis en el paciente, por medio de unas sesiones clínicas en torno a una tina llena de agua magnetizada. Las teorías de Mesmer llegaron a alcanzar gran popularidad, salvo

en los círculos médicos, en los que los efectos terapéuticos de sus sesiones se consideraban más relacionados con la sugestión que con la existencia de fluidos magnéticos.

Otro ejemplo al respecto del origen de la conducta anormal en causas físicas fue Cullen (1710-1790), quien creía que el comportamiento neurótico era provocado por defectos del sistema nervioso. Sus tratamientos consistían en baños fríos, inducción del vómito, sangrías, fisioterapia, dietas especiales, ejercicio intensivo, reclusión y uso de camisas de fuerza para los enfermos más violentos, métodos de escasa relación con el planteamiento racional. Cullen propuso también el término “neurosis” para referirse al trastorno fisiopatológico del sistema nervioso carente de procesos febriles o somáticos.

Un episodio destacable que contribuyó al cambio de percepción respecto a la enfermedad mental fue el propiciado por las crisis psicóticas sufridas por el rey Jorge III de Inglaterra a partir de 1765. Este hecho puso de manifiesto la vulnerabilidad de todos los estamentos sociales frente a este tipo de dolencias. A pesar de que ya existían instituciones mentales en Inglaterra, la enfermedad del monarca propició la regulación de su situación a partir de que una serie de leyes fueran aprobadas en 1774. Esta tendencia se extendió por toda Europa propiciando el desarrollo de centros similares por todo el continente, espacios que en su mayoría habían cumplido previamente funciones de monasterios o casas de caridad. En cualquier caso, el trato a los enfermos en estos centros era más que cuestionable.

Así pues, pronto surgieron reivindicaciones que demandaron mejoras en el trato de los pacientes en los hospitales mentales. En Francia, y coincidiendo con las nuevas ideas de la Revolución que abordaban también otras cuestiones relativas a los derechos del individuo, Philippe Pinel (1745-1826) representó uno de los movimientos de reforma más innovadores: el “tratamiento moral”. El alienista francés, encargado inicialmente del Hospital La Bicêtre y posteriormente de La Salpêtrière, propugnó un trato más humanitario, liberando a los pacientes de sus cadenas en 1794 y modificando sus condiciones ambientales (acceso libre a jardines, habitaciones soleadas y tareas terapéuticas estructuradas). Igualmente, favoreció la psiquiatría científica, elaborando una clasificación basada en características observadas en la conducta anormal (melancolía, manía, demencia e idiocia) y reconociendo la importancia del empirismo en el tratamiento mental. Por su parte, Jean Esquirol (1772-1840), discípulo y sucesor de Pinel en La Salpêtrière, definió las alucinaciones y la manía, y contribuyó igualmente a la psiquiatría científica con planteamientos naturalistas que sugerían el origen cerebral de los trastornos mentales.

Las pautas terapéuticas de esta reforma generaron extraordinarias recuperaciones, así como una mejoría generalizada de la conducta de los pacientes. No obstante, con el tiempo, las condiciones de los enfermos experimentaron un deterioro progresivo por la confluencia de diversos factores. En primer lugar, los defensores de las reformas realizaron vehementes alegatos carentes de formulaciones teóricas sólidas. Y, en segundo lugar, las demostraciones de éxito de las nuevas medidas resultaron insuficientes para superar la oposición de los numerosos médicos que las condenaron (Arias, 2018).

Durante estos dos siglos, cabe señalar igualmente una serie de cambios, con relación a la consideración de la infancia, que marcaron las futuras concepciones. En parte, estos cambios se debieron a una nueva idea acerca de la educación influida tanto por John Locke (1632-1704) como por Rousseau (1712-1778). Por un lado, Locke consideró al neonato como “tabula rasa”, de manera que el aprendizaje en los primeros años resultaría de suma relevancia para la vida adulta. Por otro lado, fue notable la influencia de Jean Jacques Rousseau, para quien los niños aprenderían de forma espontánea siempre que las condiciones ambientales fuesen adecuadas (Peterson & Burbach, 1988).

Las apreciaciones de estos autores, hacia finales del siglo XVII y comienzos del XVIII, se tradujeron en un tratamiento diferente de las familias de nivel socioeconómico alto para con sus hijos (Aries, 1962). Así, los padres prestaron interés en el desarrollo de los infantes e interaccionaron con ellos en diversas actividades lúdicas. Con el tiempo, se cambió la perspectiva

general hacia los niños, al pasar a ser vistos como “pequeñas personas” que necesitaban el apoyo físico y emocional de sus progenitores y educadores.

Otro hecho que también influyó en esa nueva consideración hacia los niños fueron las reformas llevadas a cabo en las instituciones mentales con el tratamiento moral. Así, de igual manera, se desarrolló una labor más humanitaria con niños retrasados, pasando de la mera reclusión en casas de acogida junto a indigentes o adultos enfermos psíquicos al intento de educación. Se crearon inicialmente, a lo largo del continente europeo, numerosos centros e innovaciones educativas para niños con ceguera y sordomudos (p. ej., la Escuela de Edimburgo fundada en 1767, las propuestas de John Wallis (1618-1703), Thomas Braidwood (1715-1806), Jacob Rodríguez Péreire (1715-1780), etc.), posteriores en cualquier caso a las desarrolladas por Fray Pedro Ponce de León (1513-1584) en España. Estas labores iniciales de institucionalización y educación con niños con problemas visuales, de sordera o mutismo se generalizaron posteriormente a todos los demás infantes (Martínez-Cardena, 1984). En este sentido, existen datos acerca del uso de intervenciones basadas en métodos hospitalarios a niños con problemas médicos o psicopatológicos (Stone, 1979). Por ejemplo, Duffy (1976) data uno de los primeros ingresos de un niño en un hospital de Pensilvania en 1756, por una reacción depresiva ante el fallecimiento de su madre y hermano (citado en Peterson & Burbach, 1988, p. 8).

1.8.- Siglo XIX

Continuando la corriente iniciada en el XVIII, los hospitales mentales siguieron incrementando su número y tamaño, lo que conllevó un cambio en el papel del personal encargado de su funcionamiento. En concreto, derivó hacia una perspectiva más pragmática, centrada en gestionar la custodia de enfermos y alejada de implementar los tratamientos individuales y humanitarios que el tratamiento moral propugnaba. De hecho, el trato a los enfermos psíquicos experimentó tan notable deterioro en este período que propició cambios legislativos por parte de algunos gobiernos frente a las quejas de la ciudadanía y de los diferentes movimientos sociales.

Es destacable el ejemplo de Dorothea Lynde Dix (1802-1887), maestra de escuela estadounidense, por sus esfuerzos en mejorar el estado de las instituciones destinadas a albergar indigentes y enfermos mentales. Lynde realizó una serie de informes de los centros que visitaba, trasladándolos a las autoridades legislativas, y creó conciencia sobre la necesidad de asumir la responsabilidad en el ámbito público de la atención al enfermo psíquico. Con esta cruzada logró que en Estados Unidos el número de pacientes atendidos en los hospitales mentales se incrementara en un 55% desde 1840 a 1890. También tuvo un importante desempeño en el movimiento de reforma de las instituciones Clifford W. Beers (1876-1943), un hombre de negocios norteamericano que pasó confinado algunos años en varios de estos centros. Relató su experiencia en su libro “A mind that found itself” (1908) y posteriormente fundó la Asociación para la Higiene Mental (actualmente denominada Asociación Nacional para la Salud Mental), donde promovió programas sociales de prevención de la enfermedad psíquica y modificó ciertas pautas en los tratamientos con el fin de hacerlos más humanos (Barlow & Durand, 2004).

En ese contexto de sistematización de hospitales e incremento del número de pacientes, a su vez, germinó una explicación etiológica de los trastornos mentales que marcaría la segunda mitad de siglo, situando el origen de los mismos en alteraciones orgánicas o cerebrales (Carrobbles, 1985). Como se ha mencionado con anterioridad, en las etapas precedentes al siglo XIX, comenzaron a conformarse dos visiones divergentes de la naturaleza de las enfermedades mentales. Por un lado, las teorías de carácter psicológico o experiencial y, por otro lado, las teorías orgánicas. La acentuación de estas últimas durante este período supuso que el enfoque orgánico fuese adoptado prácticamente por la totalidad de la incipiente disciplina psiquiátrica y que las personas con trastorno mental asumieran un papel de pasividad, esperando mejorar a través de los remedios médicos.

Entre las aportaciones más representativas del enfoque orgánico, se encuentran las realizadas por Griesinger, Kraepelin o Morel. El psiquiatra alemán Wilhelm Griesinger (1817-1868) publicó su obra "Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten" en 1845, que sería considerada de referencia durante la segunda mitad del siglo XIX. En ella se alejó tajantemente de los postulados ambientalistas, situando el origen de las psicosis en problemas anatómicos cerebrales. Algunos descubrimientos, principalmente en el área de la neuropatología y la anatomía cerebral (p. ej., déficits de tiramina en alcohólicos con síndrome de Wernicke, el origen sifilítico de la parálisis general progresiva, etc.), así como el auge de la frenología propulsaron la aceptación de la tesis de Griesinger. Sin embargo, su postura organicista no supuso en absoluto que se distanciase del trato hacia los pacientes defendido por el tratamiento moral.

En cuanto a Emil Kraepelin (1855-1926), discípulo de Griesinger y piedra angular de la psiquiatría moderna, elaboró en su libro "Tratado de psiquiatría" (1883) un sistema clasificatorio basado en las manifestaciones sintomáticas de las alteraciones mentales y no en su etiología. Igualmente, otorgó un énfasis especial a la observación longitudinal, destacando el curso de los trastornos como otro de los elementos fundamentales en el diagnóstico y pronóstico de las entidades clínicas. A su vez, otra de sus principales aportaciones fue la diferenciación entre las "psicosis endógenas" (la psicosis maniaco-depresiva, la demencia precoz y la paranoia) como entidades nosológicas independientes, sin especificar qué síntomas eran exclusivos de ellas y cuáles de las funcionales.

Finalmente, el francés Bénédict Augustin Morel (1809-1873), junto con Valentin Magnan (1835-1916), llevó a su culminación la orientación organicista con la teoría de la degeneración. En concreto, indicó que los trastornos mentales eran la expresión de una degeneración transmitida genéticamente, que iría desde la neurosis hasta la psicosis, y desembocaría en último término en la deficiencia. Esta teoría degeneracionista terminó por desaparecer, siendo el origen de otras concepciones hereditarias menos deterministas (Arias, 2018).

En cuanto al enfoque psicológico, como hemos señalado, habían existido algunos antecedentes históricos en los períodos precedentes, pero no fue hasta finales del siglo XIX cuando surgieron nuevos autores bajo esta perspectiva. Así, Charcot, Janet y Freud comenzaron a considerar plausibles las alteraciones psicológicas o funcionales como causas de los trastornos mentales, en especial de la histeria (presente de forma importante en este período).

El neurólogo francés Jean Martin Charcot (1825-1893), director de La Salpêtrière, se interesó por el poder curativo de la hipnosis en los procesos histéricos. No obstante, mantuvo la teoría de que las alteraciones orgánicas eran las causantes de esta sintomatología, albergando también la idea de una relación con los estados mentales. Por su parte, Pierre Janet (1859-1947), discípulo de Charcot, exploró el concepto de inconsciente y defendió la psicoterapia verbal, así como otras técnicas de corte psicológico, como procedimiento terapéutico. Las aportaciones de estos dos autores supusieron un notable apoyo a la concepción psicológica o experiencial de los trastornos mentales, especialmente los "neuróticos". Se amplió, por tanto, el objeto de estudio de la psicopatología a alteraciones que no impedían el desarrollo de una vida relativamente normal a los individuos.

Por último, el célebre Sigmund Freud (1856-1939) apuntó inicialmente hacia una causa neurológica como origen de los trastornos mentales. Sin embargo, indagando en el estudio de la histeria, advirtió que se podía tratar mediante procesos íntegramente verbales. Este hecho le llevó a considerar la alteración funcional como la causa más probable de estos trastornos y supuso el germen de su teoría psicoanalista, una visión radicalmente innovadora en el estudio de los trastornos de la conducta.

En resumen, podríamos decir que este siglo se caracterizó por un refinamiento y una mayor claridad conceptual en la psicopatología, erigiéndose los principios para una sistematización y organización de los trastornos en base a criterios empíricos (Berrios, 1984). La superstición sufrió, en consecuencia, un notable arrinconamiento y se sentaron las bases de las corrientes modernas

que comenzaron a considerar igualmente importantes los aspectos biológicos y psicológicos en el desarrollo de la conducta anormal.

En lo que respecta a la infancia, merece la pena destacar que la nueva concepción gestada a finales del siglo XVIII fue puesta en práctica en la etapa decimonónica por los llamados “médicos-educadores”. En primer lugar, Itard (1775-1838), discípulo de Pinel, divulgó sus primeros trabajos con un niño con graves alteraciones conductuales hallado en los bosques de Aveyron. Esta experiencia constituyó la descripción más detallada de un tratamiento moral, pasando a la historia como el primer tratamiento psicopedagógico. En segundo lugar, Guggenbühl (1816-1863) fundó en Suiza un centro destinado a la educación de niños con cretinismo, en el que combinó tratamientos naturalistas con otros farmacológicos. En tercer lugar, Séguin (1812-1888) creó una escuela para niños con retraso mental en La Salpêtrière e influyó en la implantación de centros similares tanto en Europa como en Estados Unidos (Gil Roales-Nieto et al., 1997).

El interés institucional suscitado a finales del siglo anterior se extendió en la primera mitad del siglo XIX también hacia niños con retraso y otras patologías psíquicas, creándose secciones independientes de los adultos en los principales hospitales. Así, por ejemplo, Felix Voison (1794-1872) se encargó de crear una sección de “niños idiotas y epilépticos” en el Hospital de niños incurables de París, trasladada a Bicêtre en 1836. En 1880 la Asociación Médica Americana inauguró igualmente, considerando la infancia como una etapa diferenciada de la edad adulta, una sección específica para el tratamiento de las enfermedades infantiles.

Estos desarrollos tuvieron su repercusión en el ámbito científico, contemplándose dos importantes novedades durante el siglo XIX. La primera supuso la inclusión de desórdenes mentales en los grandes manuales de la época. Así, Griesinger introdujo en su obra de 1845 un capítulo dedicado a los niños, en el que señaló que tanto los adultos como los infantes podían estar afectados de melancolía y manía. También, Henry Maudsley (1835-1918), fundador del actual Maudsley Hospital, dedicó un capítulo completo de su obra “Physiology and Pathology of the Mind” (1867) a los trastornos mentales infantiles. Y Charles West (1816-1898) añadió en 1854 un capítulo de trastornos de la conducta infantil titulado “Lecture on disorders of the mind in childhood” en su texto de pediatría, enfatizando los posibles efectos adversos de aspectos ambientales como el contacto con los padres (Doménech & Canals, 1998).

La segunda, y última novedad de esta época, consistió en la publicación de diversos manuales específicos que intentaron sistematizar el conocimiento y los datos existentes acerca de los problemas mentales en la infancia. La obra de John Langdon Down (1826-1896) “Mental Affections of Children and Youth” en 1887 clasificó diferentes tipos de idioticias en congénitas, accidentales o del desarrollo, subdividiendo las congénitas según la similitud fisiológica guardada con diversas etnias (Gil Roales-Nieto et al., 1997). Mientras que Moreau de Tours (1804-1884) publicó en 1888 una obra destacable en la psiquiatría infantil “La folie chez les enfants”. En su obra incluyó una enorme cantidad de casos, resaltando las causas hereditarias y orgánicas de los distintos trastornos, en consonancia con el modelo médico dominante en este período.

1.9.- Siglo XX

El siglo XX se caracterizó por el florecimiento de nuevos y múltiples campos de investigación, modelos, escuelas y técnicas de evaluación y tratamiento. Las escuelas psicoanalíticas abanderaron la primera mitad de siglo, destacando los procesos psicológicos del individuo y relegando a un segundo plano las alteraciones orgánicas. Es bien sabido que el psicoanálisis adolece de ser fuertemente acientífico. Sin embargo, es innegable la valiosa aportación que supuso la introducción de esta nueva perspectiva íntegramente psicológica. Las escuelas psicoanalíticas pusieron el acento sobre las alteraciones funcionales de la conducta anómala, allanando el camino a otras escuelas posteriores que tratarán de aproximarse a los trastornos mentales sin someterse exclusivamente a la rigidez organicista.

En oposición al psicoanálisis, surgieron las escuelas fenomenológicas, encabezadas por Karl Jaspers (1883-1969) y la escuela de Heidelberg (Wilhelm Mayer-Gross, Kurt Schneider, etc.). Según la perspectiva fenomenológica, el valor de la vida no es intrínseco, es proporcionado por quien la percibe (Bernstein & Nietzel, 1980). En este sentido, la conducta no sería el resultado de factores ambientales o conflictos intrapsíquicos, sino que se conformaría a través de la percepción del mundo que tiene el individuo. En base a esto último, los problemas de la conducta estarían igualmente sujetos a esta condición. Así, esta perspectiva subjetivista, alejada del positivismo, se caracterizó al igual que el psicoanálisis por adoptar una posición acientífica que dificultó el desarrollo científico de la psicopatología (Vázquez, 1990).

Otra propuesta fue la conductista, procedente de modelos experimentales apoyados en los trabajos de fisiólogos rusos como Vladímir Mijáilovich Bechtereov (1857-1905) o Iván Petróvich Pavlov (1849-1936), y en los trabajos norteamericanos de Edward Thorndike (1874-1949) o John Broadus Watson (1878-1958). La obra de Watson de 1919 "Psicología desde el punto de vista conductista" supuso el inicio de esta perspectiva que jugó un papel esencial en la identificación de factores causales y procedimientos terapéuticos innovadores en los trastornos del comportamiento humano. Así, mediante la aplicación de los principios del condicionamiento clásico e instrumental, así como del condicionamiento operante propuesto por Burrhus Frederic Skinner (1904-1990), el conductismo contribuyó decisivamente a la consolidación de la psicología como disciplina científica. Posteriormente, las propuestas de este modelo, complementadas con el cognitivo y ampliadas con la investigación neurocientífica, constituirían probablemente el campo de actuación más importante en el estudio de la conducta anormal de las próximas décadas (Gardner, 1987).

El acercamiento comunitario, preocupado por el papel de las variables sociales en el desarrollo y mantenimiento de las alteraciones de conducta, constituyó otra perspectiva importante en este período. La evidente relación entre algunos problemas conductuales (dependencia de sustancias, inadaptación social, etc.) y la existencia de condiciones sociales adversas planteó la necesidad de desarrollar programas de prevención e intervención en el ámbito social, propiciando cambios en los estilos de vida y en los hábitos de salud. En esta línea, se sucedieron ciertas reivindicaciones sensatas como la protección de los derechos de las personas con trastorno mental, la creación de dispositivos intermedios como los hospitales de día o los talleres protegidos, etc. que solicitaban una adecuada política social que conllevara la reinserción exitosa de estos pacientes en la comunidad. En consonancia con lo anterior, es reseñable el fenómeno de la desinstitucionalización promovido por la corriente antipsiquiátrica, defendida por autores como Szasz, Cooper, Laing o Foucault.

Fue destacable también durante la segunda mitad del siglo XX la extensión del uso y el descubrimiento de numerosos psicofármacos, constituyendo una importante revolución en la asistencia psiquiátrica. Se comenzaron a utilizar fármacos psicotrópicos como los ansiolíticos (benzodiazepinas, como el bromazepam o alprazolam, hipnótico-sedantes, etc.), antidepresivos (tricíclicos, como la imipramina o la clomipramina, inhibidores de la MAO, ISRS como la fluoxetina o la paroxetina, etc.) y antipsicóticos (fenotiazinas, tioxantenos, butirofenonas, benzaminas, etc.), abriendo camino a nuevas formas de tratamiento de los diferentes trastornos mentales. Los nuevos descubrimientos en campos allegados a la medicina (la bioquímica, la biología molecular, los avances tecnológicos y, como ya hemos mencionado, el uso extendido de tratamientos con psicotrópicos) inevitablemente inclinaron de nuevo la perspectiva de las enfermedades mentales hacia el enfoque organicista. Continuaron, no obstante, desarrollándose al mismo tiempo perspectivas más psicológicas como los modelos de vulnerabilidad-estrés en la explicación de diversos trastornos como la esquizofrenia o la depresión (Perris, 1987).

Centrándonos en la infancia, el inicio del siglo XX estuvo marcado por tres desarrollos que contribuirían a la conformación de la visión contemporánea de la psicopatología infantil. En primer lugar, la creación de medidas del funcionamiento intelectual, destacándose la prueba desarrollada por Alfred Binet en 1905 que es considerada la primera escala de inteligencia (Parry-Jones, 1989).

La prueba tenía como propósito el diagnóstico de niños con retraso mental y la detección de aquellos sin capacidad suficiente para recibir la instrucción escolar estandarizada. En segundo lugar, el auge de las teorías psicoanalíticas y su visión de la infancia como una sucesión de estadios hasta alcanzar el desarrollo psicosexual adulto. Como hemos mencionado, el psicoanálisis señaló los trastornos mentales como alteraciones funcionales y, por tanto, como fracasos en un desarrollo psicosexual adecuado. Fueron Anna Freud y Melanie Klein las autoras de mayor influencia de esta escuela que ahondaron en el ámbito clínico infantil (Frame & Matson, 1987). En tercer lugar, el estudio sistemático del desarrollo del comportamiento en las primeras etapas de los niños con el fin de obtener patrones evolutivos normativos con los que comparar el adecuado progreso de los mismos. Estos tres impulsos en el ámbito infantil suscitaron un mayor interés por los procesos de desarrollo y trastornos de la infancia. Así, pudieron contemplarse diferentes descripciones de patologías como las formas infantiles de esquizofrenia descritas por Sante de Sanctis en 1906, el autismo infantil por Kanner en 1943 o la depresión anaclítica por Spitz en 1946.

En consecuencia, el nuevo foco de atención sobre la infancia trajo consigo una serie de iniciativas llevadas a cabo con el objetivo de ofrecer mejoras en las condiciones de vida y en los tratamientos a los trastornos de la conducta en la etapa infantil. En este sentido, comenzaron a crearse tribunales de menores en diferentes lugares como Australia en 1895 o Chicago en 1899, gestándose los inicios de la división entre procesos judiciales destinados a adultos o a menores. Publicaciones como "The Individual Delinquent" de William Healey en 1915 subrayaron la importancia del entorno como factor clave en la aparición de la conducta criminal en la infancia. Además, surgieron movimientos como el Child Guidance Movement en Estados Unidos que promovió la concienciación sobre los trastornos en la infancia y conllevó el crecimiento de clínicas con equipos multidisciplinarios para el tratamiento de los mismos (Ollendick & Hersen, 1983). El propio gobierno de los Estados Unidos estableció en 1930 un subcomité destinado al estudio de la psicología y la psiquiatría en el ámbito pediátrico. Por último, destacar la proliferación de organizaciones profesionales tales como la American Orthopsychiatric Association (1924), Unión Europea de Psiquiatras Infantiles (1950). Así mismo, en 1953 se fundó la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y en 1957 la Junta Americana de Psiquiatría y Neurología determinó que la psiquiatría infantil debía abordarse como una subespecialidad. En definitiva, todos estos avances supusieron la consolidación de la psiquiatría infantil como especialidad en el siglo XX.

1.10.- Siglo XXI

Durante el siglo XXI, el estudio de los trastornos de la conducta viene siendo una extensión de los descubrimientos y trabajos del siglo XX, no por supuesto, sin contar con nuevas aportaciones y matizaciones en múltiples aspectos. Del mismo modo, antiguos debates teóricos acerca de la naturaleza del comportamiento humano siguen vigentes, surgiendo nuevos enfoques que desafían anteriores asunciones teóricas.

Asistimos hoy a una próspera y diversificada investigación en el campo de la psicopatología. Los descubrimientos tecnológicos y los avances metodológicos (p. ej., técnicas de neuroimagen, genética molecular, modelos explicativos de ecuaciones estructurales sobre matrices de covarianzas, estudios con varianzas mediadoras y moderadoras, etc.) aportan nuevas y sustanciales posibilidades tanto en la precisión de los instrumentos de evaluación psicopatológica como en su aplicación para mejorar el entendimiento de la estructura de los trastornos. Así mismo, el florecimiento de nuevos tratamientos (conocidos como "terapias de tercera generación" o "terapias contextuales"), o la inclusión de conceptos transdiagnóstico o condiciones etiopatogénicas como la evitación experiencial o la "hiperreflexividad" (Hayes, Wilson, Guifford & Follete, 1996; Pérez-Álvarez, 2012) posibilitan una mayor comprensión de los trastornos de la conducta y sus relaciones. De modo similar, los avances en la investigación básica experimental abren el camino hacia la intelección de las distintas problemáticas y el progreso en la práctica

clínica, aspectos ambos que se influyen bidireccionalmente (Rutter & Stevenson, 2008). En consecuencia, el número de revistas y de publicaciones científicas es muy abundante y podemos observar una mayor especialización, ya sea en los aspectos metodológicos o en trastornos específicos (p. ej., *Psychological Methods*, *Journal of Abnormal Behavior*, *Journal of Anxiety Disorders*, etc.)

No obstante, ante las dificultades que presenta el desarrollo de una ciencia objetiva o la adecuada aplicación del método científico en el ámbito psicopatológico, los investigadores contemporáneos se plantean la necesidad de ser críticos con los posibles sesgos a los que sus trabajos pueden verse sometidos. Es además importante reconocer que se precisa más de un enfoque o perspectiva teórica para explicar la complejidad del comportamiento humano anómalo. Hoy en día coexisten, al menos, cuatro enfoques: el cognitivo-conductual, el contextual, el neurocientífico y el genético. Los cuatro requieren también atender a la influencia de diversos factores socioculturales que repercuten en la descripción y determinación de posibles causas psicopatológicas así como en la propuesta de tratamientos. La existencia de esta diversidad de enfoques precisa de un modelo integrador que nos ayude a comprender la conducta anormal en toda su complejidad.

Poniendo de manifiesto la tendencia hacia una disciplina cada vez más empírica, es notable la revisión y actualización de los sistemas clasificatorios de la patología psiquiátrica con la consecuente matización de criterios y aparición de nuevas categorías diagnósticas (p. ej., Trastorno neurocognitivo leve, trastorno de excoriación, etc.). En contraposición, también se promueve la utilización de enfoques transdiagnóstico que pretenden dar cuenta de los procesos comunes subyacentes a los diversos trastornos (Barlow & Farchione, 2017; Hayes & Hofmann, 2018). Igualmente, es perceptible la demanda de evidencias a la hora de implementar un nuevo tratamiento, favoreciendo el desarrollo de investigaciones que permitan determinar la eficacia de las intervenciones en los distintos trastornos de la conducta, así como de guías que contemplen dicha eficacia (p. ej., Woody, Weisz, & McLean, 2005; o los manuales de Pérez-Álvarez, Fernández-Hermida, Fernández-Rodríguez, & Amigo, 2018). Por último, destacar que la construcción de intervenciones clínicas actualmente está siendo guiada a partir de la investigación empírica en mayor medida que en el pasado.

En lo concerniente al ámbito infantil, en el siglo XXI, bien asentado ya el concepto de infancia, se continúan implementando los descubrimientos y perspectivas teóricas existentes, procurando el perfeccionamiento de los mismos. En este sentido, se observa un desarrollo paralelo y en lógico intercambio con los hallazgos en el ámbito de los adultos. Mención especial merece el surgimiento de la psicopatología evolutiva como marco de análisis de la conducta, tanto adaptada como desadaptada, a través del estudio de las complejas relaciones establecidas entre los sistemas biológicos, psicológicos y sociales a lo largo de la historia del individuo (Cicchetti, 2016). Desde este marco se entiende el desarrollo evolutivo como una epigénesis probabilística y, por tanto, bien puede ser señalado como un nuevo enfoque de vulnerabilidad-estrés que contribuya a la integración necesaria de los enfoques ya existentes en psicopatología.

En conclusión, hemos visto como el estudio de la psicopatología, en general, y, por tanto, de la psicopatología infantil, es un proceso complejo que ha conllevado un arduo y no siempre lineal proceso en el curso de la historia, siempre sujeto además a un marco cultural específico. En el contexto de los últimos dos siglos hemos observado grandes progresos, pero es importante que estos sigan siendo sometidos a un juicio crítico. Para corroborar la validez de un nuevo hallazgo la mejor herramienta a nuestra disposición es la constatación empírica, pues esta está sujeta en menor medida a las subjetividades del entorno cultural al que pertenecemos.

Bibliografía:

- Arias, B. (2018). Proyecto Docente. Manuscrito no publicado, Facultad de Educación y Trabajo Social, Universidad de Valladolid.
- Aries, P. (1962). *Centuries of childhood*. New York: Vintage Books.
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2004). *Abnormal Psychopathology: An integrative Approach*. Thomson Wadsworth.
- Barlow, D. H., & Farchione, T. J. (2017). *Applications of the Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders*. Oxford University Press.

- Bernstein, D. A., & Nietzel, M. T. (1980). *Introduction to clinical psychology*. New York: mcgraw-Hill.
- Berrios, G. E. (1984). Descriptive psychopathology: Conceptual and historical aspects. *Psychol. Med.*, 14, 303-313.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., & Carrobbles, J. A. (Dir.) (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Carrobbles, J. A. (1985). *Análisis y modificación de conducta: Aplicaciones prácticas*. Madrid: UNED.
- Cicchetti, D. (2016). *Developmental psychopathology, theory and method*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Coto, E., Gómez-Fontanil, Y., & Belloch, A. (2008). Historia de la psicopatología. En A. Belloch, B. Sandín, & F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología* (pp. 3-43). Madrid: mcgraw Hill.
- Doménech, E., & Canals, J. (1998). Evolución histórica de la psiquiatría infantil. En J. Rodríguez-Sacristán (Ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente* (pp. 145-165). Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Frame, C. L., & Matson, J. L. (1987). Historical trends in the recognition and assessment of childhood psychopathology. En C. L. Frame & J. L. Matson (Eds.) *Handbook of assessment in childhood psychopathology. Applied issues in differential diagnosis and treatment evaluation*. New York: Plenum Press.
- Gardner, H. (1987). *La nueva ciencia de la mente. Historia de la revolución cognitiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Gil Roales-Nieto, J. (1986). *Introducción histórica, conceptual y metodológica al estudio de la conducta anormal*. Granada: Ediciones Némesis.
- Gil Roales-Nieto, J., Molina, F. J., & Luciano, M. C. (1997). Desarrollo de la Psicología Clínica Infantil. En M. C. Luciano (Ed.), *Manual de Psicología Clínica. Infancia y adolescencia* (pp. 1-19). Valencia: Editorial Promolibro.
- Glicklich, L. (1951). An historical account of enuresis. *Pediatrics*, 8, 259-269.
- Golden, K. M. (1977). Voodoo in Africa and the United States. *American Journal of Psychiatry*, 134, 1425-1427.
- Gracia, D. (1985). ¿Es el niño un ser enfermo? *Jano*, 662, 801-820.
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2018). *Process-based CBT. The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. Context Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Guifford, E. V., & Follete, V. M. (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Hooley, J. M., Butcher, J. N., Nock, M. K., & Mineka, S. M. (2016). *Abnormal Psychology* (17th. Ed.). Pearson.
- Hunter, R., & Macalpine, I. (1963). *Three hundred years of psychiatry*. New York: Oxford University Press.
- Maher, B. A., & Maher, W. B. (1995). Una breve historia de la psicopatología. En V. E. Caballo, G. Buela-Casal, & J. A. Carrobbles (Dir.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos: Fundamentos conceptuales; trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos*. (pp. 3-61). Madrid: Siglo XX.
- Malinowski, B. (1954). *Magic, science and religion*. New York: Doubleday.
- Martínez-Cardaña, S. (1984). El modelo psicosociológico como alternativa en retraso en el desarrollo: Aportaciones a la etiología, evaluación, diagnóstico y tratamiento. Granada: Memoria de licenciatura. Universidad de Granada.
- Marvick, E. W. (1974). Nature versus nurture: patterns and trends in seventeenth century child rearing. In L. De Mause. *The history of childhood*. (pp. 259-301). New York: Harper & Row.
- Millon, T. (1976). *Modern Psychopathology: a biosocial approach to maladaptive learning and functioning*. Prospect Heights, ILL.: Waveland Press.
- Mora, G. (1982). Tendencias históricas y teóricas en psiquiatría. En A. Freeman, H. Kaplan & B. Sadock (Eds.), *Tratado de psiquiatría* (pp. 1-99). Barcelona: Salvat.
- Nathan, P., & Harris, S. (1975). *Psychopathology and society*. New York: mcgraw Hill.
- Ollendick, T. H., & Hersen, M. (1983). A historical overview of child psychopathology. En T. H. Ollendick y M. Hersen (Eds.), *Handbook of child psychopathology*. New York: Plenum Press.
- Oltmanns, T. F., & Emery, R. E. (1995). *Abnormal Psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Parry-Jones, W. (1989). Annotation: The history of child and adolescent psychiatry: Its present day relevance. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 30, 3-14.
- Pérez-Álvarez, M. (2012). *Las raíces de la psicopatología moderna. La melancolía y la esquizofrenia*. Madrid: Pirámide.
- Pérez-Álvarez, M., Fernández-Hermida, J. R., Fernández-Rodríguez, C., & Amigo-Vázquez, I. (2018). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*. Madrid: Piramide.
- Perris, C. (1987). Towards an integration theory of depression focusing on the concept of vulnerability. *Integrative psychiatry*, 5, 27-32.
- Peterson, L., & Burbach, D. J. (1988). Historical Trends. En J. L. Matson (Ed.) *Handbook of treatment approaches in childhood psychopathology*. (pp. 3-28). NY and London: Plenum Press.
- Rutter, M., & Stevenson, J. (2008). Developments in child and adolescent psychiatry over the las 50 years. En M. Rutter et al. (Eds.), *Rutter's child and adolescent psychiatry*. Massachusetts: Blackwell Publishing.
- Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (2006). *Psicopatología anormal: el problema de la conducta inadaptaada* (11a. Ed.). México: Pearson Educación.
- Scheerenberger, R. (1984). *Historia del Retraso Mental*. San Sebastián: Servicio Internacional de Información sobre Subnormales.
- Semelaigne, A. (1869). *Etudes historiques sur l'aliénation mentale dans l'antiquité*. Paris: P. Asselin.
- Spanos, N. (1978). Witchcraft in histories of psychiatry: A critical analysis and an alternative conceptualization. *Psychological Bulletin*, 85, 417-439.

- Stone, L. (1979). Residential treatment. En J. Noshpitz (Ed.), Basic handbook of child psychiatry. (pp. 231-262). New York: Basic Books.
- Sue, D., Sue, D. W., Sue, S., & Sue, D. M. (2015). Understanding Abnormal Behavior (11th. Ed.). Boston, MA: Wadsworth.
- Szasz, T. (1960). The myth of mental illness. American Psychologist, 15, 113-118.
- Vallejo-Ruiloba, J. (2015). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (8ª Ed.). Barcelona: Elsevier Masson.
- Vázquez, C. (1990). Historia de la psicopatología. En F. Fuentenebro, & C. Vázquez (Eds.), Psicología médica, psicopatología y psiquiatría, (pp. 415-472). Madrid: Interamericana/mcgraw Hill.
- Vidal, F. (1990). El lugar de la psicología en la clasificación de las ciencias. Curso de doctorado sobre psicología y conocimiento: Claves históricas. Oviedo: Mimeo.
- Woody, S. R., Weisz, J., & mclean, C. (2005). Empirically supported treatments: 10 years later. The clinical psychologist, 58, 5-11.
- Zilboorg, G. (1969). The medical man and the witch. New York: W. W.

2.- CAPÍTULO 2: INTRODUCCIÓN AL DESARROLLO, NOSOLOGÍA E HISTORIA CLÍNICA

Ana Pérez Cipitria. Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital Universitario Río Hortega.

2.1.- Desarrollo psíquico y diferenciación de lo normal y patológico. Signos y síntomas de alarma

El conocimiento del desarrollo normal del niño es fundamental para poder realizar una correcta valoración de la psicopatología en edades infantiles.

La importancia de adoptar una perspectiva evolutiva en el ámbito de la evaluación de la patología mental en el niño se debe a que la edad es una de las variables más determinantes en la significación patológica de determinadas conductas, existiendo una serie de manifestaciones que pueden ser variantes de la normalidad en una determinada edad cronológica, mientras que en otras pueden indicar la existencia de una posible patología.

Ya desde edades tempranas, signos de ausencia o desviación de los hitos del desarrollo normal pueden ser los primeros indicios de una patología grave, por lo que un buen conocimiento por parte del clínico del desarrollo evolutivo normal, así como de sus variantes y desviaciones, será crucial para la detección precoz de patologías.

Vamos a presentar los aspectos más relevantes del desarrollo normal en el niño, pero es importante señalar que la progresiva adquisición de funciones normales no se logra según un esquema rígido y estereotipado, ni con el mismo tiempo para todas las funciones, se deben considerar como promedios que deben seguir únicamente de referencia.

Distinguiremos entre signos de riesgo que requieren un seguimiento estrecho del niño por parte del pediatra y los signos de alarma que requieren una derivación más/menos inmediata para valoración/intervención especializada y la diferenciación se realiza por que las fechas de adquisición disten mucho de los periodos promedio establecidos, la coexistencia de varios signos de riesgo y la persistencia en el tiempo de estos.

El desarrollo humano se inicia con el potencial genético y se completa con la interacción entre el individuo y las personas de su entorno que le cuidan, pero es necesario una maduración del sistema nervioso central del niño para completar ese desarrollo de hecho podemos definir

maduración como la aparición secuencial y el crecimiento lineal de capacidades específicas y desarrollo como la totalidad del crecimiento y los usos múltiples e interrelacionados entre el individuo y su entorno, visto de este modo el desarrollo es el resultado de las influencias, que interactúan entre si, de la dotación natural, la maduración, el entorno, la memoria y la experiencia.

Para conocer el desarrollo psíquico del niño y adolescente vamos a presentar una serie de tablas en las que vemos los hitos evolutivos que deben conseguirse en un tiempo determinado y lo que se considera signos de alarma en cada etapa.

Dividiremos los grupos por edades, de 0 a 24 meses, de 3 a 5 años, de 6 a 11 años y adolescencia y repasaremos los hitos del desarrollo en la alimentación, psicomotor, lenguaje y comunicación, afectivo-relacional, sueño, conducta, regulación emocional y atención.

2.1.1.- de 0 a 24 meses

Entre los 0 y 24 meses se produce un avance importante en la maduración del bebe que conduce a la adquisición de hitos evolutivos que vamos a señalar y diferenciar en varios estadios de 0 a 2 meses, de 3 a 6 meses, de 8 a 12 mese y a los 24 meses.

Presentaremos las tablas con los hitos del desarrollo y los signos de riesgo y alarma.

2.1.1.1.- Desarrollo evolutivo en la alimentación

Tabla 2-1: Desarrollo evolutivo en alimentación de 0 a 24 meses. Riesgos y alarmas

HITOS DEL DESARROLLO EVOLUTIVO EN ALIMENTACION	
De 0 a 2 meses	Adaptación armónica madre-bebe en ritmo y producción de leche.
De 3 a 6 meses	Establecimiento del ritmo entre tomas A partir del 5º mes alimentos no lácteos.
De 8 a 12 meses	Alimentos sólidos y diversificada.
A los 24 meses	Disminución del apetito. Caprichos y negativas en relación con los alimentos. Deseos de comer con independencia
ALIMENTACION	
RIESGO	ALARMA
<ul style="list-style-type: none"> ✗ Fallo crecimiento/peso ✗ Vómitos o regurgitaciones reiteradas ✗ Apatía, falta de interés en la succión ✗ Niño forzado a alimentarse. ✗ Conductas/reacciones inadecuadas de los padres 	<ul style="list-style-type: none"> ✗ Rechazo persistente al pecho o biberón ✗ Inapetencia persistente ✗ Pica o mericismo

2.1.1.2.- Desarrollo evolutivo psicomotor

Tabla 2-2: Desarrollo evolutivo psicomoto de 0 a 24 meses. Riesgos y alamas

HITOS DEL DESARROLLO EVOLUTIVO PSICOMOTOR	
De 0 a 2 meses	Pasa de la motricidad refleja a levantar la cabeza decúbito prono Manos cerradas
De 3 a 4 meses	Desaparece el automatismo de la marcha Boca abajo levanta la cabeza y hombros Al ser cogido mantiene la cabeza erguida
De 5 a 6 meses	Dirige la mano hacia los objetos Pasa objetos de una mano a otra Volteo
De 8 a 12 meses	8 pinza superior 10-11 gateo y se pone de pie con apoyo 12 deambulación con apoyo.

	Coge una taza para beber y garabatea
De 15 a 18 meses	15 deambulación sin apoyo 18 sube escaleras gateando. Pasa páginas de un libro Torres de 3 cubos
A los 24 meses	Corre, sube y baja escaleras Chuta una pelota Torre de 6 cubos.
PSICOMOTOR	
RIESGO ✘ Retraso en relación con la edad cronológica	ALARMA ✘ 3 m falta control cefálico. Mantiene las manos con el pulgar hacia dentro ✘ 6 m persistencia de reflejos primarios, piernas siempre estiradas y tensas (hipertonía) ✘ 9 m hipotonía de tronco. Ausencia de sedestación sin apoyo ✘ 12 m no se pone de pie. Ausencia pinza pulgar-índice ✘ 18 m no camina

2.1.1.3.- Desarrollo evolutivo en el lenguaje y la comunicación

Tabla 2-3: Desarrollo en lenguaje y comunicación de 0 a 24 meses, Riesgos y alarmas

HITOS DEL DESARROLLO EN LENGUAJE Y COMUNICACION	
De 0 a 5 meses	0 llanto indefinido 1-3 llanto diferenciado: hambre, incomodidad 4-5 balbuceo
Entre 8 y 11 meses	8-9 soliloquios 10-11 muestra, da apunta. Inicia ecolalias
De 12 a 18 meses	12-13 primeras palabras 15 intento de señalar y vocalizar
De 18 a 24 meses	18 usa 20 palabras, conoce 150. Articulación de vocales. 24 usa 100 o 200 palabras. Frases de 2 palabras. Ecolalias. Responde órdenes sencillas. Entiende pronombres y oraciones complejas.
LENGUAJE Y COMUNICACION	
RIESGO ✘ Retraso en relación con la edad cronológica	ALARMA ✘ 6 m no emite sonidos ✘ 9 m no parlotea ✘ 18 m no emite ninguna palabra con significado

2.1.1.4.- Desarrollo evolutivo afectivo emocional

Tabla 2-4: Desarrollo afectivo emocional de 0 a 24 meses. Riesgos y alarmas

HITOS DEL DESARROLLO AFECTIVO-EMOCIONAL	
De 0 a 4 meses	0 se tranquiliza con voz de adulto conocido 1-2 sonrisa endógena. Reacción ante ojos, cara y voz materna 3-4 sonrisa social. Responde diferencialmente entre figuras familiares y no familiares
De 7 a 12 meses	7 busca contacto con figuras vinculares 8-9 ansiedad ante extraños 12 comienza angustia por separación
De 12 a 24 meses	18 angustia por separación 24 dice no a su madre. Disminuye la ansiedad por separación.

Objetos transicionales	
AFECTIVO-RELACIONAL	
RIESGO ✘ 3 meses no le tranquiliza la voz de su madre ✘ 6 meses reacciones inadecuadas ante la separación o el reencuentro ✘ Reacciones sobre o subinvolucradas de los progenitores con el niño	ALARMA ✘ 3 m no intercambio con la madre ✘ 6 m ausencia de conducta anticipatoria al ser cogido ✘ 12 m reacciones inadecuadas ante la separación o reencuentro ✘ 24 m agresividad excesiva en las relaciones con otros niños. Excesivo aislamiento

2.1.1.5.- Desarrollo evolutivo en el sueño

Tabla 2-5: Desarrollo del sueño de 0 a 24 meses. Riesgos y alarmas

HITOS DEL DESARROLLO EN EL SUEÑO	
De 0 a 2 meses	17 horas de sueño Ciclos sueño-vigilia 4 horas Predominio sueño REM
De 3 a 6 meses	Disminuye la cantidad de sueño total Alargamiento ciclos sueño-vigilia
12 meses	Duerme toda la noche Patrón adulto con predominio sueño noREM
18 meses	Comienza a soñar
24 meses	Dificultades al irse a dormir (reactivación de angustia por separación) Despertares nocturnos. Rituales al dormir
SUEÑO	
RIESGO ✘ Pesadillas frecuentes (mas de una o dos veces por semana) ✘ Insomnio/hipersomnia persistente ✘ Conductas/reacciones inadecuadas de los padres respecto a cuidados (cohabitación prolongada)	ALARMA ✘ Permanece tranquilo, despierto y con los ojos abiertos toda la noche ✘ Gran insomnio acompañado de actividades motoras (balanceo, cabezazos) o con rechazo al contacto

2.1.1.6.- Desarrollo evolutivo en la conducta

Tabla 2-6: Desarrollo en la conducta de 0 a 24 meses. Riesgos y alarmas

HITOS DEL DESARROLLO EN LA CONDUCTA	
De 0 a 4 meses	0 duerme todo el día 1-2 interés por la mirada humana y objetos móviles 3-4 juega con las manos y anticipa la comida
De 5 a 8 meses	5-6 coge el sonajero, ríe y vocaliza al manipular juguetes 7 pies a la boca. Juega a tirar objetos al suelo. Reconoce su imagen en el espejo. Imitación 8 juego de cucu y esconde
De 9 a 12 meses	9 gestos de adiós y hola 10-11 comprende la prohibición 12 repite actos si causan risa. Da algo si se lo piden. Colabora en vestirse
15 meses	Juega a llenar y vaciar Empieza a encajar piezas Señala con el dedo lo que desea
18 meses	Pide orinal

	Come solo manchándose parcialmente Abraza un juguete especial
21 meses	Imita acciones Pide de comer y de beber
24 meses	Ayuda a guardar juguetes Juego paralelo y juego imitativo

CONDUCTA

<p>RIESGO</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ 6 meses no coge objetos ✗ 9 meses no manipula objetos ✗ 12 meses no señala con el índice ✗ 18 meses no señala partes del cuerpo o no construye torres de 2 cubos ✗ 24 meses no obedece dos ordenes sencillas, no garabatea, no colabora en el vestirse, agresividad excesiva en la relación con otros niños 	<p>ALARMA</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ 3m no mira a la cara, no sonrisa social. Movimientos estereotipados o repetitivos. Conductas autoestimulatorias ✗ 12 m no interés por el entorno, no juego repetitivo ✗ 18 m no juego de imitación, no interés por otros niños
---	--

2.1.1.7.- Desarrollo evolutivo en la regulación emocional

Tabla 2-7: Desarrollo en la regulación emocional de 0 a 24 meses. Riesgos y alarmas

HITOS DEL DESARROLLO EN LA REGULACIÓN EMOCIONAL	
De 0 a 6 meses	El humor depende de estados internos
De 7 a 11 meses	El humor comienza a asociarse con claves sociales externas
12 meses	Egocentrismo
18 meses	Desarrollo de la individualización
24 meses	Capacidad de mostrar amor y protesta
REGULACION EMOCIONAL	
<p>RIESGO</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ Niños irritables, lentos en adaptarse a cambios en hábitos rutinarios, reacciones emocionales intensas 	<p>ALARMA</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ Signos anteriores si se acompañan de conductas o reacciones inadecuadas de los padres.

2.1.1.8.- Desarrollo evolutivo en la atención

Tabla 2-8: Desarrollo en la atención de 0 a 24 meses

HITOS DEL DESARROLLO EN LA ATENCION	
0 meses	Atención dirigida a objetos en movimiento y contrastes de colores
1-6 meses	Mira un objeto durante 5 segundos Presta atención a sonidos continuos
7-10 meses	Sigue con la mirada una luz en recorrido vertical
11 meses	Se entretiene sin solicitar atención.

2.1.1.9.- Signos de riesgo

En esta etapa es importante que los pediatras hagan una valoración de signos de riesgo psicosocial que deban ser valorados en Psiquiatría como:

- Convivencia conflictiva en el núcleo familiar.
- Padres con bajo CI o enfermedad mental.
- Enfermedades graves en la familia.
- Alcoholismo/prostitución familiar.
- Madres adolescentes

- Familias que no cumplimentan los exámenes de salud

2.1.1.10.- Variantes de la normalidad

Y tener en cuenta que pueden existir variantes de la normalidad dentro de los hitos de desarrollo:

Tabla 2-9: Variantes de la normalidad en el desarrollo entre 0 y 24 meses

VARIANTES DE LA NORMALIDAD ENTRE 0 Y 24 MESES	
Sueño	Despertares nocturnos a lo largo del primer año
Alimentación	Cólicos del primer trimestre Rechazo al pecho biberón los primeros días.
Psicomotor	Pinza entre pulgar y medio Desplazamiento sentado sobre nalgas o ausencia de gateo Marcha de puntillas
Lenguaje	A los 2 meses tartamudeo fisiológico
Conducta	Regresiones transitorias en la adquisición de habilidades y autonomía.

2.1.2.- Desarrollo evolutivo de 3 a 5 años

2.1.2.1.- Desarrollo evolutivo en la alimentación

Tabla 2-10: Desarrollo en la alimentación de 3 a 5 años

HITOS DEL DESARROLLO EN LA ALIMENTACION	
3 años	Sujeta una taza por el asa y usa tenedor Mastica la mayor parte de las comidas Mayor interés por la comida preferencias y capaz de elegir entre dos Le influyen los anuncios
4 años	Buen manejo de la taza, capaz de comer solo Habla mucho durante la comida Mejora la ingesta con incentivos Le interesa el origen y naturaleza de la comida
5 años	Come solo y prefiere comidas sencillas Influencia social en hábitos Conoce el significado social de la comida Usa cuchillo a veces

Teniendo en cuenta que pueden presentar unos signos de alarma como:

- Malos hábitos o excesiva selectividad de los alimentos.
- No cumplimiento de hitos del desarrollo.

2.1.2.2.- Desarrollo evolutivo psicomotor

Tabla 2-11: Desarrollo psicomotor de 3 a 5 años

HITOS EVOLUTIVOS EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR	
3 años	-Anda de puntillas -Puede equilibrarse sobre un pie -Alterna los pies al subir las escaleras -Corre con agilidad -Da pequeños saltos -Pedalea en triciclo -Abre puertas

	<ul style="list-style-type: none"> -Enrosca y desenrosca tapas -Torre mayor 6 cubos -Sostiene un lápiz en posición escritura -Copia un círculo y una cruz -Control diurno de esfínteres
4 años	<ul style="list-style-type: none"> -Anda de talones -Alternan los pies al bajar las escaleras -Se mueve adelante y atrás con facilidad -Da saltos grandes -Bota una pelota, la lanza y atrapa con ambas manos -Copia el cuadro -Dibuja personas con 2-4 partes corporales -Usa tijeras -Copia algunas letras mayúsculas
5 años	<ul style="list-style-type: none"> -Salta a la pata coja con ambos pies -Copia el triángulo -Dibuja personas con cabeza, cuerpo, brazos y piernas -Escribe algunas letras -Se ata los cordones de los zapatos
SIGNOS DE ALARMA	
3 años	<ul style="list-style-type: none"> Caídas frecuentes o problemas con las escaleras Incapaz de construir una torre de 4 bloques Dificultad para manejar pequeños objetos Incapaz de copiar círculo
4 años	<ul style="list-style-type: none"> No puede tirar una pelota hacia arriba, saltar, pedalear en triciclo No puede coger una pintura entre el pulgar y resto de dedo Problemas para garabatear
5 años	<ul style="list-style-type: none"> No puede correr sin caerse Dibujo de la familia humana irreconocible No puede copiar un cuadrado

2.1.2.3.- Desarrollo evolutivo en el lenguaje y la comunicación

Tabla 2-12: Desarrollo en el lenguaje y la comunicación de 3 a 5 años

HITOS EVOLUTIVOS EN EL LENGUAJE Y LA COMUNICACION	
3 años	<ul style="list-style-type: none"> Construye frases de 3 palabras Emplea el plural y pronombres Dice su nombre Comprende direcciones (arriba, abajo...) Reconoce casi todas las partes de su cuerpo Cuenta hasta 10
4 años	<ul style="list-style-type: none"> Gramática correcta Nombra varios colores Responde a ordenes de dos acciones y dos objetos Identifica objetos cuando se le pregunta por su utilidad Nombra partes de su cuerpo Puede hacer coreografías con canciones y poesías
5 años	<ul style="list-style-type: none"> Lenguaje fluido Dice frases de mas de 5 palabras Recuerda parte de una historia Usa el tiempo futuro Cuenta cuentos largos Dice su nombre y dirección

	Reconoce la mayoría de las letras.
SIGNOS DE ALARMA	
3 años	Balbuceo o discurso ininteligible No hace frases cortas
4 años	No reconoce partes de su cuerpo No reconoce colores
5 años	Dificultades de pronunciación Gramática incorrecta

2.1.2.4.- Desarrollo evolutivo en la afectividad

Tabla 2-13: Desarrollo en la afectividad de 3 a 5 años

HITOS EVOLUTIVOS EN LA AFECTIVIDAD	
3 años	Expresa afecto espontáneamente Se separa de los padres con facilidad Razonamiento moral primitivo, basado en reglas emitidas por la autoridad Empieza a compararse con sus iguales
4 años	Primeros amigos Mayor empatía Coopera con otros niños Juega a papas y mamas
5 años	Mas independiente de los padres Quiere complacer a los amigos, ser como ellos Le gusta cantar, bailar y actuar No entiende principios éticos sólo reglas
SIGNOS DE ALARMA	
3 años	Poco interés en otros niños Muchas dificultades para separarse de la madre
4 años	Escasa respuesta a personas fuera del círculo familiar Ningún interés en juego cooperativo Llora o se resiste cuando se separa de sus padres
5 años	Respuesta escasa a las personas en general Parece triste o infeliz la mayor parte del tiempo

2.1.2.5.- Desarrollo evolutivo en el sueño

Tabla 2-14: Desarrollo en el sueño de 3 a 5 años

HITOS EVOLUTIVOS EN EL SUEÑO	
3 años	11-13 horas al día con despertares frecuentes Dificultades para dormirse Inicio de pesadillas, terrores nocturnos, sonambulismo
4 años	Disminución de la siesta
5 años	Fin de siesta (influido por hábitos y cultura)
SIGNOS DE ALARMA	
<ul style="list-style-type: none"> ✘ Escasa duración ✘ Duerme con los padres ✘ Hábitos irregulares ✘ Trastornos que tienen importante impacto en la vida del niño o suponen peligro 	

2.1.2.6.- Desarrollo evolutivo en la conducta

Tabla 2-15: Desarrollo en la conducta de 3 a 5 años

HITOS EVOLUTIVOS EN LA CONDUCTA	
3 años	Imita a los adultos y pares Puede guardar su turno en un juego Empieza a seguir las reglas Inicia juego corporativo Comparte juguetes
4 años	Interesado en nuevas experiencias Capaz de negociar soluciones a los conflictos
5 años	Unas veces es egoísta, otras coopera con entusiasmo Le importa cumplir las reglas
SIGNOS DE ALARMA	
3 años	Desorganizado en el medio escolar Aislado Rabietas constantes
4 años	No imita a los adultos No cumple ninguna regla
5 años	Extremadamente tímido, agresivo, inquieto, impulsivo o pasivo

2.1.2.7.- Desarrollo evolutivo en la regulación emocional

Tabla 2-16: Desarrollo en la regulación emocional de 3 a 5 años

HITOS EN EL DESARROLLO DE LA REGULACION EMOCIONAL	
3 años	Expresa un abanico amplio de emociones En general es optimista Comienza a distinguir la ficción de la fantasía Comprende las consecuencias de sus actos
4 años	Cuerpo y emociones o pensamientos integrados en el yo Interés en diferencias sexuales
5 años	Consciente de la sexualidad Distingue ficción de fantasía
SIGNOS DE ALARMA	
3 años	No aprende de la experiencia ni generaliza esta Pesimista, triste
4 años	No expresa sus emociones
5 años	Habla de sí mismo en tercera persona No distingue fantasía y realidad

2.1.2.8.- Desarrollo evolutivo cognitivo-atencional

Tabla 2-17: Desarrollo cognitivo-atención de 3 a 5 años

HITOS EVOLUTIVOS EN EL DESARROLLO COGNITIVO-ATENCION	
3 años	Juego imaginativo con muñecos, animales... Clasifica objetos por forma y color Entiende el concepto de 2, mío y tuyo Puede estar tranquilo y concentrado al menos 30 minutos Completa puzles con 3 o 4 piezas
4 años	Mayor inventiva en juegos de fantasía Entiende el concepto de contar y puede conocer algunos números

	<p>Enfoca los problemas desde un solo punto de vista</p> <p>Sigue instrucciones de 3 pasos</p> <p>Se viste y se desviste</p>
5 años	<p>Puede contar hasta 10 objetos y nombrar 4 colores</p> <p>Entiende el concepto de tiempo</p> <p>Va solo al baño</p> <p>Control total de esfínteres</p>
SIGNOS DE ALARMA	
3 años	<p>No juego simbólico</p> <p>No entiende instrucciones simples</p> <p>No se concentra en absoluto</p>
4 años	<p>Retraso significativo en hitos del desarrollo</p>
5 años	<p>No entiende ordenes complejas</p> <p>No puede estar concentrado en una sola actividad mas de 5 minutos</p> <p>Problemas con el uso del baño</p>

2.1.3.- Niños de 6 a 11 años

2.1.3.1.- Niños de 6 años

A partir de los 6 años el desarrollo es menor, siguen madurando y adquiriendo habilidades, pero no de un modo tan llamativo, en los 6 años los hitos evolutivos serían estos:

- La psicomotricidad gruesa mejora jugar al futbol, saltar a la comba... La fina también mejora atar zapatos, escribir y dibujar.
- Habla con frases complejas y completas y presenta ideas.
- Mejora la concentración y la capacidad de autorregulación, aunque sigue necesitando apoyo externo.
- Entiende las relaciones de manera triangular, rivalidad.
- Se siente cómodo con iguales y profesores se separa mejor de los padres y gana en seguridad interna.
- Curiosidad y un tono emocional en general estable.
- Interés en el cuerpo propio. Aparece la timidez, miedos, celos y envidia.
- Ansiedades y miedos por daños físicos o pérdidas de afectos. Aparece sentimientos de culpa.
- Temática organizada y compleja con clara diferenciación de la realidad y la fantasía, interés por lo que pasa en el mundo, sexo, agresión, poder.

2.1.3.2.- Niños de 7 a 8 años

Los hitos evolutivos a esta edad serían:

- Mejora de la coordinación gruesa, cualquier actividad deportiva y fina con rapidez en la escritura y el dibujo.
- Lenguaje más comunicativo con muchas e interrelacionadas ideas y uso para expresar deseos, necesidades, fantasías.
- Se establece la capacidad lógica en términos de inverso y recíproco. Seguir normas y concentrarse.
- Interés en relacionarse fuera de la familia con iguales y capacidad para organizar patrones de relación con ellos y juegos con reglas.
- Continúa la rivalidad y comienza la intimidad con mejores amigos.
- Interés en juegos propios de su sexo con ansiedad o enfado si le acusan de gestos del otro sexo.
- Humor organizado con mayor interés por uno mismo, la curiosidad desmesurada de años previos mas contenida.

- Placer ante la aprobación y el éxito. Mas preocupado por lo otros, mas empático.
- La ansiedad ocasionalmente disruptiva, persiste el miedo a las separaciones y daño físico y aumentan a la pérdida de valoración y de desaprobación.
- Temática menos rica, pero mas organizada. Interés en roles emergentes "soy jugador de futbol".
- Actividad y atención más modulada.
- Sentido de moralidad emergente pero inestable.
- Interés por el coleccionismo, por los rituales en los juegos, se vuelven adictos a las normas.

2.1.3.3.- Niños de 9 y 10 años

Los hitos evolutivos esperables para esta edad son los siguientes:

- Mayor fuerza física y mejora de la coordinación motora gruesa y fina.
- El lenguaje es capaz de expresar varias ideas e interrelacionarlas bien.
- Tendencia a usar la lógica para dominar la fantasía, mayor sentido de la moralidad y del deber, mayor interés en normas y capacidad de autorregular sus impulsos y de concentración.
- Las relaciones con iguales siguen creciendo en importancia y complejidad. Se encuentran más relajados con profesores y adultos y pueden disfrutar más de la relación con ellos.
- El humor es más estable, profundo y organizado y se evidencia mayor capacidad de afrontar frustraciones.
- Negativismo, desesperanza y afectos previos aparecen intermitentemente en circunstancias inapropiadas de estrés.
- Buena capacidad de empatía, amor compasión y compartir. Sentimientos de culpa presentes, pero celos y envidia en segundo plano y comienzan nuevos afectos relativos a diferencias sexuales.
- Ansiedad frente a conflictos internos generalmente no disruptiva. Continúan los miedos a pérdida de respeto, humillaciones y sentimientos de culpa crecientes.
- Capacidad temática bastante bien organizada relatando hechos con gran detalle nuevos intereses en roles de adultos y en que ser de mayor. Diferencias entre chicos y chicas.
- Moralidad bien establecida, rígida y concreta. Autocontrol y capacidad de atención y de seguir normas.

Los signos incipientes de la pubertad y la especial socialización marcan el fin de este periodo denominado de latencia por Freud. Aparecen signos fisiológicos de la preadolescencia, crecimiento, cambios morfológicos del cuerpo...

2.1.3.4.- Signos de riesgo

Como en etapas anteriores hay que estar alerta ante la presencia de los siguientes signos de riesgo en los niños de 6 a 11 años.

- **Sueño:** las pesadillas normales con pico de incidencia a los 5-6 años. Mas de una o dos veces por semana varias semanas valorar. Los terrores nocturnos pico entre 4 y 7 años y sonambulismo entre 5-12. observar si son muy frecuentes, intensas o afectan al descanso del niño. Suelen remitir en la adolescencia.
- **Alimentación:** presencia de pica a estas edades. La obesidad.
- **Estreñimiento:** inusual después de los 6-7 años. Encopresis primaria o secundaria. Enuresis atípica a partir de los 5 años primaria y secundaria.
- **Desarrollo sexual:** demasiado precoz en las niñas o retardado en los niños. Masturbación excesiva, conductas sexualizadas antes de la aparición de caracteres sexuales. Adquisición del rol sexual del otro sexo, a estas edades puede ser normal si no asocia deseo de pertenecer al otro y rechazo de la propia sexualidad.

- **Psicomotor:** Estereotipias motoras o tricotilomania. Tics inicio sobre los 7 años.
- **Comunicación y lenguaje:** incapacidad para la socialización por conducta inadecuada o pobres relaciones. Juego no simbólico o repetitivo o con contenido emocional. Lenguaje: dislalias, ecolalia, neologismos, mutismo selectivo mas allá de los 5 años e inicio escolar.
- **Regulación emocional:** Es el periodo de aparición de trastornos de ansiedad y somatizaciones. Miedos más frecuentes de 5 a 6 años: animales salvajes, monstruos, fantasmas. A los 7-8 años aspectos escolares, eventos sobrenaturales y daños físicos y a los 9-11 sociales, guerras, daños físicos y funcionamiento académico. Si se cronifican o alteran el funcionamiento del niño. Incapaces de crear vínculos ni con adultos ni iguales, no muestran afectos. Sentimientos depresivos verbalizados desde los 6 años y pueden ser normales dependen de la intensidad, duración repercusión.
- **Conducta:** si no presentan autocontrol en situaciones frustrantes o de las expresiones emocionales. Robos a partir de 6-7 años con sentido de propiedad propia y ajena. Mentiras frecuentes en estas edades depende del fin. Cualquier cambio de conducta importante.
- **Atención y aprendizaje:** no leer a los 10 años, fracaso escolar, déficit de atención.

2.1.4.- Hitos del desarrollo en adolescentes

Esta es la última etapa de atención de los psiquiatras del niño y del adolescente y es necesario conocer también los hitos evolutivos esperables:

- **Sueño:** 8 horas, 20% sueño REM
- **Alimentación:** incremento del apetito para prácticamente doblar su peso.
- **Psicomotricidad:** cierta disarmonía física e incoordinación motora, al final de la adolescencia se normaliza.
- **Sexualidad:** aumento del deseo sexual y la actividad genital; enamoramientos.
- **Pensamiento:** introspección, pensamiento abstracto, lógico y razonamiento hipotético. Idealismo y egocentrismo.
- **Comunicación y lenguaje:** descubrimiento de la interioridad que lleva al aislamiento y menor comunicación. Vocabulario variable, de jerga de disciplinas técnicas o científicas.
- **Atención:** en general alerta y capacidad de prestar atención y movilizarla.
- **Conducta:** inestabilidad entre la independencia y rebelión frente a las normas y la dependencia y nostalgia infantil.
- **Afectividad:** sentimientos intensos y fluctuaciones del estado de ánimo.

2.1.4.1.- Variantes de la normalidad

Podemos encontrarnos variaciones a los hitos anteriores que se pueden considerar variantes de la normalidad como:

- **Sueño:** duermen menos, más tarde y somnolencia diurna. Por hábito o ritmo circadiano.
- **Alimentación:** dietas restrictivas por insatisfacción con su propio cuerpo.
- **Psicomotricidad:** estereotipias o manierismos sin significación patológica.
- **Sexualidad:** masturbación, curiosidad sexual, peeing y relaciones completas. Relaciones homosexuales puntuales.
- **Pensamiento:** intelectualización, periodos místicos o de ateísmo.
- **Comunicación y lenguaje:** ante los conflictos dificultad para explicarse y por tanto simbolizar y comunicar sentimientos. Vergüenza de su cuerpo o exhibicionismo.
- **Atención:** falta de concentración al centrar toda la atención sobre si mismo.
- **Conducta:** se cree en posesión de la verdad y actúa mas que piensa. El paso al acto aislado no es patológico.
- **Afectividad:** cambios de humor.

2.1.4.2.- Signos de riesgo

Teniendo en cuenta que ciertos signos se pueden considerar de riesgo y se convierten en adolescentes de especial vigilancia:

- **Sueño:** insomnio de corta duración. Sonambulismo o terrores nocturnos.
- **Alimentación:** dieta restrictiva con alteración de imagen corporal o miedo a engordar. Atracones esporádicos. Hiperfagia o restricción reactiva a estrés.
- **Psicomotricidad:** tics motores transitorios
- **Sexualidad:** exacerbación o inhibición de respuesta sexual. Prematura, indiscriminada o promiscua.
- **Pensamiento:** obsesiones o compulsiones pasajeras. Preocupaciones hipocondriacas moderadas.
- **Comunicación y lenguaje:** timidez o eritrofobia moderada, miedo a la relación con el otro sexo.
- **Atención:** distraibilidad o inatención excesivas de origen reciente
- **Conducta:** pasos al acto esporádicos. Consumo alcohol o cannabis.
- **Afectividad:** reacciones depresivas o ansiosas moderadas reactiva a estrés. Tendencia a preocupación excesiva por acontecimientos futuros, baja autoestima, sentimientos de culpa, aburrimiento crónico o alexitimia.

Así como ante la presencia de estos signos que se consideran de alarma hay que pensar en la derivación a la atención especializada desde Atención Primaria:

- **Sueño:** insomnio de larga evolución, asociado a sintomatología psiquiátrica. Narcolepsia, apnea del sueño.
- **Alimentación:** dieta restrictiva acompañada de síntomas de AN, atracones recurrentes con compensación. Hiperfagia o restricción con síntomas psiquiátricos.
- **Psicomotricidad:** tics motores crónicos, agitación o inhibición psicomotriz. Inquietud grave y persistente.
- **Sexualidad:** abusos sexuales a menores. Transexualismo.
- **Pensamiento:** obsesiones y compulsiones con repercusión. Preocupaciones hipocondriacas graves y persistentes. Ideas delirantes, disgregación o incoherencia, inhibición o aceleración del pensamiento. Fuga de ideas.
- **Comunicación y lenguaje:** retraimiento grave, verborrea grave y persistente. Mutismo, tartamudez, ecolalias, neologismos.
- **Atención:** distraibilidad o inatención grave
- **Conducta:** pasos al acto repetidos, consumo abusivo
- **Afectividad:** tristeza o alegría o angustia patológica, indiferencia o frialdad afectiva persistente. Anhedonia.

2.2.- Nosología, clasificación e investigación diagnóstica en psiquiatría infanto-juvenil

El sistema de clasificación de los trastornos mentales en niños y adolescentes se basan principalmente en los seguidos por el DSM-5 y desde junio de 2018 se ha editado la CIE 11.

En el DSM-5, que se rige por criterios de la Asociación Americana de Psiquiatría se encuentra un capítulo sobre los posibles diagnósticos en la infancia y ocupa un apartado que es el bloque de los trastornos del desarrollo neurológico:

- Discapacidad intelectual
- Trastorno de la comunicación
- Trastorno del espectro autista

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
- Trastorno específico del aprendizaje
- Trastornos motores
- Otros trastornos del desarrollo neurológico.

Pero en los niños también está presente patologías mas específicas de las que se va a hablar en los siguientes capítulos, que se presentan también en adultos, en el DSM-5 algunas especifican si la presentación o el inicio es en niños o en adolescentes y adultos como la pica, la disforia de género o los trastornos de la conducta y en otras patologías clínicas hablan de algunos criterios más frecuentes de presentación en niños.

En la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, la CIE 11, nos encontraremos una línea de organización que sigue las directrices del DSM-5 en algunos aspectos como que presenta un grupo de Trastornos del neurodesarrollo que incluye el Trastorno del espectro autista como dimensional y plantea un diagnóstico de Trastorno por videojuegos dentro del epígrafe de Trastornos de comportamiento adictivo y en el caso de la disforia de género lo coloca en un apartado de comportamiento sexual, sacándolo del grupo de trastornos.

En paidopsiquiatría debemos tener presente otra posible clasificación, La clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente (CFTMEA-R-2000) que incluye consideraciones psicodinámicas y no sólo fenomenológicas o sintomáticas que presentan la estructura subjetiva del paciente, y se presenta con dos ejes, el eje I de categorías clínicas con un complemento para niños de 0 a 3 años y un eje II de factores asociados o previos, eventualmente etiológicos.

2.3.- Historia clínica paidopsiquiátrica

La elaboración de la historia clínica constituye el primer paso de la actividad clínica. El objetivo del diagnóstico es obtener la información para instaurar un tratamiento completo y adecuado.

Históricamente, el diagnóstico es anterior a la medicina. Incluso en los tiempos remotos más empíricos, los sanadores tenían la necesidad de encontrar una palabra que designase la enfermedad que debían curar. No obstante, la historia del diagnóstico médico se inicia formalmente con los médicos hipocráticos y su método de diagnóstico se basaba en la exploración sensorial, la comunicación verbal y el posterior razonamiento sobre los datos obtenidos de ambas y actualmente estas acciones siguen vigentes en nuestra tarea médica.

Cinco siglos después, con la obra de Galeno aparece una nueva pretensión de la mente: conocer y nombrar técnicamente el enfermar individual y la principal razón de ser del diagnóstico era curar “si el diagnóstico de las enfermedades y el pronóstico de su curso futuro no conducen al hallazgo del mejor de los tratamientos, serán más bien ociosos, si lo hacen serán útiles.

El paradigma moderno del diagnóstico, que se inició con Sydenham en el siglo XVII, implica la consideración clínica de la individualidad orgánica del enfermo, distinguiendo entre síntomas y curso característico y diferencia diagnóstico anatomoclínico, fisiopatológico y etiopatológico. Buscando una terapéutica específica para cada enfermedad.

Siguiendo a este autor, Kraepelin, en el siglo XIX, ordeno los cuadros clínicos psiquiátricos en tres grupos: orgánicos, psicógenos y endógenos.

En el paradigma actual, al concepto de especie morbosa, el “que” del diagnóstico se une a “quien” lo sufre. En esta forma de considerar el enfermar tiene una gran relevancia la obra de Freud, por lo que aporta en relación con valorar la vida del enfermo, ello conlleva individualizar el diagnóstico; la especie morbosa se realiza en el sujeto individual e irreplicable al que el médico atiende.

La entrevista que se va a presentar para elaborar una historia clínica se considera abierta, se dirige en cierto modo, pero se permite el desarrollo del discurso libre.

Una característica de las historias clínicas del niño y del adolescente es la utilización de varios informantes, además de la entrevista con el niño es necesario entrevistas con los padres y los adultos relevantes (los profesores, educadores de un centro...) y sería muy bueno completar la historia con la observación del niño en su casa o en el cole.

Puede ser útil el empleo de escalas sobre aspectos psicopatológicos y biográficos del paciente como el cuestionario de comportamiento infantil (CBCL de Achenbach, el cuestionario de cualidades y dificultades (SDQ) de Goodman o el cuestionario clínico biográfico (CCBI) de Rodríguez-Sacristan y Cardoze aportan una valiosa información y en el caso del desarrollo evolutivo se manejan dos escalas especialmente útiles para la recogida de los datos que son el Test de Denver y la Tabla Haizea-Llevant.

A diferencia de los adultos los niños y adolescentes rara vez solicitan acudir al psiquiatra son los padres o cuidadores directos quien lo hacen por observación de determinados síntomas o problemas, por consejo de los profesores o ante la recomendación del pediatra o el médico de AP.

El propósito de la entrevista con los padres es recopilar información sobre los síntomas, las características del niño o adolescente, sus antecedentes personales y familiares, la dinámica familiar y otras cuestiones relevantes. Asimismo, valora las actitudes afectivas de los padres hacia el niño y lo que este y sus problemas significan para cada uno de ellos y para la pareja. A la hora de diseñar un plan terapéutico, es muy importante entablar con ellos una alianza terapéutica que facilite el tratamiento del niño, ya que sin ella el tratamiento tiene muchas posibilidades de fracasar.

La entrevista con los niños aporta mucha información fiable sobre todo a partir de los 8 o 9 años, dependiendo de la edad utilizaremos distintas técnicas además del lenguaje como el dibujo o el juego. Además de las condiciones familiares, escolares o de otro tipo, relevantes para su vida y su psicopatología, se deben explorar la vivencia de sus síntomas o problemas, el grado de sufrimiento que le producen los hechos o situaciones que consideran causales y sus expectativas de ayuda.

Existen varios modelos de historia clínica que debe recoger datos como los siguientes:

- Datos personales.
- Composición familiar.
- Anamnesis y desarrollo evolutivo.
- Antecedentes familiares y personales de interés.
- Escolarización.
- Socialización: relaciones, actividades de ocio...
- Observación de la dinámica del grupo familiar.
- Actitud ante la consulta.
- Exploración psicopatológica.
- Juicio diagnóstico.
- Historia evolutiva de los trastornos o problemas principales.
- Plan de intervención.

2.4.- Bibliografía y material complementario:

- Actividades de intervención y cribado universales. (2014). Recuperado de https://si.easp.es/psiaa/wp-content/uploads/psiaa_temas_consejos_preventivos_oct15.pdf
- Aepnya. (2010). Protocolos clínicos de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (Editorial Siglo). Recuperado de https://aepnya.es/wp-content/uploads/2017/07/protocolos_2010.pdf
- Ballesteros Alcalde MC (2006). Práctica clínica Paidopsiquiátrica. Historia clínica. Guías clínicas. Madrid: Adalia farma.
- Beraudi Luppi, A., & Asociación Franco-Argentina de Psiquiatría y Salud Mental. (2004). Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y el adolescente: CFTMEA-R-2000. Buenos Aires: Asociación Franco-Argentina de Psiquiatría y Salud Mental : Polemos.

- Fernández Álvarez, E. (1988). Tesis doctoral: El desarrollo psicomotor de 1.702 niños de 0 a 24 meses de edad. Universidad de Barcelona.
- Frankenburg, W. K., & Dodds, J. B. (1967). The Denver developmental screening test. *The Journal of Pediatrics*, 71(2), 181-191. doi: [10.1016/s0022-3476\(67\)80070-2](https://doi.org/10.1016/s0022-3476(67)80070-2)
- Gómez-Andrés, D., Pulido Valdeolivas, I., & Fiz Pérez, L. (2015). Desarrollo neurológico normal del niño. *XIX(9)*, 640.e1-640.e7.
- Marcelli, D., & Ajuriaguerra, J. de. (1996). *Manual de psicopatología del niño*. Barcelona: Masson.
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2005). *Psicopatología del adolescente*. Barcelona: Masson.
- Mardomingo Sanz, M. J. (2015). *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Díaz de Santos.
- Ruiz Soler, G. (2018, junio 14). Alimentación del bebé en 2018, ¿es más difícil hacerlo bien ahora? Recuperado 13 de noviembre de 2019, de El Blog del Pediatra website: <https://pediatragabiruiz.com/alimentacion-bebe-2018-es-mas-dificil/>
- Soutullo C, Mardomingo MJ (coord.) (2010). *Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescentes*. AEPNYA Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Edición Madrid: Ed Panamericana.
- Wiener, J. M., & Dulcan, M. K. (2007). *Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Masson.

3.- CAPÍTULO 3: PRINCIPIOS ÉTICOS Y LEGALES PARA LA ATENCIÓN A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Beatriz Mongil López. Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Francisco Carlos Ruiz. Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Complejo Asistencial Palencia.

*“Los niños son nuestro futuro. Por medio de una buena política y planificación, los gobiernos pueden promover la salud mental de los niños, para el beneficio del niño, la familia, la comunidad y la sociedad en general”
(OMS, 2005)*

“La salud mental está muy determinada por los primeros años de la vida, de ahí que su promoción en la infancia y la adolescencia sea una inversión de futuro” (Libro Verde para lan Europa, 2005)

3.1.- Legalidad y etica

La legalidad es la condición o situación de lo que constituyen los actos legales, de esta manera se considera legal cualquier circunstancia que no contraviene la ley. El artículo 25 de la Constitución Española dice que nadie puede ser condenado o sancionado por acciones u omisiones que en el momento de producirse no constituyan delito, falta o infracción administrativa, según la legislación vigente en aquel momento. Todos tenemos obligación de actuar conforme a las leyes, y al mismo tiempo esperamos que los demás, tanto las personas en sí, o los poderes públicos actúen de la misma manera. Existen en caso contrario una serie de procedimientos por los cuales los particulares podemos reclamar que se nos respeten nuestros derechos, lo que constituye la seguridad jurídica. El principio de legalidad es básico en la conformación de un estado de derecho donde las leyes protegen los derechos fundamentales de las personas y al mismo tiempo respetan los acuerdos establecidos en los organismos internacionales.

El Estado de Derecho, implica la separación de los poderes del Estado. El ejecutivo y legislativo emanan de la soberanía popular, mientras que el legislativo es independiente. Todos los poderes

públicos permanecen sujetos a la Constitución y al resto del ordenamiento, jurídico y existe una garantía procesal de los derechos fundamentales y de las libertades públicas.

Por Ética se entiende el conjunto de normas morales que rigen la conducta de la persona en cualquier ámbito de la vida. Las normas morales pueden ser propias del individuo, del grupo, de la institución, del colectivo o profesión. La ética es una abstracción de la moral que regula las conductas y orienta lo que se considera apropiado e inapropiado. La ética establece recomendaciones, y límites que no son susceptibles de sanción salvo que se recojan en leyes o reglamentos. Los principios éticos son susceptibles de reconsideraciones y debates y evolucionan con la sociedad a través de consideraciones históricas culturales, sociales y religiosas. No siempre la consideración individual sobre lo correcto coincidirá con los valores aceptados y reconocidos por los demás.

Tom L. Beauchamp y James Childress establecieron los principios éticos más utilizados en medicina:

- **Principio de Autonomía:** Se basa en el reconocimiento del derecho de los pacientes para tomar decisiones en lo que concierne a su salud en aspectos básicos no regulados y la capacidad para elegir libremente asumiendo los beneficios y riesgos de sus decisiones. El consentimiento informado es el procedimiento por el cual el paciente muestra su conformidad con la opción terapéutica que se le propone. En los menores los padres o el tutor serán los que asumen esa decisión.
- **Principio de Beneficencia:** El primer objetivo de todo tratamiento médico es proporcionar al paciente la restitución o el alivio de su salud y por tanto toda actuación médica debe ir dirigida a ello.
- **Principio de No Maleficencia:** Los médicos debemos buscar el tratamiento que eviten o reduzcan a nuestros pacientes el daño o la probabilidad del mismo. El aforismo *Primum non nocere* es la base del principio de no maleficencia.
- **Principio de Justicia:** Consiste en proveer el mejor cuidado a nuestros pacientes través del uso correcto de los procedimientos disponibles y su selección en función de necesidades y prioridades clínicas.

A nivel internacional las normas éticas de actuación clínica se englobaron en lo que se ha denominado principios de Tavistock. Constituyen 6 normas que hacen referencia al derecho de recibir asistencia; la necesidad de considerar la importancia de la persona sin perder la perspectiva de la población; asumir que los fines médicos que pasan por tratar las enfermedades, aliviar el sufrimiento y las discapacidades; promover la salud global, por lo que es básico la coordinación de los dispositivos médicos entre si y otros dispositivos no sanitarios (sociales, educativos...); La obligación del médico no solo es curar y atender a los pacientes, también es trabajar por la mejora de la atención sanitaria y promover la no maleficencia.

Los organismos que velan por los aspectos éticos son en la red sanitaria pública y privada los comités de ética de los hospitales y en instituciones colegiadas como asociaciones científicas y profesionales y en el colegio oficial de médicos.

Entre las cuestiones que se plantean a diario están las relacionadas con procedimientos e idoneidad respecto a los estudios de investigación y ensayos clínicos con y sin medicamentos; el acceso y difusión de información confidencial cuando mantener el secreto pueda suponer riesgos para la población u otros temas como el derecho a respetar por el profesional la confidencialidad del menor frente a la patria potestad...

3.2.- Aspectos legislativos

En el siglo XVIII las instituciones para la infancia eran los orfanatos, las casas de misericordia y casas de expósitos, pero su ámbito de actuación se centraba más en actividades relacionadas

con los niños de la calle y alternativas al infanticidio. Dentro de la familia prevalecía la Patria Potestad, conjunto de normas de inspiración en el código romano según el cual el padre tenía poder absoluto sobre la madre y los hijos. Lo que sucede en la familia pertenece al entorno privado y el estado no tiene derecho a intervenir. Hasta el siglo XIX, Europa no empieza a generar propuestas de reformas sociales que apoyen a la familia y al menor dentro de la familia. Las evidencias de la explotación laboral, la falta de atención en las necesidades básicas, y las dificultades de acceso a la instrucción en clases sociales menos favorecidas, junto con el abandono, la falta supervisión y los malos tratos contradicen el optimismo general acerca del bienestar infantil generalizado. En esta época surgen propuestas de modificación de la legislación civil y penal para proteger a la infancia.

La legislación penal introdujo la inimputabilidad inicialmente para los menores de 7 años, aunque la edad fue aumentando, la creación de tribunales para niños y las penas fuera de las cárceles ordinarias se sustituyeron por otras medidas.

Los convenios internacionales sobre los derechos del niño surgen tras la primera guerra mundial cuando la liga de naciones aprueba la declaración de los derechos del niño. A la vista de las atrocidades cometidas en la segunda guerra mundial y la situación que quedan los niños de ambos bandos durante la postguerra se crea el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia, que sienta las bases de lo que es la UNICEF.

España tras la guerra civil crea instituciones como el Auxilio Social encargado de comedores, guarderías, hogares y centros de aprendizaje profesional y se firman y ratifican convenios internacionales de manera similar a otros países de nuestro entorno. Tras la democracia las instituciones, la organización y planificación pasa a depender en buena parte de las comunidades autónomas con un marco legislativo estatal que marca líneas generales de una política de protección a la familia, protección de los menores frente a todo tipo de abuso y explotación, y lucha contra la violencia de género, la discriminación y la xenofobia.

En este capítulo resulta imposible abarcar con detalle todos los aspectos legales relacionados con el menor por lo que nos ceñiremos a los más importantes y controvertidos, especialmente aquellos relacionados con la Salud Mental.

3.2.1.- **Derecho internacional**

La Convención sobre los Derechos de los niños, fue aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989, ratificada por el Parlamento Español en 1990, La resolución parte de la declaración Universal de Derechos Humanos en la carta de Naciones Unidas compromete a los países que la firmaron y ratificaron que no fueron todos. Los países resolvieron adaptar la legislación propia sobre lo establecido en el convenio y a legislar en función del mismo. El texto considera que los niños tienen los mismos derechos que los adultos, y además subraya aquellos derechos que se desprenden de su especial condición de seres humanos por la circunstancia de no haber alcanzado el pleno desarrollo físico. Define al niño como todo menor de 18 años con la excepción de aquellos que legalmente hayan alcanzado la mayoría de edad.

La declaración consta de 54 artículos un preámbulo y 3 protocolos que la complementan: el protocolo relativo a la venta de niños y la prostitución infantil; el protocolo relativo a la participación de los niños en conflictos armados; y el protocolo relativo a un procedimiento de comunicaciones para presentar denuncias ante el Comité de los Derechos del Niño.

Destacamos su artículo 24, que señala que “los Estados Partes” reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a la disponibilidad de servicios sanitarios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud”.

La Estrategia para la salud y el desarrollo del niño y del adolescente de la Organización Mundial de la Salud, con fecha del 27 de marzo de 2003 recoge que los niños presentarían uno o más

problemas mentales o de comportamiento con una frecuencia entre un 10% y un 20%. También reconoce claramente la necesidad de respaldar el desarrollo psicológico desde lactante, para que su vida comience con buena salud y se indica, la necesidad de una continuidad de la salud psicológica a lo largo de todo el ciclo vital. Reconoce los esfuerzos realizados por los países centrados en mejorar la salud y el desarrollo del pleno potencial de los niños y los adolescentes.

La OMS se comprometió a promover una amplia variedad de intervenciones eficaces en los menores, por intermediación de las comunidades y los sistemas de salud, para ello 2 años después se crea el Mental Health policy and Service Guidance Package: “Child and adolescent mental health policies and plan” (OMS, 2005), que es una guía cuyo objetivo es ayudar a los responsables políticos y los planificadores, para elaborar una política y una estrategia global para mejorar la salud mental de la población con empleo de los recursos disponibles para alcanzar mejores resultados a fin de proveer servicios a las personas necesitadas y conseguir la integración de personas con trastornos mentales en todos los aspectos de la vida comunitaria, mejorando de esta manera mejorar su calidad de vida. Incluye un módulo sobre planes y políticas de salud sobre el niño y el adolescente. El texto original esta en inglés y no hasta la fecha no se ha publicado traducción al castellano

El 5 de mayo de 2016, se publican consecutivamente el V y VI Informe de aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas y sus Protocolos facultativos. En estos informes, se recogen las numerosas reformas legislativas, administrativas y de todo tipo, que se han realizado desde el anterior informe sobre la aplicación de la Convención de los Derechos del Niño. Igualmente, se recogen los avances en relación con el cumplimiento efectivo de los derechos proclamados en la Convención.

En Europa el Parlamento Europeo promueve la Carta Europea de los Derechos del Niño, del 21 de septiembre de 1992, donde se considera a los niños y las niñas una de las categorías más sensibles de la población, con unas necesidades específicas que hay que satisfacer y proteger. Dichas necesidades engendran una serie de derechos para los menores y generan, en consecuencia, obligaciones para los padres, el Estado y la sociedad.

El Convenio Europeo sobre el ejercicio de los Derechos de los Niños, en Estrasburgo, el 25 de enero de 1996 reconoce que los Estados miembros del Consejo de Europa y los demás estados signatarios deben promover los derechos y los intereses superiores de los niños y las niñas, y que, con este fin, los menores deberían tener la posibilidad de ejercitar. Entre ellos destaca el derecho de los niños a ser informados y ser considerado su criterio para decidir participar ante una autoridad en los procedimientos que les afecten, especialmente en los procedimientos de familia. Por otro lado señala que los Estados deben reconocer la importancia y el papel de los progenitores junto al del propio estado, en la protección y la promoción de estos derechos e intereses.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, firmado el 13 de diciembre de 2006 busca evitar que las barreras puedan impedir la participación plena y efectiva en la sociedad de las personas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo. En definitiva, busca que los niños con discapacidad mantengan sus derechos y libertades en igualdad de condiciones con los demás niños.

El Convenio relativo a la protección del niño y a la cooperación en materia de adopción internacional, que se había firmado en La Haya el 29 de mayo de 1993 regulaba los procedimientos relacionados con la adopción internacional con el fin de prevenir la sustracción, venta y tráfico de niños. Posteriormente fue ampliado con el Convenio del Consejo de Europa en materia de adopción de menores, suscrito en Estrasburgo el 27 de noviembre de 2008.

El Convenio del Consejo de Europa para la protección de los niños contra la explotación y el abuso sexual, en Lanzarote el 25 de octubre de 2007 exige a cada estado adoptar las medidas legislativas necesarias para prevenir todas las formas de explotación y abuso sexual de los

menores; adoptar medidas para que los niños y las niñas reciban información sobre los riesgos de explotación y abuso sexual, así como sobre los medios para protegerse, en función de su etapa evolutiva; y adoptar las medidas necesarias para prestar asistencia a las víctimas, a corto y a largo plazo. Este convenio se amplió con La Directiva del Parlamento europeo y del Consejo de 13 de diciembre de 2011, relativo a la lucha contra los abusos sexuales, la explotación sexual de los menores y la pornografía infantil. La directiva estableció normas mínimas relativas a la definición de las infracciones penales y de las sanciones en el ámbito de los abusos sexuales y explotación sexual de los menores, la pornografía infantil, el embaucamiento de menores con fines sexuales por medios tecnológicos y también introdujo disposiciones para mejorar la prevención de estos delitos y la protección de sus víctimas.

El Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia sobre la mujer y la violencia doméstica, firmado en Estambul el 11 de mayo de 2011 implica a los miembros de la familia que sufren violencia doméstica y considera a las menores víctimas, aunque sean meros testigos de la misma. Además, deja establecida la diferencia entre violencia doméstica y violencia de género, a la vez que reconoce como víctima tanto a mujeres como a hombres.

La Recomendación de la Comisión Europea con fecha 20 de febrero de 2013. “Invertir en la Infancia: romper el ciclo de las desventajas”. Reconoce que los niños de la gran mayoría de países de la Unión Europea corren mayor riesgo de pobreza o exclusión social que la población en general. Los menores que crecen en la pobreza o la exclusión social tendrían menos posibilidades que sus coetáneos más favorecidos de tener buen rendimiento escolar, disfrutar de buena salud y aprovechar todo su potencial en fases posteriores de su vida. Propone a los estados establecer medidas en la lucha contra este problema.

El Convenio de La Haya de 19 de octubre de 1996, relativo a la “competencia, la ley aplicable, el reconocimiento, la ejecución y la cooperación en materia de responsabilidad parental y de medidas de protección de los niños” aspira a evitar conflictos entre sistemas jurídicos de distintos países en materia de competencia, ley aplicable, reconocimiento y ejecución de medidas de protección de los niños y las niñas. Este Convenio tiene por objeto determinar el Estado cuyas autoridades son competentes para tomar las medidas de protección de la persona o de los bienes del niño y de la niña; determinar la ley aplicable a la responsabilidad parental; asegurar el reconocimiento y la ejecución de las medidas de protección en todos los estados contratantes y establecer entre las autoridades la cooperación necesaria para conseguir los objetivos del Convenio. Las autoridades, tanto judiciales como administrativas, del estado contratante de la residencia habitual de la niña y del niño, son competentes para adoptar las medidas para la protección de su persona o de sus bienes. En caso de cambio de la residencia habitual del niño o de la niña a otro estado contratante, son competentes las autoridades del Estado de la nueva residencia habitual. Para los menores refugiados y aquellos niños y niñas que, como consecuencia de desórdenes en sus respectivos países, están internacionalmente desplazados, serán competentes las autoridades del Estado contratante, en cuyo territorio se encuentran como consecuencia del desplazamiento. En caso de urgencia, son competentes para adoptar las medidas de protección necesarias, las autoridades de cualquier Estado contratante en cuyo territorio se encuentren el niño o niña, o bienes que le pertenezcan. Todo Estado contratante designará una Autoridad Central, encargada de dar cumplimiento a las obligaciones que el convenio le impone que en el caso de España esta designado como Autoridad Central a la Dirección Jurídica Internacional del Ministerio de Justicia.

En el año 2005 se publicó en Bruselas el Libro Verde de la Salud Mental. “Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental” que incide, dentro del apartado de la Promoción de la salud mental de la población en la necesidad de sentar las bases de la salud mental en la infancia y la adolescencia.

La Resolución del Parlamento Europeo, de 19 de febrero de 2009, sobre la salud mental (2008/2209(INI)), (2010/C 76 E/05). En el apartado “Salud mental de los jóvenes y en el sistema educativo” recoge los siguientes puntos:

- Punto 26 Se solicita a los Estados miembros que organicen programas de apoyo a los padres, en particular para las familias desfavorecidas y promuevan la asignación de los puestos de consejero en todas las escuelas secundarias, para que atiendan a las necesidades sociales y emocionales de los jóvenes, con especial énfasis en los programas de prevención encaminados a mejorar la autoestima y a la gestión de las crisis.
- Punto 27. Subraya la necesidad de diseñar sistemas sanitarios que respondan a la necesidad de prestar servicios especializados de salud mental para niños y adolescentes, teniendo en cuenta el paso de la atención institucional de larga duración a la vida en comunidad con ayuda.
- Punto 28. Subraya la necesidad de un diagnóstico precoz y del tratamiento de los problemas de salud mental en grupos vulnerables, teniendo especialmente en cuenta a los menores.
- Punto 29. Propone que la salud mental se incluya en los planes de estudios de todas las profesiones en el ámbito de la sanidad y que se prevean la educación y formación permanentes en este ámbito.
- Punto 30. Se pide a los Estados miembros y a la Unión Europea, que cooperen en la sensibilización respecto de la cada vez peor situación de la salud mental de los niños con padres emigrantes y que introduzcan en la escuela programas destinados a ayudar.

Entre las instituciones Europeas encargadas de velar por el cumplimiento se encuentra el Tribunal de Justicia de la Unión Europea y el tribunal europeo de derechos humanos. Las cuestiones establecidas pueden llevarse al tribunal de la unión europea como instancia cuando a juicio del ciudadano se ajusta el recurso.

3.2.2.- Legislación estatal

La aprobación de la Constitución española de 1978 determinó un nuevo marco jurídico de protección de la infancia, delimitado por el derecho fundamental a la igualdad (art. 14) la obligación de los poderes públicos de asegurar la protección económica y jurídica de la familia y, en particular, la protección integral de los hijos (art. 39.1 y 2), la investigación de la paternidad, y la obligación de prestar asistencia a los hijos dentro y fuera del matrimonio y el reconocimiento a los menores de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos (art. 39.4).

El Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de 1985 establece en España las bases para un cambio de modelo asistencial en Salud Mental. Se crea un nuevo modelo de atención a la salud mental donde se reconoce la importancia de los programas dentro del marco asistencial, dirigidos a la población infanto-juvenil, permitiendo que cada Comunidad Autónoma los desarrolle según necesidades y Reconoce al niño con una personalidad y un modo de enfermar diferente al adulto, lo que llevaría en buena lógica a una atención diferenciada, dentro de programas específicos. Lo recogido en el principio XXXIII inspira la creación de áreas específicas, e inspira más incluso, en el marco de una especialidad.

La articulación del Sistema Nacional de Salud, a través de la Ley General de Sanidad (LGS) 14/1986, de 25 de abril y la descentralización del Estado con la progresiva transferencia de las competencias en materia de sanidad a las comunidades autónomas, constituyen la base del desarrollo de la atención a la salud mental infanto-juvenil en las últimas décadas. La ley establece que los problemas de Salud Mental se atenderán en el ámbito comunitario y la hospitalización en el caso que se requiera se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales. La

rehabilitación y reinserción se coordinará con los servicios sociales. La LGS en su capítulo tercero “de la salud mental”, art. 20, indica que “se consideran de modo especial aquellos problemas referidos a la psiquiatría infantil”.

La Ley de enjuiciamiento Civil 1/2000, de 7 de enero, deroga el artículo 211 del Código Civil, que viene a ser sustituido por el artículo 763 de la ley 1/2000, que habla sobre el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. El internamiento hay que comunicarlo al juez dentro del plazo de las 24 horas siguientes, quien, tras recabar dictamen facultativo, aprueba (o en todo caso, alza o deja sin efecto) el internamiento. En el caso de los menores, el internamiento se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor. El capítulo V, de la ley de Enjuiciamiento Civil, se refiere a las resoluciones administrativas en materia de protección de menores, y ciertos aspectos sobre la adopción.

El Código Civil (CC) en el artículo 108 establece los tipos de filiación que pueden tener lugar por naturaleza o por adopción. La filiación por naturaleza puede ser matrimonial y no matrimonial y es matrimonial cuando el padre y la madre están casados entre sí. El artículo 328 establece que la filiación se acredita por la inscripción en el Registro Civil, el documento o sentencia que determina la filiación legalmente, la presunción de paternidad matrimonial y a falta de los medios anteriores, por la posesión de estado.

Los artículos 154 y 155 del CC que tratan sobre la patria potestad y la custodia. La patria potestad comprende los deberes y facultades de los padres de velar por los hijos e hijas y tenerlos en su compañía, alimentarlos, educarlos y procurarles una formación integral, representarlos, administrar sus bienes. Los hijos y las hijas por su parte deben obedecer a sus padres mientras permanezcan bajo su potestad respetar a sus padres siempre, y contribuir equitativamente, según sus posibilidades, al levantamiento de las cargas de la familia mientras que convivan con ella. La reforma en materia de infancia llevada a cabo en 2007 suprimió del CC la facultad de los padres y de las madres “de corregir razonable y moderadamente a sus hijos”. La supresión implica la vigencia y la posibilidad de aplicar la Ley Orgánica 14/1999, que especificamos más adelante. Adelantamos que parte de las conductas amparadas previa a la reforma, podrían enmarcarse como hechos delictivos en los artículos 153,171 y 172 del código penal.

Los menores de edad no emancipados no pueden contraer matrimonio según la última modificación del artículo 44 del Código Civil. Con anterioridad se permitía el matrimonio a los 14 años.

El artículo 158 del Código Civil faculta al juez, a establecer medidas convenientes para asegurar la prestación de alimentos, y proveer a las futuras necesidades del hijo o hija, en caso de incumplimiento de este deber por los padres a evitar a las hijas y los hijos perturbaciones dañosas. En estos casos puede incluirse la prohibición a los progenitores, tutores, otros parientes o a terceras personas de aproximarse al menor y acercarse a su domicilio, al centro educativo, y a otros lugares que frecuente, con respeto al principio de proporcionalidad. La medida de prohibición de comunicación con el menor impedirá a los progenitores, tutores, a otros parientes o a terceras personas establecer contacto escrito, verbal o visual por cualquier medio de comunicación, o medio informático o telemático, siempre con respeto al principio de proporcionalidad. La privación de la patria potestad de los progenitores de un menor se establece según el artículo 170 del CC por sentencia judicial basada en delitos graves. La jurisprudencia (Sentencia del Tribunal Supremo, sala primera del 09/11/2015 establece el requisito de que el incumplimiento de los deberes de los progenitores sea grave y reiterada, así como beneficiosa para el hijo. En los casos de cambio de titular de la potestad de guarda y con el fin de evitar la sustracción de los hijos e hijas menores, por alguno de los progenitores o por terceras personas, el juez podrá sentenciar la prohibición de salida del territorio nacional del menor, salvo autorización judicial previa, la prohibición de expedición del pasaporte, o la retirada del mismo si ya se hubiese expedido y el sometimiento a autorización judicial previa de cualquier cambio de domicilio del menor.

El Código Penal (CP) aprobado por la Ley Orgánica 10/95, de 23 de noviembre de 1995 establece en el artículo 19 que los menores de dieciocho años no serán responsables criminalmente con arreglo al código penal. En el código penal se tipifican distintos delitos y faltas relacionadas con la infancia en las que los menores son víctimas como el maltrato físico, el abandono familiar, abandono de menores, la corrupción de menores, el parricidio, la mendicidad, los abusos sexuales y la violación. La Ley Orgánica 14/1999, modificó el artículo 153 del Código Penal y la ley de enjuiciamiento criminal en materia de protección a las víctimas de maltrato y recoge el agravante de penas cuando se ejerce violencia física o psíquica sobre sus propios hijos, los de su cónyuge o conviviente, o pupilos, sin que incluya en ningún caso como hemos comentado, la justificación de corrección a los hijos. El Preámbulo de la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y la adolescencia señala como ya hemos dicho que cualquier forma de violencia ejercida sobre un menor es injustificable. Menoscabo psíquico o lesión de menor gravedad sobre sus propios hijos, los de su cónyuge o conviviente, o pupilos. El artículo 171 CP impone penas de prisión o beneficios a la comunidad al que de modo leve amenace a una persona que conviva con el autor, lo que también puede ser perfectamente aplicable a los hijos. El artículo 173 CP castiga el trato degradante.

Se mantiene la polémica en medios sociales y jurídicos sobre las consecuencias de la aplicación estricta de la normativa que a juicio de los juristas deja a los padres muy escasa capacidad de maniobra para corregir el comportamiento de los hijos. Existen jurisprudencia y van surgiendo otras nuevas junto con múltiples pronunciamientos y opiniones al respecto. La cultura de nuestro entorno recoge multitud de refranes, aseveraciones y recomendaciones sobre la eficacia de imponer la autoridad mediante la agresión física “proporcionada y con cariño”. La jurisprudencia en ocasiones ha sido contradictoria. Podemos resumir que los casos más leves en los que si ha existido algún tipo de condena a los padres tuvieron que ver con la reiteración de la conducta o la corrección en público.

Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor (LOPJM). Recoge los Derechos del Menor en España, las actuaciones a realizar en situaciones de desprotección social del menor y las instituciones de protección de menores. En la referida ley se introduce un nuevo Capítulo III en el Título I con la rúbrica «Deberes del menor», en el que se reconoce a los menores como titulares, no solo de derechos, sino también de deberes. En este sentido, se regulan los deberes de los menores en general y en los ámbitos familiar, escolar y social en particular.

La LOPJM constituyó un paso adelante decisivo en el proceso de renovación y construcción de un nuevo sistema jurídico-público de protección de menores, iniciado tras la aprobación de la Constitución que posteriormente las comunidades autónomas han regulado a través de los respectivos sistemas de protección pública de menores, considerando el marco general establecido en esta ley.

Sin embargo transcurridos casi veinte años desde su publicación, se han producido cambios sociales importantes que inciden en la situación de los menores y que demandan una mejora de los instrumentos de protección jurídica, en aras del cumplimiento efectivo del citado artículo 39 de la Constitución y las normas de carácter internacional mencionadas previamente por lo que se reforma en la Ley 26/2015, de 28 de Julio sobre de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia que es la ley actualmente vigente. Esta reforma está integrada por dos normas, la Ley 26/2015, de 28 de julio, de Protección a la Infancia y a la Adolescencia y la Ley Orgánica 8/2015. En ella se refuerza la posición del menor frente a los delitos contra la libertad e indemnidad sexual (aquellos que atentan contra la libertad de elección sexual del individuo, o que promueven la sexualidad en algún sentido cuando el sujeto pasivo es menor de la edad de consentimiento), la trata de seres humanos, y la explotación de los menores, estableciendo el deber de toda persona que tuviera noticia de un hecho que pudiera constituir un delito de este tipo de ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal. También se crea el Registro Central de Delincuentes Sexuales que contendrá la identidad y perfil genético de los condenados por delitos contra la libertad e indemnidad sexual, trata de seres humanos, o explotación de menores, y se

establece, además, como requisito no haber sido condenado por uno de estos delitos para poder acceder a una profesión que implique contacto habitual con menores.

La Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores. Su Reglamento fue aprobado por Real Decreto 1774/2004, de 30 de julio. Se aplica a los menores entre 14 y 18 años por lo tanto quedan excluidos los menores de 14 años. Esta circunstancia ha planteado muchas discusiones acerca del potencial delictivo de algunos menores de 14 años, la impunidad que pueda implicar y el riesgo de ser manipulados por adultos para que se auto inculpen con la seguridad de que no responderán penalmente.

Las Comunidades Autónomas son las encargadas de la ejecución de las medidas judiciales impuestas a los menores de edad penal. Entre estas medidas se encuentran las de internamiento, que se realizan en centros de ejecución de medidas judiciales en régimen cerrado, semiaabierto, abierto o en centros de internamiento terapéutico. En el caso de los internamientos los especialistas o facultativos correspondientes, elaborarán tras examinar al menor, un programa de tratamiento, que se adjuntará al programa individualizado de ejecución de la medida, que elabore el profesional designado por la entidad pública. En dicho programa de tratamiento se establecerán las pautas socio sanitarias recomendadas, los controles que ha de seguir el menor, y la periodicidad con la que ha de acudir al centro, o institución designada para su tratamiento.

La ley se modificó por la ley orgánica 8/2006, de 4 de diciembre de 2006 que aumenta las alternativas y propone junto con el internamiento señalado, la posibilidad de un internamiento terapéutico, distinto al anterior en régimen cerrado, semiabierto o abierto y que va dirigido a personas que padezcan anomalías o alteraciones psíquicas, un estado de dependencia de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o sustancias psicotrópicas, o alteraciones en la percepción que determinen una alteración grave de la conciencia de la realidad. También permite la posibilidad de un tratamiento ambulatorio en un dispositivo asistencial al que el menor acude y se somete a las indicaciones establecidas por el especialista. Si el interesado precisa y rechaza un tratamiento de deshabitación, el Juez habrá de aplicarle otra medida adecuada a sus circunstancias.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica regula el consentimiento informado. En el artículo 9 dice: "se otorgará el consentimiento por representación cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso el consentimiento lo dará el representante legal del menor, pero si tiene doce años cumplidos lo hará después de haber escuchado su opinión. Cuando se trate de menores no incapaces, ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación" aunque los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo.

Ambos padres deben prestar consentimiento ante un acto médico no urgente. Si uno de los dos no otorgara el consentimiento, bien porque no se hayan puesto de acuerdo respecto a la necesidad de la intervención (tanto para una evaluación como para tratamiento), o uno de los progenitores no acepte al profesional asignado, la atención sanitaria no deberá llevarse a cabo. Si aun así el profesional estimara, en defensa de los legítimos intereses de los menores, que dicha intervención es necesaria o conveniente, deberá comunicarlo a ambos y quedar a la espera de la decisión que finalmente se adopte. Si el padre o la madre en el caso de no llegar al consenso con el otro progenitor entienden que la atención es necesaria para la salud de su hijo podrá recurrir a la vía judicial. Una consulta psiquiátrica ambulatoria programada no es urgente y por tanto el profesional deberá abstenerse en intervenir. La polémica surge cuando el especialista en Salud Mental se ve obligado a no atender una derivación de otro facultativo sin conocer el caso y por tanto poder informar de una posible situación de riesgo para el menor ya que la ley no discrimina entre entrevista diagnóstica y tratamiento. Va en contra de toda lógica que una entrevista clínica

por un profesional formado suponga un riesgo físico o psicológico para el niño o adolescente, a diferencia de otras técnicas diagnósticas y terapéuticas ya reguladas por la necesidad de firmar un consentimiento informado. En nuestra opinión sería deseable una modificación legislativa que tuviera en cuenta estas consideraciones.

La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. El artículo 5 dice: "...las administraciones competentes deberán prever la escolarización inmediata de los hijos que se vean afectados por el cambio de residencia derivada de actos de violencia de género". En el Artículo 19, se indica que los servicios sociales deben prevenir y evitar las situaciones que puedan comportar daños psíquicos y físicos a los menores que viven en entornos familiares donde existe violencia de género. El artículo 65, dice: "el juez podrá suspender para el inculpado por violencia de género el ejercicio de la patria potestad o de la guarda y custodia, respecto de los menores a que se refiera". Según el artículo 66 el juez puede suspender las visitas del inculpado por violencia de género a sus descendientes.

El Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, aprueba el texto refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, refuerza la protección de los niños con discapacidad, fundamentalmente en relación con la participación, la libre expresión de su opinión en igualdad de condiciones, el desarrollo de su personalidad, la educación inclusiva y el servicio de apoyo familiar.

El Preámbulo de la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y la adolescencia señala como ya hemos dicho que cualquier forma de violencia ejercida sobre un menor es injustificable. Además la determinación del interés superior del menor en cada caso debe basarse en una serie de criterios aceptados y valores universalmente reconocidos por el legislador que deben ser tenidos en cuenta. La Ley Orgánica 8/2015 merece revisarse porque establece las modificaciones de la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor; de la ley de Enjuiciamiento Civil; de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social y la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, sobre medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

En ella se lleva a cabo una reforma de las instituciones de protección a la infancia bajo el principio rector de prioridad a las medidas estables frente a las temporales, a las familiares frente a las residenciales y a las consensuadas frente a las impuestas. Entre otras medidas, se definen a nivel estatal las situaciones de riesgo y desamparo, se simplifica la constitución del acogimiento familiar, de forma que no será preceptiva la intervención de un juez y se establece la obligación de la Administración de preparar para la vida independiente a los jóvenes ex tutelados.

El Observatorio de la Infancia, creado por Acuerdo del Consejo de Ministros en el año 1999 y adscrito al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, es una magnífica plataforma de participación de todos los agentes sociales que, de una u otra forma, trabajamos y aunamos esfuerzos para promover el ejercicio de los derechos y deberes de la infancia y adolescencia en sus diferentes entornos, tanto desde las distintas administraciones públicas como de las asociaciones de infancia.

3.2.3.- Legislación autonómica

Las autonomías regulan aspectos atención temprana y sobre atención sanitaria en la infancia, guarderías, servicios sociales, equipos de apoyo a familias, puntos de encuentro familiar, normativa educativa y ayudas. La mayoría de las comunidades autónomas tienen leyes sobre los derechos de las personas LGTBI y/o trans que incluye cuestiones relevantes para la infancia y adolescencia hasta la fecha sin un marco estatal que lo regule.

La legislación autonómica regula atención y protección a la infancia, legislando sobre la protección de los menores en situación de desamparo, los acogimientos familiares, la concesión de becas a jóvenes que hayan sido objeto de medidas de guarda, la regulación de los centros de menores, entre otros. El protocolo de atención temprana de nuestra comunidad establece que el equipo de salud mental infanto juvenil interviene en todas las fases de atención temprana centrándose en la sintomatología del niño, las interacciones con los padres y de este con los iguales y las características del entorno familiar y educativo

Sería recomendable que la legislación estatal. Se esfuerce en agrupar en un solo texto toda la legislación autonómica sobre infancia y adolescencia, incluyendo tanto a los menores desprotegidos como al resto. Se trata principalmente de visualizar al niño, a la niña y al adolescente como sujeto de derechos y oportunidades

3.3.- Instituciones y ongs

Una ONG es una organización no gubernamental sin ánimo de lucro, creada por ciudadanos que comparten una visión y misión común. La financiación es privada a través de donaciones cuotas y mecenazgos. Los gobiernos asignan financiaciones de los presupuestos y de la decisión de los contribuyentes de ceder parte de sus impuestos a estas instituciones. Las ONG suelen someterse a políticas de transparencia para eludir la desconfianza. Estas políticas incluyen auditorías y difusión de sus actividades económicas a través de la red, las propuestas y actuaciones públicas

Existen miles de organizaciones de este tipo en el mundo, tan solo en nuestro país existen más de 500. A modo de ejemplo nos limitamos a algunas de ámbito internacional vinculadas con la infancia

SAVE THE CHILDREN: Fue fundada en 1919 en Londres para ayudar a los millones de niños refugiados y desplazados diseminados por Europa después de la Primera Guerra Mundial. En la actualidad se encuentra en los principales países del mundo. Desarrolla programas y actividades en todos los aspectos relacionados con la atención y protección a la infancia

UNICEF: Surgió como una organización permanente creada por las Naciones Unidas con el fin de proporcionar a estos niños comida, ropa y asistencia sanitaria. En 1965 recibió el premio Nobel de la Paz

ALDEAS INFANTILES SOS Fue fundada en el año 1949 por el austriaco Hermann Gmeiner en la ciudad de Imst, Austria, Se especializa en el cuidado de niños basado en un modelo familiar como de sustitutiva de la familia por fallecimiento, resolución judicial o de protección de menores. Agrupan a niños con cuidadores profesionales o voluntarios que organizan las actividades cotidianas. Buscan agrupar a niños de distintas edades con el fin de reproducir la dinámica familiar.

PLAN INTERNACIONAL Nace en 1937 a raíz de la guerra civil en España como proyecto para proporcionar necesidades básicas a los niños huérfanos de la guerra. En los últimos años ha creado la campaña "Por ser niña" con el objetivo de concienciar sobre la discriminación de las mujeres más jóvenes.

INFANCIA SIN FRONTERAS busca sentar las bases para el desarrollo y la convivencia pacífica de los pueblos y aminorar los efectos de la guerra y los desastres naturales de la población civil. Los objetivos principales son la universalización de la educación, la salud materno-infantil, el desarrollo productivo y dinamización de las economías locales, la seguridad alimentaria, la ayuda humanitaria y de emergencia y la sensibilización de la sociedad civil.

PAYASOS SIN FRONTERAS Colectivo de profesionales y voluntarios que trabajan a través de la expresión artística basada en el humor y los sentimientos

GLOBAL HUMANITARIA nace en 1990 realiza proyectos de soporte, alimentación y educación en zonas más desfavorecidas de países no desarrollados.

3.4.- Bibliografía:

- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics* (Seventh Edition). Oxford, New York: Oxford University Press.
- Sánchez Vázquez, V., & Guijarro Granados, T. (2002). Apuntes para una historia de las instituciones de menores en España: An overview. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (84), 121-138.

4.- CAPÍTULO 4: RED ASISTENCIAL Y COORDINACIÓN PARA LA ATENCIÓN A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Carlos Imaz Roncero. Psiquiatra. Equipo de Salud Mental Infantojuvenil. H. Universitario Río Hortega. Profesor Asociado de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.

M^a Jesús Iurrtia Muñiz. Psicóloga. Profesora titular Psicología. Universidad de Valladolid

4.1.- Introducción

La red asistencial se define como el conjunto de establecimientos y servicios que se organizan a efectos de dar respuesta a las necesidades de atención y cuidado.

La **red asistencial sanitaria** incluye la red de atención primaria y de especializada que conforman un conjunto de dispositivos organizados para la atención a las necesidades preventivas, diagnósticas, terapéuticas, rehabilitadoras, de formación e investigación sobre la salud y la enfermedad en un contexto o territorio. Hay una red pública y otra privada con colaboraciones e interacciones diferentes según modelos políticos, que configuran un Sistema Sanitario. A nivel educativo, prácticamente el modelo es público ya que la enseñanza privada está generalmente concertada.

La red asistencial para la atención a la infancia y la adolescencia incluye elementos sanitarios, educativos, sociales, e incluso judiciales que motivan el conjunto de sistemas implicados en la atención a la infancia y la adolescencia.

Cada ámbito de actuación se organiza en función de su sistema y funciones propias: sanitario, educativo, social. Es preciso la coordinación entre los diferentes **sistemas** al carecer de una organización y estructura con perspectiva global sobre el colectivo de la infancia y la adolescencia, estableciéndose puntos comunes donde los diferentes sistemas se interfieren.

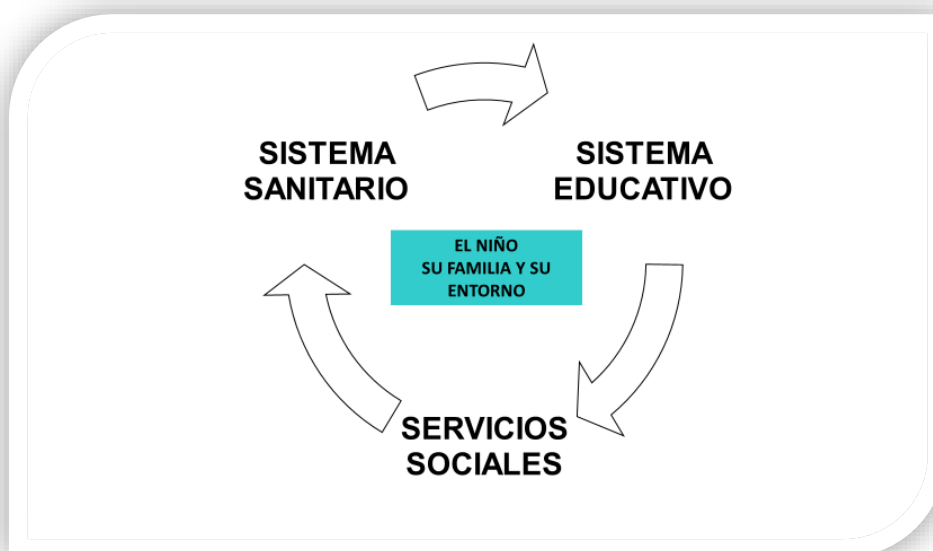


Ilustración 4-1: Sistemas implicados en la atención al niño y su familia

Pero además de los sistemas básicos (Sanitario, Educativo y Servicios sociales) es preciso señalar el Sistema de Atención a las drogas, el sistema judicial y las asociaciones de familias

El sistema de atención a las drogas y la prevención es, en este país, un sistema paralelo al sanitario en muchas de las autonomías, aunque hay una tendencia a incorporarla en la red de salud mental.

El sistema judicial, en un contexto de menores o de juzgados de familia, forma un conjunto de dispositivos que incluye además de los propios juzgados específicos, los fiscales como garantes de los derechos del menor, los equipos de valoración psicosocial y los responsables del seguimiento y cumplimiento de las medidas judiciales, que se conoce por el sistema de reforma.

Y finalmente hay un desarrollo de asociaciones de pacientes y familiares entorno a la Discapacidad en general o al grupo de los TEA (Trastorno Espectro Autista) en particular, el TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad), los TCA (Trastornos de la Conducta Alimentaria), la red de drogas o las enfermedades mentales graves. Que en ocasiones complementan desarrollan servicios donde la propia red pública y privada no alcanzan, pero también realizan actividades sustitutivas de lo que sería una cartera de servicios de los sistemas sanitarios, sociales y educativos, por lo que los límites son poco claros.

Existen Comunidades Autónomas en las que la red de drogas es independiente de la sanitaria y básicamente está concertada con colectivos y/o asociaciones. Pero hay actividades como asistencia a VIH que habitualmente se limitan al sistema sanitario, reclamándose su incorporación al sistema sanitario público. La asistencia a afectados por VIH supuso un cambio de tendencia en la externalización del sistema sanitario para la atención a los drogadictos.

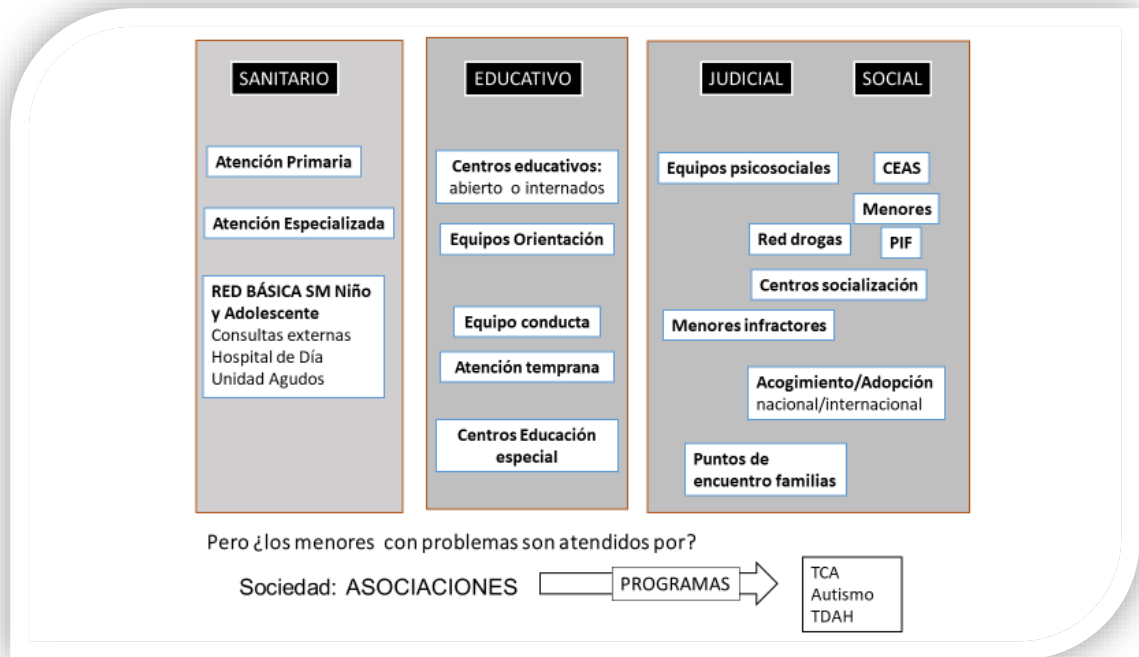


Ilustración 4-2: Sistemas, equipos y programas de atención a los Menores

La enfermedad mental provoca unos síntomas que pueden tener un origen múltiple biológico (aunque hoy generalmente desconocido) y/o dinámico (psíquico/social), que suele ser de naturaleza subjetiva, pero que afecta a las dinámicas y al comportamiento, específicamente en el sujeto afectado de forma individual y a su actividad, que puede repercutir tanto en el número de actividades como en la calidad de éstas.

Pero todo proceso de enfermar además provoca reacciones o repercusiones en su entorno cercano o amplio y que suelen ser el motivo de consulta. Generando una externalización de los conflictos subjetivos, provocando, sin embargo, un proceso inverso de aislamiento físico y/o psíquico de las personas del entorno. Y comportamientos que conduce a la desadaptación o desajuste. Con disfunción individual que afecta al contexto familiar o social (habitualmente escolar), y una repercusión en actividad con menor rendimiento general o específicamente educativo.



Ilustración 4-3: Síntomas y repercusiones

La atención a la enfermedad mental no puede limitarse a alguno de los síntomas del individuo sino al conjunto de síntomas y de repercusiones por lo que es preciso configurar una respuesta que incluya los elementos físicos o biológicos, psíquicos o psicológicos y familiares o sociales, con la interacción de todos ellos.

*Un elemento indispensable para entender la red de asistencia está en relación con la **Reforma psiquiátrica**. Dicha reforma ha supuesto un cambio de modelo asistencial.*

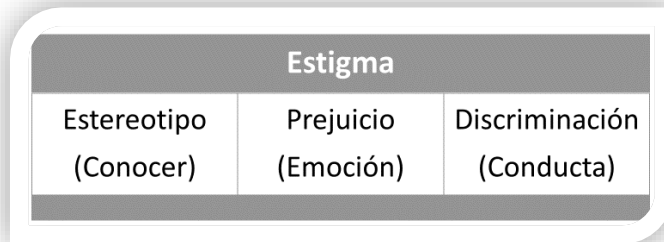
- Se pasa de un modelo asilar u hospitalocéntrico, en el que se produce una separación del enfermo mental de su entorno y de la sociedad, en la que el asilo u hospital psiquiátrico se convierte en un espacio con múltiples servicios y actividades, al modo de pequeño mundo, cerrado y aislado del mundo exterior. Y un modelo en el que el paciente es un sujeto pasivo, sin derechos, que es cuidado por la institución para protegerle de sí mismo y para la protección de la sociedad.
- A un modelo comunitario en el que el paciente está y permanece en la familia, sociedad, escuela, etc del que proviene y en donde es atendido, como cualquier otro paciente. Y al que se le da un papel mucho más activo en el afrontamiento de su problema, pero también de mayor responsabilidad sobre las consecuencias de éste.

Entre ambos modelos extremos hay formas de desarrollo intermedias con mezcla de ambos modelos y orientaciones. Aunque lo más habitual es una carencia de recursos y dispositivos que hacen insatisfactoria la respuesta.

*El **estigma** de la enfermedad mental es un factor condicionante para la atención.*

Entendiendo el estigma como aquello que incluye:

- Un conocimiento a base de estereotipos: como una imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad con carácter inmutable
- Los prejuicios, entendido como las actitudes, valoraciones o reacciones emocionales negativas que nos producen
- Discriminación, como los comportamientos de rechazo, minusvaloración o desventaja social



Según el Plan de Acción de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un objetivo fundamental la prestación de servicios de atención social y de salud mental integrales, integrados y sensibles en entornos comunitarios

Mapa de Servicios de Salud Mental Infantil según la ESMS-R (European Service Mapping Schedule Revised) en su versión revisada.

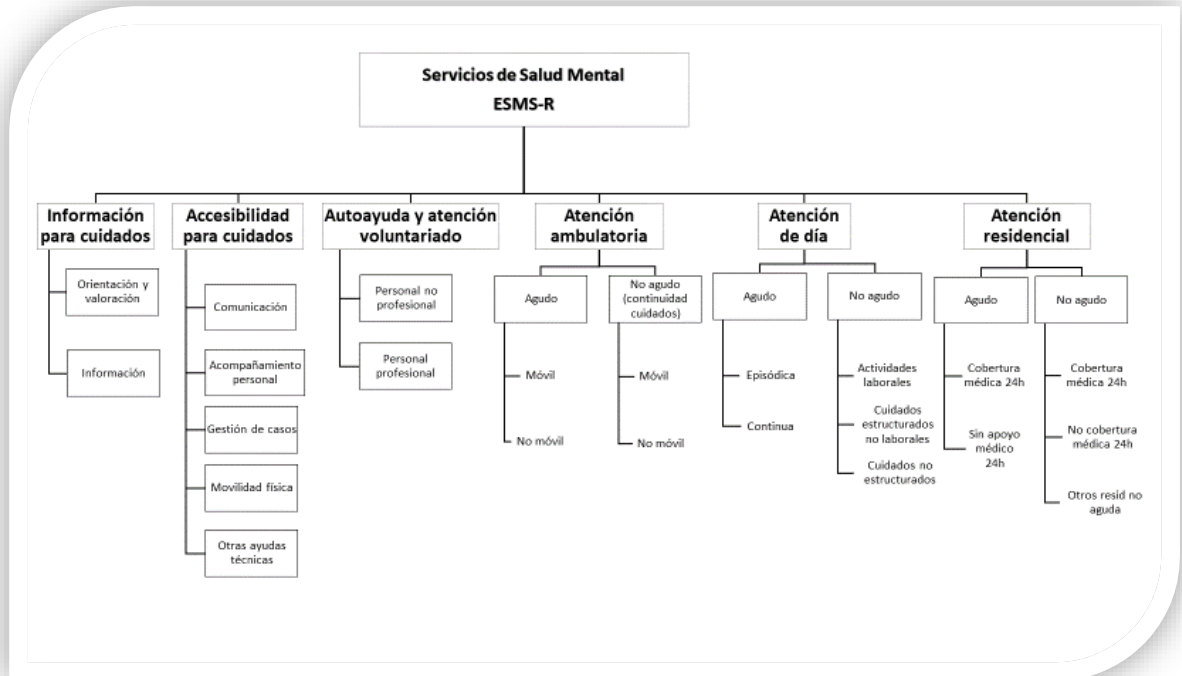


Ilustración 4-4: Servicios de Salud Mental Infantil según la ESMS-R

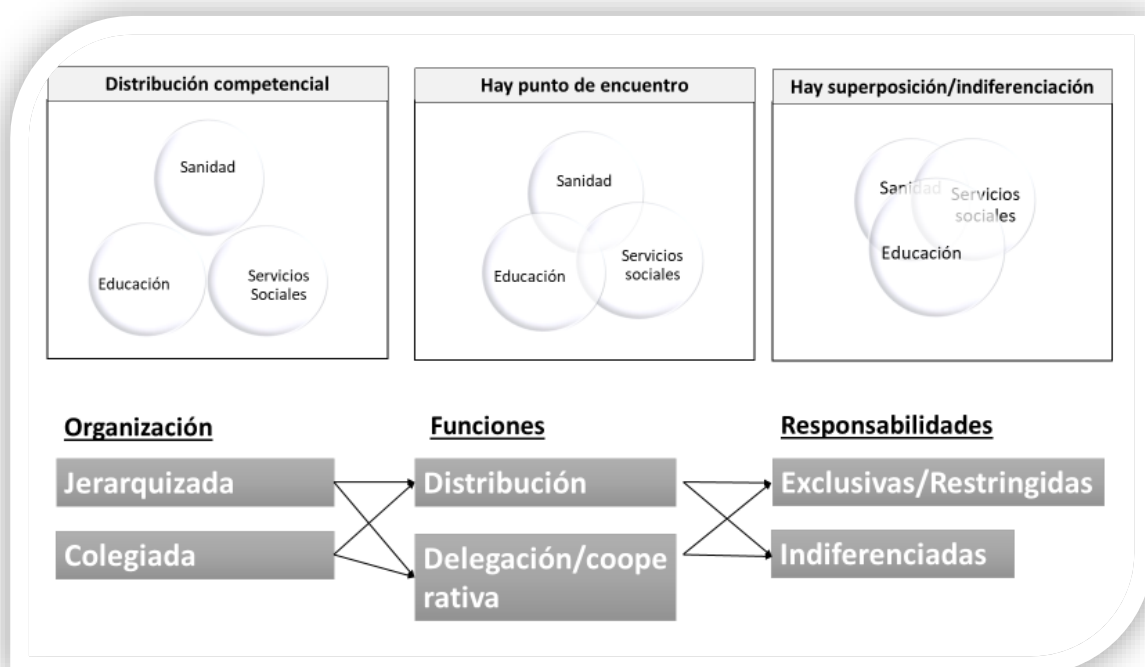
4.1.1.- Coordinación entre sistemas o redes básicas

En la actuación entre los diferentes sistemas o redes básicas que intervienen sobre un menor: Educación, Servicios sociales y Sanidad, también pueden existir relaciones sin cooperación ni interrelación o situaciones en las que se solapen las intervenciones.

Hay poca diferencia entre un hospital de día infanto-juvenil con profesor, o profesionales educativos de apoyo, y un centro educativo especial con apoyo psiquiátrico. Siendo el énfasis en lo terapéutico o lo educativo y la dependencia administrativa los factores de diferenciación.

En el estado español, suele estar mucho más desarrollada la red educativa o social que la sanitaria, y la demanda tiene que ver con los casos complejos con dificultades adaptativas que precisan de una valoración más completa. Para lo que sería preciso o una mayor intervención en los propios dispositivos por los profesionales de la salud o el desarrollo de dispositivos más específicos, para esos casos complejos, con un trabajo más integrador.

Ilustración 4-5: Competencias, organización, funciones y responsabilidades



Y la organización entre redes se puede realizar desde la distribución competencial, por tareas o funciones o por objetivos, con funciones delimitadas y repartidas o distribuidas, sin delegación entre los sistemas y con un liderazgo piramidal o jerárquico, pero independiente. Y en el otro extremo en las que hay superposición o indiferenciación entre sistemas.

El modelo que se considera más apropiado incluye la delegación de responsabilidades entre las diferentes redes y que generan responsabilidad compartidas, en las que existe cooperación y delegación entre los diferentes sistemas, y una cierta dinámica colegiada, pero también con ciertas decisiones o ámbitos específicos o propios.

La decisión de que un niño/a repita curso o que sea atendido en un centro de educación especial, son circunstancias para la que los padres suelen pedir opinión a los profesionales de referencia. Pero es una competencia exclusiva del sistema educativo y del tutor, aunque el resto puedan dar su opinión sobre la conveniencia o adecuación para la situación del menor. Al igual que la decisión de retirar la custodia a unos padres es competencia de los Servicios sociales, a través de los

Servicios de Menores. Y será en el sistema sanitario donde se realizan los diagnósticos y se orientarán los tratamientos para los que padezcan algún trastorno.

Pueden existir programas de coordinación para patologías concretas entre servicios educativos, sociales y sanitarios, así como de coordinación entre el sistema de Atención Primaria y de Salud mental y otros de coordinación entre los propios dispositivos de Salud mental. Y también espacios de coordinación genéricos para el funcionamiento normalizado de los mismos.

4.1.2.- Profesionales de la Salud mental y su coordinación

La atención por varios profesionales sobre un caso suele depender de la complejidad de éste. Y las relaciones entre ellos pueden ser desde enfoques complementarios y abiertos o absolutistas y cerrados. Los modelos abiertos, aunque cercanos, pueden ser indiferenciados, sin claridad sobre lo que trabajan, o los enfoques que cada uno aporta a la intervención.

Un trabajo interrelacionado conlleva una visión, un juzgar y un actuar común, que sin tener que ser restrictivo a un modelo o enfoque terapéutico, se complementan y aceptan esa complementariedad, para un objetivo definido y compartido.

La visión de los profesionales debe ser global pero no debe estar reñido con la actuación parcial, de tal forma que se comparte la visión global pero cada uno desde su profesión y competencia aporta su visión, parcial y limitada.

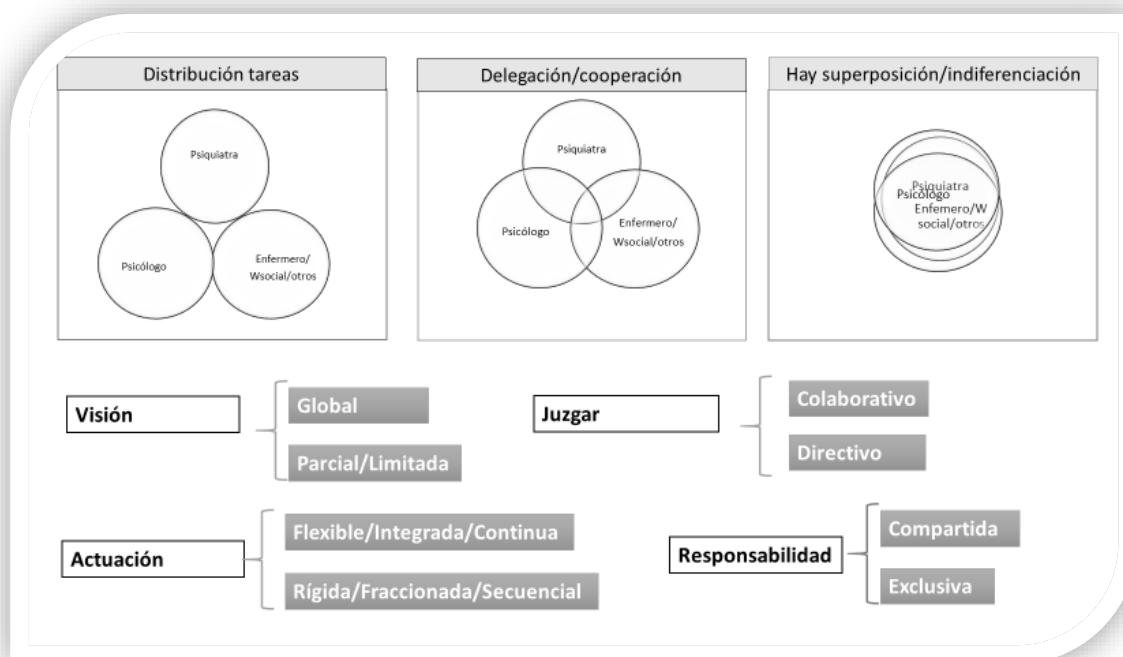
La visión desde análisis compartidos y debatidos, desde los datos y la información recogida, asumiendo el marco de actuación propio, pero con criterios o directivas que, en un sistema público, vienen marcadas por las decisiones políticas y gerenciales, que sobrepasan las decisiones del propio equipo.

En ese marco general es deseable alcanzar un juicio común desde los consensos y colaboraciones, sobre lo evaluado, dando respuesta adecuada y recomendable, pero también realista y posibilista del caso de los profesionales intervinientes.

Para una actuación, que siendo flexible, integrada y continua permita, más fácilmente, una adecuación a la realidad clínica, pero también siendo consciente de que nos movemos en un contexto de límites o rigideces, con esquemas teóricos diferentes, con un fraccionamiento o secuenciación de las actuaciones y, en ocasiones, también del riesgo de superposición o colisión al mínimo descuido.

Una visión global, un análisis colaborativo, una actuación flexible, integradora y continua que conlleva unas responsabilidades más compartidas parece más deseable. Más interdisciplinar que multidisciplinariedad.

Ilustración 4-6. Interdisciplinariedad y multidisciplinariedad profesional



Así lo propio y exclusivo del **psiquiatra** es el diagnóstico médico, incluyendo el diagnóstico diferencial con las situaciones médicas que pueden producir síntomas psíquicos o la orientación que precise en estos casos, así como la petición de estudios analíticos, radiológicos, etc para el mismo, el abordaje biomédico, habitualmente el psicofarmacológico, pero también de otros (como la terapia electroconvulsiva, etc) y, también, de la integración visión bio-psico-social.

Lo propio del **psicólogo**, habitualmente **psicólogo clínico**, a veces **psicólogo general sanitario**, es el diagnóstico psicológico (entendiéndolo como los factores psíquicos determinantes para el proceso que presenta el sujeto), la evaluación psicométrica y los programas psicoterapéuticos estructurados.

El **enfermero**, habitualmente **de salud mental**, tiene el diagnóstico de enfermería (entendiéndolo como el análisis de los datos de paciente con la finalidad de identificar los problemas de éste, a fin de desarrollar sus cuidados) para el desarrollo de programas de educación para la salud y del plan de cuidados para los pacientes.

El **trabajador social**, actualmente no reconocido como profesional sanitario, pero pilar fundamental para la evaluación social y complementar la visión integral. Es el responsable de la intervención y coordinación con los dispositivos de las redes comunitarias (educativas, sociales, judiciales y del tercer sector).

El **terapeuta ocupacional**, es un profesional que se ha ido incorporando a los servicios asistenciales de salud mental, con una función terapéutica de las actividades (autocuidado, laborales o de ocio) para la mejora funcional, el desarrollo y la autonomía personal.

Todos ellos pueden ser y son **psicoterapeutas**, cuando intervienen con función terapéutica sobre un menor, aunque con herramientas diferentes o diferenciadas. El énfasis en lo genérico hace en ocasiones olvidar lo propio y específico.

4.2.- Red psiquiátrica infanto-juvenil

La red de salud mental tiene un marcado carácter comunitario.

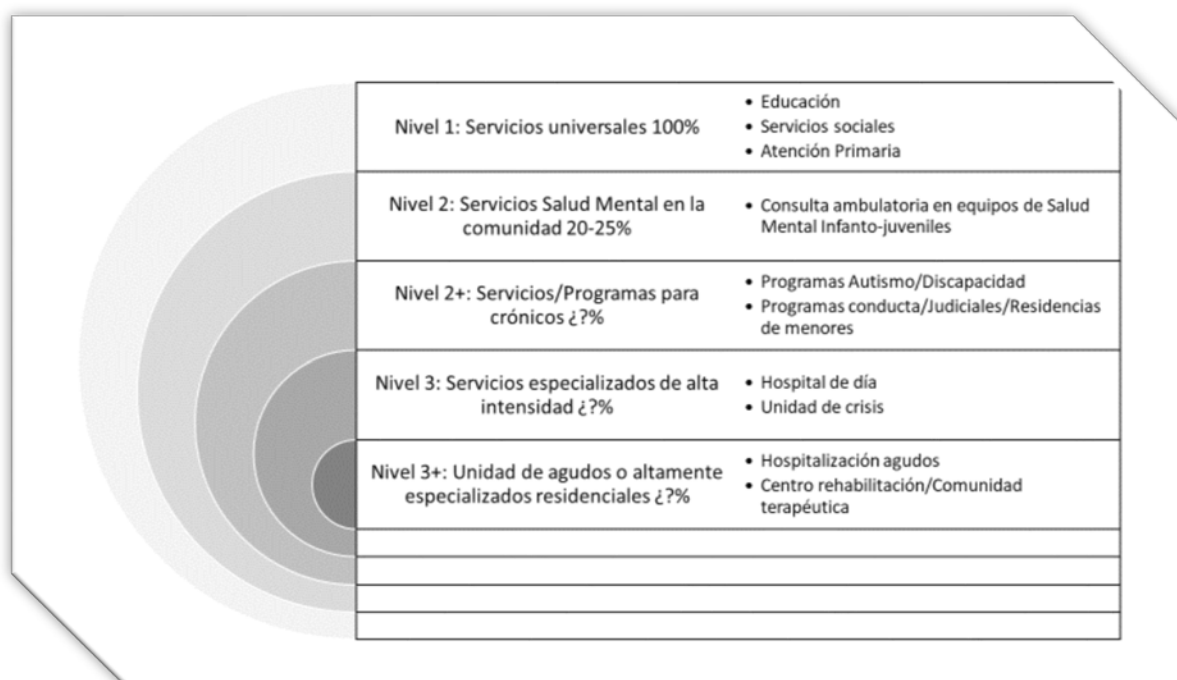
El carácter comunitario implica:

- Privilegiar la asistencia en el contexto del paciente. Todo lo que se pueda hacer en su contexto se antepone a sacarle del mismo.
- Nadie (ni una persona ni un recurso) tiene una respuesta global. La red como un sistema de recursos y profesionales da respuesta integral, de forma continua y continuada. Pero además la red está integrada en la sociedad y sus ámbitos/respuesta educativas o sociales
- Tiene una visión holística no solo sintomática (por eso hay respuesta al síntoma, depresivo o el que sea, pero también a la laboral u ocupación y las necesidades básicas de alimento y de vivienda)
- Una dimensión preventiva y rehabilitadora, que implica una intervención frente a las conductas de riesgo.

La red se establece por **niveles asistenciales**:

- **Nivel 1, servicios universales:** que están disponibles para el 100% de la población y en los que figura la Atención primaria pero también la Educación y los Servicios sociales
- **Nivel 2, servicios de Salud mental en la comunidad:**
 - o Los habituales de consulta ambulatoria en **Equipo o Centro de Salud Mental Infanto-Juveniles** (ESM o CSM). Que deben atender según los datos epidemiológicos al 20-25% de la infancia que va a presentar algún problema de Salud mental
 - o El **Nivel 2+** tiene que ver con **servicios o programas específicos** para poblaciones crónicas o específicas con necesidades de atención concretas. A este nivel están las organizaciones del tercer sector que desarrollan programas de atención a estos colectivos. Actualmente las organizaciones más activas en la salud mental de la infancia están vinculadas a la discapacidad/TEA, TDAH, TCA. Y por otra parte a los menores en situación de riesgo social o en sistemas de protección o reforma.
- **Nivel 3, servicios especializados de alta intensidad:**
 - o Los de alta intensidad por dispositivos de Hospital de día o Unidad de crisis
 - o O las Unidad de agudos o residenciales de especial complejidad:

Ilustración 4-7: Niveles asistenciales



El equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil es la referencia asistencial para los problemas de salud mental.

El ESM es el referente asistencial y el resto de los dispositivos son, en el modelo comunitario, transitorios, dado que solo atienden hasta que consiguen la autonomía suficiente para volver a la comunidad. Y desde el ESM, habitualmente, es donde se da el alta de la red de salud mental.

Uno de los problemas de la red son los **gaps o brechas asistenciales**, que tiene que ver con identificar las poblaciones que interrumpen o que no llegan a ser atendidas por el proceso ni por el nivel que le corresponde. O sencillamente por la carencia de recursos.

El acceso a la **red de Salud Mental** es desde la Atención Primaria, siendo el referente para toda la actuación sanitaria. Qué es lo que el Pediatra (para menores de 14 años) o Médico de Familia (para los de 14 años o más) debe atender y qué debe ser derivado a Salud Mental es uno de los puntos de conflicto. Y esto pasa también para los procesos de Alta. Cuando un paciente debe o puede ser dado de alta de una atención específica de Salud mental.

4.3.- Atención Primaria y Salud Mental

Según la Organización Mundial de los Médicos de Familia (Wonca) las habilidades para las intervenciones no medicamentosas que un médico de Atención Primaria debe tener son:

- Ser capaz de realizar una escucha activa y habilidades interpersonales clínicas para mostrar calidez, interés, respeto, empatía y apoyo.
 - Lenguaje corporal atento: expresiones faciales, contacto visual, gestos para mostrar compromiso e interés
 - Habilidades siguientes: preguntas abiertas para facilitar que el paciente cuente su historia, silencios atentos, respuestas facilitadoras, captar las señales.

- Habilidades de reflexión: parafrasear, resumir o repetir lo que se ha dicho para aclarar y mostrar comprensión, reflejar sentimientos.
- Ser capaz de evaluar eficazmente el estado psicosocial de un paciente, por ejemplo, utilizando la técnica BATHE.
 - Background o Antecedentes: p. ej. "¿Qué está pasando en tu vida?", "Dime qué ha estado pasando".
 - Afecto (affect): por ejemplo: "¿Cómo te hace sentir eso?", "¿Cómo te ha afectado eso?"
 - Problemas (trouble): por ejemplo: "¿Qué te molesta de esto?", "¿Qué es lo que más te molesta de la situación?"
 - Manejo (handling): p. ej., "¿Cómo lo estás manejando?", "¿Cómo has estado manejando este problema?"
 - Empatía (empathy): infunda esperanza al expresar su comprensión de por lo que está pasando el paciente, por ejemplo: "Me imagino que puede ser / puede ser difícil", "Parece que estás pasando por mucho".
- Ser capaz de proporcionar psicoeducación
 - Ser capaz de proporcionar psicoeducación para la depresión, la ansiedad y los ataques de pánico - fisiopatología, efectos sobre la salud y tratamientos
 - Ser capaz de explicar el ciclo del sueño y su efecto sobre la salud mental
 - Ser capaz de proporcionar instrucciones sobre la higiene del sueño.
- Ser capaz de enseñar técnicas de relajación y manejo del estrés
 - Ser capaz de enseñar ejercicios de respiración lenta
 - Ser capaz de enseñar relajación muscular progresiva
 - Ser capaz de promover y apoyar a los pacientes para que practiquen la relajación guiada, la meditación y/o las intervenciones basadas en la atención plena.
- Ser capaz de incorporar principios de activación conductual en el plan de manejo
 - Ser capaz de negociar con el paciente para construir un plan de actividades centrado en el paciente
 - Ser capaz de animar y motivar a un paciente a seguir participando en actividades placenteras y actividades que pueden mejorar la autoestima y la autoeficacia.
 - Ser capaz de motivar a los pacientes a mantener la actividad física manteniendo o aumentando la actividad física
 - Ser capaz de facilitar a los pacientes el fortalecimiento de sus apoyos sociales
- Ser capaz de apoyar a los pacientes en el uso de tratamientos psicológicos basados en Internet
 - Ser capaz de facilitar y apoyar a los pacientes que utilizan terapias psicológicas guiadas basadas en Internet como CBT (terapias cognitivo-conductuales)
- Ser capaz de empoderar a los pacientes para que se conviertan en mejores solucionadores de problemas
 - Ser capaz de facilitar a los pacientes la identificación de problemas específicos de la vida asociados con síntomas psicológicos y/o somáticos.

- Ser capaz de guiar a los pacientes para establecer metas específicas y alcanzables
- Ser capaz de ayudar a los pacientes a pensar en posibles soluciones y sopesar sus ventajas y desventajas.
- Ser capaz de empoderar a los pacientes para que decidan e implementen un plan de acción realista, y para que revisen los resultados.

4.4.- Coordinación con el sistema de atención social

La red social depende de cada Comunidad autónoma por lo que puede tener diferentes estructuras según en la Comunidad en la que te encuentres. Suele constar de unos servicios básicos, que tienen como referencia los Centros de Acción Social (CEAS) y unos servicios específicos que, para la infancia, tiene las siguientes áreas de relevancia:

- Servicios de Protección del Menor
- Centro base
- Servicios de Acogimiento y/o Adopción
- Servicios de Drogodependencia (según comunidades autónomas depende de Salud)
- Servicio de Reforma (según comunidades autónomas depende de Justicia)

Otra característica que depende de la zona geográfica es la responsabilidad en la mayor o menor participación y responsabilidad de las entidades locales (ayuntamientos y diputaciones) en el desarrollo de estos servicios.

4.4.1.- Los CEAS

Son la puerta de entrada al sistema social. Y tiene como objetivos el de informar sobre prestaciones y derechos, valoran las necesidades de autonomía personal y de integración social, orientan sobre el acceso a los recursos sociales, apoyan la tramitación de solicitudes y en su caso derivan a los servicios más adecuados, coordinan la atención elaborando un plan de atención integral con la persona interesada y realizan el seguimiento de las prestaciones.

4.4.2.- Servicios de Protección del Menor

Todos los menores tienen reconocido el derecho a recibir la asistencia y protección que les garantice el pleno desarrollo de su personalidad, siendo una responsabilidad de sus padres, en un primer término, pero del que son subsidiarias las Administraciones Públicas.

Así cuando existe sospecha de riesgo y/o desprotección, por cualquier forma de maltrato o abuso, los Servicios del Menor deben valorar las medidas pertinentes ante la situación de desamparo.

Se inicia así un expediente de Protección que determinará las medidas con el menor pudiendo determinar:

1. Medida para la Preservación: evitando la separación del niño de su entorno familiar.
2. Separación provisional y reunificación: Separar provisionalmente al niño de su familia y establecer las condiciones para posibilitar su retorno.

3. Separación definitiva y acoplamiento a una nueva familia: Separar definitivamente al niño de su familia y promover su integración en un entorno convivencial alternativo, adecuado y estable.
4. Preparación para la vida independiente o tutelada: Establecer las condiciones para que el menor protegido sea capaz de desarrollar una vida adulta autónoma o traspasar su tutela en casos de discapacitados.

En los puntos 1 y 2 previos puede establecerse un seguimiento especial y/o intervenciones (a nivel familiar, social, sanitario y/o educativo). En algunos casos desarrollan Programas de Intervención Familiar (PIF) desde la propia red social.

La cesión de guarda puede ser un proceso voluntario en el que la familia, por múltiples motivos, solicita la ayuda de la administración para evitar y/o prevenir la situación de desprotección.

Cuando hay dificultad para el control de conductas en adolescentes y solicitud de ayuda a las Administraciones suelen inhibirse, siendo precisa la existencia de denuncias para la intervención familiar.

Según la situación puede determinar un acogimiento familiar o residencial o en caso de que la situación sea irreversible la adopción. Podrá ser de forma urgente, temporal, permanente o especializado/profesionalizado.

Un colectivo especial pero creciente son los inmigrantes menores de edad no acompañados (MENAs), que representan una situación especial por los cambios culturales, estableciéndose servicios específicos para este grupo en las comunidades con mayor incidencia de estas poblaciones.

4.4.3.- Centro base

Son centros de ámbito provincial o comarcal destinados a la valoración y orientación de las personas con discapacidad.

Corresponde al Centro Base la valoración de la minusvalía, determinando su tipo y grado

El reconocimiento de un grado de minusvalía se produce tras los dictámenes técnico-facultativos emitidos por los Equipos de Valoración y Orientación (EVOs) constituidos en estos centros

Las funciones generales desarrolladas en estos los centros, similares tanto en los dependientes del Inserso como de los que lo son de los Órganos Gestores de las Comunidades Autónomas con competencia en la gestión, son:

- La prestación de servicios de información y asesoramiento general.
- Diagnóstico, valoración, calificación y orientación de personas con discapacidades físicas, sensoriales y/o psíquicas.
- Logopedia, estimulación temprana, psicomotricidad, fisioterapia y psicoterapia en régimen ambulatorio.
- Valoración y orientación en formación y empleo y formación ocupacional.

4.4.4.- Servicios de Drogodependencia (según comunidades autónomas depende de Salud)

La red de atención a la drogodependencia funciona en algunos casos como red paralela a la asistencia sanitaria, pero en otros integrada con la salud mental. También incluye toda la red de prevención del consumo de sustancias.

Los Centros de Atención al Drogodependiente (CAD), también llamados de Adicciones, son los centros de referencia en la evaluación, desintoxicación y deshabituación del paciente de forma integral. Son equiparables a los Centros de Salud Mental, pero con una atención integral: médica, psicológica y social.

Actualmente el concepto de adicción se amplía al concepto comportamental, que incluye el uso y abuso de internet, por lo que cada vez más la interacción entre las redes es cada vez más importante. Estos cambios implican cambios en las denominaciones. Antes drogodependencia y/o por uso de sustancias y ahora adicciones.

Otros dispositivos que habitualmente encontraremos en la red de adicciones son: Centros de día, Unidad de desintoxicación, Unidad de alcoholismo, Comunidades terapéuticas, Centros residenciales. Pero la red se complementa con programas preventivos, universales, selectivos o indicados, desarrollados desde Educación o desde Servicios sociales. Además de los servicios de Orientación de los Juzgados, además de los Penitenciarios. Y la red Sanitaria general y de Salud mental.

Ilustración 4-8: Sistema de atención a las personas con adicciones



4.4.5.- Servicio de Reforma (según comunidades autónomas depende de Justicia)

Las medidas judiciales en el ámbito penal del menor tienen un marcado carácter educativo y terapéutico. Partiendo de la premisa de que un delincuente se construye por un conjunto de factores individuales, familiares y sociales que son determinantes para su desarrollo, también se establecen medidas correctivas, pero de carácter educativo y terapéutico. Dichas actuaciones precisan de profesionales o recursos de intervención con recursos específicos o compartidos para su desarrollo.

4.5.- Coordinación con el sistema de educativo

La coordinación con el sistema educativo recae de forma directa con el Equipo de Orientación del Centro escolar. A veces, cuando la situación lo requiere hay una participación directa de los equipos directivos de los centros o de responsable de programas específicos de conducta.

Las intervenciones del Equipo de Orientación están encaminadas a:

- Coordinación: Información a padres y, directa o indirectamente, a otros profesionales del comportamiento y actitudes de los alumnos, en colaboración con los tutores.
- Análisis y evaluación en clase, patio y otros (familiar, etc):
 - Vigilancia y recogida de información en relación con problemas de acoso o mala integración escolar
 - Evaluación psicopedagógica (psicometría)
 - Informe psicopedagógico
- Asesoramiento: menor, profesorado y familia e Intervención:
 - Flexibilidad cumplimiento horarios, asistencia, exámenes (horarios, formas, días, ...)
 - Adaptación de horario.
 - Colaborar en marcar objetivos escolares
 - Protección y potenciación de red social
 - Apoyo (que no significa compartir análisis)
- Intervención:
 - Para la detección
 - Observación en el Aula/Gimnasia/Patio
 - Detección Bullying (causa/consecuencia)
 - No demanda/fracaso/alteración conductual
 - Para la Intervención
 - Abordaje Bullying (causa/consecuencia)
 - Apoyo y seguimiento
 - Flexibilización de intervenciones educativas
 - Derivación:
 - Sistema de salud
 - Psicólogos privados
 - Terapias alternativas

Los centros de Educación Especial son un grupo de centros con alumnos con problemáticas médicas y psiquiátricas muy importantes. La atención a la discapacidad y al colectivo de los TEA que no son manejables en un entorno normalizado precisan de estructuras y personal con entrenamientos más específicos. Pero hay experiencias de colaboración específicas para atender a estos menores en su entorno escolar normalizado, con la colaboración y la asistencia del personal sanitario. Siendo deseable esta intervención en medios normalizado cuando es posible, aunque hay corrientes educativas que este criterio de integración lo llevan al extremo, planteando el cierre de los centros de Educación Especial.

Además, de forma generalizada se han ido estableciendo programas de coordinación para la atención a alumnos con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) que implica un reconocimiento y colaboración entre los Equipos de Orientación, Atención Primaria y los servicios de Salud Mental Infanto-Juveniles. Con matices diversos según la Comunidad Autónoma. En Castilla y León inicialmente se planteaba una derivación de los alumnos con una evaluación previa, pero en la evolución del protocolo se reduce a informaciones previas.

Además, en Castilla y León existe un Programa y el desarrollo de Equipos para la Atención a Alumnos con Trastorno de Conducta (EaaTC) que intervienen en los propios centros educativos y tienen aulas específicas para el trabajo con estos menores, que, por diversas causas, producen

problemas de convivencia en el entorno escolar, precisando de intervenciones más especializadas

4.6.- Coordinación con el sistema de judicial

La relación con el sistema judicial es múltiple y responde a las siguientes áreas:

- **La supervisión judicial de los ingresos de menores** en unidades psiquiátricas. Pese a que un menor con 16 años tiene autonomía sanitaria, todos los menores de 18 años, aunque consientan el internamiento, se aplica el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil establece, en punto:
 1. "El internamiento por razón de trastorno psíquico de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí misma, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá una autorización judicial".
 2. "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."
- **Los procesos de separación y/o custodia.** En el que los Equipos psicosociales de los Juzgados pueden requerirnos informes.
- **Cualquier procedimiento judicial** en el que intervenga un menor y haya dudas o sospecha de enfermedad mental y/o consumo de drogas que puedan influir en su comportamiento.
- **El cumplimiento de las medidas judiciales.** Para ello se han desarrollado redes de intervención que forma parte o tienen cierta parte común con los menores de protección y las medidas terapéuticas. Que incluyen:
 - o Libertad vigilada.
 - o Tratamiento ambulatorio.
 - o Convivencia con otra persona, familia o grupo educativo.
 - o Prestaciones en beneficio de la comunidad.
 - o Y medidas privativas de libertad con internamientos abierto, semiabierto y cerrado. Y dentro de ellas una especial de internamiento terapéutico

En general, salvo programas concretos no hay una coordinación habitual limitándose a una relación puntual, sobre casos o problemáticas puntuales.

4.7.- Bibliografía y material complementario

- Atenció a la salut mental i addiccions. (s. f.-a). Recuperado 15 de noviembre de 2019, de CatSalut. Servei Català de la Salut website: <http://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/atencio-salut-mental-addiccions/>
- Atenció a la salut mental i addiccions. (s. f.-b). Recuperado 15 de noviembre de 2019, de CatSalut. Servei Català de la Salut website: <http://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/atencio-salut-mental-addiccions/>
- Beraudi Luppi, A., & Asociación Franco-Argentina de Psiquiatría y Salud Mental. (2004). *Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y el adolescente: CFTMEA-R-2000*. Buenos Aires: Asociación Franco-Argentina de Psiquiatría y Salud Mental : Polemos.
- Cibersam. (s.f.). Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Recuperado 15 de noviembre de 2019, de <https://www.cibersam.es/programas-de-investigacion/psiquiatria-del-nino-y-el-adolescente>
- Confederación Salud Mental España. (s.f.). Herramientas contra el estigma. Recuperado 14 de noviembre de 2019, de <https://consaludmental.org/category/centro-documentacion/herramientasestigma/>
- Desviat, M., González, C., & Celis, R. (2002). *Del manicomio al área de salud: Gráficos e imágenes de un proceso de reforma* (Emisa). Madrid: Médica Internacional.
- Domingo, M. (2016, de maig de). *Atenció a la salut mental infantil i adolescent a Catalunya*. Federació Salut Mental Catalunya. eDESDE-LTC Consortium. (2010, 2011). *EDESDE-LTC Coding and Classification System*. Recuperado de <http://www.edesdeproject.eu/training.php>

- European Commission. (2016, noviembre 25). EU-Compass for Action on Mental Health and Well-being [Text]. Recuperado 14 de noviembre de 2019, de Public Health—European Commission website: https://ec.europa.eu/health/non_communicable_diseases/mental_health/eu_compass_en
- Garrido Torrecillas, F. J. (2014). *Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía*. Recuperado de https://si.easp.es/psiaa/wp-content/uploads/2014/09/psiaa_aspectos_generales.pdf
- Global Family Doctor—WONCA Online. (s.f.). Recuperado 15 de noviembre de 2019, de <https://www.globalfamilydoctor.com/groups/workingparties/mentalhealth3.aspx>
- Gobierno de Canarias. (2006). *Programa de Atención a la Salud Mental Infante-Juvenil de la comunidad de Canarias*.
- Hidalgo Vega, Á. (2009, julio). La asistencia sanitaria en salud mental juvenil en España. *Revista de Estudios de Juventud*, 084(Nº 84). La salud mental de las personas jóvenes en España). Recuperado de <http://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-12.pdf>
- Larban Vera, J. (2010). El modelo comunitario de atención a la salud mental “continente y contenido”. *Revista Sepypna*, 49. Recuperado de <http://www.sepypna.com/articulos/modelo-comunitario-atencion-salud-mental/>
- Lluch, E. (1985). *Informe de la comisión ministerial para la Reforma Psiquiátrica*. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=278>
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España. (2009). *Informe Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006-2010. Balance de actividades y acciones previstas*. Recuperado de https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/InformePlanCalidad_ESP.pdf
- Red asistencial de recursos de atención a las drogodependencias. (2017, abril 26). Recuperado de Red asistencial de recursos de atención a las drogodependencias website: http://drogues.gencat.cat/es/professionals/tractament/xarxa_de_recursos_assistencials/index.html
- Salud Mental España. (s.f.). Salud mental infante-juvenil. Recuperado 14 de noviembre de 2019, de <https://consaludmental.org/category/centro-documentacion/prevencionpromocions/salud-mental-infante-juvenil/>
- Salut, D. de. (2013). *Atlas integral dels serveis d'atenció a la salut mental de Catalunya, 2010*. *Scientia*. Recuperado de <http://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/3045>
- Sánchez, L. (2010). *Programa de atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud.
- WHO. (2005). *Atlas: Child and adolescent mental health resources : global concerns, implications for the future*. Recuperado de <https://ra.ocls.ca/ra/algologin.aspx?inst=algonquin&url=https://ebookcentral.proquest.com/lib/algonquin-ebooks/detail.action?docID=3050162>
- WONCA Working Party for Mental Health Guidance Document. (2017, octubre 10). Family doctors' role in providing non-drug interventions (NDIs) for common mental health disorders in primary care. Recuperado 14 de noviembre de 2019, de <http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Mental%20Health/WPMH%20role%20of%20FPs%20in%20non%20drug%20interventions.pdf>
- World Health Organization. (2015). *The European Mental Health Action Plan 2013–2020*.

4.7.1.- Material complementario

SALUD MENTAL DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES ORGANIZACIÓN MUNDIAL PARA LA SALUD (OMS)

http://www.who.int/mental_health/maternal-child/child_adolescent/en/

Observatorios de la Infancia: se puede buscar información relacionada con la infancia, servicios sociales y educación.

<https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/index.aspx>

<http://www.observatoriodelainfanciadeasturias.es/>

<http://www.observatoriodelainfancia.msbs.gob.es/>

5.- CAPÍTULO 5: EVALUACIÓN: PSICOMETRÍA EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Víctor Benito Arias González. Psicólogo. Profesor Ayudante Doctor. Universidad de Salamanca

Jairo Rodríguez Medina. Psicólogo. Profesor Pedagogía. Universidad de Valladolid.

Benito Arias Martínez. Psicólogo. Catedrático Psicología. Universidad de Valladolid

5.1.- Características diferenciales de la evaluación infantil

La importancia de la detección e identificación precoz mediante el uso de instrumentos o medidas validadas y adecuadas a los diferentes estadios del desarrollo ha sido destacada en la literatura con el creciente conocimiento de que los trastornos emocionales y conductuales graves que ocurren en los primeros cinco años de vida continúan o empeoran durante los años de edad escolar y la adolescencia. Es preciso señalar que el riesgo de empeoramiento de la psicopatología en niños y jóvenes puede causar trastornos familiares significativos, aumentar el estrés en las relaciones familiares y empeorar la calidad de vida, y puede afectar negativamente a la autoestima y la autoeficacia de niños y adolescentes.

Se ha enfatizado la improcedencia de trasladar a la población infantil las prácticas y métodos evaluativos utilizados con los adultos. De ahí que se consideren una serie de peculiaridades que definen esta población (p. ej., la naturaleza de los cambios evolutivos, o la particular influencia de los sistemas sociales, escolares y familiares) y se conciba la evaluación como un proceso de solución de problemas y verificación de hipótesis en cuanto a la naturaleza y causas del trastorno, su evolución o trayectoria evolutiva y la previsión de los posibles efectos de diferentes tratamientos. La evaluación de los trastornos infantiles debería, en todo caso, concebirse desde una perspectiva multidimensional que contemplara una diversidad de (a) métodos de evaluación de distinto grado de "directividad"¹ (desde entrevistas a observación directa en situaciones análogas o naturales); (b) destinatarios (padres, maestros, compañeros, el propio niño); (c)

¹ El concepto de "directividad" ("directness") debe entenderse como el grado de contacto que el evaluador establece con la conducta evaluada. Así, la observación sistemática de la conducta espontánea en contextos naturales sería el método de evaluación más "directo", frente a otros más "indirectos" (p. ej., la entrevista que el clínico mantiene con una persona allegada sobre la conducta del niño evaluado).

contextos y ambientes (escuela, familia, comunidad) y (d) respuestas (motoras, fisiológicas, cognitivas).

Además, la evaluación de los trastornos psicológicos en niños presenta un conjunto de connotaciones a tener en cuenta:

- La intensidad y celeridad de los cambios evolutivos, así como las diferencias de todo orden (p. ej., habilidades motoras, procesamiento de la información...) existentes entre unos estadios evolutivos y otros. Por otra parte, muchas conductas (p. ej., presentar ciclos de atención cortos, oposicionismo, apego emocional, enuresis...) pueden considerarse normales en unas edades, pero no en otras. Por ello se han propuesto una serie de juicios normativos acerca de lo que puede constituir un problema: (a) una desviación evolutiva; (b) una variación del comportamiento en relación con un grupo de referencia normativo; (c) una adaptación apropiada desde el punto de vista evolutivo, a una variedad de demandas situacionales y (d) una desviación —discontinuidad— inesperada del curso previsto de evolución individual.
- El hecho de que no suele ser el niño quien expresa quejas o demandas de cambio conductual, por lo que en muchas ocasiones el motivo por el que se pretende que se le evalúe está lejos de sus expectativas y sentimientos. No debe olvidarse, además, que en la evaluación de niños están por lo general implicadas diversas personas (padres, maestros, psicólogos escolares, compañeros, el propio niño) entre las cuales se producen interacciones.
- La interacción confusa de variables motoras, cognitivas y fisiológicas, por lo que, en ocasiones, lo que se considera como trastornos no son sino la manifestación de un malestar físico.
- La relevancia de las variables ambientales en la explicación de los trastornos del comportamiento infantil. Dada la especificidad situacional de la conducta, es preciso evaluar las variables relevantes en los múltiples contextos en que se desarrolla la vida del niño.
- La interacción de los trastornos comportamentales con variables relativas al rendimiento escolar y a la capacidad intelectual dado que, por una parte, estas variables constituyen vías de integración preferentes en nuestra cultura y, por otra, los agrupamientos de niños en el contexto escolar se realizan atendiendo a niveles de edad, y no de capacidad intelectual o rendimiento.
- Un aspecto particularmente importante tiene que ver con la selección de las conductas objetivo de evaluación y tratamiento. Para ello se han propuesto tres criterios: (a) la comparación, en términos de puntuaciones tipificadas, de la conducta del niño con la mostrada por el grupo de referencia; mediante este acercamiento normativo, se considera que existe un trastorno de conducta cuando la desviación es excesiva (por ejemplo, 2 desviaciones estándar); (b) la validación social, consistente en obtener correlaciones entre tasas de componentes específicos de un tipo de conducta y (c) el ajuste actual y futuro, consistente en la selección de conductas que han demostrado empíricamente estar relacionadas con el funcionamiento actual o futuro del individuo. La selección de la conducta objetivo constituye sin duda un paso crucial en cualquier modelo de decisión. Antes de seleccionar la conducta objetivo es preciso contestar a tres preguntas, relacionadas genéricamente con los tres sistemas de respuesta:
 - El problema que el niño presenta, ¿es internalizado o externalizado? En el primer caso, el problema sería fundamentalmente del niño, en tanto que en el segundo sería el ambiente quien lo sufriría, circunstancia que, obviamente, supone una orientación distinta del tratamiento posterior.
 - ¿Está asociado el problema con distorsiones cognitivas o con deficiencias en el procesamiento de la información? De una respuesta afirmativa a esta cuestión, se derivaría la necesidad de incluir en el tratamiento componentes de entrenamiento cognitivo.

- ¿Tiene el niño problemas para modular su comportamiento bajo diferentes condiciones emocionales? Esta pregunta hace referencia a cómo el niño es capaz de afrontar situaciones ansiógenas de forma adecuada.

5.2.- Principales estrategias de evaluación de los trastornos de conducta en la infancia

En síntesis, los principales procedimientos que se utilizan para evaluar los trastornos de la conducta infantil abarcan tres tipos de estrategias: entrevista, observación directa, y escalas y cuestionarios. Debe tenerse en cuenta, en todo caso, que una buena evaluación, independientemente del método concreto utilizado, debería cumplir una serie de requisitos esenciales: ser completa, rigurosa, basada en datos empíricos, fiable, y útil para diseñar a partir de sus resultados un programa de tratamiento eficaz. Habría de contemplar, además, una serie de puntos que determinarían la forma concreta de llevarla a cabo:

- *Naturaleza del problema* (abierto, encubierto, agudo, crónico).
- *Propósito de la evaluación* (exploración, valoración del tratamiento, diagnóstico).
- *Características del niño* (edad, habilidades cognitivas, repertorios básicos de aprendizaje...).
- *Características de la familia* (clase social, relaciones, grado de estructuración, conflictos, apoyo social, habilidades de manejo, maltrato...).
- *Características del evaluador* (entrenamiento, preferencias teóricas, tiempo...).
- *Contexto en que se lleva a cabo* (aula, hogar, clínica, comunidad).
- *Características del método* (complejidad, recursos técnicos necesarios, sesgos...).

En lo que respecta a los procedimientos evaluativos, éstos pueden alinearse, como más arriba se ha mencionado, en un continuo de “directividad” (*directness*) que va desde los más indirectos (basados en entrevistas y autoinformes) a los más directos (basados en observación directa de situaciones análogas o naturales), pasando por cuestionarios y escalas, tanto generales o de banda ancha (“broad band”) como específicos o de banda estrecha (“narrow band”). En el presente capítulo nos referiremos a los cuestionarios y escalas de diverso formato (listas de comprobación o *checklists*, autoinformes, escalas de clasificación o *rating scales*...), cumplimentados tanto por adultos (padres y maestros) como por el propio niño o adolescente. El uso de este tipo de instrumentos presenta indudables ventajas (p. ej., rapidez de aplicación, facilidad de cumplimentación, bajo costo económico, provisión de información acerca de cómo percibe la realidad la persona que los cumplimenta, utilidad para una exploración o *screening* general inicial, grado de estandarización por lo general superior a las entrevistas estructuradas, posibilidad de establecer comparaciones normativas entre sujetos, posibilidad de utilizarse como medidas dependientes en el tratamiento), a la vez que algunos inconvenientes (p. ej., sensibilidad a sesgos diversos —falsificación, deseabilidad social, aquiescencia, abstracción selectiva, sobregeneralización, percepciones erróneas, IER²...—, problemas de validez criterial y de contenido, ambigüedad de los ítems, ausencia de evaluación funcional (i.e., no proporcionan

² El IER (“*Insufficient Effort Responding*”), fenómeno muy poco investigado hasta ahora, se refiere a los sujetos que responden de forma descuidada o inatenta a escalas y cuestionarios, que dan respuestas aleatorias o parcialmente aleatorias, cuyos patrones de respuesta son incoherentes (i.e., dan respuestas inesperadas) o inconsistentes, etc. El fenómeno afecta gravemente al análisis de los datos y a los resultados, conduciendo por lo general a variabilidad espuria intragrupo, menor fiabilidad - consistencia interna, errores de tipo II (no rechazar H0 cuando es falsa) en la prueba de hipótesis, correlaciones incorrectas entre los ítems, aumento de la varianza de error (cuando las respuestas son aleatorias), estructuras factoriales erróneas en análisis factorial, etc. Se estima en más del 10% (hasta el 20% dependiendo del tipo de estudio y de sujetos) la prevalencia de sujetos con IER, por lo que su correcta identificación y eliminación, especialmente en estudio de validación de instrumentos, resulta crucial. De otro modo (i.e., estimar las propiedades métricas sin eliminar esos datos) llegaremos a conclusiones erróneas y sesgadas (Meade & Craig, 2012).

información alguna sobre los antecedentes y consecuencias de la conducta), falta de sensibilidad para detectar cambios mínimos en la conducta debido a la formulación excesivamente genérica de los ítems, etc.)

Evidentemente, los inconvenientes anteriores pueden en gran medida obviarse, siempre que en el proceso de construcción del instrumento se respeten rigurosamente los requisitos imprescindibles que garanticen su adecuación psicométrica y que trataremos con mayor detalle en este capítulo (p. ej., partir de un *pool* de ítems suficientemente extenso a fin de salvaguardar la validez de contenido, eliminar ítems con escasa homogeneidad, o carentes de poder discriminativo, administrar repetidamente la escala a muestras piloto, refinarla mediante sucesivas iteraciones, analizar su estructura factorial, etc.) El proceso seguido en las condiciones mencionadas sin duda resulta costoso, arduo y extremadamente complejo, y requiere la realización de tareas muy especializadas (en especial, las que tienen que ver con el análisis de datos), el trabajo en equipo y la posibilidad de acceso a muestras amplias de sujetos. No es de extrañar, pues, que muchos de los instrumentos disponibles se hayan desarrollado siguiendo modos más fáciles (limitándose, en muchas ocasiones, a confeccionar —o traducir sin ajustarse a ningún protocolo conocido— un listado de ítems más o menos relacionados con el objeto de la evaluación), hasta el punto de que, lamentablemente, en los últimos años asistimos a una verdadera proliferación de tales instrumentos sin que su uso real vaya más allá de constituir un cuestionario o escala utilizado en una tesis doctoral o un trabajo de investigación, con nula repercusión en la comunidad científica.

5.3.- Escalas y cuestionarios para padres, maestros y niños

Los padres y maestros constituyen a priori los mejores informantes sobre la conducta del niño, dado que son los que más tiempo permanecen con él. Esta ventaja puede, sin embargo, tornarse en inconveniente si no se toman al menos dos precauciones: en primer lugar, es necesario administrar los instrumentos a distintas personas, y evaluar el grado de concordancia, a fin de garantizar la generalizabilidad y la fiabilidad interevaluadores; en segundo lugar, es preciso complementar los datos resultantes con los obtenidos mediante entrevista clínica y observación directa. Insistimos, además, en que los datos únicamente serán considerados válidos en la medida en que no se constaten excesivas discrepancias debidas a las fuentes de que han sido obtenidos.

Como antes se ha expuesto, el número de instrumentos de evaluación de trastornos infantiles basados en cuestionarios y escalas es muy extenso. Por ello nos limitaremos a listar aquí algunos de los más conocidos³ que cuentan además con investigación que avala sus cualidades métricas.

5.4.- Enfoques para el análisis de las propiedades métricas: TCT frente a TRI

En general, la construcción de instrumentos (i.e., escalas y cuestionarios) de evaluación de la psicopatología infantil y adolescente se adscribe a uno de los dos grandes modelos metodológicos disponibles: la Teoría Clásica de los Test (TCT) y la Teoría de Respuesta a los Ítems (TRI). Es preciso, al utilizar una escala para medir un determinado trastorno, conocer si se ha desarrollado

³ Es preciso tener en cuenta que la evaluación mediante listas conductuales o “listas de comprobación” (*checklists*), observación directa, entrevista, etc., no siempre proporciona datos congruentes. Las discrepancias se deben por lo general a que las muestras de conducta no son las mismas para todos los métodos. Por ejemplo, las escalas cumplimentadas por maestros constituyen generalmente una muestra de un rango amplio de comportamientos, de modo que la prevalencia de ciertas conductas tiende a exagerarse en comparación con las tasas reales de ocurrencia, mientras que la observación directa con frecuencia se focaliza en segmentos comportamentales muy limitados. Por otra parte, las escalas cumplimentadas por maestros se basan en el contacto con el niño a lo largo de períodos extensos de tiempo, de modo que pueden captar aspectos de la conducta raros (pero significativos) que pueden no ser detectados por la observación directa basada en muestras de tiempo.

bajo los postulados de uno u otro método, dado que ello tiene importantes connotaciones que resumiremos en los párrafos siguientes.

La TRI difiere de la teoría de la teoría tradicional o “clásica” en que proporciona un modelo teórico claro que vincula las diferencias individuales en un constructo subyacente o variable latente (como podría ser, por ejemplo, la ansiedad o la depresión) a la probabilidad de las respuestas a los ítems. A diferencia de la TCT, donde las características psicométricas de una prueba dependen del grupo o muestra de normalización, TRI postula que las características de los ítems son específicas al ítem y se consideran invariantes entre los grupos (Lord, 1991). Los instrumentos desarrollados bajo los supuestos de la TRI disponen de varias ventajas significativas:

- Proporcionan puntuaciones para diferentes individuos en una métrica común, sin que sea necesaria la administración del mismo número de ítems o incluso los mismos ítems, suponiendo que estos se extraen de un banco común de ítems.
- Estiman los parámetros tanto de los ítems como de las personas evaluadas utilizando el mismo modelo.
- Proporcionan una estimación independiente de las personas (“*person-free*”) de los parámetros de los ítems, y una estimación independiente de los ítems (“*item-free*”) del rasgo latente de las personas.
- Proporcionan un escalamiento óptimo de las diferencias individuales.
- Facilitan importantes aplicaciones adicionales o complementarias, tales como CAT, escalas vinculadas (“*linking scales*”), o funcionamiento diferencial del ítem (DIF).
- Permiten medir los niveles individuales de funcionamiento de manera fiable a lo largo del continuo de la variable latente evaluada y de tramos de edad, pudiendo proporcionar información precisa alrededor del punto de corte utilizado para determinar la presencia o ausencia del trastorno evaluado.

Hasta el momento, la mayoría de las pruebas de evaluación de la psicopatología infantil y adolescente se han desarrollado ateniéndose a los principios propugnados por la TCT, debido, probablemente, a dos razones: (a) la TCT es mucho más conocida que la TRI; (b) desarrollar e interpretar medidas mediante TRI es una tarea considerablemente más compleja que hacerlo con TCT.

En la Tabla 5-1 presentamos una síntesis de las principales diferencias entre ambos acercamientos metodológicos, algunas de las cuales hemos referido en párrafos anteriores (Embretson & Reise, 2000, p. 15).

Tabla 5-1: Principales diferencias entre la Teoría Clásica de los Test y la Teoría de Respuesta a los Ítems

<i>Teoría Clásica de los Test</i>	<i>Teoría de Respuesta a los Ítems</i>
El error típico de medida (SEM, <i>Standard Error of Measurement</i>) se aplica a todas las puntuaciones de una población particular.	El error típico de medida difiere a través de las puntuaciones (o de los patrones de respuesta), pero se generaliza a través de las poblaciones.
La fiabilidad depende de la longitud del test (mientras más extenso, más fiable).	Test más cortos pueden ser más fiables que test más largos.
La comparación entre las puntuaciones del test a través de formas múltiples es óptima cuando las formas son paralelas.	La comparación entre las puntuaciones del test a través de formas múltiples es óptima cuando los niveles de dificultad del test varían entre las personas.
Las estimaciones no sesgadas de las propiedades de los ítems dependen de disponer de muestras representativas.	Las estimaciones no sesgadas de las propiedades de los ítems pueden obtenerse de muestras no representativa.
Las puntuaciones del test obtienen significado comparando su posición en un grupo normativo.	Las puntuaciones del test obtienen significado cuando se comparan a partir de la distancia entre los ítems.
Las propiedades de intervalo de la escala se alcanzan obteniendo distribuciones normales de las puntuaciones.	Las propiedades de intervalo de la escala se alcanzan aplicando modelos de medida justificables.
Los formatos de ítems mixtos conducen a un impacto no equilibrado sobre las puntuaciones totales del test.	Los formatos de ítems mixtos pueden arrojar puntuaciones óptimas en el test.
Los cambios en las puntuaciones no pueden ser comparados significativamente cuando los niveles de puntuación inicial difieren.	Los cambios en las puntuaciones pueden ser comparados significativamente cuando los niveles de puntuación inicial son diferentes.

El análisis factorial de datos binarios produce artefactos más que factores.	El análisis factorial sobre puntuaciones brutas produce un análisis factorial con información plena (“full information”).
Las características de los ítems (estímulos) son poco importantes, comparadas con las propiedades psicométricas.	Las características de los ítems (estímulos) pueden relacionarse directamente con las propiedades psicométricas.
No permite calcular el funcionamiento diferencial del ítem.	Permite calcular el funcionamiento diferencial del ítem.
No permite la falsabilidad.	Los modelos TRI permiten la falsabilidad: Un modelo TRI puede o no ser apropiado para un conjunto de datos (i.e., puede o no predecir o explicar correctamente los datos), por lo que es esencial evaluar el ajuste del modelo a los datos.

5.5.- Propiedades métricas de las escalas y cuestionarios

Las puntuaciones obtenidas mediante la administración de cualquier instrumento de evaluación de la psicopatología infantil y adolescente deben presentar evidencias suficientes y sólidas tanto de validez como de fiabilidad. En los párrafos que siguen ampliaremos someramente ambos conceptos. Puesto que en el texto se utilizan con frecuencia términos que podrían parecer intercambiables, en la Tabla 5-2 se presenta un resumen de dichos términos con una breve definición de cada uno.

Tabla 5 2: Principales términos referidos a la evaluación psicométrica usados en el texto

Término	Definición	Ejemplo
Medida (“measurement”)	Cantidades o magnitudes obtenidas por la aplicación de un instrumento	Puntuaciones obtenidas por una persona en la escala de depresión BDI.
Administración de pruebas (“testing”)	Técnica que implica observar sistemáticamente y puntuar de forma estandarizada respuestas de la persona evaluada. Pone énfasis en la observación sistemática.	Aplicación de la escala de depresión BDI siguiendo las instrucciones del manual de la prueba.
Evaluación (“assessment”)	Id. Administración de pruebas. Pone énfasis en la asignación de puntuaciones.	Id.
Atributo	Concepto referido a un término <i>teórico</i> .	Inteligencia, como atributo o cualidad que los sujetos poseen.
Constructo	Concepto referido a un término <i>significativo</i> .	
Variable latente	Constructo (en el ámbito de modelos estadísticos que capturan las relaciones probabilísticas entre los indicadores que las miden).	“Depresión” tal como es medida por los 18 ítems del BDI.
Ítem	Cada uno de los estímulos individuales de que consta una prueba, cuyo objetivo es elicitación una respuesta del sujeto.	“Me siento triste todo el tiempo”.
Puntuación del ítem (“item score”)	Puntaje otorgado al ítem.	1, otorgado al ítem anterior.
Indicador	Ítem, cuando las respuestas se refieren a variables latentes.	“Me siento triste todo el tiempo”, como indicador de la variable latente “Depresión”.
Modelo de medida	Modelo que relaciona variables latentes con los ítems que presumiblemente las miden.	Variable latente “depresión” como causa de los 18 ítems de la escala BDI.
Índice	Puntaje obtenido de la suma de varios ítems similares que forman un constructo.	
Validación	Proceso de investigar y documentar las evidencias de validez de una prueba.	

5.5.1.- Validez

La validez se refiere al grado en que la evidencia empírica y la teoría apoyan la interpretación de las puntuaciones obtenidas por una prueba⁴ de evaluación diseñada para un determinado propósito. Por tanto, se considera desde una perspectiva *teórica*, siendo la pregunta más importante: ¿para qué es válida la medida? Es la característica más importante de un test: si no

⁴ En este texto utilizamos los términos “test”, “prueba” e “instrumento de evaluación” como sinónimos.

podemos establecer lo que el test mide, la fiabilidad resulta irrelevante. Dicho de otro modo, si las puntuaciones obtenidas no informan de forma completa y lo más exacta posible sobre el constructo que se pretende medir, no importa cuán precisas, fiables o libres de sesgos sean tales puntuaciones. La pregunta básica a responder es, ¿Disponemos de evidencia suficiente de que el instrumento mide el constructo x (p. ej., depresión)? Como se discute con detalle en los *Standards for Educational and Psychological Testing* (American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education, & Joint Committee on Standards for Educational and Psychological Testing (U.S.), 2014, pp. 11-31), la validez constituye la consideración más esencial en el desarrollo y la evaluación de pruebas o instrumentos de medida. El proceso de validación implica acumular evidencias relevantes que proporcionen una base científica sólida para interpretar las puntuaciones obtenidas mediante la administración del instrumento. Es necesario advertir que la validez no es una propiedad del instrumento de medida, sino de las puntuaciones que los sujetos evaluados obtienen (i.e., referidos a una muestra específica, aplicada en un contexto y momento concretos y considerando para su correcta interpretación el constructo específico que se pretende medir). A continuación, describiremos distintas fuentes de evidencia que podrían utilizarse para determinar la validez de la interpretación de las puntuaciones de un instrumento usado para un propósito específico. Tales fuentes de evidencia pueden iluminar *diferentes aspectos* de la validez, pero no representan *diferentes tipos* de validez, toda vez que la validez es un concepto unitario, identificado con el grado en que todas las evidencias acumuladas apoyan la interpretación que se pretende dar a las puntuaciones del instrumento de evaluación.

5.5.1.1.- Evidencias de validez basadas en el contenido de la prueba

Estas evidencias reflejan la relación entre el contenido de la prueba y el constructo que se pretende medir. El contenido se refiere a los temas, redacción y formato de los ítems. Es preciso que el contenido se describa minuciosamente (por ejemplo, mediante una clasificación de temas y tipos de ítems usados). Las evidencias pueden incluir análisis lógicos o empíricos de la medida en que el contenido de los ítems refleja adecuadamente el constructo (o, si se quiere, determinar hasta qué punto el conjunto de ítems constituye una muestra representativa del universo de ítems que podrían utilizarse para medir el constructo). Es común utilizar jueces expertos que califican cada ítem en función de características tales como claridad de la redacción, relevancia para medir el constructo, pertinencia, observabilidad, idoneidad o importancia, y dimensión o factor en el que se encuadra el ítem. Los datos suministrados por los jueces suelen someterse a diversos análisis. Entre otros, análisis de concordancia (B_N o B_N^W de Bangdiwala, coeficientes kappa de Cohen o alfa de Krippendorff) o análisis más complejos (p. ej., análisis mediante modelos logísticos *multifacet*, en los que se consideran simultáneamente varias *facetas* tales como jueces, ítems, sujetos, características, etc., encuadrados en el modelo de Rasch).

5.5.1.2.- Evidencias basadas en los procesos de respuesta

Algunas interpretaciones del constructo implican suposiciones más o menos explícitas acerca de los procesos cognitivos en los que participan los sujetos evaluados. Este tipo de evidencias es muy relevante en pruebas de desempeño o ejecución, pero no tanto en la evaluación de condiciones psicopatológicas, por lo que no procede una explicación más extensa.

5.5.1.3.- Evidencias basadas en la estructura interna

Los análisis de la estructura interna de una prueba pueden indicar el grado en que las relaciones entre los ítems y los factores (o dimensiones, o variables latentes) se ajustan al constructo en el que se basan las interpretaciones de las puntuaciones obtenidas. El marco conceptual de una prueba (p. ej., depresión) puede implicar una sola dimensión de comportamiento, o puede plantear varias dimensiones (p. ej., TDAH), de suerte que esperamos que los ítems que miden cada dimensión sean homogéneos entre sí, a la vez que esperamos que los factores o dimensiones

sean distintos entre sí. Es necesario determinar si se constata funcionamiento diferencial del ítem (DIF), i.e., un grupo obtiene puntuaciones sistemáticamente distintas de otro.

5.5.1.4.- Evidencias basadas en la relación con otras variables

En muchos casos, la interpretación prevista para un uso dado implica que el constructo debe estar relacionado con otras variables y, como resultado, los análisis de la relación de las puntuaciones de las pruebas con variables externas proporcionan otra fuente importante de evidencias de validez. Las variables externas pueden incluir medidas de algunos criterios que se espera que la prueba prediga, así como relaciones con otras pruebas hipotéticas para medir los mismos constructos, y pruebas que miden constructos relacionados o diferentes.

5.5.1.5.- Evidencia convergente

La evidencia *convergente* se apoya en el grado en que los indicadores de un constructo específico “convergen” o comparten una elevada proporción de varianza común. Por ejemplo, las puntuaciones obtenidas en una escala de depresión mostrarían evidencias de validez convergente si presentaran una correlación elevada con las puntuaciones de otra escala de depresión.

5.5.1.6.- Evidencia discriminante

En contrapartida, la evidencia *discriminante* se define como el grado en que un constructo es diferente de otros constructos, tanto en términos de su correlación con otros constructos como la medida en que las variables observadas (i.e., indicadores o ítems) representan únicamente el constructo evaluado. Por ejemplo, las puntuaciones obtenidas en una escala de depresión mostrarían evidencias de validez discriminante si presentaran una correlación baja con las puntuaciones de una escala cuyo propósito fuera medir la ansiedad.

5.5.1.7.- Relación entre test y criterio: evidencias predictivas y concurrentes

La evidencia de la relación entre las puntuaciones obtenidas en una prueba y un criterio relevante puede expresarse de varias maneras, pero la pregunta fundamental es siempre: ¿con qué precisión predicen las puntuaciones de la prueba el rendimiento en el criterio externo? La variable criterio es una medida de algún atributo o resultado que es operativamente distinto de la prueba. Por lo tanto, la prueba no es una medida del criterio, sino más bien una medida que se hipotetiza es un predictor potencial de ese criterio específico. Por ejemplo, podemos hipotetizar que la puntuación en una prueba de SCT (*Sluggish Cognitive Tempo*, o tempo cognitivo lento) puede predecir bajas puntuaciones en una prueba objetiva de razonamiento matemático en niños de 9 años, siempre que tal hipótesis esté apoyada en teoría previa. Las evidencias de validez criterial *concurrente* se refieren al grado en que distintos métodos de medida del mismo rasgo llegan a resultados similares (Carmines & Zeller, 1979), y a la consistencia de los patrones de asociación entre las puntuaciones obtenidas por un nuevo test y otras variables con las expectativas teóricas (American Educational Research Association et al., 2014). Es importante establecer la evidencia concurrente de un nuevo test, y puede llevarse a cabo comparando sus resultados con otros proporcionados por un test ya consolidado, que dispone de propiedades conocidas de validez y fiabilidad para medir el mismo constructo o uno similar.

5.5.1.8.- Evidencias de validez y consecuencias de la administración de pruebas

En lo que atañe a las evidencias de validez, resulta relevante, finalmente, considerar las posibles consecuencias de la administración de las pruebas, lo que está íntimamente relacionado con su propósito. Por ejemplo, si la finalidad de una prueba es esencialmente diagnóstica (p. ej., determinar si un niño debe o no ser diagnosticado de discapacidad intelectual en función del puntaje estandarizado que obtenga en una prueba de conducta adaptativa), no resultaría

adecuado apoyarse en la prueba de conducta adaptativa para planificar un programa de intervención cuyo objetivo fuera mejorar las habilidades conceptuales, sociales y prácticas.

5.5.1.9.- Integración de las evidencias de validez

Argumentar sólidamente la validez de las puntuaciones de una prueba supone integrar varias líneas de evidencia en un relato coherente del grado en que tanto los datos empíricos como la teoría existente apoyan la interpretación que se pretende dar a las puntuaciones de esa prueba. En consecuencia, podría afirmarse que una prueba nunca termina de construirse, dado que siempre se podrá recopilar información adicional que mejore progresivamente las evidencias disponibles sobre la validez.

5.5.2.- Fiabilidad

Al contrario de la validez, la fiabilidad tiene una orientación más *empírica* que teórica, y se centra en el rendimiento de las mediciones realizadas. Tradicionalmente, el concepto de fiabilidad se ha referido a dos aspectos: (a) la correlación entre las puntuaciones obtenidas por dos formas paralelas o equivalentes del test, en el supuesto de que la ejecución del sujeto en una de las formas no tiene influencia sobre la otra, y (b) la consistencia o estabilidad de las puntuaciones obtenidas en distintos momentos (estabilidad temporal, reproductibilidad). Dicha consistencia puede estimarse de múltiples formas, p. ej., errores típicos de medida, coeficientes de fiabilidad o de generalizabilidad, o funciones de información, entre otras.

Resulta obvio que la fiabilidad (precisión, o grado en que una medida está libre de error) de una prueba es esencial, especialmente en aquellos casos en que sirve para tomar decisiones sobre una persona (p. ej., administrar un tratamiento, ubicarla en un determinado centro educativo o asistencial, o tomar decisiones sobre asignación de recursos).

La fiabilidad no es una característica de la prueba independiente de la validez, dado que la precisión se refiere en última instancia a la generalización de las puntuaciones y a la consistencia de las clasificaciones de los individuos derivadas de las puntuaciones obtenidas en la prueba (American Educational Research Association et al., 2014).

En la estimación de la fiabilidad, es preciso tener en cuenta dos tipos de errores de medida: los aleatorios y los sistemáticos. Los errores *aleatorios* son fluctuaciones impredecibles en las puntuaciones, y se deben tanto a factores inherentes a los sujetos (p. ej., motivación, interés, precisión o atención a la prueba) como ajenas a ellos (p. ej., hora del día en que se administra la prueba, variaciones en la puntuación obtenida debida a características personales del evaluador, errores en el sistema de respuesta). La cantidad de error aleatorio es inversamente proporcional a la fiabilidad de la prueba. Los errores *sistemáticos*, por su parte, afectan a las puntuaciones (de sujetos o de grupos) de forma consistente, no aleatoria, por lo que comprometen la validez de la prueba. Como es previsible, los errores de medida afectan negativamente a la utilidad de los resultados y a la precisión con que las pruebas miden las variables de interés.

Debe tenerse en cuenta, a la hora de utilizar escalas y cuestionarios de evaluación de las condiciones psicopatológicas de niños y adolescentes, que la fiabilidad de tales instrumentos puede verse afectada por varios condicionantes, p. ej., el intervalo entre evaluaciones, las características del niño evaluado cuando se trata de autoinformes (p. ej., nivel de comprensión lectora, fatiga, atención, motivación para responder), o los diferentes niveles de funcionamiento del niño (p. ej., una determinada prueba puede ser muy fiable en niños con discapacidad, y poco fiable en niños sin discapacidad).

Disponemos de varias opciones para calcular la fiabilidad. Señalamos las más importantes en los párrafos que siguen.

5.5.2.1.- Consistencia interna

La consistencia interna se basa en las relaciones entre las puntuaciones derivadas de los ítems individuales de un test, de modo que todos los datos sean procedentes de una única administración. Conceptualmente, puede definirse como el grado en que cada uno de los ítems contribuye a la medida global del test. En otras palabras, es una medida de la homogeneidad del conjunto de ítems que conforman la prueba. El coeficiente de consistencia interna más utilizado es el alfa de Cronbach⁵. Sus valores abarcan un rango de 0 y 1 (las correlaciones promedio entre los ítems son cero y uno, respectivamente). Son aceptables valores superiores a .71, buenos a partir de .80 y excelentes a partir de .90. Puesto que la consistencia interna se determina mediante una sola administración del instrumento, debe considerarse una forma débil de fiabilidad, y un coeficiente elevado no garantiza que las puntuaciones obtenidas puedan generalizarse a otros momentos, contextos o informantes.

5.5.2.2.- Fiabilidad test-retest o estabilidad temporal de la medida

La fiabilidad de una prueba en su vertiente de estabilidad temporal se estima mediante el coeficiente de correlación obtenido tras la administración de la misma prueba en momentos sucesivos. Si bien la fiabilidad test-retest constituye una forma intuitiva y fácil de medir la estabilidad, no está exenta de problemas. Entre los más importantes, señalaremos tres: (a) la administración repetida de la misma prueba puede ser caro y poco práctico; (b) el constructo teórico cuya fiabilidad se pretende medir puede cambiar de una aplicación a otra, especialmente si el lapso de tiempo entre ambas es grande; (c) las medidas pueden estar afectadas por la reactividad (i.e., el hecho de medir un fenómeno puede conducir a cambios en el propio fenómeno medido) o por el aprendizaje (i.e., la primera administración constituye un aprendizaje que distorsiona los resultados en la segunda).

5.5.2.3.- Concordancia entre evaluadores

Otra forma de calcular la fiabilidad consiste en administrar la misma prueba (p. ej., una escala de TDAH) a distintas personas (p. ej., padres y madres, maestros) que proporcionan respuestas relativas a la misma persona evaluada. Se consideran aceptables los coeficientes superiores a .70.

5.5.2.4.- Error típico de medida (ETM)

El ETM o Error Típico de Medida (SEM, *Standard Error of Measurement*) nos proporciona una indicación de la cantidad de error asociado con los resultados de las pruebas. En términos más técnicos, el SEM es la desviación estándar de la distribución de los errores de las puntuaciones. Su finalidad primordial consiste en delimitar un intervalo de confianza (habitualmente ± 2 ETM en torno a la puntuación obtenida, que supondrían un nivel de confianza del 95%) que denota la franja en que se situaría la puntuación “verdadera” de la persona evaluada⁶. En consecuencia, el ETM es simplemente otra manera de reflejar la cantidad de error asociado con la puntuación obtenida en el test.

⁵ Pese a ser el coeficiente de fiabilidad más utilizado, en los últimos años el alfa de Cronbach ha sido repetidamente cuestionado como medida de la consistencia interna de una prueba (Raykov, 2001; Sijtsma, 2009).

⁶ Supongamos que aplicamos a un niño una escala 100 veces. Las puntuaciones que obtendría no serían idénticas, sino más bien se aproximarían a la curva normal. La media de tales puntuaciones sería la “puntuación verdadera”, y la desviación típica de los errores, el ETM. Puesto que en la curva normal el área delimitada por ± 2 desviaciones estándar equivale aproximadamente al 95%, el considerar ± 2 ETM supondría el nivel de confianza mencionado del 95%.

5.5.2.5.- Exactitud de la precisión diagnóstica

Una de las razones principales para realizar una evaluación es el diagnóstico, lo que requiere que las pruebas utilizadas dispongan de suficiente exactitud en la precisión diagnóstica. Dicha exactitud se refiere al grado en que las clasificaciones observadas de las personas examinadas basadas en los resultados de una sola evaluación coinciden con su estatus de clasificación verdadera (*American Educational Research Association et al., 2014, p. 40*). La exactitud en la decisión diagnóstica de un instrumento de medida viene dada por la sensibilidad y la especificidad de las puntuaciones. La *sensibilidad* de una prueba es su capacidad de identificar los verdaderos positivos (es decir, el porcentaje de niños diagnosticados que realmente tienen el trastorno). Por su parte, la *especificidad* se refiere al porcentaje relativo de verdaderos negativos, o la correcta identificación de los individuos no diagnosticados que efectivamente no tienen el trastorno⁷. Ambos conceptos están relacionados con la *potencia predictiva positiva* (capacidad de un ítem para identificar correctamente a un niño con un problema particular) y la *potencia predictiva negativa* (capacidad de un ítem para identificar correctamente a un niño sin un problema). La precisión en el diagnóstico se calcula habitualmente mediante curvas ROC (*Receiver Operating Characteristics*) (*Franco & Vivo, 2007; Gönen, 2007; Krzanowski & Hand, 2009*). La probabilidad de que una prueba proporcione el diagnóstico correcto es igual al área bajo la curva (Area Under the Curve, AUC) obtenida a partir del trazado de la tasa de verdaderos positivos (sensibilidad) contra de la tasa de falsos positivos (1 – verdaderos negativos, o 1 – especificidad) para los distintos puntos de corte posibles en la prueba administrada (*McFall & Treat, 1999; Streiner, 2003*)⁸.

5.6.- Principales escalas y cuestionarios para evaluar los trastornos infantiles

Entre las diversas formas de clasificar las escalas y cuestionarios desarrollados para evaluar los trastornos infantiles y adolescentes, hemos optado por los siguientes criterios: (a) diferenciar entre autoinformes e instrumentos contestados por terceras personas; (b) distinguir entre instrumentos de rango amplio (genéricos) y aquellos dirigidos a la evaluación de un trastorno específico; (c) incluir instrumentos con cualidades métricas contrastadas en la investigación; (d) incluir instrumentos desarrollados en España o que cuenten con algún estudio de adaptación o validación con población española; y (e) limitarnos a instrumentos de evaluación de conductas (excluyendo por tanto los dedicados a la evaluación de la personalidad). La cantidad de escalas y cuestionarios disponibles para evaluar las alteraciones de la conducta infantil y adolescente es enorme⁹. Aquí nos limitaremos a citar y comentar algunas de las más conocidas y utilizadas, siempre que cuenten con cualidades métricas contrastadas.

5.6.1.- Autoinformes

El uso de autoinformes en la evaluación de la psicopatología infanto-juvenil es relativamente reciente (tradicionalmente se han preferido informes de terceros, como padres, maestros o cuidadores). Pese a que los niños y, en especial, los adolescentes, pueden ofrecer información útil sobre sus comportamientos, sentimientos y cogniciones, es necesario adoptar algunas precauciones, tales como (a) prestar atención a las cualidades métricas de los instrumentos, (b)

⁷ Los coeficientes de exactitud de la precisión se determinan como estadísticamente significativos si sus intervalos de confianza (IC) no incluyen el valor de .5 (es decir, si son más precisos que una clasificación al azar). Matthey y Petrovski (2002) sugieren que coeficientes de sensibilidad $\geq .70$, y coeficientes de especificidad $\geq .80$ se consideran puntos de corte adecuados para pruebas diagnósticas.

⁸ La AUC refleja la probabilidad de que una persona seleccionada al azar en el grupo “con el trastorno” tendrá una puntuación estándar por debajo de la puntuación estándar de una persona seleccionada al azar en el grupo “sin el trastorno”. Los valores de AUC van de 0 a 1 y son estadísticamente significativos si sus IC no incluyen el valor de .5. Algún autor (*Swets, 1998*) sugiere los siguientes parámetros en la interpretación de los valores de AUC: .5 a .6 = fallo; .6 a .7 = pobre; .7 a .8 = adecuado; .8 a .9 = bueno; y .9 a 1.0 = excelente.

⁹ Un listado bastante completo de las pruebas disponibles en español puede consultarse en la página web de Buros Testing: <https://buros.org/pruebas-publicadas-en-espanol#esp>

asegurarse de que los sujetos poseen suficientes habilidades de comprensión lectora y de que responden con atención a los ítems, y (c) utilizarlos en combinación con escalas y cuestionarios respondidos por terceras personas. En la Tabla 3 se ofrecen algunos de tales instrumentos. Se señala, además del nombre y la referencia documental, la edad o rango de edades con que se ha baremado, un resumen del contenido, el tiempo estimado de administración, y alguna información relativa a las cualidades métricas (de fiabilidad y de validez extraídas de la documentación de la prueba).

Tabla 5-2: Principales medidas de autoinforme

Instrumento	Edad	Contenido	Durac.	Fiabilidad	Validez
Behavior Assessment System for Children, 3rd ed. (BASC-3) (Reynolds & Kamphaus, 2015)	8-11 12-21 18-25	139-185 ítems; Índice de síntomas emocionales, falta de atención / hiperactividad, problemas internalizados, inadaptación escolar, adaptación personal. 3 escalas de validez, 12 clínicas, 4 adaptativas, 4 de contenido óptimo.	30	CI (buena) Test-retest 4-8 semanas (buena)	Buena validez concurrente; apoyo de solución factorial
Achenbach Youth Self- Report (YSR) (Achenbach & Rescorla, 2001)	11-18 14-18	112 ítems; Internalizadas, Externalizadas, Competencia; 8 escalas	15-20	CI (buena) Test-retest 7 meses (moderada) Interevaluadores (baja a moderada)	Buena validez (grupos clínicos vs no clínicos); información limitada sobre relaciones con otros instrumentos
Conners 3rd Ed., Self-Report (Conners-3) (Conners, 2008)	8-18	59 ítems; 39-item short form; 3 validity scales, 6 empirical scales, 1 rational scale, 5 DSM-IV-TR symptom scales	20	CI y test-retest (buena)	Buena validez criterial y discriminante
SPECI Screening de problemas emocionales y de conducta infantil (Garaigordóbil & Maganto, 2014)	5-12	Retraimiento, Somatización, Ansiedad, Infantil-Dependiente, Problemas de pensamiento, Atención-Hiperactividad, Conducta perturbadora, Rendimiento, Depresión, Conducta violenta	10	CI: alfa conjunto de la muestra = .82 alfa muestra no clínica = .73 alfa muestra clínica = .80	Estructura factorial: 2 factores (externalizante / internalizante) Validez criterial adecuada

En la Tabla 4 se reproducen (a partir de Reynolds & Kamphaus, 2015) las definiciones de las diferentes subescalas de que consta uno de los instrumentos más conocidos (BASC-3-SRP).

Tabla 5-3: Definiciones de la escala BASC-3-SRP

Escala	Definición
Ansiedad	Sentimientos de nerviosismo, preocupación y miedo; tendencia a sentirse abrumado por los problemas.
Problemas de Atención	Tendencia a distraerse fácilmente y a no poder concentrarse más que momentáneamente.
Actitud hacia la escuela	Sentimientos de alienación, hostilidad e insatisfacción con respecto a la escuela.
Actitud hacia los profesores	Sentimientos de resentimiento y aversión hacia los maestros; creencias de que los maestros son injustos, indiferentes o demasiado exigentes.
Atipicidad	Tendencia hacia pensamientos raros u otros pensamientos y comportamientos considerados "extraños".
Depresión	Sentimientos de infelicidad, tristeza y abatimiento; creencia de que nada va bien.
Hiperactividad	Tendencia a ser demasiado activo, apresurarse en el trabajo o las actividades, y actuar sin pensar.
Relaciones interpersonales	Percepción de tener buenas relaciones sociales y amistad con los compañeros.
Locus de control	Creencia de que las recompensas y los castigos son controlados por eventos externos u otras personas.
Relaciones con los padres	Respeto positivo por los padres y sentimiento de ser aceptados por ellos.
Autoestima	Sentimientos de autoestima, respeto a sí mismo y autoaceptación.
Autosuficiencia	Confianza en la propia capacidad de resolver problemas; creencia en la propia competencia y decisión personales.
Búsqueda de sensaciones	Tendencia a correr riesgos y a buscar emociones.
Sentido de Inadecuación	Percepción de no tener éxito en la escuela, ser incapaz de alcanzar las metas y, en general, ser inadecuado.
Estrés social	Sentimientos de estrés y tensión en las relaciones personales; sentimiento de exclusión de las actividades sociales.

Somatización

Tendencia a ser demasiado sensible, experimentar o quejarse de problemas físicos y molestias relativamente menores.

Nota: A partir de Reynolds & Kamphaus (2015).

5.6.2.- Escalas y cuestionarios para padres y maestros

Los padres y maestros son fuentes cruciales de información sobre los problemas infantojuveniles: son ellos quienes demandan ayuda o evaluación cuando advierten que el comportamiento del niño o adolescente es problemático o no responde a las expectativas. Por otra parte, las escalas y cuestionarios administrados a padres y maestros presentan varias ventajas indudables: son breves, baratos, y pueden ofrecer información adicional sobre la conducta problemática, así como sobre el funcionamiento académico, social, emocional y conductual de niños y adolescentes, además de ofrecer información valiosa sobre antecedentes a lo largo del desarrollo, que en ocasiones pueden resultar críticos para explicar el comportamiento actual. Quizás la principal ventaja de estos instrumentos es que garantizan en gran medida la precisión de la información obtenida, puesto que los ítems de las escalas son (o deberían ser) definiciones operativas de la conducta, lo que mejora la posible ambigüedad de otros modos de información (p. ej., entrevista). Por otra parte, las conductas se califican en términos de frecuencia, duración o intensidad, lo que incrementa su grado de objetividad. Por último, si bien la entrevista (estructurada o semiestructurada) es con frecuencia el instrumento de más amplio uso en la clínica, las escalas y cuestionarios cubren un rango más amplio de problemas que podrían no ser detectados por la entrevista.

En general, la información proveniente de los maestros es más fiable que la obtenida de los padres (Tripp, Schaugency, & Clarke, 2006), por lo que es conveniente considerar hasta qué punto las puntuaciones obtenidas en las escalas administradas a estos pueden estar sesgadas (por ejemplo, debido a la presencia de condiciones psicopatológicas o estresantes en el contexto familiar, o a determinadas variables psicológicas tales como la severidad o tolerancia en los juicios emitidos acerca de la conducta de los hijos). Los informes de los padres suelen diferir asimismo de los autoinformes cumplimentados por adolescentes (aquellos tienden a atribuir los problemas conductuales a factores disposicionales del adolescente, en tanto que estos los atribuyen a variables del contexto familiar).

Los maestros son fuentes primordiales de información, no solo sobre el rendimiento escolar, sino también sobre el funcionamiento emocional, conductual y social de los niños y adolescentes. Dicha información (p. ej., sobre cómo el niño se ajusta a las numerosas demandas y exigencias del contexto escolar, o cómo se adapta a los cambios progresivos de tipo académico, organizativo o social a que ha de hacer frente a lo largo del proceso de escolarización) resulta clave en muchas ocasiones para entender la génesis y el mantenimiento de los problemas conductuales objeto de evaluación.

La calidad de la información suministrada por los maestros puede variar en función del tipo de conducta evaluada y de la edad del niño. En concreto, su información suele ser muy fiable cuando se refiere a comportamientos relacionados con la atención o las conductas disruptivas, y menos fiable cuando se evalúan conductas internalizadas y antisociales (Loeber, Green, Lahey, & Stouthamer-Loeber, 1991). En cuanto a la edad, los maestros de educación infantil (por el simple hecho de que conviven varias horas diarias con los mismos niños) pueden ofrecer información mucho más detallada sobre el comportamiento del niño que maestros de niveles superiores. Otros factores pueden influir asimismo en la calidad de la información (por ejemplo, la experiencia del maestro con niños de la misma edad, la formación previa, o el posible sesgo de comparar la conducta del niño con estándares inapropiados, p. ej., maestros que hayan atendido a niños con discapacidad).

Es preciso advertir que las escalas y cuestionarios desarrollados para padres y maestros no son intercambiables.

Sintetizamos en la Tabla 5 los principales instrumentos¹⁰ diseñados para evaluar los trastornos infantiles. Señalamos si la versión ha sido baremada con padres o con maestros. Se incluyen, al igual que se hizo con los autoinformes, datos sobre el rango de edades, el contenido, la duración de la administración e información sobre fiabilidad y validez.

Tabla 5-4: Principales escalas desarrolladas para padres y maestros

Instrumento	Edad	Contenido	Durac.	Fiabilidad	Validez
Achenbach Teacher Rating Form (TRF) (Maestros) (Achenbach & Rescorla, 2000, 2001)	1.5-5 6-18	100-113 ítems; Internalizante, Externalizante, Funcionamiento Adaptativo; 8 escalas de problemas; 6 escalas orientadas a criterios recogidos en DSM	15-20	Consistencia interna (buena); test-retest 7 meses (moderada); inter-evaluadores (de baja a moderada)	Buena validez discriminante (grupos clínicos vs. no clínicos); información limitada sobre las relaciones con otras herramientas (poca evidencia de validez criterial).
Achenbach Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2000; Achenbach & Rescorla, 2001) (Padres) (Achenbach & Rescorla, 2000, 2001)	1.5-5 6-18	100-113 ítems; Internalizadas, Externalizadas, Competencia; 8 escalas de problemas; 6 escalas orientadas al DSM	15-20	Consistencia interna (buena para la versión de edad escolar); 1 semana de test-retest (buena); inter-evaluadores (moderada para la versión preescolar; buena para la versión de edad escolar)	Buena validez (grupos clínicos vs. no clínicos); información limitada sobre las relaciones con otras herramientas; información limitada sobre la versión actual.
Behavior Assessment System for Children, 3rd ed. (BASC-3) (Padres) (Reynolds & Kamphaus, 2015)	2-5 6-11 12-21	134-160 ítems; Índice de Síntomas de Conducta, Habilidades Adaptativas, Problemas Internalizantes; 3 escalas de validez; 9 escalas clínicas, 5 escalas adaptativas; 7 escalas de contenido opcional	10-20	CI (buena); test-retest 1-7 semanas (buena); Interevaluadores (moderada a alta)	Validez concurrente moderada-alta. Estructura factorial confirmada.
Behavior Assessment System for Children, 3rd edition (BASC-3) (Maestros) (Reynolds & Kamphaus, 2015)	2-5 6-11 12-21	100-139 ítems; Índice de Síntomas de Conducta, Habilidades Adaptativas, Problemas Externalizantes, Problemas Internalizantes, Problemas Escolares; 3 escalas de validez; 10 escalas clínicas, 5 escalas adaptativas, 7 escalas de contenido opcional.	10-20	Consistencia interna (buena); test-retest 1-9 semanas (buena); fiabilidad entre evaluadores (buena con excepción de factor Somatización)	Relaciones de moderadas a altas con herramientas similares (evidencia de validez criterial); estructura factorial clara.
Child Symptom Inventory-4 ESI/CSI/ASI (Maestros) (Gadow & Sprafkin, 1998)	3-5 5-12 12-18	77 Ítems correspondientes a 13 trastornos	10	Test-retest (limitada); faltan estudios sobre fiabilidad.	Contenido derivado de criterios DSM; las tasas de clasificación se ajustan bien a datos de estudios epidemiológicos.
Child Symptom Inventory-4 ESI/CSI/ASI (Padres) (Gadow & Sprafkin, 1998)	3-5 5-12 12-18	97 ítems correspondientes a 17 trastornos	10-15	Consistencia interna (de moderada a buena); test-retest; validez de contenido (de moderada a buena)	Contenido derivado de los criterios DSM; Evidencia de validez de la constructo (buena)
Clinical Assessment of Behavior CAB (Maestros) (Bracken & Keith, 2004)	2-18 (padres) 5-18 (maestros)	Ajuste, fortalezas y debilidades psicosociales y conductas problemáticas en las edades de 2 a 18 años (padres) y de 5 a 18 años (maestros).	10-30	CI: alfa = .88; test-retest: r = de .77 a .95	Evidencias de validez de contenido, validez factorial, convergente y discriminante. Validez concurrente.

¹⁰ Incluimos únicamente escalas y cuestionarios (no otros métodos de evaluación tales como entrevistas o procedimientos basados en observación directa).

Conners 3rd Edition, Teacher Rating scale (Conners-3-T) (Maestros) (Conners, 2008)	8-18	115 Ítems; forma corta de 39 ítems; 3 escalas de validez, 6 escalas empíricas, 1 escala racional, 5 escalas de síntomas DSM-IV-TR.	20	Consistencia interna (buena) y test-retest (buena). Fiabilidad inter-evaluadores (de moderada a buena).	Evidencias suficientes de validez criterial y validez discriminante.
Conners 3rd Edition, Parent Rating Scale (Conners-3) (Padres) (Conners, 2008)	6-18	110 ítems; forma corta de 43 ítems; 3 escalas de validez; 6 escalas empíricas; 1 escala racional; 5 escalas DSM-IV-TR	20	Consistencia interna (buena), test-retest 2-4 semanas (buena) y fiabilidad inter-evaluadores (buena).	Evidencias adecuadas de validez criterial y discriminante.
Personality Inventory for Children, 2nd edition (PIC-2) (Padres) (Lachar & Gruber, 2001)	5-19	275 ítems, 96 ítems en forma corta; 9 escalas clínicas (varias subescalas); 3 escalas de validez	40	Consistencia interna (buena); test-retest (buena); inter-evaluadores (buena); algo menor para las subescalas.	Validez (basada en los informes del profesor y en autoinformes); falta investigación sobre evidencias de validez criterial.
Student Behavior Survey (SBS) (Maestros) (Lachar, Wingenfeld, Kline, & Gruber, 2000)	5-18	102 ítems; Puntuaciones compuestas sobre Recursos Académicos, Preocupaciones de Salud, Angustia Emocional, Comportamiento Inusual, Comportamiento Social y de Agresión.	10-15	Buena fiabilidad (consistencia interna y test-retest).	Evidencias de validez convergente para la mayoría de las escalas; las escalas no reflejan con exactitud los criterios DSM; Evidencia de validez limitada para algunas escalas.

5.6.3.- Escalas y cuestionarios para evaluar trastornos específicos

Además de los instrumentos de carácter general, diseñados para evaluar simultáneamente la presencia de un amplio rango de problemas y trastornos del comportamiento, algunos de los cuales hemos citado más arriba, se ha desarrollado una enorme cantidad de escalas y cuestionarios para evaluar la presencia y gravedad de numerosos trastornos específicos. En la Tabla 6 se ofrecen algunos de los más utilizados. Se consignan, para cada instrumento, (a) la edad inicial de aplicación, (b), el contenido básico, (c) la duración típica de la evaluación, y (d) un resumen de los datos disponibles respecto a las propiedades métricas de fiabilidad y validez.

Tabla 5-5: Algunas de las escalas más usadas para evaluar trastornos específicos

Instrumento	Edad	Contenido	Durac.	Fiabilidad	Validez
CECAD. Cuestionario Educativo-Clinico: Ansiedad y Depresión (Lozano, García Cueto, & Lozano, 2013)	> 7	50 ítems. Sintomatología ansiosa y depresiva. Escalas adicionales: Inutilidad, Irritabilidad, Problemas de pensamiento y Síntomas psicofisiológicos.	10-20	Consistencia interna excelente. No hay datos sobre estabilidad.	Validez de contenido buena; validez de constructo excelente.
IDER. Inventario de Depresión Estado/Rasgo (Spielberger, 2006a)	> 14	20 ítems para evaluar el grado de afectación (Estado) y la frecuencia de ocurrencia (Rasgo). Aprecia tanto la presencia de depresión (Distimia) como la ausencia de ésta (Eutimia).	7-10	Valores alfa aceptables y altos (.69 - .87)	Estructura factorial (2 factores) con cargas cruzadas.
IECI. Inventario de Estrés Cotidiano Infantil (Trianes, Blanca, Fernández, Escobar, &	6-12	22 ítems dicotómicos. Puntuación total de Estrés cotidiano. Puntuaciones parciales: Problemas de salud y Psicosomáticos, Estrés en el ámbito escolar, Estrés en el ámbito familiar.	15-25	Fiabilidad: consistencia interna adecuada; estabilidad adecuada	Validez de contenido excelente; Validez de constructo buena; validez predictiva adecuada.

Maldonado, 2010)					
STAIC. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo en Niños (Spielberger, 2006b)	9-15	Ansiedad estado (A/E): el niño expresa "cómo se siente en un momento determinado" (20 ítems). Ansiedad Rasgo (A/R): el niño expresa "como se siente en general" (20 ítems).	15-20	Fiabilidad moderada (alfa = .70)	Estructura factorial (2 factores) respaldada empíricamente.
CDI. Inventario de Depresión Infantil (Kovacs, 2010)	7-15	27 ítems Escala: Disforia (humor depresivo, tristeza, preocupación, etc.) y Autoestima negativa (juicios de ineficacia, fealdad, maldad, etc.) Proporciona una puntuación total de Depresión.	10-25	Alfa de Cronbach = .79. Fiabilidad test-retest = .38. Fiabilidad dos mitades = .77.	Discrimina entre niños con problemas emocionales y niños sin problemas. No diferencia a los niños deprimidos de los niños con otros trastornos.
BRIEF-2. Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva (Gioia, Isquith, Guy, & Kenworthy, 2013)	2-5 5-18	Índice global de función ejecutiva, Índice de regulación conductual, Índice de regulación emocional, Índice de regulación cognitiva, Inhibición, Flexibilidad, Control emocional, Iniciativa, Memoria de Trabajo, Planificación, Supervisión de sí mismo y Supervisión de su tarea	10	Equivalencia (Buena); Consistencia interna (Excelente); Estabilidad (Buena)	Contenido (Buena); relación con otras variables (Buena); estructura interna (Adecuada)
EDAH. Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (Farré & Narbona, 2013)	6-12	4 escalas: Hiperactividad, Déficit de atención, Hiperactividad con Déficit de atención y Trastorno de conducta	5-10	Consistencia interna (Excelente: alfa = .948); Estabilidad (Adecuada)	Estructura factorial tres factores que en conjunto explican el 71,61% de la varianza común. Adecuada validez discriminante.
CSAT-R. Tarea de Atención Sostenida en la Infancia - Revisada (Servera & Llabrés, 2012)	6-11	Número de aciertos, número de errores de comisión y tiempo de reacción. Índice de capacidad de atención sostenida (A' y d') e índice del estilo de respuesta. Desglose detallado del tipo de errores cometidos	8	Fiabilidad aceptable.	Útil para detección, intervención y evaluación de problemas relacionados con la atención.
SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (Fernández-Pinto, Santamaría, Sánchez-Sánchez, Carrasco, & Barrio, 2015)	3-6 6-12 12-18	Problemas interiorizados : depresión, ansiedad, ansiedad social, quejas somáticas, obsesión-compulsión y sintomatología postraumática. Problemas exteriorizados : hiperactividad e impulsividad, problemas de atención, agresividad, conducta desafiante, problemas de control de la ira, conducta antisocial. Problemas específicos : retraso en el desarrollo, problemas de la conducta alimentaria, problemas de aprendizaje, esquizotipia, consumo de sustancias...	15-20 (padres o maestros) 30-40 (autoinforme)	CI: Alfa de Cronbach superior a .70. Correlación test-retest superior a .70.	Estructura interna analizada con análisis factorial confirmatorio (ajuste adecuado al modelo)
Clinical Assessment of Depression CAD (Bracken & Howell, 2004)	8-79	50 ítems. Factores: Ánimo deprimido, ansiedad / preocupación, Interés disminuido, Fatiga cognitiva y física. Clusters: Desesperanza, Autoevaluación, Sueño / Fatiga, Fracaso, Preocupación, Nerviosismo (ajuste a DSM-IV-TR)	10	Consistencia interna (buena); test-retest (buena).	Evaluación de sintomatología depresiva, poder predictivo sobre conductas autolesivas. 3 escalas de validez: Inconsistencia, Impresión negativa, Infrecuencia
Escala para el diagnóstico diferencial del	> 4	52 ítems dicotómicos	10	Buenas propiedades de fiabilidad (CI, estabilidad)	Estructura factorial avalada empíricamente

mutismo selectivo (Olivares & Olivares, 2018)					
Social Anxiety Questionnaire for Children (SAQ-C) (Caballo et al., 2012)	> 5	24 ítems (niños); 24 ítems (niñas)	10	Excelentes propiedades métricas (consistencia interna, estabilidad, concordancia interevaluadores)	Estructura factorial definida por 6 dimensiones: Interacciones con sexo opuesto, Crítica y vergüenza, Hablar en público / con profesores, Expresión asertiva de molestia, Actuar en público, Interacción con extraños.
Sluggish Cognitive Tempo (Willcutt et al., 2014)	> 6	9 ítems basados en los modelos teóricos y en ítems usados en estudios previos añadidos al DBRS (Disruptive Behavior Rating Scale de Barkley y Murphy, 1998)	5	Buena consistencia interna y estabilidad temporal	Los ítems SCT saturan claramente en una dimensión diferente al déficit de atención y a la impulsividad - hiperactividad, en escalas contestadas por padres y maestros

Tabla 5-6: Formas de presentación del ASEBA (Achenbach & Rescorla, 2001)

Edad	Autoinforme	Heteroinforme	
		Padres	Maestros y Cuidadores
1.5-5		Child Behavior Checklist CBCL (ver Nota)	Caregiver-Teacher Report Form (C-TRF)
6-18	Youth Self-Report (YSR/11-18)	Child Behavior Checklist (CBCL 6-18)	Teacher's Report Form (TRF/6-18)

Nota. Existen baremos para población española desarrollados por la Unidad de Epidemiología y de Diagnóstico en Psicopatología del Desarrollo de la Universidad Autónoma de Barcelona (<http://www.ued.uab.es/menumaterial.htm>). Se ofrecen puntuaciones medias para las escalas de síndromes y sintomatología psiquiátrica (DSM-IV), así como baremos (en puntuaciones T y percentiles), pero no constan datos de fiabilidad ni de validez de las puntuaciones.

5.6.3.1.- Escalas de evaluación de la conducta adaptativa

En el contexto del tema sobre escalas y cuestionarios que tratamos en este capítulo, se sitúa a nuestro juicio una cuestión que, pese a su enorme importancia, es menos conocida en ámbitos clínicos y escolares: la conducta adaptativa. Las escalas de evaluación de la conducta adaptativa (CA) constituyen un aspecto crucial en el diagnóstico de la discapacidad intelectual (DI), toda vez que las limitaciones en CA son uno de los requisitos para el diagnóstico (*American Psychiatric Association, 2013*). Se han publicado hasta el presente no menos de 200 instrumentos en forma de escalas o cuestionarios para evaluar la CA en diversos campos (diagnóstico, investigación, evaluación de programas, clasificación, administración, programaciones individuales). De ellos, solo un número muy reducido cumplen a priori con los exigentes requisitos que, como hemos venido argumentando a lo largo de este capítulo, ha de tener un instrumento de evaluación riguroso. Revisaremos con brevedad en este apartado los cinco instrumentos tipificados de evaluación de la CA¹¹ que han usado muestras representativas de los Estados Unidos¹²: (1)

¹¹ Debe precisarse que algunas de ellas (por ejemplo, ABS y SIB-R) no han sido sometidas en las dos últimas décadas a ninguna clase de actualización, de modo que la tipificación disponible es la utilizada en el momento de su publicación (i.e., 1993 y 1996, respectivamente).

¹² De las cinco escalas citadas, únicamente la ABAS-II (adaptación de D. Montero e I. Fernández-Pinto) y la DABS (adaptación de M. A. Verdugo, B. Arias y P. Navas) están adaptadas a población española. Podría mencionarse también un intento de adaptación de la versión escolar de Escala de Conducta Adaptativa de la AAMR (ABS-S:2), fruto de una tesis doctoral (*García, 2002*). Hasta donde sabemos, dicha adaptación no ha sido publicada. También ha habido un intento de adaptar la versión residencial (ABS-RC:2), cuyos resultados "preliminares" han sido recientemente

Escala de Conducta Adaptativa, Versión Escolar [*Adaptive Behaviour Scale -School Version, ABS-S: 2*] (Lambert, Nihira, & Leland, 1993) y versión Residencial y Comunitaria [*Adaptive Behaviour - Residential and Community Version, ABS-RC: 2*] (Nihira, Leland, & Lambert, 1993); (2) Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa II [*Adaptive Behavior Assessment System-II, ABAS-II*] (Harrison & Oakland, 2003, 2013); (3) Escalas de Conducta Independiente - Revisadas [*Scales of Independent Behavior-Revised, SIB-R*] (Bruininks, Woodcock, Weatherman, & Hill, 1996); (4) Escalas Vineland de Conducta Adaptativa, 2ª edición [*Vineland Adaptive Behavior Scales-2nd. edition, VABS-II*] (Sparrow, Cicchetti, & Balla, 2017); (5) Escala Diagnóstica de Conducta Adaptativa [*Diagnostic Adaptive Behavior Scale, DABS*, (Tassé et al., 2013), cuya versión española ha sido recientemente adaptada (Verdugo, Arias, & Navas, en prensa).

Al revisar las propiedades psicométricas de las puntuaciones obtenidas mediante la aplicación de estas medidas, la precisión para identificar correctamente a las personas con DI y diferenciarlas de las que no tienen un diagnóstico de DI es un aspecto clave. La exactitud del diagnóstico diferencial puede evaluarse comparando las puntuaciones estándar de los individuos evaluados con y sin diagnóstico de DI y el grado de eficacia diagnóstica (Altman & Bland, 1994) mediante el cálculo de índices tales como la sensibilidad —i.e., proporción de verdaderos positivos (es decir, la persona tiene DI y la prueba de CA la identifica correctamente)—, y la especificidad —capacidad de rechazar correctamente un diagnóstico o identificar verdaderos negativos, i.e., la prueba de CA detecta que la persona no tiene diagnóstico de DI—.

La información relativa a la sensibilidad y especificidad de un instrumento de evaluación del comportamiento adaptativo es fundamental para establecer el uso válido del instrumento. Por ejemplo, en el caso del ABS-S: 2, los autores declararon simplemente que “las puntuaciones medias para los grupos con discapacidades de desarrollo son suficientemente inferiores a las puntuaciones promedio del grupo normal” (Lambert et al., 1993, p. 50). Sin embargo, no se proporcionaron los porcentajes reales de personas correctamente clasificadas, por lo que no se conoce la precisión del ABS-S: 2 para medir con exactitud las limitaciones significativas en el comportamiento adaptativo e identificar correctamente a alguien como poseedor de un diagnóstico de DI.

Cada una de las escalas mencionadas presenta propiedades psicométricas en general adecuadas, y ha sido sometida a diversas revisiones que han puesto de manifiesto sus fortalezas y debilidades, así como los ámbitos y circunstancias en que su aplicación puede resultar más útil. La decisión de cuál de ellas utilizar tiene que ver con la edad de la persona evaluada, las normas de tipificación disponibles, las fuentes de información a que se tenga acceso, el contexto, e incluso el entrenamiento del evaluador en el uso de la herramienta.

En general, el diagnóstico de DI será positivo si la persona evaluada obtiene puntuaciones por debajo de 2 desviaciones estándar en alguno de los tres dominios (conceptual, social, práctico) y en la puntuación global (Luckasson et al., 2002, p. 76), teniendo en cuenta el error típico de medida (Schalock et al., 2010, p. 43).

En los párrafos que siguen haremos algunos comentarios sobre las escalas mencionadas. En general, cualquiera de los instrumentos aquí expuestos podría usarse para evaluar el nivel de CA con propósito de diagnosticar la discapacidad intelectual (Borthwick-Duffy, 2001), siempre que el desarrollo de los instrumentos cuente con datos normativos (en España, este requisito únicamente se cumple en el caso de la ABAS-II y de la DABS).

publicados (Medina-Gómez, García-Alonso, & Cernuda, 2015). Poco más se puede decir sobre este fallido intento, cuando las propias autoras (ibid., p. 2076) sostienen que “Para el análisis factorial se extrajeron los componentes principales rotándolos con el método Varimax” (sic).

La Tabla 5-7 muestra un resumen de dichos instrumentos de medida de la CA (rango de edad, el año de publicación, versiones, requisitos del evaluador, puntuaciones y datos disponibles sobre fiabilidad).

Tabla 5-7: Principales instrumentos de medida de la conducta adaptativa

Medida de CA	Rango de edad		Año	Versiones	Requisitos evaluador	Puntuaciones apropiadas	Fiabilidad
	Uso	Normas					
AAMR Adaptive Behavior Scale- Residential and Community (Lambert et al., 1993)	18-79 años	18.0 a 60+ N = 4,103 personas con DI	1993	Niños	Profesional (o paraprofesional con supervisión de profesional)	Autosuficiencia personal Autosuficiencia comunitaria Responsabilidad personal - social y 10 puntuaciones de dominio	Test-retest: (N = 45) Factores: r = .93 a .98 Dominios: r = .88 a .99 Interevaluadores: (N = 16) Factores: r = .97 a .99 Dominios: r = .83 a .99
AAMR Adaptive Behavior Scale- School (Lambert et al., 1993)	3-18 o 3-21 años	3.0-18.11 N = 2,074 alumnos con DI N = 1,254 alumnos sin DI	1993	Adultos	Profesional (o paraprofesional con supervisión de profesional)	Autosuficiencia personal Autosuficiencia comunitaria Responsabilidad personal - social y 9 puntuaciones de dominio	Test-retest: (N = 45) Factores: r = .72 a .79 Dominios: r = .75 a .95 Interevaluadores: (N = 15) Factores: r = .98 a .99 Dominios: r = .95 a .99
Adaptive Behavior Assessment System-II ABAS-II (Harrison & Oakland, 2003, 2013)	5-89 años	5-21 años N = 1,670 & 1,690; pobl. general 16-89 N = 920 & 990; pobl. general	2000	Padres Profesores Adultos	Profesional (o paraprofesional con supervisión de profesional)	<i>Global Adaptive Composite (GAC)</i> 10 dominios: comunicación, cuidado personal, hh. de vida en hogar y escuela, hh. sociales, utilización de la comunidad, autorregulación, salud y seguridad, hh. académicas funcionales, ocio y trabajo	(Forma Padres) Test-retest: (N = 102) GAC: r = .96 Dominios: r = .83 a .94 Interevaluadores: (N = 81) GAC: r = .84 Dominios: r = .57 a .82
Comprehensive Test of Adaptive Behavior-Revised CTAB-R (Adams, 1999)	0-60+ años	5-22 años; N = 2,094; alumnos con DI 10-60+ años; N = 4,456; con DI 5-22 años: N = 4,525; alumnos sin DI	2000	Padres Tutores	Padres o Tutores Profesional (o paraprofesional con supervisión de profesional)	Puntuación total 7 Dominios: autoayuda; vida en el hogar; vida independiente; habilidades sociales; hh. sensomotoras; hh. lenguaje / académicas	(Muestra escolar) Test-retest: (N = 58) Total: r = .99 Dominios: r = .98 a .99 Interevaluadores: (N = 32) Total: r = .99 Dominios: r = .95 a .99
Scales of Independent Behavior-Revised SIB-R (Bruininks et al., 1996)	3 meses-90 años	3 meses-90 años; N = 2,182; pobl. general	1996	Forma Corta Forma de Desarrollo Temprano Otros instrumentos relacionados	Profesional (o paraprofesional con supervisión de profesional)	Puntuación de Independencia Amplia - <i>Broad Independence Score (BIS)</i> Puntuaciones para 4 dominios: hh. motoras; interacción social y hh. de comunicación; hh. de vida personal; hh. de vida en comunidad	(Niños sin DI) Test-retest: (N = 31) BIS: r = .98 Dominios: r = .96-.97 Interevaluadores: (N = 26) BIS: r = .95 Dominios: r = .88-.93
Vineland Adaptive Behavior Scales - III (Sparrow et al., 2017)	1-99 años	0.1 a 18.11 años N = 3,000 pobl. general	1984	Entrevista (Interview survey form) Forma Expandida Edición Escolar	Trabajador social o Educador	Puntuación compuesta AB Comunicación Vida diaria Motora Socialización	(Formato de Entrevista) Test-retest: (N = 484); r compuesta = .88; r por dominios = .81 a .86; Interevaluadores: (N = 160); r compuesta = .74; r por dominios = .62-.78

DABS Diagnostic Adaptive Behavior Scale (Tassé et al., 2013)	4-8 9-15 16-21	N = 1047, población con y sin DI	2014	Escalas: HH, Conceptuales, Sociales y Prácticas para cada grupo de edad	Profesional; persona que conozca bien a la persona evaluada	Puntuaciones tipificadas (M = 100, DT = 15) para cada uno de los tres dominios evaluados	Elevada precisión diagnóstica; valores alfa > .90 en las tres dimensiones y en la puntuación global. Errores Típicos de Medida bajos - moderados en los tres grupos y dimensiones. Test-retest (buena).
--	----------------------	----------------------------------	------	---	---	--	---

a) Escala de Conducta Adaptativa, Versión Escolar

La ABS-S:2 [*Adaptive Behavior Scale*] (Lambert et al., 1993) se usa con propósito diagnóstico para identificar alumnos de 3 a 21 años que presentan un funcionamiento adaptativo significativamente más bajo que sus compañeros. Determina las fortalezas y puntos débiles, documenta el progreso y evalúa los efectos de programas de intervención. Algunas de las dimensiones (p. ej., habilidades sociales y autocuidado) se ajustan a las 10 áreas de funcionamiento adaptativo presentes en la definición de la AAMR (*American Association on Mental Retardation, 1992*), en tanto que otras (p. ej., vida en el hogar, salud y seguridad, ocio) tienen muy pocos ítems para llegar a un diagnóstico fiable.

La primera parte se centra en la independencia personal y la responsabilidad en la vida diaria en nueve dimensiones: funcionamiento independiente, desarrollo físico, actividad económica, desarrollo del lenguaje, números y tiempo, actividad prevocacional / vocacional, autodirección, responsabilidad y socialización. La segunda parte agrupa siete dimensiones o medidas relativas a distintas manifestaciones de la personalidad, así como a conductas problemáticas: conducta social, conformidad, confianza, conductas estereotipadas e hiperactivas, conducta autolesiva, implicación social y conducta interpersonal disruptiva.

Las puntuaciones se distribuyen en cinco factores (autosuficiencia personal, autosuficiencia comunitaria, responsabilidad personal-social, ajuste social y ajuste personal).

La ABS-S:2 se tipificó usando muestras con y sin discapacidad intelectual. Las puntuaciones brutas se convierten en estandarizadas, puntuaciones equivalentes por edad y percentiles. El rango de edad cubierto va de 3 a 21 años. De acuerdo con la revisión de Harrington (Harrington, 1998), la validez y fiabilidad de las puntuaciones obtenidas con la escala son adecuadas.

b) Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa II

El Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa II [*Adaptive Behavior Assessment System-II, ABAS-II*] (Harrison & Oakland, 2003) es una revisión del instrumento homónimo publicado en 2000 (Harrison & Oakland, 2000). Incorpora la evaluación de las tres áreas de CA propuestas por el manual de terminología y clasificación de la AAIDD (conceptual, social, práctica, vid. Schalock et al., 2010), y evalúa mediante un total de 239 ítems en el formato para padres (197 en el caso de la evaluación por los profesores) las 10 áreas propuestas por el DSM-IV, como puede observarse en la Tabla 9.

La ABAS-II ofrece cuatro puntuaciones tipificadas ($M = 100$, $DE = 15$), una para cada uno de los dominios (conceptual, social, práctico) y una cuarta para la Conducta Adaptativa General (CAG). Además, se ofrecen puntuaciones tipificadas ($M = 10$, $DE = 3$) para cada una de las subáreas: Comunicación, Habilidades Académicas, Autodirección (dominio Conceptual); Ocio, Social (dominio Social); Utilización de Recursos Comunitarios, Vida en el Hogar, Salud y Seguridad, Autocuidado (dominio Práctico), y Empleo.

Los estudios sobre las cualidades psicométricas obtenidas por las puntuaciones que rinde la ABAS-II (Burns, 2005; Harrison & Oakland, 2003) informan sobre índices elevados de fiabilidad, tanto en su vertiente de consistencia interna, como de correlaciones entre los ítems y fiabilidad test-retest. Las evidencias de validez se han cifrado en resultados de análisis factorial exploratorio

(que sugieren la presencia de un factor general, así como de tres factores específicos con correlaciones moderadas entre ellos). Los resultados de diversos análisis factoriales confirmatorios muestran que el modelo unidimensional es el que mejor ajuste presenta a los datos, seguido del modelo de tres factores correlacionados. No nos consta que se hayan llevado a cabo estudios sobre evidencias de validez predictiva del instrumento.

Tabla 5-8: Áreas de habilidad, versión y descripción en la versión española del ABAS-II (Harrison & Oakland, 2013)

Áreas de habilidad	Infantil Padres (0-5) y Profesores (2-5)	Escolar Padres (5-21), Profesores (5-21) y Adultos (16-89)
Comunicación	Habilidades de habla y escucha necesarias para la comunicación con otras personas, incluyendo vocabulario, repuesta a preguntas, habilidades de conversación, habilidades de comunicación no verbal, etc.	Habilidades de habla y escucha necesarias para la comunicación con otras personas, incluyendo vocabulario, respuesta a preguntas, habilidades de conversación, etc.
Utilización de los recursos comunitarios	Habilidades necesarias para desenvolverse y comportarse apropiadamente en la comunidad, incluyendo dar un paseo por los alrededores, expresar interés por realizar actividades fuera de casa, reconocer diferentes edificios, etc.	Habilidades necesarias para desenvolverse en la comunidad, incluyendo utilizar los recursos de la comunidad, habilidades de compra, desplazamientos, etc.
Habilidades preacadémicas funcionales	Habilidades preacadémicas básicas que constituyen la base de la lectura, la escritura, las matemáticas y otras habilidades necesarias para desenvolverse independientemente en la vida cotidiana como, por ejemplo, reconocer letras, contar, dibujar formas simples, etc.	Habilidades básicas de lectura, escritura y matemáticas, junto a otras habilidades necesarias para desenvolverse independientemente en actividades diarias como, por ejemplo, decir la hora, escribir notas o cartas, conocer medidas y cantidades, etc.
Vida en el hogar / en la escuela	Habilidades necesarias para el cuidado básico de una casa o vivienda o de una escuela o aula como, por ejemplo, limpiar y ordenar, ayudar a los adultos en las tareas domésticas, cuidar de las pertenencias personales, etc.	Habilidades necesarias para el cuidado básico del hogar o lugar en el que se vive (o el aula y la escuela en el ejemplar Escolar-Profesores), incluyendo limpiar y ordenar, cuidado y mantenimiento de las pertenencias personales, preparar la comida, realizar tareas domésticas regularmente, etc.
Salud y seguridad	Habilidades necesarias para el cuidado de la salud y hacer frente a la enfermedad o a las lesiones, incluyendo el seguimiento de las normas de seguridad, el uso de medicinas, actuar con cautela, alejarse de los peligros físicos, etc.	Habilidades necesarias para el cuidado de la salud y hacer frente a las enfermedades o a las lesiones, lo cual puede incluir el seguimiento de las normas de seguridad, el uso de medicinas, actuar cautela, alejarse de los peligros físicos, etc.
Ocio	Habilidades necesarias para planificar y participar en actividades de ocio como, por ejemplo, jugar con juguetes o con otros niños, entretenerse en casa, seguir las normas de los juegos, etc.	Habilidades necesarias para planificar y participar en actividades de ocio como, por ejemplo, jugar con otros niños, entretenerse en casa, seguir las normas de los juegos, etc.
Autocuidado	Habilidades necesarias para el cuidado personal relacionadas con alimentarse, vestirse, bañarse, ir al baño, cuidar de la propia presencia e higiene, etc.	Habilidades necesarias para el cuidado personal relacionadas con alimentarse, vestirse, bañarse, ir al baño, cuidar de la propia presencia, higiene, etc.
Autodirección	Habilidades necesarias para el ejercicio de la independencia, la responsabilidad y el autocontrol, incluyendo realizar elecciones de comida y ropa, comenzar y completar tareas, realizar algunas tareas cada día, etc.	Habilidades necesarias para el ejercicio de la independencia, el comportamiento responsable y el autocontrol, incluyendo iniciar y finalizar una tarea, ser capaz de mantener horarios, respetar los límites de tiempo, ser capaz de seguir instrucciones, realizar elecciones, etc.
Social	Habilidades necesarias para relacionarse y llevarse bien con otras personas como, por ejemplo, expresar afectos, tener amigos, mostrar y reconocer emociones, ayudar a otros, emplear buenos modales, etc.	Habilidades necesarias para relacionarse y llevarse bien con otras personas como, por ejemplo, expresar afectos, tener amigos, mostrar y reconocer emociones, ayudar a otros, emplear buenos modales, etc.
Motora	Habilidades motoras básicas, tanto finas como gruesas, necesarias para caminar, actuar en el entorno y desarrollar actividades más complejas como deportes, lo cual incluye, por ejemplo, permanecer sentado, incorporarse para ponerse en pie, caminar, controlar la motricidad fina, dar patadas, etc.	Habilidades necesarias para desempeñar un trabajo a tiempo parcial o completo como, por ejemplo, terminar las tareas asignadas, trabajar con supervisores, seguir horarios dentro del trabajo, etc.

c) Escalas de Conducta Independiente - Revisadas

Las Escalas de Conducta Independiente - Revisadas [*Scales of Independent Behavior-Revised, SIB-R*] (Bruininks et al., 1996), son una revisión de una versión anterior —*Scales of Independent*

Behavior, (Bruininks, Woodcock, Weatherman, & Hill, 1984)— y a la vez son un componente de la Bateria Psicoeducativa de Woodcock-Johnson [*Woodcock-Johnson Psycho-Educational Battery*]. Pretenden llevar a cabo una evaluación comprensiva tanto de la CA como desadaptada desde la infancia a la vejez (más de 80 años). Se estructuran en 14 áreas de CA y 8 áreas de conductas problemáticas. Pueden administrarse mediante encuesta (*Rating Form*) o entrevista semiestructurada. Proporciona un índice de limitaciones funcionales [*Functional Limitations Index*] que puede utilizarse para definir la presencia y gravedad de limitaciones en la CA. Adopta tres formatos: Desarrollo Temprano [*Early Development*], Forma Corta [*Short Form*] y Escala Completa [*Full Scale*].

La denominada Puntuación de Apoyo [*Support Score*] es una medida ponderada de las conductas adaptadas y problemáticas, y se usa para determinar el apoyo, recursos y supervisión que la persona necesita (generalizado, extenso, frecuente, limitado, intermitente, infrecuente, innecesario). Puntuaciones altas indican independencia funcional de la persona (y, en consecuencia, no necesidad de servicios de apoyo). Las puntuaciones se diversifican en un área general (*Broad Independence*) y en cuatro específicas (*Motor Skills, Social Interaction and Communication Skills, Personal Living Skills* y *Community Living Skills*), además de ofrecer varios índices de conducta problemática: uno general (*General Maladaptive Index*) y tres específicos (*Internalized Maladaptive Index, Asocial Maladaptive Index* y *Externalized Maladaptive Index*).

Se trata de una escala con más de 20 años que, a lo que sabemos, no ha sido sometida a ninguna actualización. Algún estudio (Maccow, 2001) cuestiona las propiedades métricas, especialmente de la Forma de Desarrollo Temprano [*Early Development Form*] y la Forma Abreviada [*Short Form*].

d) Escalas Vineland de Conducta Adaptativa, 3ª edición

Las Escalas Vineland de Conducta Adaptativa, 3ª edición [Vineland Adaptive Behavior Scales-3rd. edition, VABS-III] (Sparrow et al., 2017) cuentan con una larga tradición: sus orígenes datan de 1936, año en que Doll publicó la Vineland Social Maturity Scale, revisada posteriormente bajo la denominación de Vineland Adaptive Behavior Scales (Sparrow, Balla, & Cicchetti, 1984). La versión actual (Sparrow et al., 2017), cuyo propósito se centra en medir las habilidades sociales y personales desde el nacimiento hasta la edad adulta y vejez (90 años), consta de cinco formatos:

- Formato de entrevista (formas para padres/cuidadores y Maestros) *Interview, Parent/Caregiver, and Teacher Forms*: de 0 a 90 años (padres y cuidadores) y de 3 a 21 años (maestros)
- Formato Comprensivo (toda la escala): de 0 a 90 años
- Formato por Dimensiones o Dominios (uno por cada dimensión)

Todos los formatos pueden cumplimentarse en persona (en formato de papel y lápiz) o en línea. La corrección puede asimismo hacerse manualmente o de forma semiautomática (mediante el software específico desarrollado al efecto), y proporciona, además de un informe textual más o menos personalizado, dos perfiles gráficos. El primero contiene las puntuaciones tipificadas ($M = 100$, $DE = 15$) junto con los correspondientes intervalos de confianza en las cuatro dimensiones y la puntuación global. El segundo contiene las puntuaciones tipificadas ($M = 15$, $DE = 3$) en los 11 subdominios.

Las escalas Vineland-III se organizan en torno a cuatro dominios: Comunicación, Habilidades de la Vida Diaria, Socialización y Destrezas Motoras. Opcionalmente, ofrecen un índice de conducta desadaptada (*Maladaptive Behavior Index*), con el propósito de suministrar una información más detallada sobre la persona evaluada. El contenido de los ítems refleja tareas y habilidades de la vida diaria ajustadas a las expectativas de la sociedad actual. De acuerdo con los autores, las escalas podrían servir para ayudar al diagnóstico de la discapacidad intelectual (entre los niveles moderado y profundo), además de detectar el declive de las habilidades adaptativas ligado al

proceso de envejecimiento. Las puntuaciones obtenidas cuentan con buenas propiedades métricas (Widaman, 2010).

e) Escala Diagnóstica de Conducta Adaptativa DABS

La Escala Diagnóstica de Conducta Adaptativa [*Diagnostic Adaptive Behavior Scale, DABS*] (Tassé et al., 2013), fue desarrollada con el objetivo de constituir un instrumento diagnóstico para determinar de forma válida y fiable la presencia de limitaciones significativas en la conducta adaptativa al objeto de poder diagnosticar con la máxima precisión posible la presencia de discapacidad intelectual en niños y jóvenes entre 4 y 21 años.

La DABS, desarrollada en los Estados Unidos, ha sido adaptada a población española (Verdugo et al., en prensa) con una muestra de 1047 individuos, con y sin discapacidad intelectual. Por conducta adaptativa entendemos el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas que han sido aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria (Schalock et al., 2010; Tassé et al., 2013). Entre las habilidades conceptuales, la DABS evalúa aspectos como lenguaje, lectura y escritura, autodirección, conceptos numéricos, temporales y relativos al manejo del dinero; la evaluación de habilidades sociales incluye conductas relacionadas con las habilidades interpersonales, responsabilidad social, autoestima, ingenuidad, seguimiento de reglas y obediencia a órdenes, y resolución de problemas sociales; y las habilidades prácticas abarcan actividades de la vida diaria, actividades ocupacionales, manejo del dinero, seguridad, salud, transporte, adaptación a rutinas y uso del teléfono. Cada uno de los ítems de la DABS ha de puntuarse teniendo en cuenta el comportamiento típico o habitual de la persona (i.e., lo que suele hacer) a la hora de hacer frente a las demandas de aquellos ambientes que son habituales para sus iguales en edad y grupo cultural o étnico. El foco de la evaluación ha de centrarse por tanto en lo que la persona hace.

La DABS se ha desarrollado bajo los postulados de la Teoría de Respuesta a los Ítems, de modo que las puntuaciones se calculan considerando simultáneamente los parámetros de discriminación (a) como de dificultad (b) de los ítems dentro de cada subescala (Conceptual, Social, Práctica) y cada grupo de edad (4-8, 9-15 y 16-21 años). Las puntuaciones obtenidas con la escala presentan cualidades métricas excelentes. Así, en la adaptación con población española se han obtenido coeficientes alfa de Cronbach (versión para datos ordinales) en un rango de .972 a .998. Los errores típicos de medida abarcan un rango de 1.53 a 2.18 (con un nivel de confianza del 95%). En cuanto a la fiabilidad entre evaluadores, se ha alcanzado un valor $r = .81$, y un coeficiente de correlación intraclass $ICC = .712$ para el total de la escala. En lo que atañe a las evidencias de validez, se han sometido a prueba distintos modelos de medida mediante modelado de ecuaciones estructurales, obteniéndose el mejor ajuste en el modelo de tres factores correlacionados (i.e., dominios conceptual, social y práctico). Finalmente, la prueba ha demostrado poseer un excelente poder de precisión diagnóstica, toda vez que la sensibilidad de las escalas ha oscilado entre .904 y .939, y la especificidad entre .893 y 1.000.

5.7.- Bibliografía:

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms and profiles*. Burlington, VT: Research Center for Children, Youth, and Families.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA schoolage forms and profiles*. Burlington, VT: Research Center for Children, Youth, and Families.
- Adams, G. L. (1999). *Comprehensive Test of Adaptive Behavior — Revised*. Seattle, WA: Educational Achievement Systems.
- Altman, D. G., & Bland, J. M. (1994). Diagnostic tests 2: Predictive values. *British Medical Journal*, 309(6947), 102.
- American Association on Mental Retardation. (1992). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of support* (9 ed.). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education, & Joint Committee on Standards for Educational and Psychological Testing (U.S.). (2014). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: AERA.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5 ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Borthwick-Duffy, S. A. (2001). Assessment of adaptive behavior. Unpublished paper written for the National Research Council Committee on Disability Determination for Mental Retardation. Graduate School of Education, University of California. Riverside, CA.
- Bracken, B. A., & Howell, K. (2004). *Clinical assessment of depression*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Bracken, B. A., & Keith, L. K. (2004). *Clinical Assessment of Behavior*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Bruininks, R. H., Woodcock, R. W., Weatherman, R. F., & Hill, B. K. (1984). *Scales of independent behavior*. Allen, TX: DLM Teaching Resources.
- Bruininks, R. H., Woodcock, R. W., Weatherman, R. F., & Hill, B. K. (1996). *Scales of Independent Behavior-Revised*. Itasca, IL: Riverside.
- Burns, M. K. (2005). Test review of the Adaptive Behavior Assessment System-Second Edition. In R. A. Spies & B. S. Plake (Eds.), *The sixteenth mental measurement yearbook*. <http://www.unl.edu/buros>.
- Caballo, V. E., Arias, B., Salazar, I. C., Calderero, M., Irurtia, M. J., & Ollendick, T. H. (2012). Una nueva medida de autoinforme para evaluar la ansiedad/fobia social en niños: el "Cuestionario de ansiedad social para niños" (CASO-N24). *Psicología Conductual / Behavioral Psychology: Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 20(3), 485-504.
- Carmines, E. G., & Zeller, R. A. (1979). *Reliability and validity assessment*. Beverly Hills and London: Sage.
- Conners, C. K. (2008). *Conners comprehensive behavior rating scales*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Embretson, S. E., & Reise, S. P. (2000). *Item Response Theory for Psychologists*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Farré, A., & Narbona, J. (2013). Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Madrid: TEA Ediciones.
- Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Sánchez-Sánchez, F., Carrasco, M. A., & Barrio, V. D. (2015). *SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.
- Franco, M., & Vivo, J. M. (2007). Análisis de curvas ROC: Principios básicos y aplicaciones. Madrid: La Muralla.
- Gadow, K. D., & Sprafkin, J. (1998). *Early Childhood Inventory-4: Screening manual*. Stony Brook, NY: Checkmate Plus.
- Garaigordóbil, M., & Maganto, C. (2014). SPECI. Screening de problemas emocionales y de conducta infantil: descripción y datos psicométricos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(4), 319-328.
- García, M. I. (2002). Las personas con retraso mental y su diagnóstico: traducción, adaptación y valoración de la Escala de conducta adaptativa ABS-S:2 y el método de evaluación de las áreas de habilidades adaptativas AAA. (PhD Doctoral dissertation), Universidad de Burgos, Burgos.
- Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C., & Kenworthy, L. (2013). *BRIEF@-2. Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva-2*. Madrid: TEA Ediciones.
- Gönen, M. (2007). Analyzing Receiver Operating Characteristic Curves with SAS. Cary, NC: SAS Institute.
- Harrington, R. L. (1998). Review of the AAMR Adaptive Behavior Scale-School: Second edition. In J. C. Imparo & B. S. Plake (Eds.), *The thirteenth mental measurement yearbook* (pp. 389-393). Lincoln, NE: Buros Institute of Mental Measurement.
- Harrison, P. L., & Oakland, T. (2000). *Adaptive behavior assessment system (manual)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Harrison, P. L., & Oakland, T. (2003). *Adaptive Behavior Assessment System* (2 ed.). San Antonio, TX: Harcourt Assessment.
- Harrison, P. L., & Oakland, T. (2013). *Sistema para la evaluación de la Conducta Adaptativa ABAS-II*. Madrid: TEA Ediciones.
- Kovacs, M. (2010). *CDI. Inventario de Depresión Infantil*. Madrid: TEA Ediciones.
- Krzanowski, W. J., & Hand, D. J. (2009). *ROC curves for continuous data*. Boca Raton, FL: Taylor and Francis.
- Lachar, D., & Gruber, C. P. (2001). *Personality Inventory for Children, second edition (PIC-2): Standard form and behavioral summary manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Lachar, D., Wingenfeld, S. A., Kline, R. B., & Gruber, C. P. (2000). *Student behavior survey*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Lambert, N. M., Nihira, K., & Leland, H. (1993). *AAMR Adaptive Behavior Scale (ABS-S:2): School* (2 ed.). Austin, TX: Pro-Ed.
- Loeber, R., Green, S. M., Lahey, B. B., & Stouthamer-Loeber, M. (1991). Differences and similarities between children, mothers, and teachers as informants on disruptive child behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 75-95.
- Lord, F. M. (1991). Applications of item response theory to practical testing problems. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Lozano, L., García Cueto, E., & Lozano, L. M. (2013). *Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión*. Madrid: TEA Ediciones.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S. A., E., B. W. H., L., C. D., M., C. E., & A., R. (2002). *Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports* (10 ed.). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Maccow, G. (2001). Test review of the Scales of Independent Behavior-revised. In B. S. Plake & J. C. Impara (Eds.), *The fourteenth mental measurements yearbook*. Retrieved from <http://www.unl.edu/buros>.
- McFall, R. M., & Treat, T. A. (1999). Quantifying the information value of clinical assessments with signal detection theory. *Annual Review of Psychology*, 50, 215-241.
- Meade, A. W., & Craig, S. B. (2012). Identifying Careless Responses in Survey Data. *Psychological Methods*, 17(3), 437-455. doi:10.1037/a0028085

- Medina-Gómez, M. B., García-Alonso, M. I., & Cernuda, V. A. (2015). Validación Preliminar de la Escala de Conducta Adaptativa ABS-RC: 2 en España. *Acta de Investigación Psicológica*, 5(2), 2076-2086.
- Nihira, K., Leland, H., & Lambert, N. (1993). *Adaptive Behavior Scale-Residential and community edition (ABS-RC: 2)*. Austin, TX: Pro-Ed Publishing.
- Olivares, J., & Olivares, P. J. (2018). *Mutismo selectivo: Naturaleza, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Ollendick, T. H., & Greene, R. (1990). Behavioral assessment of children. In G. Goldstein & M. Hersen (Eds.), *Handbook of psychological assessment*. New York: Pergamon.
- Raykov, T. (2001). Bias of coefficient alpha for fixed congeneric measures with correlated errors. *Applied Psychological Measurement*, 25, 69-76.
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (2015). *Behavior assessment system for children, 3rd. ed. (BASC-3)*. Circle Pines, MN: American Guidance Services.
- Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M. P., . . . Yeager, M. H. (2010). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports* (11 ed.). Washington DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Servera, M., & Llabrés, J. (2012). CSAT-R. Tarea de Atención Sostenida en la Infancia - Revisada. Madrid: TEA Ediciones.
- Sijtsma, K. (2009). On the Use, the Misuse, and the Very Limited Usefulness of Cronbach's Alpha. *Psychometrika*, 74(1), 107-120. doi:10.1007/s11336-008-9101-0
- Sparrow, S. S., Balla, D. A., & Cicchetti, D. V. (1984). *Vineland III: Vineland Adaptive Behavior Scales*. Minneapolis, MN: Pearson Assessments.
- Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Balla, D. A. (2017). *Vineland III: Vineland Adaptive Behavior Scales* (3 ed.). Minneapolis, MN: Pearson Assessments.
- Spielberger, C. D. (2006a). *IDER. Inventario de Depresión Estado/Rasgo*. Madrid: TEA Ediciones.
- Spielberger, C. D. (2006b). STAIC. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo en Niños. Madrid: TEA Ediciones.
- Streiner, D. L. (2003). Diagnosing tests: Using and misusing diagnostic and screening tests. *Journal of Personality Assessment*, 81(3), 209-219.
- Swets, J. A. (1998). Measuring the accuracy of diagnostic systems. *Science*, 240(1285-1293).
- Tassé, M. J., Schalock, R. L., Balboni, G., Bersani, H. J., Borthwick-Duffy, S. A., Spreat, S., . . . Zhang, D. (2013). *Diagnostic Adaptive Behavior Scale (DABS)*. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Trianes, M. V., Blanca, M. J., Fernández, F. J., Escobar, M., & Maldonado, E. F. (2010). *IECI. Inventario de Estrés Cotidiano Infantil*. Madrid: TEA Ediciones.
- Tripp, G., Schaughency, E., & Clarke, B. (2006). Parent and teacher rating scales in the evaluation of attention-deficit hyperactivity disorder: Contribution to diagnosis and differential diagnosis in clinically referred children. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 27, 209-218.
- Verdugo, M. A., Arias, B., & Navas, P. (en prensa). *DABS, Escala Diagnóstica de Conducta Adaptativa*. Madrid: TEA Ediciones.
- Widaman, K. F. (2010). Review of the Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition. In R. A. Spies, J. F. Carlson, & K. F. Geisinger (Eds.), *The eighteenth mental measurements yearbook* (pp. 682-684). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Willcutt, E. G., Chhabildas, N., Kinnear, M., DeFries, J. C., Olson, R. K., Leopold, D. R., . . . Pennington, B. F. (2014). The internal and external validity of sluggish cognitive tempo and its relation with DSM-IV ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42, 21-35. doi:10.1521/adhd9.1.2.16970

6.- CAPÍTULO 6: PSICOFARMACOLOGÍA BÁSICA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA (O DEL DESARROLLO)

Óscar Herreros Rodríguez. Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.

Enrique Ortega García. Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Complejo Asistencial Universitario de León.

Virginia Garrido Fernández. Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Complejo Asistencial Universitario de León.

NOTA 1: a efectos de brevedad en la redacción de este capítulo, entiéndase por “niño/s” en el texto tanto niño/s como adolescente/s, tanto varones como mujeres, salvo que se explicita otra cosa.

NOTA 2: los fármacos aquí referidos no tienen, en su mayoría, aprobación oficial para su uso en la infancia y/o para las indicaciones aquí descritas. Su recomendación, pues, se basa en las investigaciones descritas y referenciadas.

NOTA 3: puesto que el tratamiento de las patologías específicas se aborda de forma singular en cada capítulo correspondiente, se tratará aquí del uso de psicofármacos de forma general, si bien, inevitablemente, algunos aspectos de los distintos capítulos habrán de solaparse.

6.1.- Introducción

Las intervenciones psicofarmacológicas en niños y adolescentes aún son vistas, tanto por el común de la gente como incluso por los distintos agentes de salud, con un injustificado recelo fruto de una perspectiva extremadamente psicologizante de la enfermedad mental en la infancia, entendida más como dependiente del ambiente y las circunstancias externas del paciente que del propio paciente y de sus circunstancias clínicas, orgánicas y funcionales.

Lo cierto es que el mito de la “infancia feliz”, la injustificada creencia de que los niños no sufren trastornos psiquiátricos (Mardomingo, 2010), sigue muy presente tanto en la sociedad como en numerosos ámbitos clínicos. Frente a esto, sabemos que un 10% de los niños y un 20% de los adolescentes padecen un trastorno mental en alguna medida, y que un 50% de los trastornos psiquiátricos del adulto comenzaron en esta etapa de la vida (Mardomingo, 1994).

6.2.- Primeros principios en Psicofarmacología del desarrollo

El tratamiento psicofarmacológico infanto-juvenil tiene unas características propias y diferenciadas, debidas tanto a la naturaleza de las enfermedades en esta época de la vida como a la de los propios pacientes (Mardomingo, 2010). Esto exige un conocimiento, al menos básico, de la fisiología del niño.

Dicha fisiología se expresa en cuatro aspectos tan diferenciados como relacionados: cómo el organismo maneja el fármaco (**farmacocinética**), cómo el organismo reacciona ante el fármaco (**farmacodinámica**), cómo los síntomas y el propio organismo responden al tratamiento (**seguridad y eficacia**), y cómo diferentes momentos del desarrollo influyen y modifican estos aspectos.

6.2.1.- Farmacocinética

La farmacocinética consiste en cuatro procesos básicos: absorción, distribución, metabolismo y excreción (Vinks et al., 2011). A grandes rasgos, la absorción y la distribución son responsables de la rapidez y magnitud del efecto del fármaco, y el metabolismo y la excreción determinan la finalización de dicho efecto y la eliminación del fármaco del organismo.

Los niños y adolescentes presentan características farmacocinéticas únicas, razón por la que se repite hasta la saciedad que, a efectos de su tratamiento farmacológico, no son “adultos pequeños”, cuestión sobre la que debe destacarse que no necesariamente van a requerir dosis menores (en razón de su tamaño y edad) para alcanzar la eficacia terapéutica (Kearns et al., 2003). Más aún, la clínica parece sugerir que requieren dosis mayores y mejor ajustadas al peso que los adultos para alcanzar concentraciones plasmáticas y efectos terapéuticos similares, lo que parece deberse a su mayor capacidad farmacocinética de metabolización y excreción.

La capacidad metabólica en el recién nacido es menor que en el adulto, y va incrementándose a lo largo de los primeros años del desarrollo hasta alcanzar a los 2 años, y hasta la pubertad, niveles similares a los del adulto. En la pubertad debe tenerse en cuenta que esta capacidad metabólica sigue aumentando y supera dichos niveles adultos, para finalmente descender y estabilizarse en la vida adulta. A la vez, la eliminación renal es más eficaz en el niño que en el adulto, el niño tiene más agua corporal y menos tejido adiposo (afectando a los fármacos lipófilos, entre ellos muchos psicofármacos), e incluso preescolares, niños y adolescentes son grupos diferenciados en términos del proceso farmacocinético de distribución de fármacos. Estas diferencias son más pronunciadas en la pubertad, cuando los importantes cambios hormonales que se producen en ella pueden afectar tanto al aclaramiento plasmático como a los niveles de concentración plasmática del fármaco. En la adolescencia, además, esto se complica al hacerse más pronunciadas las diferencias sexuales: en los varones aumenta el porcentaje de agua corporal y disminuye el de tejido graso, y en las mujeres sucede lo contrario, determinando todo ello diferencias sexuales en la farmacocinética (aún poco estudiadas).

En general, se deben considerar cuatro diferencias fundamentales en el niño en comparación con el adulto (Vitiello, 2013):

1. menor tamaño corporal, lo que determina un menor volumen de distribución, y con ello un pico mayor de concentración plasmática (así, por ejemplo, tras la administración de 20 mgrs. de fluoxetina los niveles plasmáticos en un niño doblan los de un adolescente).
2. mayor proporción de parénquima hepático, lo que determina una capacidad metabólica mayor, y un mayor efecto de primer paso hepático tras la administración por vía oral (el *efecto de primer paso hepático* es la pérdida de una fracción de la cantidad del fármaco administrado por vía oral antes que el fármaco alcance la circulación general: el fármaco absorbido desde el estómago y/o la luz intestinal es metabolizado primero por las enzimas de la pared intestinal y luego transportado por la circulación hepatoportal hasta el hígado,

donde experimenta otra biotransformación antes de llegar al torrente circulatorio). Esto implica una biodisponibilidad menor y una metabolización más rápida del fármaco, la existencia de una proporción mayor de metabolitos del medicamento, y una vida media más corta de este (así, por ejemplo, la ratio de metabolitos del bupropión en plasma es un 20-80% mayor en niños que en adultos, y su vida media es de 12 horas, frente a las 21 en el adulto).

3. más agua corporal y menos tejido adiposo, lo que determina una menor capacidad de acumulación del fármaco y una eliminación más rápida.
4. mayor proporción de parénquima renal, lo que determina una capacidad de aclaramiento mayor, una eliminación más rápida, un pico plasmático menos duradero y una menor vida media del fármaco (así, por ejemplo, la vida media del litio es de unas 18 horas en niños frente a las 23 del adulto).

Estas diferencias implican, de entrada, que de un simple ajuste de dosis respecto al adulto basado sólo en el peso probablemente resulte un tratamiento ineficaz, con niveles de fármaco inadecuadamente bajos.

El metabolismo de los fármacos es un aspecto crítico de la farmacocinética. Es importante que estos sean suficientemente liposolubles (o lipófilos) para poder ser absorbidos por vía oral y después alcanzar el sistema nervioso central, y posteriormente convertirse en formas suficientemente hidrosolubles para permitir su excreción. Estas biotransformaciones, su metabolismo, se realizan mediante enzimas situadas principalmente en el hígado (aunque también, en menor concentración, en otros tejidos corporales como el intestino delgado, pulmones, riñones y glándulas suprarrenales), y los procesos metabólicos se categorizan como reacciones de Fase I y de Fase II. Ilustración 6-1 y 6-2 (**figuras 1a y 1b**).

Ilustración 6-1: Metabolismo de los fármacos: fases

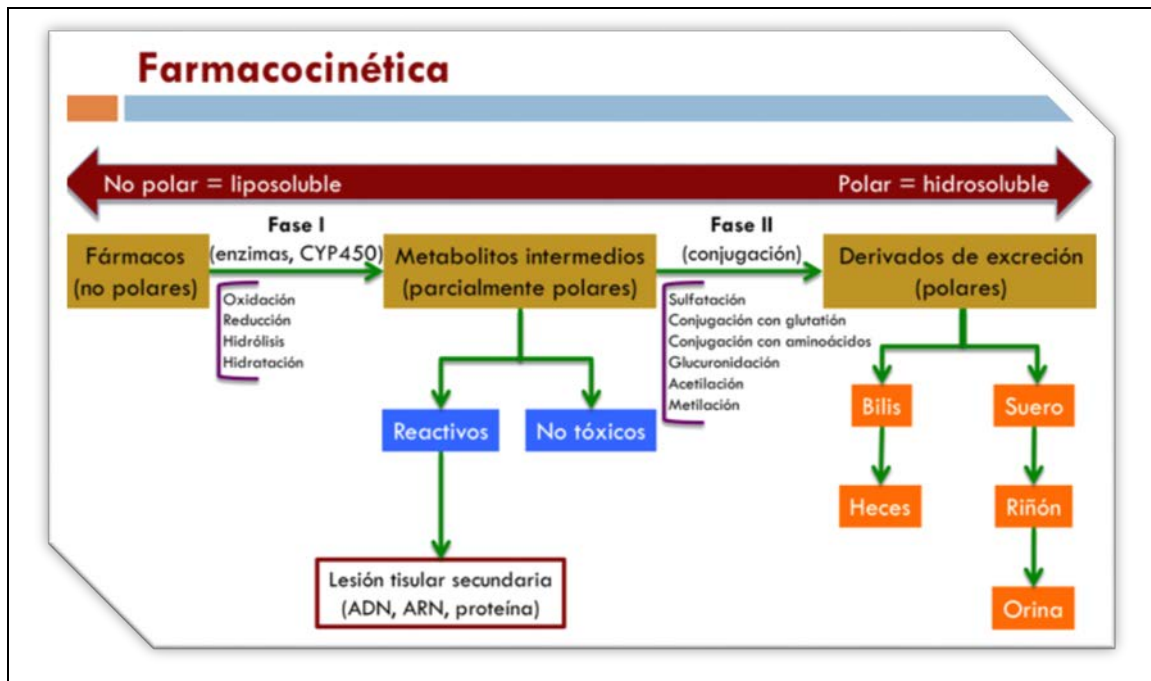
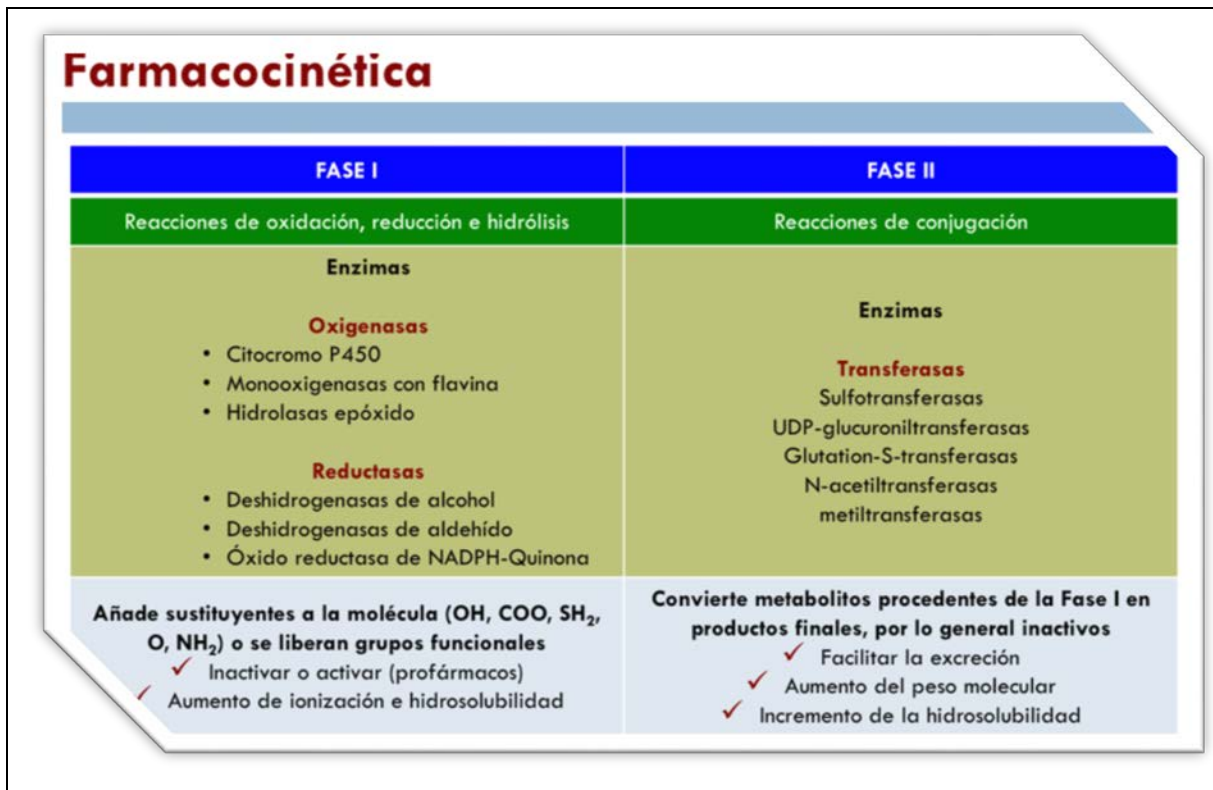


Ilustración 6-2: Metabolismo de los fármacos: fases



El sistema CYP es aún inmaduro tras el nacimiento, y se desarrolla progresivamente a lo largo de los primeros años de vida. Así, la CYP2D6 tiene en el feto el 1% de la actividad que tendrá en la vida adulta, y alcanza el 20% en el primer mes de vida, para llegar al 100% entre los 3 y los 10 años. Por otra parte, la CYP3A4 tiene una actividad baja en el recién nacido, aumentando hasta el 50% de la que tiene en la vida adulta entre los 6 y 12 primeros meses de vida, para después seguir aumentando progresivamente hasta niveles próximos a los del adulto en la pubertad (deWildt et al., 1999).

Por otra parte, el sistema enzimático CYP2D6 está influido por algunos polimorfismos genéticos, que determinan su mayor o menor actividad. Así, son “metabolizadores lentos” (o “pobres”) un 7-10% de los blancos, un 1-8% de los negros y un 1-3% de los asiáticos, y “metabolizadores ultrarrápidos” un 1-3% de los blancos. Sucede igual con otros sistemas CYP menos importantes: 2C9 (son “metabolizadores lentos” un 6-12% de los blancos, un 4% de los negros y un 3% de los asiáticos); 2C19 (1-3%, 1-3% y 20%, respectivamente). Una excepción a esto es la CYP3A4, que no tiene esta variabilidad de origen genético. Estos “metabolizadores lentos” presentan una mayor concentración plasmática (y en otros tejidos) del fármaco que sea sustrato suyo: por ejemplo, la semivida de eliminación de la atomoxetina pasa de 5 horas en condiciones normales a 22 horas en metabolizadores lentos, lo que puede determinar mayor eficacia a dosis menores, pero también más efectos adversos, o más intensos, a dosis estándar. De igual modo, los metabolizadores ultrarrápidos responderán peor al fármaco, o precisarán dosis mayores de lo habitual.

Además de determinar la metabolización de algunos fármacos (llamados sustratos), el sistema CYP puede a su vez verse influido, inhibido o inducido, por algunas sustancias, fármacos y alimentos (Tabla 6-1). Esto cobra especial relevancia en cuatro circunstancias, sobre todo cuando se emplean fármacos potencialmente tóxicos o con un rango terapéutico estrecho:

1. en metabolizadores lentos, donde variaciones a priori menores pueden tener mayor impacto en el efecto del fármaco (por ejemplo, en el uso de antidepresivos tricíclicos en metabolizadores lentos CYP2D6);
2. cuando se administran de forma concomitante sustancias que compiten por la misma vía metabólica, lo que puede incrementar sus concentraciones plasmáticas;
3. cuando se administran de forma concomitante un fármaco sustrato y otro inhibidor, lo que incrementa la concentración plasmática del primero (por ejemplo, el uso simultáneo de pimozide, sustrato del CYP3A4, y fluvoxamina, inhibidor, puede determinar concentraciones plasmáticas mayores de pimozide, aumentando la intensidad de sus efectos adversos); y,
4. cuando se administran de forma concomitante un fármaco sustrato y otro inductor, lo que disminuye la concentración plasmática del primero (por ejemplo, el uso de anticonceptivos orales, inductores CYP, aumenta el metabolismo y eliminación de sus sustratos).

En cualquier caso, para que estas interacciones tengan importancia clínica es preciso que el fármaco sustrato tenga un índice terapéutico estrecho, y que su metabolismo dependa exclusivamente del CYP.

Tabla 6-1 Principales sustratos, inhibidores e inductores del citocromo P450 (CYP)

CYP	Sustrato	Inhibidor	Inductor
3A4,5,7	Alprazolam Aripiprazol Bupropión Buspirona Carbamacepina Citalopram Diazepam Eritromicina Escitalopram Etinilestradiol Haloperidol Midazolam Mirtazapina Pimozide Trazodona Triazolam Quetiapina Sertralina Ziprasidona Zolpidem	Cimetidina*** Claritromicina* Diltiazem** Eritromicina** Fluoxetina Fluvoxamina Indinavir Ketoconazol* Ritonavir Zumo de uvas**	Carbamazepina Dexametasona Fenobarbital Fenitoína Hierba de San Juan Oxcarbazepina Primidona Rifampicina Topiramato
2D6	Amitriptilina Anfetaminas Aripiprazol Atomoxetina Clomipramina Clorfeniramina Clorpromacina Desipramina Dextrometorfano Difenhidramina Doxepina Duloxetina Fluoxetina Haloperidol Imipramina Metoclopramida Mirtazapina Nortriptilina	Amiodarona*** Amitriptilina Aripiprazol Bupropión* Cimetidina*** Citalopram Clomipramina Clorpromacina Desipramina Difenhidramina Duloxetina** Escitalopram Fluoxetina* Fluvoxamina Haloperidol Hidroxicina Imipramina Metoclopramida	

	Olanzapina Paroxetina Perfenazina Propranolol Risperidona Tioridazina Tramadol Venlafaxina	Nortriptilina Paroxetina* Pimozide Sertralina Tioridacina	
1A2	Amitriptilina Cafeína Clorpromacina Clomipramina Clozapina Duloxetina Fluvoxamina Haloperidol Imipramina Melatonina Mirtazapina Naproxeno Olanzapina Teofilina Tioridacina	Cafeína Cimetidina*** Ciprofloxacino Eritromicina Fluvoxamina	Carbamazepina Crucíferas (brécol, nabo...) Modafinilo Tabaco (fumado)
2C9	Diclofenaco Fenobarbital Fenitoína Fluoxetina Fluvoxamina Ibuprofeno Naproxeno Piroxicam Tetrahidrocannabinol Valproato	Amiodarona** Fluconazol* Fluoxetina Fluvoxamina Modafinilo Paroxetina Sertralina Valproato	Carbamazepina Hierba de San Juan Rifampicina
2C19	Amitriptilina Citalopram Clomipramina Diazepam Escitalopram Fenitoína Imipramina Lansoprazol Omeprazol Propranolol Sertralina	Anticonceptivos orales Cimetidina Esomeprazol Fluconazol Fluoxetina Fluvoxamina Ketoconazol Lansoprazol Modafinilo Omeprazol Oxcarbazepina Pantoprazol Topiramato	Gingko biloba Hierba de San Juan Rifampicina
2B6	Bupropión Metadona		Clonazepam Diazepam

* (inhibidor potente: aumenta AUC>5 en plasma o disminuye >80% el aclaramiento)

** (inhibidor moderado: aumenta AUC>2 en plasma o disminuye 50-80% el aclaramiento)

*** (inhibidor potente: aumenta AUC 1,25-2 en plasma o disminuye 20-50% el aclaramiento)

Fuente: <http://medicine.iupui.edu/clinpharm/DDIs>

6.2.2.- Farmacodinámica

La mayor parte de los psicofármacos actúan a través de cambios realizados en los neurotransmisores, cuyos receptores se sabe que sufren cambios importantes a lo largo del desarrollo. La densidad de estos presenta un máximo en la edad preescolar, para después ir disminuyendo gradualmente hasta estabilizarse en la adolescencia tardía y la vida adulta (Chugani et al., 2001). No obstante, aún no está bien estudiado el impacto que estos cambios puedan tener en la clínica y en el efecto de los distintos fármacos, si bien la práctica clínica

demuestra en ocasiones una notable influencia del neurodesarrollo y sus cambios en el resultado final del uso de medicamentos psicotropos.

Por otro lado, es evidente que los psicofármacos modulan y cambian los neurotransmisores y sus neurorreceptores, tanto en cantidad como en función, y de hecho es este efecto el que determina su eficacia clínica. Sin embargo, tampoco a este nivel se conocen aún en extenso sus efectos inmediatos y a lo largo del neurodesarrollo, cuestión que supone una de las mayores incertidumbres sobre su uso para padres y profesionales.

6.2.3.- Seguridad y eficacia

6.2.3.1.- Seguridad

La seguridad es un aspecto clave en todo tratamiento farmacológico, más aún si cabe cuando se aplica a un niño, sujeto a continuos cambios dentro de su desarrollo que pueden determinar efectos y toxicidades inesperadas cuando se miden con los patrones del adulto. Si a ello se añade que muchos de estos tratamientos se deberán mantener durante un tiempo prolongado, sus posibilidades de producir efectos inesperados aumentan exponencialmente (sobre todo, por los efectos adversos que aparecen a largo plazo, tales como las discinesias o el síndrome metabólico). Debido a ello, una parte fundamental de la evaluación de los efectos farmacológicos en niños es la evaluación de sus efectos secundarios, tempranos y tardíos.

También el neurodesarrollo influye en este aspecto, pudiendo manifestarse diferentes efectos adversos en función del momento madurativo del niño. Por ejemplo, se sabe que los psicoestimulantes, uno de los grupos farmacológicos usados en la infancia mejor estudiados, son peor tolerados en preescolares (Wigal et al., 2006) y en niños afectos de trastornos del espectro autista (RUPP, 2005).

6.2.3.1.1 Seguridad: síndromes específicos

f) Síndrome Neuroléptico Maligno (SNM)

El SNM es un síndrome raro inducido por el bloqueo de los receptores dopaminérgicos de los ganglios basales, y asociado por tanto al uso de fármacos con este efecto (fundamentalmente, antipsicóticos), o a ciertas enfermedades neurológicas, como la Enfermedad de Parkinson y la enfermedad de Wilson. Si bien sus factores de riesgo no están bien definidos, parece más relacionado con los antipsicóticos de alta potencia, el uso de varios antipsicóticos, y, en general, la polifarmacia (Rowles et al., 2012).

Su clínica consiste en hipertermia maligna, alteración del nivel de conciencia, importante rigidez muscular, inestabilidad autónoma, hiper o hipotensión, taquicardia, sudoración y palidez. Analíticamente, presenta leucocitosis y gran aumento de la creatinfosfoquinasa (CPK). Es mortal en hasta un 20-30% de los casos, debido a deshidratación, aspiración, fallo renal y/o colapso respiratorio.

El tratamiento consiste en la retirada de todos los fármacos posibles causales, y medidas de sostén vital en una Unidad de Cuidados Intensivos: rehidratación endovenosa, corrección de las alteraciones electrolíticas, medidas físicas de hipotermia, sostenimiento respiratorio, tratamiento de las complicaciones (infecciosas, por lo común), y, en ocasiones, tratamiento farmacológico con bromocriptina, dantroleno o amantadina.

g) Síndrome Serotoninérgico

El síndrome serotoninérgico se define por la triada clínica de: alteración del nivel de conciencia, hiperactividad autónoma y alteraciones neuromusculares, aunque no siempre se manifiesta al completo. Su clínica puede incluir: confusión, agitación, hipomanía, mioclonus, hiperreflexia,

temblor, ataxia, diaforesis, fiebre y disregulación autónoma, por lo que a veces es preciso hacer un diagnóstico diferencial con el SNM (Heleniak et al., 2012).

Se debe a un exceso de agonismo serotoninérgico central y periférico, secundario a fármacos (o combinaciones de ellos) como los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, inhibidores de la monoamino-oxidasa, valproato, litio, fentanilo, combinaciones de estos, o interacciones farmacológicas. Suele ser autolimitado y resolverse espontáneamente al retirar el tratamiento, sin medidas adicionales, aunque en casos graves puede ser preciso adoptar medidas de hipotermia y de control de la agitación, y/o administrar agonistas serotoninérgicos como la ciproheptadina.

h) Síndrome Anticolinérgico

El síndrome anticolinérgico se caracteriza clínicamente por un cuadro de delirium (confusional) con agitación, alucinaciones visuales, fiebre, hipertensión, taquicardia, taquipnea, midriasis, boca seca y eritema cutáneo, pudiendo progresar a la depresión respiratoria y el coma (Shaw et al., 2010). Su tratamiento requiere la retirada del agente causal, medidas de sostén y tratamiento sintomático, y en ocasiones la administración de fisostigmina.

Hay una larga lista de fármacos con potencial anticolinérgico, destacando entre los psicofármacos: alprazolam, amitriptilina, clordiazepóxido, desipramina, diazepam, flurazepam, imipramina, fenelzina, y fenobarbital (entre muchos otros).

i) Síndrome Metabólico

El síndrome metabólico se relaciona con el uso prolongado de antipsicóticos, e incluye obesidad abdominal, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, hipertensión e hiperglucemia. Se presenta con una tolerancia a la glucosa alterada, pudiendo desarrollarse una resistencia a la insulina, diabetes tipo 2, y alteraciones cardiovasculares secundarias. Estos efectos, además, parecen no explicarse sólo por el aumento de peso, sino que habría una relación directa entre los antipsicóticos (sobre todo los atípicos) y el aumento de la glucemia. Su tratamiento exige, sobre todo, intervenir sobre los factores de riesgo conductuales de cada paciente: promoción de una vida activa, una dieta sana, control del tabaquismo, etc.

6.2.3.2.- Eficacia

La eficacia en niños de los diferentes tratamientos psicofarmacológicos está bien fundamentada en evidencias científicas resultado de ensayos controlados, en general en estudios a corto plazo pero cada vez más, también con otros a largo plazo (Molina et al., 2009; TADS Team, 2009; Emslie et al., 2010; Arnold et al., 2012).

No obstante, debe recordarse que los ensayos clínicos se desarrollan en poblaciones no siempre equivalentes a las de la clínica habitual, y que sus resultados son expresiones estadísticas que hablan más del grupo que del paciente concreto. Así, su traducción a la práctica habitual exige siempre una aplicación cuidadosa, y personalizada en la medida de lo posible, que implique no sólo la monitorización más o menos objetiva del efecto de los psicofármacos (para lo cual existe un abundante cuerpo de escalas clínicas), sino también el uso de guías clínicas y algoritmos terapéuticos que trasladan a la clínica real dichas evidencias científicas. (<http://portal.guiasalud.es/web/quest/catalogo-gpc>; <http://www.dshs.state.tx.us/MHSA/>).

6.2.4.- Neurodesarrollo y sistemas neurotransmisores

El cerebro humano sufre notables cambios a través del paso del nacimiento hasta la vida adulta, lo que implica la posibilidad de efectos diferentes de los psicofármacos en los diferentes momentos de este desarrollo. Así, por ejemplo, el volumen de la sustancia gris de la corteza cerebral aumenta durante el crecimiento hasta alcanzar su máximo en la pubertad, momento en

el cual comienza a disminuir, aumentando su eficacia pero disminuyendo su flexibilidad, y siendo las regiones filogenéticamente más recientes (esto es, las relacionadas con las funciones cognitivas superiores) las últimas en culminar este proceso madurativo (Nosarti, 2013). Paralelamente, la sustancia blanca encefálica aumenta en la adolescencia, aumentando la conectividad entre regiones cerebrales. Estos dos procesos de plasticidad cerebral mejorarán la eficiencia, la conectividad y la capacidad reguladora del cerebro, lo que implicará una mayor capacidad de adaptación al cambio (Álamo et al., 2017).

Junto con los cambios anatómicos, se producen a lo largo del desarrollo cambios en los sistemas neurotransmisores, tanto cuantitativos como cualitativos (en densidad, sensibilidad, actividad enzimática y de recaptación, etc.). Y estos cambios implican, lógicamente, cambios en los efectos de los diferentes psicofármacos que sobre ellos actúan.

4.1.- Sistema serotoninérgico: es uno de los sistemas de aparición más precoz en el cerebro humano, debido a su papel crítico en la regulación del trofismo cerebral. Su nivel de funcionamiento máximo se alcanza a los 2-5 años de vida, disminuyendo luego para alcanzar los niveles del adulto hacia los 11-12 años. En el niño, la serotonina contribuye de manera fundamental en la regulación del humor, ansiedad, emociones, sueño y apetito, debido precisamente a ese funcionamiento serotoninérgico precozmente desarrollado. Es posible que la mayor eficacia clínica de los antidepresivos serotoninérgicos (ISRS) sobre los noradrenérgicos en la infancia se deba a la presencia de un sistema serotoninérgico ya maduro, hecho que no se da en el sistema noradrenérgico hasta etapas más tardías (Herlenius y Lagercrantz, 2004).

El papel precoz de los altos niveles de serotonina en niños parece trascendental para sus funciones en el adulto. Se ha comprobado que una serie de factores genéticos o fenómenos adversos ambientales alrededor del parto, como son las complicaciones obstétricas, un menor peso al nacimiento, el tabaquismo materno y el estrés, entre otros, alteran el trofismo serotoninérgico. Además, estas condiciones adversas perinatales predicen una menor síntesis de serotonina en la corteza orbito-frontal medial y el hipocampo en la edad adulta, lo que se ha relacionado con una mayor susceptibilidad para algunos trastornos mentales del adulto y una mayor agresividad e impulsividad (Booij et al., 2015).

4.2.- Sistema noradrenérgico: de función aproximada a la del sistema serotoninérgico en el trofismo cerebral y la regulación de la ansiedad y el estado de ánimo, interviene también en los procesos de alerta, atención, memoria y cognición. Su desarrollo es más lento que el del sistema serotoninérgico, no madurando hasta mitad de la adolescencia, lo que parece explicar porqué los fármacos antidepresivos inhibidores de la recaptación de noradrenalina son menos eficaces en niños y adolescentes (Álamo et al., 2017).

4.3.- Sistema dopaminérgico: la producción de la dopamina en el sistema nervioso alcanza su máximo antes de la adolescencia, para seguidamente disminuir en el adulto. Por otra parte, los diferentes genes implicados en este sistema (de los receptores dopaminérgicos, o de las enzimas implicadas en su metabolismo) se expresan de forma diferente según el momento madurativo. Estos fenómenos determinan en la adolescencia un predominio de la vía dopaminérgica mesolímbica (implicada en los circuitos de recompensa ante estímulos como la comida, el sexo o las relaciones sociales) sobre la mesocortical (implicada en el control de los impulsos, el procesamiento de la información, la cognición y las funciones ejecutivas), lo que se relaciona con el aumento de las conductas impulsivas y de búsqueda de riesgo. A ello se suma una concentración de dopamina en la corteza prefrontal que triplica la de la serotonina (inhibidora de la acción dopaminérgica), abundando en una mayor impulsividad y sensibilidad a la recompensa de los adolescentes (Herlenius & Lagercrantz, 2004; Rothmond et al., 2012).

4.4.- Sistemas GABA y glutamatérgico: estos sistemas son, en el cerebro adulto, los principales sistemas inhibitorio y excitatorio, respectivamente. Sin embargo, en el cerebro inmaduro el sistema GABA parece ejercer un efecto excitatorio, lo que elimina del sistema el efecto inhibitorio para favorecer el crecimiento y el trofismo cerebrales. No es hasta la adolescencia tardía que el

sistema GABA adquiere totalmente su función inhibitora, lo que hace que hasta dicha edad los fármacos GABAérgicos sean poco eficaces o incluso produzcan efectos excitatorios paradójicos, como es el caso de las benzodiazepinas o de algunos antiepilépticos (Herlenius & Lagercrantz, 2004).

6.3.- Psicofarmacología de niños y adolescentes en la práctica clínica

La decisión clínica de iniciar un tratamiento psicofarmacológico en un niño está condicionada por aspectos relativos al niño y la patología que presenta (el diagnóstico), al entorno de éste (fundamentalmente sus padres o, en su defecto, sus cuidadores principales), y al propio clínico.

Respecto al diagnóstico, la mayor parte de los diagnósticos psiquiátricos son heterogéneos en cuanto a su etiología, se manifiestan con síntomas clínicos a veces inespecíficos y siempre cambiantes en relación tanto con el momento madurativo del paciente como con su marco ambiental, y la concurrencia de varios diagnósticos en un paciente, la comorbilidad, es la norma. Así, con frecuencia el tratamiento se debe orientar más al síndrome clínico, e incluso al síntoma concreto, que a la enfermedad en su conjunto, lo que implica que un mismo psicofármaco puede indicarse para entidades clínicas completamente diferentes, y que una misma entidad diagnóstica puede ser tratada con diferentes psicofármacos según la situación clínica y el momento madurativo del paciente. Conviene por ello establecer claramente, antes de iniciar el tratamiento, los objetivos terapéuticos del mismo, y cómo se medirá su cambio a lo largo del tiempo.

La colaboración activa del entorno del paciente es fundamental para el éxito de cualquier tratamiento. Se sabe que más de la mitad de los tratamientos en Pediatría (y aún más en Psiquiatría infanto-juvenil) se toman poco o mal (WHO, 2003), lo que depende tanto de factores propios del tratamiento (frecuencia de las dosis, duración, facilidad de uso, sabor y olor, coste...) como, sobre todo, de factores relacionados con el entorno cercano del niño: la ambivalencia y la sensación de culpa de los padres, o de ser “malos padres”, hacia la enfermedad del hijo, la mala comprensión de las indicaciones dadas por el médico, la desinformación (internet, conocidos, otros padres...), e incluso la percepción social negativa sobre los tratamientos psicofarmacológicos (Hamrin et al., 2010). Por ello es muy importante, previamente al inicio del tratamiento, establecer una discusión detallada con los padres del paciente sobre la indicación del fármaco y sus efectos, las posibles alternativas terapéuticas, y las ventajas y riesgos de unas opciones sobre otras, con el fin de alcanzar un acuerdo y una aceptación explícitas del plan terapéutico, incluso en ocasiones con un consentimiento informado escrito.

La toma de la decisión terapéutica por parte del clínico debe basarse en la experiencia empírica disponible (**Tabla 6-2**), y estar fundamentada en un conocimiento extenso tanto del paciente y su diagnóstico como del tratamiento a emplear, factores estos que evitarán una indicación insegura o sin convencimiento, y aumentarán, lógicamente, la probabilidad de éxito. El médico debe estar alerta para evitar las presiones tanto para tratar cuando no es preciso como para no tratar cuando lo es, y conocer ampliamente no sólo el fármaco indicado, sino también las alternativas terapéuticas disponibles y su grado de eficacia.

Tabla 6-2: Psicofármacos y sus grados de recomendación

Categoría	Indicación	Eficacia a corto plazo	Eficacia a largo plazo	Seguridad a corto plazo	Seguridad a largo plazo
Metilfenidato	TDAH	A	B	A	A
ISRSs	Depresión Mayor	A	C	A	C
	TOC	A	C	A	C
	Trastornos de ansiedad	C	C	C	C
Agonistas adrenérgicos centrales	Síndrome de Tourette	B	C	B	C
	TDAH	A	B	A	B
Valproato y carbamazepina	Trastorno Bipolar	C	C	A	A
	Conductas agresivas	C	C	A	A
Antidepresivos tricíclicos	Depresión Mayor	C	C	B	B
	TDAH	B	C	B	B
Benzodiacepinas	Trastornos de ansiedad	C	C	C	C
Antipsicóticos	Esquizofrenia y psicosis infantiles	A	B	A	B
	Síndrome de Tourette	A	C	B	B
Litio	Trastorno Bipolar	B	C	B	C
	Conductas agresivas	B	C	C	C

A = 2 ó más estudios aleatorizados y controlados
 B = al menos 1 estudio aleatorizado y controlado
 C = estudios no controlados, casos clínicos, opinión de expertos

Debe por todo esto tenerse en cuenta que el plan terapéutico (Tabla 6-3) será, por regla general, multimodal, combinando las aproximaciones farmacológica y psicoterapéutica ya sea de forma integrada o sucesiva, dirigido a las diferentes dimensiones de la clínica del paciente, basado en un diagnóstico plural, y flexible en el tiempo, pudiendo a lo largo del mismo variar la orientación tanto diagnóstica como terapéutica. Además, conviene contemplar y no menospreciar el tiempo como un factor terapéutico en si mismo.

Tabla 6-3: Programación general del plan terapéutico

- 1.- Establecer el diagnóstico, o una formulación diagnóstica diferencial razonada
- 2.- Identificar y medir los síntomas diana del tratamiento propuesto
- 3.- Recoger la historia médica del paciente, incluida la historia familiar
- 4.- Elección del tratamiento e informar adecuadamente a padres y paciente, especialmente si su uso no está contemplado en su ficha técnica, y obtención del consentimiento (verbal o escrito), recogiendo en la historia clínica
- 5.- Informar adecuadamente a padres y pacientes de los riesgos y beneficios esperados del tratamiento
- 6.- Realizar los estudios previos necesarios según el fármaco utilizado (análisis, electrocardiograma...) y recoger los parámetros basales necesarios del paciente (peso, talla, tensión arterial...)
- 7.- Establecer la dosis óptima del fármaco, comenzando en el límite inferior de la dosis eficaz y subiendo progresivamente la dosis según respuesta
- 8.- Valorar con la frecuencia adecuada respuesta y efectos adversos, mediante tanto la impresión clínica como escalas objetivas
- 9.- Ante respuesta parcial o falta de respuesta, valorar primero si hay un cumplimiento adecuado del tratamiento, después replantear el diagnóstico, y por último replantear el tratamiento escogido
- 10.- Establecer el tiempo aproximado de duración del tratamiento

11.- Evaluar periódicamente la conveniencia de mantener el tratamiento frente a la de retirarlo

12.- Establecer un plan de suspensión del tratamiento (porqué, cuándo y cómo)

Adaptado de: Mardomingo y Cantó (2010); Carandang et al. (2011)

6.3.1.- Principales grupos psicofarmacológicos empleados en niños y adolescentes

6.3.1.1.- Fármacos para el tratamiento del TDAH

6.3.1.1.1 *Psicoestimulantes:*

- Metilfenidato, en diferentes formulaciones galénicas: bloquea el transportador DAT, con lo que disminuye recaptación presináptica de dopamina, y de noradrenalina en menor medida.
- Dimesilato de lisdexanfetamina: bloquea el transportador DAT y aumentan liberación de dopamina presináptica. Tiene indicación en TDAH en mayores de 6 años cuando la respuesta al tratamiento previo con metilfenidato se considere clínicamente inadecuada. En adolescentes cuyos síntomas persistan hasta la edad adulta y que hayan mostrado claro beneficio al tratamiento, puede ser adecuado continuar con el tratamiento en la edad adulta (igual que el metilfenidato).

6.3.1.1.2 *No psicoestimulantes:*

- Atomoxetina: inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina (ISRN), inhibe de forma potente el transportador NET. Indicado en niños con TDAH mayores de 6 años como parte de un tratamiento integral. En España tiene indicación para el TDAH del adulto. Superior a placebo en ensayos clínicos controlados (Schwartz et al., 2014). En pacientes con TDAH y trastorno de ansiedad, abuso de sustancias o tics, parece ser superior al metilfenidato.
- Guanfacina de liberación prolongada. Es un agonista selectivo de receptores noradrenérgicos $\alpha 2A$ presinápticos, de forma que modula liberación de noradrenalina. Muestra baja afinidad por los receptores $\alpha 2B$ (con lo que se reduce su efecto cardiovascular) y baja afinidad $\alpha 2C$ (por lo que no tiene efecto ansiolítico). Está indicada por la en pacientes con TDAH, de los 6 a 17 años, cuando los psicoestimulantes no son eficaces, o no se toleran, o no son adecuados. Tratamiento indicado como parte de un programa terapéutico integral.

6.3.1.2.- Antidepresivos en niños y adolescentes

Al igual que en el adulto, los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) y los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina (ISRSyN) son los antidepresivos más utilizados en la infancia y adolescencia. La mayoría tienen estudios clínicos que en los que demuestran mayor eficacia que placebo en depresión, ansiedad e incluso TOC.

De ellos, los más utilizados son los ISRS: fluoxetina (tiene indicación para su uso en depresión en mayores de 8 años y en EEUU también para TOC), sertralina (indicación en TOC en mayores de 6 años), fluvoxamina (indicación en TOC en mayores de 8 años), y escitalopram (indicación por la FDA en depresión en mayores de 12 años). Si bien el resto no tienen indicación expresa, la mayoría de ellos cuentan con ensayos clínicos con significación estadística. Cabe destacar que los antidepresivos tricíclicos, la mirtazapina, y el bupropion no han demostrado ser superiores a placebo en menores de 18 años para ansiedad ni depresión.

6.3.1.3.- Ansiolíticos en niños y adolescentes

Las benzodiacepinas no son fármacos de elección en niños y adolescentes (Maia y Rohde, 2007). Presentan riesgo de dependencia, síndrome de abstinencia, y en adolescentes potencial de abuso. Se añade además la posibilidad de provocar reacciones paradójicas, agravando la ansiedad,

irritabilidad e impulsividad, especialmente en niños con TDAH. En dos estudios clínicos las benzodiazepinas no han demostrado ser superiores a placebo.

6.3.1.4.- Antipsicóticos en niños y adolescentes

6.3.1.4.1 Clásicos: bloqueantes de receptores dopaminérgicos D2

El haloperidol, pimozide, clorpromazina, flufenazina, loxapina, perfenazina, tioridazina, tiotixeno, trifluoperazina y molindona son los antipsicóticos clásicos que más se han usado en población infantil y adolescente, para el tratamiento de cuadros psicóticos, manía, agresividad, irritabilidad, y síndrome de Tourette, si bien existen pocos estudios publicados sobre seguridad en esta población, y presentan alto riesgo de efectos secundarios extrapiramidales, hiperprolactinemia, y síndrome neuroléptico maligno. Con la aparición de los antipsicóticos atípicos han pasado a ser de segunda elección.

6.3.1.4.2 Atípicos: bloquean receptores D2 y son agonistas receptores serotoninérgicos 5HT2

- Algunas consideraciones a tener en cuenta con los antipsicóticos atípicos en menores son:
- La risperidona y la paliperidona los que más habitualmente aumentan los niveles de prolactina.
- La risperidona y el aripiprazol están aprobados por la FDA para el tratamiento de la agresividad e irritabilidad en niños y adolescentes con TEA.
- Aripiprazol y risperidona tienen indicación en esquizofrenia y en manía en niños y adolescentes.
- Amisulpride, aripiprazol, paliperidona, risperidona y clozapina tienen indicación para esquizofrenia en niños y adolescentes.
- Ziprasidona tiene indicación en manía en adolescentes.
- Olanzapina y quetiapina son los antipsicóticos atípicos con mayor riesgo metabólico, por lo que no se recomienda su utilización en menores.
- La clozapina fue el primer antipsicótico atípico ensayado en niños; mostró ser superior a haloperidol, pero con una alta tasa de abandonos por neutropenia o convulsiones (Kumra et al. 1996). Riesgo de agranulocitosis en el 0,6% de los niños tratados.

6.3.1.5.- Eutimizantes o estabilizadores del humor en niños y adolescentes

- Lito: Único estabilizador aprobado en mayores de 12 años en el tratamiento de la manía aguda y Trastorno Bipolar. Mecanismo de acción poco conocido.
- Ácido Valproico: incrementa las concentraciones en el cerebro de GABA mediante un mecanismo desconocido. Tiene un papel neuroprotector como agonista glutamatérgico mediado por agentes externos. Eficacia en Trastorno Bipolar descrita en varios estudios (Kowatch et al., 2000; DelBello et al., 2006) y en Trastorno de Conducta (Saxena et al., 2006). No debe prescribirse en niñas ni mujeres con capacidad para concebir, salvo que no se disponga de tratamiento alternativo adecuado, por ser teratógeno.
- Carbamazepina: inhibe la formación de AMPc y estabiliza la membrana celular.
- Lamotrigina: estudiada como tratamiento en monoterapia o coadyuvante en TB en fase depresiva (Chang et al., 2006; Soutullo et al., 2006).
- Ensayos abiertos, series de casos y estudios retrospectivos han descrito que en la enfermedad bipolar son efectivos: valproato (DelBello et al., 2006), carbamazepina (Okuma et al., 1993), y lamotrigina (Chang et al., 2006; Soutullo et al., 2006). Oxcarbamazepina, gabapentina y topiramato no cuentan con suficiente evidencia de eficacia en trastornos del ánimo en menores.

Tabla 6-4: Fármacos por trastornos, dosis e indicaciones

Trastorno	Fármaco	Dosis habitual de referencia	Reconocido
TDAAH	Metilfenidato (Rubifen, Concerta, Medikinet, Equasym, Rubricrono, etc)	1 mg/kg peso día	Tras intervención psicoterapéutica
	Atomoxetina (Strattera)	1,5 mg/kg peso día	
	Guanfacina (Intuniv)	dosis óptima entre 0,05 y 0,12 mg/kg/día (1,2,3 y 4 mg)	
	Lisdexanfetamina (Elvanse)	30, 50 y 70 mg día	
	Clonidina (Catapresan)	0,100-0,200 mcg cada 12h y No disponible en España	
TOC	Sertralina	50 mg hasta 150 mg	Tras intervención psicoterapéutica
	Clomipramina (Anafranil)	75 mg hasta 150 mg	
	Otros ISRS: Fluoxetina, otras	20 mg	
Trastorno de ansiedad generalizada/Fobia social	ISRS: Fluoxetina, Escitalopram, Sertralina	Según fármaco 20 mg, 10 mg, 50 mg, respectivamente	Tras intervención psicoterapéutica
Crisis de angustia	Alprazolam (Trankimazín)	0,125 mg hasta 1 mg	De inicio
	Clorazepato dipotásico (Tranxilium pediátrico)	2,5 mg hasta 20 mg	
	Lorazepam	1-2 mg	
Depresión Mayor	ISRS: Fluoxetina, Escitalopram, Sertralina	Según fármaco 20 mg, 10 mg, 50 mg, respectivamente	Tras intervención psicoterapéutica
Esquizofrenia	NRL atípicos: Risperidona, Quetiapina, Aripiprazol, Olanzapina	Según fármaco: 2-6 mg, 100-600 mg, 5-20 mg, 5-20 mg respectivamente	De inicio
Trastorno Bipolar	NRL atípicos: Risperidona, Quetiapina, Aripiprazol, Olanzapina	Según fármaco: 2-6 mg, 100-600 mg, 5-20 mg, 5-20 mg respectivamente	De inicio
	Valproico	Niños 30 mg/kg peso día y Adolescentes 20-30 mg/kg peso día	
Agresividad ("irritabilidad en autismo")	NRL atípicos: Risperidona, Aripiprazol	Según fármaco: 0,25 mg-2 mg, 2,5 a 10 mg respectivamente	Tras intervención psicoterapéutica
	Litio	200-400 mg cada 12h (litemia 0,7-1,2 mEq/l)	
Síndrome de Tourette/Tics	Haloperidol	0,1 mg/3 kg 3 veces/día	Tras intervención psicoterapéutica
	Risperidona	0,25 mgr-1 mg/12h	

6.3.2.- Aspectos éticos del tratamiento psicofarmacológico de niños y adolescentes

Toda intervención médica debe estar guiada, desde el plano ético, por cuatro principios: el principio de autonomía, el de beneficencia, el de no maleficencia, y el de justicia (Beauchamp & Childress, 2009).

El principio de autonomía supone el reconocimiento por parte del médico del derecho del paciente a tener sus propias opiniones y actitudes, y conforme a ellas a tomar sus propias decisiones sobre su tratamiento. Este principio choca con el paternalismo médico, una postura del clínico muy frecuente en general en la medicina, y más aún, por las particulares características del paciente, en la Psiquiatría del niño y el adolescente.

El principio de beneficencia es la obligación moral de actuar en beneficio de otros, y está por tanto estrechamente ligado al de autonomía en permanente tensión, considerándose el paternalismo médico una forma de beneficencia coercitiva. Esta tensión implica que ambos principios tienen igual importancia, un evidente conflicto que la Ética Biomédica está lejos de haber resuelto: "la sustitución de un principio (beneficencia) por otro (autonomía) de un modo excesivamente radical puede acabar no representando un progreso ni un respeto a los derechos del paciente" (Camps, 2001).

El principio de justicia establece la obligación de tratar a todo paciente en iguales o comparables circunstancias de forma justa e igual, sin prejuicios ni favoritismos. Actualmente, la patente

desigualdad en la distribución de recursos en la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en España, si bien es una responsabilidad que recae en la propia Administración Sanitaria, concierne muy especialmente al médico, tanto como distribuidor final de dichos (escasos) recursos como por ser parte (frecuentemente pasiva y poco escuchada) de dicha Administración.

Del principio de autonomía nace la idea del consentimiento informado, que es el permiso voluntario y continuado del paciente para recibir un cierto tratamiento, basado en el conocimiento adecuado de la naturaleza y los objetivos del mismo, así como de sus riesgos y potenciales efectos adversos, e incluyendo sus probabilidades de éxito y las alternativas terapéuticas, si las hubiere (Rodríguez Ramos y Díaz Atienza, 2010). En España, dicho consentimiento es otorgado por los adultos responsables del menor, y el Código Civil considera como tal a la persona menor de 16 años. Entre los 14 y los 16 años, no obstante, se recomienda considerar la capacidad y madurez del paciente para entender el plan terapéutico propuesto, y en función de esto recabar igualmente su consentimiento.

Nota al margen: todas y cada una de las cuestiones éticas y clínicas planteadas aquí son de general aplicación en el tratamiento psiquiátrico/psicológico de niños y adolescentes, ya sea este farmacológico, psicoterapéutico, o combinado. Ni el tratamiento farmacológico implica de por sí mayores efectos beneficiosos, ni el psicoterapéutico menores efectos adversos.

6.4.- Bibliografía:

- Álamo C, López-Muñoz F, Zaragoza C. (2017) Conceptos básicos en psicofarmacología pediátrica. En: Soutullo C (ed.). Guía Esencial de Psicofarmacología del niño y del adolescente, 2ª edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Arnold LE, Aman MG, Li X, Butter E, Humphries K, Scahill L et al. Research Units of Pediatric Psychopharmacology (RUPP) (2012) Autism Network randomized clinical trial of parent training and medication: one-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 51 (11): 1173-84.
- Beauchamp TL, Childress JF. (2012) Principles of biomedical ethics, 7th edition. Oxford: Oxford University Press.
- Booij L, Tremblay RE, Szyf M, Benkelfat C. (2015) Genetic and early environmental influences on the serotonin system: consequences for brain development and risk for psychopathology. *J Psychiatr Neurosci*, 40: 5-18.
- Camps V. (2001) Una vida de calidad. Reflexiones sobre Bioética. Madrid: Editorial Crítica.
- Carandang CG, Kratochvil CJ, Scahill L, Martin A. (2011) Running a Pediatric Psychopharmacology Clinic: practical aspects. En: Martin A, Scahill L, Kratochvil CJ (eds.). *Pediatric Psychopharmacology. Principles and practice*, 2nd edition. Oxford: Oxford University Press.
- Chang K, Saxena K, Howe M. (2006) An open-label study of lamotrigine adjunct or monotherapy for the treatment of adolescents with bipolar depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45: 298-304.
- Chugani DC, Muzik O, Juhász C, Janisse JJ, Ager J, Chugani HT. (2001) Postnatal maturation of human GABAA receptors measured with positron emission tomography. *Ann Neurol*, 49 (5): 618-26.
- de Wildt SN, Kearns GL, Leeder JS, van den Anker JN. (1999) Cytochrome P450 3A: ontogeny and drug disposition. *Clin Pharmacokinet*, 37 (6): 485-505.
- DelBello MP, Kowatch RA, Adler CM, et al. A double-blind randomized pilot study comparing quetiapine and divalproex for adolescent mania. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45: 305-313.
- Emslie GJ, Mayes T, Porta G, Vitiello B, Clarke G, Wagner KD et al. (2010) Treatment of Resistant Depression in Adolescents (TORDIA): week 24 outcomes. *Am J Psychiatry*, 167 (7): 782-91.
- Hamrin V, McCarthy EM, Tyson V. (2010) Pediatric psychotropic medication initiation and adherence: a literature review based on Social Exchange Theory. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*; 23: 151-72.
- Heleniak CM, Kaur T, Ghalib KD, Rynn MA. Tricyclic antidepressants and monoamine oxidase inhibitors for the treatment of child and adolescent psychiatric disorders. En: Rosenberg DR & Gershon S (eds.). (2012) *Pharmacotherapy of child and adolescent psychiatric disorders*, 3rd edition. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Herlenius E, Lagercrantz H. (2004) Development of neurotransmitter systems during critical periods. *Exp Neurol*, 190: S8-S21.
- <http://portal.guiasalud.es/web/guest/catalogo-gpc>. Acceso: 23-Marzo-2014.
- <http://www.dshs.state.tx.us/MHSA/>. Acceso: 23-Marzo-2014.
- Kearns GL, Abdel-Rahman SM, Alander SW, Blowey DL, Leeder JS, Kauffman RE. (2003) Developmental pharmacology: drug disposition, action, and therapy in infants and children. *N Engl J Med*, 349 (12): 1157-67.
- Kowatch RA, Suppes T, Carmody TJ, et al. (2000) Effect size of lithium, divalproex sodium, and carbamazepine in children and adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39: 713-720.

- Kumra S, Frazier JA, Jacobsen LK, et al. (1996) Childhood-onset schizophrenia. A double-blind clozapine-haloperidol comparison. *Arch Gen Psychiatry*, 53: 1090-1097.
- Maia CRM, Rohde LAP. (2007) Psicofármacos para o tratamento de transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. *Rev Bras Psiquiatr*, 29: 72-79.
- Mardomingo Sanz, M. J. (2015). *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Díaz de Santos.
- Mardomingo Sanz MJ. Tratamiento en psiquiatría del niño y del adolescente. En: Crespo Hervás D, Muñoz Villa A, San Sebastián Cabases J (eds). (2010) *Psicopatología en la clínica pediátrica*. Madrid: Ergón,
- Mardomingo MJ y Cantó TJ. Principios básicos de psicofarmacología pediátrica. En: Soutullo C, Mardomingo MJ (coord.) (2010). *Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. AEPNYA Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Edición Madrid: Ed Panamericana.
- Molina BS, Hinshaw SP, Swanson JM, Arnold LE, Vitiello B, Jensen PS et al. (2009) The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 48 (5): 484-500.
- Nosarti C. (2013) Structural and functional brain correlates of behavioural outcomes during adolescence. *Early Hum Dev*, 89: 221-227.
- Okuma T. (1993) Effects of carbamazepine and lithium of affective disorders. *Neuropsychobiology*, 27: 138-145.
- Rodríguez Ramos P, Díaz Atienza J. (2010) Aspectos médico-legales específicos del niño y del adolescente. En: Soutullo C, Mardomingo MJ (coord.) (2010). *Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. AEPNYA Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Edición Madrid: Ed Panamericana.
- Rothmond DA, Weickert CS, Webster MJ. (2012) Developmental changes in human dopamine neurotransmission: cortical receptors and terminators. *BMC Neurosci*, 15: 13-18.
- Rowles BM, Hertzler JL, Findling RL. Antipsychotic agents. En: Rosenberg DR & Gershon S (eds.). (2012) *Pharmacotherapy of child and adolescent psychiatric disorders*, 3rd edition. Oxford: Wiley-Blackwell,
- RUPP (Research Units on Pediatric Psychopharmacology) (2005) Autism Network. Randomized, controlled, crossover trial of methylphenidate in pervasive developmental disorders with hyperactivity. *Arch Gen Psychiatry*, 62 (11): 1266-74.
- Saxena K, Howe M, Simeonova D, Steiner H, Chang K. (2006) Divalproex sodium reduces overall aggression in youth at high risk for bipolar disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 16: 252-259.
- Schwartz S, Correll CU. (2014) Efficacy and safety of atomoxetine in children and adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: results from a comprehensive meta-analysis and metaregression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 53: 174-187.
- Shaw RJ, Gosselin GJ, Guild D, Set S, Gonzalez-Heydrich J, DeMaso DR. Psychopharmacology in the physically ill child. En: Shaw RJ, DeMaso DR (eds.). (2010) *Textbook of Pediatric Psychosomatic Medicine*. Washington DC: American Psychiatric Publishing,
- Soutullo CA, Díez-Suárez A, Figueroa-Quintana A. (2006) Adjunctive lamotrigine treatment for adolescents with bipolar disorder: retrospective report of five cases. *C Child Adolesc Psychopharmacol*, 16: 357-364.
- TADS (Treatment for Adolescents With Depression Study) Team. (2009) The Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS): outcomes over 1 year of naturalistic follow-up. *Am J Psychiatry*, 166 (10): 1141-9.
- Vinks AA, Saldaña SN, Walson PD. Developmental principles of pharmacokinetics. En: Martin A, Scahill L, Kratochvil CJ (eds). (2011) *Pediatric psychopharmacology. Principles and practice*. New York: Oxford University Press,
- Vitiello B. (2013) Developmental aspects of pediatric psychopharmacology. En: McVoy M, Findling RL (eds). *Clinical Manual of child and adolescent psychopharmacology*, 2nd edition. Washington DC: American Psychiatric Publishing,
- Wigal T, Greenhill L, Chuang S, McGough J, Vitiello B, Skrobala A et al. (2006) Safety and tolerability of methylphenidate in preschool children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45 (11): 1294-303.
- World Health Organization. (2003) *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva, Switzerland, 18.

7.- CAPÍTULO 7: PSICOTERAPIA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

José Manuel Martínez Rodríguez. Psiquiatra. Equipo de Salud Mental Infantojuvenil H. Universitario Río Hortega. Profesor Asociado de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.

7.1.- Definición y concepto

Según la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry la Psicoterapia es un conjunto de técnicas y métodos utilizados para ayudar a los niños y adolescentes que experimentan dificultades con sus emociones o comportamiento. Aunque hay diferentes modalidades todas se basan en la utilización de la comunicación para promover el cambio en los sentimientos, ideas y comportamientos del niño y adolescente (AACAP, 2017). Podemos definir la psicoterapia como un conjunto de métodos psicológicos orientados a desarrollar la autonomía del paciente. El paciente desarrolla su autonomía alcanzando un conocimiento acrecentado de sí mismo, de los propios procesos cognitivos, emocionales, fisiológicos y comportamentales; un conocimiento acrecentado de los demás y de la situación. Otro componente para la adquisición de una mayor autonomía personal viene dado por la adquisición de la capacidad de tener emociones auténticas, expresarse libremente y de tomar decisiones de manera no compulsiva o bajo la presión del miedo. También por la adquisición de la capacidad para establecer relaciones interpersonales profundas, francas, con confianza y sin manipulaciones (Berne, 1.964).

La psicoterapia es un proceso complejo que aspira a reducir síntomas, mejorar la comprensión del mundo interno y de las relaciones interpersonales, mejorar el funcionamiento del niño y adolescente en la vida diaria y también para mejorar la calidad de vida. Practicar y ejercer la psicoterapia requiere una formación especializada que permita alcanzar ciertas habilidades profesionales. Hacer Psicoterapia no es meramente hablar con el paciente, decirle lo que debe o no debe hacer. Tampoco tratar de que cambie según nuestros criterios de lo que está bien o mal. Psicoterapia no es amonestar al paciente, convencerlo, persuadirlo o criticarlo. Por otra parte, hacer Terapia familiar no es meramente hablar con la familia o tener entrevistas familiares. La psicoterapia requiere una formación profesional especializada que a nivel internacional viene regulada por varios organismos internacionales entre ellos el World Council of Psychotherapy o la European Association for Psychotherapy. Entre la gran cantidad

de modalidades de psicoterapia existentes en la que se relacionan las psicoterapias reconocidas por estos organismos¹³.

7.2.- Indicaciones de la Psicoterapia en los problemas de salud mental de niños y adolescentes

Para la Academia Americana de Psiquiatría del Niño y del Adolescente la decisión de hacer psicoterapia ha de basarse en el tipo de problemas presentados por el niño o adolescente, la historia de los mismos, el nivel de desarrollo, la capacidad para cooperar con el tratamiento y el tipo de intervenciones que con más probabilidad se estima que ayudarán a resolver los problemas (AACAP, 2017). La psicoterapia es a menudo utilizada en combinación con otros tratamientos psicofarmacológicos o psicopedagógicos. La relación que se desarrolla entre el terapeuta y el paciente es clave debiendo proporcionar seguridad y comprensión. Hay modalidades de psicoterapia individual, de grupo, familiar o de familias múltiples. Por otra parte la terapia de juego es un medio muy utilizado por la mayor parte de las Escuelas de Psicoterapia.

7.2.1.- Psicoterapia individual

En la psicoterapia individual el niño y el terapeuta se encuentran con la finalidad de que el niño pueda comprender y manejar mejor sus sentimientos y abordar sus problemas. Según la Escuela Terapéutica las técnicas utilizadas varían como veremos más abajo. La psicoterapia ayuda a los niños y adolescentes a través de diversos mecanismos: el apoyo emocional, resolución de conflictos interpersonales y comprensión de los pensamientos y sentimientos del niño o adolescentes. Los objetivos pueden ser específicos, como cambios en el comportamiento, mejora en las relaciones con los amigos o la familia, o más generales como reducir la ansiedad o mejorar la autoestima (AACAP, 2017).

¹³ La European Association for Psychotherapy establece una serie de Estándares de formación para acceder al Certificado Europeo como Psicoterapeuta. La Entre ellos tener 3200 horas de formación a lo largo de un período mínimo de siete años, siendo los tres primeros el equivalente a un Grado Universitario. Los últimos cuatro deben ser formación específica en psicoterapia que incluya entre sus contenidos las teorías sobre el desarrollo humano a lo largo del ciclo vital, formación en diversos abordajes psicoterapéuticos, una teoría del cambio, teorías de la psicopatología y teorías de la evaluación e intervención. Entre otros requerimientos profesionales figuran el de experimentar no menos de 250 horas de un tratamiento psicoterapéutico personal, un entrenamiento práctico de al menos dos años y al menos 150 sesiones de supervisión. Se considera por este organismo internacional que las profesiones básicas que pueden acceder a la certificación como psicoterapeutas son psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y profesores.

Tabla 7-1: Organizaciones miembros de la European Association for Psychotherapy.

- EATA European Association for Transactional Analysis.
- ECPP. European Confederation of Psychoanalytic Psychotherapy
- EAIP. European Association for Integrative Psychotherapy
- EAGT. European Association for Gestalt Therapy
- EABS. European Association for Biosynthesis
- EABP. European Association for Body-Psychotherapy
- EAHP. European Association for Hypno Psychotherapy
- EFBA-P. European Federation for Bioenergetic Analysis-Psychotherapy.
- FEPTO. Federation of European Psychodrama Training Organisations
- EFPP. European Federation for Psychosynthesis Psychotherapy.
- EFCPP. European Federation of Centers for Positive Psychotherapy
- EART. European Association for Reality Therapy
- EANLPt. European Association for Neurolinguistic Psychotherapy
- EAKBT. Europäischer Arbeitskreis für Konzentrierte Bewegungstherapie
- EAKBT. European Association for Concentrative Movement Therapy
- EAPOA. European Association for Psycho-Organic-Analysis
- PCE Europe. Network of the Europ. Assoc. for Person-Centered and Experiential Psychotherapy & Counselling

7.2.2.- La Terapia de Juego con niños y adolescentes

Todos los modelos teóricos de la psicoterapia infantil reconocen las bondades que ofrece el juego en el trabajo con niños. El término de Terapia de Juego, se ha venido utilizando para toda intervención terapéutica en la que se utiliza el juego como técnica. Lo que varía de acuerdo a la modalidad terapéutica es la manera cómo el juego se pone al servicio del Diagnóstico y del Tratamiento. La Terapia de juego implica la utilización de juguetes, juegos de construcción, muñecas, dibujos y juegos de una amplia variedad para ayudar al niño a reconocer, identificar, expresar y manejar sus sentimientos. El juego se utiliza con finalidad diagnóstica para entender los patrones de pensamiento, emocionales o comportamentales que están en la base de los problemas del niño. El Juego se utiliza también de forma terapéutica para ayudar al niño a transformar dichos patrones. A veces se utiliza una combinación de conversación y de juego (AACAP, 2017). Crocker y Wroblewski (1975), citados por Esquivel (2010), señalaron las funciones de ayuda que resultan de la utilización del juego en la terapia: El juego sirve como una herramienta de evaluación proyectiva que estimula las fantasías. Tiende a crear un clima seguro y permisivo en el que pueden experimentarse conductas nuevas. Al recrear en el juego las escenas temidas el niño puede comprender y elaborar la ansiedad evocada. Respetar las reglas de los juegos, en psicoterapia individual o de grupo, es una analogía de la vida en la que hay que asumir obligaciones y ser conscientes de los derechos. El juego puede liberar el potencial creativo para el desarrollo socioemocional la solución de problemas en la vida.

7.2.3.- Terapia de Grupo

Es una forma de psicoterapia en la que hay varios pacientes liderados por uno o más terapeutas. Se utiliza la dinámica del grupo y las interacciones entre los miembros para mejorar la comprensión de los problemas mentales y /o para mejorar las habilidades sociales.

Hay muchos tipos diferentes de Terapia de grupo: psicodinámica, enfocada a la adquisición de habilidades sociales, abuso de sustancias, multifamiliar, de apoyo parental, etc.

7.2.4.- Terapia de familia

Es una forma de psicoterapia en la que se ayuda a que la familia del niño y adolescente funciones de formas más positivas y constructivas explorando los patrones de comunicación y suministrando apoyo y educación. Las sesiones pueden incluir al niño o adolescente junto con sus padres, los hermanos y abuelos. La Terapia de pareja es una forma específica de terapia de familia que aborda la comunicación e interacciones en una pareja. Una de las modalidades de Terapia de Familia más recientes es la Terapia Narrativa para Niños. En la Terapia Narrativa para Niños se intenta llevar a cabo una conversación exteriorizadora con la familia. El objetivo es delimitar el problema, reconocer los intentos de solución de éste y los éxitos o fracasos en estos intentos. Freeman, Epston y Lobovitz (2011) consideran que cuando un niño exterioriza sus problemas, logra separarse de ellos, con lo que se abren innumerables posibilidades de afrontamiento y resolución de los conflictos. Otro punto clave de la Terapia Narrativa es la creación y narración de historias personales y relacionales que sean historias de esperanza.

7.3.- Dimensiones sobre las que actúa la Psicoterapia

Existen una serie de dimensiones que es importante tener en cuenta en la Psicoterapia infantil: La dimensión cognitiva de la experiencia involucrada en los problemas de los niños y adolescentes, la dimensión comportamental, la dimensión afectiva, la dimensión fisiológica y la dimensión relacional que se manifiesta en el proceso terapéutico. Hay escuelas de psicoterapia infantil que se centran más en unos aspectos que en otros, aunque todos han de ser tenidos en cuenta. En cualquier caso es necesario chequear todas estas dimensiones a lo largo de un proceso psicoterapéutico y determinar en cuáles de ellos se pretende conseguir el cambio y la forma en la que el cambio en una de estas dimensiones afecta a las demás. A continuación vamos a repasar cada una de ellas y la forma en la que ciertas escuelas los abordan de forma prioritaria.

7.4.- La dimensión cognitiva del funcionamiento psíquico. Psicoterapias psicodinámicas

Las Psicoterapias psicodinámicas plantean que la mejoría de los síntomas se produce cuando el paciente comprende mejor el por qué de sus síntomas. La expectativa del terapeuta es que una mayor comprensión de sí mismo va a modificar la forma de sentir y de comportarse, así como la experiencia corporal. La comprensión del por qué se produce mediante un conocimiento acrecentado de sí mismo y de los determinantes inconscientes de los temores o comportamientos disruptivos que experimenta el paciente.

7.4.1.- Desarrollo histórico

7.4.1.1.- Las primeras contribuciones psicoanalíticas a la Terapia infantil

Las psicoterapias psicodinámicas hunden sus raíces en el trabajo de Sigmund Freud. Freud no fue un psicoterapeuta infantil. Sólo en el famoso caso de Juanito que tenía una fobia, abordó los síntomas del niño realizando el tratamiento a través de sus padres (Freud, 1909). Sin embargo muchas de sus contribuciones han contribuido enormemente al desarrollo de la Psicoterapia infantil. Para Freud el aparato psíquico tiene tres niveles, el Consciente, el Preconsciente y el Inconsciente (Freud, 1900). Los contenidos mentales preconscientes son fácilmente accesibles. Por ejemplo el recuerdo de un profesor de educación primaria con el

que el niño no tuvo una buena experiencia. Si bien no se es generalmente consciente de él, se puede llegar a recuperar una imagen del profesor simplemente desplazando la atención. Los contenidos mentales inconscientes no son fácilmente accesibles ya que son inconscientes por haber sido censurados al sentirse inaceptables. Por ejemplo el miedo a ser abandonado por los padres tras el nacimiento de otro hermano.

En 1.923, en su obra "El Yo y el Ello" formuló una segunda tópica que viene a explicar los problemas mentales como conflictos entre tres Instancias intrapsíquicas que constituyen la personalidad del sujeto, el Superyo, el Yo y el Ello, siendo los síntomas formaciones de compromiso entre los deseos inconscientes y las defensas intrapsíquicas para preservarse de la censura interna. Para este autor el niño puede sufrir fijaciones en las diferentes fases del desarrollo de la sexualidad infantil (Freud, 1.905), siendo a este respecto fundamental el grado de resolución del Complejo de Edipo. Freud describe el Complejo de Edipo como un conjunto organizado de deseos amorosos y hostiles que el niño experimenta hacia sus padres. El Complejo de Edipo tiene una estructura triangular en la que el hijo expresa deseos afectivos y de posesión hacia el progenitor del sexo opuesto lo que le pone en situación de rivalidad con el progenitor del mismo sexo, por quien también siente afecto. Tiene un papel fundamental en la estructuración de la personalidad. La resolución supone la renuncia a los deseos infantiles y la identificación con el progenitor del mismo sexo.

Sus ideas influyeron en el desarrollo de una primera escuela de analistas infantiles. En el entorno Freudiano original la primera analista de niños fue Hermine von Hug-Hellmuth (1.871-1.924). Esta autora publicó en 1913 el libro "La vida psíquica del niño", y posteriormente un trabajo sobre la "Técnica del análisis de niños". Fue la tercera mujer aceptada como miembro de la Asociación Psicoanalítica de Viena en 1913 y Freud la había designado como la figura oficial para representar al psicoanálisis infantil. Esta autora se limitaba a tratar niños mayores de 7 años y modificó el encuadre y las reglas técnicas para adaptarlas a las características de la infancia. Así no empleaba el diván ni las asociaciones libres. Trataba de establecer una relación positiva con el paciente cuanto antes y utilizaba el juego con muñecos y otros juguetes lo que le permitía diagnosticar e interpretar la psicodinamia subyacente a partir de los contenidos del mismo y del comportamiento del niño en la sala.

También Anna Freud contribuyó a la Psicoterapia infantil con su temprano interés en las aplicaciones pedagógicas del Psicoanálisis. Para ella el objetivo del tratamiento es equilibrar las influencias mutuas entre el Ello, Yo y Superyo consiguiendo mayor tolerancia mutua entre estos sistemas. En la Introducción a la técnica del análisis en niños (1927) expone detalladamente sus concepciones sobre la técnica del tratamiento. También utilizaba el juego en sus sesiones como una forma de diagnosticar y tratar la psicodinamia del niño a partir de las proyecciones e identificaciones que éste hace en los materiales que se le ofrecen.

De la misma manera Melanie Klein ya desde 1.924 utilizaba juguetes como una herramienta para conocer las fantasías inconscientes y el desarrollo psicosexual del niño, incluso el juguete mismo le pareció constituir un objeto de transferencia (Klein, 1.932). En "El psicoanálisis de niños" (1.932) esta autora expone los conceptos de las posiciones esquizo-paranoide y depresiva de gran influencia en muchos autores posteriores.

Winnicott, otro analista infantil, supervisó su práctica psicoanalítica con Melanie Klein. Médico pediatra, se dedicó más de cuarenta años a la pediatría y al psicoanálisis. Elaboró importantes conceptos muy relevantes en la actual práctica psicoterapéutica tales como "Madre suficientemente buena" y "Madre superficialmente dedicada al niño", "Verdadero Self" y "Falso Self", "Holding" o "Contención", "Espacios, fenómenos y objetos transicionales". También para este autor el juego es una técnica fundamental ya que permite al niño proyectar los personajes de su mundo interno, y evidenciar sus conflictos y mecanismos de defensa. En su libro "Realidad y Juego" (1971) enfatiza los aspectos técnicos necesarios para desarrollar una psicoterapia profunda con los niños.

Margaret Mahler, médica y psicoanalista de origen húngaro que se trasladó a Estados Unidos en 1.938 describió el ciclo de Separación-Individuación en el desarrollo infantil (Mahler, 1.975) y desarrolló el concepto crucial en psicoterapia de Constancia Objetal que se refiere a la comprensión del niño de que la madre tiene una existencia independiente, con la internalización de ésta como una guía que suministra apoyo y seguridad en su ausencia. Hizo importantes contribuciones sobre las psicosis infantiles, especialmente la descripción de la Psicosis simbiótica infantil.

Serge Lebovici, pediatra y posteriormente psicoanalista, que llegó a ser Presidente de la Asociación Psicoanalítica Internacional, publicó junto con René Diatkine y Michel Soulé el “Nuevo Tratado de Psiquiatría del Niño y el Adolescente”, una obra clásica para entender la psicopatología del niño y adolescente desde una perspectiva psicoanalítica. En su obra “El Lactante, su madre y el psicoanalista: las interacciones Precoces” (1.988) pone las bases de el trabajo psicoterapéutico con la madre y el niño. Desarrolla las ideas de Winnicott con relación con las Consultas Terapéuticas y el trabajo conjunto con niños y padres. Durante las consultas se trata de desvelar lo que el síntoma del bebé representa en el inconsciente de sus padres, investigando al “bebé imaginario” y el mandato transgeneracional. Para Serge Lebovici, el terapeuta se ubica en un estado de “empatía metaforizante” caracterizada por un vínculo emocional y perceptivo con la familia que permite representar las fantasías inconscientes.

7.4.1.2.- Escuelas psicodinámicas posteriores

Más recientemente Françoise Dolto, psicoanalista francesa, pone el acento en la serie de experiencias de frustración que sufre el niño a lo largo de su desarrollo evolutivo, por ejemplo, el destete, la renuncia a los pañales, etc. En cada una de estas fases de frustración el niño debe abandonar un mundo de dependencia para abrirse a uno nuevo de mayor autonomía. Entre sus libros destacan “La causa de los niños” (1.984), “La causa de los adolescentes” (1.988), “La imagen inconsciente del cuerpo” (1.984) y “La dificultad de Vivir” (1.995). Anzieu y cols. (2.001) hacen una magnífica descripción de la utilización del Juego en la Terapia psicoanalítica, y sus aspectos técnicos: el marco terapéutico, la neutralidad del analista, la transferencia y la contratransferencia, las distintas formas de utilizar la terapia de juego según la edad del paciente, la constitución de los objetos internos a lo largo de la terapia y la utilización de la interpretación.

Frances Tustin ha hecho numerosas aportaciones en relación con la descripción clínica y el tratamiento de diversas formas de autismo aportando conceptos como los de objetos autistas, objetos confusionales, estados autistas encapsulados, estados autistas confusionales, etc. (Tustin, 1.972, 1.987). También Meltzer (1.975) ha hecho importantes aportaciones en relación con el tratamiento del mutismo en el autismo, la esquizofrenia y los trastornos bipolares, la relación del autismo con las obsesiones, etc.

La **Teoría del Apego**, desarrollada por John Bowlby (1969, 1984) y Mary Ainsworth (1.970, 1.989), que postula la necesidad humana universal de formar intensos vínculos de apego con otras personas, ha modificado profundamente los constructos psicoanalíticos clásicos. La interacción entre el niño y sus figuras de apego en el primer año de vida tiende a convertirse en un sistema representacional interno que incluye tanto la representación mental de la relación con las figuras de apego y con los otros significativos, así como la representación mental de sí mismo. Ainsworth y cols. (1970, 1.989) describieron los estilos de apego en la infancia y Main, Kaplan y Cassidy (1.985) hicieron lo propio en la edad adulta. Esta concepción ha tenido una gran importancia en el desarrollo de una nueva concepción de la terapia psicodinámica en general y de la infantil en particular. Se expresa en modalidades de **Psicoterapia basada en el Apego** planteada por Holmes (2.009) en las que se busca reconstruir un tipo de apego seguro o como la **Terapia de Mentalización** (Bateman y Fonagy, 2.010) en la que se aspira a reparar los déficits de mentalización surgidos en las relaciones

primarias con las figuras de apego.

La **Escuela de Ginebra** ha profundizado en una comprensión y diagnóstico estructural de los problemas de salud mental de los niños y adolescentes. Entre otras aportaciones a la psicoterapia infantil han diseñado una **Psicoterapia Dinámica Breve** para niños y sus madres (Cramer y Palacio- Espasa, 1.993). Destacan la naturaleza de las proyecciones parentales sobre el niño y por la otra, el concepto de secuencias interactivas sintomáticas. Esta escuela ha suministrado importantes instrumentos de evaluación para utilizar en la práctica clínica (Espasa y Dufour, 1.994). Estos autores han descrito las formas en las que las proyecciones de los propios conflictos de los padres en sus hijos, así como las identificaciones complementarias con ellos favorecen dinámicas relacionales que generan o perpetúan los problemas de salud mental infantiles (Manzano y cols., 1.999). Esto ha permitido el desarrollo de una **"Psicoterapia Centrada en la Parentalidad"** en la que se abordan los conflictos de parentalidad neuróticos, masoquistas o narcisistas de los progenitores y su efecto en los problemas infantiles, pero que también se puede utilizar de forma preventiva.

Entre estas nuevas corrientes psicodinámicas se encuentra el **Análisis Transaccional** (Berne, 1.961). Algunos autores (Erskine, 1.986) ha señalado como la contribución de Berne a la teoría de los Estados del Ego supuso un dramático cambio en la práctica de la psicoterapia que se adelantó en varios años al más reciente desplazamiento del paradigma psicoanalítico hacia la **"Psicología del Self"** (Kohut, 1.971, 1.977), así como hacia una perspectiva evolutiva que se focaliza en las fijaciones preedípicas e infantiles como causa de disfunción psicológica y que han influido notablemente en el tratamiento psicoterapéutico de los Trastornos mentales de niños y adolescentes (Mahler, 1.975; Miller, 1.985, 2.001 y 2.005; Masterson, 1.975; Masterson y Rinsley, 1.975; Stern, 1.985). El Análisis Transaccional ilustra la forma en que las necesidades de estimulación, de estructura y de posición existencial en el niño son tan importantes que su falta de satisfacción en el desarrollo evolutivo genera fijaciones arqueopsíquicas. El Análisis Transaccional describe y analiza además las condiciones impuestas al niño a lo largo del desarrollo evolutivo para mantener la vinculación interpersonal con sus figuras primarias de afecto y por lo tanto las sucesivas adaptaciones preverbales y luego verbales que se ve obligado a efectuar para garantizar sus aportes emocionales (Martínez, 2.015).

Un interés creciente en los aspectos interpersonales y de desarrollo del sí mismo en las relaciones con las figuras de apego primarias ha dado pie al surgimiento de **Escuelas psicodinámicas relacionales**, como el **Psicoanálisis Relacional** de (Stolorow y Atwood, 1.979, 1.992; Atwood y Stolorow, 1.984; Mitchell, 1.993; Mitchell y Aron, 1.999); la Gestalt relacional (Stawman, 2.008; Jacobs y Hycner 2.009; Bloom, 2.009), la **Psicoterapia Integrativa** (Erskine, 1.999; Moursund y Erskine, 2.004), el **Análisis Transaccional Relacional** (Hargaaden y Sills, 2.003) y la **Psicoterapia Relacional** (De Young, 2.003). El modelo o movimiento relacional en psicoterapia plantea que los seres humanos son fruto de un contexto social, que la patología tiene su origen en rupturas relacionales tempranas y que por lo tanto el tratamiento se produce en el contexto de una relación. En estas escuelas, frente a un análisis "objetivo" del paciente, como en el psicoanálisis clásico, se prima un abordaje intersubjetivo que pone el acento en la dificultad del terapeuta para ser "neutro" y "objetivo". El terapeuta en el mejor de los casos es un observador participante en el proceso terapéutico, la relación terapéutica se orienta a mejorar el contacto interno y externo y la presencia del terapeuta es fundamental (Martínez y Martín, 2.015).

7.4.2.- Técnicas de Psicoterapia Psicodinámica

7.4.2.1.- Formulación del caso y encuadre terapéutico

La formulación psicodinámica del caso ha de hacerse en el contexto de un plan de tratamiento bio-psico-social (AACAP, 2.012). El terapeuta ha de establecer una alianza terapéutica con el

niño basada en el respeto por la autonomía del niño, su estadio evolutivo, su estilo defensivo, su patología específica y prestar atención a todas las modalidades comunicativas del niño: verbales, gestuales y simbólicas. Ha de mantenerse confidencialidad respecto a las comunicaciones del niño. El terapeuta ha de establecer una alianza terapéutica cooperativa continuada con la familia mediante la cual funcionen como colaboradores en el tratamiento. El terapeuta ha de conocer y practicar las técnicas de juego y utilizarlas en la situación terapéutica. Cuando esté indicado el terapeuta habrá de combinar la psicoterapia individual psicodinámica con otros tratamientos como terapia de grupo, de familia o psicofármacos.

7.4.2.2.- Las técnicas de apoyo

Son las que pretenden potenciar las fortalezas del paciente y sus capacidades a través de diferentes medios: mediante una relación positiva con el terapeuta o mediante intervenciones terapéuticas tales como ánimo, sugerencias, reafirmación, empatía e intervenciones psicoeducativas que faciliten el desarrollo de la capacidad adaptativa del sujeto en las áreas del control de los impulsos tolerancia a la frustración, ansiedad y emociones. También el desarrollo de la capacidad para anticipar, reflexionar o sublimar, y comunicar a través del juego o el lenguaje (Kernberg, Ritvo y Keable, 2.012).

7.4.2.3.- Las intervenciones terapéuticas expresivas:

Abordan los conflictos inconscientes del niño, sus recuerdos traumáticos, sentimientos, mecanismos desadaptativos de defensa y distorsiones de la relación con el terapeuta, denominadas tradicionalmente como Reacciones de transferencia. Estas reacciones vienen a ser una repetición de las experiencias pasadas con las figuras parentales. La elaboración en la relación terapéutica de estas reacciones permite a los niños y adolescentes hacerse conscientes del significado de las mismas y resolverlas. Existen diversas técnicas clásicas:

- **La Clarificación.** Establece conexiones entre distintas experiencias del paciente que aparecen dispersas a sus ojos. No introduce ideas nuevas que el paciente no haya expresado previamente. “El muñeco se enfada cuando su mamá se va y también cuando su hermano sale de la habitación. Parece que no le gusta que le dejen”.
- Las **Confrontaciones** señalan incongruencias entre lo que el paciente hace o siente y lo que dice, identificando patrones relacionales. Por ejemplo: “Dices que no te importa que mamá venga muy tarde de trabajar y a la vez veo que frunces el ceño y aprietas los puños”.
- La **Interpretación** es una intervención en la que el terapeuta da un posible motivo de la conducta del paciente. Inicialmente se centran en las defensas (“No pensar es una forma de evitar equivocarse”) y más tarde en los deseos inconscientes (“La muñeca quiere que su papá venga a la fiesta de cumpleaños cuando mamá se haya ido para estar a solas con él”).

7.4.2.4.- Indicaciones y contraindicaciones

La práctica de la psicoterapia expresiva requiere que los niños y adolescentes tengan suficiente fuerza del Ego. Esta dimensión refleja el grado en el que el niño ha adquirido capacidades psicológicas apropiadas a su edad evolutiva, por ejemplo, un desarrollo intelectual adecuado, capacidad de mentalización, prueba de realidad apropiada a la edad, capacidad para controlar los impulsos, tolerancia a la frustración y capacidad para modular y expresar sus emociones. Los niños con poca fuerza del Ego se benefician más de una terapia de apoyo. Por otra parte, el terapeuta ha de estar al tanto de las complicaciones potenciales que van desde regresiones transitorias en el nivel de funcionamiento, como acting outs, o exacerbación de los conflictos entre padres e hijos. También que los padres puedan sentirse criticados o que se sientan molestos por la cercanía entre paciente y terapeuta. Entre las recomendaciones de la AACAP (2012), formuladas por Kernberg, Ritvo y Keable, que

constituyen el Comité de Calidad, figura que la práctica de la psicoterapia psicodinámica requiere formación en la teoría y técnicas correspondientes y haber contado con la supervisión necesaria para ello.

7.4.3.- La Terapia Interpersonal para la Depresión

Gerald Klerman y Mirna Weissman, lideraron un grupo en Boston, New Haven y New York, del que resultó la Terapia Interpersonal para la Depresión (Klerman y cols., 1.984). El antecedente en que estos autores se basaron fue la Psiquiatría interpersonal de Harry Stack Sullivan de la que forman parte autores como Frieda Fromm Reichmann, Karen Horney y Silvano Arieti. Es una Terapia diseñada específicamente para tratar pacientes depresivos con un formato breve en torno a veinte sesiones de frecuencia semanal. El terapeuta no es neutral, actúa como “abogado” del paciente, es activo y no pasivo. La relación terapéutica no se analiza desde una perspectiva transferencial, pero tampoco es una relación de amistad. El Terapeuta aborda la forma en que los acontecimientos interpersonales afectan el estado emocional del sujeto. Las dificultades individuales se enmarcan en términos interpersonales y después se abordan las relaciones problemáticas. Inicialmente se recomendaba que los profesionales que la aplican tuvieran experiencia y capacidad en algún tipo de psicoterapia dinámica. Los autores han conseguido demostrar su eficacia frente al placebo, frente al tratamiento farmacológico y frente a otros tipos de psicoterapia. En términos generales puede decirse que es tan eficaz como los tricíclicos, y la combinación de ambos más eficaz que cualquiera de ellos, y la Terapia cognitiva y más eficaz que el placebo y la ausencia de tratamiento. Ha demostrado mayor eficacia que los antidepresivos sólo en la prevención de recaídas, en la disminución del número de abandonos y en la mejoría social de pacientes deprimidos (Diéguez y cols., 2.012).

7.5.- La Dimensión comportamental. Terapia Comportamental y Terapia Cognitivo Conductual

Otros autores ponen el foco en los comportamientos que hay que modificar con la expectativa de que secundariamente cambiará la forma de pensar y de sentir. Estas son las Terapias comportamentales desarrolladas inicialmente por Watson y Skinner siguiendo el concepto de Reflejo condicionado y los descubrimientos del Premio Nobel de Medicina 1904 Ivan Pavlov, iniciados ya en 1.897.

7.5.1.- Desarrollo histórico de la Terapia de Conducta

Pavlov puso las bases del **Condicionamiento clásico** y fue el que usó por vez primera el término “Reflejo condicionado”. Mostró como en el perro un estímulo (sonido) previamente incapaz de suscitar una respuesta incondicionada (salivación) acaba provocándola mediante su asociación con el estímulo incondicionado que suscita esta última (presentación de comida), lo que constituye un paradigma del aprendizaje de tipo asociativo. En 1.911 Thordnike introdujo el concepto de **Condicionamiento Instrumental** en el que explica como un animal enjaulado que tiene un motivo para actuar (por ejemplo, siente hambre), al encontrarse un problema (por ejemplo, que la comida está fuera de su alcance), lo resuelve mediante una actividad errática (da casualmente con la palanca que abre la jaula), y a partir de ese momento selecciona las respuestas que no conducen a su recompensa. Se produce una conexión instrumental entre la respuesta apropiada y la recompensa. Entre otras elaboró la conocida “Ley del Efecto”, en virtud de la cual cuando un acto va seguido de una recompensa tiende a repetirse y mientras que cuando va seguido de un castigo disminuye la probabilidad de su repetición.

Watson en 1903 mostró que la experiencia temprana tiene un gran efecto en el comportamiento actual y que éste se puede medir cuidadosamente. Hizo del “reflejo

condicionado” la unidad explicativa de la conducta sustituyendo al concepto de “hábito”. En 1.913 planteó que su nueva teoría, denominada Conductismo, se puede aplicar a los seres humanos y que comportamientos específicos pueden cambiarse alterando los acontecimientos que lo anteceden y los que lo siguen. En particular mostró cómo se puede condicionar en un niño de 11 meses el miedo a una rata asociándolo a un ruido intenso y cómo este miedo se puede transferir a otros objetos: un perro, un abrigo de piel, lana, etc (Watson y Rayner, 1.920). Skinner continuó estas ideas dando más importancia a la influencia de las consecuencias que a los antecedentes de un comportamiento dado. Se dio cuenta de que la mayor parte de las conductas diarias no estaban relacionadas con respuestas incondicionadas simples, como el hambre o el miedo, sino que se emiten espontáneamente y su frecuencia se refuerza si se siguen de refuerzos o disminuyen si se siguen de castigos. Denominó a estos comportamientos “operantes” porque cambian el entorno para el individuo y su concepción **Condicionamiento Operante**.

7.5.2.- Técnicas de la Terapia de Conducta

En la Terapia Conductual el terapeuta trata de identificar los factores que refuerzan y mantienen los comportamientos problemáticos en orden a modificarlos. Es una terapia directiva, ya que es el terapeuta quien lleva el liderazgo en la relación terapéutica.

7.5.2.1.- Algunas de las Técnicas utilizadas se basan en el Condicionamiento clásico como la Desensibilización sistemática o la Exposición con Prevención de Respuesta

- La Desensibilización sistemática

Wolpe en 1.958 desarrolló la Desensibilización sistemática, tratamiento basado en la teoría del condicionamiento clásico. En este tratamiento una respuesta condicionada de relajación reemplazaba la respuesta incondicionada de miedo a un estímulo atemorizante en una fobia. En los años 70 se desarrollaron muchos tratamientos conductuales para niños y adolescentes, por ejemplo los tratamientos de exposición para las fobias, el control de contingencias a través del entrenamiento de los padres para trastornos de conducta y el análisis funcional para comportamientos desafiantes de niños con retraso mental. La Desensibilización sistemática trata de que, ante los estímulos que desencadenan automáticamente ansiedad, el niño responda, también automáticamente, con una respuesta incompatible con ella como es la relajación. Se crea así un contracondicionamiento por el cual se asocia a una situación que generaba ansiedad una respuesta incompatible que luego se generalizará a otras similares. El método consiste en construir una jerarquía de los estímulos que generan la ansiedad y en su presentación gradual al sujeto. Para que el niño lo tolere se genera previamente una respuesta antagónica a la de ansiedad como es la de relajación muscular. Durante la relajación se presentan los estímulos temidos en imaginación durante un período de unos segundos. Posteriormente se hace en vivo. De este modo se producirá una inhibición recíproca y un contracondicionamiento.

- **La Exposición con prevención de respuesta** (Marks, 1.992). El paradigma de exposición difiere de los modelos de condicionamiento para explicar las fobias. Sólo en una minoría de fobias el comienzo está relacionado con un suceso traumático. En otras el mecanismo de adquisición no está claro, se producen tras un suceso vital doloroso poco relacionado con el tipo de fobia experimentada (la separación de los padres, una enfermedad, la pérdida de un ser querido, etc). La Exposición con Prevención de Respuesta persigue la disminución de las respuestas ansiógenas impidiendo que la evitación o el escape se conviertan en mecanismos de seguridad. Así la mejoría se produce mediante la habituación psicofisiológica, la habituación conductual y con el cambio de expectativas desde una perspectiva cognitiva (Labrador y cols., 2.001). El método consiste en la exposición a los estímulos que generan la ansiedad a la vez que se previenen las conductas de evitación y/o huida. Para ello se realiza un listado de las

situaciones evitadas que se ordena de menor a mayor en función del grado de ansiedad. Los estímulos se pueden presentar de forma imaginada, mediante realidad virtual, asistida por ordenador, o en vivo. La presentación puede hacerse de forma individual o en grupo, variando el gradiente de aproximación a los estímulos evitados. Mejoran más las fobias y los rituales compulsivos que la depresión o la ansiedad generalizada.

7.5.2.2.- Otras Técnicas utilizadas se basan en el condicionamiento operante, como es el manejo de contingencias

Estas técnicas manejan las relaciones funcionales entre los antecedentes, la conducta y sus consecuencias. Se basan en el hecho de que los antecedentes de una conducta, que señalan la disponibilidad o no de reforzadores, y las consecuencias de una conducta, determinan su probabilidad de aparición posterior. Los procedimientos básicos son el **Moldeamiento**, es decir la conformación de una conducta nueva a partir de un desarrollo gradual de formas incipientes, y el **Encadenamiento**, esto es, la conformación de una conducta nueva mediante la disposición de algunas ya existentes en un orden secuencial (Labrador y cols., 2.001). El moldeamiento es un procedimiento muy utilizado en la instrucción académica y en educación especial para el desarrollo de las tareas de autonomía, lenguaje, relaciones sociales, etc. El encadenamiento se puede utilizar para tareas de mejora de la autonomía doméstica o para mejorar la fluidez verbal mediante la dicción integrada de las palabras con el ritmo y la entonación.

Hay **técnicas para aumentar** la frecuencia de conductas existentes y para crear otras nuevas (Bados y cols., 2.005):

- El **Reforzamiento positivo** es una de ellas. Consiste en administrar un refuerzo contingente a la emisión de la conducta que se pretende incrementar. Por ejemplo, un halago cada vez que un niño obedece sin replicar una orden que no le gusta. Las consecuencias sirven así para controlar la conducta.
- **La Economía de fichas** se introduce en el medio del paciente un reforzador artificial (fichas, puntos, etc.) intercambiable por los reforzadores habituales (dinero, aprobación social, atención, etc.).
- **El Contrato de contingencias.** Se utilizan como una alternativa a la economía de fichas cuando no se tiene un control tan extenso del medio. Se anotan los objetivos comportamentales que se han de alcanzar en un período dado para conseguir un refuerzo. Se especifican también las consecuencias si no se realizan. Generalmente se trata de un acuerdo negociado y por escrito entre los familiares y el paciente o el terapeuta.

Hay técnicas para **reducir conductas**. Por ejemplo, **la Extinción**, que consiste en retirar el refuerzo positivo específico de una conducta previamente reforzada que la mantiene con el objeto de reducir a cero su probabilidad de ocurrencia. Se utiliza para reducir las respuestas desadaptativas mantenidas en gran medida por el refuerzo social positivo. Por ejemplo, dejar de dar un bollo al niño para que interrumpa una rabieta. El **reforzamiento diferencial** de otras conductas distintas a la que es objeto de extinción. El **Castigo** es otra técnica que consiste en la presentación de un estímulo aversivo de manera contingente a la ocurrencia de una conducta desadaptativa. Generalmente se limita a las situaciones en las que el sujeto corra riesgo físico, como en el caso de autolesiones (Bados y cols., 2005). El **Coste de respuesta o Castigo negativo** consiste en retirar algún refuerzo positivo de manera contingente a una conducta desadaptativa, por ejemplo, perder algo de la propina por cada cuarto de hora que se llegue a casa después de las 10. Es mejor retirar refuerzos tangibles que refuerzos sociales. El **Tiempo fuera de reforzamiento positivo** se utiliza cuando no se pueden controlar las fuentes de reforzamiento: por ejemplo, que los niños no se rían cuando un compañero interrumpe la clase de manera desadaptativa. Se remueve al niño de un contexto estimular general que incluye los refuerzos positivos que recibe por su comportamiento

disruptivo y se le envía a otro donde no pueda causar daños: al pasillo, a un sitio aburrido, a su habitación, al piso de arriba, etc. No debería superar los cinco minutos, pero el último minuto el niño habría de estar tranquilo antes de suspender la medida, si no se prolonga. Es apropiado para niños entre 3 y 10 años.

7.5.3.- Desarrollo histórico de la Terapia Cognitivo Conductual

La Terapia Cognitivo Conductual pone el foco en los errores cognitivos que tienen los pacientes y confían que su solución mejorará los aspectos afectivos y comportamentales. Albert Ellis (1.958) con la Terapia Racional Emotiva y el enfoque ABC (Estímulo discriminativo-Conducta-Refuerzo) y Aaron T. Beck (1.963), con la Terapia Cognitiva para la Depresión desarrollada en el Center for Cognitive Therapy de Filadelfia, pusieron las bases para el desarrollo de lo que hoy conocemos como Terapia Cognitiva Conductual. Esta Terapia se desarrolló inicialmente para el tratamiento de adultos y posteriormente ha sido modificada para su aplicación a niños y adolescentes.

7.5.4.- Técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual

En la Terapia Cognitivo Conductual el terapeuta muestra a los niños que los pensamientos causan sentimientos que pueden influir en la conducta. Durante el tratamiento el niño aprende a identificar estos patrones de pensamiento y el terapeuta le ayuda a sustituir estos pensamientos por otros que producen sentimientos y comportamientos más apropiados. Los resultados de la investigación muestran que la Terapia Cognitivo conductual puede ser efectiva para el tratamiento de una variedad de patologías, incluyendo la depresión y la ansiedad. También se han desarrollado formas especializadas para ayudar a los niños a afrontar experiencias traumáticas. En 1.978 Mahoney y Arnkoff clasificaron las Terapias Cognitivas en **tres grandes grupos**: Terapias de reestructuración cognitiva, y Terapias de habilidades de afrontamiento y Terapias de Solución de Problemas.

- **Técnicas de reestructuración cognitiva.** Están dirigidas a la modificación directa de pensamientos automáticos negativos y creencias disfuncionales.

- **Técnicas de Entrenamiento en habilidades sociales de afrontamiento.** Permiten adquirir o mejorar mediante el ensayo conductual la interpretación de situaciones sociales y mejorar las respuestas instrumentales para actuar de manera socialmente competente en las situaciones en las que el niño presente deficiencias. Incluye la adquisición de las habilidades cognitivas básicas de reconocer que un problema existe, de generar soluciones alternativas, habilidad para conceptualizar los medios necesarios para llegar a una meta, la habilidad para anticipar consecuencias, así como la habilidad para percibir una situación desde la perspectiva de otra persona. Este es un procedimiento que se puede hacer individualmente o en grupo, que es lo más frecuente. El Rôle Playing ya es efectivo con niños en edad escolar. Tras una fase de instrucciones y de modelado, cada ensayo conductual recibe una retroalimentación de la forma en que se ha ejecutado y refuerzos positivos de las acciones adecuadas. Se han aplicado en niños en la escuela, adolescentes delincuentes, relaciones de iguales entre niños, educación de padres, niños con discapacidad intelectual, etc.

- **Técnicas de solución de problemas.** Se persigue mostrar al niño la existencia de diversas alternativas de respuesta alternativas a las que utiliza de forma desadaptada para resolver sus problemas. Mahoney y Arnkoff distinguen tres modalidades:

- Terapia de Solución de Problemas de D'Zurilla y Goldfried (1.971). Consta de cinco etapas: orientación general, definición y formulación del problema, generación de alternativas, toma de decisiones y verificación.
- Terapia de Solución de problemas interpersonales de Spivack y Shure (1.974). Estos autores consideran que hay un conjunto de habilidades interpersonales de tipo cognitivo que median el ajuste social. Se aplica en niños y adolescentes con problemas

de ajuste social y problemas de impulsividad e inhibición. Constan de lecciones estructuradas que se aplican individualmente o en grupos pequeños en forma de juego, en el caso de niños pequeños, y de diálogo en los niños mayores.

- Ciencia personal de Mahoney (1.974). Se aplica a problemas de obesidad. Sus siete pasos configuran el acrónimo SCIENCE en inglés: Especificar el área del problema, Recoger información, Identificar las causas, Examinar las soluciones, Delimitar y experimentar, Comparar el progreso, Revisar la solución.

- **Otras son las Técnicas de modelado:** Se basan en la Teoría del Aprendizaje social de Bandura (1.968) que plantea que la mayor parte de la conducta humana se adquiere por aprendizaje observacional. Estas técnicas se emplean para enseñar al niño habilidades de afrontamiento adaptativas. El modelo puede incluso ser un juguete (animal de peluche, marioneta, etc.) que muestra el comportamiento que se pretende que el niño aprenda. Por ejemplo, un niño que tiene temor a la separación podría ver un cómo un muñeco supera el miedo cuando se separa de la madre o como supera su vergüenza cuando interactúa con los demás. El modelado también puede darse utilizando vídeos, cuentos, películas, fábulas o programas de TV, entre otros.

- En 1971 Meichenbaum diseñó en Canadá el **Entrenamiento en Autoinstrucciones**, técnica cognitivo conductual, que persigue el ayudar a los niños a controlar sus diálogos internos para hacer frente a situaciones problemáticas y de ansiedad (Meichenbaum y Goodman, 1.971). En la publicación inicial entrenaron a niños impulsivos a hablarse a sí mismos para ganar autocontrol. El sujeto se da a sí mismo instrucciones, primero como verbalizaciones y luego como diálogos internos. El objeto es que estas verbalizaciones interrumpan las cadenas de comportamiento disfuncional y generen respuestas más adaptativas. Simultáneamente desarrolló Meichenbaum las **Técnicas de inmunización ante el estrés** (Stress Inoculation) como una técnica para el control de la ansiedad a través de un entrenamiento en habilidades. En los años 70 la Inoculación ante el estrés se hacía básicamente mediante el entrenamiento en autoinstrucciones, con control de las autoverbalizaciones, a lo que se añadían habilidades para controlar la ansiedad como la relajación, estrategias de escape y recogida de información (Meichenbaum y Cameron, 1.972). En la actualidad las técnicas tienen varias fases: Fase de conceptualización, fase de adquisición de habilidades y fase de aplicación. Se ha utilizado en niños sometidos a intervenciones o a tratamientos dolorosos prolongados. También se utiliza en niños con Estrés Posttraumático.

-**Técnicas de autocontrol.** Comienzan a atraer la atención de clínicos e investigadores con el creciente interés que los procesos cognitivos adquieren durante la década de los 60 y 70. Estas técnicas enseñan a los niños a regular su propia conducta. Están destinadas a la adquisición y mejora de estrategias generadas por el propio sujeto para controlar voluntariamente la probabilidad de ciertas conductas o cogniciones desadaptativas, bien para aumentar o para disminuir estas. El objetivo es que el paciente aprenda a ser su propio terapeuta (Díaz y cols, 2.005). Enseñar el autocontrol a un niño con conductas disruptivas podría ser más duradero que el control por los padres (Drabman, Spitalnik & O'Lear'y, 1973). También enseñar autorregulación a un niño puede ser más eficiente para mejorar sus calificaciones en la escuela que el control parental (Lovitt & Curtis, 1969). El propio sujeto maneja los antecedentes y las consecuencias de su comportamiento. Para ello el niño ha de aprender a observarse y registrar su propia conducta. Establecer objetivos de ajuste, controlar los estímulos, programar consecuencias reforzantes o negativas, y luego evaluar su rendimiento. Entre las técnicas de autocontrol figuran las **Técnicas de control estimular**, inicialmente aplicadas en el campo de la obesidad (Ferster y cols., 1.962). Por ejemplo, sacar el móvil del cuarto de estudio. Estas técnicas se han utilizado en los problemas de estudio, el control de conductas adictivas, el insomnio, etc. Otras diferentes son las **Técnicas de control de la activación**. Entre ellas figuran las Técnicas de relajación muscular progresiva, o autógena y el Control de la respiración. **La Relajación muscular progresiva o diferencial**

de Jacobson (1.929) trata de que la persona aprenda a identificar las señales fisiológicas provenientes de sus músculos cuando están en tensión y posteriormente poner en m las habilidades aprendidas para reducirlas. El **Entrenamiento autógeno de Schultz y Luthe** (1.959, 1.972) se basa en la idea de la unidad psicofísica entre mente y cuerpo y plantea que una representación mental puede generar el cambio corporal correspondiente. Encuentra su antecedente en las experiencias de la hipnosis en las que se dan cambios físicos por medio de imágenes mentales. Se trata de que el paciente genere voluntariamente un estado de consciencia no tan profundo como en la hipnosis. Para ello se repite ciertas ideas así mismo: “El brazo me pesa”, “El brazo está caliente”, “El corazón me late tranquilo”, “El plexo solar irradia calor”, etc. Se puede hacer aparecer en la imaginación un objeto específico, un color o una representación abstracta. Otras **Técnicas de control de la activación** son las Técnicas de control de la Respiración, las Técnicas de Biofeedback, las Técnicas de Meditación, etc.

- **Terapia Dialéctica Conductual** Una Modalidad de Tratamiento Cognitivo Conductual denominado **Terapia Dialéctica Conductual** fue desarrollado por Marsha Linehan a finales de los años 70 para tratar adolescentes mayores que tienen pensamientos suicidas crónicos, que desarrollan conductas autolesivas o que tienen una dinámica similar a la de un Trastorno Límite de la Personalidad del adulto. Esta terapia subraya la asunción de responsabilidad por los propios problemas y ayuda al paciente a examinar la forma de afrontar los conflictos y las emociones intensas. Generalmente requiere una combinación de sesiones de grupo e individuales. El término dialéctico se refiere a la necesidad de integrar estrategias aparentemente opuestas de aceptación de la manera actual de ser y de la necesidad de cambiar para alcanzar los objetivos deseados.

7.6.- Dimensión afectiva de experiencia. Terapias humanistas

Las Terapias Humanistas se centran en ayudar a que la persona pueda desarrollar sus potencialidades y a modificar la forma en que se experimenta la realidad en cada momento. Entre ellas destacan la Terapia Centrada en la Persona y la Terapia Gestalt.

7.6.1.- La Terapia Centrada en la Persona

Fue desarrollada por Carl Rogers, influido por las teorías de Otto Rank y la filosofía Existencialista Europea. En 1939 publicó su primer libro: “The Clinical Treatment of the Problem Child”. Se trata de una terapia no directiva en la que el terapeuta no establece objetivos distintos a los que la persona desee obtener. Durante el proceso del tratamiento, el terapeuta acompaña de manera empática, respetuosa y con una consideración incondicional al cliente con la finalidad de que éste pueda lograr ser él mismo. Es una terapia no interpretativa que más bien refleja y de feed back sobre lo que el cliente experimenta.

Las aplicaciones en terapia infantil se iniciaron en la década de los cuarenta con el trabajo con niños realizado por Virginia Axline (1964–1969). Esta autora también utiliza la Terapia de juego para facilitar el diagnóstico y la terapia con los niños y adolescentes. Su técnica de trabajo viene muy bien descrita en dos libros: Dibs en Busca del Yo (1964) y Terapia de Juego (1975). La autora formuló ocho principios para llevar a cabo el tratamiento. El primero es que el terapeuta ha de crear una relación cálida y amistosa con el niño que será la base de la terapia. También que el terapeuta ha de aceptar al niño tal y como es. Por otra parte, el terapeuta ha de establecer un sentimiento de permisividad dentro de la relación para que el niño se sienta libre de expresar sus sentimientos por completo. Otro principio es que el terapeuta ha de reconocer los sentimientos que en cada momento expresa el niño y reflejarlos hacia él de tal manera que logre profundizar más en sus motivaciones, sus conflictos y su comportamiento. Ha de respetar los recursos que el niño tiene para resolver sus problemas. Es responsabilidad del niño hacer elecciones e introducir cambios. El terapeuta no ha de intentar dirigir las acciones o conversaciones del niño. El niño tiene la iniciativa en la terapia y

el terapeuta sigue los movimientos que aquél hace. El terapeuta no ha de acelerar la terapia. Ha de entender que se trata de un proceso gradual íntimamente ligado al desarrollo del paciente. El terapeuta sólo establece las limitaciones necesarias para mantener un criterio de conexión con la realidad y para ayudar al niño a ser consciente de su responsabilidad en la relación.

En 1.997 Landreth y Sweeney publican una extensa relación de la aplicación de la Terapia centrada en el niño en un contexto de Terapia de Juego. Axline, en la modalidad de Terapia Filial, promueve que sean los padres quienes principalmente apliquen la terapia de juego centrada en el niño a sus propios hijos (Axline, 1969). Se enseña a los padres a actuar de manera independiente en la función terapéutica y durante el curso de las sesiones de juego se supervisa la forma en que lo hacen. Los niños de entre 3 y 10 años de edad son idóneos para este tipo de modalidad terapéutica.

7.6.2.- La Terapia Gestalt

Fue desarrollada después de la Segunda Guerra Mundial por Fritz Perls y su esposa Laura Perls (1.951, 1.969; 1.973). Los principios terapéuticos de la Gestalt enfocan el trabajo terapéutico en el aquí y ahora. La meta es ayudar al paciente a que se de más cuenta de las experiencias y deseos internos relevantes para resolver sus síntomas y cerrar las situaciones inconclusas del pasado. La aplicación infantil de la Terapia Gestalt fue iniciada sobre todo por Violet Oaklander, que se formó en el Instituto de Terapia Gestáltica de los Ángeles y fue miembro oficial del mismo Instituto desde 1973. Entre sus publicaciones destaca el libro "Ventanas a nuestros niños" (1992). El objetivo de la terapia es que el niño haga conscientes las sensaciones significativas que experimenta, tanto hacia sí mismo, como hacia su entorno, de modo que pueda responder plena y razonablemente a cualquier situación. La clave es enfocarse en el aquí y ahora, no en las experiencias del pasado, y una vez situados en éste se pueden enfrentar conflictos pasados o asuntos inconclusos que se conocen como "gestalten" inconclusas hasta lograr cerrar dichas experiencias de manera satisfactoria. Un cierre satisfactorio implica que dejan de presionar internamente al niño generando ansiedad o expresándose a través de síntomas. En este modelo, las técnicas expresivas, el juego y/o los juguetes son los medios que abrirán al terapeuta las puertas y ventanas de la vida interior del niño. Con ellos éste puede expresar sus sentimientos, y ser capaz de sacar lo que tiene en su interior. El proceso terapéutico consta de los siguientes componentes: desarrollo de la relación, evaluación y establecimiento del contacto, Fortalecimiento del sentido del sí mismo y de la estabilidad del niño, incitación de la expresión emocional, ayudar al niño a fomentar el sí mismo, concentrarse en el proceso del niño y la finalización de la terapia (Esquivel, 2010).

Una buena descripción de las Técnicas Gestálticas que se utilizan en la actualidad, el uso de señalamientos e interpretaciones, el encuadre terapéutico, el uso del tiempo, las reacciones emocionales del terapeuta, etc, es la realizada por Cornejo (2.000).

7.7.- Dimensión relacional de la experiencia. Análisis Transaccional y Psicoterapia integrativa

Otras psicoterapias ponen un énfasis especial en los aspectos relacionales de la Terapia y por consiguiente monitorizan las fases e incidencias que se producen en el Proceso terapéutico y en la diada paciente-terapeuta. Vamos a comentar dos de estas escuelas: el Análisis Transaccional y la Psicoterapia Integrativa.

7.7.1.- El Análisis Transaccional

Fue desarrollado por Eric Berne (1.956, 1.961, 1970) como una psicoterapia que analiza no solamente los aspectos intrapsíquicos sino también los interpersonales y su papel en el

desarrollo de la psicopatología. Esta forma de psicoterapia analiza los diversos Estados del Ego del paciente y la forma en la que entran en conflicto para generar los síntomas por los que solicitan la consulta (Berne, 1.961). Algunos Estados del Ego son la fijación de algunas necesidades arcaicas insatisfechas en el desarrollo humano que determinan las preferencias, impulsos, compulsiones, y fantasías del niño, y que permanecerán como estados influyentes en la vida del futuro adulto. Por ejemplo, la desconfianza en las relaciones, la necesidad de dominio, la inseguridad básica, el sentimiento de abandono ante las pérdidas, etc. Otros Estados del Ego corresponde a la introyección de figuras parentales tal y como fueron percibidas en el curso de un estado de frustración de necesidades evolutivas durante un período prolongado. Por ejemplo, la identificación con un padre violento, con una madre ansiosa, o con un hermano abusivo. Cuando el sujeto funciona desde Estados del Ego correspondientes a fijaciones arcaicas percibe las necesidades internas y las sensaciones y el mundo externo como lo hizo en un estadio evolutivo previo. Aun cuando parezca que el paciente se relaciona con la realidad actual, está experimentando los acontecimientos externos e internos con las capacidades intelectuales, sociales y emocionales de un niño a la edad de un trauma o confusión no resuelta (Berne, 1.961).

Los Estados del Ego de un niño pueden no estar en armonía entre sí, y entrar en conflicto de manera crónica. Cuando el niño no consigue armonizar los Estados del ego en conflicto puede sufrir ansiedad, tristeza, etc. Esto se percibe como síntomas en las relaciones con sus padres, sus profesores o sus iguales. En el curso del tratamiento el paciente aprende a analizar su propio comportamiento y a hacerse cargo de él con sus propios recursos. Posteriormente a entender mejor la forma en la que establece patrones relacionales disfuncionales con diferentes personas y la forma en la que esto genera malestar y conflictos (Berne, 1.964). Más adelante el paciente se hace más consciente de cómo se generaron en el pasado estos patrones relacionales disfuncionales como una forma de soportar mejor la frustración de necesidades evolutivas insatisfechas. En este punto se da la oportunidad de responder a dichas necesidades frustradas de manera más adaptativa.

Dos conocidos terapeutas infantiles, James y Barbara Allen (2.005), han descrito la forma de utilizar el Análisis transaccional en la psicoterapia infantil de forma minuciosa: el primer encuentro, la formulación del caso, el diagnóstico, el contrato terapéutico, el plan de tratamiento, etc., en tratamiento individual o de grupo (Berne, 1.966).

La validación empírica y los resultados de las aplicaciones del Análisis Transaccional en distintos campos se publican regularmente en el International Journal for Transactional Analysis Research.

Analysis Research. Desde el año 1.962 y hasta el 2.019 se han publicado más de 2.000 estudios cualitativos sobre Análisis Transaccional. Por otra parte en la literatura científica se pueden encontrar más de 340 artículos que han realizado investigaciones empíricas y cuantitativas de eficacia, de las cuales al menos 110 son estudios de eficacia con grupo control. De ellos 33 cumplen criterios de **Ensayos Controlados Aleatorizados (Martinez y Pozueta, 2.019)**. En ellos se muestra la efectividad de esta técnica en adicciones, depresión, trastornos de ansiedad, agresividad, reducción de conflictos, funciones ejecutivas, etc.

7.7.2.- La Psicoterapia Integrativa

Surgió como una Escuela dentro del Análisis Transaccional. Fue desarrollada por Erskine, Trautmann, y Moursund (1.988, 1.997, 1.999; 2.004). El término "integrativo" tiene dos significados. En primer lugar, se refiere al proceso de integrar internamente la personalidad, lo que implica que el sujeto se haga consciente de los Estados del Ego escindidos y fragmentados y que asimile sus contenidos en un Ego neopsíquico para desarrollar un sentimiento de sí mismo con menos necesidad de mecanismos de defensa. El término "integrativo" también se refiere a la integración teórica de diversas aproximaciones

psicoterapéuticas de tipo cognitivo, emocional, comportamental, fisiológicas y sistémicas: Análisis Transaccional, Teoría de la Relaciones Objetales, Psicología del Self, Terapia Centrada en el Cliente, Terapia Gestalt, Terapia Cognitivo Conductual, Psicoterapia Corporal con influencias Reichianas y Terapia Familiar.

Los 10 Principios centrales de la Psicoterapia Integrativa se pueden resumir como sigue: Todas las experiencias están organizadas fisiológicamente, afectivamente y/o lingüísticamente. El contacto interno y externo son esenciales para el funcionamiento. En la terapia hay que trabajar las interrupciones al contacto. Toda la conducta es significativa en algún contexto y sirve a funciones psicológicas. La gente busca relaciones a lo largo de toda la vida. Somos interdependientes y parte de sistemas relacionales e intersubjetivos. Un cambio en una parte en un punto del sistema cognitivo, afectivo, comportamental y fisiológico afectará a todo el sistema. Los síntomas fisiológicos, emocionales, las conductas problemáticas o las creencias extrañas, son intentos creativos de resolver problemas relacionales y satisfacen necesidades insatisfechas. La curación y el cambio psicológico ocurren en un encuentro interactivo auténtico entre el cliente y el terapeuta. El proceso intersubjetivo de psicoterapia es a menudo más importante que los contenidos. La actitud del terapeuta y su manera de conducirse en la psicoterapia es más importante que la teoría. Es esencial saber la experiencia fenomenológica de la persona y las funciones psicológicas de los síntomas antes de intentar cambiar su conducta.

Las técnicas propias de la psicoterapia Integrativa son la Indagación fenomenológica, la Sintonía y la Implicación del terapeuta. La indagación comienza con la asunción de que el terapeuta no sabe nada acerca de la experiencia del cliente. El terapeuta ha de entender continuamente el significado subjetivo de la conducta y el proceso intrapsíquico del cliente. El proceso de indagación no es lineal, sino que se despliega armónicamente con la conciencia interna continuamente creciente del cliente y su conciencia de sí en relación. Hay varios tipos de Indagación. La Indagación fenomenológica es la exploración respetuosa de la experiencia fenomenológica, la experiencia interna del cliente en el momento presente: sus pensamientos, sus sentimientos, sus sensaciones, sus recuerdos, sus intenciones, fantasías, creencias, recuerdos, expectativas, movimientos corporales, tensiones, el significado de lo que dice o siente, etc. Por ejemplo: "¿Qué estás pensando ahora?" "¿Qué sientes cuando dices eso?" "¿Esto te evoca algo?" "¿Cómo es eso para ti? ¿Qué significa eso para tí?". A medida que la Indagación fenomenológica progresa se abre la puerta para realizar una Indagación histórica y sobre la Transferencia y expectativas de la persona. A medida que el terapeuta comprende las expectativas la Indagación se puede centrar sobre los conflictos, defensas, estrategias de afrontamiento, decisiones, elecciones realizadas en la infancia, etc. Cuando los recuerdos, fantasías o sueños llegan a la conciencia, la indagación del terapeuta puede volver a la experiencia fenomenológica o proceder a las estrategias que el cliente tiene para afrontar los problemas, esto es, indagar sobre las interrupciones defensivas al contacto internas y externas. A medida que aumenta la profundidad de la indagación la persona conecta con su vulnerabilidad y se hace consciente de las necesidades relacionales y emociones reprimidas.

La Sintonía es un proceso de dos partes: comienza con la empatía, esto es, ser sensible a identificarse con las sensaciones, necesidades o sentimiento de la otra persona, y la comunicación de esta sensibilidad a la otra persona. Más que una mera comprensión o introspección vicaria, la sintonía es una sensibilidad kinestésica y emocional del otro: conocer su ritmo, afectos y experiencia estando metafóricamente en su piel, yendo así más allá de la empatía para suministrar una respuesta afectiva y/o resonante recíproca. Esta sintonía puede darse con el ritmo, el nivel de desarrollo, la naturaleza de los afectos o las necesidades relacionales.

La Implicación o compromiso terapéutico con el cliente incluye el reconocimiento, validación, normalización y presencia del terapeuta, procesos que disminuyen los procesos defensivos internos. El reconocimiento incluye un otro receptivo que percibe y comunica la existencia de

movimientos no verbales, tensión muscular, emociones o incluso fantasías. La validación comunica al niño o adolescente que sus emociones, defensas, sensaciones físicas o patrones conductuales están relacionados con algo significativo de su experiencia, estableciendo un vínculo entre causa y efecto. La normalización es cambiar la forma en que el niño o adolescente categorizan sus intentos conductuales de afrontamiento. El terapeuta comunica que la experiencia del niño o adolescente es una reacción defensiva normal, una reacción que tendría mucha gente si hubieran vivido experiencias vitales similares. La presencia es suministrada a través de respuestas sintónicas del psicoterapeuta, tanto a las expresiones verbales como no verbales del cliente, mantenidas en el tiempo. Se da cuando la conducta y la comunicación del psicoterapeuta respeta en todo momento y potencia la integridad del niño o adolescente. La presencia incluye la receptividad del terapeuta a las emociones del cliente, el dejarse impactar por sus emociones. La presencia es una expresión del contacto pleno interno y externo del psicoterapeuta. Comunica la responsabilidad del psicoterapeuta, su fiabilidad. La presencia se potencia cuando el terapeuta se descentra de sus propias necesidades.

La práctica de la psicoterapia integrativa conlleva importantes aspectos relacionales e intersubjetivos: El enfoque integrativo es relacional. Se entiende que la cura se realiza a través de la relación. La técnica más efectiva sería inútil a menos de que el terapeuta y el niño estén aliados en una relación de trabajo de colaboración. La relación del terapeuta debe ser empática con la experiencia subjetiva del niño; es esencial que el terapeuta comprenda la necesidad única de cada niño. El terapeuta parte de la premisa que no sabe nada acerca de la experiencia del paciente y, por lo tanto, debe esforzarse continuamente por entender el significado subjetivo del comportamiento del niño y sus procesos intrapsíquicos. El terapeuta ha de estar abierto al descubrimiento del niño a través de una exploración respetuosa de la experiencia. Hay una atención a los procesos clave de transferencia y contratransferencia. Se atiende a la calidad de las transaccionales y las rupturas al contacto.

En el proceso terapéutico el objetivo es que el terapeuta y el niño descubran y distingan juntos las funciones de procesos intrapsíquicos y dinámicas de las defensas. Se tiene en cuenta los límites del niño y los del terapeuta. Se trabaja sobre el proceso relacional, así como con el macrosistema (escuela, amigos, actividades y otras personas) y el microsistema (familia nuclear y extensa). El niño a lo largo de la terapia comienza a ser consciente de sus sentimientos y comportamientos y de sus necesidades actuales y arcaicas. Deja de utilizar defensas para adaptarse a sus circunstancias vitales y elabora un concepto del sí mismo en relación. La publicación de trabajos de investigación en relación con esta corriente psicoterapéutica se realiza en el *International Journal of Integrative Psychotherapy*.

7.8.- Bibliografía

- Ainsworth, M.D. (1989). Attachment beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709- 716.
- Ainsworth, M.D. y Bell, S.M. (1970). "Apego, exploración y separación, ilustrados a través de la conducta de niños de un año en una situación extraña". En J. Delval (Comp.), "Lecturas de psicología del niño, Vol. 1" (1978). Madrid: Alianza.
- Allen, J.R y Allen, B.A. (2.005): "Therapeutic Journey: Practice and Life". Oakland, California: TA Press.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2.017): "Qué es la psicoterapia de niños y adolescentes.". https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Spanish/Que-es-la-Psicoterapia-de-Niños-y-Adolescentes-053.aspx
- Anzieu, A., Anzieu-Premmerer, Ch. Y Daymas, S. (2.001): "El Juego en Psicoterapia del Niño".
- Atwood, G.E., Stolorow, R.D. (1.984): "Structures of Subjectivity: Explorations in Psychoanalytic
- Axline, V. (1.975): "Terapia de Juego". México: Diana.
- Axline, V. (1.977): "Dibbs en busca del Yo". México: Diana.
- Bados, A. y cols. (2.005): "Recomendaciones terapéuticas en Terapia Cognitivo Conductual". Barcelona: Ars Medica.
- Bandura, A. (1.982): "Teoría del Aprendizaje Social". Madrid: Espasa Calpe.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2.10): "Mentalization based treatment for borderline personality disorder". *World Psychiatry*, 9(1): 11-15.

- Beck, J.S. (2011): *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.), New York: The Guilford Press, pp. 19–20.
- Berne E. (1961): "Transactional Analysis in Psychotherapy". New York: Grove Press. Inc. Versión castellana: "Análisis Transaccional en Psicoterapia". Buenos Aires: Editorial Psique [1.985].
- Berne E. (1964): "Games People Play". New York: Grove Press Inc. Versión castellana: "Juegos en que participamos". México: Editorial Diana, 180 reimpresión [1.986].
- Berne, E (1.957): "Ego States in Psychotherapy": *Am. J. Psychother.*, 11: 293-309.
- Berne, E. (1.958): "Transactional Analysis: A new and effective method of Group Therapy". *American Journal of Psychotherapy*, 735-743.
- Berne, E. (1966): "Principles of group treatment". New York: Grove Press. Versión castellana: "Introducción al Tratamiento de Grupo". Barcelona: Ediciones Grijalbo, 10 Edición [1.983].
- Bloom D. (2.011): "Relational Approaches in Gestalt Therapy". Editores: Lynne Jacobs y Rich Hycner. "One Good Turn Deserves Another... and Another... and Another: Personal Reflections." *Gestalt Review* 2011; 15(3): 296-311.
- Bowlby, J. (1969). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós, 1976.
- Bowlby, J. (1984). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Buenos Aires: Paidós.
- Cornejo, L. (2.000): "Cartas a Pedro". Bilbao: Desclée De Brower.
- Cramer, B., y Palacio-Espasa, F. (1.993): "La pratique des psychothérapies mères-bébés: études cliniques et techniques". Paris: Presses Universitaires de France.
- D'Zurilla, T.J. (1.986): "Problem Solving Therapy. A social Copetence Approach to Clinical Interventions". New York: Springer.
- D'Zurilla, T.J. y Goldfried, M.R. (1.971): "Problem Solving and Behavior Modification". *Journal of Abnormal Psychology*, 78: 107-126.
- De Young, P. (2.003): "Relational Psychotherapy". New York: Brunner-Routledge, 2003.
- Diatkine R., Lebovici, S y Soulé M. (2014): "Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (4vol)". Paris: PUF
- Díaz, M., Comeche, M.I. y Vallejo, M.A. (2.001). "Técnicas de Autocontrol", En: Labrador, M.J., Cruzado, J.A. y Muñoz, M. (2.001): "Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta". Madrid. Ediciones Pirámide. Págs.: 577-593.
- Diéguez, M. González, F. Fernández, A. (2012); "Terapia Interpersonal". Madrid: Editorial Síntesis.
- Dolto, F. (1.984): "La Causa de los niños". Buenos Aires: Paidós.
- Dolto, F. (1.984): "La imagen inconsciente del cuerpo". Madrid: Paidós Ibérica.
- Dolto, F. (1.988): "La causa de los adolescentes". Buenos Aires: Paidós.
- Dolto, F. (1.995): "La dificultad de Vivir", Barcelona: Gedisa.
- Drabman, R., Spitalnik, R. y O'Leary, K (1973): "Teaching self control to disruptive children". *Journal of Abnormal Psychology*, 82: 110-116.
- Ellis A, Grieger R. (1.981): "Manual de terapia racional-emotiva". Bilbao: Desclée de Brouwer
- Ellis, A. y Abrahms, E.(2005): "Terapia racional emotiva". México: Editorial Pax
- Erskine R.G. y Trautmann, R.L. (1.997): "Theories and Methods of an Integrative Transactional Analysis: A volume of selected articles". San Francisco: TA Press.
- Erskine, R. G. (1988). "Ego structure, intrapsychic function, and defense mechanisms: A commentary on Eric Beme's original theoretical concepts. *Transactional Analysis Journal*, 18, 15-19.
- Erskine, R. G., & Moursund, J. P. (1988): "Integrative Psychotherapy in action". Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Erskine, R.G, Moursund, J.P., Trautmann, R.L. (1.999): "Beyond empathy: A therapy of contact-in-relationship". New York: Routledge.
- Erskine, R.G. (1.986) "A Structural Analysis of Ego: Eric Berne's contribution to the theory of psychotherapy". Keynote Address. Summer Conference. European Association for Transactional Analysis. July 6-13. Noordwijkerhout, The Netherlands.
- Erskine, R.G. (1.986) "A Structural Analysis of Ego: Eric Berne's contribution to the theory of psychotherapy". Keynote Address. Summer Conference. European Association for Transactional Analysis. July 6-13. Noordwijkerhout, The Netherlands.
- Erskine, R.G. (1.997): "Theories and methods of an integrative transactional analysis. A volume of selected articles". San Francisco, CA: TA Press, 1997.
- Erskine, R.G., Moursund, J.P. y Trautmann, R.L. (1.999): "Beyond Empathy: A Therapy of Contact-in Relationship". Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Esquivel, F. (2.010) "Psicoterapia infantil con juego. Casos clínicos". Mexico: Editorial El Manual Moderno.
- Ferster, C.B, Nurnberger, J.L y Levitt, E.B. (1.962): "The control eating". *Journal of Mathetics*, 1: 87-109.
- Freeman, J., Epston, y Lobovits, D (2.011): "Terapia Narrativa para niños". Madrid: Espasa Libros.
- Freud, S. (1.900): "La Interpretación de los sueños". En: "Obras Completas. Tomo II.". Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1.905): "Tres Ensayos para una Teoría Sexual". En: "Obras Completas. Tomo IV.". Madrid: Biblioteca Nueva.

- Freud, S. (1.909): "Análisis de la fobia de un niño de cinco años (Caso "Juanito"). En: "Obras Completas. Tomo IV.". Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1.923): "El Yo y el Ello". En: "Obras Completas. Tomo VII.". Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, A. (1.927): Introducción a la técnica del análisis en niños (1927). Viena.
- Hargaden H, Sills Ch. (2.002) Transactional Analysis: A Relational Perspective New York: Routledge.
- Holmes, J. (2.009): "Teoría del Apego y Psicoterapia. En busca de la Base Segura". Bilbao: Desclée de Brower.
- Hug-Hellmuth, H. von. (1.913): Aus dem Seelenleben des Kindes. Eine psychoanalytische Studie. Vienne-Leipzig: F. Deuticke und S. Freud.
- Hug-Hellmuth, H. von. (1.921): "À propos de la technique de l'analyse des enfants". *Psychiatrie de l'Enfant*, 1921, 18, 1, 191-210.
- Jacobs, L., Hycner, R., editores (2.009). "Relational approaches in Gestalt therapy". New York: GestaltPress/Routledge, Taylor & Francis Group.
- Jacobson, E. (1.929): "Progressive Relaxation". 2ª Ed. Chicago: University of Chicago Press.
- Kernberg, P., Ritvo, R. y Keable H. The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI) (2.012): "Practice Parameter for Psychodynamic Psychotherapy With Children." *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51, (5): 541-557.
- Klein, M. (1.932): "El Psicoanálisis de niños". En "Obras Completas". Madrid: Paidós Ibérica.
- Klerman, G.L., Weissmann, M.M., Rounsaville B.J. y Chevron, E.S. (1.984): "Interpersonal Psychotherapy of Depression". New York; Basic Books.
- Kohut H. Análisis del self. Buenos Aires: Amorrortu, 1971.
- Kohut, H. (1.977): "The restoration of me self". New York: International Universities Press, Versión castellana: "La restauración del sí mismo". Buenos Aires: Paidós (1.980).
- Labrador, M.J., Cruzado, J.A. y Muñoz, M. (2.001): "Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta". Madrid. Ediciones Pirámide.
- Landreth B. y Sweeny, D. (1.997): "Child Centered Play Therapy. En: K. O'Connor y L. Braverman (Eds.), "Play Therapy Theory and Practice". New York: Wiley. Pp: 11-45.
- Levobici, S. (1.988). "El Lactante, su madre y el psicoanalista: las interacciones Precoces". Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- Linehan, M.M y Dimeff, L. (2.001) «Dialectical Behavior Therapy in a Nutshell». *The California Psychologist*, 34, 10-13, 2001.
- Lovitt, T. y Curtis, K. (1.969): "Academic response rate as a function of teacher and self imposed contingencies". *Journal of Applied Behavior analysis*, 2: 49-53.
- Mahler, M.S. (1.975): "The Psychological Birth of the Human Infant". New York: Basic Books. Versión española: "El nacimiento psicológico del infante humano". Buenos Aires: Ediciones Marymar [1.977].
- Mahoney, J.J. (1.974): "Self reward and Self monitoring techniques for wight control". *Behavior Therapy*, 5: 48-57.
- Mahoney, J.J. y Arnkoff, D. (1.978) "Cognitive and self-control therapies". En: S.L. Garfield y A.E. Bergin (eds.) "Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An empirical Analysis" New York: Wiley.
- Main, M., Kaplan, N. y Cassidy, J. (1.985): "Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation". En: I. Bretherton y E. Waters (Editores), "Growing points in attachment theory and research". *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, Nº209.
- Manzano, J, Palacio-Espasa, F. F. Zilkha, N. (1.999): "Los escenarios narcisistas de la aentalidad". Bilbao: Asociación Altxa.
- Marks, I.M. (1.992): "Miedos, Fobias y Rituales", 2 Volúmenes. Barcelona: Martínez Roca.
- Martínez, J.M. (2.015): "Cuestionamiento de los Vínculos y Crisis". *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 2015;59, 45-57.
- Martínez, J.M. y Martín, B. (2.015): "Psicoterapia relacional del Trastorno Límite de Personalidad – Parte I". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2015; 35 (125), 19-35.
- Martínez, J.M. y Pozueta, C. (2.019): "Análisis Transaccional y Psicoterapia Basada en la Evidencia". *Revista de Análisis Transaccional*, 5: 11-14.
- Masterson, J.F.(1.975) Tratamiento del adolescente fronterizo. Buenos Aires: Paidós.
- Masterson, J.F., Rinsley, D.B. (1.975): "The borderline syndrome: the role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality". *Int J Psychoanal.*; 56: 163-177.
- Meichenbaum, D. Y Cameron, R. (1.972) "Stress inoculation: A skills training approach to anxiety management". Tesis inédita. Ontario. Universidad de Waterloo.
- Meichenbaum, D. y Goodman, J. (1.971): "Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control". *Journal of Abnormal Psychology*, 77: 115-126.
- Meltzer, D. Bremner, J., Hoxter, Sh. Weddell, D., y Wittenberg, I. (1.975): "Explorations in autism". London: Karnac
- Miller, A. (2.001): Miller, Alice (2001). El drama del niño dotado. Barcelona: TusQuets.
- Miller, Alice (1985). Por tu propio bien. Barcelona: TusQuets.

- Miller, Alice (2005). *El cuerpo nunca miente*. Barcelona: TusQuets.
- Mitchell, S.A. (1993). "Conceptos relacionales en psicoanálisis. Una integración". México: Siglo XXI.
- Mitchell, S.A., Aron L, editores (1999): "Relational psychoanalysis: the emergence of a tradition". Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Moursund, J.P. y Erskine, R.G. (2004): "Integrative psychotherapy. The Art and Science of Relationship". Toronto: Thomson Brooks/Cole.
- Nanzer, N., Knauer, D., Palacio-Espasa, F., Quayoom-Boulvain, Z., y cols. (2017): "Manual de Psicoterapia Centrada en la Parentalidad". Barcelona: Editorial Octaedro.
- Oaklander, V. (1992): "Ventanas a nuestros niños". Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- Oaklander, V. (2006): "El Tesoro escondido". Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Palacio-Espasa, F., y Dufour (2003): "Diagnóstico Estructural en el niño". Barcelona: Herder Editorial.
- Pavlov, I. (1909): "Reflejos condicionados e inhibiciones". Barcelona: Ediciones Península (1979).
- Perls, F. (1969): "Dentro y fuera del tarro de la basura". Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- Perls, F. (1969): "Sueños y Existencia". Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- Perls, F. (1973): "El Enfoque Gestáltico. Testimonios de Terapia". Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- Perls, F., Hefferline, F.F. y Goodman, P. (1951): "Gestalt Therapy. Excitement and Growth in the Human Personality". London: Souvenir Press.
- Perls, F.S. (1944): "Ego, hunger and aggression: a revision of Freud's theory and methods. Durban, Phenomenology". Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Rogers, C. (1939): "The Clinical Treatment of the Problem Child". Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. (1951): "Psicoterapia Centrada en el Cliente". Buenos Aires: Paidós.
- Rogers, C. (1972): "El proceso de convertirse en persona". Buenos Aires: Paidós.
- Schramm, E. (1998): "Psicoterapia Interpersonal". Barcelona: Masson.
- Schultz, J.H. (1972): "El entrenamiento autógeno". Barcelona: Científico Médica.
- Schultz, J.H. y Luthe, W. (1959): "Autogenic Training: A Psychophysiologic Approach to Psychotherapy. Nes York: Grune and Stratton.
- South Africa: Knox Publishing.
- Spivack, G., Platt, J.J. y Shure, M.B. (1976) "The Problem-Solving Approach to Adjustment". San Francisco: Jossey Bass.
- Stawman, S. (2008): "Relational Gestalt: Four Waves". *Gestalt Journal of Australia and New Zealand*, 4 (2): 37-55.
- Stern, D. (1985): *The Interpersonal World of the Infant. A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*, pp. 145 y 151. New York: Basic Books.
- Stolorow, R.D. y Atwood, G.E. (1979): "Faces in a Cloud. Intersubjectivity in Personality Theory." New Jersey: Jason Aronson, Inc.
- Stolorow, R.D. y Atwood, G.E. (1992): "Contexts of Being. The Intersubjective Foundations of Psychological Life". The Analytic Press, Inc., Publishers. Versión en Castellano: Barcelona, Herder Editorial, S.L. [2.004].
- Tustin, F. (1972): "Autismo y Psicosis infantiles". Buenos Aires: Paidós.
- Tustin, F. (1987): "Estados Autfsticos en los niños". Buenos Aires: Paidós.
- Watson, J.B. (1903). "Psychology as the Behaviorist Views It"
- Watson, J.B. (1903). "Animal Education", Chicago: University of Chicago Press.
- Watson, J.B. y Rayner, R. (1920). "Conditioned emotional reactions". *Journal of Experimental Psychology*, 3(1), pp. 1-14.
- Winnicott, D. (1971): "Realidad y Juego". Madrid: Gedisa.

8.- CAPÍTULO 8: TRASTORNOS DEL DESARROLLO NEUROLÓGICO: DISCAPACIDADES INTELECTUALES

Cristina Jenaro Río. Psicóloga. Catedrática de Universidad. Facultad de Psicología.
Universidad de Salamanca.

Noelia Flores Robaina. Psicóloga. Profesora Titular de Universidad. Facultad de Psicología.
Universidad de Salamanca

8.1.- Introducción: historia y epidemiología

8.1.1.- Historia

Con el término discapacidad intelectual estamos haciendo referencia a una condición que tradicionalmente se denominaba retraso mental. Otros términos incluso más peyorativos que se han empleado en los últimos 200 años han sido imbecilidad, debilidad mental, minusvalía mental y subnormalidad mental. De hecho y como veremos seguidamente, hasta hace muy poco el término retraso mental era el empleado en manuales diagnósticos y de clasificación. El primer intento formal para utilizar sistemáticamente el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa para definir la categoría apareció en el Manual de la entonces denominada Asociación Americana de la Deficiencia Mental, en 1959. En dicho manual esta condición se definía como:

Funcionamiento intelectual general por debajo de la media que se origina durante el periodo de desarrollo y que se asociaba con limitaciones en la maduración, el aprendizaje y el ajuste social.

Así, la definición de la anteriormente denominada Asociación Americana de Retraso Mental (AAMR) de 1959 incluyó formalmente la importancia del funcionamiento. Plantea que el requisito de que un "funcionamiento intelectual inferior a la media debe reflejarse en deficiencias en uno o más de los siguientes aspectos del comportamiento adaptativo: maduración, aprendizaje y ajuste social" (p.3). Reconoció, además, que la existencia de limitaciones intelectuales no era suficiente para diagnosticar retraso mental. Posteriormente, en el Manual de 1961 de la mencionada asociación los conceptos de maduración, aprendizaje y ajuste se integraron en un único término más amplio, como es el de la conducta adaptativa. Dicho término se ha venido utilizando en todos

los manuales posteriores de la AAMR. La actual definición de discapacidad continúa reconociendo la congruencia entre las limitaciones intelectuales y adaptativas y, así, es coherente con las definiciones previas. Además, el énfasis en el funcionamiento está presente desde las actualizaciones de la clasificación como la de 1992. Así, en este manual esta condición, denominada entonces retraso mental, hace referencia a:

Limitaciones importantes en el funcionamiento actual. Se caracteriza por funcionamiento intelectual significativamente por debajo de la media, acompañado de limitaciones en dos o más de las siguientes 10 áreas de habilidades adaptativas: comunicación, autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de los recursos de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo. El retraso mental se manifiesta antes de los 18 años. (p. 1)

Dicha clasificación supuso un hito puesto que, aunque mantiene las ideas que han sido centrales en la definición de la AAMR desde 1959, difiere de previas definiciones en que se reconoce además la importancia del entorno y su impacto en el funcionamiento. Comparada con las definiciones de anteriores manuales de la AAMR, en ésta se especifican áreas concretas de habilidades adaptativas y se esboza cómo deben ser analizadas. También se destaca la relación entre las limitaciones intelectuales y las habilidades adaptativas, las influencias del entorno en el impacto de estas limitaciones, y las intensidades de apoyo necesarias para mejorar el funcionamiento en la comunidad.

La definición de 2002 de la AAMR continúa con los planteamientos previos, si bien clasifica las áreas en las que se deben manifestar las limitaciones en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Finalmente, en 2011, la AAMR, cuyo nombre pasa también a denominarse Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD), presenta su primera definición del término “discapacidad intelectual” (antes, retraso mental) en la undécima edición de su manual Discapacidad Intelectual. Según éste:

La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa, que se manifiesta en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años

8.1.2.- Epidemiología

Según estimaciones de la Organización Mundial de la salud (OMS), el número de casos de discapacidad intelectual se sitúa alrededor del 1,5% de la población, llegando hasta un 4% en los países no desarrollados. Las cifras más bajas se observan en estudios de ámbito nacional de países con renta per cápita alta y que incluyen población adulta con prevalencias entre 0,56% y 0,69%. Así mismo, el ámbito territorial influye de forma que en los barrios urbanos deprimidos y zonas semiurbanas se da mayor prevalencia, seguido por entornos rurales. Otros estudios sugieren que la prevalencia a nivel mundial varía entre el 1% y el 3%. En Latinoamérica la prevalencia puede ser cuatro veces mayor, por su asociación a factores como la desnutrición, las complicaciones obstétricas y perinatales, la prematuridad, la intoxicación por plomo, las infecciones del Sistema Nervioso Central y la pobreza. Para poder evaluar los indicadores como los años de vida ajustados en función de la discapacidad es indispensable conocer la prevalencia exacta de la discapacidad intelectual. Sin embargo, esta condición no está incluida en la Carga Global de Enfermedades del Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud, de ahí que

médicamente se advierta una ausencia de visibilidad. Dentro de esta condición, el 85% corresponde a discapacidad intelectual leve, el 10% a moderada, el 4% a severa y el 2% profunda. La prevalencia es mayor en los varones, tanto adultos como en niños y adolescentes. Entre los adultos, la proporción entre mujeres y hombres varía de un 0,7:1 a un 0,9:1, mientras que en niños y adolescentes varía de un 0,4:1 a 1:1. La proporción varía también en función al nivel de ingresos económicos. Así, existe una mayor proporción en países de ingresos bajos y medios, en los que las tasas son casi el doble en comparación con los países de altos ingresos. La prevalencia de la discapacidad intelectual en Asia es comparable a la de los países occidentales: 0,06%-1,3%. La encuesta nacional de discapacidad realizada el 2006 en China, estimó una prevalencia de un 0,75%. La prevalencia en las zonas urbanas era menor (0,4%) que en las zonas rurales (1,02%).

En España, un reciente estudio señala que la prevalencia global estimada de discapacidad intelectual es de 0,44% con respecto de la población general. La mayor proporción de casos se encuentra en los menores de 50 años, siendo el grupo de edades entre 10-19 años el de mayor prevalencia. En cuanto al predominio de niveles de discapacidad intelectual, en población institucionalizada, predominan los niveles profundo-severo y moderado con porcentajes superiores al 34% cada uno, seguido de niveles leves, con 17%, y la inteligencia límite y el retraso madurativo, que presentan niveles superiores al 6% cada uno.

8.2.- Definición y diagnóstico

Antes de profundizar en los aspectos terminológicos y diagnósticos, creemos pertinente destinar unos párrafos a aludir a otros enfoques que abordan esta condición y que plantean términos alternativos para su consideración. Así, desde un modelo social se defiende el empleo del término diversidad funcional, a la que se añaden calificativos como intelectual, física, etc. Desde dicho modelo se entiende que a diferencia de los modelos médicos en lo que la persona diferente es considerada como alguien a quien se ha de rehabilitar para restaurar unos patrones de "normalidad", el término "diversidad funcional" se ajusta a la realidad de que una persona puede funcionar de una manera diversa o diferente a la de la mayoría, pero es fundamentalmente la sociedad la que discrimina y no tiene en cuenta tal diversidad. Esta defensa de una nueva terminología se empezó a utilizar en el Foro de Vida Independiente en 2005, con la intención de ir más allá de la estrategia social del "desviacionismo" para plantear que la diversidad es inherente al ser humano y que, en muchas ocasiones, puede ser de carácter transitorio o circunstancial. En línea con estos planteamientos, es cada vez más común encontrar manuales y otras publicaciones en las que se alude a personas con diversidad funcional intelectual, en vez de emplear el término de discapacidad intelectual.

Los cambios en la concepción de esta discapacidad se aprecian también en el contexto educativo. Así, antes de la década de los 80 del siglo pasado, los alumnos que presentaban una discapacidad intelectual eran segregados en centros educativos especiales, separados por tanto de los alumnos sin discapacidad. Los avances en la normativa respecto a la igualdad y a los derechos de todas las personas, independientemente de sus características, que se plasman en la Constitución Española de 1978 y en la Ley de Integración Social de los Minusválidos, LISMI, de 1982, condujeron a la promulgación de leyes sobre la educación como la Ley Orgánica General del Sistema Educativo, LOGSE, de 1990, en la que surge el concepto de Alumnos con Necesidades Educativas Especiales, ACNEES, que se definieron como aquellos alumnos que requieren durante su escolarización o parte de ella, determinados apoyos y atenciones educativas derivadas de diversas condiciones como: discapacidades físicas, psíquicas o sensoriales, sobredotación intelectual, trastornos graves de conducta, o por hallarse en situación desfavorecida como consecuencia de factores sociales, económicos, culturales, de salud u otras. Además, se plantea que el centro educativo debe perseguir el desarrollo de todos los alumnos. También debe articular actuaciones diferentes, pero eficientes, ante la diversidad. Las sucesivas leyes educativas mantienen la noción de educar a la diversidad y proporcionar apoyos para el

progreso de todos los alumnos. En función de la intensidad de las necesidades de apoyo la escolarización puede ser en centros educativos ordinarios o en centros educativos específicos o especiales. También en el terreno educativo surgen voces firmemente defensoras de la inclusión educativa y del empleo del término de diversidad. La inclusión tiene que ver con el proceso de incrementar y mantener la participación de todas las personas en la sociedad, escuela o comunidad de forma simultánea, procurando disminuir y eliminar todo tipo de procesos que lleven a la exclusión. Por ello, un centro inclusivo se caracteriza por la ausencia de toda forma de discriminación.

Centrándonos en las asociaciones responsables del abordaje de aspectos conceptuales, clasificatorios, etc., sobre la discapacidad intelectual, tanto la AAIDD, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación de Psiquiatría Americana (APA), coinciden en los elementos básicos para definir y diagnosticar esta condición. Nos centraremos en este apartado en las dos últimas organizaciones, para complementar lo expuesto en apartados previos. Así, la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS, en su undécima edición (CIE-11) publicada en 2018 y que entrará en vigor en 2020, tras presentarse en mayo de 2019 ante la Asamblea Mundial de la Salud para su adopción formal por los Estados miembros define los trastornos del desarrollo intelectual como:

Un grupo de condiciones etiológicamente diversas que se originan durante el período de desarrollo caracterizado por un funcionamiento intelectual significativamente inferior al promedio y por un comportamiento adaptativo aproximadamente dos o más desviaciones típicas por debajo de la media (aproximadamente menor que el percentil 2,3), basado en pruebas estandarizadas administradas individualmente. Cuando no se dispone de pruebas normalizadas y estandarizadas, el diagnóstico de trastorno del desarrollo intelectual requiere del juicio clínico basado en la evaluación adecuada de indicadores comportamentales comparables.

En el DSM-5 de la APA, desaparece la categoría Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. En su lugar se incluye un bloque principal de trastornos bajo la nueva categoría de Trastornos del Neurodesarrollo. El grupo de trastornos del Neurodesarrollo está formado a su vez por varios grupos. El primer grupo es el de las discapacidades intelectuales que incluye a su vez tres diagnósticos: (1) Discapacidad Intelectual, (2) Retraso Global del Desarrollo, y (3) Discapacidad Intelectual No Especificada. El primer diagnóstico de este grupo, la Discapacidad Intelectual es equivalente a la condición denominada Retraso Mental del DSM-IV-TR. La actual definición sigue los planteamientos defendidos por la AAIDD e incluye los mismos tres criterios básicos: (1) Los déficits en el funcionamiento intelectual; (2) Los déficits en el funcionamiento adaptativo, y (3) El de inicio en el período de desarrollo, aunque con una nueva formulación ya que anteriormente era inicio antes de los 18 años. La definición que aparece en el DSM-5 establece que la discapacidad intelectual es un trastorno que comienza durante el período de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico. Se deben cumplir los tres criterios siguientes:

A. Deficiencias de las funciones intelectuales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia, confirmados mediante la evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizadas aplicadas de modo individual.

B. Deficiencias del comportamiento adaptativo, que producen fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social. Sin el consiguiente apoyo, los déficits adaptativos limitan el funcionamiento en una o más

actividades de la vida diaria, tales como la comunicación, la participación social, y la vida independiente, a través de múltiples entornos, tales como la casa, la escuela, el trabajo y la comunidad.

C. Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el período de desarrollo.

El trastorno requiere una especificación en función de la gravedad que en este caso se hace en función del funcionamiento adaptativo y no en función del nivel de CI como se hacía en el DSM-IV-TR. Cambio que argumentan en base a que es el funcionamiento adaptativo el que determina el nivel de apoyos requeridos. Y además a que las medidas de CI son menos válidas en los valores más bajos de CI. Así el DSM-IV-TR distingue cuatro niveles: (1) Retraso mental leve: CI entre 50-55 y aproximadamente 70., (2) Retraso mental moderado: CI entre 35-40 y 50-55. (3) Retraso mental grave: CI entre 20-25 y 35-40. (4) Retraso mental profundo: CI inferior a 20 o 25. A estos niveles se añade la categoría de Retraso mental de gravedad no especificada, cuando existe clara presunción de retraso mental, pero la inteligencia del sujeto no puede ser evaluada mediante los test usuales. Sin embargo, el DSM-5 establece los tipos que se resumen a continuación (véase Tabla 8-1).

Tabla 8-1: Niveles de gravedad de la discapacidad intelectual y afectación en las áreas conceptual, social y práctica

Nivel de Gravedad	Área Conceptual	Área Social	Área Práctica
Leve	<p>Presentan dificultades en el aprendizaje de habilidades académicas como la lectura, la escritura, la aritmética, el control del tiempo o del dinero.</p> <p>En adultos, presentan limitaciones en el pensamiento abstracto, la función ejecutiva (ej. planificación, establecer estrategias o prioridades y flexibilidad cognitiva), y la memoria a corto plazo, así como el uso funcional de las habilidades académicas (ej. lectura, manejo del dinero).</p>	<p>Presentan inmadurez en las interacciones sociales. Por ejemplo, pueden tener dificultades para percibir de una forma válida las claves de la interacción social con iguales. La comunicación, la conversación y el lenguaje son más concretos o inmaduros. Puede haber dificultades en la regulación de las emociones y la conducta. Hay una comprensión limitada de situaciones de riesgo en situaciones sociales y se corre el riesgo de ser manipulado (inocencia, credulidad).</p>	<p>Pueden necesitar algún apoyo en las tareas complejas de la vida diaria como hacer las compras de la comida, el transporte, la organización de la casa y del cuidado de los niños, preparación de una comida saludable, arreglar asuntos bancarios y el manejo del dinero.</p> <p>Generalmente necesitan apoyo para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud o decisiones legales, y para aprender a ejecutar habilidades vocacionales. También suelen necesitar apoyos para formar una familia.</p>
Moderado	<p>Para los preescolares, el lenguaje y las habilidades se desarrollan más lentamente.</p> <p>Para los niños en edad escolar, el progreso en lectura, escritura, matemáticas, y la comprensión del tiempo y el dinero ocurre más lentamente y es marcadamente limitada.</p> <p>Para los adultos, las habilidades académicas se desarrollan en un nivel elemental y requieren de apoyo para el uso de dichas habilidades en su vida cotidiana.</p> <p>En el día a día necesitan ayuda para completar las tareas conceptuales de la vida diaria.</p>	<p>Muestran una marcada diferencia con respecto a sus iguales en la conducta social y comunicativa. Muestran limitaciones en juicios sociales y en aptitudes para la toma de decisiones. Necesitan un apoyo significativo en situaciones sociales o de comunicación.</p>	<p>Pueden cuidar de sus necesidades personales como comer, vestirse, higiene personal, y de las tareas domésticas, aunque requieran de un período extenso de enseñanza.</p> <p>Pueden conseguir un trabajo independiente, con apoyos sustanciales, en empleos que requieran unas limitadas habilidades conceptuales y de comunicación.</p> <p>Necesitan apoyos importantes para tareas complejas como el transporte, los cuidados para la salud, y el manejo del dinero.</p>

Grave	Suelen presentar una escasa comprensión del lenguaje escrito o de los números, el tiempo y el dinero. Requieren de apoyos intensos.	El lenguaje y comunicación es bastante limitado en términos de vocabulario y gramática. Está centrado en el aquí y el ahora de acontecimientos cotidianos.	Requiere apoyos y supervisión para todas las actividades de la vida diaria. La adquisición de estas habilidades precisa de un entrenamiento y apoyo extensos.
Profundo	Generalmente las habilidades conceptuales involucran al mundo físico más que procesos simbólicos. Pueden adquirir ciertas habilidades visoespaciales, tales como emparejamientos y clasificaciones basadas en características físicas.	Pueden comprender instrucciones o gestos sencillos. Suelen expresar sus deseos y emociones a través de la comunicación no verbal, no simbólica.	Suelen depender de otras personas para todos los aspectos del cuidado físico diario, la salud, y la seguridad.

Es importante diagnosticar la discapacidad, pero además de la evaluación del coeficiente intelectual y del nivel adaptativo, es imprescindible la evaluación del funcionamiento, tomando en cuenta no sólo la salud (trastorno o enfermedad), sino también las funciones y estructuras corporales, las actividades y participación en la comunidad, sin olvidar el contexto en el que se encuentran. La identificación de todos estos aspectos puede hacerse utilizando la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud CIF, propuesta por la OMS. En la Tabla 8-2 puede observarse una propuesta de datos de la CIF aplicada a la discapacidad intelectual, realizada desde el sector sanitario. Dicha propuesta está dirigida a médicos generales, pediatras y personal de enfermería de atención primaria; a psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, educadores y terapeutas ocupacionales, en los distintos niveles de atención. Se espera que los profesionales de la salud se beneficien de directrices que coadyuven a una detección temprana y a un diagnóstico preciso, modificando las secuelas y la discapacidad asociada.

Tabla 8-2: Datos mínimos de la CIF para clasificar la discapacidad intelectual

Componentes	Categorías
Parte 1: Funcionamiento y discapacidad	
Funciones corporales (b)	b117 Funciones intelectuales b164 Funciones cognitivas superiores
Estructuras corporales (s)	s110 Estructura del cerebro
Actividades y participación (d)	d175 Resolver problemas d177 Tomar decisiones d220 Llevar a cabo múltiples tareas d240 Manejo del estrés y otras demandas psicológicas d820 Educación escolar d840 Aprendizaje (preparación para el trabajo) d845 Conseguir, mantener y finalizar un trabajo d870 Autosuficiencia económica d940 Derechos humanos
Parte 2: Factores contextuales	
Factores ambientales (e)	e1101 Medicamentos e460 Actitudes sociales e465 Normas, costumbres e ideologías sociales

Fuente: Propuesta del grupo de trabajo de la Guía Clínica de Retraso Mental (http://www.sap.salud.gob.mx/media/61202/nav_guias9.pdf)

Como antes señaláramos, dentro de la categoría de discapacidad intelectual se encuentra también el retraso global del desarrollo, que es una novedad del DSM-5. Esta categoría se relaciona con las condiciones antes denominadas de retraso madurativo o retraso del desarrollo psicomotor. En España el término retraso psicomotor se utiliza como sinónimo de retraso del desarrollo, mientras que en América Latina es más frecuente el término retraso madurativo. Dicho desarrollo se define como una demora o lentitud en la secuencia normal de adquisición de los hitos del desarrollo, es decir, los hitos madurativos se cumplen en el orden esperado, pero forma más lenta. Por ello, el niño con retraso en su desarrollo puede normalizarse a largo plazo. De aquí la importancia de una reevaluación. Si el desarrollo no se normaliza, puede recibir diferentes

diagnósticos. Por ejemplo, puede que en algunos casos se trate de un verdadero retraso, debido a déficit en la estimulación por parte del entorno familiar y social, que podría ser normalizado si se adecuara la educación y el ambiente del niño (retraso de etiología ambiental). O bien, puede deberse a enfermedad crónica no neurológica (cardiopatía congénita, desnutrición, etc.), que puede llegar a compensarse si mejora la enfermedad general de base. Por otra parte, un retraso puede deberse al efecto de un déficit sensorial aislado o puede ser la primera manifestación de una futura discapacidad intelectual, cuyo diagnóstico definitivo en los casos leves, no suele evidenciarse hasta el final de la edad preescolar. Otra posibilidad es que sea la primera manifestación de una encefalopatía crónica no evolutiva, un trastorno neuromuscular congénito, la primera manifestación de un futuro trastorno del desarrollo de la coordinación, frecuentemente asociado a un déficit de atención del TDAH. O bien, puede ser el inicio de un Trastorno General del Desarrollo.

El tercero de los diagnósticos, la discapacidad intelectual no especificada, es similar al Retraso Mental de gravedad No Especificado del DSM-IV-TR. Dicho diagnóstico se establece cuando existe clara presunción de discapacidad intelectual, pero la inteligencia del sujeto no puede ser evaluada. Este diagnóstico está reservado para los individuos de más de 5 años cuando el grado de discapacidad intelectual es difícil o imposible de evaluar por un déficit sensorial o físico, como ceguera o problemas con el lenguaje y la comunicación; discapacidad locomotora, o presencia de problemas de conductas graves o la comorbilidad de un trastorno mental. Esta categoría debería ser usada sólo en circunstancias excepcionales y requiere de una reevaluación después de un período de tiempo.

8.3.- Etiopatogenia y bases neurobiológicas

Como sucede con otras condiciones clasificables dentro de los trastornos del neurodesarrollo, se parte de la premisa de que subyacen condiciones neurológicas afectadas, pero sobre el que puede haber muchos desarrollos diferentes, con manifestaciones emocionales y comportamentales, dependiendo del temperamento y/o carácter, el nivel cognitivo y los estímulos ambientales. La etiología de la discapacidad intelectual es heterogénea. Como consecuencia del progreso en el cuidado prenatal, lesiones, infecciones y toxinas son causas menos frecuentes. Por el contrario, los factores genéticos se han vuelto predominantes. En el 40% de los casos no es posible identificar una causa específica, especialmente en la discapacidad intelectual leve. Las influencias ambientales pueden también causar o empeorar la discapacidad intelectual. Conocer la etiología mejora la posibilidad de tratamiento o prevención en unos casos, y permite predecir dificultades específicas en otros. Se han identificado muchos factores causales o asociados a la discapacidad intelectual. Estos factores, que influyen en el desarrollo y el funcionamiento del cerebro del niño en el período prenatal, perinatal o postnatal, pueden ser divididos en tres grupos: orgánicos, genéticos y socioculturales. La trisomía del par 21 y el cromosoma X frágil son las causas genéticas más frecuentes de la discapacidad intelectual. La Organización Mundial de la Salud establece algunas de las causas más frecuentes (véase Tabla 8-3).

Tabla 8-3: Causas frecuentes de discapacidad intelectual

Etapa	Tipo	Ejemplos
Prenatal	Trastornos cromosómicos	- Síndrome de Down - Síndrome de X frágil - Síndrome de Prader Willi - Síndrome de Klinefelter
	Trastornos de un solo gen	- Errores congénitos del metabolismo, como la galactosemia - Fenilcetonuria - Mucopolisacaridosis - Hipotiroidismo - Enfermedad de Tay-Sachs

		<ul style="list-style-type: none"> - Síndromes neurocutáneos como la esclerosis tuberosa y la neurofibromatosis - Malformaciones cerebrales como la microcefalia genética, la hidrocefalia y el mielomeningocele - Otros síndromes dismórficos, como el Síndrome LaurenceMoon-Biedl
	Otros cuadros clínicos de origen genético	<ul style="list-style-type: none"> - Síndrome de Rubinstein-Taybi - Síndrome de Cornelia de Lange
	Influencias ambientales adversas	<ul style="list-style-type: none"> - Deficiencias como la deficiencia de yodo y la deficiencia de ácido fólico - Desnutrición grave en el embarazo - Consumo de sustancias, como el alcohol (síndrome de alcoholismo fetal), nicotina y cocaína durante el embarazo - Exposición a otros químicos dañinos, como contaminantes, metales pesados, abortivos, y medicamentos perjudiciales como la talidomida, fenitoína y warfarina - Infecciones maternas como la rubeóla, sífilis, toxoplasmosis, citomegalovirus, VIH y virus del Zika - Otros, como exposición excesiva a radiación e incompatibilidad Rh
Perinatal (alrededor del nacimiento)	Tercer trimestre (embarazo tardío)	<ul style="list-style-type: none"> - Complicaciones del embarazo - Enfermedad de la madre, como enfermedad cardíaca y renal, diabetes - Disfunción de la placenta
	Parto	<ul style="list-style-type: none"> - Prematuridad grave, muy bajo peso al nacer, asfisia al nacer - Parto difícil o complicado - Trauma en el nacimiento
	Neonatal (primeras semanas de vida)	<ul style="list-style-type: none"> - Septicemia, ictericia grave, hipoglicemia
Postnatal (primera y segunda infancia)		<ul style="list-style-type: none"> - Infecciones cerebrales como la tuberculosis, encefalitis japonesa y meningitis bacteriana - Traumatismo craneal - Exposición crónica a plomo - Desnutrición grave y prolongada - Baja estimulación

Por lo que se refiere a aspectos anatomopatológicos, existen pocos estudios de neuroimagen en personas con discapacidad intelectual. Posiblemente ello se deba a la heterogeneidad diagnóstica de esta condición. Los diferentes aspectos metodológicos e interpretativos complican los estudios. La excepción es la asfisia neonatal, el síndrome de Down (SD) y el síndrome de X frágil. En este último, los adultos exhiben alteraciones neuronales indistinguibles de la enfermedad de Alzheimer después de los 40 años. En cuanto a la fisiopatología, es posible que las conductas específicas de algunas formas de discapacidad intelectual permitan mejorar la comprensión de los genes implicados y/o de la función cerebral alterada, como por ejemplo, la hiperfagia en el síndrome de Prader-Willi. La alta prevalencia de estas conductas puede, en un futuro, permitir diferenciar la contribución genética de otras vías fisiopatológicas potencialmente implicadas en tales trastornos.

Pese a que, con los apoyos necesarios, el funcionamiento de la persona con discapacidad mejora generalmente y puede incluso, en los casos más leves, dejar de cumplirse los criterios diagnósticos de esta condición, la prevención es muy importante en todos los casos. En algunos será posible evitar su ocurrencia (prevención primaria), en otros servirá para detener la progresión de la enfermedad (prevención secundaria) y aún en otros servirá para evitar las complicaciones y maximizar el funcionamiento (prevención terciaria). En la Tabla 8-4 se resumen las actuaciones planteadas por la Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines, IACAPAP.

Tabla 8-4: Actuaciones de prevención primaria, secundaria y terciaria en la discapacidad intelectual

Nivel de prevención	Enfoque	Intervenciones
Prevención primaria	Promoción de la salud	Psicoeducación en salud, especialmente en las adolescentes mujeres Mejoramiento del estado nutricional de la comunidad Centros de salud de atención óptima Mejoras en el cuidado pre, peri y postnatal

	Protección específica	Yodación universal de la sal Inmunización contra la rubeola en las mujeres antes del embarazo Administración de ácido fólico en el embarazo temprano Asesoramiento genético Cribado prenatal de malformaciones congénitas y trastornos genéticos Detección y cuidado de los embarazos de alto riesgo Prevención del daño por incompatibilidad Rh Inmunización universal en los niños
Prevención secundaria	Diagnóstico precoz y tratamiento temprano	Cribado neonatal de los trastornos tratables Intervención en los bebés "en riesgo" Detección precoz e intervención del retraso en el desarrollo
Prevención terciaria	Limitaciones debido a la discapacidad y rehabilitación	Estimulación, capacitación y educación, y oportunidades vocacionales Integración / inclusión Apoyo a las familias Grupos de autoayuda para padres

8.4.- Evaluación y pruebas complementarias

Es posible distinguir entre pruebas de primera y de segunda línea. En cuanto a la evaluación y pruebas de primera línea, una evaluación clínica integral es fundamental en niños pequeños con retrasos en el desarrollo. La etiología se puede clasificar en exógenas, genéticas (no metabólicas) y genéticas (metabólicas). El diagnóstico de causas exógenas incluye agentes teratogénicos (alcohol y drogas), causas prenatales, perinatales (prematuridad, infecciones) y causas sociales que a menudo se evalúan más adecuadamente mediante la historia clínica. Una historia clínica completa debe incluir datos sobre antecedentes familiares, embarazo e historia de nacimiento y un examen físico detallado. Es esencial identificar deficiencias sensoriales, pues ello puede proporcionar indicadores de una etiología subyacente. También se debe realizar un examen del desarrollo en todos los dominios (motricidad gruesa, motora fina, lenguaje, socioemocional y habilidades cognitivas) utilizando herramientas acreditadas y que permitan realizar comparaciones normativas. Las evaluaciones repetidas a lo largo del tiempo proporcionan más información que las evaluaciones únicas. El médico debe realizar una evaluación en todos los niveles de retraso, incluidos los niveles más leves, dada la diversidad de las presentaciones fenotípicas de diferentes condiciones genéticas y metabólicas. También permitirá identificar fenotipos cambiantes con el tiempo. Cuando se sospecha la presencia de trastornos metabólicos, se recomienda realizar una evaluación anual desde primer año de vida hasta la edad escolar.

Respecto a las pruebas genéticas, es posible distinguir por un lado las pruebas de primera línea. Al respecto, el cariotipo estándar es una de las pruebas recomendadas en la última década. No obstante, la implementación del "cariotipo molecular" o la micromatriz de cromosomas (hibridación genómica comparativa basada en matrices -aCGH-) se considera en la actualidad una estrategia de primer nivel si no se encuentran indicadores etiológicos a partir de la historia y el examen clínicos, por su mayor sensibilidad para identificar deleciones y duplicaciones submicroscópicas. Sin embargo, el cariotipo molecular no detecta condiciones en las que los cambios estructurales en los cromosomas no producen pérdida ni ganancia de material genético, como translocaciones equilibradas o inversiones, cromosomas en anillo y mosaicismo de bajo nivel. Los síndromes causados por defectos de metilación (p. ej., Beckwith-Wiedemann, síndrome de Angelman) o mutaciones en genes individuales tampoco se detectan a menos que se analicen específicamente. Se suelen recomendar pruebas de X frágil para niños con retraso en el desarrollo de severidad moderada a grave, sin discapacidad física severa, como prueba genética adicional de primer nivel. Por otro lado, es preciso hacer referencia a las pruebas de segunda línea. Así, dado que los síndromes clínicos pueden presentar fenotipos variables, un genetista clínico puede solicitar pruebas adicionales para niños con un aCGH y una resonancia magnética funcional normales. Por ejemplo, el uso de pruebas genéticas específicas, como las del síndrome

de Rett (o sus variantes) o los paneles genéticos para la discapacidad intelectual se han propuesto como pruebas de segunda línea.

En cuanto a las pruebas metabólicas y bioquímicas, se cuenta con evidencias limitadas de pruebas metabólicas de primera línea, pues los errores innatos del metabolismo (IEM) son raros. En la actualidad se pueden tratar algunos (parcialmente), y para otros, el tratamiento está en fase de investigación. El tratamiento incluye suplementos dietéticos (por ejemplo, ácido folínico para la deficiencia de folato cerebral), restricción dietética (en casos de homocistinuria y glutaricacidaemia) y dieta cetogénica (en casos de deficiencia de deshidrogenasa, deficiencia del transportador de Glut1). Otros tratamientos incluyen: trasplante de células madre hematopoyéticas (en casos de mucopolisacaridosis o leucodistrofia metacromática), reemplazo de enzimas (en casos de enfermedad de Gaucher, por ejemplo) o terapia génica (ante adrenoleucodistrofia). Varias afecciones que presentan discapacidad intelectual son susceptibles de tratamiento. De éstas, más de la mitad pueden identificarse mediante análisis de orina y de sangre. Algunas de estas afecciones (p.ej., Defectos del transportador de creatina) pueden presentarse inicialmente como una discapacidad del desarrollo. La prevalencia de errores innatos del metabolismo es mayor en esta población, por lo que es importante realizar estas pruebas, a modo de cribado neonatal, en dicha población en riesgo. También existen algunas afecciones en las que se puede hacer un diagnóstico temprano a partir de pruebas de detección bioquímicas sencillas y baratas. Por ejemplo, pruebas de creatina quinasa y de función tiroidea, así como de ferritina, vitamina B12 y plomo ante la pica, las restricciones dietéticas (dieta vegana en niños / madres) o el riesgo de exposición ambiental. Aunque estas pruebas rara vez conducen a un diagnóstico, también pueden agregarse a un diagnóstico (p. ej., anemia macrocítica en acidemias).

Otro tipo de pruebas son las de Neuroimagen. Así, la resonancia magnética, RM, del cerebro se ha utilizado de forma selectiva y no selectiva en la evaluación de pacientes con retrasos del desarrollo. El rendimiento diagnóstico de la imagen por resonancia magnética, MRI, es mayor cuando se utiliza en pacientes en los que dicho retraso se asocia con signos clínicos como la circunferencia anormal de la cabeza (microcefalia, macrocefalia no familiar), signos neurológicos focales o epilepsia. La RM es una prueba más sensible y no tiene exposición a la radiación, por lo que es una opción preferida sobre la tomografía computarizada, TC. Sin embargo, los niños menores de 5 años necesitan sedación o anestesia general y algunos pueden requerir pruebas adicionales, incluida una punción lumbar.

Otras situaciones que requieren una atención especial son los casos en los que se produzcan regresiones. Así, si un niño muestra una pérdida de habilidades, debe ser remitido para una evaluación de un especialista. Ello permitirá determinar el tipo de regresión que se esté produciendo. La verdadera regresión es bastante rara, pero la incidencia puede variar según el origen étnico de la población. A veces, puede parecer que se produce una pseudo-regresión cuando la brecha entre sus capacidades intelectuales y las de sus compañeros se amplía. También puede suceder en un niño con parálisis cerebral con un crecimiento rápido y que experimente una disminución en la función motora. La epilepsia también puede afectar la función cognitiva o conductual, especialmente en niños con un retraso generalizado del desarrollo preexistente, o similar. Algunos niños con regresión pueden tener un deterioro gradual en el funcionamiento asociado con la descompensación (a menudo una encefalopatía). Este patrón clínico debe hacer sospechar trastornos mitocondriales. Otras situaciones se relacionan con niños expuestos a una combinación de eventos adversos biológicos, socioeconómicos, emocionales y ambientales que los sitúan en mayor riesgo de experimentar problemas de desarrollo. Esto incluye malnutrición y discapacidad por trauma, hacinamiento y exposición a toxinas y pérdida de padres o trauma por falta de estabilidad. Además, es posible que estos niños no hayan sido vacunados y hayan estado expuestos a enfermedades infecciosas. Todo ello debe ser convenientemente evaluado. En definitiva, si bien la sospecha de discapacidad intelectual puede ser evidente al nacimiento en algunos síndromes (Down), la discapacidad intelectual inespecífica obliga a

descartar como causas posibles las complicaciones obstétricas y la adversidad psicosocial. El diagnóstico clínico inicial requiere en una completa anamnesis y sondeo de los antecedentes familiares, de los eventos perinatales, del desarrollo psicomotor temprano y de la exploración física. Se deben incluir además instrumentos de cribaje con adecuada especificidad y sensibilidad. Algunos autores proponen un proceso diagnóstico, en contextos sanitarios, de dos niveles: (1) Identificación de alteraciones en el desarrollo. Corresponde al primer nivel de atención y lo efectúa el profesional sanitario. El propósito es detectar las alteraciones del desarrollo mediante sondeo clínico específico (hitos del desarrollo) y cribado con instrumentos pertinentes. (2) Diagnóstico del desarrollo y evaluación de la discapacidad intelectual, destinada a niños ya identificados con alteraciones del desarrollo en quienes se debe diagnosticar un trastorno en particular y que se efectúa en centros sanitarios especializados o similares. El diagnóstico específico de discapacidad intelectual y la diferenciación entre los distintos trastornos posibles del desarrollo requiere de numerosos especialistas. Ello permitirá determinar la mejor forma de intervención teniendo en cuenta las fortalezas y debilidades en conducta adaptativa del niño. La evaluación de la capacidad intelectual y de la conducta adaptativa constituyen la base del diagnóstico psicométrico y permiten confirmar la impresión clínica.

La evaluación del CI es un requisito en todos los casos en que se sospeche una discapacidad intelectual. Dicha evaluación debe realizarse, en la medida de lo posible, utilizando una de las escalas ampliamente utilizadas que han sido estandarizadas para la población específica (o culturalmente similar). Entre las escalas más utilizadas para niños se incluyen la Escala de Inteligencia para preescolar y primaria de Wechsler (WPPSI), la Escala de Inteligencia para Niños de Wechsler, en sus diferentes versiones (WISC-R, WISC-IV, WISC-V) y la Escala de Inteligencia Stanford-Binet. También podemos destacar la Escala Bayley de desarrollo infantil (BSID), la Escala McCarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños (MSCA), la Batería de Evaluación Kaufman para niños (K-ABC), o las Escalas de Aptitudes Intelectuales (BAS-II), formada a su vez por dos baterías, BAS-II Infantil (2:6 a 5:11 años) y BAS-II Escolar (6:0 a 17:11 años). Finalmente, es posible hacer referencia a las Escalas de Desarrollo Merrill-Palmer-R (MP-R) para niños de 0 meses a 6 años y medio. Así mismo es fundamental evaluar la conducta adaptativa. Para esto, se comparan las habilidades funcionales de un niño con las de otros niños de edad y educación similar. Existen muchas escalas de comportamiento adaptativo, como la Escala de Comportamiento Adaptativo de Vineland o el Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa, ABAS-II. En nuestro país, se ha venido utilizando el Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP), que constituye una herramienta de evaluación con propiedades psicométricas adecuadas que se ha utilizado con fines diagnósticos. Recientemente, contamos con la Escala de Diagnóstico de Conducta Adaptativa (Diagnostic Adaptive Behavior Scale, DABS) que ayuda al clínico a la hora de discriminar entre la ausencia/presencia de discapacidad intelectual apoyándose, además de en las puntuaciones CI, en la evaluación de limitaciones significativas en habilidades conceptuales, sociales y prácticas. La escala cuenta con probada sensibilidad y especificidad, lo que le hace especialmente útil para dichos fines diagnósticos. Sin embargo, es importante señalar que la evaluación con fines diagnósticos de la conducta adaptativa debe también venir acompañada de una evaluación que permita orientar el tratamiento o provisión de apoyos para la persona con discapacidad intelectual. Contamos para ello con instrumentos validados en España como la Escala de Intensidad de Apoyos (SIS), tanto en su versión para adultos como en su versión para niños.

8.5.- Comorbilidad y diagnóstico diferencial

Según los resultados de un reciente estudio en España, el 21,75% de las personas con discapacidad intelectual tiene una o más discapacidades adicionales. Aunque las discapacidades múltiples son características de la encefalopatía, las complicaciones tienen principalmente un trasfondo genético. Según el Informe Séneca, las principales enfermedades detectadas en

personas con discapacidad intelectual y del desarrollo fueron las neurológicas (18,3%), seguido de las psiquiátricas (18%), cardiovasculares (12,2%), urogenitales (11,1%) y digestivas (10%).

La salud mental de estas personas se encuentra especialmente afectada, observándose una mayor prevalencia de enfermedades mentales y de frecuente presentación en personas institucionalizadas. Sin embargo, estos datos pueden estar infrarrepresentando la realidad debido a las dificultades para aplicar criterios diagnósticos en personas con un grado de discapacidad intelectual más severa. Es también importante tener en cuenta que cada vez son más las personas con discapacidad intelectual que envejecen lo que, aunado a las comorbilidades que padecen asociadas a su etiología (por ejemplo, el síndrome de Down), requieren de cuidados especiales para garantizar su calidad de vida. En cuanto al diagnóstico diferencial, como hemos indicado previamente, la discapacidad intelectual se encuentra clasificada dentro de los denominados trastornos del desarrollo o del neurodesarrollo, que es un concepto más amplio que el de discapacidad intelectual e incluye otras condiciones. Si bien un primer grupo de condiciones se clasifica dentro del epígrafe de discapacidades intelectuales, un segundo epígrafe engloba a los Trastornos de la Comunicación. Este grupo es similar al existente en el DSM-IV-TR, las novedades principales están en la unificación del trastorno mixto receptivo-expresivo y el trastorno expresivo bajo el trastorno del lenguaje, el nuevo trastorno de la comunicación pragmática y los cambios de denominación de los otros trastornos. Dentro de este grupo de trastornos se incluyen los siguientes: (1) Trastorno del lenguaje, (2) Trastorno de los sonidos del habla, (3) Trastorno de la fluencia de inicio en la infancia (Tartamudeo), (4) Trastorno de la comunicación social (Pragmática), y (5) Trastorno de la comunicación no especificado. Pero además, un tercer grupo de Trastornos del Neurodesarrollo son los clasificados dentro del epígrafe de Trastorno del Espectro Autista. Este es uno de los principales cambios con respecto al DSM-IV-TR y de los que más controversias han generado. Así, el grupo, previamente denominado en el DSM-IV-TR, de Trastornos Generalizados del Desarrollo se han unificado bajo un único diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA), eliminando por lo tanto todas las categorías existentes previamente (trastorno autista, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil, trastorno de Asperger y trastorno generalizado del desarrollo no especificado).

Como se puede apreciar, no todos los trastornos del neurodesarrollo implican discapacidad intelectual. Entre los cuadros clínicos más comunes que pueden ser diagnosticados erróneamente como una discapacidad intelectual están los trastornos específicos del desarrollo y el mal rendimiento escolar. En los primeros, los niños pueden presentar una discapacidad debido a que tienen problemas en una o varias habilidades académicas (p.e., lectura, aritmética) cuando en realidad tienen un CI promedio. En el segundo, un bajo rendimiento académico puede deberse a otros factores como la presencia de depresión o problemas conductuales o a factores exógenos como la pertenencia a grupos en riesgo de exclusión que a su vez se asocia con conductas como la baja asistencia escolar. También debe excluirse la posibilidad de una privación ambiental grave, que puede presentar síntomas similares a los de la discapacidad intelectual. Muchos niños con un trastorno del espectro del autismo también tienen discapacidad intelectual además de síntomas específicos del trastorno del espectro del autismo. En estos casos, ambos diagnósticos deben ser considerados. Así pues, el diagnóstico diferencial requiere una evaluación multicomponente, teniendo en cuenta las consideraciones sobre la capacidad intelectual, la conducta adaptativa y las necesidades de apoyo adicionales en salud mental y física que pueden dificultar dicho proceso.

8.6.- Tratamiento y abordaje: higiénico-dietético, psicoterapéutico, psicofarmacológico, rehabilitador/psicopedagógico

El aspecto más importante del tratamiento en todos los casos de discapacidad intelectual es la detección precoz y la intervención temprana, en los diferentes niveles de prevención primaria, secundaria o terciaria ya comentados. Si bien en un porcentaje significativo no es posible

encontrar una etiología específica y muchas de las causas conocidas no tienen cura, no es menos cierto que muchas actuaciones pueden prevenir la presencia de esta discapacidad, informar de los riesgos existentes al respecto o contrarrestar las limitaciones. Ante la presencia ya diagnosticada de una discapacidad intelectual en el sentido en que hemos venido comentando, el objetivo del tratamiento no es “curar” a la persona puesto que no se trata de una “enfermedad”. Más bien, el objetivo es minimizar los síntomas y la discapacidad, reduciendo los riesgos (p.ej., ayudar a las personas a estar seguras en casa o en la escuela), enseñando habilidades necesarias para la vida diaria, mejorando la calidad de vida y prestando apoyo a las familias y cuidadores. Los objetivos específicos y las modalidades de tratamiento para cada individuo dependerán en gran medida de la causa y gravedad de la discapacidad intelectual y de las enfermedades comórbidas. El tratamiento integral de esta condición abarca intervenciones médicas, psicológicas, educativas y sociales.

8.6.1.- Higiénico-dietético

Las personas con discapacidad intelectual se han de enfrentar a una serie de problemas asociados, que pueden limitar cuando no afectar seriamente a su salud y a su calidad de vida. Así, a las condiciones médicas asociadas a la etiología de la discapacidad, se añaden factores conductuales que pueden empeorar su salud. Se han realizado varias revisiones sistemáticas que ponen de manifiesto que las personas con discapacidad intelectual ya sean niños o adultos, presentan niveles mucho más bajos de actividad física que sus iguales sin discapacidad. También hay evidencias de que las personas con esta condición pueden tener mayores niveles de obesidad y de obesidad mórbida que sus iguales sin discapacidad. Si bien algunas condiciones genéticas, como el Síndrome Prader-Willis, cursan con hiperfagia y la correspondiente obesidad, en otros casos no existe una base genética o una alteración que explique dichas diferencias. Asociado con estos hallazgos, otros estudios hallan una mayor prevalencia de síndrome metabólico en esta población que en población general. También contamos con revisiones sistemáticas que indican que las personas con discapacidad, ya desde su infancia, tienen peor higiene y salud dental. A su vez se ha encontrado una asociación entre problemas de sueño y sobrepeso/obesidad y sedentarismo. Si bien es aún necesario aumentar nuestro conocimiento sobre otras condiciones de salud en comparación con población sin discapacidad, no cabe duda de que dado que las personas con discapacidad están viendo aumentada significativamente su expectativa de vida, es necesario adaptar intervenciones de promoción de la salud para esta población.

8.6.2.- Psicoterapéutico

La intervención psicológica incluye a las técnicas de modificación de conducta y otras intervenciones psicológicas como los tratamientos que favorecen la comunicación y el lenguaje. La mayor evidencia científica actualmente se encuentra en intervenciones basadas en el modelo de análisis conductual aplicado, e incluyen el entrenamiento en comunicación funcional, toma de decisiones, reforzamiento y extinción. Cuando a las personas con discapacidad intelectual se les provee de mayor auto-determinación, sus problemas conductuales disminuyen. La evidencia científica respecto al beneficio de la terapia cognitivo conductual es escasa, aunque creciente y sugiere que la mayoría de las personas con esta condición pueden beneficiarse de este tipo de intervención. Este enfoque se recomienda para problemas de tipo emocional (depresión y ansiedad) incluyendo el manejo de la ira. El tratamiento debe ir orientado a la adaptación a la comunidad, con énfasis en el bienestar emocional y la calidad de vida.

8.6.3.- Médico/Psicofarmacológico

En algunos casos el tratamiento puede ir destinado a su etiología. Así, si la causa de la discapacidad intelectual es detectada en un recién nacido, generalmente mediante una prueba de cribado, debe administrarse inmediatamente el tratamiento etiológico específico (p.e., en

enfermedades como la PKU, el hipotiroidismo congénito y la galactosemia). Existen algunas guías para el diagnóstico de los errores innatos del metabolismo (EIM). Las condiciones médicas asociadas pueden justificar estudios adicionales de la función auditiva, visual o metabólica. Los problemas cardíacos asociados a síndromes como el de Down o el de Williams, justifican la intervención específica. Cabe señalar que existen algunas guías referidas como la «mejor práctica clínica» para algunos síndromes específicos (Prader Willi, Williams y Down). No obstante, la condición médica de mayor impacto la constituyen los problemas de tipo psiquiátrico. A este respecto se sabe que los niños con discapacidad intelectual tienen tres a cuatro veces mayor riesgo de desarrollar psicopatología y de sufrir explotación y/o abuso físico y sexual. Con relación a los problemas psiquiátricos asociados, la evaluación clínica puede incluir algunas modificaciones dependiendo de si el paciente tiene habilidades verbales o no. Por ejemplo, la depresión en un paciente sin lenguaje obliga a considerar síntomas más objetivos como la presencia de inhibición psicomotriz, la disminución del apetito y del peso, así como trastornos del sueño. La agresividad en niños sin lenguaje, además de síntomas como el insomnio, la hiperactividad, la hipersexualidad y la irritabilidad, puede orientar hacia la manía. La agresión con hiperventilación y agitación psicomotriz aunada a un estrés ambiental podría indicar ansiedad.

Respecto a la intervención farmacológica en los problemas psiquiátricos asociados, es necesario puntualizar que los fármacos no curan la discapacidad intelectual pero suponen un gran apoyo, especialmente si se combina con técnicas psicológicas específicas (ej. modificación de conducta). Cabe señalar que los psicofármacos en niños y adolescentes con discapacidad intelectual se recomiendan para el tratamiento de la agresión y la irritabilidad, la hiperactividad, el insomnio y la depresión. Se aconseja «comenzar lentamente y progresar poco a poco». Previo a su utilización se recomienda identificar los factores ambientales que se asocian a las conductas problemáticas, como por ejemplo ambientes restrictivos y de baja estimulación, experiencias de victimización temprana, trauma cerebral, etc. Aunque el uso de psicotrópicos es frecuente en las personas con esta condición, se sabe muy poco de sus efectos colaterales en esta población, por lo que los pacientes con uso crónico deben tener una monitorización cercana. Los fármacos que la bibliografía recomienda incluyen los antipsicóticos atípicos como agentes que aminoran los síntomas de excitación psicomotriz, de automutilación y de agresividad. Los estabilizadores del ánimo, como el ácido valproico, se indican también en casos de agresividad. El metilfenidato y la atomoxetina se indican para el control de la hiperactividad y el déficit de atención. La mayoría de los trastornos del sueño en los niños con discapacidad intelectual pueden mejorarse con enfoques conductuales que promuevan hábitos de higiene del sueño y reducción de reforzadores negativos (ej. atención parental inadecuada). En caso de que las medidas conductuales no los mejoren, se recomienda el uso de melatonina. Finalmente, los antidepresivos como los inhibidores de la recaptación de serotonina se recomiendan en el tratamiento de la depresión/ansiedad.

Varios estudios indican que a menudo se sobreutilizan fármacos en el tratamiento de las personas con discapacidad intelectual. Dado que los profesionales de salud suelen atender en situaciones de crisis, se suelen prescribir medicamentos sólo para el manejo de estas situaciones, cuando se deberían usar después de una evaluación integral y como parte de un plan de tratamiento completo en el que también se incluya el manejo conductual y la participación de la familia. También es importante tener en cuenta el consentimiento informado en esta población. Deben utilizarse dosis menores a las que se utilizan en pacientes sin discapacidad intelectual, pues estas personas generalmente tienen más problemas médicos y son más sensibles a los efectos secundarios de algunos fármacos. Por tanto, es preferible comenzar con una dosis muy baja e ir aumentándola gradualmente, de acuerdo con la respuesta y con los efectos secundarios. El uso de fármacos en esta población se basa más en la experiencia clínica que en la evidencia científica, ya que no existe evidencia en los ensayos clínicos aleatorizados del uso de fármacos antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del ánimo y otros fármacos psicotrópicos en niños con discapacidad intelectual. Por ejemplo, recientes revisiones sistemáticas y metaanálisis sobre la utilidad de los medicamentos psicotrópicos para tratar conductas problemáticas en niños con discapacidades intelectuales, indican que la medicación antipsicótica (la risperidona y también el

aripiprazol) se ha mostrado eficaz a corto plazo para tratar estos comportamientos. Sin embargo, dicha medicación produce efectos secundarios significativos que incluyen niveles elevados de prolactina y aumento de peso. La evidencia no es concluyente con respecto a la efectividad de los anticonvulsivos y los antioxidantes para reducir las conductas problemáticas. La calidad de los estudios es limitada y se carece de estudios de seguimiento a largo plazo. No se cuenta con revisiones sistemáticas ni metaanálisis sobre los efectos de la medicación antidepresiva ni de los estabilizadores del ánimo en niños con discapacidad intelectual, pues los escasos estudios existentes se centran en población adulta. Por lo tanto estos fármacos se deben utilizar con las mismas indicaciones que para los niños sin discapacidad intelectual, con las precauciones antes mencionadas. Otros estudios aluden al preocupante aumento del uso de antipsicóticos de segunda generación, particularmente en el manejo de las conductas difíciles. A pesar de que algunos ensayos clínicos en niños, no replicados en adultos, sugieren que pueden ser útiles a corto plazo, preocupa su uso a largo plazo debido a los posibles efectos secundarios (p.e., síndrome metabólico). Algunos fármacos que reducen el deseo sexual son de especial relevancia en adolescentes con discapacidad intelectual ya que ocasionalmente demuestran conductas sexuales inapropiadas y difíciles de controlar. Estas pueden causar alarma y llevar a restricciones de su libertad. Debido a esto, y a pesar del desafío ético que presentan, estos medicamentos (p.ej., ciproterona, antagonistas de la testosterona) son cada vez más prescritos para este propósito.

En definitiva, es necesario realizar estudios controlados aleatorizados adicionales que permitan establecer recomendaciones específicas para la población con discapacidad intelectual, ya que es común prescribir drogas psicotrópicas aprobadas para indicaciones no autorizadas. Por otro lado, y en cualquier caso, el tratamiento farmacológico debe formar parte de un programa terapéutico más exhaustivo, con medidas educacionales y psicosociales. Las prescripciones de este tipo de fármacos deben realizarse por un especialista en neurología infantil y en psiquiatría para niños y adolescentes o médicos familiarizados con el tratamiento de los trastornos de conducta en niños y adolescentes

8.6.4.- **Rehabilitador/psicopedagógico**

Ante el nacimiento de un niño con una condición probablemente asociada a discapacidad (p.ej., síndrome de Down), o tras su detección, sus padres o responsables legales pueden solicitar el reconocimiento del grado de discapacidad. Para ello se debe rellenar la correspondiente solicitud en las oficinas de registro establecidas a tal efecto por los Órganos Gestores de las Comunidades Autónomas con competencia en materia de reconocimiento del grado de discapacidad (Consejería a cargo de los Servicios Sociales) y en el caso de las ciudades de Ceuta y Melilla en las Direcciones Provinciales del IMSERSO, en cuyo ámbito territorial residan habitualmente los interesados. Se ha de esperar entonces a recibir notificación de cita para el reconocimiento. Tras dicho reconocimiento se emitirá un dictamen técnico-facultativo y una Resolución, que se notifica en el domicilio del interesado. La duración de estos trámites suele ser de unos tres meses, pero el reconocimiento del grado de discapacidad se reconoce, en su caso, en la fecha de presentación de la solicitud. Durante la cita de reconocimiento el niño con discapacidad y el familiar u otra persona que le acompañe se entrevistan con tres profesionales de la Administración: médico, psicólogo y trabajador social. Se aplica entonces el baremo para la valoración de la discapacidad que tiene en cuenta sobre todo las limitaciones en el funcionamiento. A la puntuación obtenida se añade la derivada de la valoración de factores sociales complementarios y, en su caso, de dificultades de movilidad. La obtención de un nivel de discapacidad de 33% o superior da derecho a diferentes ayudas y servicios educativos, sanitarios y sociales. Ello requiere realizar las correspondientes solicitudes a los organismos competentes. Los niños de 0 a 6 años diagnosticados con discapacidad pueden solicitar servicios de atención temprana por parte de la Administración de logopedia, estimulación, psicomotricidad y fisioterapia. No obstante, estos servicios tienen varias limitaciones puesto que para poder ser beneficiario de los mismos es preciso no estar escolarizado en un centro educativo de educación especial, no estar escolarizado

en un ciclo de educación primaria y no estar recibiendo el mismo tipo de tratamiento y en similares condiciones en otros centros o servicios públicos o privados. Estas limitaciones dificultan la provisión de servicios tan intensos o extensos como en algunos casos sería deseable. La revisión del grado de discapacidad es de dos años en el caso de adultos, pero menor en el caso de los niños, debiendo fijarse dicho periodo en la resolución.

Dado que la educación es un derecho y una obligación para todo niño en España, al menos en el periodo de los 6 a los 16 años, tras el diagnóstico de discapacidad es preciso obtener un dictamen de escolarización para que dicho niño cuenta con los apoyos necesarios en el contexto escolar. El dictamen de escolarización es un informe específico que se elabora para el alumnado con necesidades educativas especiales. Este documento oficial establece varias medidas y propuestas. Por un lado, certifica que un alumno presenta necesidades educativas especiales. Por otro lado, especifica cuáles son esas necesidades especiales. Por otro, dictamina cuáles son los recursos humanos y materiales extraordinarios que necesita. Por último, propone a la Administración Educativa, la modalidad de escolarización más adecuada para un determinado alumno. Dicha modalidad puede consistir en: (1) Escolarización ordinaria, es decir, la escolarización en un centro ordinario de Infantil, Primaria o Secundaria. Si bien en ese centro puede contar con algunos recursos extraordinarios, personales y materiales. Esta es la modalidad más frecuente para los niños y niñas con necesidades especiales. Se considera escolarización ordinaria también los centros llamados de “atención preferente”, es decir, aquellos que, siendo ordinarios, escolarizan preferentemente alumnado con determinadas características por disponer de más recursos. Así hay centros de escolarización preferente de discapacidad auditiva o visual, o motórica o de trastorno del espectro del autismo. (2) Escolarización en centros específicos de Educación Especial. Se trata de centros que disponen de un currículum diferente, con una ratio por aula diferente y con personal y material más especializado. También pueden considerarse en esta modalidad, las aulas específicas de educación especial que existen en algunos centros ordinarios y que reciben diferentes denominaciones según la Comunidad Autónoma (p.ej., Aulas enclave, en Canarias). (3) Escolarización combinada. En estos casos un alumno asiste y es atendido unos días en el centro ordinario y otros en un centro o aula específica de educación especial. El único profesional que tiene competencia para elaborar y firmar el dictamen de escolarización es el orientador u orientadora de la Administración, técnicamente conocido como profesor de orientación educativa. En algunas comunidades autónomas, se permite que lo elabore el orientador u orientadora de centros escolares concertados. A veces, pueden firmar y colaborar el profesor o profesora técnico de servicios a la comunidad (PTSC), pero siempre es necesaria la firma de un orientador. Ningún otro profesional del ámbito privado, ni sanitario tiene competencia para emitir el dictamen de escolarización. No obstante, el dictamen de escolarización sí puede tener en cuenta el diagnóstico clínico que profesionales externos al sistema educativo establezcan y al que se asocian las necesidades educativas especiales.

El tratamiento rehabilitador en esta condición ha de ir destinado a asegurar las mejores condiciones físicas y psicológicas posibles, a conseguir el alivio o mejora de síntomas tratables, la prevención de complicaciones que agraven la situación y la instauración de medidas o procedimientos tendentes a desarrollar la autonomía del paciente y su calidad de vida el mayor tiempo y de la mejor forma posible. Así pues y desde el punto de vista de la intervención psicosocial, una de sus metas es fomentar la aceptación de esta condición y el conocimiento de las dificultades inherentes a la discapacidad intelectual, en términos intelectuales y, particularmente, adaptativos. El desarrollo temprano de habilidades permitirá lograr la inclusión en la comunidad con una mejor calidad de vida, de ahí que el objetivo terapéutico se oriente a la autosuficiencia en la comunicación (lenguaje de expresión, comprensión y escrito), las habilidades de la vida cotidiana (personales, domésticas y comunitarias) y la socialización (habilidades en las relaciones interpersonales, juego, tiempo libre y afrontamiento). En la vida adulta, el paciente con discapacidad intelectual requiere de programas y apoyo de redes sociales y comunitarias que le permitan tener una vida económica y socialmente estable y, en la medida de lo posible, independiente. La eficacia de las intervenciones debe también ser valorada no sólo desde la

perspectiva de mejora de las conductas diana sino también de la calidad de vida, desde una perspectiva multidimensional. Para ello se pueden emplear instrumentos como la Escala INICO-FEAPS de evaluación de la Calidad de Vida, la Escala San Martín, la Escala GENCAT, la Escala KidsLife, o la Escala KidsLife-Down, entre otras. La intervención social y educativa implica reconocer que la discapacidad intelectual impacta en la adaptación familiar y comunitaria donde el niño se desarrolla. De ahí también la importancia de la evaluación e intervención en estos contextos. La Evaluación de la Calidad de Vida Familiar es también relevante en este ámbito. Además, la inclusión escolar, en el mayor grado posible y con los apoyos requeridos, debe ser una meta prioritaria en la etapa educativa, y continuada por alternativas de inclusión laboral y de vida en la comunidad.

8.7.- Desarrollo, curso y pronóstico

El curso y desenlace de la discapacidad intelectual varía considerablemente en función de la severidad, la vulnerabilidad biológica, el funcionamiento psicológico individual y el apoyo familiar, educativo y social. En la discapacidad intelectual leve, los diagnósticos se realizan generalmente al ingresar a la escuela cuando las demandas académicas se elevan. Pueden aparecer problemas educativos y conductuales posteriores si no se obtienen las ayudas necesarias en la infancia. La discapacidad intelectual moderada se suele detectar en los años preescolares y dependiendo de la presencia o no de condiciones médicas asociadas, la vida independiente en la etapa adulta puede suponer mayores retos. La discapacidad intelectual severa y profunda se identifica en la infancia temprana y el pronóstico es el más adverso, ya que se suelen requerir niveles muy elevados de apoyo a lo largo de la vida. Las dificultades en la comunicación son una fuente de especial desventaja. Aunque la discapacidad intelectual no es una condición curable, el pronóstico es bueno en general. Como se planteaba en la definición de discapacidad intelectual (entonces retraso mental), de 1992 de la AAMR:

Si se ofrecen los apoyos apropiados durante un periodo prolongado, el funcionamiento en la vida de la persona con retraso mental mejorará generalmente.

Las personas con discapacidad intelectual pueden experimentar una elevada calidad de vida, realizar las mismas actividades y disfrutar de los mismos derechos que cualquier otra persona. La Convención Internacional sobre de los Derechos de las Personas con Discapacidad que fue ratificada, junto con su protocolo facultativo, en España en 2008 garantiza derechos como el derecho a la salud, a la educación, a la participación, a la vida en la comunidad, a casarse y formar una familia, entre otros derechos. Para hacer efectivos esos derechos es necesario garantizar los apoyos necesarios a nivel educativo, social, sanitario, laboral, psicológico, médico, etc. En definitiva, la provisión de apoyos en las diferentes dimensiones de una vida de calidad, tanto para la persona con discapacidad intelectual como para su familia y seres significativos, son claves para experimentar dicha satisfacción vital.

8.8.- Bibliografía y material complementario

8.8.1.- Bibliografía

- Alcedo, M.A., Fontanil, Y., Solís, P., Pedrosa, I. y Aguado, A.L. (2017). People with intellectual disability who are ageing: Perceived needs assessment International Journal of Clinical and Health Psychology ,17, 38-45. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/337/33749097005.pdf>
- American Association on Mental Retardation (1992). Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports, 9th ed. Washington, DC.: American Association on Mental Retardation.

- American Association on Mental Retardation (2002). *Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports*, 10th ed. Washington, DC.: American Association on Mental Retardation.
- García Ibáñez, J., Feliu, T., Usón, M., Ródenas, A., Aguilera, F. y Ramo, R. (2009). Trastornos invisibles. las personas con discapacidad intelectual y trastornos mentales o de conducta. *Siglo Cero*, 40 (2), 38-60. Disponible en: http://sid.usal.es/idocs/F8/ART13167/garcia_ibanez.pdf
- González-Gil, F., Martín-Pastor, E., Poy, R. y Jenaro, C. (2016). Percepciones del profesorado sobre la inclusión: estudio preliminar. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 19(3), 11-24. DOI: <https://doi.org/10.6018/reifop.19.3.219321>
- Gutiérrez, D., Casas, J. M. March, M. y Pascual, J. (2016). Epidemiología de la discapacidad intelectual en España EDAD08. Máster en Atención Sanitaria y Práctica Colaborativa. Facultad de Farmacia y Ciencias de la Alimentación. UB Disponible en: <http://www.pascalpsi.es/Docs/EDIE2008%20REDPropi18047.pdf>
- Gutiérrez Bermejo, B. y Jenaro, C. (2012). *Diversidad Funcional Intelectual*. En: M.E. del Campo Adrián (coord.), *Alteraciones del desarrollo y discapacidad*, Vol. 1, 2012 (Diversidad Funcional e impacto en el Desarrollo (pp. 291-369). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia, UNED, Servicio de Publicaciones: Sanz y Torres.
- Gutiérrez Ortega, M., Martín Cilleros, M. V., y Jenaro, C. (2014). El Index para la inclusión: presencia, aprendizaje y participación. *Revista Nacional e Internacional de Educación Inclusiva*, 7 (3), 186-201. Disponible en: <http://revistaeducacioninclusiva.es/index.php/REI/article/download/139/133>
- Heber, R. (1959). A manual on terminology and classification in mental retardation. *American Journal of Mental Deficiency*, Suppl. 64(2), 1-111.
- Heber, R. (1961). Modifications in the manual on terminology and classification in mental retardation. *American Journal of Mental Deficiency*, 65, 499-500.
- Ke, X. y Liu, J. (2017). Discapacidad intelectual (Irrarázaval M, Martín A, Prieto-Tagle F, Fuertes O. trad.). En J.M. Rey (ed), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines. Disponible en: <http://iacapap.org/wp-content/uploads/C.1-Discapacidad-Intelectual-SPANISH-2018.pdf>
- McQuire, C., Hassiotis, A., Harrison, B. y Pilling, S. (2015). Pharmacological interventions for challenging behaviour in children with intellectual disabilities: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 15.
- Mithyantha, R., Kneen, R., McCann, E. y Gladstone, M. (2017). Current evidence-based recommendations on investigating children with global developmental delay. *Archives of Disease in Childhood*, 102,1071–1076. doi:10.1136/archdischild-2016-311271
- Navas, P., Verdugo, M. A. Gómez, L. E. (2008). Diagnóstico y clasificación en discapacidad Intelectual. *Intervención Psicosocial*, 17(2), P143-152. <https://www.redalyc.org/pdf/1798/179814018004.pdf>
- Romanach, J. y Lobato, M. (2005). *Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano*. Madrid: Centro de Documentación Down (disponible en: <http://centrodocumentaciondown.com/uploads/documentos/1dcb1a899435d2b2806acdf5dbcf17aa941abd8d.pdf>)
- Schalock et al.(2007) el nuevo concepto de retraso mental: comprendiendo el cambio al termino discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 38 (4), 5-20. Disponible en: <http://sid.usal.es/idocs/F8/ART10365/articulos1.pdf>
- Schalock, Robert L. ... [et al.] (2010). *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports (11th Edition)*. Washington, DC.: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities,
- Unwin, G. L. y Deb, S. (2011). Efficacy of atypical antipsychotic medication in the management of behaviour problems in children with intellectual disabilities and borderline intelligence: A systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, 32(6), 2121-2133. doi:10.1016/j.ridd.2011.07.031
- Verdugo, MA., Arias, B. y Navas, P. (2014). La escala de diagnóstico de conducta adaptativa (DABS): aplicaciones prácticas, *Siglo Cero*, 45 (1) 8-23. Disponible en: http://sid.usal.es/idocs/F8/ART20384/conducta_adaptativa_249.pdf
- Vericat, A. y Orden, A. B. (2013). El desarrollo psicomotor y sus alteraciones: entre lo normal y lo patológico. *Temas Libres*, 18 (19), 2977-2984. Disponible en la dirección: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2013.v18n10/2977-2984/es>

8.8.2.- Material complementario

- Guía Clínica retraso mental. Guías clínicas del hospital psiquiátrico infantil “Dr. Juan N. Navarro”. México. Disponible en: http://www.sap.salud.gob.mx/media/61202/nav_guias9.pdf
- Discapacidad intelectual y salud mental. Guía práctica. Madrid: Consejería de Asuntos Sociales. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM013833.pdf>
- La salud de las personas con discapacidad intelectual: ¿qué debemos tener en cuenta? Guía práctica para profesionales de la salud. Disponible en: <http://www.dincat.cat/la-salud-de-las-personas-con-discapacidad-intelectual-qu%C3%A9-debemos-tener-en-cuenta-230046.pdf>

8.8.2.1.- Páginas Web de interés

<http://aaidd.org/>

<http://blogs.uned.es/protedis/>

<http://inico.usal.es/>

<http://sid.usal.es/default.aspx>

<http://www.icbdsr.org/>

<http://www.plenainclusion.org/>

<https://www.cedd.net/>

<https://www.cermi.es/es>

<https://www.disability-europe.net/>

<https://www.iassidd.org/>

<https://www.observatoriodeladiscapacidad.info/>

9.- CAPÍTULO 9: TRASTORNOS DEL DESARROLLO NEUROLÓGICO: TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL APRENDIZAJE

María Martínez Velarte. Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Complejo Asistencial de Zamora.

9.1.- TRASTORNO DE APRENDIZAJE DE LA LECTURA

9.1.1.- Introducción: historia y epidemiología

A diferencia del lenguaje, la escritura, y consecuentemente la lectura, contempladas desde una perspectiva evolucionista es un invento reciente. La adquisición del lenguaje es un hecho natural; implícito en todas las sociedades modernas y primitivas; basta que los niños estén durante los primeros años inmersos en un entorno lingüístico, para que incorporen con una facilidad sorprendente el lenguaje. De aquí que el **lenguaje se considere una cualidad innata**. Sin embargo, la lectura y la escritura requieren un aprendizaje muy sofisticado. De hecho la escritura se basa en el descubrimiento de los componentes sonoros de las palabras (**fonemas y sílabas**) y de la posibilidad de representarlos mediante signos (el alfabeto); así la escritura presupone un metaconocimiento del lenguaje hablado; hoy día llamamos a esta capacidad “**conciencia fonológica**”. La unidad gráfica de escritura recibe el nombre de **grafema**; en las lenguas alfabéticas las letras o grafemas tiene una correspondencia fonética elemental.

Una parte del cerebro cumple la misión de almacenar la información de la forma de las cosas. Es en la parte basal de la región temporooccipital donde se ubica la región visual que almacena la información sobre las imágenes; dicha zona la utilizamos los humanos para identificar imágenes y letras, o sea que **las letras y las palabras se procesan mediante unos mecanismos y estructuras cuya función genuina es la de reconocer formas**.

En definitiva, la **lectura es un invento cultural**, cuya **capacidad de adquisición no está pregrabada en los circuitos cerebrales**. La pretensión de que todos los individuos deberían ser igualmente hábiles para el aprendizaje de la lectura tiene el mismo significado que pensar que toda la humanidad debería estar bien dotada para la informática, tocar el violín o para jugar al golf.

La primera descripción de un trastorno de la habilidad lectora la realizó Adolph Kausssmaul, médico alemán que en 1877 publicó el caso aislado de un paciente que perdió la facultad de leer, a pesar de conservar la inteligencia, la visión y el lenguaje. Correspondía a lo que actualmente diagnosticamos como dislexia-forma adquirida de trastorno de aprendizaje de la lectura. En 1896,

el médico inglés William Pringle Morgan describió la forma congénita del trastorno que recibió el nombre de “ceguera verbal congénita” en un muchacho de 14 años que a pesar de ser inteligente, tenía una incapacidad casi absoluta para manejarse con el lenguaje escrito. En 1900 Hinselwood, un cirujano de Glasgow se interesó por los niños que no podían aprender a leer y propuso agruparlos según tuvieran a no retraso mental asociado; para el primer grupo propuso usó el término “dislexia congénita” y para el segundo “alexia congénita”.

Durante los últimos 100 años la dislexia ha estado bajo permanente debate; no fue hasta 1975 cuando la World Federation of Neurology utilizó por primera vez el término “dislexia del desarrollo”. La definición aportada en aquel momento fue: Un trastorno que se manifiesta por la dificultad para el aprendizaje de la lectura a pesar de una educación convencional, una adecuada inteligencia y oportunidades socioculturales. Depende fundamentalmente de alteraciones cognitivas cuyo origen frecuentemente es constitucional”.

La dislexia es el trastorno del aprendizaje más frecuente entre la población infantil. Su prevalencia se estima entre el 5-10 %; junto al TDAH son los trastornos del neurodesarrollo más prevalentes.

9.1.2.- Definición y diagnóstico

La dislexia es fácil de diagnosticar, basta con escuchar atentamente la experiencia que relata el propio niño. La Tabla 9-1 muestra los signos clínicos que permiten sospechar la dislexia a partir de los 8-9 años que es cuando se espera que la lectura ya esté claramente instaurada. Lo más habitual es que el motivo de consulta sea un fracaso escolar; la primera hipótesis diagnóstica ante un problema de bajo rendimiento escolar debe ser la dislexia.

Tabla 9-1: Aspectos clínicos para el diagnóstico de la dislexia

Dificultades para descodificar palabras aisladas
Dificultades más importante para leer pseudopalabras o palabras raras
Lectura con errores y muy laboriosa
Lectura lenta
Dificultades ortográficas
Problemas sutiles en el lenguaje
Dificultad para nombrar figuras
Mal rendimiento en los test fonológicos
Historia de dificultades en lectoescritura
Lectura correcta pero no automática
Lentitud en la lectura
Penalización en los test de elección múltiple

9.1.3.- Etiopatogenia y bases neurobiológicas

La dificultad para la lectura, al margen de que exista un solo tipo o varios tipos de dislexia, se sustenta en uno o unos déficits cognitivos básicos. Entre todas las teorías basadas en un déficit nuclear parece haberse impuesto la fonológica, que goza de un sólido respaldo teórico y experimental. Recibe soporte de estudios psicométricos, de neuroimagen funcional y de genética molecular.

Para leer con agilidad se requiere un acceso automático y de alta fidelidad al fonema y a las transiciones entre los fonemas que forman la palabra. Ciertos fonemas son muy similares y, por tanto, la discriminación entre ellos puede resultar muy confusa y torpe si no están registrados de forma muy precisa en el cerebro. Además, hay que acceder al fonema automáticamente sin necesidad de pensar.

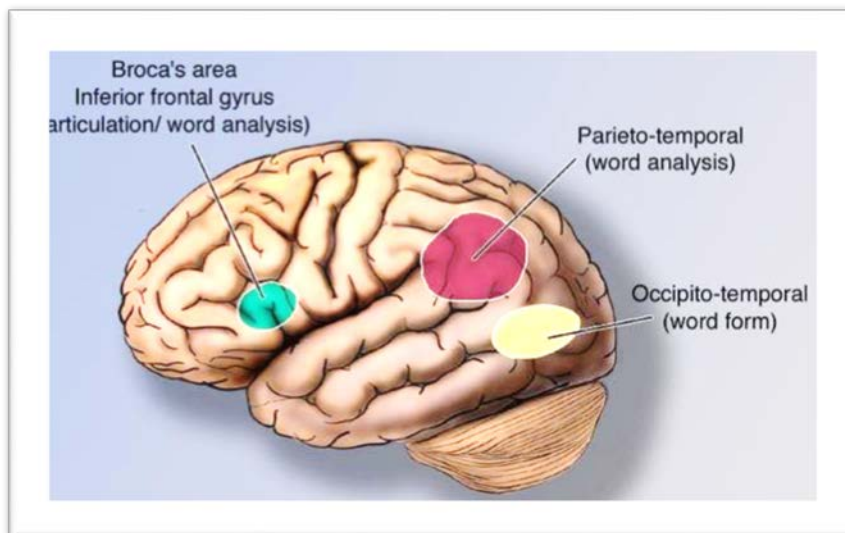
La teoría fonológica asume un bajo rendimiento de la región parietal posterior del hemisferio izquierdo, donde se ubican las representaciones fonológicas

El déficit fonológico por sí mismo es suficiente para generar dislexia, con independencia de que estén presentes o no otras disfunciones.

En definitiva, la dislexia es un problema de aprendizaje de base lingüística. No es un problema viso-perceptivo, como se ha divulgado en medios de comunicación al público general.

El circuito lector propuesto por Shaywitz y cols. implica tres zonas (Ilustración 9-1): el córtex parietal posterior, el córtex occipito-temporal y el área de Broca en el lóbulo frontal. Al córtex occipito-temporal le corresponde la identificación visual de la palabra, cuya estructura fonológica se analiza en el córtex parietal posterior. En la medida en que una palabra nos resulta familiar se prescinde del análisis fonológico, más lento que el reconocimiento visual; pero cuando el sistema posterior resulta poco eficiente, como ocurre en los disléxicos, interviene el área de Broca que mediante una subarticulación de la palabra, amplifica el mensaje fonológico y, consecuentemente, facilita la lectura. El problema es que esta vía resulta más lenta y menos eficaz.

Ilustración 9-1: Circuito lector en cerebro. Sally Shaywitz. Overcoming Dislexia, 2003



El funcionamiento de estos sistemas permite comprender cómo se desarrolla el proceso lector, tanto en disléxicos como en lectores normales.

Este sistema se ha completado recientemente a través de los trabajos de Nakamura al demostrar que el córtex prefrontal –implicado en mecanismos atencionales- activa el sistema lector; de forma que la lectura se ve facilitada o interferida por las habilidades atencionales.

Desde el punto de vista madurativo debe contemplarse que las regiones del cerebro de las cuales depende la capacidad para integrar la información visual, verbal y auditiva – necesaria para iniciar la lectura– no están mielinizadas hasta bien pasados los 5 años. La mielinización de estas áreas es más lenta en niños que en las niñas. Ello implica que querer comenzar la lectura antes de los 4-5 años es biológicamente precipitado y contraproducente en muchos casos, aunque evidentemente puede haber variaciones vinculadas a la variabilidad entre los individuos.

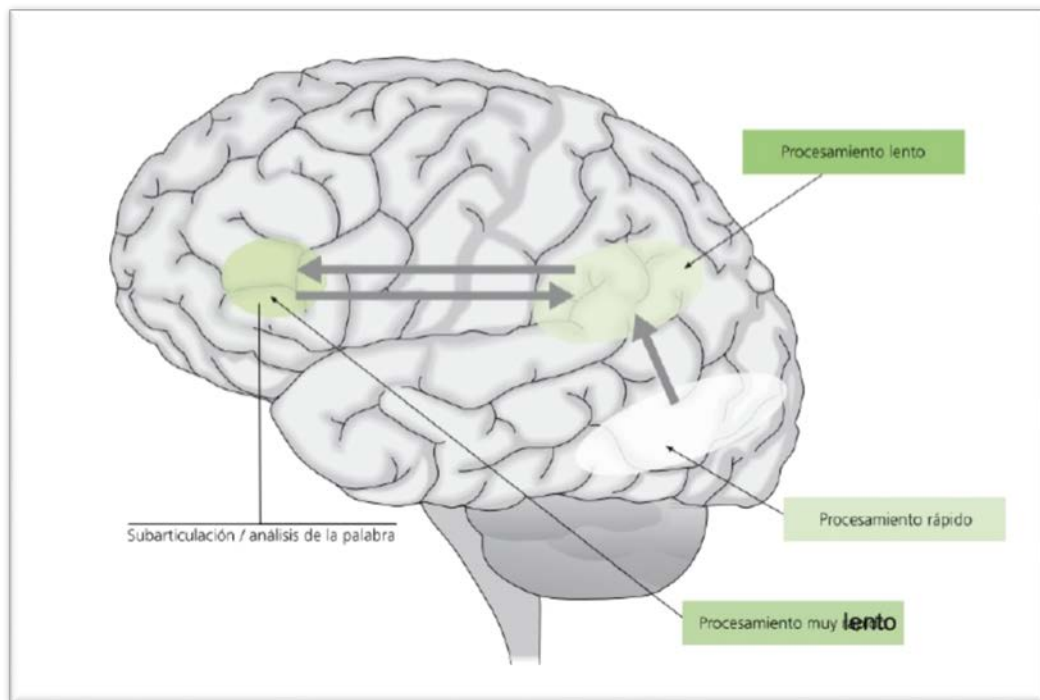


Ilustración 9-2: Circulido lectos. Área de Broca, en rojo. Artigas Pallarés J

Por último, respecto a las **bases genéticas**, las regiones cromosómicas cuya implicación en la dislexia se han replicado en diversos estudios son: 1p34-1p36 (gen candidato DYX8, también implicado en el TDAH); 6p21-6p22 (identificados también como loci pleiotrópicos implicados a su vez en el TDAH, siendo los genes candidatos DCDC2 y KIAA0319), 15q21 (también loci pleiotrópico) y 18p11.

9.1.4.- Evaluación y pruebas complementarias

Una vez valorados los síntomas referidos en la Tabla 9-1, se debe proceder a pruebas psicométricas que confirmen el diagnóstico y permiten establecer el perfil cognitivo de todos los aspectos que inciden en el aprendizaje. La Tabla 9-2 resume un protocolo básico de pruebas psicométricas que permiten confirmar el diagnóstico.

Tabla 9-2: Pruebas recomendadas para el diagnóstico de la dislexia

Test estandarizado de lectura (TALE, TALEC)
PROESC, batería de evaluación de los procesos de escritura
PROLEC-R, batería de evaluación de los procesos lectores revisada
PROLEC-SE, evaluación de los procesos lectores en alumnos de tercer ciclo de primaria y secundaria
Cociente intelectual: WISC-IV, K-ABC
Test fonológico
Registro fonológico inducido (Marc Monfort)
PLON-R, prueba de lenguaje oral Navarra revisada
Test de identificación de objetos (Peabody)
Test de vocabulario de Boston
CPT, Continuous Performance Test
Cuestionario Connors
CBCL, cuestionario para valorar el perfil psicopatológico

En el protocolo de pruebas psicométricas que permiten confirmar el diagnóstico se incluyen pruebas que exploran los trastornos del lenguaje y el TDAH dada su alta comorbilidad con la dislexia.

En la valoración diagnóstica de la dislexia ha de señalarse la importancia de la detección del déficit fonológico, pues en él reside el núcleo disfuncional de la dislexia, para ello podemos utilizar:

- errores fonológicos en la prueba de dictado TALE (test estandarizado de lectura)
- parte fonológica de la prueba PLON-R (prueba de lenguaje oral Navarra-revisada)
- prueba fonológica específica (registro fonológico inducido)

9.1.5.- Comorbilidad y diagnóstico diferencial

Las características genéticas –poligenicidad, pleiotropismo, heterogeneidad y la implicación de los loci de caracteres cuantitativos- dan sentido a la comorbilidad como forma habitual de la dislexia. Los trastornos más comunmente asociados a la dislexia son:

9.1.5.1.- Trastornos del lenguaje:

El déficit fonológico, aspecto nuclear de la dislexia, puede incidir en la pronunciación de las palabras y generar un lenguaje poco inteligible hasta los 5-6 años, en este caso existe por tanto comorbilidad; pero también puede incidir de modo exclusivo en la asociación de grafema-fonema y por tanto no asociarse a un Trastorno Específico del Lenguaje (TEL) tipo Trastorno Fonológico.

Los otros aspectos del lenguaje -semántica, sintáxis y pragmática- inciden en la **comprensión lectora; por tanto cuando un niño presenta un TEL se resiente su capacidad lectora.**

9.1.5.2.- TDAH:

En un niño diagnosticado de TDAH antes de los 6-7 años, valorar la adquisición de la habilidad lectora, ya que un tercio aproximadamente presentará ambos trastornos.

La dislexia y el TDAH, al igual que sucede con el TEL, comparten mecanismos genéticos, neurológicos y cognitivos.

9.1.5.3.- Disgrafía:

Prevalencia de un 3%; pero se puede agrupar en 3 subtipos, según los mecanismos neurológicos implicados:

- **Disgrafía basada en el lenguaje:** dificultad para construir correctamente las palabras escritas. Se puede considerar como una manifestación genuina de la dislexia; los errores de ortografía son más frecuentes en palabras que contienen **grafemas ambiguos o poco diferenciados**, puesto que generan mayor dificultad para su discriminación. Los **grafemas** que se corresponden con **fonemas similares también constituyen una fuente fácil de errores.**

En la práctica caso todos los niños disléxicos tienen dificultades ortográficas, de forma que la escritura al dictado es un buen parámetro para valorar la dislexia. Por tanto la disgrafia basada en el lenguaje queda incorporada dentro de la sintomatología propia de la dislexia.

- **Disgrafía de disejecución motora:** problema puramente motor; así el trastorno del desarrollo de la coordinación puede ser una causa de disgrafia motora.
- **Disgrafía visuoespacial:** se relaciona con una baja capacidad visuoperceptiva y visuoespacial: se traduce en una deficiente ubicación y distribución de la escritura en el papel y en la dificultad para acertar correctamente las separaciones entre las palabras; también omiten letras y tienen especial dificultad en prever el final de la línea. Además de mala letra tienen poca aptitud para el dibujo.

- **Discalculia:** comparten mecanismos cognitivos comunes por lo que es probable que su comorbilidad esté determinada genéticamente.
- **Trastorno del desarrollo de la coordinación motora:** alrededor del 50 % de los niños que sufren trastornos del aprendizaje tienen asociado un trastorno del desarrollo de la coordinación; pero hay que subrayar que el trastorno de la coordinación motora no se asocia de forma exclusiva ni preferentemente a la dislexia, sino que es igualmente frecuente en el TDAH, en los TEA, en los TEL y en el RM. El pleiotropismo y la heterogeneidad genética puede ser una explicación.

9.1.6.- Tratamiento y abordaje

La teoría fonológica nos lleva a métodos de tratamiento de base fonológica para prevenir, mejorar o remediar el problema.

En cuanto a prevención, si se facilitan precozmente los aprendizajes fonológicos- antes del inicio de la lectura- sería teóricamente posible la prevención de las dificultades lectoras; se están aplicando en países anglosajones y escandinavos y consisten en dedicar 15 minutos diarios a juegos en los que se utilizan rimas y manipulación de sílabas y fonemas.

Otro nivel de prevención sería actuar ante los primeros síntomas de dislexia; los enfoques terapéuticos en las primeras fases lectoras se orientan en dos polos, basados en los mecanismos básicos del aprendizaje de la lectura: el adiestramiento en el proceso de transformación grafema-fonema; por otra parte existe el enfoque basado en el reconocimiento global de la palabra; la práctica cotidiana pone en evidencia la superioridad del método fonológico.

La atención específica en medio escolar para todo niño disléxico es primordial que se instaure precozmente, a ser posible antes finalizar el primer curso de enseñanza primaria. Los argumentos que avalan un programa son:

- programas orientados hacia el entrenamiento fonológico
- programa orientado al problema; es decir la dislexia mejora mediante tareas relacionadas con la lectura.

En los estudiantes de secundaria puede ser más sensato ofrecer medidas adaptativas que intentar insistir en medidas terapéuticas. A pesar de que el déficit cognitivo que produce la dislexia persistirá a lo largo de la vida, sus consecuencias y su expresividad variarán sensiblemente; así cualquier intervención destinada a mejorar la capacidad lectora y la búsqueda de estrategias alternativas repercutirá positivamente.

9.1.7.- Desarrollo, curso y pronóstico:

Los primeros síntomas de la dislexia aparecen alrededor de los 2 años, cuando está asociada a trastorno fonológico, lo cual implica una mala vocalización. Hacia los 5 años se aprecia dificultad para identificar algunas letras. La auténtica problemática de la dislexia comienza al inicio la enseñanza primaria. El niño disléxico que hasta este momento no había llamado la atención en ningún aspecto, muestra una dificultad mayor para leer y escribir que sus compañeros; el niño disléxico no quiere leer delante de los demás, no quiere hacer el ridículo. Al margen de la lectura puede mostrarse como un niño despierto, interesado por diversos aspectos de la naturaleza, las ciencias o incluso los números. Los padres pueden percibir que tiene baja autoestima. Tiene miedo y se siente inseguro. Se suele considerar que sus problemas se relacionan con una falta de motivación e interés por los estudios. Las materias que tienen que ver con la lectura son las que más le cuestan. No solo no le gusta leer, tampoco le gusta escribir. Se “come” letras.

A medida que avanza en los estudios, aunque suele mejorar la lectura, sigue leyendo con más lentitud y torpeza que sus compañeros. Puede tener menor comprensión lectora. Por supuesto no tiene afición a leer, aunque hay excepciones. Comete gran cantidad de faltas de ortografía.

Con frecuencia acaban perdiendo interés por los estudios, y pueden acabar teniendo problemas relacionados con la marginación social en contextos socioculturales más deficitarios.

9.2.- IDEAS PRINCIPALES

- La dislexia es un problema de aprendizaje que afecta a la adquisición de la lectura
- La dislexia dificulta el éxito académico
- El efecto de la dislexia es diferente en cada persona. Las consecuencias comunes son:
 - Problemas en la mecánica de la lectura
 - Problemas en la comprensión lectora
 - Problemas en la escritura
 - Problemas en la ortografía
- La dislexia puede asociarse a trastornos del lenguaje (dificultades para expresarse con claridad o comprender lo que otros dicen). Estos problemas del lenguaje, a veces, son difíciles de detectar. Sin embargo, pueden generar problemas serios en la etapa escolar y en las relaciones sociales.
- La dislexia suele afectar a la autoestima. Los estudiantes con dislexia pueden llegar a tener la sensación de “ser tontos”, lo cual puede comportar desánimo y negación a continuar los estudios
- Otros síntomas que pueden presentar las personas con dislexia son:
 - Retraso en el inicio del lenguaje
 - Dificultades en la organización del lenguaje oral y escrito
 - Dificultades en el aprendizaje de otros idiomas

9.3.- DISCALCULIA

9.3.1.- Introducción: historia y epidemiología

Algunas personas, a pesar de ser inteligentes, son negadas para los números; constantemente precisan de los dedos para hacer las cuentas, tienen dificultades para hacer estimaciones de distancias, de tamaños, de intervalos de tiempo, etc.

La discalculia es un trastorno del aprendizaje que ha merecido menos interés que la dislexia, a pesar de tener alta prevalencia y una considerable repercusión escolar.

A diferencia de la lectura que es un proceso relativamente unitario, el manejo de las matemáticas comporta mecanismos cognitivos muy diversos; pero, además, las habilidades matemáticas son muy heterogéneas. No es lo mismo el cálculo mental que el aprendizaje memorístico de las tablas de multiplicar; no es lo mismo hacer un cálculo aproximado sobre el número de niños que hay en una clase que aplicar la fórmula de la superficie del círculo; no es lo mismo saber y aplicar la mecánica de resolución de ecuaciones que pensar los días que faltan para las vacaciones. Pero incluso dentro de una misma operación matemática están implicadas habilidades distintas y no necesariamente dependientes unas de las otras.

9.3.2.- Concepto de discalculia y diagnóstico

La discalculia implica dificultades en las habilidades numéricas básicas: generación y comprensión de cantidades, símbolos numéricos y operaciones aritméticas básicas.

Para el aprendizaje de las matemáticas se ha propuesto la implicación de los siguientes procesos:

- **Memoria semántica (lingüísticos):** conocer y nombrar los términos, operaciones y conceptos matemáticos y descodificar los problemas escritos en símbolos matemáticos, así como seguir la secuencia de pasos matemáticos, contar o recordar las tablas de multiplicar. En este aspecto están **desfavorecidas las personas que padecen trastorno específico del lenguaje o dislexia**; algunos niños disléxicos tienen problemas para resolver problemas matemáticos porque no entienden el enunciado; pero cuando alguien se los cuenta utilizando un lenguaje más claro y sencillo, están salvados. Los niños disléxicos también tienen dificultad para recordar los datos aritméticos (tablas de multiplicar, fórmulas matemáticas, etc.); sin embargo cuando tiene a mano una calculadora o pueden consultar la fórmula, funcionan de maravilla.
- **Memoria de trabajo (atencionales):** copiar números o figuras correctamente, acordarse de llevar o fijarse en los signos operacionales; este correlacionaría el fracaso matemático con el **TDAH**; las personas con este trastorno tienen una memoria operativa bastante pobre; como en la mayor parte de los razonamientos matemáticos implica mantener en el pensamiento consciente un cierto número de datos de modo simultáneo, también en este caso no es raro que exista un fracaso en el aprendizaje y uso de las matemáticas.
- **Habilidades perceptuales:** reconocer o leer símbolos numéricos o signos aritméticos y formar agrupaciones de objetos; un problema perceptual puede expresarse por ejemplo en: dificultad para el reconocimiento visuoperceptivo de la forma de los números, de las alineaciones de las operaciones aritméticas y de la identificación de los signos aritméticos

Por tanto, resulta innegable la implicación de procesos lingüísticos, atencionales y perceptuales en las operaciones matemáticas, pero en los últimos años ha surgido una nueva teoría sobre el concepto de discalculia, sustentada en un déficit del **sentido numérico o numerosidad**.

El desarrollo del sentido numérico pasa por distintos estadios:

1.-Desarrollo del sentido numérico general (sistema central de magnitud): habilidad básica que consiste en diferenciar entre uno y múltiples elementos.

△ △△△

2.-Desarrollo del sistema numérico verbal: habilidad de asociar una cantidad a una palabra concreta.

△△ = dos

3.-Desarrollo del sistema numérico arábigo: habilidad asociar cantidades a una cifra concreta.

△△△ = 3

4.-Desarrollo de la representación de una secuenciación numérica, también denominada imaginaria, lo cual facilita el cálculo aproximado.

0 100 500 1000

Por tanto como procesos básicos aparece el **concepto de número** que se sustenta en los principios lógicos de cardinalidad, ordinalidad e inferencia transitiva que es consecuencia de la ordinalidad: si $2 > 1$ y $3 > 2$, entonces $3 > 1$; y el principio básico de la **enumeración** se basa en los principios lógicos de la correspondencia uno a uno (en un conjunto cada elemento se debe contar únicamente una vez) y el orden estable (la secuencia de conteo siempre se realiza siguiendo el mismo orden).

Contemplando la discalculia como un déficit, al menos inicialmente, en el sentido numérico, los signos de alerta que aparecen precozmente son:

- Desarrollo normal en el lenguaje, la lectura y la escritura con dificultades para aprender a contar y a resolver problemas
- Buena memoria para palabras escritas pero dificultad para leer números o recordar secuencias numéricas
- Buen desarrollo de conceptos matemáticos generales, pero fallos en los cálculos específicos
- Problemas para ordenar conceptos cronológicamente o hacer estimaciones de tamaño o altura
- Capacidad limitada para estimar costes, tiempo, distancias

Las consecuencias de la falta de habilidad en el sentido numérico se recogen en la Tabla 9-3

Tabla 9-3: Consecuencias en habilidades numéricas

<p>Escasa habilidad para contar</p> <p>Dificultad en las operaciones básicas (adición, sustracción, multiplicación y división)</p> <p>Dificultad para el cálculo mental</p> <p>Necesidad de usar los dedos para contar</p> <p>Dificultad en la adquisición de automatismos para contar</p> <p>Dificultad para estimar cálculos aproximados</p> <p>Dificultad con las secuencias (se pierden al contar, al aprender las tablas de multiplicar, etc.)</p> <p>Lentitud en la realización de tareas matemáticas. Precisan más tiempo y esfuerzo para hacer los deberes de matemáticas y con resultados no muy positivos</p>

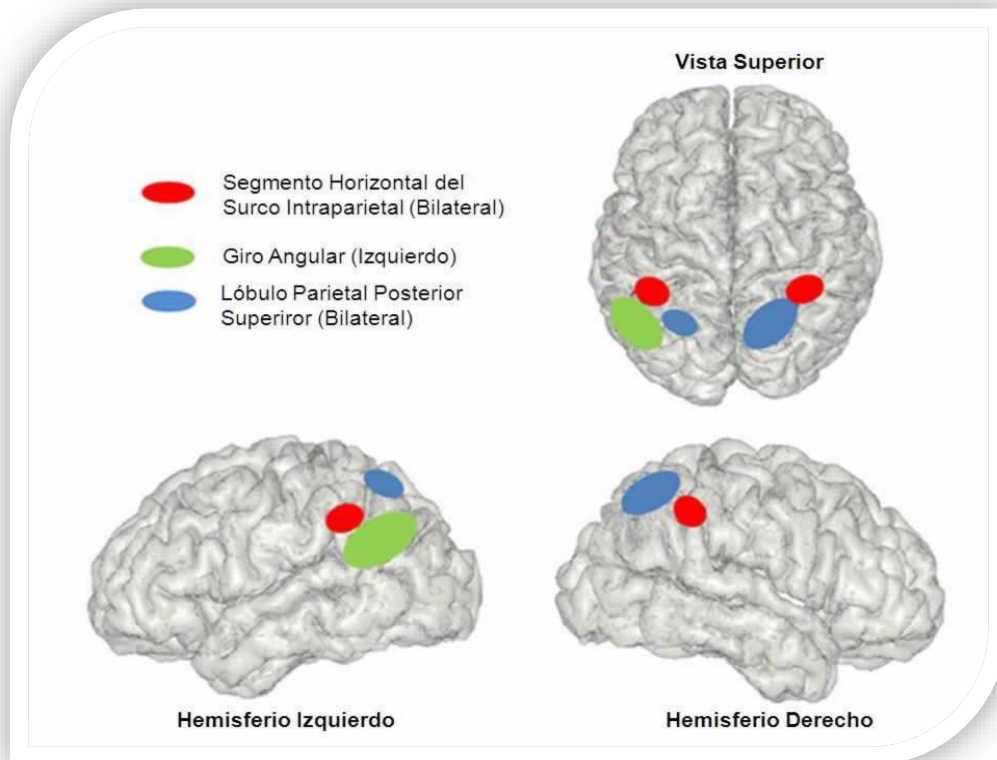
El diagnóstico se plantea ante todo niño que muestre dificultades para el cálculo matemático. Dada la alta comorbilidad con el TDAH y con la dislexia, el proceso diagnóstico requerirá una valoración cognitiva que incluya: inteligencia general, habilidades lectoras, escalas para el diagnóstico de TDAH y habilidades relacionadas con el cálculo.

9.3.3.- Etipatogenia y bases neurobiológicas

La identificación de lesiones adquiridas que tienen como resultado la alteración en los procesos de cálculo permite aportar algunas ideas sobre los circuitos cerebrales implicados en el cálculo; lesiones en la parte inferior del lóbulo parietal izquierdo conllevan dificultades en el sentido numérico (estimación, comparación, sustracción...) y lesiones en la zona subcortical izquierda dificultades numéricas verbales o relacionadas con la memoria de tareas numéricas (tablas de multiplicar). Por tanto, se pueden disociar mecanismos de cálculo distintos e independientes.

Los estudios con neuroimagen funcional han permitido precisar las regiones corticales implicadas en el cálculo; se trata de tres áreas del lóbulo parietal que pueden ser consideradas como el "circuito del cálculo" (surco intraparietal horizontal superior bilateral (manipulación de las cantidades o sentido numérico), lóbulo parietal posterosuperior bilateral (tareas numéricas que requieren una atención espacial) y circunvolución angular izquierda (representación simbólica mediante palabras, mediante números).

Ilustración 9-3: Circuito del cálculo



En el trastorno del neurodesarrollo del cálculo las tres áreas se desarrollan de modo muy interrelacionado por lo que sería muy difícil que aparecieran casos puros.

9.3.4.- Evaluación y pruebas complementarias

Existen pocas baterías de exploración de las habilidades numéricas basadas en modelos teóricos. En la Tabla 2 resume las distintas pruebas que se pueden utilizar para hacer el diagnóstico de discalculia.

Tabla 9-4: Pruebas específicas para el diagnóstico de la discalculia

Tedi-Math (test para el diagnóstico de Parte de un modelo cognitivo multifactorial las competencias básicas en matemáticas)	
Aritmética (WISC-IV)	Evalúa habilidad para conceptos numéricos abstractos y operaciones numéricas
Aritmética (K-ABC)	Idem
Dyscalculia Screener	Instrumento computarizado. Evalúa destrezas basadas en el sentido numérico
Batterie UDN-II	Evalúa conceptos lógicos y las nociones numéricas

9.3.5.- Comorbilidad

Los trastornos que muestran una clara comorbilidad con la discalculia son el TDAH, la dislexia y el trastorno procedimental. En torno a un 26% de discalculicos presentan déficit atencional. La comorbilidad con la dislexia si bien ha sido mucho más estudiada, arroja resultados con gran oscilación que va del 17 al 64%. Hay que tener en cuenta que teniendo en cuenta las diversas conceptualizaciones de la discalculia, los datos de comorbilidad estarán mediatizados por el concepto aplicado al estudio.

9.3.6.- **Tratamiento**

No existe una pauta consolidada. Se pueden aplicar unas ideas básicas:

- Tratar los problemas comórbidos especialmente el TDAH, la dislexia y los trastornos del lenguaje.
- Permitir adaptaciones curriculares
- Tratamiento específico que debe partir de una identificación del déficit cognitivo subyacente.

9.4.- **Bibliografía:**

Artigas-Pallarés y Narbona José Juan (2011) Trastornos del Neurodesarrollo, Viguera Editores. Se trata de un libro muy útil para la práctica clínica cotidiana.

10.- CAPÍTULO 10: TRASTORNOS DEL DESARROLLO NEUROLÓGICO: Coordinación, movimiento estereotipados, Tourette

María Martínez Velarte. Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Complejo Asistencial de Zamora.

10.1.- TRASTORNO DEL DESARROLLO DE LA COORDINACIÓN

10.1.1.- Introducción: historia y epidemiología

A lo largo del siglo XX se utilizaron distintos términos para hacer referencia a los niños con problemas derivados de sus escasas habilidades motoras, tales como disfunción cerebral mínima, dispraxia, trastorno del desarrollo de la coordinación. Dicha heterogeneidad generaba confusión y por ello en 1994 se acordó usar el término del DSM-IV de Trastorno del Desarrollo de la Coordinación (TDC, en adelante).

El TDC tiene una prevalencia a los **9 años del 6%** y del **3-4% a los 14 años**. El sexo masculino está más afectado que el femenino, con una proporción entre 2:1 y 7:1.

La prevalencia de las formas más leves en la población general es del **15% a los 9 años** y del **3-4% a los 14 años**.

10.1.2.- Definición y diagnóstico

El TDC se refiere en términos generales a niños con inteligencia normal que tienen mala coordinación motora sin evidencia de patología neurológica, tipo parálisis cerebral infantil o distrofia muscular. Los problemas motores de los niños con TDC son tan marcados que afectan a sus actividades diarias en casa y en el colegio.

Otro aspecto interesante a tener en cuenta en la clínica es que los niños con TDC difieren unos de otros en base a otros aspectos como:

- la gravedad y el tipo de las dificultades motoras
- el nivel de habilidad que presentan en otros dominios (intelectual, educativo y conductual)
- los antecedentes personales: problemas genéticos y perinatales.

En la exploración clínica, los niños con TDC muestran signos de disfunción neurológica menor (DNM, en adelante).

10.1.2.1.- Concepto de disfunción neurológica menor

Para diagnosticar la DNM es necesaria la presencia de un conjunto de signos de disfunción que pueden organizarse según los distintos subsistemas del sistema nervioso (SN, en adelante) que se utilizan en la práctica clínica: **tono muscular, reflejos, motricidad gruesa (MG, en adelante), motricidad fina (MF, en adelante) y movimientos asociados** (cara, lengua, faringe, ojos) **y/o movimiento involuntarios** como el temblor. Tabla 10-1

Tabla 10-1: Signos para el diagnóstico de DNM

Grupo disfuncional	Signos	Criterio de disfunción
Tono muscular	Anomalías en tono muscular Anomalías posturales en sedestación, al gatear, en bipedestación y al caminar	Uno o dos de : -leve alteración del tono muscular -leve alteración postural
Reflejos	Intensidad anormal y/o umbral anormal o asimetría en: -reflejo bicipital -reflejo rotuliano -reflejo aquileo Reflejo plantar extensor uni o bilateral (signo de Babinski)	Presencia de al menos dos signos
MG	Descoordinación de los movimientos de brazo y pierna durante el gateo Movimientos en bloque del tronco durante el gateo, bipedestación o deambulación Equilibrio no adecuado para la edad Movimientos de manos al caminar no adecuados para la edad Capacidad no adecuada para la edad para sortear obstáculos al caminar	Presencia de al menos dos signos
MF	Ausencia de pinza en 1 o 2 manos Preferencia exclusiva por una mano Movimientos cualitativamente anormales de brazo Desajustes en la prensión Cualidad anormal de los movimientos de las manos	Presencia de al menos 2 signos
Miscelánea (menos frecuente)	Movimientos de cara, ojos, lengua, faringe Movimientos involuntarios tales como el temblor	Evidencia de al menos uno de los siguientes: -Parálisis leve de par craneal -Presencia consistente de temblor

Tabla 1: Agrupaciones neuro-conductuales de DNM, basados en el examen neurológico de Touwen (1979) para niños de 4 años en adelante; adaptada de Hadders-Algra y cols. (1988)

Se pueden distinguir dos formas de DNM: DNM simple y DNM compleja. Los criterios de la DNM simple y compleja son específicos en función de la edad Tabla 10-2.

Tabla 10-2: Criterios para DNM simple y compleja

EDAD	MÉTODO	DNM SIMPLE	DNM COMPLEJA
1,5 a 4 años	Hempel, 1993	Disfunción en 1 agrupación sintomática de DNM	Disfunción en >1 agrupación sintomática de DNM
4 años hasta el inicio de la pubertad	Touwen, 1979	Disfunción en 1-2 agrupaciones sintomáticas de DNM	Disfunción en >2 agrupaciones sintomáticas de DNM

Después del inicio de la pubertad	Touwen, 1979	Hipotonía leve Discinesia coreiforme	Problemas leves en coordinación Dificultad leve en MF
-----------------------------------	--------------	---	--

Tabla 2: Criterios específicos para la DNM simple y compleja; (Hadders-Algra, 2002 y 2003)

Como puede observarse en la tabla, antes del inicio de la pubertad la distinción entre DNM simple o compleja se basa en el número de agrupaciones sintomáticas de disfunción, pero después de la pubertad cuando la mayoría de los niños con DNM presentan una sola agrupación sintomática de disfunción, la discriminación se basa en el tipo de disfunción presenta. En otras palabras la pubertad transforma la expresión cuantitativa de disfunción no específica del SN prepuberal, en una manifestación de disfunción cerebral cualitativa y posiblemente más similar a la del adulto.

La reducción de los casos de DNM en torno a la pubertad es debida a los cambios hormonales que tiene lugar en esta etapa del desarrollo. Las hormonas candidatas son la tiroxina y los estrógenos.

En nuestra práctica clínica debemos prestar atención a los niños más afectados que presentan criterios de DNM compleja y que se corresponderían al TDC de la clasificación de la American Psychiatric Association (APA, en adelante).

10.1.3.- Etiopatogenia y bases neurobiológicas

El TDC presenta unas fuertes raíces pre y perinatales. Se asocia con una afectación neurológica prenatal, nacimiento antes de las 33 semanas de gestación, y puntuaciones obstétricas subóptimas. Lo mismo ocurre en la parálisis cerebral (PC, en adelante) de forma que la DNM compleja puede ser considerada como una forma límite de PC.

En el último trimestre de embarazo, especialmente el cerebelo y las regiones periventriculares muestran una alta actividad de desarrollo, lo cual se asocia con un incremento de la vulnerabilidad a agentes dañinos. Un lugar predilecto para las lesiones es la sustancia blanca central, por tanto, puede asumirse que al menos en parte el TDC es debido a una interrupción de los sistemas de fibras de conexión, tales como el cuerpo calloso o el sistema descendente en la cápsula interna.

Por otra parte, se ha observado que las lesiones en SB periventricular en niños pretérmino se asocian con una reducción significativa de la SG cortical a término.

Además, los tipos de disfunciones asociadas a la DNM compleja, y por tanto al TDC que afectan a la MF y a la MG, apuntan en una dirección similar, ya que reflejan disfunción de las **vías corticoestriado-tálamo-cortical y cerebelosa-tálamo-cortical**. Dichos circuitos juegan un importante papel no solo en aspectos sensorio-motores de la programación motora, en la planificación de movimientos, la selección de programas y memoria motora sino también en las tareas cognitivas implicadas en los aprendizajes. **Esto explica la asociación entre el TDC o DNM compleja y las dificultades cognitivas y atencionales.**

Fisiopatológicamente la DNM simple debe ser considerada como el reflejo de una **función cerebral no óptima pero no patológica que afecta al sistema dopaminérgico fronto-estriado**. Etiológicamente un cableado cerebral no óptimo puede ser debido a una constitución genética o una programación fetal aberrante como resultado de un estrés en etapas precoces del desarrollo.

10.1.4.- Evaluación y pruebas complementarias

En la práctica clínica los Psiquiatras no prestamos demasiada atención al desarrollo de la coordinación motora en nuestros pacientes más pequeños; por otro lado los Neurólogos habitualmente prestan poca atención a las conductas alteradas y a los problemas emocionales de sus pacientes con torpeza motora.

Además de los test específicos para medir la habilidad neuromotora del niño (Hadders-Algra y cols., 1988) proponemos un **test de cribado para detectar disfunción motora**, como es el caso del Cribado de Neurodesarrollo Breve para detectar problemas de coordinación motora.

Tabla 10-3: Test de cribado para detectar disfunción motora

<p>A. Ejecución inapropiada para la edad en ítems recogidos en apartado B. Sólo se permite un intento por ítem. Test desarrollado para niños de 6 a 7 años. En este grupo de edad la anormalidad en 2 o más de los 6 ítems sugiere la presencia de TDC. Se aplican otros puntos de corte para niños más pequeños (punto de corte más alto: 3 o más ítems) y más mayores (punto de corte más bajo: 1 o más ítems).</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Saltar a la pata coja 20 veces, puntuación sobre pie derecho e izquierdo por separado. Anormal: a) >12 segundos sobre cualquiera de los pies. b) dos o más interrupciones sobre cualquiera de los pies. 2. Bipedestación sobre un solo pie, derecho e izquierdo, puntuación por separado. Anormal: <10 segundos sobre cualquiera de los pies. 3. Caminar sobre la parte lateral de los pies durante 10 segundos (también denominado test de la rana) con las manos colgando (se permite balanceo). Anormal: codo flexionado 60° o más, b) abducción del hombro, c) movimientos asociados de manos y lengua, d) asimetría significativa. 4. Disdiadococinesia 10 segundos, cada mano por separado. Anormal: a) 10 o menos pronosupinaciones con cualquier mano, b) "disfluencia" significativa, o c) movimiento lateral de codo de 15 cm o más. 5. Recortar un círculo de papel (10 cm de diámetro) de una hoja rectangular. Anormal: a) 20% o más del círculo de papel mal cortado (se sale del perímetro hacia dentro o hacia fuera), o b) tiempo invertido: 2 minutos o más. 6. Tarea de trazado con lápiz y papel. Anormal: según tarea específica utilizada (puede utilizarse de la Escala Merrill –Palmer, el ítem 49: Copia de dibujos II: línea diagonal, círculo, flecha de 2 puntas con línea; 3 círculos superpuestos).

Brief Neurodevelopmental Screening (BNS) for Motor Dyscoordination/DCD developed by Gillberg y cols. (1983)

10.1.5.- Comorbilidad y diagnóstico diferencial

El TDC se asocia con un incremento moderado del riesgo de presentar problemas de aprendizaje y de conducta, como por ejemplo el TDAH y también a la presencia de rasgos autistas e incluso a Trastornos del Espectro Autista.

10.1.6.- Tratamiento

Entre las estrategias genéricas para trabajar la coordinación motora destacan: dar al niño el tiempo que necesite para llevar a cabo las tareas y bajar el nivel de exigencia en cuanto a los resultados de los ejercicios que impliquen una ejecución motora compleja. Si es necesario en el centro escolar se realizará una adaptación curricular en asignaturas como educación física, educación plástica, etc., que requieren habilidades motrices.

10.1.6.1.- Respecto a la mejora en motricidad gruesa (o amplia) se proponen:

- ejercitar el hábito de adoptar posturas correctas; sentarse adecuadamente, puede mejorar el manejo de los utensilios
- aprendizaje formal de un deporte, según las preferencias de los niños, quizá son más asequibles los individuales siendo la natación el deporte rey, pero también el tenis o las artes marciales, incluso el ciclismo; en todos ellos vale la pena practicar la identificación de objetivos, la integración perceptivo-motriz, la planificación de la ejecución motora, la realización motriz, y la autocorrección de esta última.

- es bueno recomendar a los padres que organicen los fines de semana, actividades de ocio que impliquen ejercicio físico, como salidas al campo, y promover que el niño juegue en la calle, en las pistas deportivas de los barrios u homólogos con instrumentos (balón, pelota, comba, cinta, raqueta, pala, patines, bicicleta, monopatín, patinete, etc.) como alternativa a quedarse en casa viendo la televisión o entreteniéndose con videojuegos
- además del juego hay otras situaciones de la vida diaria que pueden aprovecharse para entrenar estas habilidades, por ejemplo se puede proponer al niño que ayude en las tareas domésticas: barrer, pasar el aspirador, ayudar a lavar el coche, recoger la cocina, ordenar una estantería, cortar el césped, pasar la fregona, etc.

10.1.6.2.- Respecto al desarrollo de la motricidad fina, se recomiendan:

- juegos que impliquen la utilización de objetos como la peonza, las canicas, cromos, dados, fichas, marionetas, plastilina, fimo, arcilla, gomets y otros adhesivos, tijeras, compás, regla, punzón, cúter, cuentas, etc.
- en casa se le puede animar a que ayude en la cocina (trocear alimentos, rallar la zanahoria o el queso, hacer albóndigas, batir huevos, preparar un bocadillo, exprimir naranjas, etc.), a poner y quitar la mesa, servir los alimentos y el agua, a regar las plantas, etc.
- en algunos casos resulta aconsejable trabajar la propiocepción, que implica la percepción del estado y de la condición de los propios músculos, tendones y articulaciones, con juegos como: el “tira y afloja” con una cuerda, colgarse de las espaldas, andar en un “arenero”, jugar a boxear con una almohada, hacer pulsos, tirarse de un trampolín sobre un colchón viejo, saltar en una cama elástica, dar saltos sentado sobre un gran globo de plástico, hacer fuerza con los pies contra una pared o contra los pies de un compañero, tumbarse boca abajo sobre un patinete y dejarse empujar, desplazarse tumbado metido en un saco de dormir, etc.

Existen además numerosos juegos que sirven para el desarrollo del equilibrio y el control espacial: envolverse en una alfombra y rodar; dibujar una línea en el suelo con una tiza e intentar andar por encima de ella; buscar objetos/personas con los ojos vendados, hacer volteretas en línea recta; realizar alguna actividad con las manos como jugar a las cartas, batear una pelota de beisbol, etc.; subirse a un balancín, intentar andar sobre una cuerda situada sobre una colchoneta, etc.

10.1.7.- Desarrollo, curso y pronóstico

Desde el punto de vista clínico se considera relevante diferenciar en los niños que presentan torpeza o trastorno del desarrollo de la coordinación, entre los dos tipos de DNM.

La DNM simple, que a la edad escolar es la más frecuente, tiene una implicación clínica limitada; reflejaría la presencia de un cerebro normal, pero con un “cableado” no óptimo, que puede tener un origen genético o bien estar relacionado con acontecimientos estresantes en etapa prenatal.

La DNM compleja, puede ser considerada como una forma de disfunción cerebral más extensa y adquirida en período perinatal; se ha hipotetizado que puede ser debida a una lesión precoz en uno o más de los sistemas de fibras de conexión del cerebro. La presencia de una disfunción neural en niños con DNM compleja se asocia con un **alto riesgo de desarrollar problemas motores que interfieran en sus actividades diarias y ello conlleva una alta vulnerabilidad para el desarrollo de otros problemas tales como los trastornos del aprendizaje escolar y los problemas de atención.**

Tabla 10-4: Diferencias entre DNM simple y compleja

	DNM SIMPLE	DNM COMPLEJA (TDC)
RELACIÓN CON ADVERSIDADES PRE-PERINATALES	+/-	+++
RELACIÓN CON CONDUCTA MOTORA TORPE	++	+++
RELACIÓN CON PROBLEMAS DE CONDUCTA ESPECIALMENTE TDAH	+	+++
RELACIÓN CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE	+	+++

+/-= relación muy débil, += relación débil; ++= relación clara; +++= relación muy fuerte

10.1.8.- Bibliografía:

Artigas-Pallarés y Narbona José Juan (2011) Trastornos del Neurodesarrollo, Viguera Editores. Se trata de un libro muy útil para la práctica clínica cotidiana.

Gillberg C. and Kadesjö B (2003).,Why Bother About Clumsiness? The Implications of having Developmental Coordination Disorder (DCD), Neural Plasticity, 10,NO.1-2.

Hadders-Algra M. (2003) Developmental Coordination Disorder: Is Clumsy Motor Behavior Caused By a Lesion of the Brain at Early Age? Neural Plasticity, 10, NO.1-2.

10.2.- TRASTORNO DE MOVIMIENTO ESTEREOTIPADOS

10.2.1.- Epidemiología

Se estima que entre el 3-9% de los niños de entre 5-8 años presentan estereotipias primarias.

Entre un 40-45% de los niños con autismo presentan al menos una estereotipia.

10.2.2.- Definición y diagnóstico

Las estereotipias se engloban dentro de los trastornos del movimiento por exceso o hiperkinéticos, que además incluyen: tics, temblor, mioclonus, atetosis, corea y distonía.

Actualmente se define la estereotipia como un movimiento:

- repetitivo
- semi-involuntario
- rítmico (aunque no siempre)
- coordinado
- no propositivo (no se realizan con ningún fin, pero sí cumplen una función)
- suprimibles con la distracción o con la iniciación de otra actividad
- no impiden la realización de una actividad motora pero, en ocasiones, pueden interferir con las actividades normales si son muy frecuentes
- pueden resultar lesivos para el individuo, sobre todo en casos graves asociados a otros déficits neurológicos

Las estereotipias se pueden clasificar, según se recoge en la Tabla 10-5

Tabla 10-5: Clasificación de estereotipias

Motoras (movimientos) o fónicas (emisión de sonidos o vocalizaciones)
Simplees (movimientos simples y únicos, sonidos guturales) o complejas (movimientos más complejos, coordinados, implican más de una acción, vocalizaciones o incluso palabras)
Primarias o secundarias

La clasificación de las estereotipias en **primarias y secundarias**, se realiza según afecten a niños sanos o a niños con trastorno del neurodesarrollo, ya sea en la esfera de los trastornos del espectro del autismo como en la del retraso mental.

Los patrones más característicos de estereotipias son:

- **Cara:** movimientos de lengua o labios, apertura de boca, mueca, chupeteo, chupar objetos, aspirar, fruncir los labios, estirar los labios, resoplido, bruxismo, mordisquear, apretar la mandíbula, abrir los ojos...
- **Cabeza y cuello:** agitar la cabeza, mover la cabeza en sentido de afirmación o de negación, inclinar la cabeza, agitación de hombros, golpeteo de la cabeza, estiramiento del cuello, enroscarse el pelo en los dedos, tirones de pelo, extensión de cuello...
- **Tronco:** giro, balanceo, flexionar la espalda, giro del cuerpo hacia los lados...
- **Hombros:** elevar y bajar los hombros, arquear la espalda
- **MMSS:** aleteo de manos, cruzar los brazos sobre el pecho, palmeo, agitar las manos, movimientos ondulantes de las manos o los dedos, retorcer las manos o los dedos, chuparse el pulgar, señalar, morderse o chuparse las manos o los dedos, arañarse las manos, agitar las manos enfrente de la cara, poner las manos enfrente de la cara y mirarlas, pellizcar la piel, enroscar la ropa con los dedos, picar/repiquear (golpear) en objetos, en la pared...
- **Manos con objetos:** agitar un objeto, golpear un objeto, estrujar un objeto, golpear superficies con lápices u otros objetos, acariciar o frotar repetitivamente objetos...
- **Miembros inferiores:** golpear con los pies en el suelo, golpear un pie con el otro, caminar de puntillas, caminar de talones, saltar, correr, correr en círculos, posturas rígidas de las piernas, dar patadas, sentarse y levantarse...
- **Autodirigidas:** cubrirse las orejas, olisquear, frotarse los ojos, golpearse o tocarse el cuello, tocarse los genitales, automutilación, frotarse contra la superficie de un objeto...
- **Visuales:** bizquear, mirar detenidamente un objeto que se sostiene en las manos, sostener un objeto en frente de la cara y dirigir la mirada hacia un objeto lejos en el campo de visión...
- **Fónicas:** Vocalizaciones (frases o palabras), risa inmotivada...

El diagnóstico siempre es clínico y no son necesarias pruebas complementarias salvo que se sospeche otra patología distinta de las estereotipias; para hacer el diagnóstico diferencial con epilepsia habría que realizar un vídeo-EEG.

Pueden ayudarnos en el diagnóstico:

- la observación clínica
- observación de vídeos caseros
- uso de cuestionarios estandarizados validados

10.2.3.- Etiopatogenia y bases neurobiológicas

Se han relacionado, al igual que los tics, con disfunción a nivel de los ganglios basales (en adelante, GGBB), concretamente a nivel de los circuitos nigroestriados. Éstos tiene un papel muy importante en el control de la conducta motora propositiva; por tanto una disfunción a este nivel, podría desencadenar patrones de reentrada de conducta estereotipada no propositiva. En el caso de personas con autismo se ha asociado un polimorfismo del gen que codifica para el receptor dopaminérgico D3 con mayor volumen del estriado y mayor severidad en la conducta

estereotipada; incluso en niños con Trastorno del espectro del autismo se han asociado las conductas repetitivas con polimorfismos comunes del gen del receptor dopaminérgico D4 y del gen del transportador de dopamina.

10.2.4.- Comorbilidad y diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial se debe llevar a cabo con:

- tics complejos
- compulsiones
- crisis epilépticas
- automatismos
- con movimientos por enfermedad neurológica

Tabla 10-6: Diferencias entre estereotipias y los tics:

ESTEREOTIPIAS	TICS (motores complejos)
Inicio precoz (menores de 3 años)	Mucho más frecuente que aparezcan más tardíamente, entre los 6-7 años
No aparecen durante el sueño	Pueden aparecer durante el sueño
El individuo no es consciente del movimiento	Sí son conscientes del movimiento
Los movimientos siguen un patrón fijo, siempre son iguales	Patrón errático y van variando con el tiempo
Predominio en extremidades superiores, aunque también pueden afectar a las inferiores y al resto del cuerpo	Predominan más en la cabeza, en extremidades superiores o en tronco
Rítmicos	No rítmicos
Suprimibles con la distracción	Son menos suprimibles
Menor duración	Mayor duración
Ausencia de sensación anormal premonitoria	Suelen ir precedidos de sensación premonitoria
Pueden ser placenteras	No son placenteros
Al suprimirse, no generan ansiedad	Generan ansiedad al suprimirse

10.2.5.- Tratamiento

En la mayor parte de los casos no requieren tratamiento y lo más importante será explicar a la familia la benignidad del cuadro. Incluso tratándose de estereotipias secundarias, las estereotipias (a no ser que sean autolesivas) no perjudican ni deterioran el estado general o el desarrollo del niño, y el mayor problema lo producen a nivel del funcionamiento /aceptación social. Es importante señalar que el abordaje farmacológico o conductual de las estereotipias secundarias muchas veces es difícil e infructuoso, no obstante, en casos seleccionados se puede intentar.

La decisión de tratar las estereotipias de un niño dependerá de la gravedad clínica, repercusión psicosocial y repercusión en el rendimiento académico en el caso de las estereotipias primarias, y en el caso de las estereotipias secundarias dependerá de la repercusión en la dinámica socio-familiar y de que impliquen conductas autolesivas para el niño (automutilaciones, estereotipias de hiperventilación en las niñas con síndrome de Rett que pueden desencadenar crisis...)

El tratamiento puede ser de dos tipos:

- Tratamiento conductual: Es el más empleado y el que ha demostrado una mayor eficacia. En general se basa en potenciar otros movimientos adaptativos que sustituyan a las estereotipias y en el caso de los niños con estereotipias primarias, la reversión de hábitos que se basa en el auto-reconocimiento por parte del niño, que posteriormente aprende a inhibir la estereotipia.

- Tratamiento farmacológico: Es en general menos efectivo que el tratamiento conductual, pero puede emplearse en casos seleccionados de forma coadyuvante. Especialmente se empleará en aquellos casos en los que haya autolesión o repercusión psicosocial.

10.2.6.- Desarrollo, curso y pronóstico

Suelen aparecer antes de los 3 años de edad, ser bilaterales y afectar a las extremidades superiores. Suelen inducirse o exacerbarse por el sueño, el estrés, la concentración, la fatiga, el aislamiento sensorial, el aburrimiento y la ansiedad.

Las estereotipias primarias tienen mejor pronóstico y tienden a desaparecer con el tiempo, mientras que las secundarias tienden a persistir.

10.2.7.- Bibliografía:

Sariego Jamarco Andrea y Pérez Dueñas Belén (2014) Protocolo de estereotipias en la infancia. Servicio de Neuropediatría. Hospital San Juan de Dios, Barcelona.

10.3.- TRASTORNO DE TOURETTE

10.3.1.- Introducción: historia y epidemiología

Los tics engloban desde un parpadeo que apenas se nota hasta casos en los que afectan a varios grupos musculares provocando un cuadro clínico doloroso, socialmente incapacitante y embarazoso para el paciente. En algunos casos los tics pueden provocar problemas a quienes los presentan e incluso a sus familias, por ejemplo, cuando los afectados son víctimas de acoso escolar, en otros casos provocan relaciones familiares disfuncionales como consecuencia del manejo inapropiado por parte de los padres u otros cuidadores. Otras situaciones problemáticas pueden darse en el colegio o incluso en otros lugares públicos como la sala de un cine cuando los tics son fónicos. Sin embargo, en otros casos las personas afectadas desarrollan con éxito estrategias para controlar sus tics y aprenden a vivir con ellos y a afrontarlos de forma positiva.

Se calcula que entre un 4-12% de los niños presentan tics en algún momento a lo largo de su desarrollo. Entre un 3-4% presentan un trastorno de tics crónico y un 1% un Trastorno de Tourette (TT en adelante).

Los niños y los adolescentes tienen 10 veces más riesgo de presentar tics que los adultos. Esto puede ser debido a la alta tasa de remisiones en pacientes más jóvenes. Los niños presentan tasas 3 o 4 veces superiores que las niñas.

10.3.2.- Definición y diagnóstico

Los tics son movimientos o vocalizaciones que se caracterizan por ser:

- involuntarios o semi-involuntarios (se pueden reprimir durante unos minutos, después se liberan de modo desenfrenado)
- no propositivos
- generalmente bruscos
- repetitivos
- no rítmicos
- afectan a un grupo de músculos
- no interrumpen actividades habituales (comer con cuchara, beber de un vaso), a diferencia de las mioclonías, los movimientos coreicos o el temblor)
- pueden persistir de forma atenuada durante el sueño
- algunos, como las contracciones de la pared abdominal son imperceptibles para un observador

- en ocasiones pueden ir precedidos, a modo de pródromo, de una sensación de picor, comezón o pinchazo en la zona donde se desencadena el tic y algunos pacientes identifican claramente; es posible que el tic se limite a dicha sensación (tics sensoriales)
- suelen agravarse en situaciones de excitación y pueden atenuarse hasta desaparecer en situaciones que requieren gran concentración
- algunas sensaciones físicas pueden actuar como desencadenante o potenciador de los tics (cuello camisa, montura gafas...).

Los tics pueden ser motores o fónicos, simples o complejos, en la tabla 1 recogemos una clasificación de los tics según sus características y su complejidad.

Tabla 10-7: Tipos de Tics (Clasificación según sus características y complejidad)

Tics motores simples Parpadeos, guiños, muecas faciales, contracciones nasales, movimientos de la boca, movimientos de los ojos, elevación de hombros, contracciones de las extremidades, movimientos cefálicos, etc.
Tics motores complejos Tocar objetos, tocar personas, dar un paso atrás, dar un saltito, volver a caminar los pasos, tocarse a sí mismo, contorsiones, olfatear, extensión simultánea de brazos y piernas, movimientos obscenos (copropaxia), repetir el movimiento observado en otra persona (ecopraxia)
Tics fónicos simples Carraspeo, tos, inspiración nasal, sonido gutural, ladrido, resoplido, grito, gruñido, chasquido
Tics fónicos complejos Repetir la última palabra o frase pronunciada por otra persona (ecolalia), repetir una misma palabra o frase reiteradamente (palilalia); pronunciar bruscamente palabras obscenas (coprolalia), pronunciar frases o palabras fuera de contexto, cambios en el acento o en la prosodia, amaneramiento en el lenguaje

Trastornos del neurodesarrollo Ed. Viguera, 2011

Teniendo en cuenta las características antes comentadas de los tics, es posible diferenciar los síntomas ticosos de la mayoría de los trastornos del movimiento (Tabla 10-8).

Tabla 10-8: Diagnostico diferencial de los tics motores (Roessner & Wanderer, 2010)

Característica de los tics	Trastorno - Diagnóstico diferencial
Preocupación por el control de los tics	Problema de atención
Carácter repetitivo de los tics	Fenómeno obsesivo-compulsivo
Tic "exagerado" ¹	Origen psicogénico
Tic monótono	Estereotipia
Giro ocular	Ausencia
Pasos rápidos y arrastrando los pies	Acatisia, Parkinson juvenil, compulsión
Distorsiones corporales o similares ²	Distonía/Discinesia
Mueca convulsiva	Blefarospasmo
Tics espasmódicos	Corea
Tics repentinos	Mioclonus
Tics durante el sueño	Piernas inquietas, epilepsia, parasomnias

¹Puede tratarse de un movimiento o sonido ejecutado de una forma exagerada, de forma que carezca de la brusquedad o incontrolabilidad de un tic típico

²Esto debería incluir movimientos de naturaleza más espiral/en bucle o retorcida

10.3.2.1.- OTROS TRASTORNOS DE TICS DISTINTOS DEL TRASTORNO DE TOURETTE (TT)

TRASTORNO DE TICS MOTORES O FÓNICOS: mismos criterios diagnósticos que para el TT, pero no pueden coexistir tics motores y fónicos; tanto si son motores como fonatorios pueden ser simples o complejos.

TRASTORNO DE TICS TRANSITORIOS: mismos criterios que para el TT pero no se cumple el criterio de una duración superior a un año.

10.3.3.- Etiopatogenia y bases neurobiológicas

Los tics parecen deberse a la hiperactividad del sistema dopaminérgico en los ganglios basales (en adelante, GGBB) que provoca una deficiente inhibición subcortical y deterioro en el control automático del movimiento. También se han relacionado con disfunciones en los sistemas serotoninérgicos y noradrenérgicos.

Los GGBB son parte integrante de los **circuitos corticoestriados-talamocorticales** e intervienen a modo de un sistema operativo (software que permite el funcionamiento de otros programas) que regula la relación entre el córtex frontal y las estructuras periféricas (nervios y músculos ejecutores de movimientos voluntarios) en la realización de actos volitivos. En estos circuitos una de las funciones de los GGBB es la incorporación y la expresión de fragmentos secuenciales de conducta, tanto movimientos como pensamientos. Dichos fragmentos de conducta automatizada facilitan la realización ágil y eficiente de actos voluntarios complejos, obviando la necesidad de tener que programar constantemente pequeños fragmentos de conducta motora. Por tanto, los GGBB actuarían facilitando a otras partes del cerebro su ejecución, combinación e inhibición.

En el TT un grupo de neuronas fracasan en la inhibición de determinados movimientos o conductas no funcionales, y como resultado estas conductas emergen a modo de tics.

Hay que tener en cuenta que los circuitos que discurren a través de los GGBB no solo están implicados en la conducta motora, también discurren los implicados en las sensaciones, las emociones y los pensamientos.

Aunque los circuitos circulan a través de los GGBB mayormente en paralelo, algunas neuronas se extienden a través de los circuitos y causan alteraciones en la transmisión debido a la interferencia entre los diferentes canales.

La capacidad de inteligencia global no difiere ente personas con TT y población general

Es muy frecuente detectar disfunciones ejecutivas, pero parece que dicho componente disejecutivo se vincula de forma exclusiva a la comorbilidad con el TDAH.

La alteración cognitiva genuina del TT es la **disfunción en el aprendizaje procedimental** también llamado **aprendizaje de los hábitos o aprendizaje implícito**, que afecta a las habilidades tanto motoras como cognitivas que se realizan de forma automática permitiendo al individuo liberar recursos cognitivos conscientes que pueden aplicarse a otras tareas (por ejemplo, pelar fruta).

Así en enfermedades que afectan a los ganglios basales (GGBB) como la enfermedad de Huntington o la enfermedad de Parkinson, se han hallado graves déficits en los aprendizajes procedimentales.

Estudios en familias han demostrado que el TT tiene una fuerte agregación familiar; el riesgo de TT para familiares de primer grado de personas afectadas oscila entre el 9.8 y el 15%, que se incrementa hasta el 15-20% si se toma en consideración cualquier forma de tics.

Los estudios en hermanos gemelos también han demostrado la implicación genética en la transmisión; se ha hallado una concordancia del 50-70% (hasta el 75-90% para cualquier forma

de tics) para gemelos monocigóticos frente al 8-10% (el 23% para tics en general) en gemelos dicigóticos. La heredabilidad se ha estimado en torno al 50%.

Puesto que la concordancia en monocigóticos no es total, se ha sugerido la implicación de factores epigenéticos que interactúan con genes de susceptibilidad para el TT. Destacan diversos factores pre, peri y postnatales tales como la prematuridad, la hipoxia perinatal, el bajo peso al nacer, así como el consumo excesivo de nicotina y cafeína por parte de la madre durante la gestación.

10.3.4.- Evaluación y pruebas complementarias

El diagnóstico del TT ofrece pocas dificultades: presencia de tics motores y fónicos, de curso crónico.

Dado que casi el 90% de los TT presentan alguna comorbilidad, es obligado descartarlas

Puesto que el TT tiene un origen genético casi siempre, hay que indagar en los antecedentes familiares; no es raro, teniendo en cuenta la heterogeneidad genética y el carácter poligénico, hallar en la misma familia casos, tanto aislados como comórbidos de TDAH, TOC o ansiedad.

El diagnóstico de TT no exige ningún examen complementario. El uso de EEG, neuroimagen o estudios metabólicos o genéticos solo está justificado cuando exista una fundada sospecha de las entidades recogidas en la tabla 2. Sin embargo, sí debería llevarse a cabo una exploración física y neurológica.

No se recomienda psicometría salvo que exista una sospecha de problemas de aprendizaje; es interesante resaltar que cuando se les pide a los pacientes que contesten a algún cuestionario se nos brinda una ocasión ideal para observar al paciente ante un reto.

Aunque, casi siempre, la causa es genética, en todo paciente con este diagnóstico se debe contemplar la posibilidad, rara pero digna de tenerse en cuenta, de hallarse ante un TT secundario que debería descartarse a través de la historia clínica y la exploración neurológica.

Tabla 10-9: Causas de tics secundarios

Trastorno	Síntomas compartidos	Diagnóstico
Enfermedad de Huntington (muy rara en niños)	Corea, tics distónicos	HAD (>30 repeticiones CAG)
Neuroacantocitosis (rara y no antes de los 15 años)	Movimientos de la boca, distonía y tics fónicos y motores	>15% de acantocitos y elevación de la creatinina sérica
Tics inducidos por fármacos	Tics motores y fónicos	Historia de administración del fármaco
Enfermedad de Wilson	Distonía y tics distónicos	Disminución de la ceruloplasmina sérica, anillo de Kayser-Fleischer en el examen oftalmológico

Trastornos del neurodesarrollo, Ed. Viguera, 2011

10.3.5.- Comorbilidad y diagnóstico diferencial

La forma pura del TT es la menos común del TT, ya que en el 88% de los casos suele presentarse asociado a otros trastornos.

Es muy frecuente la asociación del TT con **problemas obsesivo-compulsivos**, ya sea en su forma clínica completa como TOC (30%) o en formas subclínicas (síntomas obsesivo-compulsivos, hasta en un 50% de los casos de TT). Dicha sintomatología suele ser de aparición más tardía que los tics, generalmente al inicio de la adolescencia. Tanto las obsesiones como las compulsiones pueden adoptar un repertorio ilimitado de formas; pero siempre responden al mismo

patrón: tensión generada por la idea de consumir el pensamiento o la acción y cierto alivio después de haber realizado la compulsión. En los niños y adolescentes los contenidos de las obsesiones más frecuentes son: contaminación, temor a hacer daño a otros o así mismos (fobias de impulsión), miedo a presenciar peleas, obsesiones sexuales, escrupulosidad, religiosidad, o pensamientos prohibidos. **En los niños, a diferencia de los adultos, las compulsiones tienden a aparecer antes que las obsesiones.**

El TOC puede adoptar una forma más específica y derivar en una conducta muy focalizada, lo cual da una serie de cuadros clínicos que se engloban dentro del espectro obsesivo-compulsivo: la tricotilomanía, la adicción compulsiva al juego, los trastornos alimentarios, el trastorno dismórfico corporal y la cleptomanía.

El **TDAH**, muchas veces, es el motivo inicial de consulta pues no es raro que los tics hayan pasado desapercibidos o no se les haya dado importancia. EL TDAH ocurre en alrededor el 50% de los individuos con TT; visto desde la vertiente del TDAH, el 20% de pacientes tienen comorbilidad con TT. A medida que aumenta la gravedad del TT aumenta la frecuencia del TDAH comórbido. Los síntomas de TDAH con TT no difieren de los de TDAH aislado, pero el componente impulsivo suele ser más grave cuando se asocian ambos trastornos.

En niños de 5 a 10 años existe un fenotipo TT/TDAH distinto del fenotipo TT sin TDAH en cuanto a comorbilidad con TOC, ansiedad, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y trastornos del estado de ánimo

En los adolescentes de 11-17 años la comorbilidad asociada al TT/TDAH se mantiene para el trastorno negativista desafiante, el trastorno disocial y los ttnos del estado de ánimo.

Los trastornos del aprendizaje de la lecto-escritura o del cálculo son más frecuentes en la población con TT que en la población general.

El trastorno explosivo intermitente es otro diagnóstico comórbido del TT.

Los **síntomas de ansiedad** se detectan en un 80% de los pacientes con TT: problemas del sueño, miedos, aprensión, inseguridad, somatizaciones, tensión, inquietud motora, preocupaciones y falta de concentración; las formas clínicas de ansiedad que cumplen criterios DSM y se observan en el TT son: crisis de pánico/trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, fobias y ansiedad de separación. Cuanto más grave es el TT, los pacientes son más propensos a padecer trastorno de ansiedad.

La comorbilidad con el Trastorno depresivo mayor y el Trastorno bipolar da lugar a las formas más graves del TT.

10.3.6.- Tratamiento

Hay que tener claro qué aspectos del trastorno y de su comorbilidad merecen tratarse, y cuál es su prioridad.

Se están desarrollando técnicas de entrenamiento en reversión de hábitos como tratamiento de los tics; consta de los siguientes componentes: incrementar la conciencia del tic antes de su expresión, la automonitorización, el entrenamiento en la relajación y las respuestas competitivas.

Los fármacos que se han mostrado eficaces son los neurolépticos con acción bloqueante postsináptica. Los más estudiados son el haloperidol, la pimocida y la risperidona. Tanto el haloperidol como la pimocida son antipsicóticos clásicos con efectos secundarios importantes. La dosis de haloperidol oscila entre 1 a 4 mg/día en una o dos tomas. Las dosis de pimocida suelen oscilar entre 1 y 4 mg en una sola dosis; en los pacientes tratados con pimocida se recomienda un EKG repetido periódicamente por sus posibles efectos sobre la prolongación del intervalo QT; en niños tratados con pimocida se debe tener precaución en administrar fármacos inhibidores del

citocromo hepático 3A4, tales como la eritromicina que puede producir un importante incremento en el nivel de pimocida.

A causa de sus efectos secundarios los antipsicóticos clásicos se han abandonado prácticamente en el tratamiento de los tics en la infancia y se han sustituido por los atípicos; el más utilizado actualmente es la risperidona en dosis entre 1 a 3 mg, repartidas en dos tomas; los efectos secundarios más comunes son el aumento de peso, la sedación y la incontinencia urinaria. Deben controlarse periódicamente el colesterol, los triglicéridos, la glucemia y la prolactina.

También pueden ser útiles otros neurolépticos atípicos como el aripiprazol.

TICS + TDAH:

Puede utilizarse el metilfenidato (MPH, en adelante), el riesgo de agravar los tics es pequeño, sobre todo a dosis bajas; en cualquier caso, si se agravan los tics, el efecto es reversible. Otra opción es la atomoxetina; especialmente útiles pueden resultar, en este caso, los alfa2-agonistas, pudiendo ser, actualmente, la guanfacina de elección en el caso de un TDAH asociado a tics.

TICS + TDAH + TND

El TND se considera una complicación del TDAH; el TND suele responder al aumento de la dosis del MPH, pero esto puede incrementar los tics, en este caso se asocia un antipsicótico temporalmente para reducir la escalada de agresividad y poder entonces, intervenir con terapia cognitivo-conductual (TCC, en adelante).

La terapia cognitivo-conductual en estos casos incorpora psicoeducación para padres pues el objetivo fundamental es modificar el modelo educativo-interactivo, haciéndose especial hincapié en cambiar el estilo coercitivo, el permisivo y también el incoherente.

TICS + SÍNTOMAS O-C

Suelen mejorar con TCC centrada en la comprensión del problema y la elaboración de estrategias que permitan neutralizar las ideas obsesivas

Segunda opción alternativa o complementaria son los ISRS:

- escalada lenta de la dosis
- tener en cuenta interacción farmacocinética con la risperidona al ser inhibidores de varias vías hepáticas del citocromo P 450
- no requieren controles ni EKG ni analíticos
- en algunos niños puede producir una conducta desinhibida, en cuyo caso habrá que reducir o sustituir un ISRS por otro
- se observa mejoría en un 60-70% de los pacientes, aunque la remisión dista de ser completa
- en caso de respuesta débil puede ser útil la adición de un antipsicótico.

10.3.7.- Desarrollo, curso y pronóstico

Los tics aparecen por primera vez entre los 2 y los 15 años. Sin embargo, el pico de incidencia se da entre los 6 y los 8 años, siendo lo más común es que empiecen alrededor de los 5 años, aunque pueden ser muy precoces y presentarse antes de los 2 años; en general, tienden a incrementarse en los años siguientes; suelen mostrar un pico de intensidad en los primeros años de adolescencia y atenuarse a partir de la adolescencia tardía y primeros años de la edad adulta

En la mayoría de los casos los tics fluctúan en su localización, complejidad, tipo, intensidad y frecuencia. Las fluctuaciones tienen lugar a intervalos de tiempo irregulares, aproximadamente cada 6 a 12 semanas, sin ninguna razón aparente. Este curso cambiante, ondulante es una de las características más propias de los tics y que permite hacer el distinguir entre el TT y los movimientos anormales que aparecen en otros trastornos como la distonía o la corea, que o bien no cambian o muestran fluctuaciones menos acentuadas.

Por tanto, en términos generales podemos decir que el curso de los tics es ondulante con períodos de gran exacerbación que alternan con oligosintomáticos; los motores preceden a los vocales, y los simples a los complejos. De forma característica, el primer síntoma es un tic motor simple en la cara como un parpadeo a una mueca. Con el paso del tiempo se extienden a los hombros, extremidades y torso. A menudo aparecen tics vocales de 2 a 4 años después.

Habitualmente se produce un empeoramiento de los síntomas durante la adolescencia, y según avanza hacia la edad adulta, los tics con frecuencia remiten.

Según se van haciendo mayores, los pacientes también consiguen mejor control sobre sus tics y con frecuencia son capaces de suprimirlos durante unos minutos o incluso hasta varias horas. Sin embargo, tras un período de supresión se ven compelidos a mostrar sus tics intensificados.

La gravedad del trastorno de tics en la infancia tiene un valor predictivo limitado de cara a la edad adulta. Normalmente se asocia con peor pronóstico:

- historia familiar
- existencia de tics vocales o tics complejos
- TDAH comórbido
- síntomas obsesivo-compulsivos
- conducta auto o heteroagresiva

La remisión espontánea de los tics simples o múltiples tiene lugar en el 50 al 70% de los casos y en el 3 al 40% de los pacientes en el caso del TT.

10.3.8.- Bibliografía:

Artigas-Pallarés y Narbona José Juan (2011) Trastornos del Neurodesarrollo, Viguera Editores. Se trata de un libro muy útil para la práctica clínica cotidiana.

Metzger, H., Wanderer, S., & Roessner, V. (2012). Tics Disorders. En JM Rey's IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health – IACAPAP (p. 14). Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.. Desde 2018 se está procediendo a la traducción a distintos idiomas, incluido el español.

11.- CAPÍTULO 11: TRASTORNOS DEL DESARROLLO NEUROLÓGICO: TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN

Jairo Rodríguez-Medina. Psicólogo. Profesor Pedagogía. Universidad de Valladolid.

Paula Odriozola-González. Psicóloga. Profesora Ayudante Doctor Psicología. Universidad de Valladolid

11.1.- Introducción: historia y epidemiología

La comunicación es una función esencial para la mayor parte de los seres vivos. Los fallos en la comunicación pueden llegar a limitar seriamente las posibilidades y oportunidades de pleno desarrollo. Las habilidades de comunicación son básicas para casi cualquier aspecto de la vida y nos permiten compartir sentimientos, emociones, ideas, necesidades y deseos, entre otras funciones que son esenciales para un desarrollo pleno. Aunque la mayor parte de los niños adquieren las habilidades necesarias para comunicarse sin apenas esfuerzo, otros experimentan muchas dificultades y diversos problemas para adquirirlas, a pesar de un desarrollo aparentemente normal en otras áreas. Los trastornos de la comunicación tienen un impacto negativo en todos los aspectos de la vida de las personas que los padecen y pueden afectar a la capacidad de recibir, expresar, procesar y comprender conceptos o información verbal, no verbal y gráfica. Pueden afectar, por tanto, a la audición, el lenguaje y al habla, y además pueden variar de severidad leve a profunda. En este capítulo, se abordan las tres categorías principales de trastornos de la comunicación: trastorno del lenguaje, trastornos fonológicos y trastorno de comunicación social (pragmático), tal como se definen en el manual de diagnóstico de trastornos mentales (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013). Se refieren a las dificultades tanto en la adquisición como en el uso del lenguaje, en la articulación, la fluidez, o el uso social de la comunicación verbal y no verbal.

El término comunicación, en tanto transmisión de información, engloba cualquiera de los posibles sistemas empleados para intercambiar mensajes entre un emisor y un receptor, no solo mediante el lenguaje hablado, sino también mediante gestos, expresiones faciales o la postura corporal. El lenguaje representa un tipo concreto de comunicación, que implica la posibilidad de generar un conjunto potencialmente infinito de mensajes, a través de la combinación de símbolos, mediante determinadas reglas que permiten la formación de oraciones y otros mensajes más complejos. El lenguaje, como la comunicación, se puede transmitir de diversas formas que incluyen la expresión escrita o los signos manuales. El habla, por último, es una modalidad particular del lenguaje, su expresión se realiza a través del uso de sonidos producidos por movimientos orales.

11.1.1.- Historia

El campo de los trastornos de la comunicación se sitúa en la intersección entre la lingüística, la psicología y la medicina y, por tanto, su evolución a lo largo del tiempo se ha visto influenciada por las tendencias propias de cada una de estas disciplinas (Sonninen y Damsté, 1971). El estudio de los trastornos de la comunicación es relativamente reciente, aunque a lo largo de la historia se han observado y descrito individuos con diversos tipos de dificultades de comunicación, por ejemplo, los trabajos de Broca (1861) y Wernicke (1874) durante el siglo XIX sobre la afasia provocada tras un accidente o lesión cerebral.

En España, en el siglo XVI, diversas fuentes coinciden en considerar a Pedro Ponce de León (1513?-1584) como el pionero en desarrollar y aplicar un procedimiento metódico para enseñar lengua de signos y escritura a personas sordomudas. Juan Pablo Bonet (1579-1633) fue otro de los pioneros en la enseñanza de personas sordomudas que plasmó en su obra *Reduccion de las letras y arte para enseñar a ablar los mudos* (1620).

Desde principios del siglo XX se publican en España diversos trabajos sobre los trastornos de la comunicación y el lenguaje, como el 1º Tratado sobre la Tartamudez (Rius Borrel, 1900) o la obra "Els defectes del Parlar" (Barnills, 1928, 1930), pero no es hasta mediados de ese siglo cuando se constatan labores de formación y tratamiento de los trastornos del lenguaje con el X Congreso Internacional de Logopedia y Foniatría celebrado en Barcelona en 1956 o el primer servicio de Foniatría de España en el Hospital de Sant Pau

En el resto de Europa, se contemplan igualmente diversas publicaciones como "El niño y el lenguaje" (Delacroix, 1934) o "Sonidos del habla de los niños" (Wellman, 1931), así como diferentes estudios con el propósito de evaluar el desarrollo del lenguaje y sus trastornos (por ejemplo, Descoedres, 1921; Lamarque, 1926; o Smith, 1926). Numerosos centros destinados a la atención de dificultades del lenguaje como la dislexia, la sordera, etc. comienzan a proliferar, destacándose el ejemplo de Francia. Diferentes paradigmas, no obstante, han contribuido a conformar su desarrollado en los últimos 50 años. Hasta finales de la década de 1950, los trastornos del lenguaje y los trastornos del habla se consideraron una sola categoría diagnóstica denominada "alteraciones del habla" (DSM-I, 1952) u "otros impedimentos del habla" (ICD-7, 1957). El ICD-9 (1978) diferenciaba entre trastornos del habla y del lenguaje, pero ambos tipos formaban parte de una única categoría diagnóstica denominada "trastornos del desarrollo del habla/ lenguaje". En el DSM-III, en 1980, los trastornos del lenguaje alcanzan su propia categoría diagnóstica, trastornos del lenguaje (de tipo expresivo o receptivo). Tanto en el DSM-III como en el DSM-III-R, los trastornos del lenguaje y del habla formaban parte de la categoría de trastornos específicos del desarrollo que incluían el trastorno de las habilidades académicas y los trastornos de las habilidades motoras. De forma similar, en la décima revisión del ICD (ICD-10; OMS, 1992), los trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje se encuentran dentro de la categoría de trastornos del desarrollo junto a los trastornos específicos del desarrollo de las habilidades escolares, el desarrollo motor, el desarrollo mixto y los trastornos generalizados del desarrollo. En el DSM IV, en 1995, los trastornos de la comunicación engloban el trastorno del lenguaje expresivo, el trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo, el trastorno fonológico y el tartamudeo.

Finalmente, en el DSM-5, los trastornos de la comunicación se clasifican como trastornos del desarrollo neurológico junto con la discapacidad intelectual, el trastorno del espectro autista, el trastorno por déficit de atención/hiperactividad, el trastorno específico del aprendizaje, trastornos motores y otros trastornos del desarrollo neurológico. Todos ellos tienen factores de riesgo genético similares, bases neurológicas compartidas y algunas características clínicas similares, como problemas de procesamiento cognitivo, mayores tasas de comorbilidad entre sí y un curso de desarrollo continuo hasta la edad adulta (Andrews, Pine, Hobbs, Anderson, y Sunderland, 2009). Además de los trastornos agrupados en el DSM-IV como trastornos de la comunicación,

el DSM-5 introduce un nuevo trastorno en este epígrafe, el trastorno de la comunicación social (pragmático).

Tabla 11-1: Evolución de los trastornos de la comunicación en el DSM

DSM-III-R	DSM-IV	DSM-5
Trastornos de lenguaje y del habla	Trastornos de la comunicación	Trastornos de la comunicación
Trastornos del desarrollo de la articulación	Trastorno del lenguaje expresivo	
Trastorno del desarrollo en el lenguaje, tipo expresivo	Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo	Trastorno del lenguaje
Trastorno del desarrollo en el lenguaje, tipo receptivo	Trastorno fonológico	Trastorno fonológico
	Tartamudeo	
	Trastorno de la comunicación no especificado	Trastorno de la fluidez (tartamudeo) de inicio en la infancia.
Trastornos del habla no clasificados en otro lugar		
Tartamudeo		
Lenguaje confuso		Trastorno de la comunicación social (pragmático)
		Trastorno de la comunicación no especificado

11.1.2.- Epidemiología

Es complicado establecer con claridad su prevalencia debido a las diferencias metodológicas entre estudios. Estas se hacen patentes tanto en las clasificaciones y definiciones empleadas, como en los puntos de corte y criterios de inclusión o en la edad, sexo y otras características de los participantes. De modo que las cifras de prevalencia varían drásticamente según los criterios diagnósticos empleados, con estimaciones que van desde el 2% (Weindrich, Jennen-Steinmetz, Laucht, Esser, y Schmidt, 2000) al 31% (Jessup, Ward, Cahill, y Keating, 2008). Revisiones recientes sitúan la prevalencia de trastornos del habla/lenguaje en 11% para niños de 3 a 5 años y 9% para niños de 6 a 8 años. En edades posteriores a la escuela primaria, la prevalencia de los trastornos del lenguaje se sitúa entre el 4% y el 7%. Los trastornos específicos del lenguaje y las dificultades de aprendizaje son algunos de los trastornos más prevalentes de los niños en edad escolar. La estimación de prevalencia que se indica con mayor frecuencia es del 7,4% (Tomblin et al., 1997), muy cercana a la estimación más reciente de 7,58% realizada en Reino Unido (Norbury et al., 2016).

En lo que se refiere exclusivamente a los trastornos fonológicos, Shriberg, Tomblin y McSweeney (1999) estimaron su prevalencia en niños de 6 años en 3,8%. Las tasas para niños más pequeños son mucho más altas, con algunos estudios que informan tasas de 15,6% en niños de 3 años (Campbell et al., 2003). Estas tasas disminuyen con la edad, a una tasa general del 1% en edad escolar (McKinnon, McLeod, y Reilly, 2007). Se observan altas tasas de comorbilidad tanto con los trastornos del lenguaje como con los trastornos de la alfabetización, especialmente en niños cuyos retrasos persisten hasta la edad escolar (Pennington y Bishop, 2009).

11.2.- Definición y diagnóstico

11.2.1.- Trastorno del lenguaje

El trastorno del lenguaje se caracteriza por dificultades persistentes en la adquisición y uso del lenguaje en todas sus modalidades (es decir, hablado, escrito, lenguaje de signos u otro) debido

a dificultades en la comprensión o la producción (APA, 2013). Estas dificultades deben ser evidentes en múltiples modalidades comunicativas, como hablar, escribir y/o el lenguaje de señas (APA, 2013). El trastorno del lenguaje puede afectar al lenguaje receptivo, expresivo o ambos. El lenguaje receptivo se refiere a la capacidad de un individuo para comprender información lingüística, mientras que el expresivo se relaciona con la capacidad para formular y producir información lingüística. Para el diagnóstico de trastorno del lenguaje, se debe demostrar que el rendimiento lingüístico del niño está significativamente por debajo de las expectativas para su edad, en la medida en que interfiera con el funcionamiento comunicativo, social, académico y/o vocacional. El inicio de los síntomas se produce en las primeras fases del desarrollo temprano y no debe ser atribuible a un deterioro auditivo o sensorial de otro tipo, discapacidad intelectual o retraso global del desarrollo. Las dificultades de lenguaje existen en ausencia o en mayor grado de lo que podrían explicarse por otras condiciones sensoriales, motoras, médicas o neurológicas que pueden estar presentes (APA, 2013).

Implica dificultades de comprensión o de producción lingüística en uno o más de los siguientes aspectos: (a) vocabulario (conocimiento y uso de las palabras), (b) estructura de las oraciones (la capacidad de unir palabras y terminaciones de palabras para formar oraciones basándose en las reglas de la gramática y morfología), (c) deterioro del discurso (capacidad de usar vocabulario y conectar oraciones para explicar o describir un tema o serie de eventos o tener una conversación) (APA, 2013). Las características particulares del trastorno del lenguaje en cada uno de estos niveles se detallan a continuación.

Vocabulario. Los niños con trastorno del lenguaje tardan en adquirir las primeras palabras. Tienen a depender de palabras inespecíficas y tienen dificultades para adquirir palabras con significados abstractos, sentidos múltiples y usos figurativos. Además, la búsqueda de palabras a menudo se ve afectada. Pueden incluso tener dificultades para recuperar las palabras que conocen y recurrir a circunlocuciones o términos imprecisos.

Gramática y morfología. Los niños con trastorno del lenguaje también son generalmente lentos para producir combinaciones de las primeras palabras. Mientras que los niños suelen producir sus primeras expresiones compuestas por varias palabras a los 18 a 24 meses, aquellos con trastornos del lenguaje no suelen hacerlo entre los 2 años y medio y los 4 años. Una vez que usan las oraciones producen expresiones más cortas que sus compañeros durante el período preescolar. Suelen tener dificultades en la adquisición de la morfología gramatical, los marcadores que denotan significados como el plural y las formas posesivas, y con frecuencia omiten los verbos auxiliares (Ella [está] leyendo; Él [puede] ayudar), y artículos ([la] tarta, [un] libro; [una] manzana). Durante el período escolar, emplean oraciones más simples y cometen más errores gramaticales que sus compañeros.

Discurso. Se han estudiado fundamentalmente tres géneros de discurso en niños con alteraciones del lenguaje: conversación, narrativa y exposición. El discurso conversacional, el intercambio verbal entre interlocutores, puede ser una fortaleza relativa para muchos niños con trastornos del lenguaje. Al alcanzar la edad escolar muchos dominan el vocabulario básico y la estructura de las oraciones suficientes para mantener conversaciones, aunque todavía pueden cometer errores y tienen mayores dificultades que sus compañeros para producir formas complejas. La narrativa se define como un discurso expuesto habitualmente en forma de monólogo, que implica la descripción de una secuencia de eventos. Las narraciones suelen tener una estructura prescrita con un principio, nudo y desenlace. Las dificultades en la narración pueden conllevar problemas de interacción social al restringir la capacidad de comprender relaciones temporales o causales (Contreras y Soriano, 2004). El discurso expositivo es el utilizado para explicar, describir, comparar y presentar contenidos, como, por ejemplo, el tipo de lenguaje formal utilizado en entornos educativos. Los niños con alteraciones del lenguaje suelen presentar dificultades en este nivel del discurso (Nippold, Mansfield, Billow, y Tomblin, 2008). Teniendo en cuenta que la mayor parte del material empleado en la escuela utiliza estructuras expositivas parece muy probable que los déficits expositivos afecten también al rendimiento académico.

11.2.2.- Trastorno fonológico

Se define como una dificultad persistente en la producción fonológica que interfiere con la inteligibilidad del habla o impide la transmisión verbal de mensajes. Estas dificultades con la articulación del habla se caracterizan por una producción deficiente de los sonidos esperados para la edad de desarrollo. Para diagnosticar trastorno fonológico, es necesario determinar que el problema no es atribuible a deficiencias o anomalías en la audición o la estructura y fisiología del mecanismo del habla. Por lo tanto, aunque no existe una razón orgánica para las alteraciones, el habla del niño está marcada por errores inapropiados, incluidas distorsiones de los sonidos (por ejemplo, rotacismo “ca-o” en lugar de “carro”), las omisiones de sonidos (por ejemplo, “illa” en lugar de “silla”), y las sustituciones incorrectas de un sonido por otro (por ejemplo, “lodo” en lugar de “loro”).

Muchas de estas distorsiones representan procesos que son habituales en el habla de niños pequeños de desarrollo típico (por ejemplo, supresiones de consonantes finales, simplificaciones de agrupamientos de consonantes), pero en las alteraciones fonológicas se producen más, con mayor frecuencia y su uso persiste más allá del período de desarrollo normal. También puede haber preferencias idiosincrásicas y/o evitación de ciertos sonidos, o procesos de simplificación de sonidos, y/o reversiones o errores de orden de los sonidos en palabras. Los trastornos fonológicos son el tipo más frecuente de problema de comunicación.

Los trastornos fonológicos pueden ocurrir junto con otros trastornos o bien de forma aislada y se asocian comúnmente con trastornos específicos del lenguaje. Shriberg y Kwiatkowski encontraron que más del 50% de los niños con trastornos fonológicos tienen retrasos en el lenguaje expresivo, y del 10% al 40% tienen retrasos en la comprensión del lenguaje.

11.2.3.- Trastorno de la fluidez (tartamudeo) de inicio en la infancia

El trastorno de la fluidez (tartamudeo) de inicio en la infancia se define como alteraciones en la fluidez y en el patrón del habla, inapropiadas para la edad del individuo y persistentes a través del tiempo. Estas alteraciones se caracterizan por una marcada y frecuente aparición con una (o más) de las manifestaciones siguientes: a) repetición de sonidos y sílabas, b) prolongación de sonidos de consonantes o vocales, c) palabras fragmentadas (por ejemplo, pausas dentro de una palabra), d) bloqueos audibles o silenciosos, e) circunloquios, f) palabras producidas con un exceso de tensión física, g) repeticiones de palabras monosilábicas. Para diagnosticar trastorno de la fluidez, las alteraciones deben causar además ansiedad al hablar o limitar la comunicación efectiva al repercutir en la interacción social, el rendimiento académico o laboral. Igualmente, el trastorno no debe ser atribuible a déficits sensoriales o motores del habla, ni a lesiones neurológicas u otras condiciones médicas y tampoco se explica por otro trastorno mental.

Como síntomas de este trastorno se encuentran el tartamudeo tónico, es decir, el bloqueo en la producción inicial del sonido, o el tartamudeo clónico, que consiste en repeticiones de un sonido o sílaba (por ejemplo, p-p-p-p-perro). También pueden verse síntomas añadidos como consecuencia de la ansiedad generada por el trastorno. En general, aunque al principio el individuo no es consciente de sus dificultades, con el paso del tiempo desarrolla dicha conciencia e incluso anticipa su dificultad con diversos mecanismos lingüísticos o manifestaciones motoras. Así, por ejemplo, como mecanismos lingüísticos tiende a hablar menos, evitar determinadas situaciones verbales, utilizar sinónimos que le suponen menos dificultad, alterar el ritmo y entonación del habla, etc. Y, como manifestaciones motoras, pueden aparecer tics, parpadeos, movimientos de la cabeza o respiratorios, etc. En los individuos con este trastorno, el trastorno del lenguaje y el fonológico se producen con más frecuencia que en la población general.

La tartamudez se divide habitualmente en la propia del desarrollo o adquirida. En general, es más frecuente la tartamudez del desarrollo, afectando al 5% de los niños y con una incidencia superior en el caso de los varones. No obstante, la prevalencia en niños menores de 6 años es

considerablemente mayor que en períodos posteriores de la vida. De hecho, tan solo el 1% de los casos suele persistir hasta la edad adulta (Craig y Tran, 2005). En lo que respecta a la tartamudez adquirida, los datos epidemiológicos son escasos.

11.2.4.- Trastorno de la comunicación social (pragmático)

Un cambio importante en el DSM-5 implica la distinción entre los trastornos que afectan principalmente los aspectos semánticos y sintácticos y los que afectan principalmente al aspecto pragmático del lenguaje. El trastorno de comunicación social (pragmático) se define como dificultades persistentes en el uso social de la comunicación no verbal y verbal, que se manifiesta en dificultades en el uso de la comunicación para fines sociales (saludar, compartir información), la capacidad de adaptar la comunicación al contexto y a los intereses de los oyentes y otras habilidades como respetar y mantener los turnos durante los intercambios comunicativos. Los niños a los que se les diagnostica trastorno de la comunicación social pueden mostrar dificultades para iniciar y mantener una conversación, adaptar su estilo de comunicación a distintos oyentes, o pueden tener problemas para hacer inferencias. Estos problemas limitan seriamente la capacidad de desarrollar y mantener relaciones sociales. Los niños con trastorno de la comunicación social (pragmático) tienen las habilidades de lenguaje formal intacto; es decir, el vocabulario, la morfología y la sintaxis están aproximadamente en el rango promedio. Por tanto, para diagnosticar un trastorno de comunicación social, se debe determinar que estas dificultades no se derivan principalmente de carencias de vocabulario o gramática. Esta categoría diagnóstica puede ser útil para cuantificar mejor las alteraciones del lenguaje social observadas en otros trastornos, pero hasta el momento las pruebas de su validez diagnóstica son limitadas.

Los criterios de diagnóstico para el trastorno de comunicación social (pragmático) incluyen cuatro aspectos clave, los cuales deben estar presentes para el diagnóstico. Incluyen las dificultades para: (1) usar la comunicación con propósitos sociales como saludar o intercambiar información; (2) adaptar la comunicación al contexto o los intereses del oyente; (3) seguir las reglas convencionales para la conversación o la narración, como cambio de turnos; y, (4) hacer inferencias y comprender matices que no se indican explícitamente, así como significados no literales o ambiguos del lenguaje (APA, 2013). Estas dificultades ocurren en ausencia de comportamientos repetitivos y/o estereotipados; por tanto, no deben cumplir con los criterios del trastorno del espectro del autismo (TEA), aunque ambos diagnósticos pueden corresponderse con patrones similares de comunicación social. El DSM-5 estipula además que, aunque las dificultades sociales y pragmáticas pueden coexistir con discapacidades intelectuales y del lenguaje, no deben ser causadas por esas discapacidades. Además, como se señaló anteriormente, los criterios diagnósticos para el trastorno del lenguaje también incluyen déficits en el discurso, lo que complica el diagnóstico diferencial de estos dos trastornos. Un gran desafío para el diagnóstico es que actualmente no existen instrumentos validados con los que medir la comunicación social-pragmática. En parte, esto se debe a que la comunicación social, por definición, se produce en intercambios diádicos, lo que hace que sean notoriamente difíciles de medir de forma estandarizada. La estructura proporcionada por las situaciones experimentales complica la captura de los problemas de comunicación social que pueden surgir en contextos naturales donde las reglas de participación son menos explícitas y dinámicas (Volden et al., 2009). Así, protocolos recientes como el Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática-Revisado (Fernández-Urquiza, Díaz, Moreno, Lázaro y Simón, 2015), realizan una valoración a través de la observación de la comunicación espontánea para preservar la validez ecológica de los datos, frente a lo realizado por instrumentos de evaluación estandarizada, aplicados en situaciones controladas, que proponen tareas específicas de evaluación pragmática como un nivel de análisis añadido a los clásicos (fonología, morfología, sintaxis y semántica). En este sentido, McTear y Conti-Ramsden (1992) advierten igualmente que las dificultades pragmáticas suelen pasar desapercibidas en situaciones estandarizadas puesto que los afectados tienden a memorizar expresiones de interacciones estereotipadas que en contextos conversacionales naturales salen a la luz.

11.3.- Etiopatogenia y bases neurobiológicas

11.3.1.- Trastorno del lenguaje

Los investigadores han planteado la hipótesis de causas neurofisiológicas, biológicas (genéticas) y psicológicas (cognitivas / lingüísticas) del trastorno del lenguaje. Al igual que con casi todos los trastornos del desarrollo neurológico, la etiología precisa del trastorno del lenguaje aún no se ha determinado.

Por definición, los niños con trastorno del lenguaje presentan dificultades de lenguaje en ausencia de alteraciones neurológicas como lesiones cerebrales. Sin embargo, es razonable suponer que existe una conexión entre las funciones neuronales y la capacidad del lenguaje. Hasta la fecha, se ha llevado a cabo relativamente poca investigación en neurocirugía con esta población. Algunos estudios han revelado diferencias neurológicas entre los niños con trastornos del lenguaje y los niños con desarrollo típico. Por ejemplo, se han observado diferencias estructurales en la corteza frontal inferior (Gauger, Lombardino y Leonard, 1997) y la unión temporal-parietal (Jernigan, Hesselink, Sowell y Tallal, 1991) en niños con un trastorno del lenguaje. Además, se ha demostrado que muchos de estos niños tienen asimetrías hemisféricas atípicas en las cuales el área perisilviana (giro frontal inferior de regreso al giro supramarginal) en el hemisferio derecho es más grande que la misma área en el hemisferio izquierdo (Gauger et al., 1997; Plante, Swisher, Vance, & Rapcsak, 1991). Este patrón es el opuesto a la lateralización izquierda que se observa en los niños de desarrollo típico. Sin embargo, los estudios fMRI (Ellis Weismer, Plante, Jones y Tomblin, 2005) y los estudios funcionales de espectroscopia de infrarrojo cercano (FNIRS) (Gillam, Wan, Gillam y Hancock, 2015) no revelaron diferencias de lateralidad entre niños con y sin trastornos del lenguaje.

Los resultados de una serie de estudios electrofisiológicos sugieren que los procesos de atención a estímulos auditivos y de habla no son inusuales en niños con trastornos del lenguaje (McArthur, Atkinson, & Ellis, 2009; Weber-Fox, Leonard, Hampton y Tomblin, 2010). Se han detectado diferencias de grupo para el procesamiento gramatical (Shafer, Schwartz, Morr, Kessler y Kurtzberg, 2000; Weber-Fox et al., 2010) pero no para el procesamiento semántico (Fonteneau y van der Lely, 2008; Weber-Fox et al., 2010). Es importante destacar que se ha demostrado que las respuestas de ERP de los niños con trastornos del lenguaje se parecen más a sus compañeros de desarrollo típico tras participar en una intervención de lenguaje narrativo (Popescu et al., 2009). La evidencia de EEG y ERP sugiere que las diferencias en el procesamiento neural contribuyen al trastorno del lenguaje. Más importante aún, estos procesos pueden ser alterados a través de la intervención del lenguaje.

Hay contribuciones genéticas al trastorno del lenguaje. Varios estudios han demostrado que los niños con trastorno del lenguaje tienen porcentajes más altos de miembros de la familia con antecedentes de problemas de lenguaje en comparación con los niños sin trastornos del lenguaje (Barry, Yasin y Bishop, 2007; Flax et al., 2003). Estudios con gemelos revelan consistentemente mayores tasas de concordancia (ambos gemelos presentan trastorno del lenguaje) para pares de gemelos monocigóticos que para pares de gemelos dicigóticos (Bishop, North y Donlan, 1995; Tomblin y Buckwalter, 1998). Los estudios genéticos moleculares han identificado posibles variantes genéticas que pueden contribuir al trastorno del lenguaje, incluidos FOXP2 (Lai, Fisher, Hurst, Vargha-Khadem y Monaco, 2001; Tomblin et al., 2009), CNTNAP2 (Vernes et al., 2008), y 6p22 (Rice, Smith, y Gayán, 2009).

Las hipótesis psicológicas sobre la etiología del trastorno del lenguaje se pueden dividir en factores lingüísticos (de dominio específico) y cognitivos (de dominio general). Las explicaciones de dominio específico del trastorno del lenguaje sugieren que la dificultad que tienen los niños con trastorno del lenguaje está relacionada específicamente con el sistema gramatical. La mayoría de las explicaciones de dominio específico del trastorno del lenguaje están relacionadas con la idea de que algunos niños tratan ciertas reglas lingüísticas como opcionales en lugar de obligatorias

(Marinis y van der Lely, 2007; Friedmann y Novogrodsky, 2007). Una de las primeras explicaciones se denomina hipótesis infinitiva opcional extendida propuesta por Rice, Wexler y Cleave (1995). Bajo esta explicación, se cree que un trastorno del lenguaje surge de una dificultad específica para comprender que uno debe marcar el tiempo en una oración principal. La marcación inconsistente del tiempo es típica de todos los niños a medida que adquieren el lenguaje; sin embargo, los estudiantes con alteraciones del lenguaje continúan haciéndolo mucho después que sus compañeros de desarrollo típico (Rice et al., 1998).

Las explicaciones del dominio general del trastorno del lenguaje sugieren que las limitaciones en el procesamiento cognitivo interfieren con la capacidad del sujeto para aprender el lenguaje. Los niños con trastornos del lenguaje muestran tiempos de respuesta más lentos durante las tareas lingüísticas y no lingüísticas (Kail, 1994; Leonard et al., 2007); sin embargo, se ha argumentado que la ineficiencia en el procesamiento, en lugar de una velocidad de procesamiento lenta, puede explicar mejor el desempeño de los niños con impedimentos del lenguaje en estas tareas (Gillam, Cowan y Day, 1995). Es probable que alguna combinación de factores cognitivos, incluida la capacidad limitada de procesamiento de información (por ejemplo, atención, percepción y memoria) y la velocidad de procesamiento reducida, desempeñen un papel importante en el trastorno del lenguaje. Así, se ha demostrado que la memoria de trabajo y la velocidad de procesamiento juntas representan el 62% de la varianza en las puntuaciones de lenguaje compuesto de adolescentes con y sin trastorno del lenguaje (Leonard et al., 2007).

11.3.2.- Trastorno fonológico

En una gran parte de los casos las causas de este trastorno son desconocidas. Entre ellas, se han reseñado en la literatura desfases en la madurez personal y neurobiológica, déficits en la percepción fonológica y en la memoria auditiva o las dificultades para organizar un sistema fonológico estable. Actualmente, el mayor grupo de factores asociados o causales que se ha identificado se centra en el área de estructura y función del mecanismo del habla y la audición.

Aunque los errores de producción del sonido no están claramente basados en problemas de percepción del habla, los datos disponibles sugieren que probablemente entre un 30 y un 40 por ciento de los niños que presentan algún tipo de trastorno fonológico, al menos algunos de sus errores de producción pueden estar relacionados con ese tipo de dificultades perceptivas.

Puesto que el habla es también una actividad motriz, los investigadores han explorado la relación entre la producción de sonidos del habla y las habilidades motoras, investigando el desempeño en tareas de motricidad gruesa, así como en tareas motrices orales y faciales. Los estudios centrados en la relación entre las habilidades motoras generales o gruesas y las habilidades articulatorias han arrojado resultados inconsistentes. Se puede concluir, sin embargo, que las personas con problemas de producción de sonido del habla no tienen un retraso significativo en el desarrollo motor general.

Un segundo grupo de variables que se han estudiado son los factores cognitivo-lingüísticos. Históricamente, el campo de las ciencias de la comunicación ha estado interesado en la relación entre la inteligencia y la presencia de trastorno fonológico. En años más recientes, los investigadores han tratado de describir la relación entre la fonología y otros aspectos del funcionamiento cognitivo-lingüístico. Esto no solo es útil para determinar el tipo de programa de intervención que puede ser más eficaz para el desarrollo lingüístico general del niño, sino que también ayuda a proporcionar una mejor comprensión de las interrelaciones entre varios componentes del comportamiento lingüístico. Los investigadores coinciden en que existe una baja correlación positiva entre la inteligencia y la habilidad de producción de sonido del habla dentro del rango de la inteligencia normal. Se puede inferir que el funcionamiento intelectual tiene una importancia limitada como factor que contribuye a la habilidad articulatoria y puede verse como un mal indicador de la articulación en individuos dentro del rango de la función intelectual normal.

Los factores psicosociales representan un tercer grupo de variables que han sido analizadas por su posible relación con la fonología. La edad, el género, la historia familiar y el nivel socioeconómico se han estudiado en un esfuerzo por comprender mejor los factores que pueden precipitar o estar asociados de algún modo con el deterioro fonológico.

11.4.- Evaluación y pruebas complementarias

Las deficiencias en la producción del lenguaje suelen ser a menudo obvias para los oyentes adultos. Con frecuencia suelen ser los padres y maestros quienes noten que los niños pronuncian mal las palabras, cometen errores gramaticales o producen un lenguaje muy escaso. Sin embargo, otros niños pueden experimentar alteraciones más sutiles en la complejidad gramatical y la comprensión del lenguaje, que pueden pasar desapercibidas.

Una evaluación completa del trastorno del lenguaje debe incluir una historia detallada del caso, entrevistas con el niño y su familia, medidas de comunicación estandarizadas y no estandarizadas ecológicamente válidas, y la consideración de áreas relacionadas (por ejemplo, estado conductual, médico o educativo). Por lo tanto, la evaluación del trastorno del lenguaje debe ser un proceso multifacético que implica la consideración de todos los aspectos de la vida del niño que se ven afectados por el lenguaje. Aunque un solo profesional puede recopilar los datos, la preferencia es que profesionales de diferentes disciplinas trabajen juntos en el proceso de evaluación.

La evaluación de los trastornos del lenguaje en bebés y niños pequeños trata principalmente de predecir qué niños podrían sufrir retrasos significativos en el desarrollo del lenguaje. Sin embargo, la precisión diagnóstica de la identificación de bebés y niños pequeños con trastorno del lenguaje es relativamente baja. Por este motivo, rara vez se hace un diagnóstico de trastorno del lenguaje antes de los 24 meses.

La evaluación de las habilidades lingüísticas en preescolares generalmente implica la realización de una serie de pruebas estandarizadas. Los instrumentos de evaluación y análisis empleados con bebés y niños pequeños incluyen elementos para evaluar los hitos del desarrollo relacionados con la comunicación, las habilidades motoras, cognitivas, sensoriales y socioemocionales. Un ejemplo de una prueba con referencia a la norma para medir el desarrollo general en múltiples dominios es el Inventario de Desarrollo de Battelle, Segunda Edición (BDI-2) (Newborg, 2005), que puede usarse para obtener puntuaciones de edad de desarrollo para habilidades personales y sociales, conducta adaptativa, habilidades comunicativas y habilidades cognitivas. La Escala de lenguaje para niños pequeños de Rossetti (2006) tiene elementos que miden los gestos, el juego, la comprensión del lenguaje y la expresión del lenguaje, pero no compara a los niños pequeños con otros niños de su misma edad. La observación sistemática y el muestreo pueden usarse cuando el bebé o niño pequeño no puede cooperar con un procedimiento de prueba debido a problemas de cumplimiento o discapacidad extrema. Además, una muestra de habla espontánea, recopilada en una interacción de juego con un médico, padre o compañero, puede revelar las habilidades de comunicación funcional del niño, así como los tipos de errores cometidos en el habla natural. Para los niños que son extremadamente reticentes a hablar, se pueden usar algunas tareas de producción provocadas, como permitir que el niño "hable" a través títere, o usar un formato de juego como "Yo espío" para elicitación de habla. Los informes de padres y maestros también proporcionan información importante, y hay varios formularios de informes estandarizados disponibles, incluyendo las escalas de comportamiento adaptativo de Vineland (Sparrow et al., 2005) y la lista de verificación de comunicación para niños-2 (Bishop, 2003)

Los informes de los padres son a menudo la mejor manera de obtener evidencias sobre el lenguaje y las habilidades de comunicación en bebés y niños pequeños. Existen medidas de evaluación como los Inventarios de Desarrollo Comunicativo (CDI) de MacArthur-Bates, en los que los padres de niños de entre 8 y 37 meses de edad informan qué palabras entiende o usa su hijo. La escala divide las palabras que los niños entienden y producen en clases semánticas para

que los examinadores puedan tener una idea de los conceptos y categorías de palabras que están presentes o que necesitan elaboración. Además, hay una sección que solicita a los padres que informen sobre los gestos comunicativos y simbólicos que su hijo ha intentado o dominado.

En lo que respecta a la evaluación en edad escolar, pueden emplearse pruebas estandarizadas e informes de padres/maestros para identificar los trastornos del lenguaje y su impacto en el rendimiento académico en niños en edad escolar y adolescentes. La evaluación tanto de la comprensión del lenguaje como de la producción en este caso es crucial. Además, las conversaciones de los niños con trastornos del lenguaje pueden parecer normales al oyente ocasional, por lo que a menudo es necesario usar contextos más exigentes para evaluar su habla espontánea. Se ha demostrado que las muestras de lenguaje narrativo, que se obtienen al pedirles a los estudiantes que cuenten una historia de un conjunto de imágenes o que relaten una historia personal o tradicional, son sensibles a los déficits de lenguaje en la edad escolar (Boudreau, 2007).

11.5.- Comorbilidad y diagnóstico diferencial

Cuando un niño presenta alteraciones del lenguaje, se debe establecer si existen factores que puedan influir causalmente en las dificultades del lenguaje o si las dificultades del lenguaje forman parte de algún otro trastorno. Existe un alto grado de comorbilidad entre los trastornos del lenguaje y una variedad de otras condiciones psiquiátricas y de aprendizaje, que incluye déficit de atención, dificultades de aprendizaje y trastornos de la conducta. A pesar de ello, los trastornos del lenguaje en niños con otros trastornos psiquiátricos no suelen diagnosticarse hasta en un 40% de los casos. Por estas razones, los niños en edad escolar referidos o sospechosos de trastornos psiquiátricos o de aprendizaje deben ser evaluados para el trastorno del lenguaje. La principal tarea diagnóstica inicial es descartar otros síndromes con los que se asocian con frecuencia los problemas del habla y del lenguaje. Estos síndromes incluyen hipoacusia o pérdida auditiva significativa, discapacidad intelectual, trastorno del espectro del autismo, trastornos de la comunicación de base orgánica (por ejemplo, paladar hendido, apraxia, parálisis cerebral o afasia adquirida en la infancia), u otros trastornos asociados con el abuso de sustancias o el maltrato.

El diagnóstico diferencial entre tartamudeo, trastorno fonológico, trastorno del lenguaje y trastorno de la comunicación social (pragmática) requiere pruebas exhaustivas del habla/lenguaje. Para diagnosticar el tartamudeo, un médico debe verificar, mediante pruebas estandarizadas, que otras habilidades lingüísticas son apropiadas para su edad. Si la disfluencia coexiste con otros trastornos del habla y del lenguaje, puede ser apropiado demorar el diagnóstico de tartamudeo hasta que se resuelvan algunos de los otros problemas, luego reevaluar para determinar si la disfluencia ha persistido. Para los niños pequeños, también, la falta de fluidez puede ser transitoria. Si el niño en edad preescolar con disfluencia no muestra signos de lucha o autoconciencia sobre el habla, puede ser prudente reevaluar al niño en 6 meses antes de iniciar un programa de intervención de terapia del habla.

Los trastornos del sonido del habla se diagnostican por medio de pruebas estandarizadas de producción de sonido, por lo general utilizando procedimientos en los que se pide a los niños que nombren imágenes u objetos y se transcribe la interpretación de la palabra del niño para compararla con las normas de producción de adultos. Puesto que estos trastornos suelen coexistir con otros trastornos del lenguaje, es aceptable un diagnóstico simultáneo de trastorno del sonido del habla, incluso si hay otros trastornos del lenguaje. Sin embargo, es necesario descartar problemas de audición, discapacidad intelectual o de los mecanismos motrices del habla antes de diagnosticar un trastorno fonológico.

Para diagnosticar un trastorno específico del lenguaje, es necesario demostrar, por medio de pruebas estandarizadas, administradas individualmente, que las habilidades del lenguaje expresivo y/o receptivo están por debajo del nivel esperado de funcionamiento. Debido a que los

trastornos del sonido del habla coexisten frecuentemente con otras alteraciones del lenguaje, especialmente los trastornos del lenguaje expresivo, es posible diagnosticar ambos simultáneamente.

Problemas auditivos. La audición siempre debe ser evaluada por un audiólogo en los niños que presentan posibles trastornos del lenguaje. Los estudios epidemiológicos han cuestionado si la otitis media con derrame, que puede causar una pérdida auditiva de hasta 40 dB, es un factor etiológico importante en el trastorno del lenguaje (Paradise et al., 2003). Dichos estudios prospectivos han revelado que muchos niños pequeños pueden tener episodios prolongados de otitis media y pérdida de audición con poco o ningún impacto en las habilidades verbales.

11.6.- Tratamiento y abordaje: higiénico-dietético, psicoterapéutico, psicofarmacológico, rehabilitador/psicopedagógico

11.6.1.- Principios generales de intervención

Es importante hacer un diagnóstico diferencial cuidadoso de cualquier trastorno de la comunicación para decidir si el problema es específico del habla y el lenguaje o si forma parte de un trastorno mayor. En el caso de trastornos de la comunicación asociados con discapacidad intelectual o autismo, el tratamiento debe abordar todos los aspectos del desarrollo del niño, no solo aquellos relacionados con el habla y el lenguaje. El tratamiento preferente es la terapia individual o en grupos pequeños administrada por un especialista en audición y lenguaje y/o logopeda.

Los objetivos de la intervención pueden variar según la edad y las necesidades del niño. La mayoría de los ensayos clínicos aleatorios se centran en la normalización de la trayectoria de desarrollo, evaluada mediante el posible cambio en las puntuaciones en evaluaciones estandarizadas. En contraste, muchos clínicos y educadores pueden centrar la intervención en enseñar nuevas formas de lenguaje discretas, brindándole al niño estrategias para minimizar el impacto del trastorno de la comunicación o modificar el entorno (especialmente las técnicas de interacción entre padres e hijos) para mejorar la comunicación a pesar del habla o debilidades del lenguaje. Cualquiera que sea el objetivo final, la selección de un enfoque de tratamiento debe basarse en la evidencia de que es eficaz.

Los métodos de intervención son esencialmente conductuales y educativos. Algunos clínicos utilizan procedimientos conductuales estrictos, mientras que otros prefieren enfoques más centrados en el niño, como la estimulación indirecta del lenguaje, lo que implica enriquecimiento del entorno comunicativo tratando de maximizar las oportunidades para el aprendizaje incidental. Muchos patólogos del habla y el lenguaje (SLP) toman una posición intermedia entre estos extremos, utilizando oportunidades de juego estructuradas y estimulación enfocada para proporcionar ejemplos de formas deseadas y obtener objetivos lingüísticos. Aunque se ha demostrado que todos estos métodos son efectivos en estudios pequeños, se necesita mucha más investigación sobre la eficacia y efectividad de los enfoques particulares de intervención y las variables que se pueden usar para adaptar mejor el método al niño.

La intervención lingüística para niños con trastorno del lenguaje involucra técnicas diseñadas para remediar o modificar los factores que contribuyen al trastorno del lenguaje o enseñar estrategias compensatorias para reducir el impacto de un trastorno del lenguaje en las funciones académicas, sociales y / o vocacionales. Se han diseñado diversos programas de tratamiento orientados a superar las dificultades tanto en la forma, como en el contenido y el uso del lenguaje, para niños en edad preescolar (edades 3–5), alumnos de primaria (edades 5–10) y adolescentes (11–21).

Se han realizado escasos estudios aleatorios bien diseñados para evaluar las intervenciones en niños con trastornos del lenguaje con resultados clínicamente significativos. Lawet et al. (2012) forma una base de datos de búsqueda <https://www.thecommunicationtrust.org.uk/schools/what->

[works.aspx](#). Los pocos ensayos controlados aleatorios que existen sugieren que las intervenciones dirigidas a los procesos subyacentes, como el procesamiento auditivo, generalmente no son efectivas para cambiar los perfiles de lenguaje (Strong et al., 2011). Las intervenciones realizadas por profesionales de audición y lenguaje centradas en el desarrollo de habilidades semánticas (Ebbels et al., 2012) o formas gramaticales particulares (Ebbels et al., 2007) en niños en edad escolar parecen ser efectivas, aunque los tamaños de muestra han sido pequeños y hay una necesidad de más replicación. En contraste con muchas investigaciones en este campo, Bowyer-Crane et al. (2008) evaluaron intervenciones que fueron impartidas por asistentes de enseñanza capacitados (y bien apoyados). Los niños de la escuela general con deficientes habilidades del lenguaje oral en el ingreso a la escuela fueron asignados al azar a una intervención del lenguaje oral que se centró en el desarrollo de vocabulario y habilidades narrativas. Los niños recibieron sesiones individuales y grupales tres veces por semana durante 20 semanas. Los participantes mejoraron significativamente en las medidas de vocabulario personalizado y gramática expresiva. Si bien estos resultados son alentadores, es necesario replicar los resultados con niños con trastornos del lenguaje más graves. En general, las deficiencias en la comprensión del lenguaje son extremadamente resistentes al cambio (Boyle et al., 2010) y es probable que dichos niños requieran un apoyo continuo para su trastorno del lenguaje.

11.7.- Desarrollo, curso y pronóstico

Desafortunadamente, los síntomas relacionados con los trastornos de comunicación tienden a ser persistentes. Se han realizado diversos estudios longitudinales que han seguido a niños diagnosticados con trastornos del lenguaje desde la etapa preescolar hasta su adolescencia. Aproximadamente el 70% de estos niños continuaron demostrando problemas de lenguaje cuando eran adolescentes (Beitchman et al., 1996; Nippold, Mansfield, Billow, y Tomblin, 2009). Los resultados de estos trabajos sugieren que es muy probable que los adolescentes con un historial de trastornos del lenguaje presenten problemas cognitivos, lingüísticos, sociales y académicos (Johnson et al., 2010; Lindsay, Dockrell, Nippold y Fujiki, 2012; Nippold et al., 2009; Tomblin & Nippold, 2014). Los estudios de adultos con una historia de trastorno del lenguaje durante la infancia indican que a menudo tienen dificultades persistentes con las medidas del lenguaje y la alfabetización, falta de memoria, menores niveles de empleo y menos amistades cercanas que las personas sin historial de trastorno del lenguaje (Clegg, Hollis, Mawhood, y Rutter, 2005; Johnson, Beitchman, y Brownlie, 2010). Sin embargo, es probable que perciban su calidad de vida de manera muy similar a la de sus iguales sin trastornos del lenguaje (Johnson et al., 2010; Records, Tomblin, y Friesse, 1992). Las personas con trastornos menos graves durante la infancia tienden a tener mejores resultados en la escuela secundaria y en la edad adulta. Específicamente, en un estudio longitudinal bien diseñado, la habilidad del lenguaje durante la niñez fue un factor importante para predecir el logro educativo y el SES ocupacional durante la edad adulta, especialmente cuando se combinó con las calificaciones de los maestros sobre el comportamiento, el SES familiar y la capacidad de lectura (Johnson et al., 2010). Parece por tanto claro que existe una gran necesidad de desarrollar intervenciones más efectivas para los niños con trastornos del lenguaje y para los maestros, padres y otros profesionales que trabajan con estos niños para facilitar el diseño de programas educativos que promuevan mejores resultados para toda la vida.

11.8.- Bibliografía:

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Andrews, G., Pine, D. S., Hobbs, M. J., Anderson, T. M., y Sunderland, M. (2009). Neurodevelopmental disorders: Cluster 2 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychological Medicine*, 39(12), 2013–2023. [doi:10.1017/S0033291709990274](https://doi.org/10.1017/S0033291709990274)

- Bonet B., J. P. (1620). *Reduction de las letras y Arte para enseñar á ablar los Mudos*. Madrid: Francisco Abarca de Angulo. <http://www.cervantesvirtual.com/>
- Broca, P. (1861). Perte de la parole; ramollissement chronique et destruction partielle du lobe antérieure gauche du cerveau. *Bulletins de la Société d'Anthropologie de Paris*, 2, 235-38.
- Campbell, T. F., Dollaghan, C. A., Rockette, H. E., Paradise, J. L., Feldman, H. M., Shriberg, L. D., ... y Kurs-Lasky, M. (2003). Risk factors for speech delay of unknown origin in 3-year-old children. *Child Development*, 74(2), 346-357.
- Contreras, M. C. y Soriano, M. (2004). El valor de la narrativa en la caracterización de los alumnos con dificultades de lenguaje. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 24 (3), 119-125.
- Craig, A., y Tran, Y. (2005). The epidemiology of stuttering: The need for reliable estimates of prevalence and anxiety levels over lifespan. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 7, 41-46.
- Fernandez-Urquiza, M., Díaz, F., Moreno-Campos, V., Lázaro, M., y Simón, T. (2015). *Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática Revisado (PREP-R)*. Valencia: Universitat de Valencia.
- García-Mateos, M., Mayor Cinca, M. Á., de Santiago Herrero, J., y Zubiauz de Pedro, B. (2014). Prevalencia de las patologías del habla, del lenguaje y de la comunicación: Un estudio a lo largo del ciclo vital. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 34(4), 163-170. [doi:10.1016/j.rlfa.2014.03.003](https://doi.org/10.1016/j.rlfa.2014.03.003)
- Jessup, B., Ward, E., Cahill, L., y Keating, D. (2008). Prevalence of speech and/or language impairment in preparatory students in northern Tasmania. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 10(5), 364-377. [doi:10.1080/17549500701871171](https://doi.org/10.1080/17549500701871171)
- McKinnon, D. H., McLeod, S., y Reilly, S. (2007). The Prevalence of Stuttering, Voice, and Speech-Sound Disorders in Primary School Students in Australia. *Language Speech and Hearing Services in Schools*, 38(1), 5-15. [doi:10.1044/0161-1461\(2007/002\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2007/002))
- McTear, M., y Conti-Ramsden, G. (1992). *Pragmatic disability in children*. London: Whurr Publishers.
- Nippold, M. A., Mansfield, T. C., Billow, J. L., y Tomblin, J. B. (2008). Expository discourse in adolescents with language impairments: Examining syntactic development. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 17(4), 356-366. [doi:10.1044/1058-0360\(2008/07-0049\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2008/07-0049))
- Norbury, C. F., Gooch, D., Wray, C., Baird, G., Charman, T., Simonoff, E., ... Pickles, A. (2016). The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: evidence from a population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 57(11), 1247-1257. [doi:10.1111/jcpp.12573](https://doi.org/10.1111/jcpp.12573)
- Pennington, B. F. y Bishop, D. V. (2009). Relations among speech, language, and reading disorders. *Annual Review of Psychology* 60, 283-306. [doi:10.1146/annurev.psych.60.110707.163548](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163548)
- Shriberg, L. D., Tomblin, J. B., y McSweeney, J. L. (1999). Prevalence of speech delay in 6-year-old children and comorbidity with language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing research*, 42(6), 1461-1481.
- Sonninen, A. y Damsté, P. H. (1971). An international terminology in the field of logopedics and phoniatrics. *Folia Phoniatica and Logopaedica*, 23, 1-32.
- Tomblin, J. B., Records, N. L., Buckwalter, P., Zhang, X., Smith, E., y O'Brien, M. (1997). Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 40(6), 1245-1260.
- Weindrich, D., Jennen-Steinmetz, C., Laucht, M., Esser, G., y Schmidt, M. H. (2000). Epidemiology and prognosis of specific disorders of language and scholastic skills. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9(3), 186-194. [doi:10.1007/s007870070042](https://doi.org/10.1007/s007870070042)
- Wernicke, C. (1874). *Der aphasische Symptomencomplex: eine psychologische Studie auf anatomischer Basis*. Breslau: Max Cohn & Weigert.
- World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization, 1992.

12.- CAPÍTULO 12: TRASTORNOS DEL DESARROLLO NEUROLÓGICO: TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO (TEA)

Cristina Domínguez Martín. Psiquiatra. Hospital de Día de Psiquiatría del Niño y Adolescente del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Profesor Asociado de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.

Jairo Rodríguez-Medina. Psicólogo. Dpto. de Pedagogía. Universidad de Valladolid

12.1.- Introducción: historia y epidemiología

12.1.1.- Historia

Al parecer el término “autismo” lo emplea por primera vez Bleuler (1911) para describir el aislamiento social y la pérdida de contacto con la realidad en pacientes con esquizofrenia. Es posteriormente, a partir de 1943, cuando aparecen dos contribuciones importantes en torno al autismo en la etapa infantil. Por un lado, Leo Kanner publica *Autistic disturbances of affective contact* (1943), en el que tras realizar un estudio de un grupo de once niños describe por vez primera el *autismo infantil precoz* como *síndrome comportamental*. Paralelamente, Hans Asperger (1938), publica observaciones muy similares a las de Kanner, a partir del estudio de cuatro casos. Kanner emplea el término *psicopatía autística* para definir los rasgos característicos de sus pacientes. Aunque ambos describen a niños con dificultades en sus relaciones sociales (aislamiento), rutinas obsesivas, dificultades en la comunicación, ecolalias, ausencia de juego simbólico, obsesión por determinados objetos, y además algunos casos en los que aparecen habilidades especiales en áreas concretas como la música o la pintura, existen ciertos matices que diferencian ambas descripciones. Asperger se centra en sujetos de mayor edad y en los que no hay presente retraso del desarrollo cognitivo ni de la adquisición del lenguaje.

A finales de los años 70 y con la publicación en 1980 del DSM-III, se incorpora el autismo como categoría diagnóstica dentro de los *Trastornos Generalizados del Desarrollo*. Durante este periodo Wing y Gould (1979) retoman los estudios de Asperger y denominan por primera vez *Síndrome de Asperger* al trastorno descrito por él años atrás, sus investigaciones suponen además un importante cambio conceptual y cualitativo, apareciendo por primera vez el concepto de *espectro autista*. Todo ello da lugar a un enfoque del concepto de autismo desde el punto de vista cognitivo lo cual tendrá consecuencias en el tipo de intervención que empezará a orientarse a partir de estos momentos hacia la educación especial y hacia otras teorías explicativas como la *teoría de la coherencia central*.

A partir de mediados los años 90 surgen investigaciones desde la neurobiología que atribuyen a una disfunción en el sistema de *neuronas espejo* las dificultades socio-emocionales de las personas con autismo. También desde la psicología se buscan nuevas teorías explicativas, que encajan de una u otra forma dentro de estos precedentes como la *teoría de la mente* (Baron-Cohen, 2010; Rivière, 2000), de la *coherencia central* (Happé & Frith, 2006), *teoría de la función ejecutiva* (Ozonoff, 1996), *teoría de la afectividad* (Hobson, 1989); así como modelos explicativos mixtos, *sistema de apego emocional* (Mundy, 1995; Mundy, Sigman & Kasari, 1994).

En la actualidad, el cambio principal reside en la conceptualización del autismo desde una perspectiva evolutiva, como un trastorno del neurodesarrollo. Con la idea de espectro autista se entiende un cambio desde un diagnóstico categórico a un punto de vista dimensional, dentro de un continuo, en el que se distribuyen las personas afectadas en función de sus grados de funcionalidad o disfuncionalidad. Con este cambio se unifican bajo un mismo diagnóstico, eliminando las categorías previamente existentes, trastorno autista, síndrome de Asperger, trastorno desintegrativo infantil, trastorno generalizado del desarrollo no especificado (TGD no especificado) y síndrome de Rett.

12.1.2.- Epidemiología

El número de estudios en relación a la epidemiología del autismo se ha incrementado exponencialmente en los últimos 15 años, paralelamente, las tasas de prevalencia del autismo en la población general se han incrementado de forma drástica. Las cifras de entre 2-5 casos por 10.000 habitantes según estudios realizados en la década de los ochenta, han pasado a tasas que han aumentado considerablemente, llegando a cifras de 1 por 160 (OMS) en la actualidad. Este llamativo incremento ha sido motivado, entre otras razones, por los cambios en los criterios diagnósticos, por una mayor concienciación social sobre el TEA, así como por el desarrollo de nuevos instrumentos de evaluación y diagnóstico más precisos y en general, por la mejora de los servicios de atención.

En lo que se refiere al sexo, aunque no se conoce con exactitud la proporción, parece claro que el autismo es más frecuente en niños y se estima aproximadamente entorno a 4-5 casos de niños por cada caso de una niña. Aunque en ocasiones las niñas pueden presentar casos más graves y con discapacidad intelectual más intensa, en los casos sin discapacidad intelectual el diagnóstico parece más complicado en niñas. Diversos estudios apuntan la posibilidad de que las niñas con autismo puedan tener una mayor facilidad que los niños para “camuflar” sus síntomas, lo que podría dificultar su identificación y su acceso a los servicios de apoyo.

El autismo se asocia con frecuencia con discapacidad intelectual. En aproximadamente el 40% de los casos esta discapacidad es grave (CI por debajo de 50), y en un 30% leve (CI 50–69). El 30% restante tiene un cociente intelectual por encima de 70. En el autismo, el cociente intelectual generalmente se mide mejor con pruebas no verbales. Además de discapacidad intelectual es frecuente la aparición de otros trastornos comórbidos como déficit de atención e hiperactividad, ansiedad o depresión por citar solo algunos de ellos.

12.2.- Definición y diagnóstico

12.2.1.- Definición

La palabra “autismo” significa etimológicamente tendencia a alejarse del mundo exterior y a dirigir la atención hacia el propio interior.

En la actualidad se sigue empleando la definición de autismo que propuso Kanner con algunas matizaciones. El autismo se define como un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por alteraciones en la comunicación e interacción social y patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento intereses o actividades (APA, 2013).

12.2.2.- Diagnóstico

El diagnóstico del autismo se basa en las manifestaciones clínicas, es un diagnóstico clínico. Las cuatro áreas fundamentales en las que se manifiesta el autismo son interacción social, comunicación, conductas estereotipadas y desarrollo cognitivo.

Las manifestaciones clínicas del autismo van a depender de la edad del niño, del grado de afectación y de las patologías asociadas.

Durante los 3 primeros años de vida los síntomas más frecuentes son alteraciones en la alimentación (con anorexia, rechazo de ciertos alimentos (por su textura, por ser alimentos sólidos, por su sabor), presentan gustos peculiares), problemas para conciliar el sueño, irritabilidad y rabietas intensas con dificultades para tranquilizarles, alteraciones en la interacción con sus padres (escaso o nulo contacto visual, no responde al llamarle por su nombre, no muestra sonrisa social, no extiende los brazos para ser cogido, no señala con el dedo los objetos de su interés, no pide lo que necesita, no establece **atención conjunta** con sus padres) y alteraciones en el desarrollo del lenguaje (el retraso del lenguaje es uno de los motivos más frecuente de consulta, no entiende órdenes sencillas, no utiliza los gestos no verbales (saludar o decir adiós con la mano, soplar, aplaudir) para comunicarse).

Caso clínico de niño de 30 meses que acude a las consultas de psiquiatría infantil por retraso en el desarrollo del lenguaje, no emite ninguna palabra, no mira ni a la madre ni a ninguna persona. Muestra excesivo interés por objetos como ventilador, cable de un conejo de peluche o tornillo de una silla. Tiende a llevar un objeto azul en la mano, y se molesta si se lo quitas. Cuando quiere algo, coge la mano del psiquiatra y la coloca sobre el objeto, sin mirar a la cara del examinador ni a su madre. Muestra interés por coger objetos y hacerlos girar, quedándose mirando como giran. Con frecuencia tiene rabietas cuando algo no se le deja hacer, pero no busca a su madre para consolarse, sino que suele tranquilizarse rascando con su uña un objeto de plástico rugoso.

Entre los 4 y 6 años persistirán las dificultades de interacción social, con escaso contacto visual, no establece atención conjunta, observando una preferencia por objetos más que por personas, con tendencia a jugar de forma estereotipada (girar objetos, alinear coches, observar como caen los objetos, no **juego simbólico**), lenguaje ausente o peculiar (con **ecolalias**, con inversión del pronombre, perseverante con tendencia a hablar de sus intereses, dificultades para entender y utilizar los gestos no verbales), alteraciones en la motricidad (dificultades en la motricidad, caminar de puntillas), **estereotipias** motoras (aleteo de brazos y manos, dar palmadas, extender los dedos) y sensoriales (observar como se mueve el agua en las fuentes, observar como gira la lavadora, mirar los objetos de perfil, oler o chupar objetos), intereses restringidos (muestra interés por conocer ciertos temas que se exceden de lo adecuado para su edad, dedicando excesivo tiempo a dichos intereses y suelen ir cambiando con el tiempo) o intereses inusuales (no propios de la edad, mostrando interés por la arquitectura de los edificios, mecanismo de las fuentes), hipersensibilidad a los sonidos (muestra molestia ante ciertos ruidos de la vida cotidiana, tendiendo a taparse los oídos), hiposensibilidad al frío o calor (no manifiesta molestias ante situaciones de frío o calor, siendo necesario un especial cuidado cuando tienen fiebre debido a que no van a manifestar malestar) y reacciones emocionales inadecuadas (manifiesta miedo intenso ante situaciones inofensivas, no percibe los peligros reales, irritabilidad intensas).

Caso clínico de niño de 5 años, la madre refiere dificultades para jugar con otros niños, en el colegio refieren que en el recreo se queda solo, subiendo y

bajando las escaleras del patio. Cuando entra en la consulta mira al techo y se interesa por la gotera que hay o se acerca al teléfono o al calendario para quedarse mirando los números. Tiene dificultades para mantener el contacto visual, con un tono de voz agudo que se incrementa al final de las frases. En ocasiones camina de puntillas y cuando algo le gusta, aletea sus manos. La madre refiere que le gusta jugar a escribir números, con predilección por el número 5 y 7, y a dibujar el reloj del Big Ben. La madre refiere dificultades para que lleve puestos los nuevos zapatos que le han comprado para el verano, se niega a ponérselo, y no hay manera de convencerle. Hace un año tenía muchos problemas para ir a cortarle el pelo.

Entre los 6 y 12 años seguirán mostrando dificultades para la interacción social (aunque se observará cierta mejoría, continuarán mostrando dificultades para integrarse en un grupo de iguales, en algunos casos desean tener amigos, pero no saben como conseguirlo), problemas para entender y expresarse tanto con el lenguaje verbal como no verbal, con dificultades para entender y expresar sentimientos, y empatizar con los demás. Tienen dificultades para entender los chistes o las ironías. Suelen incrementarse las estereotipias motoras y sensoriales, que tienen la finalidad de autoestimularse. En algunos casos aparecerán conductas de autoagresión, como golpearse la cara, siendo más frecuentes en los casos de discapacidad intelectual grave. Muestran una marcada intolerancia al cambio (tendiendo a mostrar dificultades para ponerse zapatos nuevos, para cambiar de pantalones largos a pantalones cortos, necesidad de ir al colegio siempre por el mismo camino). Seguirán mostrando interés por ciertos temas, convirtiendo sus conversaciones en monólogos acerca de sus temas de interés, sin percibir el rechazo que esto motiva en sus compañeros.

Caso clínico de niño de 10 años, la madre refiere que tiene dificultades para cambiarle la rutina, siempre quiere ir por el mismo lado de la acera para acudir al colegio. Se pone muy nervioso cuando vamos a las ferias o cuando hay fuegos artificiales. Desde pequeño le han gustado mucho las lavadoras, conoce todas las marcas y características. Cuando vamos a la casa de amigos, lo primero que hace es ir a la cocina para ver la lavadora. Cuando era más pequeño, le gustaba sentarse delante de la lavadora, cuando estaba funcionando, para observar como giraba. Al inicio del curso le cuesta ponerse el uniforme escolar, cambiar de pantalones cortos a largos, “si por él fuera, estaría todo el año con pantalones cortos”.

Los adolescentes empiezan a percibir sus dificultades para interactuar con iguales, sus limitaciones para entender el lenguaje verbal y no verbal. Las **expresiones idiosincrásicas** y su literalidad, motivarán que se burlen de él. Persistirán su rigidez conductual, resistencia a los cambios, tendencia a actividades estereotipadas. Estas dificultades de integración social motivarán reacciones emocionales inadecuadas y problemas de conducta. En algunos casos desarrollarán cuadros depresivos al ser conscientes de sus limitaciones a nivel social. También es característico el desarrollo de crisis epilépticas durante la adolescencia, sobre todo en los casos de discapacidad intelectual moderada o grave. Alternando en estos casos momentos de apatía y aislamiento con otros momentos en los que se muestran hiperactivos y con problemas de conducta.

Caso clínico de adolescente de 16 años, la madre refiere que últimamente está dedicando muchas horas a los videojuegos, quiere ser jugador profesional. Cuando la madre le explica que tiene que dejar de jugar, se

altera, diciendo que es una mala madre, que no le entiende y, últimamente, se enfrenta a ella. En el instituto tiene problemas con sus compañeros por sus dificultades para entender ciertas situaciones sociales. La semana pasada tuvo un problema con una compañera que le agarró su paraguas para llamarle la atención porque él no se dio cuenta que la había hecho daño cuando pasó atropelladamente a su lado, pero él pensó que le quería quitar su paraguas y por eso se alteró con ella. Es muy literal, mostrando muchas dificultades para entender los dobles sentidos en las conversaciones. Muestra un interés llamativo por las nuevas tecnologías, basándose sus conversaciones en esos temas, y la madre refiere que los compañeros evitan estar con él por su insistencia en hablar de estos temas.

12.3.- Etiopatogenia y bases neurobiológicas

El trastorno del espectro autista es un trastorno del neurodesarrollo, en el que no se conoce con exactitud la causa que lo produce, dónde o cómo se produce. El desarrollo del sistema nervioso sigue una secuencia y un orden espacial y temporal. Todo ello va dirigido por el código genético que se hereda. Los mecanismos epigenéticos determinarán que los genes se expresen en los lugares pertinentes a lo largo de las diferentes etapas del desarrollo. Además, todo este proceso se verá influenciado por los factores ambientales. A pesar de que se han identificado varios factores de riesgo ninguno de ellos parece suficiente por sí mismo para causar autismo. Numerosos estudios parecen indicar la presencia de diferencias neuro-anatómicas en las personas con TEA. La aplicación de técnicas de imagen por resonancia magnética ha revelado que los lóbulos frontal y temporal, el cerebelo, el cuerpo calloso y el sistema límbico son las regiones cerebrales relacionadas con mayor frecuencia con el autismo.

Factores genéticos

El trastorno del espectro autista es uno de los trastornos psiquiátricos que tiene un componente genético muy elevado.

El riesgo de morbilidad del autismo en familiares es más elevado que en la población general, en algunos estudios encuentran que se multiplica por 20. También se ha descrito, que los familiares de autistas manifiestan problemas de comunicación y de interacción social, sin llegar a cumplir los criterios de trastorno del espectro autista. Los factores genéticos parecen tener una gran relevancia, estudios con gemelos han demostrado una heredabilidad de más del 90%.

El autismo es un trastorno etiológicamente complejo, en el que intervienen múltiples variantes genéticas, múltiples genes, y la interacción entre estos genes con el ambiente y la epigenética, que regula la expresión de dichos genes. Se han descrito múltiples genes implicados en autismo que también se han descrito en otras enfermedades psiquiátricas (esquizofrenia, discapacidad intelectual). El estudio genético está indicado cuando el paciente presenta discapacidad intelectual o rasgos dismórficos o tiene familiares con discapacidad intelectual. Cada día parece estar más claro que las influencias genéticas son complejas pero importantes en la patogénesis del autismo. Sin embargo, a pesar de estos avances quedan aún muchas preguntas sin resolver.

Factores ambientales

El estudio de los factores ambientales también ha atraído una atención considerable en los últimos años, especialmente en el contexto de las interacciones gen-ambiente. Aunque se han estudiado diferentes factores de riesgo, las revisiones sistemáticas se han centrado principalmente en las complicaciones pre y post natales, la exposición a toxinas y la edad de los padres. Por lo que se refiere a los posibles factores sociodemográficos, diversos estudios no han encontrado diferencias en la distribución de los casos en función del nivel cultural o socioeconómico.

Se han descrito varios factores pre y perinatales relacionados con autismo. Destacando las hemorragias del primer semestre, infección (en especial por rubeola), presentación de nalgas y Apgar bajo. Hay una serie de factores sobre los que se está estudiando su posible relación, como la edad de los padres, el estrés oxidativo y la polución ambiental. En la actualidad no se ha demostrado que las vacunas del calendario vacunal, toxinas, medicamentos, la época del año en el que nazca el niño o la intolerancia a los alimentos tengan relación con el desarrollo del autismo.

Factores neurofisiológicos

El trastorno del espectro autista asocia alteraciones electroencefalográficas y crisis epilépticas con mayor frecuencia que población general. Estas alteraciones en el EEG son más frecuentes en los primeros años de vida. La epilepsia se incrementa con la edad y se manifiesta con mayor frecuencia en los casos de discapacidad intelectual más grave, llegando a ser entre 10 y 30 veces más frecuente que en personas sin autismo.

Factores neuroquímicos y neuroendocrinos

En diversos estudios se ha observado una alteración en el sistema serotoninérgico cerebral de carácter global y un incremento de la actividad dopaminérgica a nivel de la corteza fronto-orbitaria. En estudios post-mortem se ha observado un descenso de los receptores nicotínicos de la corteza, lo que podría explicar una afectación de las funciones cognitivas relacionadas con alteraciones en el sistema colinérgico. Se sigue investigando en estos aspectos para determinar el mecanismo implicado de estos neurotransmisores en el autismo.

La oxitocina está relacionada con el proceso de vinculación del bebé con su progenitor y en el reconocimiento social. Se está investigando su relación con el autismo, observando en algunos estudios un descenso de oxitocina en los niños con trastorno del espectro autista.

Factores neuroanatómicos

En el autismo se ha investigado la corteza cerebral (responsable del procesamiento de la información) y el sistema límbico (regula las emociones y relacionada con el contacto social).

Se ha observado una activación de la microglía y un aumento de los niveles de citocinas. No se conoce la relación entre ambos mecanismos, puede ser que alteraciones inmunológicas desencadenen perturbaciones de la microglía o que ambos mecanismos coincidan y sean motivados por fenómenos independientes.

A nivel del vermis se ha observado una relación positiva entre el tamaño de los lóbulos VI y VII del vermis cerebeloso y el cociente intelectual (a menor tamaño del vermis menor capacidad intelectual). Estas alteraciones del vermis también se dan en otras alteraciones del neurodesarrollo, lo que podría deberse a su carácter inespecífico asociado al cociente intelectual. Se han descrito diversas alteraciones en el vermis que no han permitido llegar a determinar cuáles son las alteraciones que se producen en el autismo en esta área del cerebro. Todo ello puede ser debido a que no sean alteraciones específicas del autismo o a que influyan otros factores que motiven esta disparidad de hallazgos.

Uno de los hallazgos más replicado es el incremento del tamaño global del cerebro en los niños con autismo (2-10%). Se piensa que el incremento anómalo se produce en el primer año de vida, llegando a ser máximo entre los 2-4 años. Posteriormente el crecimiento disminuye y en el adulto, el tamaño cerebral, solo es levemente superior al normal.

Se ha observado una menor activación de la circunvolución fusiforme que provocaría problemas para reconocer emociones en las expresiones faciales de los demás. Explicando con ello las dificultades en las relaciones sociales de estos pacientes.

La amígdala está relacionada con la regulación de las emociones, reconocimiento de las emociones en los demás y una modulación de la conducta social, funciones que se encuentran

alteradas en el autismo. Por lo que la amígdala ha sido ampliamente estudiada en el autismo, y se ha podido constatar las alteraciones tanto estructurales como funcionales en estos pacientes.

Reflexiones sobre la etiopatogenia del autismo

Se hipotetiza que las alteraciones del desarrollo cerebral en el autismo pueden ser debidas a trastornos de la neurogénesis de causa genética o ambiental; y/o una alteración en la conectividad neuronal por un desarrollo desmesurado de la glía y de las sinapsis; y/o una respuesta inflamatoria anómala que motivaría la activación de la microglía. Se requieren estudios futuros para poder llegar a determinar con más profundidad la etiopatogenia del autismo.

12.4.- Evaluación y pruebas complementarias

La evaluación de un niño de autismo se basa en una buena historia clínica completa, una exploración médica y psiquiátrica, exploraciones complementarias necesarias según el caso, junto con escalas neuropsicológicas. Con frecuencia la evaluación va más allá del diagnóstico y comprende las habilidades adaptativas, el funcionamiento cognitivo o la presencia de alteraciones graves de la conducta, entre otras. Un diagnóstico temprano parece incidir positivamente en el pronóstico, la calidad de vida y los resultados adaptativos a largo plazo. Además, facilita el diseño de los apoyos necesarios y las estrategias de intervención más adecuadas.

Obtener la historia clínica mediante una entrevista no estructurada con los padres es la forma más básica de evaluación, pero al mismo tiempo fundamental para todo el proceso. Se basa en preguntar por los diferentes síntomas del autismo según la edad y nivel del desarrollo del niño, así como la edad en que aparecen los primeros síntomas y si hubo un periodo de desarrollo normal de su hijo. Además, se preguntará por los antecedentes médicos del niño, antecedentes familiares de patologías psiquiátricas (discapacidad intelectual, autismos, esquizofrenia, patología afectiva y otras enfermedades neurológicas o síndromes por cromosomopatías, fundamentalmente).

Se hará una historia detallada de cómo fue el embarazo, parto y periodo perinatal, así como de su desarrollo evolutivo (desarrollo motor y del lenguaje, control esfínteres, cómo se desarrolló su socialización).

La exploración física y complementarias del niño se realizarán con la finalidad de descartar enfermedades médicas (cromosomopatías, fenilcetonuria, esclerosis tuberosa, hipoacusia, epilepsia, entre otras). Se realizará un cariotipo para descartar entre otras el síndrome del X frágil. Estudio de la audición (impedanciometría, audiometría con potenciales evocados) para descartar hipoacusia. Un estudio EEG para descartar epilepsia. Estudios de neuroimagen para descartar alguna lesión estructural del cerebro. Un estudio de cromatografía de aminoácidos en sangre y orina para descartar enfermedades metabólicas. Se podrán realizar otras exploraciones según las sospechas clínicas tras la exploración del menor.

En cuanto a la exploración psiquiátrica del niño se centrará en la comunicación no verbal (contacto visual, gestos faciales y corporales, sonrisa social) y verbal (prosodia, expresión y comprensión del lenguaje, ecolalias, lenguaje idiosincrásico, literalidad, inversión del pronombre), observar al niño cómo se relaciona con otros niños, sus características del juego (si suelen ser juegos repetitivos, no juego simbólico), si presenta estereotipias motoras o sensoriales, intereses restringidos o inusuales, rigidez conductual.

Dentro de las exploraciones neuropsicológicas se valorará la capacidad intelectual, las características del lenguaje (especialmente el lenguaje pragmático) y de la comunicación, así como de la teoría de la mente y función ejecutiva.

Para completar la información aportada por los padres y en la exploración del niño, conviene recibir información del niño en otros entornos (guardería, colegio, instituto, pediatras u otras personas que conozcan al niño).

Existen diversas escalas que evalúan los síntomas del autismo, de todas ellas las más utilizadas son la CARS (Childhood Autism Rating Scale, para detección de autismo), el ADI-R (Autism Diagnostic Interview Revised, entrevista que se hace a los padres para explorar los diferentes síntomas del autismo) y el ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule, entrevista observacional al niño en donde se evalúan los síntomas que presenta el menor durante la observación). Todas estas escalas son coadyuvantes para el diagnóstico, pero, como se ha comentado con anterioridad, el diagnóstico del autismo es clínico.

12.5.- Comorbilidad y diagnóstico diferencial

12.5.1.- Comorbilidades

Las enfermedades pediátricas con discapacidad intelectual que con más frecuencia manifiestan trastorno del espectro autista son enfermedades infecciosas pre o postnatales, epilepsia, esclerosis tuberosa, fenilcetonuria, encefalitis, toxoplasmosis, sífilis congénita, neurofibromatosis y síndrome de X frágil.

Dentro de las patologías psiquiátricas que se pueden observar en el autismo se encuentran la discapacidad intelectual, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno negativista desafiante, ansiedad, depresión y psicosis. Sin embargo, la prevalencia de estas patologías varía sensiblemente en los diferentes estudios en función de las características de la muestra. El diagnóstico preciso de otras alteraciones de la salud mental en personas con autismo es complicado debido a la escasez de herramientas diagnósticas adaptadas a sus características comunicativas y cognitivas. Por otra parte, es muy posible que la presentación y progreso de la sintomatología pueda diferir de la observada en la población general, lo que complica aún más la evaluación diagnóstica precisa de las psicopatologías comórbidas.

12.5.2.- Diagnóstico diferencial

Debe hacerse un diagnóstico diferencial con patologías pediátricas y neurológicas, discapacidad intelectual, déficits sensoriales (fundamentalmente con hipoacusia), trastorno del desarrollo del lenguaje, mutismo selectivo, esquizofrenia, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno de Tourette y trastorno obsesivo compulsivo.

12.6.- Tratamiento

El tratamiento del autismo es un tratamiento multidisciplinar, basado en una combinación de diferentes aspectos: programas intervención precoz, integración sensorial, programas educativos a nivel académico, terapia conductual, grupos de habilidades sociales, psicoeducación a los padres y familiares y tratamiento farmacológico.

Estimulación temprana

En caso de diagnóstico temprano, en menores de 3 años, se realizará estimulación temprana. Dentro de estos tratamientos hay diferentes modelos: modelo ABA (applied behavior analysis, basado en terapia conductual en la que se fomenta el aprendizaje de conductas adecuadas y reducción de comportamientos inapropiados), el modelo de Denver (enseñanza intensiva de análisis aplicado al comportamiento y se basa en la relación del niño con su entorno) y el modelo DIR (modelo basado en la relación, estimulando la interacción con el niño a través del juego y teniendo en cuenta los intereses del niño).

En las últimas investigaciones se ha observado la importancia de fomentar el desarrollo de la atención conjunta entre el cuidador/padres y el niño, para favorecer el aprendizaje de los diferentes aspectos de las habilidades sociales. Para fomentar la atención conjunta es importante utilizar actividades lúdicas que sean del interés del niño para favorecer que preste atención y

pueda observar, aprender e imitar las diferentes conductas sociales. Estas pautas de estimulación pueden ser llevadas a cabo por terapeutas, profesores o padres para incrementar el tiempo que el niño es estimulado y por tanto que pueda adquirir nuevas habilidades sociales.

Integración sensorial

Se ha observado que los niños con autismo presentan con frecuencia alteraciones a nivel sensorial, mostrando una dificultad para integrar los diferentes aspectos sensoriales que reciben del entorno. Las alteraciones sensoriales pueden ser hipo o hiperestimulación de los diferentes órganos sensoriales. Mediante la integración sensorial se mejora esta capacidad para integrar y tolerar mejor los diferentes aspectos sensoriales que percibe, mejorando con ello la interacción social y la calidad de vida de estos niños.

Programas educativos

Dependiendo de la gravedad del autismo, el niño podrá escolarizarse en un centro especial de autismo o en un colegio regular. Durante los primeros años de escolarización es muy importante fomentar la comunicación del niño, a ser posible verbal, y en su defecto se enseñará por signos y pictogramas. Además, aprenderán a relacionarse adecuadamente con sus compañeros, a reconocer, expresar y controlar sus emociones. Dependiendo de su capacidad intelectual y la gravedad de los síntomas de autismo, el niño podrá ir adquiriendo los conocimientos académicos establecidos para su edad o se realizarán apoyos especiales, en los casos que lo requiera.

Uno de los sistemas que se utiliza a nivel educativo para los niños con autismo es el TEACCH (tratamiento y educación de niños con autismo y problemas asociados de comunicación). El objetivo de este método se basa en maximizar la adaptación de materiales y estructurar el entorno para mejorar las habilidades y destrezas funcionales del alumnado con autismo. Debido a que estos niños suelen aprender mejor a través de estímulos visuales, se realiza una enseñanza estructurada con estimulación visual del ambiente (utilizando los pictogramas como uno de los principales materiales de aprendizaje).

Terapia conductual

La terapia conductual se utiliza para reducir estereotipias o rigidez conductual o conductas inapropiadas o agresivas del niño. En algunos casos, será necesario asociar medicación para controlar dichas conductas inadecuadas.

Grupos de habilidades sociales

Uno de los principales aspectos que hay que tratar en los niños con autismo con lenguaje y sin discapacidad intelectual importante, es el aprendizaje de las habilidades sociales. Para ello se puede trabajar en grupos los diferentes aspectos de dichas habilidades sociales, mediante role-play, historias sociales o aplicaciones informáticas. Mediante estas técnicas los niños tienen modelos de cómo actuar en diferentes contextos sociales y pueden generalizar lo aprendido a su vida cotidiana.

Psicoeducación a los padres y familiares

Se recomienda a los padres y familiares una psicoeducación acerca de la etiología, síntomas, diagnóstico, pronóstico y tratamiento del autismo, para entender mejor las manifestaciones de su hijo y poder conocer mejor cómo manejar las dificultades que vaya presentando su hijo a lo largo de las diferentes etapas del desarrollo. El realizar grupos de psicoeducación para padres con autismo puede ser de gran ayuda para poder compartir sus sentimientos y apoyos en las diferentes sesiones.

Tratamiento farmacológico

En la actualidad no se dispone de un tratamiento para tratar el autismo. Se utilizan diferentes tipos de fármacos para tratar algunos síntomas asociados al autismo, como la hiperactividad, ansiedad,

estereotipias, autolesiones, agresividad y alteraciones del sueño. Es necesario una evaluación completa para determinar los problemas que manifiesta el niño con autismo y determinar el tratamiento psicoterapéutico y/o farmacológico más adecuado. Es importante tener en cuenta que el trastorno del espectro autista, y en especial los que asocian discapacidad intelectual, pueden ser más sensibles a los efectos secundarios.

Dentro de los antipsicóticos se prefieren los atípicos por sus menores efectos extrapiramidales. Los más utilizados para tratar la irritabilidad, agresividad, impulsividad o estereotipias han sido la risperidona y el aripiprazol.

Para tratar los síntomas de ansiedad, obsesiones, rigidez conductual o depresión, se han utilizado antidepresivos, principalmente los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

En los casos en que los niños presenten problemas atencionales, hiperactividad o impulsividad se puede utilizar el metilfenidato (en sus diferentes presentaciones) y la atomoxetina.

Los estabilizadores del humor (litio, ácido valproico, carbamazepina, lamotrigina) se han utilizado para aquellos casos que presenten epilepsia o cambios de humor importantes.

Existen otros fármacos que se han utilizado con resultados menos concluyentes (clonidina, guanfacina, tratamientos inmunológicos).

12.7.- Desarrollo, curso y pronóstico

En la infancia van a tener limitaciones en las relaciones sociales y en el aprendizaje escolar, asociando en algunos casos problemas de conducta. Cuando llega la adolescencia, en algunos casos, puede haber una mejoría a nivel del lenguaje y de la socialización. Pero en otros casos comenzarán las crisis epilépticas y los problemas de conducta, sobre todo en los casos de discapacidad intelectual importante. La aparición de trastornos de ansiedad y depresión suele producirse también fundamentalmente durante esta etapa.

El pronóstico del trastorno del espectro autista va a depender del nivel del lenguaje que adquiera, de la gravedad de los síntomas, del nivel de escolarización alcanzado y de su capacidad intelectual. Una capacidad intelectual inferior a 50 y la falta de lenguaje a los 5 años, se consideran factores de mal pronóstico.

En los últimos años ha mejorado la evolución del autismo debido a su diagnóstico precoz, pudiendo realizar intervenciones tempranas que mejoran el pronóstico, y también por el incremento de recursos para estos pacientes a lo largo de su vida, mejorando tanto la calidad de vida de estos pacientes como la de sus familiares.

Los estudios acerca de la evolución del trastorno del espectro autista a lo largo de la vida determinan que entre un 58% y un 78% de los adultos con autismo van a precisar apoyo y supervisión, y no van a poder llevar una vida independiente (Lai, Lombardo, & Baron-Cohen, 2014).

Ideas para recordar:

- ✘ El trastorno del espectro autista es un trastorno del neurodesarrollo que afecta cuatro áreas fundamentales: interacción social, comunicación, conductas estereotipadas y desarrollo cognitivo.
- ✘ Con frecuencia asocia a discapacidad intelectual, empeorando el pronóstico de estos pacientes.
- ✘ El desarrollo de un lenguaje comprensible antes de los 5 años es un signo de buen pronóstico.
- ✘ Una de las características destacadas son sus conductas repetitivas y estereotipadas.
- ✘ En el trastorno del espectro autista con discapacidad intelectual importante, puede presentar crisis epilépticas en la adolescencia.
- ✘ Pueden manifestar una afectación a nivel sensorial, con hiper o hiposensibilidad.
- ✘ Pueden asociar otros trastornos psicopatológicos importantes, que empeoran la evolución del autismo.
- ✘ El diagnóstico del autismo es un diagnóstico clínico.
- ✘ El diagnóstico y tratamiento precoz mejoran el pronóstico.
- ✘ El tratamiento es multidisciplinar.

12.8.- Bibliografía y material complementario

- Amaral David G., Dawson Geraldine & Geschwind Daniel H. (2011) Autism Spectrum Disorder. Editorial Oxford University Press.
- Baron-Cohen, S. (2010). Autismo y síndrome de Asperger. Madrid: Alianza Editorial, S.A.
- Happé, F. & Frith, U. (2006). The weak coherence account: Detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(1), 5-25.
- Hobson, P. (2000). Autismo Infantil: la importancia del compromiso afectivo. En Á. Rivièrè y J. Martos (coord.), *El niño pequeño con autismo* (pp. 23-36). Madrid: APNA, Asociación de Padres de Niños Autistas.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.
- Lai, M. C., Lombardo, M. V., & Baron-Cohen, S. (2014). Autism. *The Lancet*, 383(9920), 896-910. doi:10.1016/S0140-6736(13)61539-1
- Mardomingo Sanz, M. J. (2015). *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Díaz de Santos.
- Mundy, P. (2016). *Autism and joint attention*. London: Guilford
- Mundy, P., Sigman, M., & Kasari, C. (1994). Joint attention, developmental level, and symptom presentation in children with autism. *Development and Psychopathology*, 6, 389-401.
- Parmelee Dean X. (1998) *Psiquiatría del niño y el adolescente*. Editorial Harcourt-Brace.
- Rivièrè, A. (2000). ¿Cómo aparece el autismo? Diagnóstico temprano e indicadores precoces del Trastorno Autista. En A. Rivièrè y J. Martos (coord.), *El niño pequeño con autismo* (pp. 7-22). Madrid: APNA, Asociación de Padres de Niños Autistas.
- Soutullo C, Mardomingo MJ (coord.) (2010). *Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescentes*. AEPNYA Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Edición Madrid: Ed Panamericana.

13.- CAPÍTULO 13: TRASTORNOS DEL DESARROLLO NEUROLÓGICO: TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

Carlos Imaz Roncero. Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil Hospital Universitario Río Hortega. Profesor asociado Universidad de Valladolid

Benito Arias Martínez. Psicólogo. Catedrático Psicología. Universidad de Valladolid

13.1.- Introducción: historia y epidemiología

Las primeras descripciones de este cuadro son de Weikard (1775) y Crichton (An inquiry into the nature and origin of mental derangement: Comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind and a history of the passion and their affects. Cardell Jr and Davies, Londres, 1798) que plantean déficits atencionales y los poemas de Hoffman (Der Struwwelpeter. Frankfurt am Main, Literarische Anstalt, 1843) describe las conductas hiperactivas e impulsivas.

La incapacidad de atender con un grado de constancia, que surge de un problema antinatural o mórbido de los nervios, y puede nacer con la persona o el efecto de enfermedades, se hace evidente en periodos tempranos de la vida y, generalmente, disminuye con la edad. O incluso aunque esta disposición no es deficiente en cuanto a la comprensión natural; sobre el manejo ni siquiera el miedo a la varilla, o el trato indulgente, genera que presten atención. (Crichton 1798)

Y ¿no parece una descripción que se podría hacer hoy del TDAH? ¿No se sigue descubriendo oscilaciones o dudas de manejo entre padres y educadores de este tipo?

En Francia, Bourneville 1897, habla del “niño inestable” cuando observa a niños catalogados de anormales en instituciones sanitarias y educativas. En 1902 Still hablaba del TDAH como un “Defecto de Control Moral”.

Pero en los inicios ya hay una controversia que ha persistido hasta la actualidad. ¿Es el TDAH un problema educativo? ¿O es un problema neurológico?

En España, es un pedagogo Vidal Perera, autor del primer Compendio de psiquiatría Infantil en castellano, 2ª edición de 1908, sostiene que su origen es la presencia de un defecto de la atención, cuestionando el origen moral o educativo. Este autor en su definición habla de distracciones o ensimismamientos, debilidad de la atención, mariposea o es atolondrado:

*“Las distracciones, ensimismamientos, atrofias del juicio y del raciocinio, valga la frase, amnesias, exacerbaciones de la imaginación, debilidad volitiva, etc., etc., **son cosas consideradas como de poca importancia y en las cuales se dedica poca atención**, sin ver las consecuencias que tales descuidos pueden acarrear ... Se trata a los niños de una manera poco conveniente, toda vez que no se tiene en cuenta que su modo de ser, que motiva el correctivo, **puede dimanar de una enfermedad que se desconoce**”.*

Los que hoy siguen manifestando que el TDAH no existe o es una invención de las multinacionales ¿no es una forma de quitar importancia a este trastorno? Aunque sea verdad que se sabe mucho sobre él, se sigue desconociendo aún mucho de este cuadro clínico.

“Se muestra inquieto, tiene necesidad de hablar, gesticula, expone atropelladamente sus pensamientos; el más leve motivo interrumpe su ideación, se contradice a veces y se deja arrastrar por la viveza de su imaginación: no aguarda para contestar a que se haya terminado lo que se le pretende decir. Recogiendo ideas sueltas y casi sin ilación, forma equivocado concepto de las cosas, puesto que aquellas quedan falsamente enlazadas, y se nota esto en mayor escala a medida que se acrecienta la debilidad de la atención.”

***La poca fuerza de la atención**, su defecto, lo que determina el pronto cansancio, la fatiga que impide sujetar la función atenta. Y lo que lleva, de forma secundaria, a que el niño atolondrado sea inquieto, gesticulador, y atropellado en sus pensamientos y expresiones... que mariposea*

El origen orgánico se refuerza a raíz de que en 1917-18 en EEUU se describieron cuadros muy similares como secuela de cuadros de encefalitis (infección del sistema nervioso central) por lo que también fue denominado “Daño cerebral”. Posteriormente esta hipótesis se cuestiona al ver cuadros sin base neurológica, por lo que se empieza a hablar de “Daño Cerebral Mínimo” y después, “Disfunción Cerebral Mínima (DCM)”.

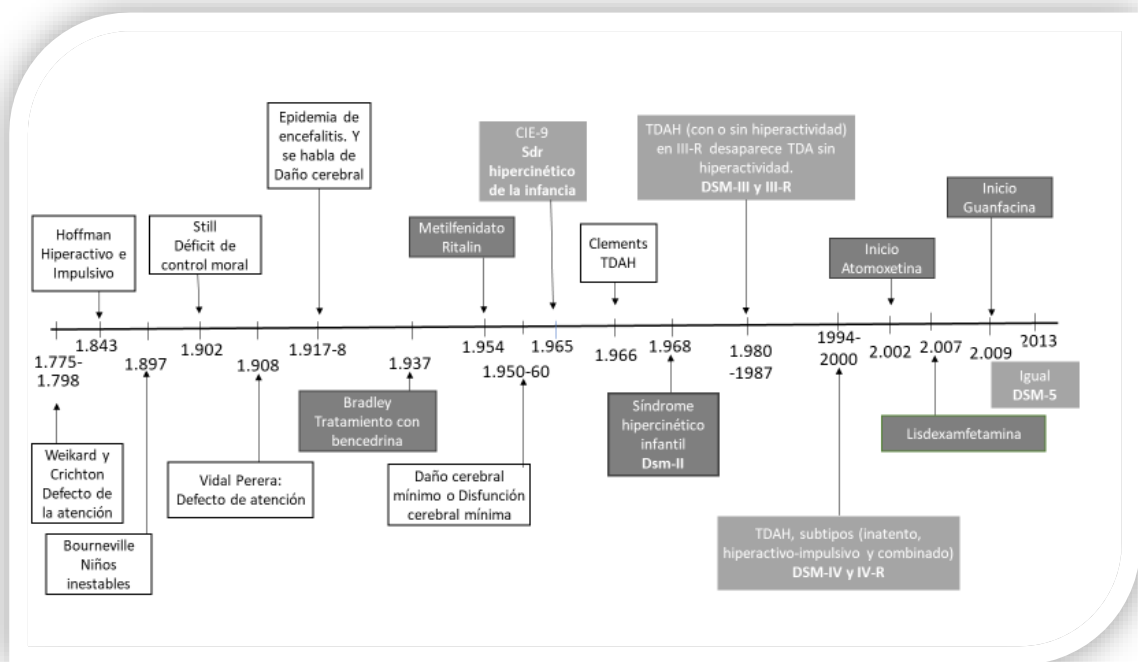
A nivel farmacológico es en 1937, cuando el psiquiatra Bradley administró bencedrina (derivando anfetamínico) y de forma inesperada observa un efecto sobre la concentración. Será Leandro Panizzon, químico de la empresa Ciba, el que sintetiza el metilfenidato en 1944 y la compañía farmacéutica CIBA (precursora de Novartis) la que plantea el nombre comercial de Ritalin en 1955, para el tratamiento de la narcolepsia y otros cuadros, siendo a comienzos de los años 1960, se difundió el uso del metilfenidato para tratar a niños con hiperactividad o DCM. Y es mucho más tarde cuando surgen la atomoxetina, la guanfacina y la lisdexanfetamina como tratamientos indicados en el TDAH.

Y luego son las clasificaciones DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) de la Asociación Americana de Psiquiatría que plantean cambios conceptuales. Inicialmente destacando el exceso de movimiento y lo denominan Síndrome hiperquinético de la niñez (DSM-II).

Tabla 13-1: Historia del TDAH en las clasificaciones

Año	Denominación	Concepto
1952	DSM-I	No aparece. Equivalente CIE-6
1965-8	CIE-9 y DSM-II	Síndrome hiperquinético del niño
1980-1987	DSM-III y DSM-III-R	Trastorno por déficit de atención (con o sin hiperactividad) pero en revisada desaparece TDA sin hiperactividad.
1992	CIE10	Trastorno de la actividad y de la atención.
1994-2000	DSM-IV y DSM-IV-TR	TDAH, se consideran los tres subtipos (inatento, hiperactivo-impulsivo y combinado)
2013 y 2018	DSM-5 y CIE-11	TDAH pero dentro de los Trastornos del Neurodesarrollo

Ilustración 13-1: Evolución conceptual del TDAH e hitos del tratamiento



La prevalencia del TDAH en escolares está entre el 5-7%. Datos que se dan en diferentes entornos y culturas Y una proporción de varones / mujeres de 2-9 varones por 1 mujer

La frecuencia es mayor en varones de los cuadros combinados, mientras que en las mujeres la proporción de cuadros inatentos es mayor. En recientes revisiones y metaanálisis de China la prevalencia fue muy similar 5,6% (95%CI: 5,0%-6,3%) y, por tanto, cuestiona la influencia de la industria occidental como factor determinante en el reconocimiento del trastorno.

El origen de la muestra, quien informa del problema, las medidas (entrevista clínica, estructurada, cuestionarios, etc) y los criterios utilizados (versiones del DSM o de la CIE) para el diagnóstico son factores que modifican los resultados.

13.2.- Definición y diagnóstico

El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la actualidad se conceptúa como un trastorno del neurodesarrollo. Por tanto, no es un cuadro de aparición brusca si no que aparece en el crecimiento, aunque puede pasar desapercibido en los primeros años.

Tiene un grupo de signos y síntomas en las esferas de la inatención y la hiperactividad-impulsividad. Pudiendo tener síntomas en una o en ambas esferas. Se pide 6 o más síntomas en cada agrupación sintomática y debe aparecer en al menos dos contextos.

Tabla 13-2: Síntomas del TDAH

Síntomas inatención	Síntomas hiperactivo/Impulsivo
<p>a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).</p> <p>b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).</p> <p>c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).</p> <p>d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).</p> <p>e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., 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).</p> <p>f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).</p> <p>g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billeteo, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).</p> <p>h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).</p> <p>i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).</p>	<p>a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.</p> <p>b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).</p> <p>c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)</p> <p>d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.</p> <p>e. Con frecuencia está "ocupado," actuando como si "lo impulsara un motor" (p. ej., 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).</p> <p>f. Con frecuencia habla excesivamente.</p> <p>g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).</p> <p>h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).</p> <p>i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., 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 otros).</p>

Los síntomas deben aparecer al menos durante 6 meses, no corresponden con el nivel de desarrollo e interfiere con al actividades académicas o laborales y las sociales.

La DSM-5 amplía la **edad de inicio** hasta los 12 años, pero no para transmitir que el TDAH se puede iniciar con 10 años sino para facilitar que en el paciente adulto pueda recordar los síntomas en la edad escolar, mucho más difícil cuando tenía que recordar los síntomas antes de los 7 años.

Pero no interfiere igual en un niño preescolar (menor de 6 años) que en el periodo escolar (6-12 años) o en la adolescencia. Ni todos los niños son iguales en variables que condicionan su comportamiento como su nivel cognitivo.

El fracaso escolar no es un síntoma del TDAH, pero suele ser un signo de alarma y/o interferencia en las actividades académicas. Pero el TDAH puede existir sin fracaso escolar. Eso es especialmente frecuente con niños con buena capacidad cognitiva porque la enseñanza en Primaria, y más en Preescolares, es muy repetitiva y no precisan de una dinámica de trabajo para superar aprendizajes.

Un error habitual es rechazar la existencia de un problema atencional porque mantiene la atención frente actividades gratificantes o con recompensas frecuentes.

La impulsividad es una tendencia a actuar en respuesta a estímulos inmediatos, sin deliberar ni considerar los riesgos y las consecuencias.

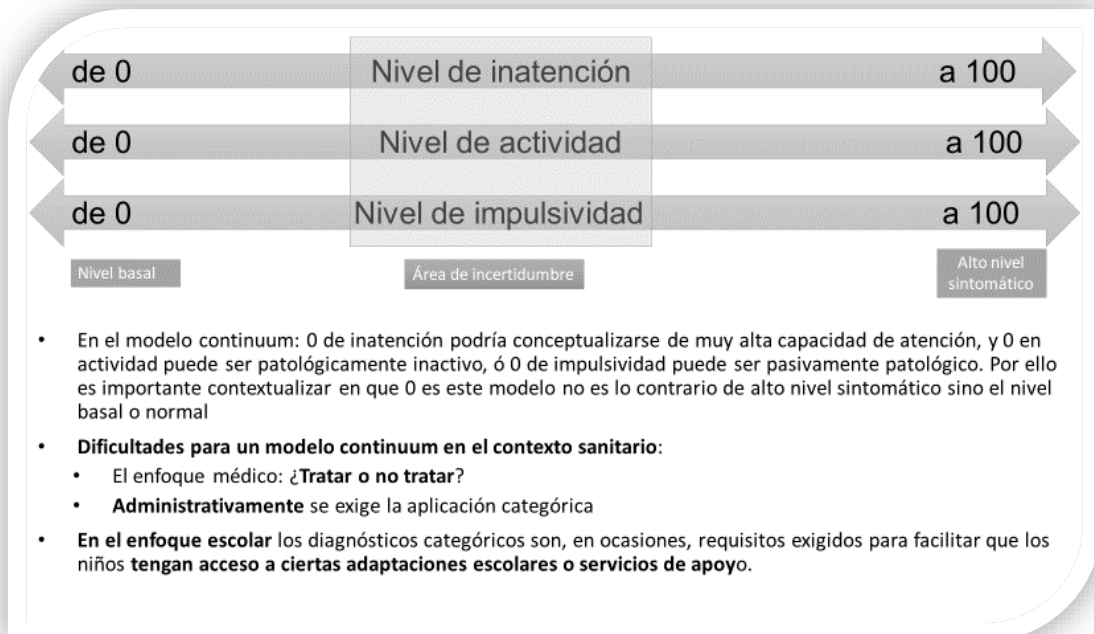
No hay ninguna prueba objetiva que afirme o desmienta la existencia de un TDAH. La complicación es mucho mayor en los cuadros de inatención, donde el nivel de subjetividad es mayor.

Es preciso señalar que se habla de un déficit atencional cuando hay un fracaso mayor del esperado, en relación con otros sujetos de similares características, frente a una actividad poco estimulante. Siendo característica la variabilidad en las pruebas atencionales y/o de rendimiento

Hay una crítica sobre los modelos categóricos, en los que se pide una respuesta SI-NO, para proponer un modelo de síntomas dentro de un continuum, aunque choca con la realidad sanitaria.

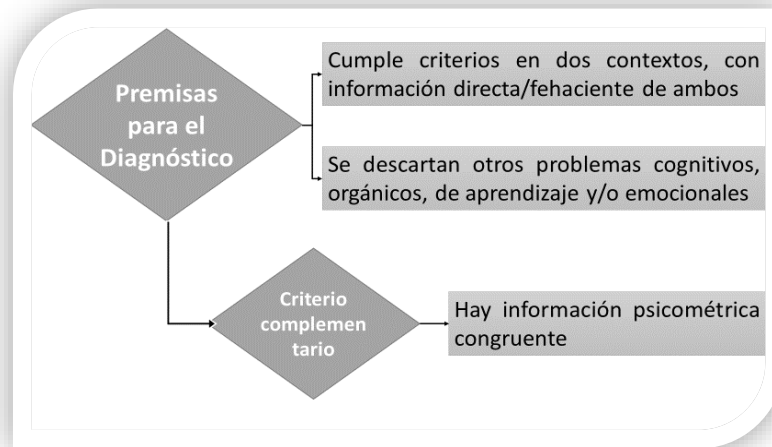
Y en el enfoque educativo parece aún más artificioso dado que la población escolar se conforma de niños de todos los grados de edad e intensidad con una perspectiva de intervención en el tiempo

Ilustración 13-2: Modelo continuum en el TDAH



Podemos realizar un diagnóstico de certeza, ya que todas las evidencias (lo más objetivable posible) apuntan en la misma dirección. Y cuando esta evaluación está hecha por un profesional experimentado y competente. Pero siempre la certeza no es un valor absoluto del 100% de los casos, al igual que no hay un 100% en las negativas.

Ilustración 13-3: Premisas para el diagnóstico



Cuando hay otros factores, bien cognitivos, de aprendizaje o emocionales, o el cumplimiento de criterios no es claro, incluso contradictorio, se debe ser prudente, pero sin que esto suponga caer en la negación del TDAH. En estos casos la prudencia y el seguimiento pueden dar una visión más clara del proceso.

Por tanto, es un diagnóstico clínico y no hay ni pruebas radiológicas, ni de funcionamiento cerebral (RMN por DTI, EEG, etc.) que sean diagnósticos ni sirvan en estos momentos siquiera de apoyo para los mismos.

Siendo las herramientas psicométricas solo herramientas de apoyo o complementarias, para el diagnóstico. Aunque en algunos casos sean imprescindibles, cuando haya dudas sobre el rendimiento cognitivo general o problemas de aprendizaje, más específicos.

No todos los TDAH son iguales. Son DIFERENTES por:

- *La presentación clínica (inatentos, impulsivos, hiperactivos)*
 - *Las características del niño (inteligencia, carácter)*
 - *La comorbilidad*
 - *Las características familiares (pautas educativas, afectividad, supervisión/participación)*
 - *Su entorno escolar (integración con iguales, atención a la diferencia, supervisión, filosofía de centro y del tutor)*
 - *Las circunstancias sociales (laborales, económicas, apoyos externos, intereses/valoración social)*
-

13.3.- Etiopatogenia y bases neurobiológicas

Al incluirse en un cuadro del neurodesarrollo hay una premisa de manifestaciones clínicas subyacentes, pero sobre el que puede haber muchos desarrollos diferentes, con manifestaciones emocionales y comportamentales, dependiendo del temperamento y/o carácter, el nivel cognitivo y los estímulos ambientales.

El TDAH es un trastorno heterogéneo con múltiples etiologías posibles:

- Alteraciones estructurales/funcionales del cerebro con base neuroanatómica, neuroquímica y funcional:
 - o Genética: componentes en el desarrollo cerebral genéticamente determinados con genes y cromosomas implicados. La hipótesis plausible es de una mezcla de genes significativos dominantes y recesivos que actúan con un patrón de transmisión poligénica compleja. Hay síndromes genéticos bien establecidos con síntomas TDAH-like.

Y aunque se habla de una contribución de hasta un 60-90% de la genética, no se conocen bien los mecanismos ni las pruebas genéticas, por lo que en un niño de forma individual los resultados genéticos no tienen significación y no es una práctica clínica habitual.

- o Secundaria a lesiones o daño cerebral tanto en periodo pre, peri y postnatal, y que puede ser sugerido por bajo peso al nacimiento, el consumo de alcohol y tabaco en embarazo, pero también lesión inflamatoria o infección sistémica o cerebrales, así como traumatismo craneoencefálico.
 - o Otros factores relacionados con el menor volumen cerebral total y menor materia blanca, un retraso del desarrollo madurativo cerebral y/o malnutrición, y/o colorantes o tóxicos alimentarios.
- Factores ambientales: vínculo y estilo parental y educativo inadecuado, así como cualquier privación o estrés de carácter social, sistemas de refuerzo o de recompensa inmediatos. Y otros problemas físicos como insomnio y problemas del lenguaje o del aprendizaje y otros

Tabla 13-3: Factores etiológicos implicados en el TDAH

Alteraciones estructurales/funcionales del cerebro			Factores ambientales
Genética: componentes en el desarrollo cerebral genéticamente determinados	2ª a lesiones o daño cerebral	Otros (factores relacionados o sistémicos)	Modelos motivacionales, educativos y relacionales. Deprivación y estrés. Problemas asociados
<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes familiares de TDAH • Síntomas TDAH-like en: Esclerosis Tuberosa, Neurofibromatosis I, sdr. Turner, sdr. Williams, sdr. Velocardiofacial, sdr. de Prader-Willy y X Frágil. • Genes ligados a la función dopaminérgica: alteración receptor (DRD4) y transportador (DAT1) de dopamina y noradrenérgica 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipoxia pre, peri y postnatal • Tóxicos incluyendo alcohol y tabaco en embarazo • Muy bajo peso al nacimiento • Consumo de cannabis • Procesos inflamatorios y/o infecciosos y cerebrales • Traumatismos craneoencefálicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción volumen cerebral total y de la material blanca cerebral. • Marcado retraso en la maduración cerebral • Malnutrición y/o déficits de micronutrientes (vit D, Ferritina,...)* • Colorantes alimentarios y metales neurotóxicos • Procesos sistémicos: autoinmunes o infecciosos 	<ul style="list-style-type: none"> • Deprivación o estrés social • Estilos parentales inadecuados o educación inconsistente • Sistema de recompensa inmediatos (juegos virtuales,...) y redes sociales • Alteraciones del sueño, auditivos o visuales. • Síntomas TDAH-Like relacionados con Ttnos del lenguaje o del aprendizaje, otros Ttnos del neurodesarrollo (TEA, Discapacidad), Ttnos del vínculo, TE /TEPT, Ttnos ansiedad y Ttnos del humor.
• Regiones implicadas: cortex prefrontal lateral, cortex cingulado dorsal anterior, cortex parietal inferior, cuerpo estriado (caudado, acumbres, putamen y palidus), cuerpo calloso y el cerebelo. Conexión de neuronas			
* No confirmados, pero hay hipótesis de posibles Ttnos: Trastornos; TEA: Trastorno Espectro Autista; TE/TEPT: Trastorno por estrés y por estrés postraumático			

13.4.- Evaluación y pruebas complementarias

La evaluación conlleva la evaluación del riesgo de presentar un TDAH, que puede ser muy bajo a llegar a un nivel de certeza para la presencia del cuadro, como se ha comentado en apartado previo. Esto va a depender de:

- Recogida de información. La percepción de problema de padres y profesores, así como del propio niño se realiza en consulta y para recoger información del contexto habitualmente se utilizan informes o escalas tipo Conner, Snap-IV, u otras similares.
- La observación de la conducta realizada por el profesional competente Evaluación clínica por personal entrenado y cualificado. Donde se recogen síntomas y evolución, así como un despistaje de los factores etiopatogénicos.
- La evaluación de otros factores de riesgo y/o etiopatogénicos relacionados.
- La presencia de repercusión objetiva. Que puede ser en el rendimiento escolar (fracaso escolar), problemas de conducta significativos, baja autoestima.
- Valoración psicométrica: Imprescindible para los casos de bajo rendimiento cognitivo y sospecha de algún grado de discapacidad o con problemas del lenguaje o del aprendizaje, que puedan condicionar el bajo rendimiento.
- Valoración de comorbilidades o problemáticas añadidos. Descarte de problemas auditivos, visuales o del sueño. Y la valoración de presencia de otros problemas físicos, psíquicos o sociales que puedan justificar parcial o totalmente la sintomatología.

Ilustración 13-4: Proceso asistencial en la detección del TDAH

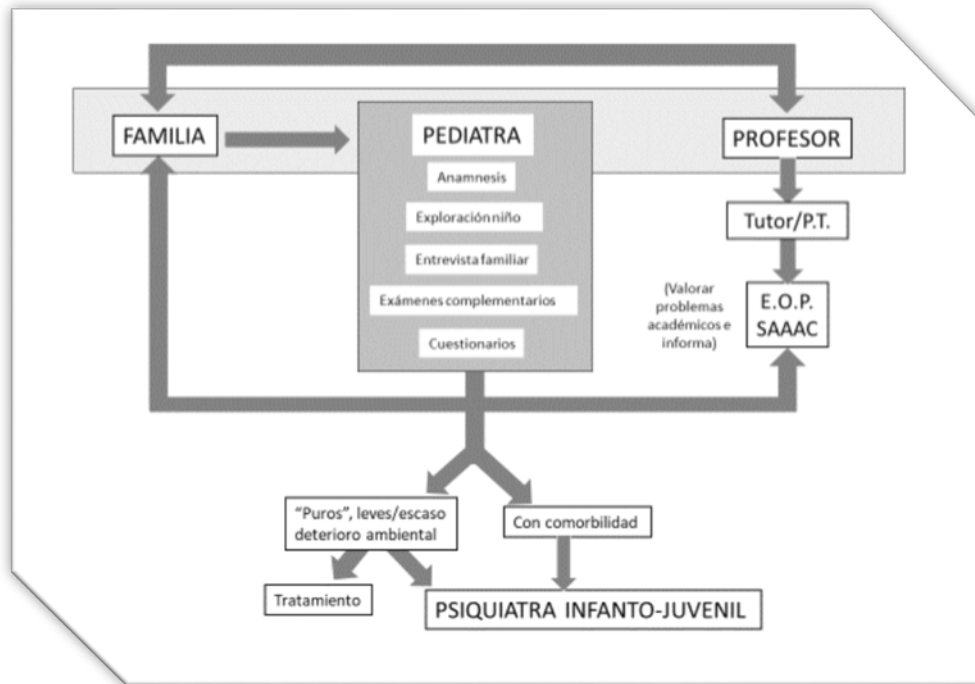


Tabla 13-4: Evaluación del riesgo para el diagnóstico de TDAH hasta la certeza

	Sin Riesgo	Riesgo muy bajo	Caso dudoso	Caso posible	Caso probable	Altamente probable	Certeza
Percepción de problema en el entorno (padres)	Nula	Solo hay alguna queja en un contexto y baja repercusión. Sin factores de riesgo ni evaluativos congruentes. O hay otros problemas claramente implicados en los síntomas	Quejas en un contexto y algún otro factor asociado o queja en varios contextos. Con baja repercusión y pocos elementos sugerentes. O presencia de otros problemas interfirientes en varios síntomas pero no en todos	Quejas en varios contextos y algún factor asociado y alguna repercusión. Pero con algunos factores o signos sugerentes pero incongruentes u otros problemas que pueden justificar los síntomas	Quejas en varios contextos y varios factores asociados. Con factores y signos bastante congruentes y aunque exista algún problema que pueda justificar algún síntoma pero no todos	Solo falta algún punto de la evaluación, pero es congruente con la existencia del cuadro. Tiene repercusión y aunque puede haber otros problemas interfirientes no justificaría mínimamente la problemática	Alta
Percepción de problema en el entorno (profesores)	Nula						Alta
Percepción de problema en el niño	Nula						Alta
Observación de conducta y evaluación en consulta	Buena						Significativa
Factores de riesgo y/o etiopatogénicos encontrados	Ninguno						1 o más
Repercusión objetiva	Ninguna						Si
Evaluación psicométrica congruente	No signos						1 signo o más
Otros problemas justifican la sintomatología	Si y justifica los síntomas						No o si lo hay no justifica los síntomas

Pruebas complementarias:

- Para los que se plantea tratamiento farmacológico: Electrocardiograma (EKG), Tensión arterial (TA), Frecuencia cardiaca (FA). Control de peso y talla.
- Siempre que exista la sospecha de algún cuadro asociado será preciso realizar un estudio en profundidad bien a nivel orgánico o funcional.

- Los estudios de neuroimagen, neurofisiológicos, funcionales o genéticos pueden tener servicios de apoyo u orientativo.

13.5.- Comorbilidad y diagnóstico diferencial

La comorbilidad en el TDAH es muy frecuente especialmente en los problemas de conducta.

También los problemas del lenguaje y del aprendizaje son problemas que en ocasiones se asocian al TDAH y sobre los que hay que realizar un diagnóstico diferencial. Cuando un niño tiene alguna dislexia dificulta aprendizaje y ésta facilita la desmotivación y la desatención. Hay una dificultad significativa a la hora de valorar hasta qué punto el problema de aprendizaje justifica la desatención o cómo la desatención condiciona el problema de aprendizaje y su abordaje. En muchas ocasiones es un camino de ida y vuelta, con interacciones.

Tanto para éste como para cualquier otro trastorno comórbido, ansioso, afectivo, o del tipo que sea, se debe valorar cuál es el cuadro principal e iniciar el tratamiento más específico por el cuadro principal, para en un segundo término, valorar cuánto se modifica el cuadro que hemos considerado secundario, con el tratamiento del primer cuadro.

Aunque en el TDAH es mucho más frecuente la comorbilidad de los trastornos de conducta que la discapacidad intelectual o los Tics, cuando valoramos un discapacitado, Tic o un TEA, la probabilidad de que además presente un TDAH es mucho mayor.

Tabla 13-5: Comorbilidad en el TDAH

Muy frecuentes (más del 50%)	Frecuentes (hasta el 50%)	Menos frecuentes (del 20%)	Infrecuentes
<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos de la conducta. • Trastorno negativista desafiante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos específicos aprendizaje • Trastorno por ansiedad • Trastorno obsesivo • Trastorno en la coordinación del desarrollo 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de tics • Trastorno depresivo y trastornos afectivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del espectro autista. • Discapacidad intelectual • Abuso de cannabis • Epilepsia • Apneas del sueño

Tabla 13-6: Diagnóstico diferencial en el TDAH

Trastorno	Similitudes	Diferencias con un TDAH puro
Inteligencia límite y retraso mental	El comportamiento puede ser más activo, impulsivo, menos atento y con menor rendimiento escolar de lo esperado a su edad cronológica	Los niños con inteligencia límite pueden pasar desapercibidos si no se realiza un test de inteligencia fiable. La inteligencia de niños con TDAH tiene las mismas variaciones que en la población no TDAH
Trastorno negativista desafiante	Falta de atención, hiperactividad, comportamiento disruptivo, inadaptación escolar	El TDAH no se niega a cumplir órdenes como desafío del adulto. No es quisquilloso ni resentido

Trastorno de la conducta	Comportamiento disruptivo, impulsividad, agresiones, inadaptación escolar	El TDAH no tiene ideas agresivas o antisociales. No es hostil ni cruel. Siente remordimiento por su actos violentos
Trastorno de ansiedad por separación	Hiperactividad, falta de atención, inadaptación o bajo rendimiento escolar	El TDAH no tiene un miedo anormal a separarse de los padres
Trastorno obsesivo compulsivo	Problemas de atención, bajo rendimiento escolar	El TDAH no tiene ideas obsesivas ni compulsiones. Sus síntomas están presentes desde la primera infancia
Depresión	Impulsividad, irritabilidad, aislamiento, baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, bajo rendimiento escolar	El TDAH no tiene sentimientos persistentes de infelicidad o tristeza sin causa. Los síntomas depresivos en el TDAH son, en principio, secundarios a sus múltiples fracasos.
Trastorno bipolar (episodio maníaco)	Los episodios maníacos tienen síntomas muy similares a un TDAH grave	El TDAH no tiene una autoestima exagerada. Los síntomas de TDAH están presentes desde la primera infancia. No hay oscilación periódica (de la depresión a la manía)
Trastornos del lenguaje y del aprendizaje	Inadaptación y bajo rendimiento escolar, falta de atención, baja autoestima	El TDAH no tiene un desarrollo lento del lenguaje. Si no entiende lo leído, es porque no prestó atención o no lo recuerda. Tiene mala caligrafía por poca coordinación motora fina. Cierta grado de dificultad con las matemáticas es también atribuible a su propia enfermedad
Tics	Problemas de atención, impulsividad, mal rendimiento escolar	Los tics a veces pasan desapercibidos para el observador o los padres
Abuso de alcohol, marihuana o anfetaminas	Problemas de atención, impulsividad, mal rendimiento escolar	El TDAH no se esconde, no tiene una doble vida. Reversión de los síntomas al dejar de consumir

13.6.- Tratamiento y abordaje: higiénico-dietético, psicoterapéutico, psicofarmacológico, rehabilitador/psicopedagógico

El tratamiento se inicia cuando se evalúa y se conocen las causas y factores relacionados con el trastorno, porque ya se inicia una mejor comprensión de lo que le pasa para el niño, su familia y el entorno educativo.

El objetivo del tratamiento es reducir los síntomas del TDAH, reducir los síntomas comórbidos y el riesgo de complicaciones, educar al paciente y su entorno sobre el trastorno, adaptar el entorno a las necesidades del paciente y mejorar las habilidades de abordaje de los pacientes, padres y educadores.

Cuidar y vigilar actitudes negativas derivadas con frecuencia de:

- El desconocimiento del TDAH.
- La valoración de sus comportamientos como voluntarios y deliberados.
- La consideración del niño solamente como “vago” o “malo”.
- Y respuestas de: reprimirlo, reprenderlo, humillarlo, etc.

Provoca un empeoramiento de la conducta y crea problemas emocionales.

El tratamiento general y recomendado es el **multimodal**, que incluye diferentes abordajes y estrategias desde los diferentes entornos implicados. Lo que implica una coordinación entre los diferentes agentes implicados.

Las áreas de intervención son múltiples y se recogen en el siguiente esquema.

13.6.1.- Higiénico-dietético

La higiene del sueño, con la regulación del descanso y, sobre todo, de los horarios es una parte esencial.

El señalamiento de los tiempos y espacios, con diversos sistemas para realizar recordatorios o señalamientos (carteles, posit, cronómetros o avisadores, etc) que faciliten la clarificación de las demandas y la estructuración externa, así como la facilitación de las expectativas mutuas.

Así sería recomendable desarrollar programas de capacitación en habilidades organizativas, así como formación para sus padres o madres en estrategias de planificación, y de formación para el profesorado en estrategias de gestión dentro del aula. Y más específicamente intervenciones basadas en habilidades de planificación y organización en la escuela, en las que se trabajen la organización de los materiales escolares, el seguimiento y gestión de los deberes, y la gestión de la planificación y del tiempo. Los programas de entrenamiento en habilidades organizativas deberían incluir:

- Herramientas y rutinas para anotar las tareas y las fechas de entrega.
- Estrategias para organizar los deberes escolares.
- Utilizar listas de comprobación de los materiales que se necesitan.
- Dividir las tareas en pasos, monitorizando y planificando el tiempo necesario para finalizarlas.

Hay contextos suelen generar dificultad como son los entornos con muchos estímulos (supermercados, fiestas o celebraciones, ...) que hay que controlar para evitar el alto nivel de excitabilidad pueda desenbocar en crisis comportamentales y vivencia de fracaso de todos, pero especialmente del niño/a y su familia. Evitar rechazos o restricciones a la participación en los contextos de excursiones escolares o fiestas de cumpleaños son elementos que padres y educadores deben supervisar, para favorecer una adecuada integración y normalización.

Cuando la problemática está más relacionada con la desatención que con la hiperactividad/impulsividad, la desconexión con el entorno y las dificultades pueden producirse por otros mecanismos, que también es preciso supervisar.

Aunque factores como los colorantes alimentarios, ciertos metales o deficiencias vitamínicas se han relacionado con el origen del TDAH salvo que se descubra una deficiencia concreta, que habría que abordar, no hay pautas dietéticas.

En algunos casos se ha dado un factor protector o coadyuvante del tratamiento los suplementos de Omega-3.

13.6.2.- Psicoterapéutico

El abordaje psicoterapéutico habitualmente debe hacerse en los contextos naturales del menor, en el "punto de ejecución" (point of performance). Eso conlleva la necesidad de implicar a padres y entorno familiar como a profesores y entorno escolar, ya que son los agentes terapéuticos primordiales.

Estos agentes pueden mejorar la petición del tratamiento, el deseo de ayuda al niño, evitar perturbaciones en la familia y en la clase, o el "contagio" a hermanos u otros alumnos, así como el temor a la pérdida de autoridad. Y evitar: los rechazos del tratamiento, la desconfianza en los efectos beneficiosos, la consideración de otros tratamientos como más adecuados (con los

continuos cambios de profesionales), el temor a los efectos secundarios o la reducción de la valoración al rendimiento académico.

Por ello los programas de Entrenamiento de padres son uno de los ejes para la intervención. En muchas ocasiones se desarrollan en contextos asociativos, pero debiera ser uno de los ejes para el tratamiento.

Hay otros entrenamientos o abordajes terapéuticos con el niño/a que fundamentalmente ayudan al manejo conductual y de las repercusiones emocionales que suelen presentar, que se pueden abordar en el seguimiento terapéutico y/o con intervenciones más específicas. Estas intervenciones tienen como objetivos la aceptación de responsabilidades y límites, apoyos para la finalización de los deberes o abordajes para la resolución de problemas, así como programas en habilidades interpersonales para la mejora de la relación con los compañeros o del funcionamiento familiar.

Intervenciones diseñadas para utilizar estímulos visuales y auditivos para entrenar a los niños y niñas en los distintos tipos de atención, combinadas con pautas parentales para implementar las habilidades adquiridas, obtienen resultados significativos en el comportamiento de inatención y en la función ejecutiva.

Dentro de ellas los entrenamientos con realidad virtual o con neurofeedback se han desarrollado y

13.6.3.- Psicofarmacológico

El tratamiento psicofarmacológico es siempre después de iniciar abordajes conductuales. Pero no es lo mismo abordar un cuadro con 4-5 años que con 9-10 años y una historia de fracaso e intervenciones previas. En general, se evitarán los abordajes farmacológicos en menores de 6 años, salvo cuando la sintomatología sea muy grave.

Hay tratamientos derivados de metilfenidato y/o derivados anfetamínicos, otros con actuación en vías de la noradrenalina y los agonistas alfa adrenérgicos. Los que existen en el estado español con indicación son los de color azul de la siguiente figura.

Tabla 13-7: Vías actuación y fármacos en el TDAH

<p>DOPAMINA:</p> <p>Metilfenidato y derivados :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Metilfenidato (Rubifén®; Medicebran®)* - Metilfenidato liberación prolongada (Medikinet®; Equasym®)* - Metilfenidato - OROS® (Concerta®, Rubicrono®, Metilfenidato de lib prolong)* - Metilfenidato lib. prolongada (Ritalin LA®) - D-metilfenidato (Focalin®) - Metilfenidato, parche transdérmico (Daytrana®). <p>Anfetaminas y derivados :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dextroanfetamina (Dexedrine®) - Mezcla de sales de anfetaminas (Adderall® y Adderall-XR®) - Lisdexanfetamina (Elvanse®)* 	<p>NORADRENALINA :</p> <p>ISRNA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atomoxetina (Strattera®)* <p>Agonistas alfa adrenérgicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clonidina, <u>sin indicación</u> - Guanfacina (Intuniv®)* <p>OTROS: sin indicación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bupropion: inhibidores de la recaptación de dopamina y noradrenalina. - Antidepresivos tricíclicos - Modafinilo
--	--

La forma de manejo habitual de los fármacos más utilizados y con indicación es como sigue

Tabla 13-8: Fármacos indicados en el TDAH

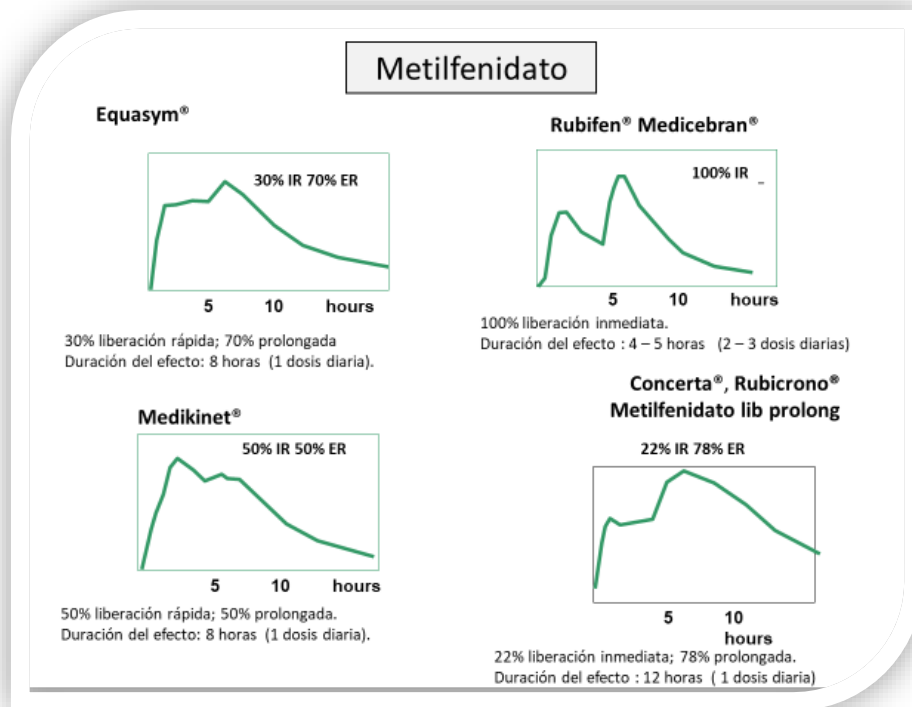
Fármaco y presentaciones	Inicio: Posología, T ½, y otros aspectos del manejo	Mantenimiento Dispensación de recetas	Retirada: Cuando esté preparado y paulatina
Metilfenidato	<ul style="list-style-type: none"> • Subir progresivamente hasta 1 mgr/Kgr día • Valorar eficacia y efectos 2º 	<ul style="list-style-type: none"> • Ajustar dosis a crecimiento • Respuesta según vida media • Control de crecimiento y pérdida peso 	<ul style="list-style-type: none"> • Descanso en periodo no críticos, hasta retirada total • Descansos en periodos de bajo nivel de exigencia (mínimo 10-15 días)
Rubifen/Medicebran 5,10,20 mgr Compr que se parten	<ul style="list-style-type: none"> • 4-5h • Para pequeños o incrementos lentos • Se puede dar al mediodía 		
Medikinet (5 y 60 mgr) /Equasym Ambos 10,20,30, 40, 50 mgr	<ul style="list-style-type: none"> • 8-10h • Solo mañanas • Se puede abrir • Medikinet cubre más la mañana pero puede bloquear más 		
Concerta/Rubicrono/ Metilfenidato lib prolong 18,27,36 y 54 mgr	<ul style="list-style-type: none"> • 10-12h • Solo mañanas • Enteros 		

Atomoxetina Strattera 5, 10, 18, 25, 40, 60, 80 y 100 mg, cápsulas duras	<ul style="list-style-type: none"> • Subir dosis progresivamente hasta 1,5 mgr/Kgr día • Hay metabolizadores rápidos y lentos • Mañana o noches 	<ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad • Respuesta más vaga y no limitada a horas • Interacciones ¿? 	<ul style="list-style-type: none"> • Paulatina
Lisdexanfetamina Elvanse 30, 50 y 70 mgr	<ul style="list-style-type: none"> • 13 h • Solo mañanas • No relación con peso • Se abre y se disuelve 		
Guanfacina de lib prolong Intuniv 1,2,3 y 4 mgr	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementos de 1 mgr/semana como máximo • Hasta 4 mgr en <25kgr. Maxi en mayores 7 mgr • Enteros 	<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier interrupción de más de 2 días reajuste de dosis • Control aumento peso • Interacciones¿? 	<ul style="list-style-type: none"> • Muy lenta

En el fármaco de primera elección, es el metilfenidato, salvo cuando hay cuadros de ansiedad, obsesivos, en los que la atomoxetina es el fármaco de primera elección.

En relación al metilfenidato es importante conocer las distintas formas de liberación porque condicionan tanto la respuesta como los efectos secundarios.

Tabla 13-9: Fármacos estimulantes: farmacocinética y efecto clínico



Se suelen elegir la forma de liberación prolongada porque permiten dosificaciones únicas al día y permiten un mejor cumplimiento.

Los efectos esperables de los estimulantes son: reducen rápidamente y de forma intensa los síntomas nucleares clínicos del TDAH, mejoran las funciones cognitivas, pueden observarse, no obstante, efectos diferentes sobre el comportamiento y funciones cognitivas (variabilidad intra e

interindividual) y actúan también sobre la agresión, conductas desafiantes, interacciones negativas y otros problemas de comportamiento.

Los efectos 2º más frecuentes son: pérdida de apetito, insomnio. Puede haber otros como tics, cefaleas, irritabilidad, aumento de la frecuencia cardíaca y/o TA. Que también son comunes con los ISRNA.

El tratamiento con metilfenidato puede provocar una disminución de la velocidad de crecimiento, pero no hay datos suficientes para valorar que exista una afectación de la talla final.

Están contraindicados en: Hipertensión arterial, glaucoma, hipertiroidismo, enfermedades cardiovasculares, hipersensibilidad a los estimulantes, psicosis, depresión. Y solo es parcial en epilepsia o tics.

No se recomienda la interrupción del tratamiento en verano, salvo que haya efectos secundarios significativos, realizándose a partir del primer año de tratamiento descansos, en periodos de bajo nivel de exigencia (como puede ser el verano) durante 10-15 días, que permitan valorar la respuesta del menor y la necesidad de apoyo farmacológico. Cuando no hay dificultades en esos periodos pueden ampliarse a todo el verano. Y cuando el menor está preparado puede ampliarse a los periodos de mayor nivel de exigencia, habitualmente en momentos de menor repercusión académica, como son los inicios de curso. A efectos de valorar la capacidad de niño o niña de prescindir del apoyo farmacológico.

13.6.4.- **Rehabilitador/psicopedagógico**

Los abordajes psicopedagógicos tienen que ver con las adaptaciones que el niño puede precisar, a efectos de aprendizajes con una supervisión, control y coordinación con los padres. Las intervenciones de manejo de contingencias (utilización de hojas de registro o seguimiento diario) mediante la agenda física o las plataformas de comunicación con los padres, son herramientas para favorecer este trabajo conjunto.

Si hay necesidades educativas específicas se abordarán con los apoyos específicos, pero si no hubiera éstas dificultades las adaptaciones metodológicas, con aumento de los tiempos en los exámenes, sistemas de colocación el niño o niña en el aula, la adaptación de los deberes o tareas escolares y algún sistema de feed-back rápidos, que aumenten la autoregulación, suele ser suficientes

Además, es preciso canalizar la actividad en los casos en los que las necesidades de movimiento son importantes, para ponerla al servicio del funcionamiento general y eviten la actividad sin orientación.

En España, la LOMCE (Ley Orgánica de Mejora de la Calidad del Sistema Educativo), en el artículo 71 se menciona específicamente este trastorno:

“1. Las Administraciones educativas dispondrán los medios necesarios para que todo el alumnado alcance el máximo desarrollo personal, intelectual, social y emocional, así como los objetivos establecidos con carácter general en la presente Ley. Las Administraciones educativas podrán establecer planes de centros prioritarios para apoyar especialmente a los centros que escolaricen alumnado en situación de desventaja social.

2. Corresponde a las Administraciones educativas asegurar los recursos necesarios para que los alumnos y alumnas que requieran una atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar necesidades educativas especiales, por dificultades específicas de aprendizaje, TDAH, por sus altas capacidades intelectuales, por haberse incorporado tarde al sistema educativo, o por condiciones personales o de historia escolar, puedan alcanzar el máximo desarrollo posible de sus capacidades personales y, en todo caso, los objetivos establecidos con carácter general para todo el alumnado.”

13.7.- Desarrollo, curso y pronóstico

En el desarrollo suelen disminuir los síntomas de hiperactividad con la edad, persistiendo los problemas atencionales e impulsivos, presentando manifestaciones diferentes en el adulto de intranquilidad interior.

La persistencia de síntomas de TDAH en los adultos es mayor de 60-70% pero es menor para la forma completas, que en algunos estudios baja al 4%. El nivel socioeconómico, el coeficiente intelectual, la intensidad de los síntomas, la comorbilidad (afectiva y conducta) y el tratamiento son los factores moderadores del resultado

El impacto del TDAH es múltiple e incluye limitaciones académicas y laborales, mala relación familiar y social, baja autoestima, lesiones y accidentes de todo tipo y de tráfico, abusos de sustancias, problemas legales. Hay un incremento del impacto sanitario en general.

El tratamiento, incluido el farmacológico, es un factor protector frente al consumo de tóxicos.

Aunque hay un cuestionamiento de la eficacia y se pone en evidencia la necesidad de estudios a largo plazo para evaluar la respuesta

13.8.- Bibliografía y material complementario

- Bonvicini, C., Faraone, S. V., & Scassellati, C. (2016). Attention-deficit hyperactivity disorder in adults: A systematic review and meta-analysis of genetic, pharmacogenetic and biochemical studies. *Molecular Psychiatry*, 21(7), 872-884. doi: 10.1038/mp.2016.74
- Gobierno de Navarra. Dpto Educación. (2012). Entender y atender al alumnado con déficit de atención e hiperactividad (tdah) en las aulas. Recuperado de <https://creena.educacion.navarra.es/web/necesidades-educativas-especiales/equipo-conducta/conducta/trastorno-por-deficit-de-atencion-e-hiperactividad-tda-h/>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención, & con Hiperactividad (TDAH). (2017). Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Recuperado de https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_574_TDAH_IACS_compl.pdf
- Leahy, L. G. (2017). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Historical Review (1775 to Present). *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 55(9), 10-16. doi: 10.3928/02793695-20170818-08
- Mahone, E. M., & Denckla, M. B. (2017). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Historical Neuropsychological Perspective. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 23(9-10), 916-929. doi: 10.1017/S1355617717000807
- Martinez-Badía, J. (2015). Who says this is a modern disorder? The early history of attention deficit hyperactivity disorder. *World Journal of Psychiatry*, 5(4), 379. doi: 10.5498/wjp.v5.i4.379
- McLennan, J. D. (2016). Understanding attention deficit hyperactivity disorder as a continuum. *Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien*, 62(12), 979-982.
- Rohde, Buitelaar, Gerlach & Faraone (2019). La Federación Mundial de TDAH Guía. Armet Editoria Ltda. Federación Mundial de TDAH.
- Taylor, E. (2011). Antecedents of ADHD: A historical account of diagnostic concepts. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 3(2), 69-75. doi: 10.1007/s12402-010-0051-x
- Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou, P. (2015). Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Pediatrics*, 135(4), e994-e1001. doi: 10.1542/peds.2014-3482
- van der Meer, D., Hartman, C. A., van Rooij, D., Franke, B., Heslenfeld, D. J., Oosterlaan, J., ... Hoekstra, P. J. (2017). Effects of dopaminergic genes, prenatal adversities, and their interaction on attention-deficit/hyperactivity disorder and neural correlates of response inhibition. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 42(2), 113-121. doi: 10.1503/jpn.150350

13.8.1.- Material complementario

Canadian ADHD Resource Alliance. <https://www.caddra.ca/>

Guía Nice ADHD <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>

Web de la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad. Incluye información general, noticias, el contacto con todas las asociaciones federadas y una sección específica para docentes.

<http://www.feaadah.org/es/>

Una web muy completa pero patrocinada por el laboratorio Takeda

<http://www.tdahytu.es/>

Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo de los CDC, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades

<https://www.cdc.gov/ncbddd/Spanish/adhd/index.html>

Intef (Ministerio de Educación, Cultura y Deporte | Instituto Nacional de Tecnologías Educativas y de Formación del Profesorado): Recursos educativos para el alumnado con TDAH

<http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/186/cd/index.htm>

TDAH y sociedad

Noticias que rechazan el TDAH como diagnóstico o como entidad

<http://www.abc.es/familia-padres-hijos/20141020/abci-trastorno-deficit-atencion-201410171200.html>

<http://www.lavanguardia.com/vida/20130527/54374878936/deficit-atencion-ninos-ficticio.html>

<http://www.bebesymas.com/salud-infantil/el-psiquiatra-que-descubrio-el-tdah-confeso-antes-de-morir-que-es-una-enfermedad-ficticia>

https://elpais.com/elpais/2017/10/19/defensor-del-lector/1508426688_584185.html y la

contestación https://elpais.com/elpais/2017/10/19/defensor-del-lector/1508426688_584185.html

Noticias que aceptan el TDAH

<http://www.fundacioncadah.org/web/noticia/decir-que-el-tdah-no-existe-es-una-irresponsabilidad-y-una-temeridad.html>

https://verne.elpais.com/verne/2017/11/28/articulo/1511866352_407799.html

14.- CAPÍTULO 14: TRASTORNOS DISRUPTIVOS, DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS AGRESIVOS Y DE LA CONDUCTA

José Manuel Martínez Rodríguez. Psiquiatra. Equipo de Salud Mental Infantojuvenil H. Universitario Río Hortega. Profesor Asociado de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.

14.1.- La rabia y los impulsos agresivos en el desarrollo evolutivo

A lo largo del desarrollo evolutivo normal se observan numerosas manifestaciones agresivas que en general tienen un valor adaptativo. Los conflictos interpersonales en la infancia sirven como entrenamiento para desarrollar estrategias sociales de resolución de conflictos y asertividad (Connor, 2.002). Como demostró Izard (1.995) los bebés a los tres meses de edad ya son capaces de reconocer la ira en el rostro de los adultos. La rabia aparece pronto en el repertorio afectivo de los seres humanos ligada a la frustración producida por el malestar físico, la incomodidad, las necesidades insatisfechas, la necesidad frustrada de atención, o el entrenamiento en el control de esfínteres y los hábitos alimentarios. Los conflictos entre los bebés por la posesión de objetos son comunes. Así, por ejemplo, los infantes entre 12 y 18 meses pueden mostrar entre sí en la guardería un comportamiento conflictivo, siendo de esta naturaleza hasta el 50% de sus intercambios sociales (Holmberg, 1.977).

Los accesos de cólera pueden ser un problema a partir de los dos años ligados a los crecientes deseos de independencia, autonomía y autodefinición del infante, que pueden chocar con las restricciones de sus padres o con el hecho de que lo que quiere excede la capacidad biológica para conseguirlo. La intensidad de las emociones que experimenta el niño puede asustarle. Es necesario que los padres perciban este hecho y sean conscientes de que en tales momentos necesita ayuda y comprensión más que castigos o actitudes severas (Rosenbluth, 1.986). A los tres años se empieza a desarrollar la capacidad de negociar transacciones recíprocas y de sacrificar satisfacciones inmediatas ante la expectativa de un beneficio ulterior. Es típico de esta edad el deseo de agradar y la docilidad con la que se acomodan a las exigencias externas (Gesell, 1.987). Entre los dos y los cuatro años de edad disminuyen las formas de agresión físicas poco a poco dando lugar a formas verbales.

La denominada “agresión reactiva” (Crick y Dodge, 1.996) se produce en respuesta a la frustración de un comportamiento finalista y tiende a explicarse por el Modelo de Agresión-Frustración de Dollard y Miller (1.939). Según este modelo la agresión es una reacción hostil,

iracunda ante una frustración percibida y su objetivo es defenderse contra una amenaza percibida o eliminar una fuente de frustración. Sin embargo, en la agresión denominada “proactiva, instrumental o predatoria” (Hartup, 1.974) el objetivo es obtener una recompensa o un resultado: alimento, control social, apropiación de un objeto, etc. Este tipo de agresión se enraíza en la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1.982) que defiende que las respuestas agresivas se aprenden, como otras, por la imitación de modelos. La agresión proactiva es un comportamiento coercitivo deliberado controlado por refuerzos externos y utilizado como medio de obtener un objetivo deseado (Crick y Dodge, 1.996). Es un patrón bien organizado y dirigido con la expectativa de una recompensa. Es un fenómeno aprendido y reforzado por el modelado social y la observación de resultados positivos para los modelos observados en los diferentes contextos sociales.

La agresión reactiva se inicia pronto en el desarrollo y está ligada a experiencias de disciplina parental exagerada, abuso físico, problemas sociales, inestabilidad familiar, exposición a la violencia, impulsividad e inatención. La agresión proactiva puede aparecer posteriormente en el desarrollo, durante los años de la escuela primaria, con el aprendizaje social. La tendencia a imitar la conducta agresiva aumenta cuando se ve que la agresión se recompensa, cuando no va acompañada de ninguna consecuencia evidente o cuando el castigo recibido no siempre es consistente (Bandura, 1.982). Por el contrario, el observar un castigo puede ser igual de efectivo para reducir la conducta transgresora que experimentarlo directamente.

Por otra parte, a lo largo del crecimiento las formas de agresión instrumental dirigidas a obtener objetos van siendo sustituidas a partir de los 6-7 años por formas de comportamiento vengativo ante las amenazas o heridas en la la autoestima que producen los insultos, la ridiculización, la humillación, etc. En la adolescencia se observan conflictos para establecer o mantener el dominio social (Connor, 2.002), y aumentan las agresiones encubiertas u ocultas, por ejemplo, hacer trampas, mentir, no seguir las reglas, robar, engañar, etc.

A lo largo del desarrollo la agresividad se integra progresivamente con la capacidad de cooperación y acercamiento a otros del sujeto en la medida en la que éste percibe que su entorno le protege contra los riesgos que amenazan su bienestar (Martínez y Fernández, 1.989). Cuando la expresión de la ira en el desarrollo se aparta de lo esperado para el estadio evolutivo bien desde un punto de vista cuantitativo como cualitativo se habla de la existencia de Trastornos disruptivos. A continuación, vamos a describir los más importantes.

14.2.- Trastorno Negativista Desafiante

14.2.1.- Introducción: historia y epidemiología

Es uno de los trastornos más frecuentes en las consultas de psiquiatría de niños y adolescentes. El diagnóstico de Tr. Negativista Desafiante (TND), propuesto por el Grupo para el Avance de la Psiquiatría en 1.966 apareció por vez primera en el DSM-III (APA, 1.980). La prevalencia varía enormemente según los estudios entre el 1 y el 11% (APA-DSM-V, 2014). Esta variabilidad depende de los criterios de definición de caso y los métodos epidemiológicos utilizados. La prevalencia media es del 3,3%, lo que es poco informativo dada el amplio rango de prevalencia. Se observa en todos los países, etnias y razas. Antes de la adolescencia es más prevalente en niños que en niñas (1,4/1). Hay un debate sobre si los criterios diagnósticos son tan aplicables a las niñas como a los niños (Connor, 2.002)-

14.2.2.- Definición

El TND se define como un patrón persistente de desobediencia, negativismo, desafío y conducta hostil hacia las figuras de autoridad que es claramente más frecuente, intenso y persistente que lo que se observa de manera típica en individuos de edad y desarrollo similar (Connor, 2.002). La

APA (2.014) lo define como un patrón de enfado/ irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que tiene síntomas de estas tres categorías.

14.2.3.- Clínica y diagnóstico

La irritabilidad se manifiesta en que a menudo el paciente pierde la calma, está susceptible, se molesta con facilidad o está enfadado y resentido. El paciente discute a menudo con la autoridad o con los adultos, desafía activamente o desobedece a figuras de autoridad o normas, a menudo molesta a otros deliberadamente y tiende a culpar a los demás por sus errores o su mal comportamiento. La vengatividad se expresa como rencor o como acciones emprendidas para desquitarse tras un castigo o una restricción. Como características asociadas pueden encontrarse baja autoestima, labilidad emocional, baja tolerancia a la frustración, habla soez o inicio temprano del consumo de alcohol así como de la experimentación con y el uso perjudicial de otras sustancias. Pueden darse conflictos con pares en la escuela, o con los padres y otros adultos. Generalmente estos conflictos son verbales y no implican una agresión física. Estos síntomas son normales en los preescolares y en los adolescentes, por lo que el diagnóstico sólo se hace cuando los síntomas son más intensos, más frecuentes y causan más deterioro que en los niños y adolescentes de edad similar. El DSM-V requiere, para formular el diagnóstico, encontrar evidencia en la situación clínica de tres criterios que se muestran en la Tabla 14-1.

Tabla 14-1: Criterios Diagnósticos DSM-5 para el TND

<p>A. El patrón de enfado/ irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa dura por lo menos seis meses, se manifiesta por lo menos con cuatro síntomas y se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ En los niños de menos de cinco años el comportamiento debe aparecer casi todos los días durante un periodo de seis meses por lo menos. ▫ En los niños de cinco años o más, el comportamiento debe aparecer por lo menos una vez por semana durante al menos seis meses. ▫ Si ha sido rencoroso o vengativo lo ha sido por lo menos dos veces en los últimos seis meses. <p>B. Este trastorno del comportamiento va asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (es decir, familia, grupo de amigos, compañeros de trabajo) o tiene un impacto negativo en las áreas social, educativa, profesional u otras importantes.</p> <p>C. Los comportamientos no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno depresivo o uno bipolar. Además, no se cumplen los criterios de un trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo.</p> <p>El DSM-V utiliza tres especificadores de gravedad: Leve, cuando los síntomas se limitan a un entorno (p. ej., en casa, en la escuela, en el trabajo, con los compañeros); Moderado, cuando unos síntomas aparecen en dos entornos por lo menos; Grave: si algunos síntomas aparecen en tres o más entornos.</p>

14.2.4.- Etiopatogenia y Factores de Riesgo

14.2.4.1.- Factores Temperamentales

Los niños que constitucionalmente presentan niveles elevados de reactividad emocional ante los estímulos del entorno pueden estar en riesgo de experimentar los acontecimientos adversos, especialmente las restricciones provenientes del entorno, con mayor intensidad que otros niños de la misma edad. A estos niños les resulta más difícil que a otros el tolerar las frustraciones de sus deseos, las negativas, la incomodidad física, el aburrimiento, la espera, los conflictos, etc. En consecuencia, pueden responder con ira inapropiada y poco adaptativa que puede ser mal recibida por el entorno.

14.2.4.2.- Factores Ambientales

Por otra parte, hay importantes Factores Ambientales de riesgo (Patterson, 1.982; Connor, 2.002; APA, 2.014). El trato severo en la crianza, el trato inconsistente y la negligencia o abandono son tres factores que afectan la satisfacción de las necesidades de reconocimiento del niño en desarrollo, de estructura en la crianza y de estimulación apropiada, respectivamente.

El trato es excesivamente severo cuando las medidas emprendidas por los padres para educar a sus hijos no son proporcionales a los problemas planteados por los hijos, por ejemplo, cuando imponen castigos desproporcionados, o cuando los castigos son físicos o implican amenazas de abandono. El trato severo corre el riesgo de afectar la necesidad de reconocimiento de los niños especialmente cuando la respuesta de los padres comporta descalificaciones o atribuciones sobre ellos (“Eres un demonio...”, “Eres malo”) o redefine las intenciones del niño (“Nos estás arruinando la vida”). También cuando los padres muestran una emoción expresada negativa muy intensa. En cuanto el niño adquiera un concepto sobre la justicia puede sentir que el trato recibido es injusto y rebelarse. Los castigos físicos generan un sentimiento de humillación que también puede estimular a la rebelión activa o pasiva.

Otro importante factor de riesgo es el trato inconstante por parte de los padres en virtud del cual, ante la misma falta, el mismo o los dos padres, castigan unas veces si y otras no. En estas condiciones niño puede entender las limitaciones y castigos impuestos por los padres como un capricho ligado al estado de ánimo de éstos y no como limitaciones naturales debidas a la necesidad de aprender fórmulas adaptativas ante el entorno. El comportamiento errático de los padres en la imposición de normas frustra la necesidad de estructura que se necesita para un desarrollo sano y por lo tanto afecta al establecimiento de la seguridad básica en la relación con ellos. Esto puede conducir al desarrollo de un patrón de apego evitativo en el que el niño se muestra excesivamente autónomo y autosuficiente, que lo hace poco sensible a la autoridad de los padres. Algunos autores, como Lyons-Ruth (1.996) han señalado la semejanza entre las manifestaciones comportamentales del apego inseguro, especialmente el evitativo, y los trastornos del comportamiento disruptivo. En otras ocasiones el comportamiento inconstante se elicitaba cuando expectativas parentales exageradas se ven frustradas y se siguen de decepción intensa. Por ejemplo, el niño puede encontrarse confuso ante un progenitor que lo idealizaba y que posteriormente se decepciona ante pequeños errores de su hijo. En otros casos la inconstancia en la aplicación de límites proviene de los conflictos entre padre y madre cuando uno aprueba lo que el otro reprime. En algunos casos puede ocurrir incluso que uno estimule la rebelión del niño ante el otro. Especialmente grave es la situación en la que los padres cambian sus conductas a lo largo del día dependiendo del estado mental (TB con ciclos rápidos, abuso sustancias, personalidad múltiple). El niño ha de adaptarse mediante la adopción de sistemas relacionales escindidos, alguno de los cuales puede ser de rebelión.

Otro factor de riesgo es el trato negligente por parte de los padres por el que se desatienden las necesidades físicas o emocionales propias del período de crianza del niño. Esto puede darse en el caso de hogares desestructurados donde no se respetan los horarios de atención, en el caso de progenitores drogodependientes que, bajo el efecto de la intoxicación, no perciben las necesidades de sus hijos; también en el caso de padres o madres rechazantes que consideran la atención a los hijos una molestia, etc. En estos casos los niños están expuestos a una sobreestimulación fisiológica y emocional crónica que atenta contra la necesidad de estimulación apropiada en la crianza. La conducta disruptiva en estos casos adquiere un carácter de señal indirecta para movilizar el entorno en relación con las carencias sentidas.

Cuando la desatención de estas necesidades se cronifica el comportamiento disruptivo acaba cumpliendo una función de compensación de las necesidades evolutivas frustradas ya que los castigos se convierten en una fórmula sustitutoria de conseguir reconocimiento, si bien negativo, estimulación física y estructura (Ilustración 14-1). A partir de cierto punto en la evolución del trastorno el niño va a empezar a adquirir una identidad negativa que le pone en riesgo de sentir

culpa y deprimirse. Entonces puede que intensifique el comportamiento disruptivo mediante el inicio de un desafío activo a las figuras parentales y de autoridad cuya respuesta evaluará como “injusta” o “desproporcionada” y que va le va a permitir el justificar futuras rebeliones. A partir de ese momento se establece una lucha por demostrar que los padres “son peores que él” (Ilustración 14-2).

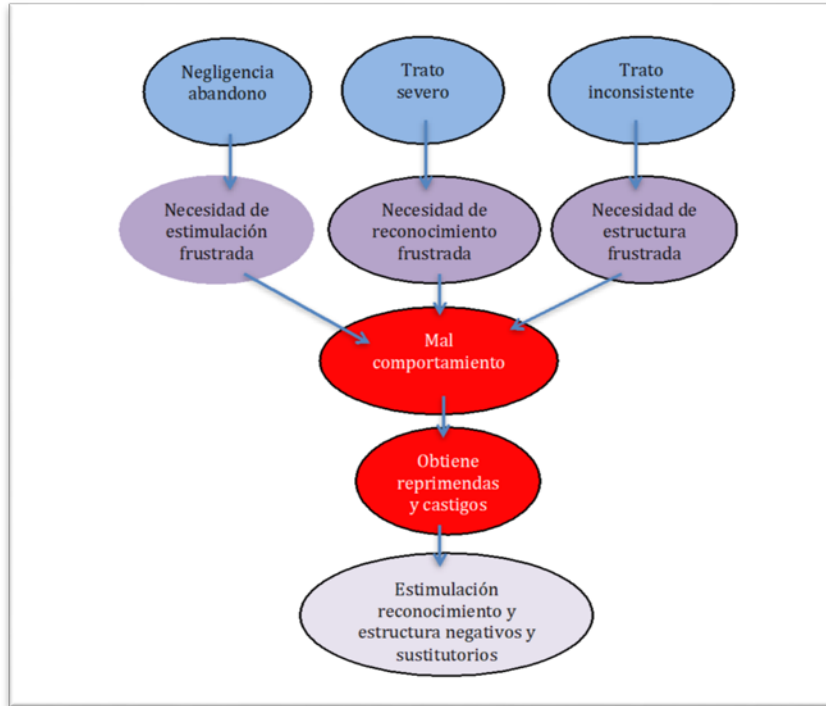


Ilustración 14-1: Función de compensación del comportamiento disruptivo

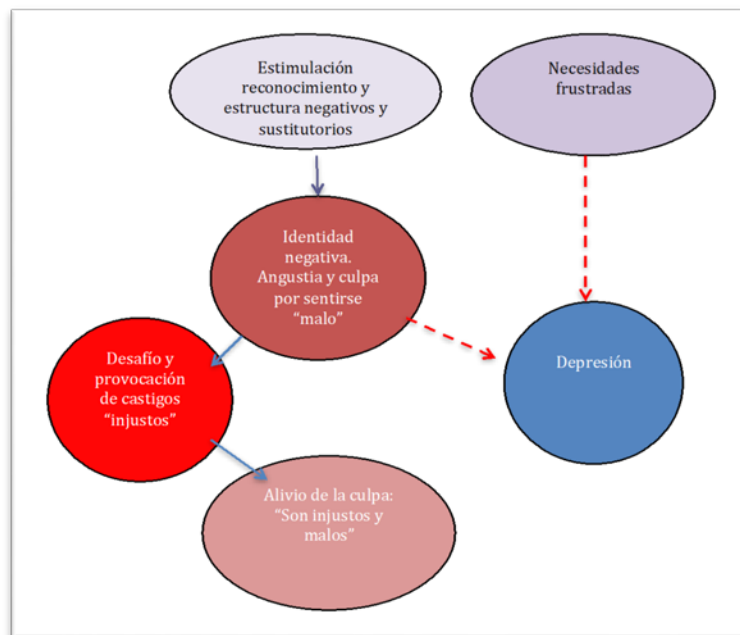


Ilustración 14-2: El patrón de desafío como alivio del sentimiento de culpa y la depresión

14.2.4.3.- Factores psicológicos

Muchos de estos niños desarrollan una forma deficiente de procesar la información. Los niños agresivos no dan pertinencia a las claves sociales pertinentes, y atribuyen intenciones hostiles a sus iguales o a los adultos, tienen menos capacidad para generar soluciones apropiadas a los problemas en las relaciones interpersonales y esperan obtener beneficios con sus actitudes agresivas.

14.2.4.4.- Factores de riesgo genéticos y fisiológicos

Algunos autores piensan que los factores biológicos deben desempeñar un papel en el Tr. Negativista Desafiante dado que se ha observado una agregación familiar de los Trastornos disruptivos de conducta, el TDAH, el Abuso perjudicial de sustancias y los Trastornos del humor. Por otra parte, los estudios genéticos del TND han arrojado resultados confusos (Burke y cols., 2002). Algunos estudios han señalado anomalías en el Córtex prefrontal, baja activación autonómica, bajos niveles de cortisol y altos niveles de testosterona, alteraciones en la neurotransmisión serotoninérgica, noradrenérgica y dopaminérgica (Connor, 2002, Raine, 2002). Sin embargo se carece de suficientes investigaciones del Tr. Negativista separadas de los Tr. de Conducta. En los estudios no se diferencia a los niños con TND de TC por lo que no está claro si hay marcadores específicos del TND (AACAP, 2.007; APA, 2014).

14.2.5.- Evaluación y formulación del caso

La evaluación requiere construir una alianza terapéutica tanto con el paciente como con los padres que permita obtener la información relevante. Los niños experimentan sentimientos de rabia y desafío, pero se dan más o menos cuenta de lo inapropiado de sus actos, a pesar de que los racionalizan. Pero, en cualquier caso, sienten malestar. Una buena alianza terapéutica facilitará una comunicación más abierta y así conocer mejor los factores relevantes y los estímulos disparadores. Los padres y los hijos pueden diferir en su consideración sobre la naturaleza y origen del problema, así que puede que sea necesario recopilar información a partir de varios informantes como profesores, tutores, orientadores escolares, profesionales de servicios sociales que trabajan en programas de asistencia a familias, etc. (AACAP, 1.997).

Es importante distinguir el comportamiento negativista del opositorismo de fase propio del desarrollo evolutivo, así como determinar si el comportamiento opositorista tiene lugar en forma de episodios aislados en un niño o adolescente con un funcionamiento previo bueno. También es necesario identificar si el funcionamiento negativista es reactivo y forma parte de un Trastorno adaptativo con alteraciones del comportamiento. En estos casos hay que determinar si la conducta disruptiva tiene que ver con alguna enfermedad crónica pediátrica o con un estresor psicosocial, por ejemplo, si es una reacción a exigencias parentales poco realistas o excesivas, a abusos físicos o sexuales, o a negligencia en el entorno familiar o escolar. También hay que averiguar en qué contextos se produce el comportamiento negativista y en cuáles no. Es importante entener los antecedentes y consecuencias de la conducta problemática tanto desde el lado del niño como del lado de los padres y determinar si estos refuerzan inadvertidamente o no el comportamiento negativista o si tienen problemas de salud mental que influyen en el desarrollo y mantenimiento del TND en los hijos. También hay que determinar si el comportamiento disruptivo todavía es un TND o ha progresado a un Trastorno de conducta. También hay que determinar si existe o no comorbilidad.

14.2.6.- Comorbilidad y diagnóstico diferencial

Tanto el TND como el Trastorno de conducta implican comportamiento disruptivo, sin embargo, el TND es menos grave y excluye la agresión a personas o animales, la destrucción de la propiedad, no habiendo un patrón de engaños o robos. Además, el TND incluye problemas de disregulación emocional (enfado e irritabilidad) que no se incluyen en la definición del TC (APA,

2.014). El TND y el TDAH pueden ser comórbidos y en los dos casos puede haber comportamiento disruptivo y desobediencia. Sin embargo, en el TND la desobediencia no se limita a tareas en las que hay que mantener la atención o estar quieto. En los Tr Depresivos y Bipolares puede darse irritabilidad y comportamiento disruptivo, pero en ellos los síntomas se producen sólo durante el curso de un episodio de alteración del estado de ánimo. El TND y el Trastorno de Disregulación Afectiva del Estado de Animo (TDAEA) comparten los síntomas de irritabilidad y arrebatos crónicos de ira. Sin embargo, la intensidad y la frecuencia de éstos son más importantes en los TDAEA. En el Tr. Explosivo intermitente se encuentran mayores niveles de agresividad hacia los demás. En los casos de Discapacidad intelectual sólo se diagnostica TND si los síntomas son mayores de lo esperado. Tanto en los TND como en los Tr. del lenguaje se produce desobediencia, pero en los Tr. del lenguaje la desobediencia es por dificultad para comprender el lenguaje. En los Tr. Ansiedad social a veces se puede encontrar una actitud desafiante ante ciertas tareas temidas por el paciente, que en realidad oculta miedo a la desaprobación social.

14.2.7.- Desarrollo, curso y pronóstico

A los tres años de seguimiento la mayor parte de los niños, un 67% para Connor (2.002), ya no cumplen criterios diagnósticos. La mayor parte no desarrolla un Trastorno de conducta (TC) a una edad posterior. Los niños que tienen un comienzo temprano tienen una probabilidad tres veces mayor de desarrollar un TC, y hasta el 30% progresan hasta hacerlo (August y cols., 1.999; Connor, 2002). Un 10% de los niños de inicio temprano desarrollarán un Trastorno Antisocial de la Personalidad (Zocolillo y cols., 1.992; Rutter y cols, 1.999).

14.3.- Trastorno de la conducta de inicio infantil o en la adolescencia

14.3.1.- Introducción. Historia y epidemiología

El diagnóstico de Trastorno de la Conducta (TC) apareció por primera vez en 1.980 en el DSM, estableciendo así un síndrome independiente de los sistemas clasificatorios penales. La prevalencia oscila según estudios entre el 2-10%, con una media del 4%. Se observa en todos los países, etnias y razas, aumentando de la infancia a la adolescencia. Hay mayor prevalencia en el sexo masculino que en el femenino (APA, 2.014).

14.3.2.- Definición

El TC se define como un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, ni las normas o reglas sociales propias de la edad.

14.3.3.- Clínica y Diagnóstico

El comportamiento que no respeta los derechos básicos de otros se pone en evidencia por ejemplo en la agresión a personas o animales (acoso, amenaza o intimidación a otros, inicio de peleas, uso de armas, crueldad física contra personas y/o animales, robo con enfrentamiento a la víctima, violaciones, etc.). También en actos de destrucción de la propiedad (provocar incendios, destruir propiedades deliberadamente, robo sin enfrentarse a la víctima). También puede darse un incumplimiento grave de las normas apropiadas a la edad, por ejemplo, salir por la noche o pasar la noche fuera de casa a pesar de la prohibición de los padres. En la Tabla II se muestran los criterios diagnósticos utilizados por la APA (2.014). Hay un Subtipo clínico caracterizado por experimentar “emociones prosociales limitadas”. Estos carecen de remordimientos o sentimiento de culpabilidad después de la comisión de actos que no respetan los derechos de los demás. Los pertenecientes a ese grupo carecen de la empatía para sentir preocupación por los efectos de sus actos en sus víctimas, se muestran insensibles, fríos e indiferentes.

Tabla 14-2: Criterios Diagnósticos DSM-5 para el TC

<p>A. Presencia en los doce últimos meses de por lo menos tres síntomas de quince criterios de cualquiera de las categorías siguientes, existiendo por lo menos uno en los últimos seis meses:</p> <p style="text-align: center;">Agresión a personas y animales</p> <p style="text-align: center;">Destrucción de la propiedad</p> <p style="text-align: center;">Engaño o robo Incumplimiento grave de las normas</p> <p>B. El trastorno del comportamiento provoca un malestar clínicamente significativo en las áreas social, académica o laboral.</p> <p>C. Si la edad del individuo es de 18 años o más, no se cumplen los criterios de trastorno de la personalidad antisocial.</p>
--

Entre otros déficits prosociales muestran desinterés por su falta de rendimiento académico o laboral y, cuando son confrontados por ello, culpan a los demás por sus errores o su falta de desempeño. Por otra parte, las personas de este subgrupo muestran emociones poco sinceras, de breve duración, generalmente superficiales y en realidad destinadas a seducir, manipular o intimidar a los demás y obtener así beneficios de ellos. En ocasiones sus acciones son incongruentes con las emociones expresadas. En otras ocasiones no expresan emociones o bien conectan y desconectan rápidamente de ellas.

14.3.4.- Etiopatogenia y bases neurobiológicas

El desafío para los investigadores es comprender como los factores psicosociales de riesgo y protectores interactúan con los factores neuropsicológicos y psicofisiológicos protectores y de riesgo a lo largo del desarrollo para producir finalmente comportamientos disruptivos. El estudio de ambos tipos de variables no es independiente (Connor, 2002).

14.3.4.1.- Subgrupos etiológicos

La conducta antisocial corresponde a dos subgrupos etiológicos: un grupo con una responsividad emocional incrementada y otro disminuída. El primer grupo muestra una responsividad emocional elevada y una disregulación emocional (Blair y cols, 2005, 2010; Viding y cols., 2012). No consiguen controlar sus emociones muy intensas y las descargan. Generalmente experimentan las limitaciones del entorno como humillaciones, como ofensas, o como imposiciones gratuitas por parte de las figuras de autoridad. Por ejemplo, interpretan que los padres disfrutan castigándoles o que las demandas de sus padres son en beneficio de ellos, p.ej. para no ser reprendidos por los profesores. Responden entonces con agresividad intensa y difícil de contener. Esto lleva a una descarga impulsiva que posteriormente aboca a que experimenten sentimientos intolerables de culpa. Estos pacientes pueden negar o aliviar su sentimiento de culpa y la depresión subsiguiente con sensibilidad y reactividad paranoide buscando nuevos motivos para descargar su rabia con los demás o con autolesiones. Algunos de estos estados de disregulación emocional están asociados a estados cuasi disociativos secundarios a recuerdos traumáticos.

El otro subgrupo etiológico muestra una responsividad emocional reducida, característica de la psicopatía (Blair y Viding, 2012), esto es, falta de empatía, falta de miedo, dureza, crueldad o insensibilidad (callousness). No se sienten culpables por sus agresiones.

14.3.4.2.- Factores de Riesgo Temperamentales:

Se han señalado en algunos pacientes dificultades de autocontrol e inteligencia por debajo de la media, especialmente en el CI verbal, que dificultan sus habilidades verbales (Moffit y Scott, 2010). Los niños que no pueden afirmarse verbalmente pueden intentar controlar los intercambios sociales utilizando la agresión (Crick y Dodge, 1996).

14.3.4.3.- Factores de Riesgo Ambientales:

La mayor parte de los niños y adolescentes con TC han sufrido malos tratos durante períodos prolongados (AACAP, 1.997). Se ha observado la existencia de rechazo y negligencia por parte de los padres, pautas incoherentes, disciplina severa, abuso físico o sexual, falta de supervisión y de límites en la crianza. Pueden pertenecer a familias muy numerosas en las que los mismos padres tienen comportamientos delincuentes y/o consumen sustancias. Pueden haberse criado en barrios violentos o pertenecer a grupos de delincuentes. Estos niños también pueden haber vivido en instituciones desde edad temprana, o experimentado cambios frecuentes de cuidadores. El frecuente rechazo que sufren por parte de los compañeros alimenta el trastorno (APA, 2.014).

14.3.4.4.- Factores de Riesgo Psicológicos

Dodge (1.993) ha mostrado que los niños tendientes a ser más agresivos en las relaciones interpersonales tienen déficits en la cognición social en virtud de los cuales tienden a interpretar una intención hostil en acciones neutras de los demás y a responder entonces con soluciones agresivas. Esta tendencia es el resultado de una exposición repetida al maltrato físico. Se ha comprobado que el abuso físico en la guardería se asocia con problemas de conducta en la etapa de educación primaria. En un estudio el 28% de los niños que sufrieron abuso físico desarrollaron problemas de conducta en comparación con el 6% de los que no lo sufrieron (Dodge y cols., 1.995).

14.3.4.5.- Factores de Riesgo Fisiológicos:

En los TC se observa una elevada agregación familiar que sugiere un riesgo genético (AACAP, 1.997). Por ejemplo, los padres biológicos, o adoptivos y los hermanos también presentan TC. Se ha observado que los padres pueden consumir alcohol, o padecer Tr. depresivo y bipolar, Esquizofrenia, TDAH (APA, 2.014).

Dado que la mayor parte de niños con TC han estado expuestos a malos tratos físicos durante períodos prolongados de su infancia se tiende a pensar que es probable que muchas de las alteraciones biológicas se deban al menos en parte, al trauma emocional (AACAP, 1.997). Estos pacientes tienen una baja reactividad autonómica, una frecuencia cardíaca y conductancia y reactividad de la piel más bajas. Esto se muestra como una baja respuesta autonómica en el condicionamiento al miedo, particularmente una baja conductancia de la piel ante explosiones sonoras aversivas (Fung y cols, 2.005). También reactividad reducida del cortisol basal y/o anomalías en el Córtex prefrontal y la Amígdala. Se han encontrado diferencias funcionales y estructurales en las áreas del cerebro asociadas a la regulación y procesamiento de las emociones: Conexiones límbico-frontotemporales entre la Amígdala y el Córtex prefrontal ventromedial, (APA, 2.014). Por ejemplo, se ha registrado una respuesta reducida de la Amígdala ante la exposición a caras atemorizantes en niños y adolescentes con falta de emociones prosociales (Marsh y cols., 2.008). También una respuesta intensificada de oxigenación en el Córtex prefrontal ventromedial ante tareas de aprendizaje inverso, que implican frustración donde antes se obtenía recompensa. Los niños con TDAH o normales muestran sin embargo un descenso de oxigenación.

14.3.5.- Evaluación

Generalmente se requieren varios informantes para obtener una imagen completa e identificar objetivos de tratamiento para las diferentes Áreas de funcionamiento: domicilio, escuela, relaciones sociales, etc. Esto es así dado que los pacientes tienden a minimizar sus problemas y puede además que los padres sean malos informantes o tengan una percepción distorsionada del funcionamiento del niño o del adolescente. Como en otros trastornos del comportamiento disruptivo es fundamental establecer antes una alianza terapéutica con el paciente y con los padres que permita hacer una evaluación apropiada.

14.3.6.- Comorbilidad y diagnóstico diferencial

14.3.6.1.- Comorbilidad

El TDAH puede aparecer en comorbilidad con los Trastornos de Conducta entre un 40-80% de los casos en tratamiento (Biederman y cols., 1.991). El TC puede asociarse a un Tr. específico del aprendizaje o a Tr. de ansiedad. A lo largo de su desarrollo pueden darse episodios depresivos o desarrollar un Tr. por abuso de sustancias.

14.3.6.2.- Diagnóstico diferencial

Es importante distinguir el TND del TC. El primero excluye la agresión a personas o animales, la destrucción de la propiedad, o un patrón de engaños o robos. Además, el TND incluye problemas de disregulación emocional (enfado e irritabilidad) que no se incluyen en la definición del TC (APA, 2.014). En el TDAH el comportamiento disruptivo no vulnera las normas sociales y los derechos de los otros aunque a veces pueden ser comórbidos. Los problemas de conducta en los Tr. afectivos se producen durante los episodios de estado de ánimo anormal. En el Tr. Explosivo Intermitente las agresiones son impulsivas, no premeditadas sin intención de satisfacer objetivos tangibles de dinero, poder o intimidación. El Tr. Explosivo Intermitente no incluye los síntomas no agresivos del TC. En los Tr. de Adaptación con alteraciones del comportamiento éstas aparecen en relación con un factor estresante psicosocial.

14.3.7.- Desarrollo, curso y pronóstico

Puede iniciarse en años preescolares, aunque los síntomas significativos aparecen entre la infancia media y la adolescencia. El inicio es raro después de los 16 años. La evolución es variable. La mitad desarrollan a la larga un Tr. Antisocial de la Personalidad (Robins, 1.966). El resto desarrollan diversas formas de desadaptación: se convierten en adultos depresivos, ansiosos, aislados (Farrington y cols. 1.988; Moffit y cols., 2002).

Los de comienzo temprano tienen más probabilidades de tener problemas toda la vida (Moffit y Scott, 2010). En el Tipo de inicio infantil (APA, 2014) los pacientes muestran por lo menos un síntoma característico del Trastorno de conducta antes de cumplir los 10 años. El TND es un precursor frecuente del TC de inicio infantil. Los de inicio en la adolescencia, que aparecen después de los 10 años, suelen tener problemas más bien por influencias sociales, que pueden finalizar con la adolescencia (Moffit y Scott, 2010), pero que no obstante conllevan de adultos violaciones de la ley no detectadas, mayor consumo de alcohol y drogas (Moffit y Scott, 2010).

14.4.- Trastorno de la personalidad antisocial

14.4.1.- Introducción. Historia y epidemiología

La conducta antisocial ha sido tradicionalmente vista en psiquiatría bien como un déficit o bien como una adaptación a circunstancias extraordinarias (AACAP, 1.997). Healy pensaba que los delincuentes juveniles tenían una “deficiencia psíquica constitucional” (Earls, 1.994). Desde una perspectiva opuesta Aichhorn (1.935) consideraba que los jóvenes delincuentes buscaban ser castigados para aliviar un sentimiento interno de culpa. Dentro de las personas con comportamiento antisocial hay un subgrupo que se denominan psicópatas. Cleckley en 1.941 suministró una completa descripción de las características de estas personas. En 1.941 publico su libro titulado “The Mask of Sanity”, en el que describía las características esenciales de la psicopatía: ausencia de empatía, encanto interpersonal, falta de vergüenza, afecto empobrecido y conducta antisocial. Bolwby en 1.944 describió en delincuentes lo que llamó “caracteres sin afecto”, jóvenes que habían sufrido rupturas prolongadas en sus relaciones tempranas. Hare

(1.980) desarrolló la “Psychopathy Checklist” para la evaluación de la psicopatía en adultos encarcelados.

La prevalencia de los Tr. Antisociales de la Personalidad (TASP) oscila entre el 0,2% y el 3,3% en la población general (APA, 2.014). En diversos entornos es más alta, por ejemplo, está por encima del 70% en personas con consumo de alcohol grave, de sustancias, y en muestras de centros penitenciarios o del ámbito forense. Se da mayor prevalencia en situaciones de adversidad socioeconómica y cultural. La Prevalencia de Psicopatía en adultos es del 0,75% (Blair, Mitchell y Blair, 2005) y en niños y adolescentes: 1-3,5% (Frick y Hare, 2001).

14.4.2.- Definición

Se define como un patrón general de desprecio y de violación de los derechos de los demás que comienza en la infancia o en la adolescencia temprana y que continúa en la edad adulta.

14.4.3.- Clínica y Diagnóstico

Estas personas pueden conducirse de forma irresponsable y explotadora en sus relaciones en general y en sus relaciones sexuales y de pareja, o tener dificultades para mantener una relación monógama. Pueden mostrar falta de responsabilidad como padres: malnutrición, negligencia con los hijos, delegación de funciones, abandono, despilfarro. El cuadro clínico puede conllevar disforia y estrés por incapacidad para tolerar el aburrimiento y depresión.

Hay un Subtipo denominado psicopático que carecen de empatía y tienden a ser crueles, cínicos y despectivos con los sentimientos, derechos y sufrimiento de los demás. Pueden tener una concepción de sí mismos elevada y mostrarse arrogantes. Pueden mostrar un encanto superficial y seductor. Este grupo presenta una disfunción emocional: Disminución del apego a otras personas, así como capacidad de empatía y culpa reducidas. La conducta puede ser antisocial o no, aunque en aquellos que la presentan las características psicopáticas pueden ser predictivas de la reincidencia criminal. Se diagnostica a partir de los 18 años de edad, pero debe haber tenido síntomas de TC antes de los 15 años (APA, 2.014).

14.4.4.- Etiopatogenia y bases neurobiológicas

14.4.4.1.- Factores genéticos y fisiológicos:

Las personas que tienen este trastorno presentan más antecedentes familiares biológicos de 1º grado con TASP que la población general, sobre todo las mujeres (APA, 2014). Las personas que lo padecen tienen más antecedentes en los familiares biológicos de Tr. de Síntomas Somáticos y de Consumo de sustancias. En las familias en las que hay un miembro con este trastorno lo padecen más los hombres. Las mujeres padecen más frecuentemente Tr. por Síntomas somáticos. Recientemente Raine (2.018) ha sugerido que la Personalidad antisocial sea considerada como un Trastorno del neurodesarrollo.

14.4.4.2.- Factores ambientales:

Los estudios de adopción indican que existen tanto factores genéticos como ambientales. Las personas con TASP tienen hijos biológicos y adoptivos con más riesgo de TASP y de consumo de sustancias (APA, 2.014). El TC tiene más riesgo de convertirse en TASP cuando hay abuso o negligencia infantil, paternidad inestable o irregular o cuando la disciplina parental es inconsistente.

14.4.4.3.- Evaluación

También aquí es necesario contar con informantes múltiples: padres, policía, maestros, pares, médicos, trabajadores sociales, etc.

14.4.4.4.- Comorbilidad y diagnóstico diferencial

Las personas con TASP tienen riesgo de padecer depresiones de manera comórbida, de tener un déficit en el control de los impulsos, incurrir en abuso de sustancias o en ludopatía. Tienen mayor riesgo de muerte prematura por conducción temeraria, accidentes, homicidios, suicidios, etc.

Por lo que respecta al diagnóstico diferencial hay que tener en cuenta que hay delincuentes y criminales que no tienen rasgos de TASP. En ellos muchas veces la delincuencia se explica por su pertenencia a capas marginales de la sociedad que tienen normas en conflicto con las de la mayoría. Aunque algunos Tr. Narcisistas de la personalidad tienen conductas antisociales, o características psicopáticas, no suelen ser impulsivos o agresivos. Los pacientes con TASP son menos inestables y más agresivos que las personas con Tr. Límite También los Tr. Histriónico manipulan, pero en este caso suele ser para obtener atención y cuidado.

14.5.- Tr. Explosivo Intermitente

14.5.1.- Introducción: Historia y epidemiología

El Trastorno explosivo intermitente refleja una pérdida del control de los impulsos. La prevalencia en USA la prevalencia-año es del 2,7%, siendo más frecuente en hombres que en mujeres. Otros estudios no encuentran diferencias de género (APA, 2014). Es más frecuente en personas menores de 35-40 años, que en los mayores de 50.

A. Arrebatos recurrentes en el comportamiento que reflejan una falta de control de los impulsos de agresividad, manifestada por una de las siguientes:

1. Agresión verbal (p. ej., berrinches, diatribas, disputas verbales o peleas) o agresión física contra la propiedad, los animales u otros individuos, en promedio dos veces por semana, durante un periodo de tres meses. La agresión física no provoca daños ni destrucción de la propiedad, ni provoca lesiones físicas a los animales ni a otros individuos.

2. Tres arrebatos en el comportamiento que provoquen daños o destrucción de la propiedad o agresión física con lesiones a animales u otros individuos, sucedidas en los últimos doce meses.

B. La magnitud de la agresividad expresada durante los arrebatos recurrentes es bastante desproporcionada con respecto a la provocación o cualquier factor estresante psicosocial desencadenante.

C. Los arrebatos agresivos recurrentes no son premeditados (es decir, son impulsivos o provocados por la ira) ni persiguen ningún objetivo tangible (p. ej., dinero, poder, intimidación).

D. Los arrebatos agresivos recurrentes provocan un marcado malestar en el individuo, alteran su rendimiento laboral o sus relaciones interpersonales, tienen consecuencias económicas o legales.

E. El individuo tiene una edad cronológica de seis años por lo menos (o un grado de desarrollo equivalente).

F. Los arrebatos agresivos recurrentes no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo, trastorno psicótico, trastorno de la personalidad antisocial, trastorno de personalidad límite), ni se pueden atribuir a otra afección médica (p. ej., traumatismo craneoencefálico, enfermedad de Alzheimer) ni a los efectos fisiológicos de alguna sustancia (p. ej., drogadicción, medicación).

Este diagnóstico se puede establecer además del diagnóstico de trastorno de déficit de atención con hiperactividad, trastornos de conducta, trastorno negativista desafiante o trastorno del espectro del autismo, cuando los arrebatos agresivos impulsivos recurrentes superen a los que habitualmente se observan en estos trastornos y requieran una atención independiente

Tabla 14-3: Criterios Diagnósticos DSM-5 para el Tr. Explosivo Intermitente

14.5.2.- Definición, Clínica y Diagnóstico

Se caracteriza por arrebatos impulsivos de tipo agresivo no premeditados, con inicio rápido y escaso o nulo período prodrómico como respuesta a una pequeña provocación, experimentada subjetivamente y que no produciría normalmente un arrebato agresivo (APA, 2014). La explosión puede conllevar agresiones verbales o físicas desproporcionadas en relación con el desencadenante y producir o no lesiones a terceros o destrucción de objetos. El diagnóstico según el DSM-5 sigue los criterios de la Tabla 14-3.

<p>A. Arrebatos recurrentes en el comportamiento que reflejan una falta de control de los impulsos de agresividad, manifestada por una de las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agresión verbal (p. ej., berrinches, diatribas, disputas verbales o peleas) o agresión física contra la propiedad, los animales u otros individuos, en promedio dos veces por semana, durante un periodo de tres meses. La agresión física no provoca daños ni destrucción de la propiedad, ni provoca lesiones físicas a los animales ni a otros individuos. 2. Tres arrebatos en el comportamiento que provoquen daños o destrucción de la propiedad o agresión física con lesiones a animales u otros individuos, sucedidas en los últimos doce meses. <p>B. La magnitud de la agresividad expresada durante los arrebatos recurrentes es bastante desproporcionada con respecto a la provocación o cualquier factor estresante psicosocial desencadenante.</p> <p>C. Los arrebatos agresivos recurrentes no son premeditados (es decir, son impulsivos o provocados por la ira) ni persiguen ningún objetivo tangible (p. ej., dinero, poder, intimidación).</p> <p>D. Los arrebatos agresivos recurrentes provocan un marcado malestar en el individuo, alteran su rendimiento laboral o sus relaciones interpersonales, tienen consecuencias económicas o legales.</p> <p>E. El individuo tiene una edad cronológica de seis años por lo menos (o un grado de desarrollo equivalente).</p> <p>F. Los arrebatos agresivos recurrentes no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo, trastorno psicótico, trastorno de la personalidad antisocial, trastorno de personalidad límite), ni se pueden atribuir a otra afección médica (p. ej., traumatismo craneoencefálico, enfermedad de Alzheimer) ni a los efectos fisiológicos de alguna sustancia (p. ej., drogadicción, medicación).</p> <p>Este diagnóstico se puede establecer además del diagnóstico de trastorno de déficit de atención con hiperactividad, trastornos de conducta, trastorno negativista desafiante o trastorno del espectro del autismo, cuando los arrebatos agresivos impulsivos recurrentes superen a los que habitualmente se observan en estos trastornos y requieran una atención independiente</p>

Tabla 14-4: Criterios Diagnósticos DSM-5 para el Tr. Explosivo Intermitente

14.5.3.- Etiopatogenia y bases neurobiológicas

14.5.3.1.- Factores Ambientales

Se sabe que son frecuentes los antecedentes de trauma emocional y físico durante las dos primeras décadas de vida.

14.5.3.2.- Factores Genéticos y fisiológicos

Los familiares de primer grado de los pacientes tienen un mayor riesgo de presentarlo. Los estudios de gemelos han demostrado una influencia genética sustancial en la agresión impulsiva. Se ha sugerido que la conducta impulsiva se correlaciona con niveles bajos de serotonina a nivel general y cerebral en las áreas del Sistema límbico, como el Córtex Cingulado anterior, y el Córtex

Orbitofrontal (APA, 2.018). Se supone que las disfunciones frontales generan una incapacidad de planificar y predecir las consecuencias del propio comportamiento. Las lesiones en estas áreas también se han asociado a un control inapropiado de la glucemia, que afectaría a la función de estas áreas (Best y cols., 2.002). Se ha sugerido un polimorfismo del gen para la enzima triptófano hidroxilasa, que produce un precursor químico de la serotonina. Este genotipo se encuentra más comúnmente en individuos con comportamientos impulsivos (Virkkunen y cols. 1.995). La respuesta de la Amígdala a los estímulos visuales de la ira durante la RMF es mayor que en las personas sanas.

14.5.4.- **Curso, inicio y desarrollo**

El inicio más frecuente es en la infancia tardía o la adolescencia y rara vez aparece después de los 40 años.

14.5.5.- **Comorbilidad y diagnóstico diferencial**

No debería diagnosticarse entre los 6 y 18 años cuando los arrebatos de agresividad impulsiva se producen en el contexto de un trastorno de adaptación.

14.6.- **Tratamiento y abordaje: psicoterapéutico, psicofarmacológico y psicopedagógico**

La complejidad de los trastornos disruptivos en la infancia y adolescencia requiere un tratamiento multimodal enfocado en abordar objetivos diversos y extenso, que combine psicoterapia individual, psicoterapia de familia, farmacoterapia e intervenciones ecológicas en la escuela, el hogar, establecimientos residenciales o en hospitales (AACAP, 2007). En conjunto el tratamiento es esencialmente no farmacológico (AEPNYA, 2.010). Las intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales son las más relevantes.

Los estudios cuantitativos y cualitativos generalmente sugieren que las intervenciones psicosociales que incluyen un componente de trabajo con los padres, bien único, o combinado con otros componentes terapéuticos, son más efectivas para reducir los comportamientos disruptivos que las que incluyen sólo un componente de trabajo con el niño (Epstein y cols., 2.015). La combinación de los diferentes componentes del tratamiento varía según la edad del paciente. En los niños en edad preescolar debería ponerse énfasis en el entrenamiento y psicoeducación de los padres. En niños en edad escolar habrían de considerarse los tratamientos familiares, las intervenciones escolares y ocasionalmente abordaje individual. En la adolescencia los abordajes individuales se utilizan más junto con intervención en la familia. A todas las edades las intervenciones psicofarmacológicas pueden ser útiles como adjuntos al tratamiento (AACAP, 2007).

El tratamiento puede requerir mucho tiempo, varios meses o más, y puede reactivarse en los diferentes episodios. También puede aplicarse de manera continuada. A partir del análisis de una amplia serie de casos se sabe que los abordajes de orientación dinámica pueden ser también útiles (Fonagy y Target, 1.994). Por otra parte puede ser necesaria la realización de intervenciones en el medio escolar y la coordinación con los maestros. Algunos casos podrían beneficiarse de un Tratamiento residencial.

14.6.1.- **Intervenciones familiares. Programas de entrenamiento para padres**

Los Programas de entrenamiento para padres están diseñados para mejorar las habilidades de los padres y la calidad de la relación parento filial y también intervienen en factores como la violencia relacional entre los padres, la depresión materna, etc. (Moffit y Scott, 2.010). Entre otros programas bien validados cabe citar el "Helping the non-compliant child" (McMahon y Forehand, 2.003), y el "Parental Child Interaction Therapy" (PCIT) de Eyberg, (1.988). Otros programas para

padres se hacen en un formato de Terapia de Grupo. En este formato los participantes comparten su experiencia con otros y pueden utilizar vídeos con viñetas clínicas de lo que es una “buena” o “mala” gestión de la conducta disruptiva. Entre ellos destacan el “Incredible Years Program (IY) de Webster-Stratton (1.981) o el “Positive Parenting Program” (Triple P) de Sanders y Markie-Dadds (2.000).

Los principios de este abordaje pueden resumirse así: aprender a suministrar refuerzos positivos incondicionales al comportamiento general del niño. También reducir el refuerzo positivo a las conductas disruptivas que los padres pueden estar dando de forma inadvertida. Dar refuerzos positivos condicionales a los comportamientos prosociales. Adaptar las técnicas de economía de fichas a la edad del niño. Establecer límites consistentes y apropiados a la edad. Aplicar consecuencias y/o castigos para las conductas disruptivas, lo que generalmente implica alguna forma de “tiempo fuera”, pérdida de fichas y/o pérdida de privilegios. Hacer que la respuesta parental sea predecible, contingente e inmediata. Interrumpir las estrategias de defensa y ataque ante los desafíos y provocaciones. Eliminar abusos y castigos corporales. Utilizar la restitución y los trabajos familiares y comunitarios. Finalmente elaborar los conflictos parentales que pueden general o mantener el comportamiento disruptivo.

Los Programas de entrenamiento parental tienen una tasa de abandonos elevada que llega al 50% (AACAP, 2007). Una complicación puede ser la existencia de psicopatología en los propios padres que impida el progreso. Los efectos adversos de estos programas incluyen la posibilidad de una mala utilización de estas técnicas para controlar a los niños, especialmente en los hogares donde se da el abuso emocional o físico. También la posibilidad de que el programa genere confrontaciones más severas entre los niños y los padres.

14.6.2.- **Terapia cognitivo conductual**

La aplicación de esta terapia viene determinada por la asunción según la cual cuando los niños o adolescentes con problemas disruptivos afrontan un acontecimiento que les evoca rabia o frustración, sus emociones, reacciones fisiológicas y conductuales vienen ampliamente determinadas por sus percepciones cognitivas y por la valoración que hacen del acontecimiento, más que por el acontecimiento en sí. Estos pacientes tienden a atribuir una intención hostil o agresiva a los demás. También tienen dificultades para generar soluciones alternativas a los problemas interpersonales, a identificar los medios para obtener fines específicos, hacen atribuciones incorrectas sobre la motivación de las acciones de los demás, tienen dificultades para percibir como los demás sienten y para predecir los efectos de sus acciones sobre los demás (Lochman y Dodge, 1.994, Kazdin, 1.996; Kazdin, 2.000). Entre las Técnicas utilizadas destacan las Estrategias de control de la ira. Estas estrategias se centran en ayudar al paciente a explorar sentimientos de ira y familiarizarse con los estímulos que la desencadenan, así como en la forma que tienen de gestionarla. Durante el tratamiento se buscan formas de expresión alternativas que permitan expresar la disconformidad y a la vez mantener contacto comunicativo con las personas implicadas: padres, maestros, profesores, compañeros. Otras estrategias de autocontrol implican ejercicios de respiración, de conexión sensorial, ejercicio físico, utilización de la silla vacía, etc. Se entrena al niño en fórmulas de asertividad que interrumpan los comportamientos automáticos. También son útiles las intervenciones de reformulación de conducta. Parte del tratamiento implica la identificación de las necesidades no cubiertas en el paciente, que incluyen la necesidad de seguridad básica, la necesidad de estructura y de límites apropiados, la comunicación mutua de emociones, la expresión de sentimientos, la necesidad de recibir refuerzo a los comportamientos positivos, la necesidad de aprender a perdonar, etc. Entre las técnicas más utilizadas figura el entrenamiento en resolución de problemas. Este abordaje se basa en la idea de que los trastornos del comportamiento en las relaciones interpersonales tienen la finalidad de asegurarse recompensas del entorno. Este abordaje persigue entrenar a los pacientes en habilidades más adaptativas para obtener lo que desean. El entrenamiento en habilidades

sociales generalmente involucra el modelado de habilidades apropiadas, la supervisión, el rôle playing, el ensayo conductual, el feedback y el refuerzo positivo. Se enseña al niño a relacionarse con otros niños e integrarse en actividades lúdicas. En el tratamiento también es importante el aprendizaje de valores de respeto y reciprocidad. Para ello se pueden utilizar juegos de mesa con reglas, etc.

14.6.3.- Tratamiento farmacológico

En este momento los fármacos se consideran un tratamiento coadyuvante, paliativo, pero no curativo (AACAP, 2.007). La aplicación del tratamiento a demanda de los padres sin haber obtenido el consentimiento del paciente, o antes de que se haya establecido una alianza terapéutica, puede ser infructuoso. Algunos fármacos han mostrado cierta eficacia en la reducción de la frecuencia e intensidad de las conductas agresivas (AEPNYA,2.010). Hay muy pocos estudios bien controlados sobre la eficacia de los fármacos en los Trastornos de conducta de niños y adolescentes. La eficacia más comprobada es la de los Antipsicóticos atípicos siendo el Valproato una posible segunda alternativa (Levy y Bloch, 2.012). Dados los efectos secundarios de los fármacos y el período de desarrollo evolutivo en que se administran debería llevarse a cabo un análisis riesgo-beneficio para cada paciente y monitorizar cuidadosamente los efectos adversos.

14.6.3.1.- Antipsicóticos y neurolépticos

En las dos últimas décadas ha aumentado la utilización de estos fármacos para el tratamiento de niños con comportamientos disruptivos. La mayoría de los estudios, tanto controlados, como abiertos, han informado de una mejoría en la agresividad, tanto en comparación con el placebo como en relación a la sintomatología de base (Connor, 2.002; Loy y cols., 2.012). Sin embargo, dado que el comportamiento disruptivo y la agresión desadaptativa pueden ser episódicos e intermitentes, si bien reapareciendo de forma crónica a lo largo de los años, la utilización de estos fármacos debería hacerse tras una cuidadosa valoración clínica. En este momento se considera que los antipsicóticos se pueden utilizar como un tratamiento coadyuvante en los Trastornos de Conducta y en la agresión impulsiva severa, crónica y refractaria (Toren, 1.998).

El más utilizado en la actualidad es la Risperidona a dosis bajas. Pertenece al grupo de los Antipsicóticos atípicos que antagonizan la neurotransmisión dopaminérgica y también la serotoninérgica. Como efectos secundarios puede aparecer aumento de peso, sedación, hiperprolactinemia, irregularidades menstruales, dolor de cabeza. etc. En un estudio controlado doble-ciego la Risperidona se ha mostrado más efectiva a corto plazo que el placebo en niños entre 5 y 12 años con comportamiento seriamente disruptivo y CI por debajo de la media (CI=36-84) a la dosis de 0.02-0.06 mg/Kg/día (Aman y cols., 2.002). Parece que los pacientes que responden inicialmente al tratamiento con Risperidona se benefician de un tratamiento a largo plazo. Reyes y cols. (2.006) compararon los resultados de mantener o discontinuar el tratamiento en 335 niños entre 5 y 17 años que habían respondido a la Risperidona a dosis de 0,25-0,75 mg/día en pacientes <50 kg y de 0,5-1 mg/día en pacientes >50Kg. Observaron que la discontinuación del tratamiento conduce antes a recaídas que en el grupo que continúa en tratamiento. La recurrencia sintomática se produjo en un 25% de los pacientes que continuaban en tratamiento con Risperidona a los 119 días, mientras que la recaída se produjo a los 37 días en lo que los suspendieron.

Estos estudios sugieren eficacia a corto y largo plazo de la Risperidona, aunque los beneficios están contrapesados por el riesgo de efectos adversos metabólicos, hormonales y extrapiramidales. El uso de antipsicóticos en niños con estos trastornos debería reservarse a los casos resistentes a las terapias de primera y segunda línea y en aquellos que tienen riesgo serio y persistente de dañarse a sí o a otros. Los antipsicóticos deberían ser considerados con una estrategia a corto plazo mientras que las terapias y las intervenciones psicosociales habrían de utilizarse de manera permanente (Shafiq y Pringsheim, 2018). No se tienen datos sobre el uso de

estos fármacos en niños menores de cinco años ni se puede precisar en qué medida la eficacia encontrada en los ensayos clínicos puede trasladarse a la práctica clínica cotidiana ya que los participantes que accedieron a participar en los estudios son un subconjunto de una población más amplia en tratamiento (Loy y cols., 2012).

Una investigación más limitada pero con resultados inicialmente positivos se ha hecho con Quetiapina, Olanzapina, Aripiprazol (Levy y Bloch, 2012) y Ziprasidona (Epstein y cols. 2015).

En la actualidad se descarta la utilización de Neurolépticos que antes se utilizaban con más frecuencia, especialmente el Haloperidol a dosis bajas. Los antipsicóticos típicos bloquean los receptores dopaminérgicos postsinápticos en las vías dopaminérgicas mesolímbica y nigroestriatal (Connor, 2002). Debido al bloqueo de la vía mesolímbica pueden producir anhedonia, indiferencia y apatía. La afectación de la vía nigroestriatal produce los síntomas neurológicos por los que en su día se denominaron neurolépticos: efectos extrapiramidales, acatisia, distonía aguda, disquinesia tardía, disminución del umbral convulsivo, sedación, etc. También afectan la neurotransmisión dopaminérgica en las vías mesocortical y tuberoinfundibular, por lo que pueden aumentar los niveles de prolactina.

14.6.3.2.- Estabilizantes del humor

Litio

El Litio ha mostrado tener propiedades antiagresivas en los pacientes psiquiátricos adultos, en personas ingresadas en correccionales y prisiones y en animales de laboratorio (Sheard y cols, 1.976; Eichelman, 1.992, Müller-Oerlinghausen, 2.010). En su utilización en niños los resultados son contradictorios (Connor, 2.002; Levy y Bloch, 2.012): hay estudios controlados que encuentran diferencias significativas respecto al placebo pero otros no. Entre los que encuentran el Litio superior al placebo los pacientes se benefician de la reducción de las conductas agresivas, incluyendo el bullying, las peleas y las pérdidas de control a la dosis media de 1.248 mg/día (600-1.800 mg/día) y con niveles séricos medios de 1.12 mEq/L (Campbell y cols., 1.995). No hay correlación entre los niveles séricos y la respuesta antiagresiva en los pacientes con Trastornos de conducta o Trastorno explosivo intermitente (Connor, 2.002).

Acido valpróico

Es un anticonvulsivante utilizado en pacientes adultos para el tratamiento de ausencias simples y complejas y para el tratamiento del Trastorno bipolar y de conductas violentas y agresivas. En estudios controlados y abiertos es significativamente superior al placebo para reducir la rabia y las explosiones en niños y adolescentes con Trastornos negativistas desafiantes y Trastornos de conducta (Donovan, 2000).

Carbamazepina

Es un anticonvulsivante utilizado en neurología para tratar epilepsias generalizadas, y crisis parciales simples y complejas, así como algunos síndromes dolorosos como las Neuralgias del trigémino. Se utiliza también para tratar las crisis Maníacas en adultos, en los que también ha resultado efectiva para tratar las conductas agresivas. Los estudios controlados no han mostrado su superioridad frente al placebo, mientras que un estudio abierto ha mostrado una mejoría en el 90% de los pacientes a la dosis de 600-800 mg/día (Kafantaris y cols., 1.992).

14.6.3.3.- Estimulantes del Sistema Nervioso Central

Metilfenidato. Ya en 1.997 Klein mostró en un estudio clínico aleatorizado que el Metilfenidato a la dosis media de 41 mg/día puede mejorar las conductas agresivas en niños con Trastorno de conducta entre 6 y 15 años independientemente de que tengan o no un TDAH comórbido (Klein, 1.997). También Connor y cols. (2.000) en otro estudio aleatorizado obtuvieron resultados similares

mostrando una mejoría con Metilfenidato en niños entre 6 y 16 años a una dosis media de 32,5 mg/día, durante 12 semanas respecto a la línea clínica basal. Aunque los Estimulantes han mostrado su eficacia, su uso ha de contemplar el riesgo potencial de abuso (Levy y Bloch, 2012).

14.6.3.4.- Antidepresivos

La primera línea de pensamiento que condujo a la utilización de Antidepresivos para el tratamiento del Trastorno de Conducta en niños y adolescentes fue la observación, en modelos animales que investigaban los mecanismos neurobiológicos de la agresividad, de que la arginina vasopresina facilita la agresión mientras que la serotonina inhibe la conducta agresiva bloqueando la actividad de la vasopresina en el hipotálamo anterior (Ferris, 2.000). Por el momento los Antidepresivos que han mostrado alguna utilidad en la población infantojuvenil para el tratamiento de las conductas disruptivas han sido el Bupropión y el Trazodone.

Bupropión

Este fármaco ya había mostrado utilidad en el tratamiento del TDAH (Emslie y cols, 1.999). Dado que hay una elevada comorbilidad entre los dos trastornos se propuso utilizar el Bupropión para mejorar la conducta disruptiva. Varios estudios controlados (Casat y cols, 1.987; Conners, 1.996; Barrickman y cols., 1.995) y otros estudios abiertos (Riggs y cols., 1.998 y Simeon y cols., 1.986) han dado apoyo para la utilización del Bupropión en el tratamiento del Trastorno de Conducta comórbido con TDAH. Han encontrado mejorías significativas a dosis de 50-150 mg/día (Simeon y cols, 1.986), 150-200 mg/día (Casat y cols, 1987), 300mg/día (Riggs, 1.998), 1,4-5,7 mg/kg/día (Barrickman y cols., 1.995) o bien 3-6-mg./kg/día (Conners, 1.996).

Trazodone

Trazodone es un antiguo Antidepresivo con cierta acción selectiva sobre la recaptación de serotonina que ha sido encontrado efectivo para la agresión en un ensayo abierto de 22 jóvenes con Conducta disruptiva (Zubieta y Alessi, 1.992). Estos autores utilizaron este fármaco en 22 niños con Trastornos del comportamiento entre 5-12 años en un estudio abierto durante un tiempo entre 12-56 semanas a una dosis media de 4,8 mg/Kg/día. Se produjo una mejoría en el 70%.

14.6.3.5.- Fármacos Adrenérgicos

Dado que en la agresividad explosiva se había sugerido la existencia de hipervigilancia y aumento cerebral de la actividad adrenérgica en el SNC, se empezaron a utilizar fármacos adrenérgicos para regular a la baja la neurotransmisión adrenérgica en niños con Trastornos de conducta, entre ellos los Agonistas alfa-2 adrenérgicos (Clonidina y Guanfacina) y los Beta bloqueantes.

Clonidina

Es un Agonista alfa-2 adrenérgico presináptico que actúa en el Locus coeruleus regulando a la baja los niveles de Noradrenalina. Los estudios controlados sugieren que a dosis entre 0,1-0,4mg/día puede ser efectiva como tratamiento coadyuvante (Connor, 2002).

Guanfacina

Es un Agonista alfa-2 adrenérgico que tiene un perfil de unión a receptores preferentemente en las regiones corticales frente al perfil de unión a receptores subcorticales de Clonidina en el Locus coeruleus (Connor, 2.002). Más específicamente la Guanfacina es un Agonista de los receptores alfa-2A, que son postsinápticos en el CórTEX frontal (Mattes, 2016). Por lo tanto, tiene menos efectos sedantes e hipotensivos que Clonidina así como un efecto de mejora de la atención y de reducción de la impulsividad. Los estudios controlados muestran efectos significativamente superiores al placebo en TDAH, y los estudios abiertos sugieren efecto sobre la agresividad (Connor, 2002).

14.6.3.6.- Beta bloqueantes

Son antagonistas competitivos de la Noradrenalina y la Adrenalina en los receptores beta adrenérgicos que se encuentran tanto en el SNC como en el periférico. Entre estos fármacos se encuentran el Propranolol, el Nadolol, el Pindolol, el Metoprolol y el Atenolol. Difieren en su selectividad por los receptores y en su solubilidad en lípidos. En los adultos han sido efectivos para reducir la conducta impulsiva y las agresiones explosivas (Connor, 2.002). En los estudios abiertos las tasas de mejoría oscilan entre el 63 y el 91% (Kuperman y Stewart, 1.987; Famularo y cols., 1.988). En un estudio controlado el Pindolol a dosis entre 20-40 mg/día en niños con TDAH fue superior al placebo, pero no al Metilfenidato (Buitelaar y cols., 1.996). Estos fármacos tienen muchos efectos secundarios que incluyen pesadillas, alucinaciones, parestesias etc.

14.6.3.7.- Ansiolíticos

Su uso no está apoyado por los datos científicos hasta el presente. En los adultos el Lorazepam y el Clonazepam a menudo disminuyen la irritabilidad y la agresividad en pacientes con agitación psicótica y maniaca. Sin embargo, en un 1% de estos pacientes pueden producir desinhibición y empeorar el descontrol agresivo (Dietch y Jennings, 1.988). Tienen por otra parte el riesgo de producir dependencia psicológica y síntomas de abstinencia si se interrumpen tras un largo período de utilización.

Por otra parte, la Buspirona es un ansiolítico no benzodiazepínico que actúa como un Agonista de los receptores 5-HT_{1A} presinápticos y como un Agonista parcial de los receptores 5-HT_{1A} postsinápticos que se ha utilizado a dosis de hasta 50 mg/día para tratar la agresividad en niños hospitalizados por problemas psiquiátricos con escasos efectos terapéuticos (Pfeffer y cols., 1.997).

14.7.- Bibliografía

- Aepnya. (2010). Protocolos clínicos de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (Editorial Siglo). Recuperado de https://aepnya.es/wp-content/uploads/2017/07/protocolos_2010.pdf
- Aman M.G., De Smedt G., Derivan A., Lyons B. y Findling R.L. (2.002): "Double-blind, placebo-controlled study of risperidone for the treatment of disruptive behaviors in children with subaverage intelligence". *Am J Psychiatry*. 2002 Aug;159(8):1337-46.
- American Psychiatric Association (2014): Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- August, G.J., Realmuto, G.M. Joyce, T. Y Hektner, J.M. (1.999): "Persistence and desistance of oppositional defiant disorder in a community sample of children with ADHD". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38: 1.262-1.270
- Bandura, A. (1.982): "Teoría del Aprendizaje Social". Madrid: Espasa Calpe.
- Barrickman, L.L., Perry, P.J., Allen A.J., Kuperma, S., Arnd, S.V. Herrmann, K.J. y Shumacher, E. (1.995) "Bupropion versus Methylphenidate in the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34: 649-657.
- Best M., Williams J.M., Coccaro E.F. (2002). "Evidence for a dysfunctional prefrontal circuit in patients with an impulsive aggressive disorder". *Proc. Natl. Acad. Sci*. 99 (12): 8448-53.
- Biederman, J., Newcorn, J. y Sprich, S. (1.991): "Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety and other disorders". *American Journal of Psychiatry*, 148, 564-577.
- Blair, R.J.R., Viding, E. (2.010): "Psychopathy" En: Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., y cols. Editores: "Rutter's Child and Adolescent Psychiatry". 5th ed.. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Buitelaar, J.K, Van der Gaag, J. Swaab-Barneved, H y Kuiper, M. (1.996): "Pindolol and Methylphenidate in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Clinical Efficacy and side-effects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37: 587-595.
- Burke, J.D. Loeber, R., Birmaher, B. (2.002): "Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part II.". *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41: 1275-1293.
- Campbell, M., Adams, P.B., Small, A.M., Kafantaris, V., Silva R.R., Shell, J., Perry, R. y Overall, J.E. (1.995): "Lithium in hospitalized aggressive children with conduct disorder: a double-blind and placebo-controlled study". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34 (4): 445.

- Casat, C.D., Pleasants, D.Z., y Van Wyck Fleet, J. (1987): "A double-blind trial of bupropion in children with attention deficit disorder". *Psychopharmacology Bulletin*, 23: 120-122.
- Casat, C.D., Pearson, D.A., Davelaar, M.J. y Cherek, D.R. (1995) "Methylphenidate effects on a laboratory aggression measure in children with ADHD". *Psychopharmacology Bulletin*, 31, 331-342.
- Connor, D.F., Barkely, R.A. y Davis, H.T. (2000) "A pilot study of methylphenidate, clonidine, or the combination in ADHD comorbid with aggressive oppositional defiant or conduct disorder. *Clinical Pediatrics*, 39:15-25.
- Connor, D.F. (2002): "Aggression and Antisocial Behavior in Children and Adolescents. Research and Treatment". New York: The Guildford Press.
- Crick, N.R., y Dodge, K.A. (1996) "Social information -processing mechanisms in reactive and proactive aggression". *Child Development*, 67: 993-1002.
- Dietch, J.T. y Jennings, R.K. (1988): "Aggressive dyscontrol in patients treated with benzodiazepines". *Journal of Clinical Psychiatry*, 49: 184-188.
- Dodge, K. (1991): "Th estructure and function of reactive and proactive aggression". En: "The Development and Treatment of Childhood Aggression". Pepler, D.J., Rubin, K.H. Eds.. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates, pp. 201-218.
- Dodge, K.A., (1993): "Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression". En: L.W. Porter y M.R. Sosenweig (Eds.): "Annual Review of Psychology". Volume 44. Págs: 559-584.
- Dodge, K.A., Pettit, G.S., Bates, J.E. y Valente, E. (1995): "Social information: Processing patterns partially mediate the effect of early physical abuse on later conduct problems". *Journal of Abnormal Psychology*, 104: 632-643.
- Dollard, J., Doob, C.W., Miller, N.E., Mowrer, O.H. y Sears, R.R. (1939): *Frustration and Agression*. New Haven, T: Yale University Press.
- Donovan, S.J., Stewart, J.W., Nunes, E.V., Quitkin, F.M., Parides, M., Daniel, W., Susser, E., y Klein, D.F. (2000): "Divalproex treatment for youth with explosive temper and mood lability: a double-blind, placebo-controlled crossover design". *Am J Psychiatry*, 157 (5): 818.
- Donovan, S.J., Stewart, J.W., Nunes, E.V., Quitkin, F.M., Parides, M., Daniel, W., Susser, E. Y Klein, D.F. (2000) "Divalproex treatment of youth with explosive temper and mood lability: A double-blind, placebo-controlled crossover design" *American Journal of Psychiatry*, 157: 818-820.
- Eichelman, B. (1992) "Aggressive behavior: From laboratory to clinic. Quo vadit?. *Archives of General Psychiatry*, 49: 488-492.
- Emslie, G.J. Walkup, J.T. Pliszka, S.R. y Ernst, M. (1999): "Non tricyclic antidepressants: Current trends in children and adolescents". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38: 517-528.
- Epstein, R., Fennesbeck, Ch. Williamson, E., Kuhn T. y cols. (2015): *Psychosocial and Pharmacologic Interventions for Disruptive Behavior in Children and Adolescents. Comparative Effectiveness Reviews*, No. 154. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2015 Oct.
- Eyberg, S.M. (1988): "Parent Child Interaction Therapy: Integration of traditional and behavioral concerns". *Child and Family Behavior Therapy*, 10: 33-48.
- Famularo, R., Kinscherff, R. y Fenton, T. (1988): "Propranolol treatment for childhood posttraumatic stress disorder, acute type". *American Journal of Diseases of Children*, 142: 1244-1247.
- Farrington, D.P., Gallagher, B., Morley, L., St. Ledger, R.J., y West, D. (1988) "Are there any successful men from criminogenic back-grounds?". *Psychiatry*, 51: 116-130.
- Ferris, C.F. (2000): "Adolescent stress and neural plasticity in hamsters: A vasopressin/serotonin model of inappropriate aggressive behavior". *Experimental Physiology*, 85: 855-905.
- Finger, E., Marsh, A.A., Mitchel, D.G. y cols. (2008): "Abnormal Ventromedial Prefrontal Cortex Function in Children With Psychopathic Traits During Reversal Learning". *Arch Gen Psychiatry*. 2008 May; 65(5): 586-594.
- Fonagy, P. y Target, M. (1994): "The efficacy of psychoanalysis for children with disruptive disorders". *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33: 45 -55.
- Fung, M. T., Raine, A., Loeber, R., Lynam, D. Steinhauer, S.R., y cols. (2005) "Reduced electrodermal activity in psychopathy-prone adolescents". *Journal of Abnormal Psychology*, 114: 187-196.
- Gesell, A. (1987): "El niño de uno a cuatro años". Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Hartup, W.W. (1974): "Aggression in childhood: Developmental Perspectives". *American Psychologist*, 29: 336-341.
- Holmberg, M.S. (1977). "The development of social interchange patterns from 12 to 42 months: Cross sectional and short-term longitudinal analyses". Citado por Connor, D.F. (2002): "Aggression and Antisocial Behavior in Children and Adolescents. Research and Treatment". New York: The Guildford Press, Pág. 29.
- Izard, TE., Fantauzzo, C.A., Castle, J.M., Haynes, O.M., Rayias, M.R. y Putnam, P.H. (1995): "The ontogeny of infant's facial expressions in the first nine months of life" *Developmental Psychology*, 31, 997-1013.
- Kafantaris, V., Campbell, M., Padron-Gayol, M.V., Small, A.M. Locascio, J.J. y Rosenberg, C.R. (1992): "Carbamazepine in hospitalized aggressive conduct disorder children: An open pilot study." *Psychopharmacology Bulletin*, 26: 193-199.
- Kazdin, A.E. (1996): "Conduct disorders in childhood and adolescence". Thousand Oaks, CA: Sage
- Kazdin, A.E. (2000): "Psychotherapy for children and adolescents: Directions for research and practice". New York: Oxford University Press.

- Klein, R.G., Abikoff, H., Klass, E., Ganeles, D., Sees, L.M. y Pollack, S. (1.997): Clinical Efficacy of Methylphenidate in conduct disorder with and without attention déficit hyperactiviy disorder". Archives of General Psychiatry, 54: 1.073-1080.
- Kuperman, S. y Stewart, M. A. (1.987): "Use of propranolol to decrease aggressive outbursts in younger patients". Psychosomatics, 28: 315-319.
- Levy T y Bloch Y. (2.012): "Pharmacotherapy for conduct disorder in children and adolescents". Harefuah, 151(7):421-6.
- Lochman, J.E. y Dodge, K. A. (1.994): Social Cognitive processes of severely violent, moderately aggressive and non-aggressive boys". Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62: 366-374.
- Loy, J.H., Merry, S.N., Hetrick, S.E. y Stasiak K. (2.012): "Atypical antipsychotics for disruptive behaviour disorders in children and youths". Cochrane Database Syst Rev. Sep 12; (9):CD008559.
- Marsh, A.A., Finger, E.C., Mitchell, D.G.V. (2.008): "Reduced amígda response to fearful expressions in children and adolescents with callous-unemotional traits and disruptive behavior disorders". Am J Psychiatry, 165:712-20
- Martínez, J.M. y Fernández, B. (1.989): "Algunas consideraciones sobre la agresividad en rsu relación con las conductas adictivas" Rev. Esp. Drogodep. 14 (4) 241-248.
- McMahon, R.J. y Forehand, R.L. (2.003): "Helping the non compliant child: family based treatment for oppositional behavior. 2ª Ed. Niew York: Guildford Press.
- Mattes, J.A. (2.016): "Treating ADHD in Prison: Focus on Alpha-2 Agonists (Clonidine and Guanfacine)". J Am Acad Psychiatry Law. 44(2):151-7
- Moffitt, T.E., Caspi, A., Harrington, H. Y Milne, B.J. (2.002) "Males on the life-course persistent and adolescence-liited antisocial pathways: Follow up at age 26. Development and Psychopathology, 14: 179-206.
- Moffit, T.D. y Scott, S. (2.010): "Conduct Disorders of Childhood and Adolescence" En: "Rutter´s Child and Adolescent Psychiatry". Editores Rutter, M., Bishop D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E. y Thapar, A. Oxford: Blackwell Publishing (2.010). Págs: 543-564.
- Müller-Oerlinghausen, B., Lewitzka, U. (2.010): "Lithium reduces pathological aggression and suicidality: a mini-review". Neuropsychobiology, 62 (1): 43.
- Patterson, G.R. (1.982): "The Coercive Family Process". Eugene, OR: Castalia.
- Pfeffer, C.R., Jiang, H. y Domeschek, L.J. (1.997): "Buspirone treatment of psychiatrically hospitalized prepubertal children with symptoms of anxiety and moderately severe aggression". Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 7: 145-155.
- Raine, A. (2.002) "Annotation: The role of prefrontal deficits, low autonomic arousal and early health factors in the development of antisocial and aggressive behavior in childre. J. Child Psychol Psychiatry, 43C: 417-434.
- Raine, A. (2.018): "Antisocial Personality as a Neurodevelopmental Disorder. Annu Rev Clin Psychol, 7;14:259-289.
- Reyes, M., Buitelaar, J., Toren, P., Augustyns, I., Eerdeken, M. (2.006): "A randomized, double-blind, placebo-controlled study of risperidone maintenance treatment in children and adolescents with disruptive behavior disorders".. Am J Psychiatry. 2006 Mar; 163(3):402-10.
- Riggs, P.D., Leon, S.L., Mikulich, S.K. y Pottle, L.C. (1.998): "An open trial of bupropion for ADHD in adolescents with substance use disorders and conduct disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37: 1271-1278.
- Rosenbluth, D. (1.986): "Su hijo de dos años". Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Robins, L.N.(1-966): Deviant children grown-up: A sociological an psichiatri study of sociopathic personalities". Baltimore: Williams and Wilkins.
- Rutter, M., Giller, H. y Hagell, A. (1.999) "Antisocial behavior by young people" J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 38: 1.320-1.321.
- Sanders, M.R. y Markie-Dadds, C. (1.996): "Trip.e P: A multi-level family intervention program for children with disruptive behavior disorders" En: P. Cotton y H. Jacson (Eds.): "Early intervention and prevention in mental health: Melbourne: australian Psychological society. Págs.: 59-85.
- Shafiq, S. y Pringsheim, T. (2.018): "Using antipsychotics for behavioral problems in children". Expert Opin Pharmacother.: 13:1-14.
- Sheard, M.H., Marini, J.L., Bridges, C.I., Wagner, E. (1.976): The effect of lithium on impulsive aggressive behavior in man. Am J Psychiatry, 133 (12):1409.
- Simeon, J.G., Ferguson, H.B. y Van Wyck Fleet, J. (1.986): "Bupropion effects in attention deficit and conduct disorders". Canadian Journal of Psychiatry, 31, 581-585.
- Toren, P., Laor, N. y Weizman, A. (1.998) "Use of atypical neuroleptics in child and adolescent psichiatri". Journal of Clinical Psychiatry, 59: 644-656.
- Viding, E., Fontaine, N.M.G. y McCrory, M.J. (2.012): Antisocial behaviour in children with and without callous-unemotional traits J R Soc Med., 105: 195-200.
- Virkkunen, M., Goldman, D. Nielsen, D.A. y Linnoila, M. (1.995): "Low Brain Serotonin Turnover Rate (Low CSF 5-HIAA) and Impulsive Violence" JPsychiatry Neurosci, VoL 20, No. 4: 271-275.

- Webster-Stratton, C. (1981): "Modification of mothers' behaviors and attitudes through a videotape modeling group discussion program". *Behavior Therapy*, 12: 634-642.
- Zocolillo, M., Pickles, A., Quinton, D., Rutter, M. (1992): "The outcome of conduct disorder". *Psychol. Med.*, 22: 971-986
- Zubieta, J.K, y Alessi, N.E. (1992): "Acute and chronic administration of trazodone in the treatment of disruptive behavior disorders in children". *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 12, 346-351.

15.- CAPÍTULO 15: TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS Y TRASTORNOS ADICTIVOS EN LA ADOLESCENCIA

Raquel Cabezas Mesonero Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Julia Calama Martín. Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

15.1.- Introducción: Historia y epidemiología

15.1.1.- Historia

Desde la aparición del ser humano, la búsqueda de plantas medicinales curativas, el deseo de modificar el nivel de conciencia y la necesidad de obtener sustancias vegetales para los ritos iniciáticos, debieron ser los principales factores que contribuyeron a que se experimentara con una gran variedad de sustancias psicoactivas. En las culturas primitivas existía una limitación y socialización del uso de estas sustancias que quedaban prácticamente restringidas a prácticas sanadoras o rituales religiosos, por lo que el consumo debía estar restringido.

A mediados del siglo XIX, el descubrimiento de la jeringuilla hipodérmica hizo posible la administración directa de todo tipo de sustancias al torrente circulatorio, lo que unido a los grandes avances de la química, permitió depurar la obtención y elaboración de todo tipo de psicótopos, dando lugar a la aparición, ya en el siglo XX, de los grandes problemas relacionados con su consumo masivo en amplios grupos de la población adolescente.

Durante la última mitad del siglo XX, si bien las principales sustancias objeto de abuso y dependencia, eran el alcohol y la nicotina, múltiples factores de tipo sanitario, mediático, económico y legal provocaron que la atención y preocupación social se centrara, principalmente, en sustancias psicoactivas de consumo ilegal y de administración preferentemente endovenosa, muy ligadas a marginalización, delincuencia y enfermedades infecciosas, por lo que se descuidaron los habituales peligro de consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y derivados del cannabis.

Kramer y Camerón redactaron para la OMS (Organización Mundial de la Salud) en 1975 el Manual sobre dependencia de las drogas. Dicho manual da la siguiente definición de **droga**: “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o más funciones de este”. Durante el periodo 1972-1985 la OMS con sus comités de expertos, con Griffith Edwards a la

cabeza, tiene un cambio del modelo clásico de habituación y adicción, al modelo basado en la dependencia. Por otro lado, los criterios de Frighner et al. (1972) y los RDC (Research Diagnostic Criteria) de Spitzer et. al., han servido para las clasificaciones DSM. Tras la DSM-I (editada en 1952, tras la ICE-6) y la DSM-II (1968) editadas por la American Psychiatric Association (APA), la DSM-III (1980) reconoce en ella los trastornos mentales orgánicos provocados por sustancias tóxicas, como una parte del capítulo dedicado a trastornos mentales orgánicos. Hay que esperar a la DSM-III-R (1987) en las que se recogen cambios fundamentales en el capítulo de trastornos por uso de sustancias. La OMS editó la CIE-9 (1977), y fue modificada por la CIE-10 (1992), también fue novedosa en el capítulo de trastornos debidos al consumo de psicótopos.

A pesar de las constantes prohibiciones por parte de los gobiernos, el juego de azar ha seguido adelante a través de los siglos. Con todo ello no es de extrañar que la ludopatía sea algo tan antiguo como el juego de azar mismo, aunque su reconocimiento como problema médico no se produce hasta bien entrado el siglo XX. En 1945 Fenichel creó el concepto de “adicción sin necesidad de drogas”.

Los problemas de los juegos de azar no han sido objeto de estudio por parte de la Psiquiatría hasta épocas recientes. Una de las primeras referencias se remonta a poco más de cien años, cuando Kraepelin describió la “manía del juego”, reconocida después por Bleuler en su Manual de Psiquiatría: desde principios de siglo XX el interés por el juego patológico fue en aumento, y autores de distintas escuelas empezaron apuntar su posible naturaleza enfermiza en algunos sujetos que jugaban en exceso. Sin embargo, el reconocimiento de la ludopatía como entidad nosológica propia tuvo que esperar hasta 1980, cuando la American Psychiatric Association (APA) la introdujo bajo la denominación de “Juego Patológico” en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales DSM-III.

En la actualidad, junto con el consumo de sustancias destacan las adicciones comportamentales, sin sustancia, como resultado de nuestra sociedad tecnológica, como la adicción a Internet, al juego de azar, al teléfono móvil, a las líneas eróticas, al sexo, a las compras, y a un amplio etc., de conductas que pueden llegar a ser adictivas.

15.1.2.- Epidemiología

<http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas.htm>

Según encuesta **ESTUDES** 2016/2017, sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España, estudiantes de 14-18 años, del Plan Nacional Sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, Consumo y bienestar Social.

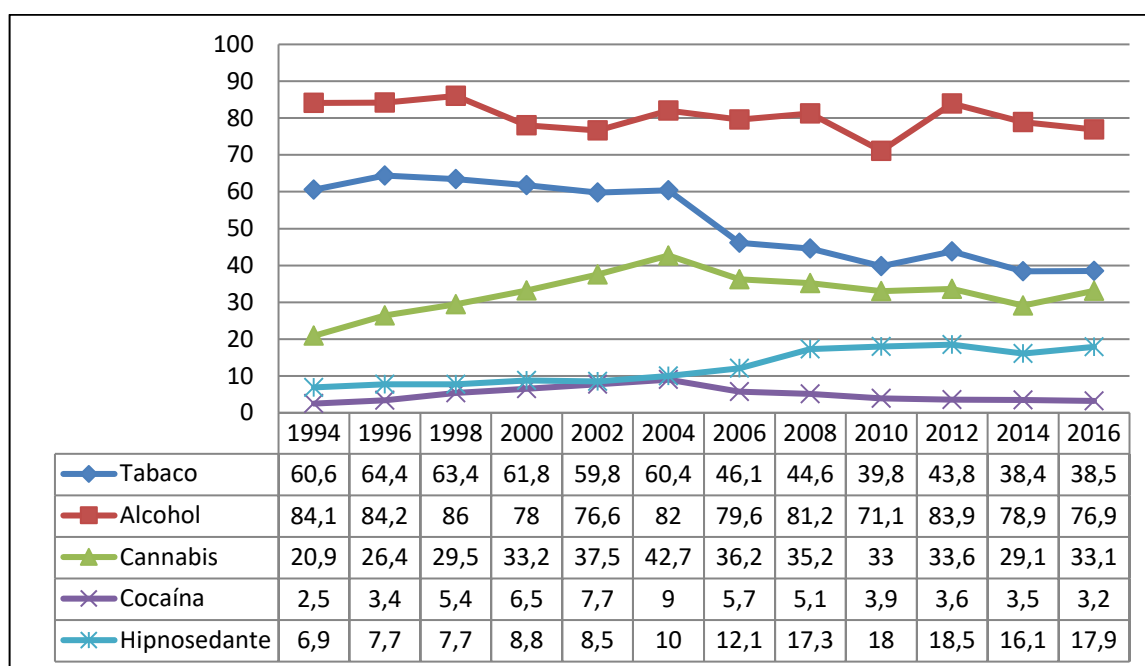
- **Prevalencia de consumo (%) en últimos 12 meses:** las drogas consumidas por un mayor porcentaje de estudiantes son el alcohol (75.6%), el tabaco (34.7%) y el cannabis (26.3%). Disminuye el consumo de alcohol, alucinógenos y cocaína. Aumenta el consumo de tabaco, cannabis e hipnosedantes. Los escolares presentan conductas de policonsumo. El patrón de consumo de alcohol es intermitente, en forma de atracones, concentrado en sesiones de pocas horas, asociado principalmente a las noches de fin de semana y que se realiza en grupos de iguales (binge drinking o heavy episodic drinking).
- **Prevalencia de consumo por sexo:** el consumo de drogas ilegales está más extendido entre los hombres que entre las mujeres. El consumo de drogas legales como tabaco, alcohol o hipnosedantes está más extendido entre las mujeres.
- **Edad media de inicio** de las diferentes drogas se mantiene estable con respecto a ediciones anteriores. Inicio consumo de tabaco, alcohol a los 14 años.
- Prevalencia de consumo de **sustancias estimulantes** para mejorar el rendimiento en los estudios, alguna vez en la vida, es del 27.2%.

- **Riesgo percibido:** el alcohol es la sustancia que se percibe como menos peligrosa; persiste, desde el 2010, la consideración del tabaco como más peligroso que el cannabis; ha disminuido la percepción de riesgo del consumo de hipnosedantes y alcohol; mayor riesgo percibido por mujeres que por hombres para todas las sustancias.
- Prevalencia de **uso compulsivo de internet** entre todos los estudiantes de 14-18 años del 21%, mujeres 23.8% y varones 18.3%. El uso de internet, entre estudiantes de 14-18 años, tiene una prevalencia: whatsapp del 99.6%; ver/escuchar/descargar música, películas, series, etc., del 98.5%; usar redes sociales 97.9%.
- Prevalencia **jugar dinero** en Internet, en todos los estudiantes de 14-18 años, en el último año 6.4%, mujeres 2.5 % y varones 10.2%. Prevalencia fuera de Internet 13.6%, mujeres 5.4% y varones 21.6%.

La prevalencia es mayor en núcleos urbanos, especialmente barrios pobres, y en zonas con mayor oferta de juegos de azar, especialmente aquellos con mayor capacidad adictiva.

El tipo de juego objeto de la ludopatía varía según la oferta social, siendo aquellos con un intervalo menor entre la apuesta y el premio los que tienen mayor capacidad adictiva. En este sentido destacan las máquinas “tragaperras”. También problemáticos los bingos y casinos. Otro tipo de juego caracterizado por la inmediatez de los resultados y que es un serio problema, son los juegos “online”, que va desde juegos de casino, juegos de máquinas, y apuestas deportivas. Las quinielas, loterías tienen menor poder adictivo.

Ilustración 15-1: Evolución de prevalencia de consumo alguna vez en la vida



15.2.- Definición y diagnóstico

15.2.1.- Definición

https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf.

Abuso (abuse) (drogas, alcohol, sustancias, sustancias químicas o sustancias psicoactivas). En el DSM-III-R1, el “abuso de sustancias psicoactivas” se define como “un modelo desadaptativo de uso de una sustancia psicoactiva caracterizado por un consumo continuado, a

pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el consumo o consumo recurrente en situaciones en las que es físicamente peligroso". Se trata de una categoría residual, siendo de elección el término "dependencia" cuando proceda. El término "abuso" se utiliza a veces con desaprobación para referirse a cualquier tipo de consumo, particularmente, de drogas ilegales. Debido a su ambigüedad, este término no está recogido en el CIE-10; las expresiones "consumo perjudicial" y "consumo de riesgo" ("hazardous use") son equivalentes en la terminología de la OMS, si bien normalmente hacen referencia sólo a los efectos sobre la salud y no a las consecuencias sociales. La *Office of Substance Abuse Prevention* de Estados Unidos también desaconseja el empleo del término "abuso".

Adicción, a las drogas o alcohol (addiction, drug or alcohol). Consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio.

Por lo general, hay una **tolerancia** acusada y un **síndrome de abstinencia** que ocurre frecuentemente cuando se interrumpe el consumo. La vida del adicto está dominada por el consumo de la sustancia, hasta llegar a excluir prácticamente todas las demás actividades y responsabilidades. El término adicción conlleva también el sentido de que el consumo de la sustancia tiene un efecto perjudicial para la sociedad y para la persona. La adicción no figura entre los términos diagnósticos de la CIE-10.

Dependencia (dependence) (F1x.2). En sentido general, estado de necesitar o depender de algo o de alguien, ya sea como apoyo, para funcionar o para sobrevivir. Necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal. En el DSM-III-R, la dependencia se define como un grupo de síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento que indican que una persona presenta un deterioro del control sobre el consumo de la sustancia psicoactiva y que sigue consumiéndola a pesar de las consecuencias adversas.

Si no se especifica, la dependencia se refiere tanto a los elementos físicos como a los psicológicos. La dependencia psicológica o psíquica se aplica al **deterioro del control** sobre la bebida o sobre el consumo de la sustancia (**ansia "craving", compulsión**), mientras que la dependencia fisiológica o física se refiere a la **tolerancia** y los síntomas de **abstinencia (neuroadaptación)**.

Droga (drug) . Término de uso variado. En medicina se refiere a toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental y en farmacología como toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos. De ahí que una droga sea una sustancia que está o pueda estar incluida en la Farmacopea. En el lenguaje coloquial, el término suele referirse concretamente a las sustancias psicoactivas y, a menudo, de forma aún más concreta, a las drogas ilegales.

Impulso irresistible de beber (craving) Deseo muy fuerte de consumir una sustancia psicoactiva o de experimentar los efectos derivados de su intoxicación.

Intoxicación (intoxication) Estado posterior a la administración de una sustancia psicoactiva, que causa alteraciones en el nivel de conciencia, en lo cognitivo, en la percepción, en el juicio, en la afectividad o en el comportamiento, o en otras funciones psicofisiológicas. Las alteraciones están relacionadas con los efectos farmacológicos agudos de la sustancia y con las respuestas aprendidas a dicha sustancia, y desaparecen con el tiempo; la recuperación es completa, salvo cuando se han producido lesiones tisulares u otras complicaciones.

La intoxicación depende en gran medida del tipo y la dosis de la droga y en ella influyen el grado de tolerancia de la persona y otros factores. La manifestación en la conducta de un grado de

intoxicación determinado depende mucho de las expectativas culturales y personales relacionadas con los efectos de la droga.

Neuroadaptación (Neuroadaptation) Alteraciones neuronales asociadas a la tolerancia y a la aparición de un síndrome de abstinencia.

Síndrome de abstinencia (withdrawal syndrome) (F1x.3) Conjunto de síntomas con grado de intensidad y agrupamiento variable que aparecen al suspender o reducir el consumo de una sustancia psicoactiva que se ha consumido de forma repetida, habitualmente durante un período prolongado y/o en dosis altas. El síndrome puede acompañarse de signos de trastorno fisiológico.

Es uno de los indicadores del síndrome de dependencia. Es también la característica que determina el significado psicofarmacológico más estricto de dependencia.

Síndrome de dependencia (dependence syndrome) (F1x.2) Conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiológicos que pueden desarrollarse tras el consumo repetido de una sustancia. Normalmente, estos fenómenos comprenden: un poderoso deseo de tomar droga, el deterioro del control de su consumo, el consumo persistente a pesar de las consecuencias perjudiciales, la asignación de mayor prioridad al consumo de la droga que a otras actividades y obligaciones, un aumento de la tolerancia y una reacción de abstinencia física cuando se deja de consumir la droga. Conforme al CIE- 10, debe diagnosticarse un síndrome de dependencia si se han experimentado tres o más criterios especificadores en el plazo de un año.

Sustancia o droga psicoactiva (psychoactive drug or substance). Sustancia que, cuando se ingiere, afecta a los procesos mentales, p. ej., a la cognición o la afectividad. Este término y su equivalente, sustancia psicotrópica, son las expresiones más neutras y descriptivas para referirse a todo el grupo de sustancias, legales e ilegales, de interés para la política en materia de drogas. "Psicoactivo" no implica necesariamente que produzca dependencia sin embargo en el lenguaje corriente, esta característica está implícita, en las expresiones "consumo de drogas" o "abuso de sustancias".

Tolerancia (tolerance) Disminución de la respuesta a una dosis concreta de una droga o un medicamento que se produce con el uso continuado. Se necesitan dosis más altas de alcohol o de otras sustancias para conseguir los efectos que se obtenían al principio con dosis más bajas. Los factores fisiológicos y psicosociales pueden contribuir al desarrollo de tolerancia, que puede ser física, psicológica o conductual. La tolerancia es uno de los criterios del síndrome de dependencia.

El juego, que es una actividad normal para la mayoría de las personas, se convierte en el caso de los jugadores patológicos en una conducta que no es capaz de controlar. La OMS (CIE-10, 1992), la define como: 1. Tres o más periodos de juego durante de al menos 1 año; 2. Continuación de estos periodos a pesar del malestar emocional y la interferencia con el funcionamiento personal en la vida diaria; 3. Incapacidad para controlar las urgencias para jugar, combinado con una incapacidad de parar; 4. Preocupación por el juego o las circunstancias que lo rodean.

15.2.2.- Diagnóstico

El diagnóstico del paciente adictivo se realiza a partir de la correcta evaluación del paciente y mediante la aplicación de los criterios diagnósticos específicos de uno de los grandes sistemas diagnósticos utilizados en psiquiatría, la undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) o la quinta edición del Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5).

Es muy importante la identificación de la sustancia psicoactiva y debe hacerse con todas las fuentes de información posible. Esto incluye la información que aporta el propio paciente, análisis de sangre y de fluidos corporales, características físicas y síntomas psicológicos, signos clínicos

y comportamiento, y otros datos como la posesión de sustancias del paciente o información aportada por terceras personas. Muchos adictos consumen más de una sustancia. Cuando sea posible, el diagnóstico principal debe realizarse de acuerdo con la sustancia o tipo de sustancia que haya causado o haya contribuido más al síndrome clínico que presenta el paciente.

Según DSM-5 el TRASTORNO RELACIONADO CON SUSTANCIAS Y TRASTORNOS ADICTIVOS. INCLUYE:

A.- Los Trastornos relacionados con sustancia, engloban 10 sustancias: el alcohol, la cafeína, el cannabis, los alucinógenos (fenciclidina y otros alucinógenos), los inhalantes, los opiáceos, los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, los estimulantes (anfetamínicos, cocaína y otros), el tabaco, y otras sustancias.

1. **Trastornos por consumo de sustancias**, el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias se basa en un patrón patológico de comportamientos relacionados con el consumo de sustancias: con un control deficitario sobre el consumo; un deterioro social; un consumo de riesgo; con criterios farmacológicos de tolerancia y síndrome de Abstinencia.

Especificadores de gravedad

Especificadores de curso

2. **Trastornos inducidos por sustancias:**

Intoxicación por sustancia X.

Abstinencia de sustancia X.

Trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos (trastornos psicóticos, trastornos bipolar y trastornos relacionados, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados, trastornos del sueño, disfunción sexual, síndrome confusional y trastornos neurodegenerativos).

B.- Trastorno no relacionados con sustancias. Juego patológico o juego problemático persistente y recurrente, que provoca deterioro o malestar clínicamente significativo y se manifiesta porque el individuo presenta cuatro (o más) de los criterios durante un período de 12 meses: necesidad de apostar cantidades de dinero cada vez mayores para conseguir la excitación deseada; está nervioso o irritado cuando intenta reducir o abandonar el juego; ha hecho esfuerzos repetidos para controlar, reducir o abandonar el juego; a menudo tiene la mente ocupada en las apuestas; a menudo apuesta cuando siente desasosiego; después de perder dinero en las apuestas, suele volver otro día para intentar ganar ("recuperar" las pérdidas); miente para ocultar su grado de implicación en el juego; ha puesto en peligro o ha perdido una relación importante, un empleo o una carrera académica o profesional a causa del juego; cuenta con los demás para que le den dinero para aliviar su situación financiera desesperada provocada por el juego.

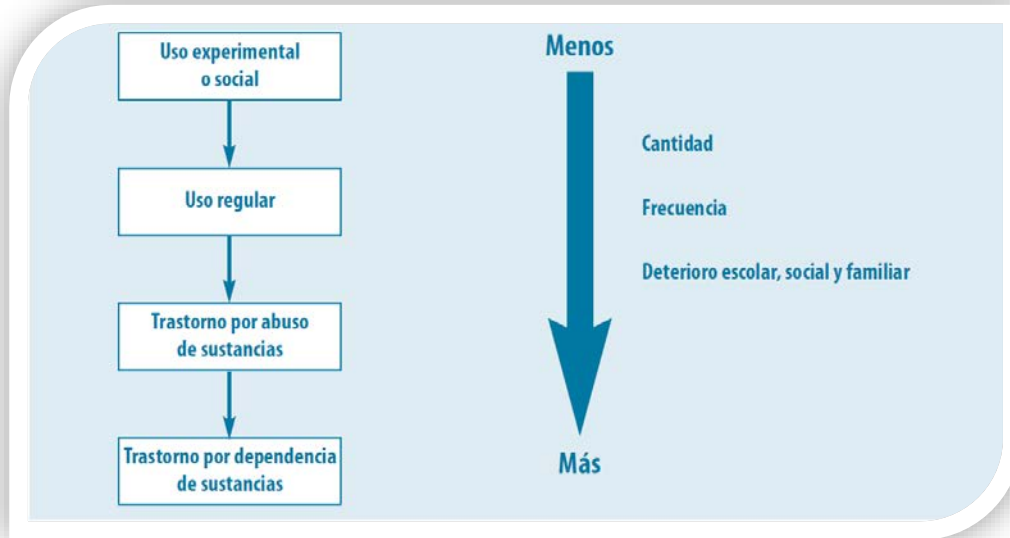
Especificadores de curso

Especificadores de gravedad

Se puede describir el juego como un continuo, con niveles y estadios que reflejan el grado de implicación en el juego. En este sentido, se utilizan diferentes términos para clasificar las personas en función de sus patrones de juego: juego problemático (puntuación de 1 a 3), leve ($5 \geq 4 \leq 5$), moderado ($5 \geq 6 \leq 7$) o grave ($5 \geq 8 \leq 9$).

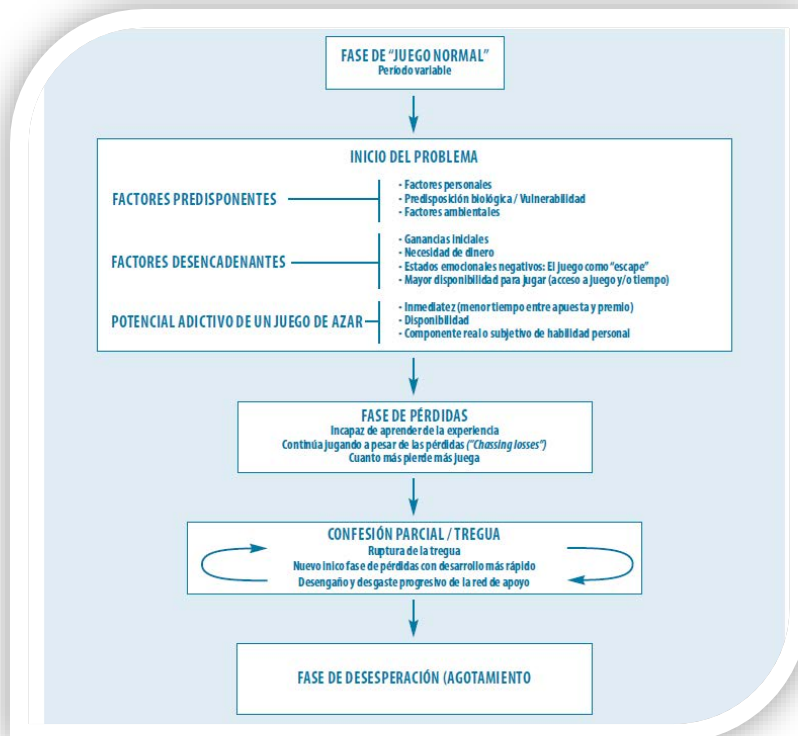
PROGRESIÓN EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN LOS ADOLESCENTES

Ilustración 15-2. Progresión en el consumo



Historia natural de desarrollo del juego patológico

Ilustración 15-3: Historia natural de desarrollo del juego patológico



Pocas veces los jóvenes cumplen estrictamente los criterios de las clasificaciones actuales (DSM-5 y CIE-11). El uso de sustancias y ciertas conductas es un ejemplo de comportamiento de riesgo y además el riesgo de problemas empiezan antes del abuso y dependencia. Estas conductas se practican con relativa frecuencia, a edades cada vez más tempranas. Probablemente sería más útil realizar diagnósticos de problemas en un continuum dimensional, desde el uso experimental (bien ocasional o habitual), hacia el abuso y, finalmente la dependencia.

SIGNOS PRECOCES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ADOLESCENTES. Se debe sospechar que puede existir un consumo de sustancias, en el adolescente, cuando observamos: cambios en el aspecto físico; cambios en el estado de ánimo y forma de ser; cambios en el desempeño laboral o escolar; cambios en las relaciones con la familia; cambios de las relaciones sociales; cambios en sus pertenencias personales; cambios en las rutinas diarias.

15.3.- Etiopatogenia y bases neurobiológicas

15.3.1.- Etiopatogenia

<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Factores%20CAPV.pdf>

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content->

<Disposition&blobheadervalue1=filename%3DCaracter%3%ADsticas+psicopat%C3%B3logicas+...Agencia+Antidroga.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271808393360&ssbinary=true>

En este apartado se pretende ofrecer una visión general de los modelos explicativos de las drogodependencias, remitiendo al lector interesado a profundizar en este campo al texto de Graña y García (1994).

En principio se han desarrollado numerosos modelos explicativos referidos a la adicción a drogas. Una revisión realizada por Lettiere, Sayers (1980) identificó más de cuarenta perspectivas teóricas que trataban de explicar los problemas y las conductas adictivas. La mayoría de los modelos eran parciales, es decir, se centraban en un solo aspecto para explicar la problemática del consumo, así como para el desarrollo de programas para evitarla o retrasarla. Aunque esto pasaba en las primeras teorías, en la actualidad proliferan los marcos conceptuales amplios y complejos que integran una gran variedad de componentes. Otra revisión se refería a teorías que presentan una mayor integración de factores, señalando 14 modelos como los más relevantes para la comprensión del fenómeno de las drogas y acreedores de un elevado apoyo empírico. Estos enfoques oscilan desde una perspectiva biológica a una espiritual y desde lo intrapersonal hasta lo sociocultural (Petraitis, Flay y Miller, 1995). En cualquier caso, el paradigma biológico ha sido, junto al modelo moral, la principal fuente de explicación hasta los años ochenta. El último está desechado por su clara incapacidad explicativa, perdurando el biológico debido al continuo desarrollo de las neurociencias.

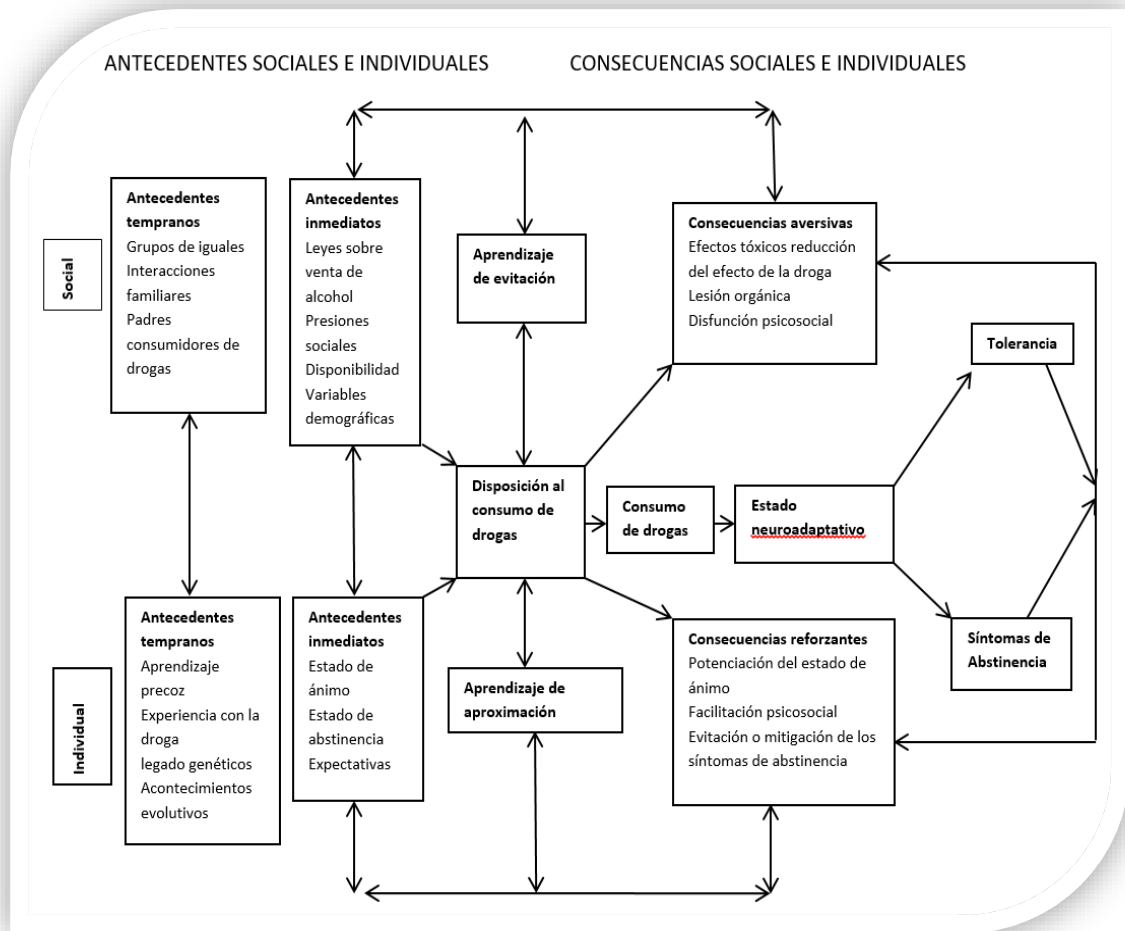
Una revisión (Becoña, 1999) presenta una interesante clasificación de las teorías explicativas de las drogodependencias. Se distinguen entre las llamadas teorías parciales (basadas en pocos componentes), teorías de estadios y evolutivas y, finalmente, teorías integrativas y comprensivas. Obviamente, las teorías integrativas van a ser las de mayor importancia. Los principales enfoques dentro de cada uno de estos paradigmas:

- Teorías parciales: Teorías biológicas; Modelos de salud pública; Teorías del aprendizaje; Teorías actitudinales; Teorías basadas en causas interpersonales y Teorías basadas en la familia y el enfoque sistémico.
- Teorías de estados y evolutivas: Modelo evolutivo de Kandel; Modelo de etapas-motivaciones y multicomponentes de Werch y DiClemente; Modelo del proceso de reafirmación de Kim; Teoría del desarrollo precoz de Newcomb; Modelo psicopatológico de desarrollo de Chatlos y teoría de la socialización primaria de Oetting.

- Teorías integrativas y comprensivas: Teoría del aprendizaje social de Bandura; Modelo de desarrollo social de Catalano; Teoría interaccional de Thrberry; Teoría de la conducta problema de Jessor; Modelo de estilos de vida de Calafat; Teoría de la influencia triádica de Flay y modelo de autocontrol de Santacreu.

De entre todos los modelos, el más frecuentemente utilizado y que reviste mayor importancia en el campo clínico para el trabajo con personas que padecen problemas de abusos y/o drogadicción es el representado por la teoría del aprendizaje cognitivo-social de Bandura (según Sánchez-Hervás, Molina, del Olmo, Tomás y Morales, 2002).

Ilustración 15-4: Modelo esquemático de la dependencia y el consumo de drogas de la OMS. (De Edwards G.)



La comunidad científica ha aceptado la necesidad de entender el consumo de drogas como el resultado de un campo de fuerzas bio-psico-socio-culturales, ya que existe una sustancia, un sujeto y un contexto donde se desarrolla la conducta de consumo.

Varias teorías han dado gran relevancia a los factores de riesgo y de protección a la hora de predecir la aparición y el desarrollo de la conducta problema. Pero, sin duda, todas ellas coinciden en señalar la adolescencia como un momento clave en la adquisición de tales conductas, ya que una serie de cambios cognitivos, personales y psicossociales los hacen más vulnerables a las conductas problemáticas.

En el estudio de factores de riesgo y de protección se habla de probabilidad y no de causalidad por lo que cualquier explicación derivada de la identificación de variables que actúan sobre el sujeto establecerá una asociación o relación entre las mismas, no pudiendo afirmar la existencia de una relación de causa-efecto entre variables y conducta.

Tabla 15-1: Factores de riesgo y de protección en el desarrollo de TUS

	Factores de riesgo	Factores protectores
INDIVIDUALES	<p>Antecedentes familiares de alcoholismo, otras adicciones y otras psicopatologías.</p> <p>Rasgos de temperamento y personalidad vulnerables (hiperactividad, impulsividad, timidez, irritabilidad, búsqueda de novedades, antinormatividad, etc.) o psicopatología (ansiedad, depresión, TDAH, etc.)</p> <p>Mayor sensibilidad a los efectos reforzadores del alcohol y/o otras sustancias, y mayor tolerancia a los efectos adversos.</p> <p>Exposición al alcohol/ otras sustancias durante el embarazo.</p>	<p>Actitudes negativas y expectativas realistas respecto al consumo de sustancias.</p> <p>Conocimientos sobre el alcohol/otras sustancias.</p> <p>Valores saludables y pensamiento prosocial (autoaceptación, expectativas de futuro positivas).</p> <p>Buen rendimiento intelectual.</p> <p>Buena gestión del tiempo de ocio (actitudes diversas y organizadas).</p> <p>Rasgos temperamentales/caracteriales que permiten el locus de control interno y la elaboración de estrategias de afrontamiento (emocionales y cognitiva)</p>
FAMILIARES	<p>Negligencia en los cuidados parentales, abusos físicos o psicológicos, falta de afecto, aceptación o validación.</p> <p>Acontecimientos vitales en la familia.</p> <p>Pautas educativas alteradas (falta de supervisión, cohesión y comunicación, exceso de disciplina o permisividad, refuerzos no consistentes, superprotección).</p> <p>Modelado de patrones de consumo abusivo y transmisión de actitudes favorables hacia el consumo.</p>	<p>Vínculos familiares positivos y apoyo emocional.</p> <p>Sistema familiar estructurado, normativo y coherente.</p> <p>Estabilidad y cohesión familiar.</p> <p>Núcleo familiar pequeño (menos de 4 hijos).</p> <p>Modelos de conducta positivos en la familia y rechazo de conductas de riesgo.</p> <p>Actividades de ocio familiares, rituales y celebraciones.</p> <p>Comunicación padres-hijos abierta y sincera.</p>
ESCOLARES	<p>Dificultades en las relaciones con compañeros y profesores (conducta disruptiva en clase, rechazo, acoso, etc.).</p> <p>Dificultades de aprendizaje y bajo rendimiento.</p> <p>Ausencia de vínculos significativos en la escuela.</p>	<p>Vínculos con la escuela, los compañeros y los maestros.</p> <p>Buena comunicación padres-escuela.</p> <p>Supervisión y refuerzos coherentes con las normas.</p> <p>Expectativas de los maestros claras y adaptadas a las capacidades del niño.</p>

SOCIO-CULTURALES	Situaciones de pobreza, desarraigo cultural o marginación social.	Vinculación a grupos o instituciones pro-sociales (religiosos, deportivos, culturales, voluntariado, etc.).
	Presión del grupo de amigos y de la publicidad hacia el consumo de alcohol y sustancias.	Relaciones positivas con adultos significativos: maestros, familiares, vecinos, etc.
	Contacto con grupos de riesgo.	Modelos adultos y amigos no consumidores de sustancias.
	Adolescencia prolongada (Inmadurez).	Normas sociales claras respecto a la abstinencia de alcohol/sustancias en ciertas ocasiones (p.ej., conducir).
	Costumbres culturales y modas.	Acceso a servicios comunitarios flexibles y adaptables a las necesidades de los usuarios, actividades de ocio en la comunidad alternativas al consumo de sustancias.
	Elevada disponibilidad de alcohol/otras sustancias.	

15.3.2.- Bases Neurobiológicas

En la mayoría de casos, el uso de drogas no desemboca en adicción o dependencia. El placer como tal forma parte de los momentos iniciales de consumo. Con la exposición crónica se desarrolla dependencia, con déficit cognitivos, emocionales y conductuales que la acompaña. Para que se desarrolle la adicción, con todas sus consecuencias deben confluír en un mismo individuo factores de vulnerabilidad previa al consumo y, quizás también una configuración especial de los mecanismos neurobiológicos que induce, con facilidad, los procesos neuroadaptativos y de plasticidad neuronal característicos de la adicción.

Estudios experimentales sobre roedores han puesto de manifiesto que la administración aguda de sustancias, provoca un incremento en la actividad del sistema dopaminérgico de la recompensa. Todas las sustancias adictivas tienen en común su capacidad de provocar un aumento de los niveles de dopamina, especialmente en una estructura denominada núcleo accumbens (NAc), ya sea de manera directa o indirecta.

Los estimulantes como la cocaína o la anfetamina, producen sus efectos actuando directamente sobre las neuronas dopaminérgicas en el NAc. Otras drogas, como los opiáceos producen su efecto adictivo de manera indirecta a través de receptores opiáceos que se encuentran distribuidos en el sistema mesolímbico. El cannabis, el alcohol, y la nicotina producen sus efectos reforzantes también a través de mecanismos no dopaminérgicos.

El sistema dopaminérgico de la recompensa está constituido por las vías, cuyo neurotransmisor es la dopamina, tienen su origen en el área tegmental ventral (ATV) y se proyectan sobre distintas regiones del sistema límbico (sistema mesolímbico).

Entre las estructuras del sistema límbico debemos destacar el núcleo accumbens (NAc), el núcleo de la recompensa por excelencia, la amígdala y regiones relacionadas y el hipocampo. Todas estas regiones son esenciales en el proceso adictivo.

Otra región crucial en la adicción es el córtex prefrontal (CPF), donde se proyectan aferencias que tienen su origen en el ATV y constituyen el sistema mesocortical (sistema mesocortical). Durante el consumo de sustancias adictivas, la hiperactividad dopaminérgica en estas regiones puede significar, en individuos vulnerables, el inicio del proceso adictivo.

Las sustancias adictivas se comportan de manera similar a las recompensas naturales (bebida, el sexo o las relaciones sexuales). Sin embargo existe una diferencia fundamental entre las recompensas naturales y las drogas de abuso. Las recompensas naturales producen un efecto de saciedad y un correlato neurobiológico en el sistema dopaminérgico, es decir, una vez satisfecho el deseo o la necesidad de consumo de las recompensas naturales, disminuye la liberación de dopamina. A diferencia de estas, las sustancias adictivas producen un aumento en la liberación de dopamina, este efecto se denomina sensibilización dopaminérgica, y se produce

sobre todo cuando se consumen de manera repetitiva e intermitente. Es esta capacidad de las drogas de “ursupar” los mecanismos de la recompensa “sin saciarlos”, produciendo en su lugar “sensibilización”, lo que hace que las drogas sean adictivas.

La adicción comienza como una conducta instrumental cuyo objetivo-obtención y consumo de la droga es estimulado por las cualidades hedónicas de la sustancia, con el aumento subsiguiente de la frecuencia de consumo. La dopamina mesolímbica es el neurotransmisor crucial en el aprendizaje apetitivo instrumental.

Durante el consumo crónico, los efectos placenteros de la droga van disminuyendo progresivamente principalmente debido a la tolerancia y a mecanismos de neuroadaptación. La dopamina durante el consumo crónico se produce una situación bifásica en la liberación de este neurotransmisor. Por una parte, en el momento de la ingesta existe una elevación de los niveles de dopamina extracelular, y por otra, al cesar el consumo, se manifiesta una disminución endógena de dopamina, esta se ha observado durante la abstinencia (ánimo disfórico), afecta al estriado ventral. Dicha hipofuncionalidad, durante la abstinencia se asocia a cambios neuroadaptativos del sistema de recompensa. El déficit en la actividad dopaminérgica durante el curso crónico podría contribuir a los fenómenos de hipersensibilidad dopaminérgicos descritos en animales de experimentación y podría ser la base de inicio de la adicción o de la recaída en el consumo.

El córtex prefrontal es el substrato neuronal que da soporte a la capacidad de organizar el pensamiento y la acción, de marcarnos objetivos y seguirlos. El CPF está conectado con la amígdala, el Nac, el estriado dorsal, el hipocampo, el hipotálamo. El CPF recibe proyecciones dopaminérgicas del ATV, igual que el NAc y la dopamina es uno de los neurotransmisores cruciales del proceso adictivo y su función se produce a través de dos tipos de receptores, D1 y D2. El desequilibrio de la función dopaminérgica prefrontal, con predominio de los receptores D1 sobre los D2 provoca una alteración en la capacidad de atribución de valor incentivo a los estímulos asociados a la droga. Los cambios del sistema dopaminérgico en el CPF son responsables de las alteraciones cognitivas propias de la adicción, como la falta de flexibilidad cognitiva y la dificultad para cambiar el foco de atención.

El sistema dopaminérgico mesolímbico, en especial las proyecciones que alcanzan la amígdala, ejercen un papel crucial en el condicionamiento de estímulos relacionados con el consumo. Los receptores D3 son fundamentales en la asociación de estímulos ambientales al consumo de drogas y en el control de la conducta de búsqueda de la droga, tanto en modelos animales de adicción como en pacientes adictos.

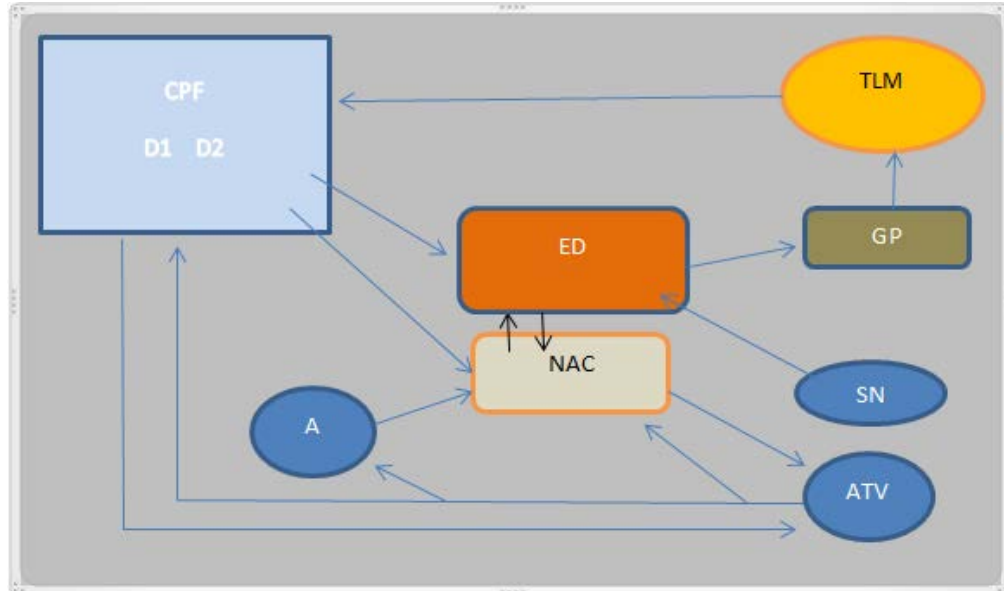
Con el tiempo, el consumo de droga acaba siendo una conducta controlada por mecanismos estímulo- respuesta y adquiere la forma de hábito compulsivo. En las fases avanzadas de desarrollo de la adicción, la implicación del estriado dorsal es crucial para la consolidación del proceso.

La implicación de extensas regiones cerebrales, entre las que destacan el ATV, la amígdala, el estriado ventral y dorsal y CPF, con cambios neuroadaptativos que incluyen procesos neurobiológicos de aprendizaje y memoria que afectan a estas estructuras, pueden ser responsables de la recaída crónica en el consumo y de la dificultad de desarrollo de tratamientos eficaces para el trastorno adictivo.

El proceso de formación de hábitos de conducta, con la puesta en marcha de los mecanismos que constituyen el sustrato neurobiológico del aprendizaje, es fundamental en todos los tipos de adicción. En las adicciones no químicas, como el juego patológico o compras compulsivas, en las cuales no existen los efectos dopaminérgicos adicionales que la sustancia genera, la activación de los mecanismos neurobiológicos propios del aprendizaje motivacional y del aprendizaje de hábitos debe desempeñar un papel fundamental en el control de la conducta del adicto. Además, los efectos profundos de este tipo de aprendizajes, que forman parte de los

mecanismos de memoria procedimental, contribuirían a explicar la resistencia a la extinción de las conductas adictivas.

Ilustración 15-5: Principales núcleos y sistemas cerebrales que participan en el trastorno adictivo.



SN: sustancia negra; A: amígdala; ED: estriado dorsal; GP: globo pálido; TLM: tálamo; CPF: Córtex prefrontal; D1: receptor D1; D2: receptor D2; NAc: núcleo accumbens; ATV: área tegmental ventral.

15.4.- Evaluación y pruebas complementarias

En cualquier adolescente que presente un cambio en su conducta, funciones cognitivas o estado de ánimo debe explorarse un posible consumo de sustancias. La obtención de la información puede ser difícil por la tendencia a la minimización y a la ocultación de información por temor a falta de confidencialidad o aparición de represalias a nivel familiar o con el terapeuta. Por esta razón es importante obtener información del entorno social (familiar, escuela).

15.4.1.- Evaluación clínica

La historia clínica es el instrumento clínico en el que se incluyen de forma sistematizada el conjunto de elementos que conforman una enfermedad o proceso morboso, a partir de los datos recogidos de la entrevista o evaluación clínica global del paciente en sus dimensiones biológica, psicológica y social.

Los objetivos de la historia clínica son los siguientes:

- Aproximación a la/s demanda/s del paciente, a la percepción e interpretación que hace de su problema, a la conciencia de enfermedad y a la/s motivación/nes para el cambio y a sus expectativas.
- Recogida de toda la información relativa al consumo y al proceso adictivo para el diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia a drogas.
- Valoración de la magnitud o gravedad de las complicaciones relacionadas con el consumo de drogas: salud física y psicológica; problemas escolares, familiares, legales, etc.
- Establecer una relación terapéutica inicial que facilite los encuentros posteriores.

La evaluación clínica constituye uno de los momentos más importantes en el abordaje del paciente adicto ya que supone el primer contacto y en la medida que este se desarrolle por cauces de

empatía, comprensión y colaboración condicionará el resto de las fases del tratamiento. La relación entre ambos suele crearse en los primeros minutos de la entrevista, y esta debe ser una “relación terapéutica de confianza”, de ahí la importancia del primer contacto.

La evaluación clínica debe incluir los siguientes apartados:

- **Identificación.** Variables sociodemográficas.
- **Situación actual.**
 - Prestar especial atención a las circunstancias personales o ambientales que propician la demanda de tratamiento o motivo de consulta. Si profundizamos existen problemas económicos, judiciales, familiares, etc., que explican la demanda.
 - Estado de intoxicación o abstinencia de la que depende el grado de fiabilidad de la entrevista.
 - Disposición actual al cambio nos da idea de la realidad de la relación del paciente con su enfermedad adictiva, la conciencia de enfermedad, los planes para abandonar el consumo de drogas, las barreras para el tratamiento y la abstinencia, las expectativas y preferencias acerca del tratamiento futuros y los intentos previos. Podremos establecer el estadio en el que se encuentra el paciente según modelo de Prochaska y Di Clemente.
 - Consumo en los 30 días previos a la consulta. Preguntaremos por la droga principal de demanda. Las drogas acompañantes de la principal y en qué contexto se produce el consumo. Si se consumen mezcladas al mismo tiempo, si sustituyen a la principal en caso de ausencia, etc., así como las motivaciones para el consumo y los efectos deseados. La frecuencia de consumo y dosis (micras, cuartos, gramos) o dinero gastado. Explorar la vía de administración. El patrón de consumo nos da información sobre las circunstancias del consumidor y del ambiente en el momento del uso de la droga, si es en solitario o acompañado, en su domicilio o en público, si es una conducta habitual o relacionada con determinadas actividades o momentos como el fin de semana, sexo, etc. Explorar factores precipitantes como estado de ánimo (euforia/depresión), conflictos y problemas, estrés, molestias físicas o simplemente disponibilidad económica. Forma de obtener el dinero para la droga. Tiempo de consumo problemático pues da idea del momento que el consumo supero la capacidad del sujeto para hacerlo voluntario. Presencia de tolerancia y dependencia, y síntomas de abstinencia. Valoraremos las consecuencias asociadas al consumo: funcionamiento cognitivo, conductual, social y fisiológico.
 - Presencia de comorbilidad física y psíquica. Es transcendental investigar la existencia de conductas de riesgo para enfermedades transmisibles, para introducir medidas encaminadas a reducción de daños.
 - Problemas socio- sanitarios. Profundizaremos en la composición familiar, el tipo y características de los vínculos, así como la presencia de conflictividad e inestabilidad en este ámbito. El grado relación/comunicación del paciente con el resto de la familia y los que serían más proclives al apoyo e implicación en el tratamiento. Incluiremos las repercusiones escolares del consumo de drogas y si existen problemas legales.
 - Funcionamiento global del paciente valorando el impacto del consumo y de las complicaciones asociadas en las actividades de la vida diaria del sujeto.

- **Historia adictiva y de salud**
 - Historia toxicológica- clínica. Se inicia con los hábitos tóxicos previos: tabaco y alcohol, para ir detallando las drogas consumidas, su edad de inicio, personas mediadoras en los primeros contactos, efectos subjetivos, tiempo de consumo, períodos de máximo o mínimo consumo, motivo del cambio o “salto” de unas drogas a otras, presencia de intoxicaciones o sobredosis, periodos de abstinencia y factores relacionados, recaídas y causas que las propician. Repercusiones físicas, psicológicas y familiares- sociales asociadas.
 - Tratamientos previos lugar, fármacos y terapias realizadas.
 - Antecedentes personales, los principales acontecimientos desde la gestación.
 - Antecedentes familiares de problemas relacionados con el consumo de drogas y trastornos somáticos y psiquiátricos.
- **Entrevista a informantes externos.** Se caracteriza por la recogida de información, siempre con permiso del paciente y con el principio de confidencialidad como norma, de personas próximas al núcleo de convivencia del paciente.
- **Evaluaciones complementarias.** Conjunto de pruebas complementarias que complementan la entrevista clínica, y deberían ser las siguientes: hemograma, bioquímica completa, VSG, proteinograma, estudio de coagulación, serología luética, Mantoux, test de embarazo, ECG y control de tóxicos en orina.
- **Diagnóstico clinimétrico.** Conjunto de instrumentos que facilitan la evaluación en diferentes áreas y ayudan al diagnóstico.
- **Diagnóstico.**
- **Plan de tratamiento.** La realidad clínicotoxicológica, física, psicológica y social nos orientará en el plan de tratamiento que deberá responder a todas y cada una de las necesidades/ problemas detectados. Es importante tener en cuenta el nivel de compromiso del paciente y su conciencia de enfermedad. La negociación con el paciente es una buena herramienta terapéutica a la hora de establecer los objetivos, a veces objetivos parciales con reducción de daños, dado la pobre motivación existente en el paciente.

15.4.2.- Pruebas complementarias

15.4.2.1.- INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Pueden encontrarse instrumentos para adolescentes en webs como la National Institute on Drug Abuse (NIDA, www.drugabuse.gov/nidamedmedical-health-professionals), o la del banco del Instrumentos del European Monitoring Center for Drugs and Addiction (EMCDDA, www.emcdda.europa.eu/eib), donde se puede encontrar herramientas en castellano.

Mientras las herramientas para la atención a los adultos han avanzado en las últimas décadas, el trabajo con adolescentes ha estado desprovisto de instrumentos de evaluación evolutivamente apropiados hasta años muy recientes.

Para poder realizar un diagnóstico precoz deben llevarse a cabo los siguientes pasos:

1.- Cribado Breve en población general Prevención primaria. Detección casos de riesgo:

- **CRAFFT** (Car, Relax, Alone, forget, Family/Friends, Trouble). Pérez A. y Scoppeta O. El CRAFFT/CARLOS como instrumento para la identificación temprana de consumo de

alcohol y otras sustancias psicoactivas. Una adaptación al español. Rev Col Psic 2011; 20(2):265-74. Informador adolescente. Cuestionario autoadministrado similar al CAGE. Dos o más respuestas afirmativas sugieren la probable presencia de un problema relacionado con uso de sustancias. **C** ¿Has viajado en un coche conducido por alguien (incluido tú) que estaba bajo los efectos de alguna sustancia? **R** ¿Has usado alguna vez alcohol o drogas para relajarte o sentirte mejor contigo? **A** ¿Has consumido alcohol u otra droga estando solo? **F** ¿Alguna vez no has recordado cosas que hiciste mientras estabas bajo los efectos del alcohol u otra droga? **F** ¿Alguna vez te ha dicho tu familia o tus amigos que debes reducir el consumo de alcohol o cualquier otra droga? **T** ¿Has tenido algún problema mientras estabas bajo los efectos del alcohol u otra droga? Se está validando.

UBS según OMS: 330 ml de cerveza al 5%, 140ml vino del 12%,90 ml de vino fortificado al 18%, 70 ml de licor o aperitivo al 25% y 40 ml al 40% de bebida espirituosa. UBS contiene 13 gr de alcohol puro (OMS).

Patrón consumo de riesgo, mujeres de 20 a 40 gr, varones de 40 a 60 gramos/día, consumo perjudicial, mujeres más de 40 gr y varones de 60 gr día.

15	
16	Graduación x Cantidad ingerida x 0,80 en cc o en ml
17	Gramos alcohol puro ingerido= $\frac{\quad}{100}$
18	100
19	
20	

- **ADIS** (Adolescent Drug Involment Scale). Morberg and Hahn, 1991. The Adolescent Drug Involvement Scale. J Adolesc Chem Depend 1991; 2(1):75-88. Cuestionario adaptado del AAIS (Adolescent Alcohol Involvement Scale) (Mayer y Filstead, 1979). Informador: adolescente
- **CPQ-A-S** (Cannabis Problems Questionnaire in Adolescents). Fernandez- Artemendi S. et al., 2012. Spanish adaptation and validation of the Adolescent Cannabis Problem Questionnaire. Adicciones 2012;24(1):41-9. Papeles del psicólogo, 2016;37(1),52-61. Accesible <http://www.papelesdelpsicologo.es>. Informador: adolescente, cuestionario autoadministrado.

2.- Evaluación Exhaustiva de consumo. Casos con necesidad de intervención

- **Teen-ASI** (Teen-Addiction Severity Index). Kaminer et al., 1991, validado Diaz et al., 2008. Clinical and rearch utility of Spanish Teen-Addiction Severity Index. Addict Behav 2008,33(1):188-95. Informador: adolescente y/o familiar, entrevista semiestructurada
- **POSIT** (Problema Oriented Screening Instrument for Teenagers). Mariño MC et al. Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por el uso de sustancias. Salud Mental 1998;21(1):27-36. Informador: adolescente, cuestionario autoadministrado. Incluye distintos dominios relacionados con el consumo de sustancias, la salud física y psicológica, las relaciones sociales, habilidades, conducta problemática y situación educativa y laboral.
- **Euro- ADAD** (Euro-Adolescent Drug Abuse Diagnosis). Accesible en: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index9748EN.html>.

3.- Evaluación de trastornos psiquiátricos concurrentes

- **K-SADS** (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for Children). Ulloa R. et al. Estudio de fiabilidad interevaluadores de la versión en español de la entrevista K-SADS-

PL. Actas de Psiquiatr 2006;34(1):36-40. Informador: adolescente, entrevista semiestructurada.

- Estudio de las consecuencias neuropsicológicas del uso y abuso de sustancias y su papel mediador en los posibles resultados del tratamiento. El consumo de sustancias tiene consecuencias negativas sobre las funciones ejecutivas: capacidades de memoria a corto y a largo plazo, velocidad de procesamiento, memoria visoespacial, aprendizaje, planificación, atención...).

4.- Factores de riesgo y protección

- **FRIDA** (Factores de Riesgo Interpersonales para el consumo de Drogas en Adolescentes). Secades R. et al. Cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas (FRIDA). Madrid: TEA Ediciones; 2006.
- Evaluación de la impulsividad ya que constituye una causa y una consecuencia del consumo. La evaluación en la edad infantil es útil, ya que permiten predecir el posterior desarrollo de trastornos por uso de sustancias, así como la edad de aparición de los mismos. Así mismo, su evaluación es conveniente en la clínica, ya que es un constructo altamente asociado a la capacidad de los pacientes para conseguir y mantener la abstinencia tras el tratamiento. Tareas conductuales como el **Delay Discounting** o descuento por demora, permite evaluar de forma indirecta la preferencia del consumidor por reforzadores inmediatos frente a reforzadores demorados, es un predictor del éxito del tratamiento. La **Escala de Impulsividad de Barrat**, versión adolescente (BIS-11-A; Martínez- Loredó et al., 2015)) o la subescala de impulsividad y Búsqueda de Sensaciones (ImpSS) perteneciente al Cuestionario de Personalidad de Zuckerman- kuhlman (ZKPQ-III, Gutiérrez- Zotes et al., 2001)). Permiten evaluar el carácter impulsivo y la toma de decisiones, que pueden ser determinantes para comprender los hábitos y patrones de consumo.

15.4.3.- Muestras biológicas en toxicología

La sangre y la orina han sido a lo largo del tiempo las muestras biológicas más utilizadas para el análisis toxicológico. En las últimas décadas se han empezado a utilizar las muestras alternativas.

Importante conocer los tiempos de aparición y desaparición de las drogas de las diferentes muestras biológicas sobre todo de aquellas de gran utilidad en toxicología clínica y forense.

La interpretación de los resultados es un factor determinante en relación con los posibles efectos farmacológicos y la necesidad de conocer si ha habido un uso reciente de droga (horas), una exposición a corto plazo (días) o a largo plazo (semanas), sin olvidar en algunos casos la validez médico-legal del análisis cuando esta es importante.

Tabla 15-2: Muestras y detección de drogas

Matriz	Aparición	Desaparición
Plasma	1-2 horas	Menos 24 horas
Saliva	1-2 horas	24-36 horas
Orina	2-4 horas	2-6 días
Sudor	2-4 horas	3-6 días
Pelo	1 semana	Hasta 1-2 años.

ORINA- la concentración urinaria de la sustancia se ve influida en gran medida por el volumen urinario, que a su vez depende de varios factores como la cantidad de líquido ingerido, actividad física desarrollada y condiciones climáticas. Para minimizar los efectos de la concentración o

dilución de la orina sobre los resultados analíticos es suficiente correlacionar el valor de la concentración de la droga con el de la creatinina, cuya concentración puede ser considerada constante. Muestra idónea para el análisis cualitativo.

Incidir que resultados negativos no siempre son excluyentes, ya que en consumos muy recientes puede dar un falso negativo, y el resultado positivo asegura que ha habido consumo, pero no es posible precisar si en el momento de la toma de muestra de orina realmente el sujeto está bajo los efectos de alguna sustancia.

El tiempo de detección de una sustancia en orina puede verse afectado por la edad, sexo, peso, salud y metabolismo del individuo, así como la dosis y la frecuencia de uso.

$$\frac{[\text{Droga}] \text{ ng/ml o } \mu\text{g/ml}}{[\text{Creatinina}] \text{ mg/ml}}$$

Tabla 15-3: Tiempo de detección en orina de distintas sustancias

Sustancia	Vía de administración	Tiempo de detección en orina
Alcohol	Oral	-
Anfetamina	Oral, inyectada o inhalada	2-4 días o más
Benzodiazepinas	Oral	3 días o más
Cannabinoides	Fumada o ingerida	1-36 días o más
Cocaína	Inhalada, Inyectada o Fumada	Hasta 72 horas
Opiáceos	Oral, Inyectada, fumada o inhalada	2-5 días

SANGRE- Es la única muestra biológica en la cual los niveles del tóxico se correlacionan directamente con un estado clínico determinado. Esto es, los posibles efectos farmacológicos que la droga puede producir en un individuo están en relación directa con la cantidad de la misma presente en la sangre. Hay que tener en cuenta que el tiempo de detección en sangre de la droga es limitado.

MUESTRAS ALTERNATIVAS- Tiene la ventaja como es la facilidad de recogida, dificultad de adulteración de la muestra y las diferentes ventanas de detección que presentan: pelo de 1 semana hasta años, sudor de 2 a 3 días; orina 2-3 días; saliva 24 horas; sangre 24 horas.

15.5.- Comorbilidad y diagnóstico diferencial

15.5.1.- Comorbilidad

La comorbilidad entre patología psiquiátrica y consumo de sustancias es muy elevada (patología dual). Una proporción importante de pacientes visitados en centros de salud infanto- juveniles, presentan consumos de riesgo. La presencia de una patología psiquiátrica de base es un factor de riesgo y posible factor causal para la aparición de un trastorno por consumo de sustancias. La comorbilidad de patología psiquiátrica y Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) empeora el pronóstico, la respuesta al tratamiento y aumenta las recaídas. Las patologías que más se han asociado al consumo de drogas en adolescentes son los llamados trastornos externalizantes (trastorno de conducta, trastorno negativista-desafiante, trastorno por déficit de atención e hiperactividad) en comparación con los trastornos internalizantes (trastornos de ansiedad y afectivos). Ambos tipos de trastornos aparecen con una prevalencia dos o tres veces mayor que en la población no consumidora. Se ha encontrado en algunas revisiones una prevalencia entre 61 y 88%. Hay que tener en cuenta que en algunos adolescentes es frecuente la presencia de

alteraciones subumbrales en diversas áreas de la regulación emocional y del control de impulsos que también pueden tener un papel importante en la génesis de un problema por uso de sustancias y que no llega a conformar una patología.

La relación existente entre la psicopatología y el trastorno por consumo de sustancias es múltiple. La existencia de psicopatología puede preceder el inicio de un problema por drogas, puede ser consecuencia de un TUS preexistente, puede moderar la severidad del TUS o puede originarse desde un factor común de vulnerabilidad.

Algunas características clínicas de los trastornos comórbidos más prevalentes:

- Trastornos de la conducta. Está presente en el 50-75% de los pacientes con TUS. El 30-50% evolucionarán a trastorno antisocial de la personalidad en la edad adulta. Normalmente precede al inicio de TUS. La mayoría presenta un diagnóstico asociado, como TDAH o trastorno afectivo o por ansiedad.
- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Está presente en el 30-60% de los adolescentes con TUS. Es probable que la asociación con TUS sea mayormente debida a la alta comorbilidad entre TDAH y trastorno de conducta.
- Trastorno bipolar. En el 30-40% de adolescentes con TUS. Existe dificultades en el diagnóstico por presentaciones atípicas con impulsividad, irritabilidad e hipercinesia y alteraciones de conducta, por lo que puede confundirse con TDAH o trastorno de conducta. Importante tener en cuenta los antecedentes familiares para realizar el diagnóstico diferencial.
- Trastorno depresivo. En el 15-30% de los adolescentes con TUS. La presencia comórbida aumenta el riesgo de tentativas de suicidio y suicidios consumados. Antecede al TUS (50% refieren primero depresión).
- Es importante tener en cuenta la asociación entre TUS y conducta suicida. Una elevada proporción de adolescentes que realiza una tentativa de suicidio están bajo los efectos del alcohol o cualquier otra droga. Esto se explica porque durante la intoxicación se experimenta un alto grado de disforia, desinhibición y baja capacidad de juicio, a la vez que se incrementa la psicopatología al inicio del TUS. A menudo existe también la presencia de un TEPT previo al inicio del TUS.
- Trastorno por ansiedad. Aparece en el 7-40% de adolescentes con TUS. El orden de aparición depende del tipo de trastorno. La fobia social suele preceder al inicio de consumo de drogas, mientras que el trastorno por pánico o el trastorno por ansiedad generalizado suelen aparecer posteriormente al inicio del TUS. A menudo existe también la presencia de un TEPT previo al inicio del TUS.

Los índices de comorbilidad entre ludopatía y otras enfermedades psiquiátricas son altos, estimándose según encuestas en el 60-90%. Los trastornos comórbidos más frecuentes son los trastornos de personalidad, seguidos del abuso/ dependencia de alcohol, los trastornos afectivos y los trastornos de ansiedad. Se ha observado con mayor frecuencia un trastorno afectivo en mujeres, mientras que los varones presentan con mayor frecuencia un trastorno por abuso o dependencia de alcohol.

15.5.2.- Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial se debe hacer entre trastorno primario o trastorno inducido por sustancias, intoxicación y abstinencia de sustancia. Para poder realizar el diagnóstico de trastorno mental inducido por sustancias los síntomas deben ser significativos, se han desarrollado durante o en el primer mes tras la intoxicación o abstinencia, la sustancia que consume puede producir dicho trastorno, no se explica mejor por un trastorno mental independiente o primario, y persiste al menos durante un mes tras el cese de la intoxicación aguda o abstinencia.

Tabla 15-4: Diagnósticos asociados a una clase de sustancias

	Psicosis	Bipolar	Depresión	Ansiedad	TOC	Sueño	Sexualidad	Delirium	Cognitivo	TUS	Intoxicación	Abstinencia
Alcohol	I/A	I/A	I/A	I/A		I/A	I/A	I/A	I/A/P	X	X	X
Cafeína				I		I/A					X	X
Cannabis	I			I		I/A		I		X	X	X
Fenciclidina	I	I	I	I				I		X	X	
Otros alucinógenos	I	I	I	I				I		X	X	
Inhalantes	I		I	I				I	I/P	X	X	
Opioides			I/A	A		I/A	I/A	I/A		X	X	X
Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	I/A	I/A	I/A	A		I/A	I/A	I/A	I/A/P	X	X	X
Estimulantes	I	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I	I		X	X	X
Tabaco						A				X		X
Otros	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A/P	X	X	X

X= la categoría está reconocida en el DSM-5

I=se puede añadir el especificador "inicio durante la intoxicación"

A=se puede añadir el especificador "inicio durante la abstinencia"

I/A=se puede añadir de inicio durante la intoxicación y abstinencia

P=el trastorno es persistente.



Tipos de drogas psicoactivas. Clasificación y sintomatología

Ilustración 15-6: Drogas psicoactivas según ONU.

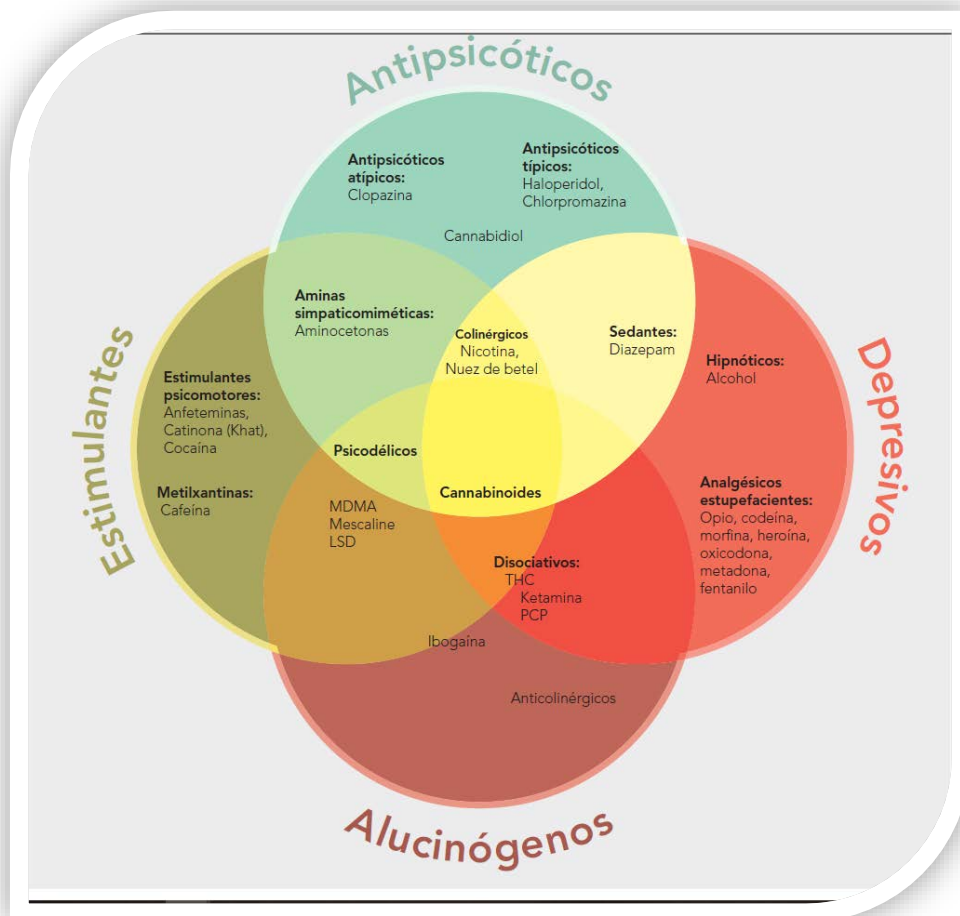


Tabla 15-5: Los principales “TOXSÍNDROMES” por drogas de abuso

SÍNDROME	CLÍNICA	SUSTANCIA
Adrenérgico simpaticomimético	Excitación psicomotriz, hiperalerta, alucinaciones, paranoias. Taquicardia, HTA, midriasis, diaforesis, convulsiones, hipertermia, temblores, hiperreflexia, arritmias.	Cocaína Fentilaminas y derivados (anfetaminas y metoxianfetaminas). MDMA (éxtasis) y relacionados. Piperazinas Catinonas.Khat, efedrona, mefedrona. Betel Kratom (dosis bajas) <i>pharming</i> : miltifenidato, modafinilo, dextrometorfano (dosis bajas)
Colinérgico (acetilcolina like)	Confusión, coma, bradicardia, hipertensión o hipotensión, taquipnea o bradipnea, salivación, incontinencia urinaria y fecal, diarrea, vómitos, diaforesis, lagrimeo, retortijones, broncoconstricción, fasciculaciones y debilidad, convulsiones.	Hongos alucinógenos de la especie Amanita muscaria y el género psilocybes.
Anticolinérgico (atropina)	Hiperventilación, agitación, alucinaciones, delirio, coma. Midriasis. Hipertermia, taquicardia, hipertensión, taquipnea. Piel y mucosas secas, disminución de ruidos intestinales, retención urinaria, mioclonias, coreoatetosis, convulsiones.	Amanita muscaria o pantherina. Solanáceas (nightshades):daturas (estramonio o jimson weed), belladona, escopolamina, beleños (burundanga).
Serotoninérgico	Alteraciones del estado de mental, agitación, mioclonias, hiperreflexia, diaforesi, escalofríos, temblor, diarrea, incoordinación, hipertermia	MDMA (éxtasis), derivados anfetamínicos LSD Algunos derivados opiáceos: meperidina o petidina, tramadol, fentanilo, pentazocina, dextrometorfano. Piperazinas 5-metoxi-di-isopropil-triptamina (foxy-methoxy) Ruda siria: Harmal (contiene harmina y harmalina, ambos IMAO) Mefedrona, otras catinonas sintéticas.
Alucinatorio	Alteraciones cognitivas, conductuales y sensoriales, posible estado disociativo-dialógico.	Cannabis y cannabinoides sintéticos en todas sus formas y derivados (típica la hiperemia conjuntival) Extractos vegetales. Triptaminas (ayahuasca, hongos, iboga) y feniletilaminas (mescalina, peyote y SanPedro). Drogas de síntesis (diseño)/research chemicals/legal highs/drogas emergentes. LSD. Disociativos: Ketamina y derivados, fenciclidina, dextrometorfano (dosis altas). Salvia divinorum. Solanáceas.

15.6.- Tratamiento y abordaje: Higiénico-dietético, psicoterapéutico, psicofarmacológico, rehabilitador y psicopedagógico

Es inevitable que el tratamiento de la adicción sea múltiple o tenga abordajes diversos.

El objetivo debe ser ayudar al paciente a dejar de usar drogas, a mantener un estilo de vida libre de ellas y a lograr un funcionamiento productivo en la familia, el trabajo y la sociedad.

15.6.1.- Programas de psicoterapia y procedimientos de intervención y tratamientos psicológicos

Los datos que arrojan las revisiones empíricas hablan a favor de enfoques psicoterapéuticos cognitivo- conductuales.

15.6.1.1.- La entrevista motivacional (EM) y terapia motivacional

Dada la conducta de negación, del adicto sobre su problema y, por tanto, su escasa motivación inicial al cambio, es adecuado iniciar el tratamiento con la entrevista motivacional que consiste en una evolución de la terapia centrada en el paciente que combina un estilo terapéutico empático y de apoyo (Rogers, 1959) con un método claramente directivo que trata de resolver la ambivalencia que muestra el paciente ante cualquier cambio. También asume la teoría de la autopercepción de Bem (1972), según la cual las personas tienden a comprometerse con lo que ellos mismos defienden, motivo por el cual se explora las razones que da el paciente para cambiar, enfatizando su autonomía, el cómo, cuándo o si es adecuado cambiar.

Los principios en los que se fundamenta la EM son cuatro principios clínicos: 1) Expresar empatía; 2) Fomentar la discrepancia; 3) Trabajar las resistencias; 4) Reforzar la autoeficacia.

La terapia motivacional diseñada por Miller y Rollnick (1991), parte de aspectos básicos de la terapia centrada en el paciente, aplicada a los estadios de cambio de Prochaska y Di Clemente (1982) de tal forma que el terapeuta sepa seleccionar la estrategia de intervención más adecuada en función del estadio de cambio en que se encuentre el paciente.

15.6.1.2.- Interrelación entre estadios y proceso de cambio

Tabla 15-6: Proceso de cambio

Precontemplación	Contemplación	Preparación	Acción	Mantenimiento
Aumento de la concienciación				
Alivio dramático				
Reevaluación ambiental				
	Auto-reevaluación			
		Auto-liberación		
			Manejo contingencias	
			Relaciones de ayuda	
			Contracondicionamiento	
			Control de estímulos	

Fuente: Prochaska, DiClemente y Norcross (1994).

Según el modelo, existen cinco estadios a través de los que evolucionan los drogodependientes desde que se plantean un posible cambio hasta que dejan definitivamente de consumir: 1) **precontemplación**: la persona no tiene intención de cambiar; 2) **contemplación**: la persona tiene intención de cambiar a medio plazo (próximos 6 meses); 3) **preparación para la acción**: tiene intención de cambiar a corto plazo, en los próximos 30 días y ha hecho un intento serio de abandono en el último año, estando al menos un día abstinentes de consumir en el año previo; 4) **acción**: la persona deja de consumir al menos 24 horas y menos de 6 meses; y 5) **mantenimiento**: la persona lleva al menos 6 meses sin consumir la sustancia.

Las estrategias para avanzar a lo largo de las etapas de cambio: la psicoeducación- información con respecto al uso de sustancias y sus potenciales efectos; La clarificación de valores- que el paciente defina sus valores así como las cosas que más valora en la vida ; Solución de problemas; Establecimiento de metas- objetivos realistas y no realistas; Planificación de la prevención de recaídas; Técnicas de relajación; Entrenamiento en asertividad; Role-playing; Técnicas cognitivas; Reestructuración ambiental; Clarificación del rol; Reforzamiento; Habilidades sociales y mejora de las habilidades de comunicación; Clarificación de necesidades; Evaluación y feedback. Le ofrece de forma más realista la verdadera extensión de su consumo de drogas.

Los estadios de cambio pueden evaluarse con escalas e instrumentos como el URICA (The University of Rhode Island Change Assessment Scale) (McConaughy, Pochaska y Velicer, 1983) o el SOCRATES (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale) (Miller, Tonigan, Montgomery, et al., 1990). Las variables relevantes para el cambio son: la motivación para el cambio, las expectativas de autoeficacia y la toma de decisiones.

15.6.1.3.- Terapias Conductuales y cognitivo- Conductuales

Las terapias conductuales y cognitivo- conductuales han sido las más estudiadas y utilizadas en los tratamientos adictivos: Entrenamiento en habilidades sociales y de entrenamiento; La terapia de exposición a señales; La prevención de recaídas; Los programas de reforzamiento comunitarios; Manejo de contingencias; Terapia cognitivo-conductual de habilidades de afrontamiento; Terapia familiar y de pareja.

15.6.1.4.- Terapias centradas en la familia

Es en la intervención en adolescentes con problemas con el consumo de drogas donde este tipo de terapias han mostrado mejores resultados. Las que mejor se han estudiado: La terapia familiar breve estratégica, la terapia familiar multidimensional y la terapia familiar multisistémica. En ellas se da un peso importante a las familias como parte de la solución del problema del consumo por la interrelación que existe entre sus miembros, por ser a veces el consumo una señal de malestar del funcionamiento familiar, por vivir muchos adictos en el seno familiar, etc.

15.6.1.5.- Terapias psicoanalíticas y psicodinámicas

En la actualidad no hay suficientes estudios controlados y aleatorizados para poder concluir que este tipo de tratamientos son eficaces en el abordaje de las conductas adictivas.

15.6.2.- Tratamiento farmacológico

www.edikamed.com

15.6.2.1.- TABACO

Tabla 15-7: Fármacos utilizados en tratamiento (retirada/mantenimiento) de trastorno por uso de tabaco

Nicotina	. La eficacia del empleo aislado de formulaciones en comprimidos, chicles o parches transdérmicos de nicotina como intervención aislada en adolescentes es limitada.
-----------------	--

	. Importante complementar con intervención psicoterapéutica, además de recomendar extender la intervención psicoterapéutica (EM, TCC, MC)
Bupropion	. Algunos ensayos controlados (150- 300 mg/día) han encontrado una eficacia superior al placebo; todos ellos asociaban una intervención psicoterapéutica (TCC individual, TCC grupal, MC).
Vareniclina	. Agonista parcial de receptores nicotínicos de acetilcolina (1mg/12 horas), su eficacia y tolerancia en adolescentes es prometedora, en combinación con terapia cognitivo conductual.

15.6.2.2.- ALCOHOL

Fármacos utilizados en desintoxicación de trastorno por uso de alcohol

Las pautas no difieren de las utilizadas en adultos, priorizándose la administración de benzodiazepinas de vida media larga. Los anticonvulsivantes, como la carbamazepina, oxcarbazepina, ácido valproico, gabapentina y topiramato, que han demostrado su eficacia en adultos y figura como alternativas en algunas guías, también podrían constituir una opción. Desgraciadamente, no existen datos sobre su eficacia en esta población.

Tabla 15-8: Fármacos utilizados en deshabitación de trastorno por uso de alcohol

Naltrexona	. Antagonista de receptores opiáceos (25-50 mg/día), con capacidad para inhibir el refuerzo de alcohol y reducir el consumo y el craving, con tolerancia aceptable. En adolescentes debe controlarse de forma periódica los niveles de transaminasa o de bilirrubina. Además debe determinarse el incremento de cortisol y gonadotrofinas por su posible repercusión sobre el crecimiento.
Nalmefene	. Antagonista opiáceo eficaz en el tratamiento de la dependencia en adultos. Su eficacia en adolescentes sin comprobar.
Disulfiram	. 200 mg/día resultó ser eficaz en comparación con placebo. . Las características de consumo en adolescentes (consumos episódicos abusivos, con elevada impulsividad y notables expectativas) así como la limitada motivación por el tratamiento y considerable ambivalencia, hacen conveniente valorar el tratamiento con disulfiram u otros interdictores de forma individualizada, atendiendo a las posibilidades de supervisión y a la ausencia de factores que limiten su administración.

15.6.2.3.- OPIÁCEOS

Tabla 15-9: Fármacos utilizados en desintoxicación por uso de opiáceos preferible en régimen de ingreso hospitalario

Metadona	. Agonista de vida media prolongada. Se asocia a mejores índices de adhesión al tratamiento, menos recaídas en el consumo y un periodo más largo de abstinencia.
Buprenorfina	. Agonista de vida media prolongada. Similar eficacia que metadona. Inicio del tratamiento en fases agudas de la abstinencia (6-12 horas tras el último consumo) y dosis entre 2-8 mg según respuesta obtenida en las primeras fases de tratamiento, con ascensos graduales hasta dosis de mantenimiento de 8-16 mg; una reducción lenta, prolongada hasta de dos semanas, parece conseguir mejor respuesta. . Asociación con Naloxona permite disminuir el riesgo de uso inapropiado en tratamientos ambulatorios.

Tratamiento de mantenimiento con opioides, han demostrado eficacia en adultos, sin embargo en adolescentes plantea no pocas controversias, de ahí que se recomiende realizar al menos dos intentos previos de desintoxicación y luego seguimiento con un programa libre de fármacos, asociando intervenciones psicosociales intensivas y reservar la intervención por medio de programas de mantenimiento con tratamiento sustitutivo (15- 50 mg/día de metadona) para los casos refractarios a la intervención estándar.

15.6.2.4.- Tratamiento por consumo de psicoestimulantes

Algunos fármacos, como disulfiram, topiramato, baclofeno, modafinilo y tiagabina, utilizados en adultos con limitada evidencia científica, podrían utilizarse en adolescentes. El grueso de la intervención recaerá en el enfoque psicosocial.

15.6.2.5.- Tratamiento por uso de cannabis:

- Ni el bupropion, ni nefazodona, ni ácido valproico, ni otros antidepresivos o antipsicóticos han demostrado una eficacia significativa en pacientes dependientes a cannabis que presentaban síntomas de abstinencia al suspender el consumo.
- Estos síntomas si son atenuados mediante la administración oral de 0.5 mg/día de 9-delta-tetrahidrocannabinol. También se han comunicado resultados positivos en la reducción de síntomas de abstinencia con dronabinol, un agonista cannabinoide sintético que, aparentemente, tiene menos propiedades euforizantes y menor riesgo de abuso que el anterior. Sin embargo no se ha demostrado su eficacia en la deshabitación y transición a la abstinencia.
- La utilización de agonistas gabaérgicos, sean benzodiazepinas de vida media prolongada u otros compuestos (gabapentina, pregabalina), así como algunos antidepresivos (mirtazapina), su eficacia no ha sido evaluada en estudios controlados.
- En cuanto a la deshabitación, hay algún ensayo clínico, con eficacia con N-acetilcisteína.
- La utilización de otros agonistas o agonistas parciales (como el cannabidiol) o la utilización de antagonistas del receptor cannabinoide constituyen estrategias prometedoras.

En paciente dual adolescente, el correcto abordaje de la otra patología psiquiátrica presente en la inmensa mayoría de esta población incrementa la probabilidad de alcanzar una buena adhesión al tratamiento y de conseguir una reducción de consumo. La intervención farmacológica debe considerarse una herramienta suplementaria al abordaje psicosocial. Las circunstancias óptimas par el abordaje incluirían la ausencia de consumo activo. La realidad clínica del paciente dual con frecuencia desaconseja un planteamiento secuencial del abordaje terapéutico.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

El tratamiento farmacológico mejora la clínica de TDAH, sin poder asumir que tenga un efecto beneficioso sobre las conductas de consumo; si parece descartable que el tratamiento pueda empeorar algunos de los indicadores de consumo de sustancias. No existen evidencias que apoyen un tratamiento secuencial de ambos trastornos. En cualquier caso, esta intervención es mejor iniciarla con la administración de fármacos con bajo potencial adictivo y elevada seguridad.

Psicoestimulantes- el potencial de inducción de abuso del metilfenidato y otros estimulantes varía en función de la cinética que el fármaco siga en el cuerpo, siendo un elemento clave la rapidez con que se produce el pico plásmático tras la administración(oral frente intravenosa) y la presentación (liberación inmediata frente a retardada). Se debe prescribir presentaciones de metilfenidato de acción retardada o de profármacos como la lisdexanfetamina.

Atomoxetina es un inhibidor de la recaptación de la noradrenalina, su bajo potencial de abuso lo convierte en una opción terapéutica.

Bupropion es un agente con actividad dopaminérgica y noradrenérgica, no se han comunicado situaciones de abuso.

Guanfacina es un agonista receptores alfa-2- adrenérgicos, con bajo potencial adictivo y con un posible papel terapéutico en el tratameinto del craving.

Trastorno de conducta y trastorno negativista desafiante

El elemento fundamental es el abordaje psicosocial. El clínico deberá considerar el enfoque farmacológico de la posible psicopatología acompañante (TDAH comórbido o síntomas depresivos) o de la suplementación del tratamiento psicosocial mediante intervenciones farmacológicas dirigidas por la presencia de problemas de agresividad o desregulación emocional.

Antipsicóticos atípicos- La risperidona para el caso de TC con discapacidad intelectual sin comorbilidad por TUS está avalada por ensayos clínicos, existiendo menor significación para quetiapina, olanzapina y aripiprazol. Se recomienda usar antipsicóticos atípicos, dosis mínimas y con incrementos lentos de dosis (para evitar efectos secundarios y mejorar adhesión), y realizar un control cercano de efectos indeseables metabólicos, endocrinológicos o neurológicos.

Estabilizadores del estado de ánimo y anticonvulsivantes- Algún estudio avala la eficacia del carbonato de litio. Asimismo, existe evidencia de la eficacia del ácido valproico, en cambio son más limitadas las evidencias sobre la eficacia de otros anticonvulsionantes (carbamazepina, topiramato)

Cuando existe TDAH asociado a TC, la probabilidad de presentar una respuesta significativa (reducción de más del 50% en el número de días de consumo) era significativamente mayor en los pacientes con tratamiento de metilfenidato de liberación retardada.

Trastorno depresivo

Se debe considerar el tratamiento integrador, con la intervención psicosocial como elemento nuclear. La intervención farmacológica indicada solamente en casos moderados o graves, ante la presencia de cronicidad/recurrencia o deterioro significativo en la adaptación.

La fluoxetina de primera elección. Está especialmente indicada en los casos en que el cuadro depresivo anteceda a la problemática de consumo, exista historia familiar de trastorno afectivo o persista la interferencia de la clínica depresiva después de varias semanas de abstinencia. Hay que controlar regularmente la aparición de posibles efectos adversos en forma de inquietud o pensamientos suicidas, sobre todo en las primeras fases de tratamiento.

Trastorno bipolar

El tratamiento de primera línea en adolescentes sin TUS lo constituyen los fármacos estabilizadores del humor, con o sin combinación de otros tratamientos coadyuvantes en función de la fase de la enfermedad (antipsicóticos y anticonvulsivantes). En patología dual la evidencia sobre recomendaciones es limitada, existiendo datos de eficacia para el carbonato de litio y la suplementación de quetiapina con topiramato. El tratamiento farmacológico es por sí mismo insuficiente para mejorar los problemas de abuso de sustancias, siendo relevante la combinación con estrategias de intervención psicosocial.

15.6.3.- Rehabilitador y psicopedagógico

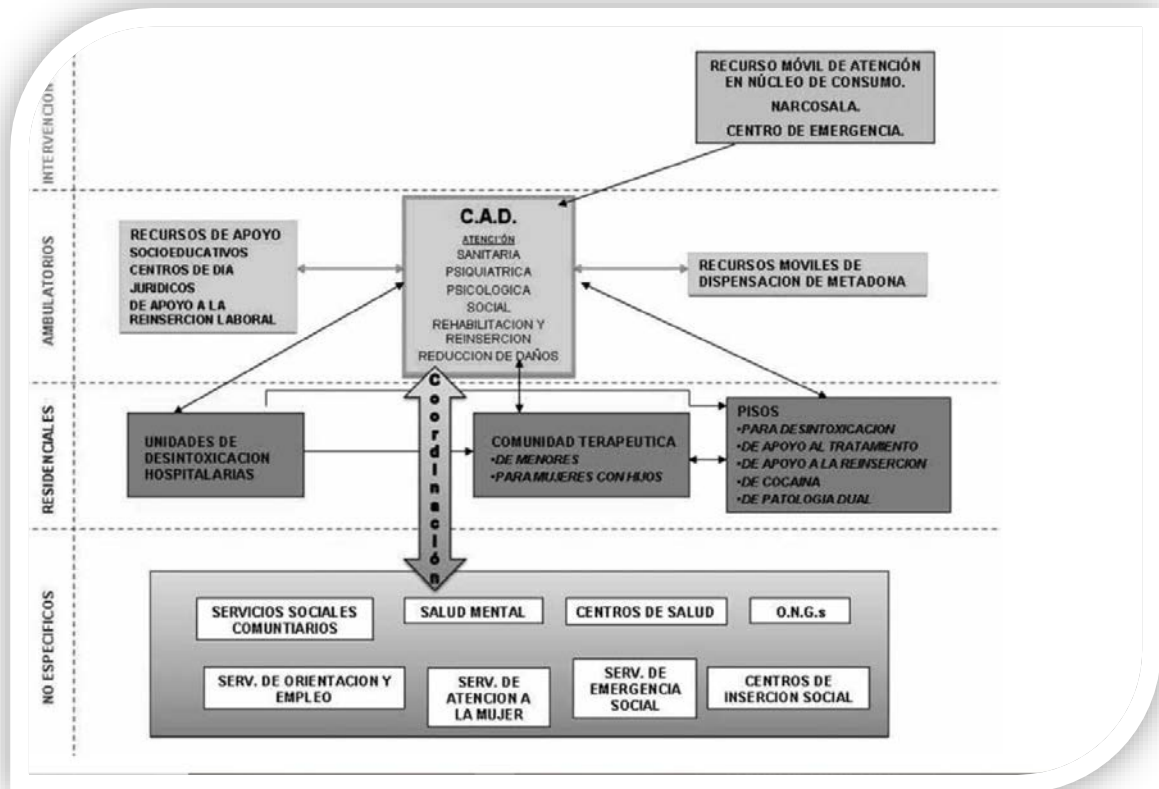
Uno de los factores que hace compleja la atención de los pacientes con adicción a drogas es la variedad de situaciones vitales a las que les ha llevado su consumo. No es posible establecer de la misma forma una adherencia al tratamiento con un paciente en situación de calle que con otro que todavía conserva su trabajo, su domicilio y sus relaciones familiares.

Los niveles de atención sanitaria y de rehabilitación funcional tienen en común una serie de actuaciones y de recursos. Se exponen los distintos niveles de atención y los recursos que dan respuesta a las necesidades de tratamiento, entendiendo que la concreción en la realidad variará de unas Comunidades a otras.

Existen tres niveles de atención sanitaria y rehabilitación funcional. Tratamiento ambulatorio, tratamiento residencial e intervención mínima. Además, existen otros recursos que no forman

parte de la red de servicios asistenciales de la red en drogodependencia pero que intervienen coordinadamente en el tratamiento (atención primaria, salud Mental, etc.).

Ilustración 15-7: Red asistencial en drogas



El acceso a estos servicios se realiza de forma directa, aunque generalmente con un criterio de sectorización, es decir, el CAD (Centro de Atención a Drogodependientes) en el que se atiende al paciente suele ser el de mayor cercanía a su domicilio habitual.

El CAP consta de un equipo multidisciplinar, y una vez que la persona drogodependiente accede al CAP, recibe información de los servicios disponibles en el centro y, si acepta ser atendido. Se le realiza evaluación por los diferentes profesionales y se le hace un plan de tratamiento según sus circunstancias personales, familiares y sociales.

Tanto si la desintoxicación ha sido ambulatoria como en recurso residencial, a partir de ese momento se inicia la rehabilitación funcional del paciente, tanto en rutinas diarias, como en la planificación del tiempo y el dinero. También se trabajan diferentes áreas en función de las necesidades de cada caso, y que suelen incluir, entre otra, la mejora de las relaciones familiares, el establecimiento de nuevas relaciones fuera del ambiente de la droga, la prevención de recaídas, el reciclaje profesional y la búsqueda de empleo.

Para efectuar el recorrido descrito, los CADs ofertan una serie de servicios dirigidos a las personas drogodependientes y a sus familias, incluyendo en la mayoría de los casos los que se indican a continuación: atención sanitaria, atención psiquiátrica, atención psicológica, atención social, rehabilitación funcional y reinserción social, reducción de daños.

El **abordaje terapéutico en la ludopatía** es multimodal, atendiendo a las diferentes áreas de afectación del individuo, así como las consecuencias del trastorno en distintos ámbitos.

Desde el punto de vista psicoterapéutico, las primeras aportaciones fueron desde el psicoanálisis, en los años 60 cobra importancia los autores de la escuela conductista, y se realizan tratamiento de esa orientación: técnicas aversivas, técnicas reductoras de ansiedad como la desensibilización imaginada o el entrenamiento en relajación, técnicas de control de estímulos y técnicas de exposición in vivo con prevención de respuesta. Posteriormente se introdujeron técnicas de reestructuración cognitiva. De todas, la terapia cognitivo-conductual es la que parece tener más eficacia, ya sea a nivel individual o grupal, y siempre con especial atención a la prevención de recaídas. Mucho más reciente y prometedora, es la utilización de la entrevista motivacional. También comentar los grupos de autoayuda. En ocasiones hay que realizar terapia familiar y de pareja, así como asesoramiento en cuestiones económicas y legales.

Desde el punto de vista farmacológico, los fármacos que se han mostrado más eficaces han sido los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina y los antagonistas opiodes. También un fármaco del grupo de los estabilizadores del ánimo como el litio ha mostrado su eficacia. Los ISRS son eficaces a dosis más altas de las utilizadas habitualmente. Los estudios realizados son a corto plazo de 8-12 semanas y como mucho de 6 meses. Otros fármacos que no han sido eficaces han sido el bupropion y la olanzapina, la N-acetil- cisteína fue más eficaz, y el modafinilo eficaz en pacientes con alta impulsividad. También se han investigado fármacos como la nefazodona, citalopram, calproato, topiramato, etc.

15.7.- Desarrollo, curso y pronóstico

El uso de sustancias puede interrumpir el correcto desarrollo del adolescente. Generalmente el consumo de sustancias disminuye en la adolescencia tardía o al principio de la edad adulta. El pronóstico está muy relacionado con las conductas derivadas del uso y abuso de sustancias, pues estos adolescentes son más propensos a participar en comportamientos de riesgo: como conducir mientras están intoxicados; también son víctimas y perpetradores de violencia; de comportamiento sexual de alto riesgo produciéndose embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, debido a la reducción de la capacidad de juicio, el aumento de la impulsividad secundarias a la intoxicación.

Los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos en adolescencia se considera un trastorno crónico recidivante, que puede cursar con recaídas, con base biológica y genética y que no se debe únicamente a una falta de voluntad o a un no deseo de abandono de consumo. Los aspectos que pueden influir en el desarrollo y posterior tratamiento serían de tipo sociológico, psicológico y conductual. Como refieren algunos autores, el abordaje terapéutico es más eficaz cuando se realizan abordajes multidisciplinares e integrados, comprendiendo todas las vertientes implicadas en el tratamiento: reducir el craving (deseo intenso de consumir) y las recaídas y mejorar la calidad de vida del paciente, disminuyendo las consecuencias médicas, sociales y legales asociadas al trastorno.

Factores implicados en la adherencia al tratamiento:

- Variables individuales del paciente: Motivación, creencias, estigma, expectativas, personalidad, satisfacción con el tratamiento y otros acontecimientos vitales.
- Síntomas de la enfermedad: Síntomas de la adicción, síntomas de otra enfermedad psiquiátrica o física.
- Variables interpersonales: Apoyos sociales, apoyos familiares y situación de pobreza.
- Variables relacionadas con el tratamiento y su entorno: Referidas al equipo terapéutico, las referidas a la características del centro y las referidas al tratamiento establecido.

Variables que favorecen el abandono de tratamiento: ser policonsumidor, tener psicopatología acompañante, antecedentes legales, mucho tiempo consumiendo sustancias y pobre motivación para el cambio. Uno de los principales motivos de abandono es que el objetivo principal del

paciente al acudir a la visita no coincida con el objetivo del terapeuta (abstinencia). Para el paciente hay otros objetivos prioritarios.

Los tratamientos largos, la colaboración familiar, el uso de buenas estrategias para resolver problemas y una red de apoyos social adecuada son **factores que ayudan a una buena respuesta al tratamiento**. Una vez finalizado, factores que condicionan un mejor pronóstico: establecer relaciones con iguales que no consumen sustancias, estar involucrado en actividades de tiempo libre y retomar la vida escolar o vocacional. Los **factores que predicen mala respuesta al tratamiento**: criminalidad, un status socioeconómico bajo y la progresión en la gravedad del abuso.

La detección precoz y las actuaciones preventivas (hacia los 11 años) son fundamentales ante los primeros síntomas de consumo, incluso antes de que se desarrolle el abuso.

El curso de **la ludopatía** es crónico, aunque el patrón de juego puede ser continuo o episódico. Si bien puede haber períodos libres de juego, con más frecuencia se observa un curso fluctuante con empeoramiento progresivo, en los que puede haber sustitución de unos juegos por otros, o la asociación de varios en el tiempo. Según encuestas americanas, un tercio de los jugadores patológicos se recuperan espontáneamente.

15.7.1.- Prevención

Las consecuencias que acarrea el consumo de drogas y otras adicciones como el juego patológico, son de gran relevancia, tanto en la esfera individual, como sanitaria, familiar, económica y social. No hay dudas que la mejor solución para que los niños y adolescentes no se hagan adictos o tengan enfermedades físicas en el futuro por consumo de sustancias, lo mejor es prevenir.

Los objetivos: Retrasar la edad de inicio; Limitar el número y tipo de drogas utilizadas; Evitar la transición de la prueba al abuso y a la dependencia; Disminuir las consecuencias negativas del consumo; Educar a los individuos para que tengan una relación madura y responsable con las drogas; Potenciar los factores de protección y disminuir los de riesgo; Proporcionar alternativas saludables.

Tipos

En los últimos años una nueva terminología se ha ido imponiendo. Diferencia tres tipos de prevención de acuerdo con el nivel de riesgo de la población a la que va destinada:

1. Prevención universal, que tiene como objetivo la población en general.
2. Prevención selectiva que tendría como objetivo a los grupos o parte de la población que presenta un elevado riesgo de presentar el trastorno o la conducta problema.
3. Prevención indicada. Actividades destinadas a individuos que presentan una alta vulnerabilidad de presentar el problema o trastorno.

Otra forma de clasificar la prevención es la que utiliza el criterio de los distintos tipos de contextos donde se realiza. Los espacios sociales donde se llevan a cabo con más frecuencia los programas preventivos son de mayor a menor amplitud, el ámbito comunitario, la escuela, y la familia. Puede haber otros ámbitos como el laboral, el de la salud, etc.

Principios efectivos en la prevención

A partir de los resultados obtenidos en las diversas investigaciones realizadas, desde el National Institute on Drug Abuse (NIDA), los principios que deben guiar un programa de prevención: primero reducir los factores de riesgo e incrementar los de protección; segundo los programas implementados deben tener una continuidad en el tiempo; tercero los programas más efectivos son los programas interactivos, junto con una mayor formación del profesorado en técnicas de manejo del alumnado.

Componentes básicos de los programas

Los componentes básicos que deben tener los programas preventivos, y que debemos de tener en cuenta a la hora de diseñarlos:

1. Cognitivo: es la información que se facilita al alumnado sobre las consecuencias del consumo de drogas, sus efectos y los datos reales de prevalencia de consumo.
2. Autoimagen y autosuperación: se basa en cómo el joven va formando una imagen de sí mismo y el desarrollo de un proyecto de autosuperación.
3. Solución de problemas y toma de decisiones: es el entrenamiento en las habilidades necesarias para abordar los problemas que se presentan a lo largo de la vida de una eficaz. Además, se trabaja en el desarrollo de un pensamiento crítico y en la identificación de las distintas tácticas que se utilizan para influir sobre nuestras propias decisiones (p.e., la publicidad, los medios de comunicación).
4. Control emocional: consiste en entrenar en el control de la ansiedad y el manejo de la ira.
5. Entrenamiento en habilidades sociales: se basa en habilidades generales para la vida (p.e., habilidades de comunicación), y de habilidades específicas para el rechazo del consumo de drogas (p.e., entrenamiento en asertividad).
6. Alternativas de ocio saludable.
7. Tolerancia y cooperación: se trabaja en el respeto y reconocimiento de las diferencias, junto con las ventajas del trabajo cooperativo dirigido a fomentar las actitudes prosociales.
8. Intervención familiar: se trabaja con las familias en el entrenamiento de habilidades de comunicación y en el establecimiento de normas y límites dentro del ámbito familiar.

Los principios para un programa preventivo de consumo de drogas, se basa en el modelo que se conoce "Modelo de influencia Social", siendo el que ha proporcionado los mejores resultados. Dentro de este modelo se puede considerar dos tipos de programas, los basados en el entrenamiento en habilidades de resistencia y los basados en el entrenamiento en habilidades sociales.

Prevención escolar

En la práctica, el tipo de prevención que más se ha desarrollado ha sido la prevención escolar. Ello ha venido dado porque es en la escuela e instituto donde está el grupo con mayor riesgo de consumir drogas y desarrollar adicciones. De ahí que si podemos aplicarles a todos ellos un programa preventivo (tipo universal), conseguiremos a bajo coste un impacto importante, ya que llegamos a todos. Sin embargo, aunque la prevención escolar es muy importante, y necesaria, es insuficiente en muchos casos si no va acompañada de una prevención intensiva a nivel familiar, comunitario, etc.

El problema es que, con frecuencia, una parte de los jóvenes que más precisan intervenciones, no asisten a la escuela o la han abandonado antes de tiempo.

En España la prevención escolar se hace a través de la educación para la salud, de modo transversal, en distintas materias escolares. También en ocasiones, se aplican programas preventivos concretos.

La población diana son todos los alumnos, pero en algunos casos sería conveniente aplicar programas selectivos, o bien remitir a las personas con problemas de drogas, o problemas de otro tipo a los servicios sociales, sanitarios o de salud mental. Por eso, es necesario que los profesores tengan suficiente apoyo técnico y profesional para los problemas que vayan surgiendo al poner en práctica las intervenciones preventivas.

Los principios efectivos: evitar confiar en las intervenciones basadas únicamente en la información, corregir las concepciones erróneas sobre prevalencia del consumo; implicar a los jóvenes en las intervenciones con iguales, proporcionar oportunidades para practicar las nuevas habilidades adquiridas a través de aproximaciones interactivas; hacer sesiones de recuerdo de habilidades adquiridas; implicar a los padres; conseguir que exista un compromiso para la prevención del uso de sustancias en la política de la escuela.

Los componentes claves dentro de los programas de prevención escolar son: información, conocer factores de riesgo y protección, entrenamiento en habilidades de resistencia y rechazo de drogas, entrenamiento en habilidades para la vida cotidiana, detección de problemas personales y familiares, toma de decisiones y compromiso de no consumo y promover estilos de vida saludables.

Prevención familiar

Los programas preventivos que se centran en la familia tienen como objetivos: fomentar las habilidades educativas y de comunicación en el seno familiar, incrementar el sentido de competencia de los padres y su capacidad para la resolución de problemas y concienciarlos de la importancia que tienen como agentes de salud para los hijos.

Los principios preventivos efectivos en el ámbito familiar son: se debe incluir a la familia,; ayudar a desarrollar el apego entre los pares en los programas; ayudar a las familias de minorías étnicas a responder a las cuestiones culturales y raciales; desarrollar en los padres habilidades de crianza de los hijos; enfatizar el apego familiar; ofrecer sesiones en las que los padres y los jóvenes aprendan y practiquen las habilidades; entrenar a los padres para que escuchen e interactúen con sus hijos; entrenar a los padres a utilizar la disciplina de modo positivo y consistente; promover habilidades en la comunicación de la familia utilizando técnicas interactivas; emplear estrategias para vencer las dificultades que tienen los padres para asistir a los programas etc.

Prevención comunitaria

Pretende prevenir el consumo de drogas en una comunidad concreta. El objetivo es reforzar los mensajes y normas de la comunidad en contra del consumo de drogas y a favor de la preservación de la salud. Implica la participación y movilización de distintas instituciones, organizaciones, colectivos, grupos y personas de la comunidad.

Normalmente un programa comunitario incluye subgrupo, pero que si se coordinan dentro del programa comunitario puede funcionar sinérgicamente De ahí la relevancia de adecuar todo programa comunitario a las necesidades concretas de esa comunidad y de las personas que tienen mayor problema de consumo de drogas.

15.8.- Bibliografía

- American Psychiatric Association (2014): Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA) (2010). Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. 1ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bobes J, Casas M, Gutiérrez M. Manual de Trastornos Adictivos. 2ª Ed. Madrid: Adamed, 2011.
- Becona E y Cortes M. (2011). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Barcelona: Editado por Socidrogalcohol.
- Becoña Iglesias E, Cortés Tomás M et al. (2008). Guía clínica de Intervención psicológica en adicciones. Barcelona: edita sociodrogalcohol,
- Goti Elejalde J, Díaz Hurtado R, Arango C. (20016) Protocolos de intervención. Patología Dual. Barcelona: EdikaMed, S.L.
- Kaplan & Sadock (2015). Sinopsis de psiquiatría. 11ª Ed. Barcelona: editorial Wolters Kluwer.
- Pereiro Gómez C y Fernández Miranda JJ. (2018). Guía de adicciones para especialistas en formación 1ª Ed. Valencia: Socidrogalcohol
- Torres MA, Santodomingo J, Pascual F, Freixa F, Álvarez C. (2008). Historia de las Adicciones en la España Contemporánea. Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.

16.- CAPÍTULO 16: TRASTORNOS DE ANSIEDAD

(INCLUYE: TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN; MUTISMO SELECTIVO, FOBIA ESPECÍFICA; TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL o FOBIA SOCIAL; TRASTORNO DE PÁNICO; AGORAFOBIA; TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA; TRASTORNO DE ANSIEDAD DEBIDO A MEDICAMENTOS Y DEBIDO A OTRA AFECCIÓN MÉDICA)

María A Parrilla Escobar. Profesora Asociada de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. Equipo de Salud Mental Infantojuvenil H. Clínico Universitario de Valladolid

Marta S. Hernández García. Psiquiatra. Unidad de Hospitalización Regional de Psiquiatría del Niño y del Adolescentes. H. Clínico Universitario de Valladolid

Elena Betegón Blanca. Psicóloga. Investigadora predoctoral. Universidad de Valladolid

16.1.- Introducción: historia y epidemiología

Los seres humanos estamos dotados de un sistema biológico que nos hace experimentar ansiedad. Ésta se caracteriza por un estado de alerta y un sentimiento de peligro inminente que nos coloca en situación de espera, provocando una inestabilidad o desorden interno. Esta emoción tiene su origen en los mecanismos básicos de supervivencia que sirven como respuesta a situaciones nuevas, sorprendidas o amenazantes que se producen en el medio que nos rodea. No obstante, a pesar de esa función activadora que facilita la adaptación y capacidad de respuesta del individuo ante los peligros, "cuando es excesiva en intensidad, frecuencia o duración, o aparece asociada a estímulos que no representan una amenaza real para el organismo, produce alteraciones en el funcionamiento del sujeto y se considera patológica". Es entonces cuando nos referimos a Trastornos de Ansiedad (TA), pues no se trata de una respuesta adaptativa sino de una conducta excesiva que interfiere con el funcionamiento habitual de la persona.

El concepto de ansiedad parece asociarse únicamente a personas adultas sin tener en cuenta que los niños están expuestos constantemente a situaciones desconocidas y consideradas por ellos como peligrosas. Debemos tener en cuenta que el diálogo y el significado del lenguaje no es el mismo en adultos que en niños. Estos expresan la ansiedad de una forma diferente debido a la falta de experiencia o vocabulario. Por esta razón, diferentes autores (Beck, y Emery, 2014) definen la ansiedad infantil como una reacción instantánea, displacentera y defensiva ante situaciones de amenaza, situaciones desconocidas con posible peligro, real o imaginario.

Recientes estudios, como el de la Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines (IACAPAP) (Rapee, 2016), concretan que "en población occidental entre el 5% y el 20% de los niños y adolescentes cumplen criterios de un trastorno de ansiedad durante un período determinado", convirtiéndose en una de las patologías más frecuentes de la infancia y adolescencia, pues suelen aparecer a edades tempranas. Sin embargo, es importante señalar que los datos obtenidos en estudios epidemiológicos son dispares por los diferentes diseños metodológicos empleados (diferencias en las características de la muestra o métodos de confirmación diagnóstica, entre otras). Además, se observa que la prevalencia es diferente para cada trastorno según el grado de desarrollo y el género (Tabla 16-1).

Tabla 16-1: Edad de inicio habitual de los TA con mayor prevalencia (adaptación de IACAPAP, Rapee, 2016)

TRASTORNOS DE ANSIEDAD	EDAD DE INICIO HABITUAL
Fobias a los animales	Primera infancia (6-7 años)
Trastorno de ansiedad de separación	Primera-segunda infancia (7-8 años)
Trastorno de ansiedad generalizada	Final de infancia (10-12 años)
Trastorno de ansiedad social	Adolescencia temprana (11-13 años)
Trastorno de pánico	Edad adulta temprana (22-24 años)

En preescolares los diagnósticos psiquiátricos más prevalentes tras el trastorno negativista-desafiante son las fobias específicas y el trastorno de ansiedad de separación (Bufferd et al., 2011).

La ansiedad de separación predomina en niños pequeños y disminuye con la edad mientras que la ansiedad generalizada es más frecuente en niños mayores o adolescentes. El mutismo selectivo suele aparecer antes de los cinco años y la fobia social es característica de la adolescencia. El trastorno de pánico y agorafobia suelen iniciarse en la edad adulta o adolescencia tardía.

Los TA en general aumentan con la edad, especialmente en mujeres.

16.2.- Definición y diagnóstico

La palabra ansiedad, del latín *anxietas*, *anxietatis*, significa aflicción o angustia, cualidad del adjetivo latino *anxius* (angustiado, ansioso) que se relaciona con el verbo *angere* (oprimir, estrechar) y se refiere a la respiración anhelante que se da en estados de ansiedad. Con palabras más coloquiales podemos definir la ansiedad como un estado de malestar psicofísico determinado por una sensación de incertidumbre, nerviosismo e intranquilidad ante lo que se vive como una amenaza inminente y de origen desconocido.

La psicopatología actual distingue entre los "trastornos de ansiedad" en los que la ansiedad es más difusa o mantenida y aquellos "relacionados con el miedo" cuyo prototipo serían las fobias específicas en las que el temor es circunscrito (Dougherty et al., 2013).

Existen tres factores comunes que, en la mayoría de las ocasiones, se encuentran presentes en el individuo con conducta ansiosa (Caballo, Valenzuela et al., 2006):

- **Neurovegetativos:** Quejas físicas por el *arousal* elevado (sintomatología no específica), que pueden afectar a cualquier órgano. En la infancia es común presentar cefalea, abdominalgia, náuseas, vómitos, diarrea o tensión muscular; así como mecanismos homeostáticos

relacionados con la fisiología corporal básica (taquicardia, hiperventilación, sudoración, palidez...).

- **Cognitivos:** Mecanismos de condicionamiento como pensamientos negativos anticipatorios, y preocupaciones cuyo contenido principal es la expectativa de que algo malo va a suceder. De este modo se producen procesos erróneos de aprendizaje que pueden considerarse socialmente inadecuados en su contexto.
- **Conductuales:** Mecanismos de realimentación como son la evitación del estímulo ansiógeno, la inhibición o la inquietud motriz.

Estos factores son debidos a que una errónea percepción fisiológica deja una marca en forma de aprendizaje que condicionará las percepciones posteriores y sus reacciones físicas consecuentes. Se crea un *círculo vicioso* que se retroalimenta con cada vivencia y que genera, con el paso del tiempo, la existencia de un TA.

Debemos tener en cuenta que las manifestaciones clínicas de la ansiedad varían según la edad y grado de desarrollo. En niños de temprana edad puede ser evidente sintomatología de inquietud o inhibición motriz, problemas de sueño, apetito o irritabilidad; en la etapa escolar pueden presentar problemas de concentración, fenómenos regresivos o problemas de socialización; durante la adolescencia pueden aparecer fenómenos de despersonalización (sentimiento de extrañeza con uno mismo) o desrealización (percepción de irrealidad y extrañeza con el ambiente circundante, como si viviera en una representación teatral).

A medida que se desarrolla la capacidad de anticipar mentalmente las situaciones, los niños experimentan y expresan una ansiedad, incluyendo el recelo cognitivo y la rumiación psíquica, cada vez más similar a la de los adultos (Coca, 2013). Desde una perspectiva cognitiva los niños que sufren ansiedad tienden a responsabilizarse de los fracasos y presentan déficits en la adquisición de responsabilidades, la toma de decisiones y, en consecuencia, la resolución de conflictos o problemas. Además, presentan preocupaciones percibidas de forma excesiva pues para ellos son incontrolables, por este motivo focalizan la atención en sus propias reacciones y pensamientos, lo cual interfiere negativamente con las respuestas conductuales e intensifica las reacciones emocionales (Caballo et al., 2005).

Son niños inquietos, perfeccionistas, impacientes, que se fatigan con facilidad, irritables, con dificultad para concentrarse, con alteraciones del sueño y muy temerosos. El centro de sus preocupaciones es variable... Lo que caracteriza a todos ellos es el miedo a no controlar todos los aspectos negativos que pueden surgir en una situación determinada (Berazaluze y Álvarez, 2003)

Dentro del DSM-5 (APA, 2014) se encuentran los TA como una categoría propia mientras que en la CIE-10 los encontramos dentro del apartado de "Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos" en dos subcategorías 1) Trastornos de ansiedad fóbica (F40) y otros trastornos de ansiedad (F41). Los diagnósticos de Trastorno de ansiedad de separación y mutismo selectivo aparecen en la CIE-10 incluidos en categorías diferentes. El primero en los *trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia* y el segundo en *trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia*. Tanto en el DSM como en la CIE, independientemente de su edición, se puntualiza que los trastornos deben ser diagnosticados atendiendo a una serie de características específicas que determinarán a qué subtipo pertenece (Tabla 16-2). De todas formas hay que tener en cuenta que en la infancia los trastornos se diferencian con menor claridad que en los adultos.

- **Trastorno de ansiedad por separación (TAS):** El niño experimenta un miedo o angustia excesivo e inapropiado para su grado de desarrollo, al perder o separarse de sus principales figuras de apego en distintas circunstancias (al acostarse, ir al colegio o de excursión, dormir

fuera de casa...), así como el temor a que ocurra algo adverso que conlleve la separación (ser secuestrado, perderse, tener un accidente, enfermar).

- **Mutismo selectivo (MS):** Ausencia persistente del habla en situaciones sociales específicas como en el colegio o con personas desconocidas, pudiendo mantener el habla fluida en otros contextos. Suele comenzar antes de los cinco años.
- **Fobia específica (FE):** Miedo incontrolable y persistente ante un estímulo o situación específica, que genera un intenso malestar y limita el desarrollo de la vida normal. Este miedo en los niños puede expresarse con llanto, rabietas, inhibición motriz o dependencia excesiva del cuidador. Son propias las fobias a los animales, la oscuridad, tormentas, sangre, petardos, ascensor... dependiendo del momento del desarrollo en que se encuentra el niño.
- **Trastorno de ansiedad social (fobia social) (FS):** Pánico ante situaciones que impliquen una posible evaluación por parte de otros, existiendo temor a la humillación o al fracaso. Este subtipo incluye situaciones como ir al parque, a la escuela, actuar ante los demás, hablar con un profesor, hablar o incluso comer en público. Es necesario que la ansiedad aparezca en presencia de otros iguales, no sólo con adultos.
- **Trastorno de pánico o trastorno de angustia (TP):** Aparición súbita de miedo o malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo aparecen al menos cuatro de estos síntomas: palpitaciones, sudoración, temblor, sensación de dificultad respiratoria, sensación de ahogo, opresión o molestias en tórax, náuseas/molestia abdominal, mareo, sensación distérmica, parestesias, desrealización/despersonalización, miedo a perder el control y miedo a morir.
- **Agorafobia:** Intensa ansiedad ante situaciones de las que no pueda escapar o en las que no pueda recibir ayuda en el caso de sufrir un ataque de pánico u otro síntoma incontrolable. Debe ocurrir en al menos dos situaciones públicas que impliquen estar fuera del hogar: transporte público, espacios abiertos o sitios cerrados, dentro de multitudes o colas.
- **Trastorno de ansiedad generalizada (TAG):** Preocupación excesiva e incontrolable ante diferentes acontecimientos o actividades, causando malestar significativo o deterioro durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses. Se relaciona además con alguno de los siguientes síntomas: intranquilidad, fatigabilidad, problemas de concentración, irritabilidad, tensión muscular, problemas de sueño.
- **Trastorno de ansiedad debido a medicamentos y debido a otra afección médica:** En ambas situaciones el cuadro clínico se caracteriza por crisis de ansiedad debidas al consumo de una sustancia o a la condición médica del paciente.
- **Otro trastorno de ansiedad especificado:** Presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un TA pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de ellos. Un ejemplo serían los ataques sintomáticos limitados.
- **Otro trastorno de ansiedad no especificado:** Se utiliza en las ocasiones en las que el especialista sanitario opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de ansiedad específico e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información.

Se espera que en enero del 2022 entre en vigor la nueva clasificación internacional de enfermedades de la CIE-11, en la cual la OMS ha intentado primar el principio de utilidad clínica del manual para mejorar la comunicación entre profesionales y pacientes, añadiendo nuevas categorías. En la versión en línea¹⁴ actualizada en abril del 2019, podemos encontrar los TA como una subcategoría de *Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo*, definiéndolos del siguiente modo:

Los trastornos de ansiedad y relacionados con el miedo se caracterizan por miedo y ansiedad excesivos y problemas de comportamiento

¹⁴ Enlace a la versión en línea de la CIE-11 (abril del 2019): <https://icd.who.int/en/>

relacionados, con síntomas que son lo suficientemente graves como para provocar un malestar o deterioro significativo en el funcionamiento personal, familiar, social, educativo u otras áreas importantes. El miedo y la ansiedad son fenómenos estrechamente relacionados; el miedo representa una reacción a la amenaza inminente percibida en el presente, mientras que la ansiedad está más orientada hacia el futuro, refiriéndose a la amenaza anticipada percibida. Una característica clave de diferenciación entre los diferentes trastornos relacionados con la ansiedad y el miedo son los focos de aprehensión específicos del trastorno, es decir, el estímulo o la situación que desencadena el miedo o ansiedad. La presentación clínica generalmente incluye cogniciones asociadas específicas que pueden ayudar a diferenciar entre los trastornos al aclarar el enfoque de la aprehensión (WHO, 2019)

En la CIE-11 quedarán incluidos en este grupo el TAG, TP, agorafobia, FE, FS, TAS y MS, existiendo de este modo más similitud con el DSM-5.

Tabla 16-2: Comparación entre subtipos de TA

CIE-10 (OMS, 1992)	DSM-5 ^R (APA, 2018)
^a Trastorno de ansiedad de separación de la infancia (F93.0)	Trastorno de ansiedad por separación (F93.0-309.21)
^b Mutismo selectivo (F94.0)	Mutismo selectivo (F94.0-313.29)
Fobias específicas (aisladas) (F40.2)	
Otros trastornos de ansiedad fóbica (F40.8)	Fobias específicas (F40.2-40.8-40.9-F93.1) (300.29)
Trastornos de ansiedad fóbica sin especificación (F40.9)	
Fobias sociales (F40.1)	Trastorno de ansiedad social (Fobia social) (F40.10-300.23)
Trastorno de pánico (F41.0)	Trastorno de pánico (41.00-300.22)
Agorafobia (F40.00)	Agorafobia (F40.00-300.22)
Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1)	
Trastorno mixto ansioso-depresivo (F41.2)	Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1-300.02)
Otro trastorno mixto de ansiedad (F41.3)	
X ^c	Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos ^c
^d Trastorno de ansiedad orgánico (F06.4)	Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica (F06.4)
Otros trastornos de ansiedad especificados (F41.8)	Otros trastornos de ansiedad especificados (F41.8-300.09)
Trastorno de ansiedad sin especificación (F93.0)	Trastorno de ansiedad no especificado (F41.9-300.00)

Nota: ^aDentro de la CIE-10 este subtipo se encuentra categorizado como “Trastorno de las emociones de comienzo habitual en la infancia” (F93)

^bDentro de la CIE-10 este subtipo se encuentra categorizado como “Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia” (F94)

^cEste subtipo en la CIE-10 se encuentra clasificado por el trastorno concurrente por consumo de la sustancia que genere el TA

^dDentro de la CIE-10 este subtipo se encuentra categorizado como “Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática” (F06)

16.3.- Etiopatogenia y bases neurobiológicas

La etiopatogenia de los TA es compleja y se considera que es el resultado de la interacción de múltiples factores (Beesdo et al., 2009; Penosa, 2017):

- **Factores biológicos o genéticos:** Se considera que el 30% del riesgo de sufrir trastornos de ansiedad es atribuible a la herencia. La investigación genética no encuentra relación específica con los diagnósticos clínicos sino con una predisposición general a la ansiedad y mayor reactividad al estrés. Además se transmite conjuntamente con la vulnerabilidad para sufrir depresión. Cuando los progenitores tienen ansiedad, los hijos tienen más riesgo de sufrir ansiedad y depresión.
- **Factores temperamentales:** La inhibición conductual en la infancia, que es apreciable desde los 2 años de edad, es un rasgo temperamental que implica una respuesta característica frente a situaciones o personas extrañas. Además, este rasgo tiende a permanecer estable, aumentando el riesgo de sufrir TA como fobia social. Principalmente, consiste en mostrarse retraído ante una situación nueva, sin sonrisa ni vocalizaciones, evitando el contacto ocular y buscando proximidad con la figura de apego; a nivel fisiológico se aprecia alta frecuencia cardíaca en reposo, niveles de cortisol matutino y catecolaminas en orina por encima de la media. Suele ser más frecuente en niños cuyos progenitores tienen TA con agorafobia. Los niños con inhibición conductual cuyos padres refieren retrospectivamente haber presentado ellos mismos este problema conforman un grupo de mayor riesgo (Stumper *et al.*, 2017; Dougherty et al., 2013).
- **Factores familiares:** Los padres tienen un papel importante en la etiopatogenia no sólo por el componente hereditario, sino por el ambiente familiar, ya que los miedos se aprenden de las figuras de referencia (aprendizaje social). Los padres con ansiedad actúan como modelos con sus miedos, inseguridades y estrategias de afrontamiento poco adaptativas (evitación), por lo que su propia psicopatología aumenta el riesgo de los hijos de sufrir ansiedad. En preescolares esta asociación familiar se ha visto más en el caso de las madres con ansiedad que en los padres (Dougherty *et al.*, 2013). La gravedad del mutismo selectivo se relaciona con la psicopatología materna. Además, el estilo educativo también contribuye a la génesis de estos trastornos. Tanto un estilo sobreprotector, permisivo como negativo, negligente, de rechazo, con falta de afecto o una exigencia excesiva o control excesivos, se relacionan con ansiedad en los niños y adolescentes. Un estilo de apego inseguro también es factor de riesgo y existe evidencia de que la conflictividad marital influencia la seguridad emocional familiar y predispone a trastornos internalizantes a lo largo del desarrollo (Brock y Kochanska, 2016; Whalen et al., 2017).
- **Acontecimientos vitales estresantes:** Especialmente los asociados a contextos cercanos como la familia (enfermedad, negligencia, fallecimiento, cambio de domicilio...) (Battaglia et al., 2016; Platt et al., 2016).

En niños preescolares se aprecian diferencias en las influencias de los factores de riesgo. Aquellos con fobias específicas han presentado más acontecimientos estresantes los 6 meses previos mientras que los demás trastornos de ansiedad se asocian con ciertos factores temperamentales (inhibición conductual y tristeza) e historia de depresión en los padres (Dougherty et al., 2013).

En estos trastornos el sistema de respuesta al estrés está alterado de modo que la respuesta del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal es demasiado intensa y persistente ante estímulos percibidos como peligrosos. Además, se produce un efecto de memoria por medio del hipocampo que refuerza la repetición de la respuesta ante otro estímulo similar en el futuro.

Respecto a los neurotransmisores implicados, en la ansiedad se produce un aumento de glutamato y disminución de GABA. La serotonina ejerce el efecto opuesto. Por esta razón los fármacos inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS) son eficaces en este tipo de

trastornos. Finalmente señalar que las neuronas noradrenérgicas tienen un papel importante en el desarrollo de la ansiedad, mientras que las neuronas serotoninérgicas inhiben a éstas.

16.4.- Evaluación y pruebas complementarias

En la infancia, ciertas preocupaciones o pequeños miedos son naturales y forman parte del desarrollo típico. Una buena evaluación es imprescindible para este distinguir si un miedo es evolutivamente normal o si se trata de ansiedad patológica.

Cierta ansiedad de separación de las figuras principales de apego se considera normal que se inicie a los 7 meses, llegue a un punto máximo a los 18 meses y disminuya a partir de los 30 meses. También el temor ante determinados estímulos como la oscuridad o animales y la necesidad de desarrollar ciertos rituales durante el juego o al acostarse se considera evolutivamente normal en la infancia. Si no desaparece con la edad o es demasiado intenso puede evidenciar su carácter patológico. También es habitual en la adolescencia cierta ansiedad social, con temor a hacer el ridículo o ser rechazado, que hay que distinguir de la fobia social.

La evaluación consta de la entrevista diagnóstica al paciente y familia, apoyada por cuestionarios completados por padres, profesores y niño o entrevistas estructuradas, así como la observación conductual. Los niños pequeños, por su inmadurez cognitiva, tendrán dificultades para expresar sus pensamientos, emociones y conductas de evitación, así como el malestar subjetivo asociado, por ello un abordaje en la entrevista teniendo en cuenta el grado de desarrollo será fundamental.

Algunos ejemplos de instrumentos que ayudan a la evaluación son los siguientes:

Entrevista diagnóstica: Encuesta sobre Desarrollo y Bienestar de Niños y Adolescentes (DAWBA) (Goodman et al., 2000)

Escalas: Escala de Ansiedad Infantil (SCAS) (Spence, 1998). Escalas específicas para determinados trastornos: CISO-N evalúa ansiedad social en niños (Caballo et al., 2007)

Es indispensable combinar la información obtenida de las distintas fuentes. No es infrecuente encontrar aspectos discordantes por lo que habrá que explorar exhaustivamente. Puede ocurrir que un niño mayor con ansiedad quiera aparentar estar bien o que padres con excesiva ansiedad exageren los problemas de su hijo por su propia situación personal. Un niño más pequeño puede que no sepa expresar lo que le ocurre, pues la ansiedad es difícil de definir y explicar. El peso que demos a cada fuente de información dependerá en gran parte del juicio clínico, pues no existen pruebas complementarias concluyentes que confirmen el diagnóstico.

16.5.- Comorbilidad y diagnóstico diferencial

En la infancia la ansiedad tiende a evaluarse de un modo más amplio que en la edad adulta pues son frecuentes los cuadros incompletos y que aparezcan síntomas de diferentes trastornos combinados. Esta frecuente comorbilidad hace difícil el diagnóstico diferencial por lo que hay que centrarse en los síntomas más característicos de cada trastorno y evidenciar si el niño los presenta, así como concretar cuáles generan más disfunción.

Se debe realizar el diagnóstico diferencial con otros trastornos (depresión, ansiedad o fobia social, trastorno del espectro autista [TEA], trastorno por déficit de atención e hiperactividad [TDAH], trastornos de conducta, trastorno bipolar...). En la depresión aparecen también problemas de sueño y concentración así como quejas somáticas. En el trastorno bipolar también son frecuentes los problemas de sueño y la irritabilidad. En los TEA y en la esquizofrenia se dan frecuentemente episodios de intensa ansiedad.

Además, el diagnóstico diferencial debe hacerse con otras entidades médicas que cursan con síntomas de ansiedad, otros trastornos psiquiátricos con ansiedad secundaria o ciertos fármacos y sustancias. En estos casos los síntomas de ansiedad son similares pero son secundarios al cuadro principal, debiéndose determinar éste.

Las investigaciones más recientes apuntan a que entre el 30% y el 50% de los niños con TA presentan frecuentemente otros diagnósticos comórbidos (Penosa, 2017). Este hecho se da principalmente en el género femenino, especialmente durante la adolescencia.

Lo más frecuente es que aparezcan por este orden, otros trastornos de ansiedad, depresión y trastornos de conducta.

Los niños con ansiedad tienen un riesgo entre 6 y 8 veces mayor de sufrir depresión en comparación con niños con otros diagnósticos psiquiátricos. Esta asociación es mayor en la FS y el TAG. La coexistencia observada en adultos entre ansiedad y depresión es evidente ya en la población infanto-juvenil (Beesdo et al., 2009), agravando el impacto de la sintomatología ansiosa en el ámbito social y familiar. En los niños con trastornos de ansiedad es dos veces más frecuente que presenten TDAH, TND o TC. Además existe más riesgo de que desarrollen un trastorno de abuso de alcohol en la adolescencia.

En general la comorbilidad empeora el pronóstico.

En preescolares, estudios recientes demuestran la existencia de comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y el trastorno negativista desafiante y depresión (Bufferd et al., 2011, Dougherty et al., 2013).

En cuanto a la ansiedad generalizada, se ha encontrado una comorbilidad sustancial con otros TA y con el TDAH, apoyando los resultados del estudio de Mian et al. (2012) que indica que los síntomas de ansiedad en niños de 2 a 3 años contienen un subfactor que se manifiesta mediante hiperactividad e inatención que podría compararse a los síntomas de alerta e intranquilidad motora característicos de los trastornos de ansiedad (Penosa, 2017).

16.6.- Tratamiento y abordaje: higiénico-dietético, psicoterapéutico, psicofarmacológico, rehabilitador/psicopedagógico

El tratamiento para los trastornos de ansiedad tiene que comprender una intervención multimodal que incluya psicoeducación, psicoterapia y cuando sea necesario, tratamiento farmacológico.

16.6.1.- Psicoeducación

El empleo de psicoeducación con la familia debe formar parte del plan de tratamiento (Rapee, 2008). Que los padres comprendan el trastorno y cómo pueden contribuir a su mejora es un pilar fundamental para la intervención y mejora del menor (Caballo, González et al., 2006). Si los padres no presentan psicopatología, ante un TAS leve-moderado, la psicoeducación puede ser suficiente para que entiendan el trastorno y actúen de modo diferente, de tal modo que faciliten la remisión de los síntomas (realizar separaciones progresivas con firmeza siguiendo las separaciones habituales de la familia). En el TAG es importante detectar y señalar cuando se observa un patrón educativo de excesiva exigencia y control o excesiva permisividad parental con tiranía por parte del niño.

16.6.2.- Psicoterapia

La psicoterapia de elección es la terapia cognitivo-conductual (TCC) que ha sido adaptada de los programas de adultos a niños y adolescentes por separado como en "*El gato valiente*" (Kendall, 2010), o "*Cool Little Kids*" (Morgan et al., 2016), un programa digital de intervención temprana,

para padres de niños de 3 a 6 años. Los estudios de evaluación de eficacia han incluido niños con TAG, TAS y FS.

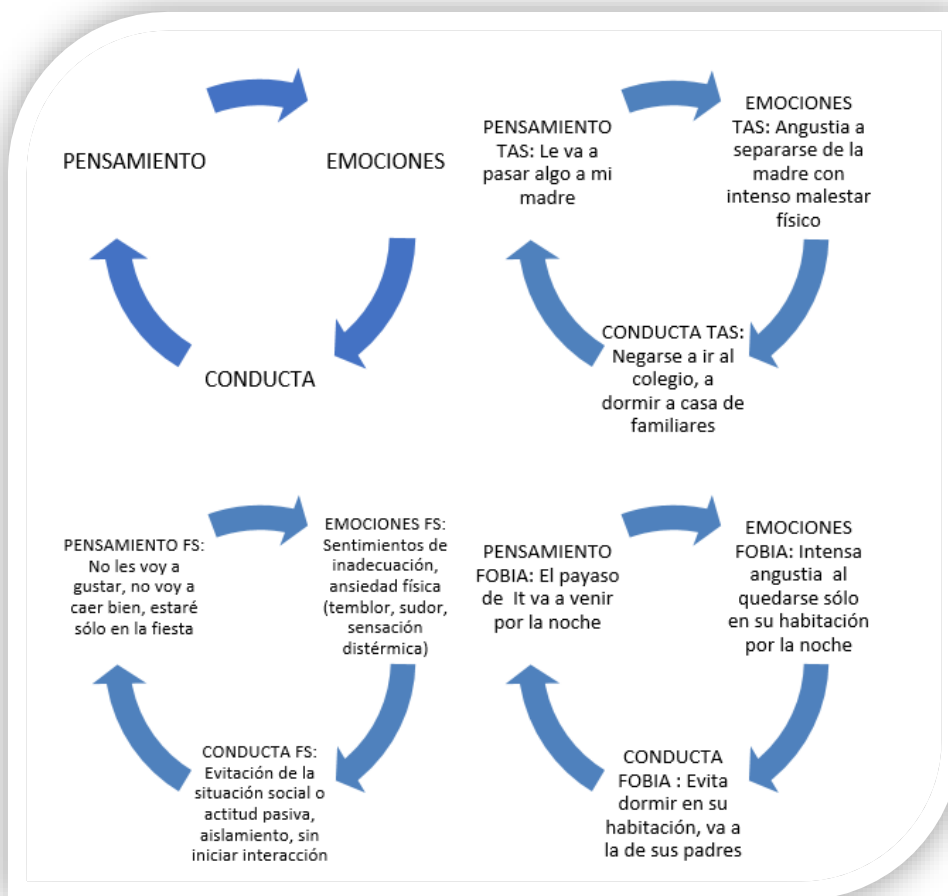
Tabla 16-3: Gravedad del trastorno y tratamiento indicado.

GRAVEDAD DEL TRASTORNO	TRATAMIENTO INDICADO
LEVE	TCC
MODERADO	TCC (si no responde a TCC, la respuesta es parcial o las características del niño/familia no lo permiten, se pueden añadir inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS))
GRAVE	Combinación de TCC e ISRS

El objetivo de la TCC es comprender cómo los pensamientos influyen en las emociones y la conducta. Se trata de identificar los pensamientos ansiosos que aparecen de forma automática ante un determinado acontecimiento y que generan malestar con evitación de dicha situación de modo que se perpetúa la ansiedad. Identificando y sustituyendo estas cogniciones ansiosas por otras más realistas la ansiedad disminuye y se afronta la situación de un modo más adaptativo. A los niños se les entrena en técnicas de relajación y autocontrol, se emplean *termómetros, caras o gráficos de miedo* para evaluar el temor que perciben ante una situación o estímulo, de modo que se realiza una exposición gradual. El ritmo de las exposiciones tiene que realizarse teniendo en cuenta la individualidad de cada niño para que tengan pequeños éxitos y perciban cómo van superando sus miedos gradualmente. También se utiliza el modelado, en el que padres/terapeutas actúan como modelos enfrentándose a los miedos para que posteriormente el niño les imite. Al igual que en otros programas conductuales, se emplean las consecuencias naturales y el refuerzo positivo.

En la fobia social en adolescentes se suele emplear la TCC grupal, se abordan las cogniciones ansiosas consistentes en miedo a la crítica, al rechazo, sentirse humillado, además de entrenar en habilidades sociales (Caballo et al., 2018). Todo ello en un contexto grupal que les expone directamente a su fuente de ansiedad. Si el trastorno es muy incapacitante puede que sea mejor una terapia individual.

Ilustración 16-1: Circuito sostenedor del miedo. Pensamientos, emociones y conducta



En las fobias simples el tratamiento más eficaz es la desensibilización sistemática, que se trata de una exposición gradual a los estímulos temidos, imaginada o en vivo empleando estrategias de autocontrol (relajación, control respiratorio) y refuerzo positivo. El paciente aprende respuestas inhibitoras de la ansiedad que desarrollará en presencia de los estímulos ansiógenos. Inicialmente realiza un entrenamiento en relajación y posteriormente se establece una jerarquía de estímulos fóbicos a los que se va exponiendo, asociando las técnicas de relajación empleadas, y alejándose de dichos estímulos solamente cuando los síntomas de ansiedad han disminuido. Frente a la exposición prolongada o inundación, que puede resultar demasiado desagradable e injusta para el niño, la exposición gradual resulta ser el tratamiento de primera elección ya que permite al niño ganar confianza y reducir el miedo paulatinamente.

16.6.3.- Tratamiento farmacológico

Respecto al tratamiento farmacológico, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son los fármacos de elección que han resultado eficaces en TAG, TAS y FS. Estos fármacos que pertenecen al grupo de los antidepresivos en realidad son más eficaces en ansiedad que en depresión (NNT=3 en ansiedad y NNT=9 en depresión). Suelen ser bien tolerados, siendo los efectos secundarios más frecuentes leves y transitorios (molestias gastrointestinales, cefalea, excitabilidad, insomnio). La administración de ISRS suele realizarse cuando existe una respuesta limitada ante la psicoterapia, existe una disfunción importante en la vida diaria familiar o escolar y cuando existe comorbilidad. Dado que los

trastornos de ansiedad suelen ser precursores de trastornos depresivos, tratar bien la ansiedad puede entenderse como una estrategia de prevención de depresión posterior. Algunos ISRS empleados en niños y adolescentes son los siguientes: sertralina, fluvoxamina, fluoxetina, citalopram, escitalopram y paroxetina.

Las benzodicepinas no son tan eficaces en ansiedad en niños como en adultos, excepto en la fobia social o ataques de pánico. En la fobia social también se pueden emplear betabloqueantes de forma puntual.

Existen factores moderadores de la respuesta al tratamiento. Se considera que favorece la recuperación el que los padres comprendan el problema y una buena adherencia al tratamiento. Son por otro lado factores de mal pronóstico la gravedad del cuadro, los síntomas moderados-graves de depresión asociados, la conflictividad familiar y el temor de los padres a los efectos adversos de los fármacos. Hay niños que tienen especial dificultad en dejar de prestar atención a los estímulos ansiógenos, y esto se relaciona con menor eficacia de la psicoterapia. En padres con trastornos de ansiedad cuyos hijos preescolares presentan el rasgo temperamental de inhibición conductual, una intervención aplicada sobre los padres aporta una mejor evolución en los niños (Kennedy, 2009).

16.7.- Desarrollo, curso y pronóstico

En apartados anteriores se ha comentado cómo el origen de los miedos y la ansiedad proporciona una capacidad adaptativa durante el desarrollo evolutivo del niño y del adolescente. Los niños muestran una sensibilidad especial ante ciertos estímulos ansiógenos y unos niños experimentan mayor nivel de ansiedad que otros en el proceso evolutivo debido a factores constitucionales, ambientales, así como la falta de exposición a los mismos en situaciones de seguridad. Así, los miedos se pueden ver reflejados en la vida adulta.

Penosa (2017) estudia la ansiedad en preescolares y señala que la presencia de TA en etapas tempranas del desarrollo puede tener repercusiones tanto en el momento presente (afectando al funcionamiento social, escolar y familiar del niño) como en etapas posteriores del desarrollo ya que la primera infancia es un periodo de constantes y múltiples cambios a nivel neurológico y ambiental (Whalen et al., 2017).

En términos generales existe una relación entre trastornos de ansiedad en la infancia y en la vida adulta, pero el curso de cada uno de los trastornos en concreto no está claro. Parece que cuando el inicio es prepuberal hay más riesgo de padecer posteriormente otros trastornos psiquiátricos y consumo de sustancias. Y cuando aparecen trastornos de ansiedad en la adolescencia, estos suelen continuarse también en los primeros años de vida adulta.

Hay indicios de que el TAG de la infancia predispone a trastornos de ansiedad y depresión en la vida adulta. También hay evidencia de que el TAS es un posible antecedente de trastorno de angustia y agorafobia o de TAG posterior. Si la ansiedad de separación se inicia muy temprano y de forma aguda el pronóstico es mejor que si se inicia en niños más mayores. Pero otros trastornos como el trastorno de angustia y la fobia social, si aparecen de forma más temprana empeoran el pronóstico (Mardomingo, 2015).

Las fobias simples sin otros trastornos comórbidos tienden a desaparecer mientras que la fobia social tiene un curso más crónico. Respecto a la fobia social, suele precederse de inhibición conductual y timidez excesiva en la infancia.

En términos generales el sexo femenino está asociado a un peor pronóstico.

Los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia, si no se tratan, originan disfunción a nivel social, académico y emocional, además que suponen un factor de riesgo para sufrir en el futuro ansiedad, depresión y consumo de sustancias. Son necesarios estudios longitudinales que determinen la evolución de estos trastornos diagnosticados en la infancia.

16.8.- Bibliografía

- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington, V. A.: American Psychiatric Association.
- Battaglia, M., Touchette, É., Garon-Carrier, G., Dionne, G., Côté, S.M., Vitaro, F., Tremblay, R.E. y Boivin, M. (2016). Distinct trajectories of separation anxiety in the preschool years: persistence at school entry and early-life associated factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(1), 39-46.
- Beesdo, K., Knappe, S. y Pine, D.S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSMV. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 483-524.
- Beck, A. T. y Emery, G. (2014). *Trastornos de ansiedad y fobias: una perspectiva cognitiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Berazaluze, E., y Diego Álvarez, E. (2003). *A qué tienen miedo los niños*. Pg. 251. Madrid: Síntesis.
- Brock, R. L. y Kochanska, G. (2016). Interparental conflict, children's security with parents, and long-term risk of internalizing problems: A longitudinal study from ages 2 to 10. *Development and psychopathology*, 28(01), 45-54.
- Bufferd, S. J., Dougherty, L. R., Carlson, G. A. y Klein, D. N. (2011). Parent reported mental health in preschoolers: findings using a diagnostic interview. *Comprehensive psychiatry*, 52(4), 359-369
- Caballo, V.E., Irurtia, M.J., López-Gollonet, C. y Olivares, J. (2005). Evaluación de la fobia social en la infancia, la adolescencia y la edad adulta. En Caballo, V.E. (Dr.) *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide
- Caballo, V.E., Valenzuela, J., Irurtia, M. J., Salazar, I. C. y Anguiano, S. A. (2006). La evaluación del estrés y los trastornos de adaptación. En Caballo, V. E. (coord.) *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide
- Caballo, V.E., González, S., Alonso, V. Guillén, J.L., Garrido, L., e Irurtia, M.J. (2006). Los miedos infantiles: un análisis por edades y sexo. *Humanitas. Revista de Investigación*, 3, 16-22
- Caballo, V.E., González, S., Alonso, V. e Irurtia, M.J. (2007). El cuestionario de interacción social para niños. (CISO-N): un nuevo instrumento para la evaluación de la ansiedad social en niños. *Psicología Conductual*, 1, 77-95
- Caballo, V.E. Salazar, I.C. Garrido, L., Irurtia, M.J. y Hofmann, S.G. (2018) *Programa de intervención multidimensional para la ansiedad social (IMAS)*. Madrid: Pirámide
- Coca, A. (2013). *La ansiedad infantil desde el análisis transaccional* [Tesis Doctoral]. Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, España.
- Dougherty, L. R., Tolep, M. R., Bufferd, S. J., Olino, T. M., Dyson, M., Traditi, J., Rose, S., Carlson, G. A., y Klein, D. N. (2013). Preschool anxiety disorders: comprehensive assessment of clinical, demographic, temperamental, familial, and life stress correlates. *Journal of Clinical Child y Adolescent Psychology*, 42(5), 577-589.
- Goodman R., Ford, T., Richards, H., Gatward, R. y Meltzer, H. (2000). The Development and Well-Being Assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*, 41(5), 645-655.
- Hudson, J. L. y Dodd, H. F. (2012). Informing early intervention: preschool predictors of anxiety disorders in middle childhood. *PLoS ONE*, 7(8).
- Kennedy, S. J., Rapee, R. M., y Edwards, S. L. (2009). A selective intervention program for inhibited preschool-aged children of parents with an anxiety disorder: Effects on current anxiety disorders and temperament. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 48(6), 602-609.
- Mardomingo Sanz, M. J. (2015). *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Díaz de Santos.
- Penosa, P. (2017). *Ansiedad en Preescolares: Evaluación y Factores Familiares* [Tesis Doctoral]. Universidad Miguel Hernández, Comunidad Valenciana, España.
- Platt, R., Williams, S. R., y Ginsburg, G. S. (2016). Stressful Life Events and Child Anxiety: Examining Parent and Child Mediators. *Child Psychiatry y Human Development*, 47(1), 23-34.
- Rapee, R. M. (2016). Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: Naturaleza, desarrollo, tratamiento y prevención. En M. Irrázabal (Ed.), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP* (pp. 1-22). Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría y Profesionales Aliadas de Niños y Adolescentes.

Rapee RM et al. (2008). *Helping your anxious child: a step by step guide for parents* (2nd ed). New Harbinger Publications

Spence, S.H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behavior Research and Therapy*, 36, 545-566.

Stumper, A., Danzig, A. P., Dyson, M. W., Olino, T. M., Carlson, G. A. y Klein, D. N. (2017). Parents behavioral inhibition moderates association of preschoolers' BI with risk for age 9 anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 210, 35-42.

Whalen, D. J., Sylvester, C. M., y Luby, J. L. (2017). Depression and anxiety in preschoolers: A Review of the past 7 years. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*.

World Health Organization (2019). CIE-11. Clasificación Internacional de Enfermedades. Recuperado de <https://icd.who.int/es/>

Recursos disponibles en la web:

<http://www.scaswebsite.com/> (Spence Children Anxiety Scale -escalas para medir síntomas de ansiedad con versión en español-)

<http://www.dawba.info/> (entrevista estructurada para padres, niños y adolescentes y cuestionario para profesores con versión en español)

<http://www.oxfordclinicalpsych.com/view/10.1093/med:psych/9780195391527.001.0001/med-9780195391527-interactive-pdf-002.pdf> (escala original para el mutismo selectivo -Selective Mutism Questionnaire-SMQ-)

<http://iacapap.org/wp-content/uploads/F.1-Anxiety-Disorders-SPANISH-2016.pdf> (capítulo de libro acerca de los trastornos de ansiedad en español de la International Association of Child and Adolescent Psychiatry)

[https://www.researchgate.net/publication/281972313 Programa de terapia grupal para ninos con ansiedad Material para docencia](https://www.researchgate.net/publication/281972313_Programa_de_terapia_grupal_para_ninos_con_ansiedad_Material_para_docencia)

Programa de terapia grupal para niños con ansiedad. Santesteban-Echarri O, Hernández Arroyo L, Rentero Martín D y Güerre Lobera MJ. Cuadernos de salud mental del 12. N° 11 (2015) (manual terapia grupal basado en El gato valiente disponible online en web hospital Doce de Octubre-Psiquiatría-Docencia)

<https://coollittlekids.org.au/login> Programa online australiano dirigido a padres de niños entre 3 y 6 años con ansiedad o timidez para prevenir problemas de ansiedad futuro

17.- CAPÍTULO 17: TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO Y TRASTORNOS RELACIONADOS

Francisca de la Torre Brasas Psiquiatra. Complejo Asistencial de Ávila. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Flora M^a Vega Fernández. Psiquiatra. Hospital El Bierzo. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

17.1.- Introducción

La categoría del trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados del DSM5 agrupa diferentes trastornos con una psicopatología nuclear común y que comparten similitudes en la neurobiología, la comorbilidad y en su abordaje terapéutico. En la CIE10 se incluyen dentro diferentes categorías y aún no están reconocidos algunos de ellos (Tabla 17-1).

Tabla 17-1: Clasificación Nosológica

DSM5:	CIE10
Trastorno Obsesivo compulsivo y trastornos relacionados: <ul style="list-style-type: none">✘ Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)✘ Tricotilomanía✘ Trastorno dismórfico corporal✘ Trastorno de acumulación✘ Trastorno de Excoriación	Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos: <ul style="list-style-type: none">✘ Trastorno Obsesivo Compulsivo✘ Trastorno Dismórfico Corporal
	Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos: <ul style="list-style-type: none">✘ Tricotilomanía

17.2.- TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC)

17.2.1.- Historia

Fue Legrand du Saulle en 1875 reconoció la existencia del TOC en la infancia. Más tarde, en 1903, Pierre Janet describió las obsesiones de un niño de cinco años como una “ardua reflexión de lo obvio” sugiriendo que los pensamientos obsesivos serían como “tics mentales” de difícil diagnóstico por la tendencia del paciente a mantener en secreto la sintomatología. Posteriormente

Leo Kanner (1935) resaltó que los niños que sufrían TOC habían sido criados con una “sobredosis de perfeccionismo parental” y la tendencia de los padres a implicarse en los rituales. Anna Freud (1965) diferencia las obsesiones y las compulsiones del TOC de los rituales normales de la infancia y, unos años más tarde, Judd enumera los criterios diagnósticos del TOC. Sin embargo, no fue hasta mediados de la década de los años 1980 cuando el TOC empezó a estudiarse de forma sistemática en niños.

17.2.2.- Definición

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) se caracteriza por la presencia y recurrencia de obsesiones y/o compulsiones. Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusivos y no deseados, mientras que las compulsiones son conductas o actos mentales repetitivos que la persona se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con ciertas reglas que debe seguir estrictamente (rituales). Las compulsiones son llevadas a cabo para tratar de ignorar, suprimir o neutralizar los pensamientos obsesivos, y reducir así el malestar que estos generan.

Para poder hacer el diagnóstico de TOC, las obsesiones y/o compulsiones deben alterar el funcionamiento habitual del niño o adolescente.

En la vida cotidiana del niño es habitual encontrar supersticiones y/o rituales que son normales para la edad del niño y que hay que diferenciar del ritual obsesivo compulsivo (Tabla 17-2)

Tabla 17-2: Diferencias entre rituales obsesivos y rituales normales para la edad (Toro y cols, 1987)

Ritual obsesivo-compulsivo	Ritual normal para la edad
Se acompaña de ansiedad	Es placentero
Tiene consecuencias negativas e interfiere en la vida cotidiana	No interfiere en la vida cotidiana
Tiene como finalidad reducir la ansiedad	Tiene como finalidad pasarlo bien
Es percibido por los demás como algo patológico	Es percibido por los demás como algo normal
Se prolonga a la adolescencia y a la vida adulta	Disminuye a partir de los 8 años
No contribuyen al aprendizaje o desarrollo	Contribuyen al aprendizaje y desarrollo del niño
Es incapacitante, produce sufrimiento y contribuye al aislamiento social	No es incapacitante, produce placer y puede servir en el juego con otros niños

17.2.3.- Epidemiología

Se estima que la prevalencia del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) oscila entre el 1 y el 4% en niños y adolescentes, incrementándose de manera exponencial con la edad,

No obstante, posiblemente existe una infraestimación en las cifras ya que con frecuencia transcurre mucho tiempo (entre 5 y 8 años) desde que aparecen los primeros síntomas hasta que se consulta por ellos. En relación con la edad se observan dos picos de presentación: de 8 a 12 años y después de la pubertad con un predominio en varones en los niños más pequeños.

17.2.4.- Etiología

Aunque la causa es aún desconocida, actualmente se considera el TOC como un trastorno de origen neurobiológico con una etiología variada, que incluye factores genéticos y no genéticos relacionados con anomalías neuroquímicas y neuroanatómicas que contribuyen a la manifestación de la enfermedad.

17.2.4.1.- Factores genéticos

Los factores genéticos están implicados de forma significativa en la transmisión y expresión del TOC de inicio infantil. Se ha observado una tasa de concordancia en gemelos monocigóticos más alta que en gemelos dicigóticos, así como, una tasa de la enfermedad en la familia de primer grado de estos niños diez veces mayor que la de la población general. Se piensa que en el riesgo genético a desarrollar el trastorno podrían estar implicadas variantes genéticas relacionadas con el sistema serotoninérgico, dopaminérgico y glutamatergico, así como factores neurotróficos, de transmisión y de las hormonas sexuales y sus receptores.

17.2.4.2.- Factores no genéticos

Factores ambientales perinatales: excesiva ganancia de peso durante el embarazo, parto prolongado, nacimiento prematuro, ictericia, estrés emocional, lesión cerebral traumática, uso de tóxicos (alcohol, cocaína, psicoestimulantes y hormonas) al principio de la gestación (Brander, Pérez-Vigil et al., 2016).

Factores inmunológicos: se ha relacionado la sintomatología obsesivo-compulsiva, junto con la aparición de tics, con la presencia de anticuerpos contra el estreptococo beta hemolítico del grupo A tras infecciones estreptocócicas. Este cuadro se conoce bajo el acrónimo de PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorder Associated with Streptococcal Infections) y se caracteriza por un inicio precoz de síntomas obsesivo-compulsivos o tics, predominio en el sexo masculino, exacerbaciones sintomáticas súbitas relacionadas con infecciones por estreptococos y asociación frecuente a hiperactividad motora, impulsividad e inatención. Actualmente también se han implicado a otros agentes infecciosos diferentes de estreptococo así como a factores no infecciosos (enfermedades autoinmunes y autoinflamatorias) y se habla del Síndrome Neuropsiquiátrico Pediátrico de inicio Agudo (PANS) caracterizado por la aparición súbita de sintomatología obsesivo compulsiva asociada a otros síntomas como labilidad emocional, ansiedad de separación, déficits cognitivos, disgrafía, comportamientos oposicionistas e hiperactividad motora

17.2.4.3.- Alteraciones neuroanatómicas

En estudios de neuroimagen se ha descrito cambios de volumen de la sustancia gris en los pacientes con TOC con una disminución en la región cortical frontotemporal y mayor volumen en la corteza frontoparietal, corteza cingulada, cerebelo y zonas subcorticales especialmente en el tálamo a diferencia de los adultos en los que se afecta fundamentalmente el globo pálido y el hipocampo.

A nivel funcional se ha observado un aumento del metabolismo en reposo en la corteza orbitofrontal y en la corteza cingulada anterior izquierda, así como en otras áreas cerebrales como el tálamo, el caudado y regiones cerebelosas. Se ha comprobado que el tratamiento farmacológico y la terapia cognitivo-conductual, reducen la actividad de estas áreas.

17.2.4.4.- Alteraciones neuroquímicas

La mejoría de la sintomatología obsesivo-compulsiva tras la administración fármacos inhibidores de la recaptación de serotonina hace pensar que la deficiencia de este neurotransmisor tiene un importante papel en la patogenia de la enfermedad. Sin embargo, también podrían intervenir otros neurotransmisores, como la dopamina (el aumento se relaciona con conductas repetitivas), o el ácido glutámico y que cobrarían importancia en el tratamiento del TOC resistente a los inhibidores de la recaptación de la serotonina

17.2.5.- Diagnóstico y cuadro clínico

Los síntomas más importantes son las obsesiones y compulsiones que interfieren en la vida diaria del niño, cambiando su comportamiento y su carácter, dificultando la vida social y escolar. Se perciben como exageradas y anómalas y, sin embargo, no pueden evitarse y suelen intentar ocultarlo o justificarse con razonamientos minimizadores.

Clínicamente, el TOC puede debutar con un síntoma único que persiste durante meses o incluso años, y al que se irán añadiendo otras obsesiones y compulsiones. Hasta en un tercio de los casos, pueden identificarse estresores ambientales en el año previo al inicio del trastorno.

Tabla 17-3: Obsesiones y compulsiones más frecuentes en los niños con TOC

Obsesiones	Compulsiones
Preocupación con lo sucio, gérmenes o toxinas medioambientales	Lavado de manos, ducha, baño, cepillado de dientes o acicalarse de forma excesiva o ritualizada
Preocupación de que algo terrible ocurrirá, como fuego, muerte o enfermedad	Repetir constantemente una acción: el ir dentro y fuera a través de una puerta o arriba y abajo en una silla
Simetría, orden o exactitud	Comprobar puertas, cerraduras, horno, trabajo escolar
Obsesiones religiosas	Rituales de eliminar el contacto con los contaminantes
Números que dan o quitan suerte	Rituales de tocar o golpear rítmicamente
Preocupación o disgusto con los fluidos corporales	

Las obsesiones más frecuentes en la infancia (Tabla 3) son las relacionadas con el miedo a contaminarse, a menudo acompañado por compulsión a lavarse las manos y evitar los objetos contaminados. Los contaminantes pueden ser tan específicos como el VIH o semen, o tan inespecíficos como algo “sucio”. También son frecuentes las preocupaciones acerca de la seguridad de los padres o de ellos mismos.

Otros síntomas que se pueden observar en el niño o adolescente afecto de TOC pueden consistir en:

La compulsión repetida de comprobar (por ejemplo, si las puertas están cerradas o si los miembros de la familia están seguros) y puede ser la manifestación de un patrón más general de pensamiento obsesivo que gira alrededor de si ha herido los sentimientos de alguien, o acerca del miedo de atropellar a un animal con la bicicleta. También son frecuentes los pensamientos intrusivos de miedo a agredir a alguien debido al descontrol, incluso con imaginación truculenta del hecho, siempre contra los propios deseos y sentimientos.

Otras compulsiones como contar, colocar o tocar de forma repetida. Aunque algunas compulsiones están ligadas a una preocupación específica, muchas consisten en acciones repetidas hasta que sienten que “ya está bien” (los niños pueden ir adelante y atrás a través de una puerta, o arriba y abajo por las escaleras). Puede incluir hacer las acciones con la izquierda y luego con la derecha, o repetir las acciones un número de veces

La compulsión de releer o reescribir las tareas escolares puede interferir en el rendimiento académico.

Rituales mentales pueden consistir en oración silenciosa, repetición, contar o pensar en algo de forma repetida.

En la Tabla 17-4 se señalan algunas características en la presentación del TOC según la etapa de la vida.

Tabla 17-4: Características del TOC según las diferentes etapas de la vida (Lázaro 2014)

Edad preescolar	Edad escolar	Adolescencia
<p>Predominio en varones: 3:2. Síntomas identificados más frecuentemente: limpieza, ordenar la ropa por tamaño, forma y color, insistir en una forma de corte de cabello, oler objetos, su propio cuerpo o a las personas que tienen cerca, almacenar o preguntar por aspectos que les den seguridad La evolución a esta edad tiende a ser continua con fluctuaciones.</p>	<p>Temáticas de las obsesiones y compulsiones similares a las de los adolescentes, salvo la mayor frecuencia de compulsiones de orden y repetición. Frecuentes comprobaciones y repeticiones de “evitación del daño” (conductas realizadas con el fin de evitar que le ocurra algo malo a un familiar cercano) La gravedad de los síntomas es similar a la presentada en otras edades de la vida. Los padres refieren una mayor dificultad psicosocial de estos niños.</p>	<p>Síntomas similares a los del adulto, aunque es más frecuente la existencia de múltiples obsesiones y compulsiones, y peor conciencia de enfermedad. Las obsesiones agresivas y las religiosas suelen estar más representadas en esta edad que en población adulta.</p>

Es bastante frecuente la exigencia vehemente a los padres para convertirlos en “ayudantes” de sus rituales, mostrándose irritados si éstos no acceden a sus exigencias de cooperación, lo que perturba de forma persistente la vida cotidiana de la familia.

Aunque las clasificaciones nosológicas actuales no consideran un cuadro clínico específico del TOC en la infancia, en la DSM5 se hace referencia a que los niños pequeños pueden no ser capaces de definir el objetivo de los comportamientos o actos mentales, por lo que es frecuente que tengan más compulsiones que obsesiones sobre todo cuanto menor es la edad. En algunos casos las compulsiones pueden estar precedidas o acompañadas no solo de obsesiones sino también por diferentes tipos de fenómenos sensoriales físicos o mentales como: sensaciones cutáneas (sensación de grasa en sus manos y lavarlas de forma repetida por este motivo), las percepciones de “cómo debería estar” (necesidad urgente de reordenar y colocar objetos hasta que les parezcan estar “como debería ser”).

Además, en los niños, es menos probable que reconozcan los síntomas como egodistónicos ya que su madurez cognitiva no les permite reconocer las obsesiones como ideas absurdas. Estas características, junto a la dificultad de articular y describir los síntomas, hacen que el diagnóstico del trastorno pueda retrasarse considerablemente.

La DSM5 diferencia un subtipo de TOC relacionado con tics que puede aparecer en el 10 a 40% de los niños con TOC y que tiene una alta carga familiar, afectando a varones, con predominio de síntomas obsesivo-compulsivos de simetría, pensamientos prohibidos y acumulación, y que asocia fenómenos sensoriales previos con mayor frecuencia. Se caracteriza por un pico inicial de gravedad sobre los 12 años siendo probable una remisión de los síntomas al alcanzar la edad adulta.

El TOC relacionado con tics asocia comorbilidad mayor con TDAH, Trastorno negativista desafiante y TEA.

El diagnóstico del TOC es siempre clínico, basado en entrevista con el menor y progenitores. La historia se completa con una exploración física y neurológica para descartar una posible patología del sistema nervioso central. En caso de que se sospeche un origen orgánico de los síntomas, puede valorarse la realización de una prueba de neuroimagen. Si el comienzo es brusco y se sospecha de la relación de los síntomas con una posible infección, puede realizarse un frotis faríngeo y una determinación de anticuerpos antiestreptolisina (ASLO). Por último, si se valora la instauración de tratamiento psicofarmacológico, se recomienda solicitar una analítica general (bioquímica y hemograma) y un electrocardiograma.

Existen diferentes instrumentos de evaluación tanto para el diagnóstico como para cuantificar la gravedad de los síntomas o el nivel de aceptación familiar (Tabla 5) validados para la población infantil y que están disponibles en español.

Tabla 17-5: Instrumentos de evaluación del TOC

Diagnóstico	Gravedad	Aceptación familiar
<ul style="list-style-type: none"> • K-SADS-PL: <i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children</i> • DICA: <i>Diagnostic Interview for Children and Adolescents</i> • ADIS-IV-C/P: <i>Anxiety Disorders Interview Schedule for DMS-IV: Child and Parent versions</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • CY-BOCS: <i>Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale</i> • DYBOCS: <i>Dimensional Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale</i> 	<ul style="list-style-type: none"> FAS: <i>Family Accommodation Scale</i>

En ningún caso las exploraciones biológicas o pruebas complementarias son diagnósticas de TOC.

17.2.6.- Comorbilidad

Se calcula que más del 75% de los niños que padecen TOC desarrollarán algún otro tipo de trastorno psiquiátrico a lo largo de su vida. La comorbilidad más frecuente se observa con:

- Trastornos del neurodesarrollo:

Trastornos por tics y trastorno de Tourette (TT): entre el 22 y el 44% de individuos con TT tienen también TOC, mientras que casi la mitad de los niños y adolescentes con TT desarrollaran un TOC o síntomas obsesivo-compulsivos al llegar a la edad adulta

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): alrededor de un 30% de niños y adolescentes con TOC cumplen los criterios diagnósticos de TDAH, mientras que el porcentaje de TOC en niños con TDAH se estima entre el 8 y el 11%. Por regla general, cuando el TOC se acompaña de TDAH, su inicio es más temprano, sus síntomas son más severos y su curso es más persistente que cuando se presenta sin TDAH.

Trastornos de espectro autista (TEA): alrededor de un 15% de los pacientes con TEA presentan un TOC.

- Trastornos de ansiedad: especialmente con el Trastorno de Ansiedad Generalizada.
- Trastorno negativista-desafiante, con una presentación de la enfermedad más grave y peor curso clínico
- Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa: es frecuente que los menores con trastornos de la conducta alimentaria que presentan de forma comórbida un TOC tengan obsesiones de contaminación, agresión y somáticas, así como compulsiones de orden y comprobación
- Trastorno depresivo mayor: la depresión suele afectar a aproximadamente una cuarta parte de los niños y adolescentes con TOC
- Trastorno bipolar: aproximadamente un 20% de los niños y adolescentes con trastorno bipolar tienen un TOC concurrente, y el 15% de los pacientes con TOC tienen un trastorno bipolar. La presencia de ambos trastornos se asocia con un inicio más precoz, síntomas de acumulación, mayor comorbilidad y peor funcionamiento general. Por otra parte, cuando estos dos trastornos concurren, existe una alta frecuencia de múltiples trastornos de ansiedad, como trastorno de ansiedad generalizada o fobia social.

17.2.7.- Evolución y Pronóstico

La evolución del TOC es heterogénea siendo frecuente que los síntomas cambien a lo largo del tiempo, aunque a menudo se mantienen ligados bajo una determinada coherencia temática. Hasta el 40-50% de los niños y adolescentes afectados experimentan una recuperación del trastorno hasta permanecer con mínimos síntomas remanentes. Algunos

estudios ponen en relación la persistencia del trastorno con el tiempo durante el cual el paciente lo había presentado antes de la valoración inicial.

17.2.8.- Diagnóstico diferencial

Se debe realizar con:

- Comportamientos normales de la infancia: rituales y supersticiones (ver tabla1)
- Trastorno depresivo: puede acompañarse de rumiaciones y obsesiones que están en relación con el estado de ánimo, no se consideran absurdas y no suelen acompañarse de compulsiones para contrarrestar o neutralizar el malestar causado por sus rumiaciones.
- Trastorno de Tourette, tics motores complejos y compulsiones motoras: los movimientos originados por los tics suelen ser menos complejos que las compulsiones y carecen de finalidad; es decir, no tienen como objetivo disminuir o neutralizar la ansiedad producida por las obsesiones. No obstante, puede ser muy difícil distinguir un tic motor complejo de una compulsión, y dicha confusión puede aumentar cuando el paciente presenta ambos trastornos de forma comórbida.
- Trastorno del Espectro del Autismo: pueden presentar estereotipias repetitivas, pero, a diferencia de estas, las compulsiones del TOC suelen ser metódicas, complejas y egodistónicas
- Trastornos de ansiedad como ansiedad por separación o el trastorno de ansiedad generalizada que no suelen acompañarse de rituales compulsivos. En las fobias simples los temores disminuyen cuando el menor no está expuestos al estímulo mientras que en el paciente obsesivo la lejanía del objeto temido no reduce el malestar.
- Trastornos de la conducta alimentaria: pueden asociarse ambos trastornos. Si los síntomas obsesivos y las conductas asociadas se refieren únicamente al peso, cuerpo, comida y actividad física o conductas purgativas, se diagnosticará sólo trastorno de la conducta alimentaria.
- Trastorno dismórfico corporal: como en el TOC, en el trastorno dismórfico corporal aparecen obsesiones y compulsiones, pero los síntomas están limitados a la apariencia física.
- Hipocondría: el temor reiterado a padecer una enfermedad no suele acompañarse conductas de evitación, frecuentes en el TOC. No obstante, el temor de haber contraído una enfermedad grave puede estar relacionado con conductas de comprobación, que sí están presentes en el TOC.
- Esquizofrenia: las ideas delirantes recurrentes y las conductas extravagantes que las acompañan no son coherentes con la realidad.

17.2.9.- Tratamiento

El tratamiento deberá individualizarse en cada paciente, teniendo en cuenta la gravedad, frecuencia, intensidad e interferencia de los síntomas. Se deberán tener en cuenta posible la presencia de trastornos comórbidos, el nivel de desarrollo del niño y el impacto del trastorno en el funcionamiento del menor, familia y entorno.

Las modalidades terapéuticas que han demostrado tener eficacia son: la terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y/o el tratamiento farmacológico con Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS).

La terapia cognitiva-conductual incluye: Exposición y prevención de respuesta: (entrenando al menor a exponerse a las obsesiones y a evitar actuar las compulsiones), la reestructuración

cognitiva (modificar falsas convicciones, parar el pensamiento obsesivo y discutir la necesidad de las compulsiones) y relajación (aunque no tiene beneficio directo sobre el TOC, se utiliza para contener el descontrol emocional durante los ejercicios de exposición y prevención).

En los casos de TOC leve-moderado se indica la TCC como tratamiento de elección y en los casos más graves, o cuando hay una falta de respuesta a la TCC, se recomienda asociar ISRS: Fluoxetina, Sertralina, Fluvoxamina, Paroxetina o Citalopram, que producen una importante reducción de los síntomas (29-40%) y suelen resultar seguros y bien tolerados. No existen diferencias significativas entre los ISRS para reducir los síntomas obsesivo-compulsivos en niños y adolescentes con TOC, y la respuesta a los ISRS no está relacionada con la dosis de medicación. Sin embargo, los niños y adolescentes presentan una tasa de efectos secundarios a los ISRS superior que los adultos. por lo que el inicio de estos fármacos debe ser siempre lento y gradual. Esta recomendación es especialmente importante en menores de 12 años, para los cuales las guías recomiendan iniciar el tratamiento con un cuarto o la mitad de la dosis habitual.

El inicio de la dosis ha de ser lento con incrementos graduales semanales para evitar la posible existencia de efectos secundarios y el posterior abandono del tratamiento Si no se observa respuesta con un ISRS tras 12 semanas de tratamiento, se debe ensayar otro ISRS. Si se sigue sin observar respuesta se recomienda disminuir la dosis del ISRS y añadir Clomipramina o cambiar totalmente a Clomipramina. Otra opción es la potenciación del tratamiento con ISRS asociando antipsicóticos atípicos como la risperidona o el aripiprazol. También se recomienda la asociación ISRS-antipsicóticos atípicos en el tratamiento del subtipo de TOC relacionado con tics.

El tratamiento se mantendrá al menos 6 meses (TOC moderado) a 12 meses (moderado-grave) Esta supresión se deber realizar también de forma gradual.

Aunque no existe actualmente consenso claro de cómo tratar a los niños con TOC que cumplen criterios diagnósticos para PANDAS/PANS, de forma general, para estos pacientes se recomienda aplicar los mismos tratamientos que para pacientes con TOC que no los cumplen. Se ha comprobado que el tratamiento profiláctico con penicilina o azitromicina mantenido durante un año es efectivo para prevenir las infecciones por estreptococo beta hemolítico A y las exacerbaciones de los síntomas neuropsiquiátricos presentes en el PANDAS.

17.3.- TRICOTILOMANIA

17.3.1.- Definición

La tricotilomanía es un trastorno caracterizado por la acción recurrente de arrancarse el pelo lo que conduce a una pérdida variable del mismo objetivable por los demás.

El pelo se arranca “a tirones”, y la persona experimenta tensión previa y placer o gratificación al realizar el acto. Fue descrita por Hallopeau en 1889 señalando una base psicopatológica subyacente, pero, hasta 1987 no es aceptada como diagnóstico psiquiátrico incluyéndose en las clasificaciones internacionales.

Aunque la Tricotilomanía sigue siendo poco estudiada en los niños, se ha observado una incidencia mayor entre los dos y los seis años afectando por igual a varones y mujeres y generalmente, suele ser menos grave desde el punto de vista dermatológico y psicológico

La forma crónica del trastorno, y potencialmente más grave, suele iniciarse al principio de la adolescencia, afectando sobre todo a las mujeres.

Entre el 33-40% de los pacientes con tricotilomanía mastican o se tragan el cabello (tricofagia) y un 35% desarrollan bezoares (bolas de pelo acumuladas en el aparato digestivo) que pueden requerir intervención quirúrgica urgente (Síndrome de Rapunzel).

17.3.2.- Etiología

La Tricotilomanía se considera como un trastorno multifactorial en el que intervendría como factor precipitante el estrés psicosocial dentro del marco familiar (mudanza a un nuevo hogar, reciente llegada de un nuevo hermano, hospitalización de la madre, divorcio de los padres...) y por condicionamiento clásico en el que determinados estímulos internos y externos, disparan la actividad de tirarse del pelo, y se mantiene el hábito por reforzamiento operante, que surge de la reducción de tensión que produce el arrancamiento del pelo. Además, se piensa que podría existir un sustrato biológico alterado (disfunción serotoninérgica) y una predisposición genética, habiéndose observado en los familiares historial de tics, trastornos del control de los impulsos y síntomas obsesivos-compulsivos.

17.3.3.- Diagnóstico y cuadro clínico

El DSM5 incluye los criterios diagnósticos de la tricotilomanía considerándola dentro del Trastorno obsesivo-compulsivo, mientras que en la CIE10 se sigue incluyendo como un trastorno del control de los impulsos.

Puede haber arrancamiento del pelo en cualquier región del cuerpo donde este crezca (incluyendo las regiones axilares, púbica y perirrectal), pero los sitios más frecuentes son la cabeza, existiendo predilección por las regiones coronales o parietales, en las cejas y las pestañas (pueden llegar a desaparecer por completo). La tricotilomanía puede aparecer asociada a otras conductas repetitivas centradas en el cuerpo, como pellizcarse la piel, rascarse (costras, acné u otras imperfecciones, hacerse excoriaciones...) En la infancia se observa por igual en varones y en mujeres.

Típicamente el pelo se arranca de uno en uno, aunque también se pueden arrancar en manojos. El arrancamiento de pelo puede ocurrir en episodios breves distribuidos a través del día o en menor frecuencia, pero de forma sostenida, continuar durante horas. Las circunstancias provocadoras de estrés aumentan el comportamiento de arrancamiento del pelo, aunque en los estados de relajación y distracción también se observa este comportamiento (p. ej., cuando se lee un libro o se ve la televisión).

El acto de arrancarse el pelo también puede ir precedido o acompañado de diferentes estados emocionales de ansiedad o aburrimiento, puede estar precedido de una sensación de tensión creciente (ya sea inmediatamente antes de sacar el pelo o cuando se intenta resistir el impulso de arrancárselo).

Se ha descrito una forma en la que el arrancamiento del pelo es un acto intencionado, consciente para controlar una sensación corporal urgente (un hormigueo o quemazón) o un pensamiento, asociada a una situación de estrés. Y otra en la que el arrancado es automático, sin que el niño sea consciente del mismo y sin que medie una sensación de estrés previa. A menudo las dos formas coexisten

El inicio temprano (antes de los 6 años) tiende a remitir más fácilmente y responde a estrategias de sugestión, apoyo y comportamiento. Los inicios tardíos (después de los 13 años) asocian mayor cronicidad y peor pronóstico

Frecuentemente la tricotilomanía se asocia a otras patologías psiquiátricas como el trastorno de excoriación o el trastorno depresivo mayor, lesiones dermatológicas y a complicaciones derivadas de la ingesta del pelo arrancado (Bezoar).

17.3.4.- Diagnóstico diferencial

La fenomenología de la tricotilomanía y de los TOC se solapan, pero a diferencia de estos últimos, los pacientes con tricotilomanía no experimentan pensamientos obsesivos y la actividad compulsiva se limita al acto de arrancarse el pelo.

En los trastornos de neurodesarrollo, el arrancarse el pelo puede cumplir los criterios diagnósticos de estereotipias.

La tricotilomanía se diferencia del trastorno por tics en que estos rara vez conducen a arrancarse el cabello.

Puede ser necesario realizar una biopsia de piel para diferenciar el trastorno de arrancarse el pelo de la alopecia areata y la tinea capitis.

17.3.5.- Tratamiento

No hay consenso en cuanto a la mejor modalidad de tratamiento. Las intervenciones psicoterapéuticas de tipo cognitivo conductual han mostrado ser efectivas. (Tabla 6) al igual que la terapia de reversión del hábito cuya idea general implica el aumento de darse cuenta por parte del paciente sobre cada ocurrencia del hábito y su interrupción

por medio de una respuesta que compita con él, de forma que cuando se sea consciente de lo que se está haciendo se haga esa conducta para evitar tirarse del pelo (p.ej., apretar el puño). Algunos estudios que indican que para el tipo automático el tratamiento más eficaz es la reversión de hábito, pero para el consciente es necesario añadir otras técnicas cognitivo-conductuales (Sarmiento T y cols. 2016).

En los casos de cronificación severa o cuando existe comorbilidad asociada, se pueden utilizar los ISRS.

Tabla 17-6: Técnicas cognitivo-conductuales

Objetivo	Técnica
Disminuir y controlar el nivel de activación fisiológica	Entrenamiento en técnicas de respiración. Entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson.
Disminuir la intensidad y frecuencia de los pensamientos negativos	Detención del pensamiento. Reestructuración cognitiva
Modificar las distorsiones cognitivas.	Autoinstrucciones. Autorrefuerzo.
Aumentar la motivación para el abandono del hábito.	Tomar conciencia de cuándo y cómo ocurre. Exposiciones en imaginación y en in vivo de las mejorías ante la ausencia de la conducta problema.
Disminuir la frecuencia de arrancamiento.	Conducta incompatible. Respuesta alternativa, reacción de competencia.
Disminuir la frecuencia de las conductas de evitación.	Explicación de la actuación del reforzamiento positivo y negativo en su conducta. Resolución de problemas. Autorrefuerzo. Refuerzo del terapeuta.

17.4.- TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL (TDC)

El Trastorno dismórfico corporal (TDC), anteriormente conocido como “fealdad imaginaria” o dismorfofobia, se define como una preocupación importante y anormal por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico, que no son observables o parecen sin importancia a otras personas. Las personas con este trastorno, que se adhieren tozudamente a una apreciación no compartida por la mayoría de la gente, tienen miedo a que los demás se den cuenta del supuesto defecto físico, muestran sentimientos de culpa y vergüenza, se preocupan de modo repetitivo, sobrevalorado o delirante, evitan las situaciones sociales y la exposición del cuerpo, tienen rituales y solicitan tratamiento médico y cosmético de forma reiterada

Su causa aún es desconocida, aunque se piensa que en su fisiopatología podrían intervenir tanto factores biológicos: disfunción serotoninérgica, timidez, perfeccionismo o temperamento ansioso, como de tipo ambiental: burlas o acoso escolar por parte de los compañeros, mala relación parental, aislamiento social, falta de apoyo familiar o abuso sexual, y presencia de estigmas dermatológicos o físicos (acné o cicatrices).

Los síntomas generalmente comienzan a manifestarse, bien de forma gradual o súbita, en la adolescencia o adultez temprana, momento en el que surgen la mayoría de las críticas personales relacionadas con la autoimagen corporal, aunque también puede afectar a niños más pequeños. Existe una mayor incidencia del TDC en el sexo femenino; pero los cambios en el sexo masculino van en aumento por la influencia social de un prototipo del “hombre perfecto”.

Las preocupaciones se centran habitualmente en la cara o en la cabeza, aunque pueden ser referidas en cualquier parte del cuerpo. La piel, el pelo y la nariz suelen ser las partes más frecuentemente señaladas como aversivas (p. ej., debido a acné, marcas, cicatrices, arrugas, pérdida de pelo, nariz grande o torcida, entre otras), aunque también es común la preocupación respecto a la percepción de asimetría corporal. Estas preocupaciones suelen ser definidas como angustiosas, consumen tiempo y, por lo general, son difíciles de resistir y controlar conllevando la aparición de comportamientos o actos mentales excesivos y repetitivos como mirarse constantemente al espejo, pellizcarse la piel, disimulo del aspecto o comparaciones con otras personas. En la tabla 7 se recogen los niveles de respuesta alterados en el TDC.

La DSM5, dentro del TDC, especifica la dismorfia muscular que afecta casi exclusivamente a los varones en los que la preocupación se centra en la idea de que estructura corporal es demasiado pequeña o poco musculosa.

Tabla 17-7: Niveles de respuesta alterados en el TDC

Nivel fisiológico	Respuestas de activación del Sistema Nervioso Autónomo (sudor, temblor, dificultades de respiración, etc.)
Nivel conductual	Conductas de evitación, camuflaje, rituales de comprobación y tranquilización.
Nivel cognitivo	Preocupación intensa, creencias irracionales, distorsiones perceptivas sobreestimación y subestimación, autoverbalizaciones negativas sobre el cuerpo. Las preocupaciones pueden ser patológicas, obsesivas, sobrevaloradas e incluso delirantes.
Nivel emocional	Insatisfacción, asco, tristeza, vergüenza, etc.

Las consecuencias del TDC son: pobre autoestima, depresión, aislamiento social, inhibición, inicio de tratamientos cosméticos, quirúrgicos, dermatológicos, capilares... de forma reiterada y con demandas irracionales. Por otro lado, hay una comorbilidad alta entre el TDC y ansiedad social, depresión, intentos de suicidio, trastorno obsesivo-compulsivo, abuso de sustancias y, en menor medida, psicosis y trastornos de la conducta alimentaria.

En el tratamiento del TDC las intervenciones médicas (dermatológicas, dentales...) o quirúrgicas fracasan. La terapia cognitivo-conductual (técnicas de exposición con prevención de respuesta junto con reestructuración cognitiva) parece ser la más efectiva. El tratamiento con fármacos inhibidores de la serotonina (Fluoxetina o clomipramina), puede reducir los síntomas hasta en el 50% de los pacientes, aumentando el índice de respuesta al asociar antipsicóticos atípicos (risperidona o aripiprazol).

17.5.- TRASTORNO DE ACUMULACIÓN

El trastorno de acumulación consiste en una dificultad persistente para desechar o separarse de las pertenencias, ya que se tiene la percepción de que hay que guardarlas, independientemente

de su valor real, experimentando gran angustia cuando se enfrentan a la perspectiva de desecharlas. La acumulación de objetos congestiona y abarrota las zonas habitables del hogar alterando su uso previsto.

En calificaciones anteriores se consideró como un subtipo de TOC, pero actualmente el DSM5 lo ha considerado una entidad diagnóstica independiente. A diferencia del TOC, en el trastorno de acumulación no aparecen pensamientos intrusivos recurrentes o rituales y suele ser egosintónico. El malestar se relaciona con la perspectiva de tener que deshacerse de cosas y se manifiesta más en forma de ira y culpa que ansiedad.

Los primeros síntomas de acumulación pueden surgir en torno a los 11-15 años y suelen interferir con el funcionamiento de la vida cotidiana en torno a la mitad de la segunda década. Dado que los niños y adolescentes no suelen controlar el entorno donde viven, ni las conductas de desecho o retirada, debe tenerse en cuenta al hacer el diagnóstico la posible intervención de terceros (por ejemplo, los padres) en la reducción de las consecuencias derivadas.

El trastorno de acumulación debe distinguirse del coleccionismo o de la conducta acaparadora normal muy habitual en la mayoría de los niños. Comparte con la acumulación compulsiva el apego a los objetos, pero proceso que realiza el coleccionista está bien estructurado, planeado, es muy selectivo, placentero y es un pasatiempo social

El tratamiento más eficaz es de tipo cognitivo-conductual.

17.6.- TRASTORNO DE EXCORIACIÓN

El Trastorno de excoriación se define como la necesidad o urgencia por apretar la piel (59-85%), rascar (55-77%), morder (32%), frotar o restregar (22-24%), tocar (15.0%), excavar y remover (5-11%) o pinchar (3%); siendo los instrumentos más comúnmente utilizados uñas (73 80%), dedos (51-71%), dientes (35%), alfileres o broches (5.-16.5%), pinzas (9-14%), tijeras (5%), tejidos (5%) y otros instrumentos (3%). Esto da lugar a que se provoquen lesiones en la piel y en ocasiones daños importantes que pueden desfigurar la zona afectada. La región más comúnmente elegida es el rostro, pero otras localizaciones frecuentes son los brazos, piernas, espalda, encías, labios, los hombros, el cuero cabelludo, el estómago, el pecho, y las cutículas y uñas de los pies

Los criterios diagnósticos del DSM5 exigen que el rascado sea recurrente y produzca lesiones en la piel además de intentos repetidos de disminuir o detener esta conducta con una interferencia en la funcionalidad.

El trastorno se suele iniciar entre los 12 a 15 años, aunque se puede observar en niños de menor edad, afectando sobre todo a las mujeres en una proporción de 3-8:1.

En algunos pacientes, los primeros síntomas comienzan con la aparición de acné en la adolescencia. La mayoría de los pacientes centran las lesiones a un área específica del cuerpo. Los episodios de rascado son a menudo precedidos o acompañados por tensión, ansiedad o estrés. Mientras se realiza el rascado, se produce una sensación de gratificación, placer y alivio.

Al rascado impulsivo pueden agregarse conductas repetitivas centradas sobre el cuerpo como la onicofagia (65.4%), onicotilomanía (59%), succionarse los labios (50%), hacer sonar los nudillos (48.7%), enroscar el pelo (39.7%) o morderse la mejilla (23.1%),

La comorbilidad del trastorno de excoriación con otros trastornos psiquiátricos es muy elevada: depresión mayor (47,6%), distimia (28,6%), ansiedad generalizada (19%), trastorno obsesivo compulsivo (6-19%), fobia social (9.5%), bulimia (9.5%), trastorno de pánico (4.8%), trastornos de somatización (4.8%) y tricotilomanía (10%).

El tratamiento más efectivo es la terapia cognitivo conductual breve y la terapia de reversión de hábitos.

17.7.- Bibliografía

- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM5), 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría
- Brander, G., A. Pérez-Vigil, H. Larsson and D. Mataix-Cols. (2016). Systematic review of environmental risk factors for Obsessive-Compulsive Disorder: A proposed roadmap from association to causation. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 65: 36-62.
- Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE10 Trastornos Mentales y del Comportamiento 1993 Ed. Panamericana.
- Kaplan y Sadock (2015). Sinopsis de Psiquiatría. Ed. Wolters Kluwer.
- Lázaro, L. (2014). Trastorno obsesivo-compulsivo: técnicas, estrategias generales y habilidades terapéuticas. Ediciones Pirámide.
- Sarmiento, Teresa, Guillen, Verónica y Sánchez, José María (2016). El tratamiento psicológico de la tricotilomanía: Un estudio de caso. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21 (1), 57-66.
- Soutullo C (2011). Guía Esencial de Psicofarmacología del Niño y del Adolescente. Ed: Panamericana.
- Soutullo C, Mardomingo MJ (coord.) (2010). Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. AEPNYA Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente Edición. Madrid: Ed Panamericana
- Toro J y cols. (1987). Obsesiones en la infancia. En Vallejo Ruiloba (ed). Estados obsesivos. Barcelona: Salvat.
- Wiener, J. y Dulcan, M. (2006). Tratado de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Barcelona: Ed. Masson.

Para Profundizar

- Abad González A.C. y cols. (2015) Actualización en el trastorno por excoriación. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. *Revista Iberoamericana de Psicopatología*, 116:57-68
- Cibersam (2018) Guía del tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en Niños y Adolescentes
- Duke, D.C., Keeley, M.L., Geffken G.R. y Storch, E.A. (2010). Trichotillomania: a current review. *Clinical Psychology Review*, 30: 181-193.
- Krebs G, HeymanI (2015). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents *Arch.Dis. Child*, 100:495-499.
- Mataix Dy cols. (2014). Hoarding Disorder. *N Engl J Med*, 370:2023-2030.
- Peña-Casquero Patricia (2016). Tratamiento cognitivo conductual en una adolescente con trastorno dismórfico corporal. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, Vol. 3. N.º. 1: 37-44.

Enlaces de interés

- <https://toczaragozablog.files.wordpress.com/2018/06/guc3ada-toc-para-profesores.pdf>
- <https://toczaragozablog.files.wordpress.com/2018/05/como-ayudar-a-su-hijo-guia-sobre-el-toc-para-padres.pdf>
- <https://docplayer.es/77906717-Trastorno-obsesivo-compulsivo-en-el-nino-y-el-adolescente.html>

18.- CAPÍTULO 18: TRASTORNO DEPRESIVO Y TRASTORNO BIPOLAR

M^a Rosario. Hernando Segura. Psiquiatra. Complejo Asistencial de Burgos. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Begoña Antúnez María. Psiquiatra. Complejo Asistencial de Burgos. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Rocío Gordo Seco. Psiquiatra. Complejo Asistencial de Burgos. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

18.1.- Introducción: Historia y epidemiología

Los trastornos afectivos que aparecen en la infancia y adolescencia se clasifican en dos grandes grupos: trastornos depresivos y trastornos bipolares. Cuando aparecen en épocas tan precoces, la sintomatología propia de la enfermedad va a estar condicionada por los aspectos evolutivos y madurativos de estas etapas por lo que va a ser muy difícil su diagnóstico.

La depresión en la infancia se describió por primera vez en el siglo XVII, pero el concepto no se generalizó hasta mitad del siglo XX. En 1946 Spitz y Wolf demostraron que los niños que son separados de la madre en los primeros meses de vida pueden presentar un cuadro clínico al que denominaron depresión anaclítica, caracterizada por: tristeza, llanto, apatía, pérdida de apetito, desinterés progresivo hacia el entorno y trastorno del desarrollo ponderal y general. A partir de 1970 la aceptación de la existencia de un síndrome clínico depresivo en la infancia es prácticamente total. Se empezó a hablar de depresión enmascarada, debido a que los síntomas depresivos quedaban ocultos por otros síntomas como por ejemplo las quejas somáticas, las alteraciones conductuales o las dificultades escolares. El DSM-III (1980) fue la primera edición del DSM en recomendar el uso de los mismos criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor en todos los grupos de edad.

Globalmente la prevalencia de depresión se sitúa en un 2% en el caso de niños prepúberes y un 4-8 % en el caso de adolescentes. Antes de la pubertad, la prevalencia del trastorno depresivo mayor es similar en niños y niñas, en algunos estudios se ha encontrado que levemente superior en los primeros. Sin embargo, en la adolescencia la prevalencia se duplica en el sexo femenino.

Sobre el Trastorno Bipolar en la infancia-adolescencia las primeras descripciones las realiza Areteo de Capadocia. En el siglo XX, Kraepelin (1921), refiere que el 0,5% de sus pacientes maniaco-depresivos tuvieron su primer episodio a la edad de 10 años, o incluso más jóvenes. En los años 70 surgieron numerosos intentos para diferenciar las características propias de los

trastornos afectivos en la infancia. Davis desarrolló una serie de criterios para el diagnóstico de la manía en el niño que denominó “síndrome variante de la enfermedad maniaco-depresiva” que fueron poco específicos y no se consolidaron. Weller y colaboradores en 1986 realizaron una revisión de 157 casos de niños y adolescentes con cuadros psiquiátricos severos, aplicando los criterios diagnósticos del DSM-III y encontraron que un 50% de los casos que cumplían criterios diagnósticos de manía habían sido diagnosticados de alteraciones de conducta, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) o esquizofrenia. Con estos hallazgos se empieza a objetivar que la manía había sido previamente infra diagnosticada en la población infanto-juvenil.

Las prevalencias halladas en países fuera de EEUU, oscilan entre el 0% en Reino Unido y el 1,9% en Holanda en muestras comunitarias, y el 0% en Reino Unido y el 4% en España en muestras clínicas. Se estima la edad de inicio en el trastorno bipolar entre los 15-19 años. Es raro el diagnóstico antes de los 13 años.

En los adultos el trastorno bipolar afecta en la misma proporción a varones y mujeres en los casos de inicio precoz aumenta la incidencia en los varones.

18.2.- Definición y diagnóstico

Se tiene que tener en cuenta los siguientes términos para poder comprender en que consiste un trastorno depresivo:

- a) Síntomas depresivos, son sentimientos normales (humor triste o disfórico, sentirse infeliz, etc.) Cuando hay muchos aumenta la probabilidad de padecer un trastorno depresivo.
- b) Síndrome depresivo presentación simultánea de síntomas depresivos cuya asociación no es al azar. Además del humor triste o disfórico hay alteraciones en las áreas cognitiva, somática, psicomotora y motivacional. Por ejemplo, retraimiento ante las actividades sociales y extraescolares, problemas de comportamiento en ausencia de historia previa, quejas somáticas repetidas sin explicación aparente, deterioro inexplicable del rendimiento escolar.
- c) Trastorno depresivo: reúne conjuntamente características clínicas del síndrome depresivo, durante un tiempo mínimo y provoca algún grado de incapacidad funcional en la persona que los presenta.

Actualmente los trastornos depresivos en la infancia y adolescencia se codifican dentro de los criterios generales de adultos en las clasificaciones CIE-10 y DSM 5.

Tabla 18-1: Criterios diagnósticos de Trastorno Depresivo Mayor según DSM 5

- | |
|---|
| <p>-Cinco o más de los siguientes síntomas, presentes durante al menos 2 semanas, que producen un cambio en el funcionamiento previo. Al menos uno de los síntomas tiene que ser estado de ánimo deprimido (o irritable en el caso de los niños y adolescentes) o pérdida de interés o placer.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de ánimo depresivo (en niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable). 2. Disminución del interés o placer en actividades. 3. Pérdida de peso o en algunos casos ganancia (en niños se valora más el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables). 4. Insomnio o hipersomnia. 5. Agitación o enlentecimiento psicomotor. 6. Fatiga o pérdida de energía. 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa inapropiados. 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse. 9. Pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida. |
|---|

A su vez hay que especificar si el episodio depresivo es leve, moderado, grave, con características psicóticas (estos pueden ser congruentes con el estado de ánimo, por ejemplo, delirios y alucinaciones en consonancia con temas típicos de la depresión como la incapacidad, la culpa, la muerte. O no congruentes. Los componentes psicóticos son más frecuentes en los episodios depresivos en adultos).

Hablamos de *trastorno distímico*, cuando el humor es crónicamente depresivo o irritable, la mayor parte del día, la mayoría de los días, durante al menos un año.

*Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

Esta entidad clínica ha sido incorporada recientemente en el DSM 5, dentro de los trastornos depresivos, para proporcionar un diagnóstico a aquellos niños que presentan rabietas y episodios de cólera graves, desproporcionados al contexto, no consistentes con el nivel del desarrollo del niño, y que ocurren con un promedio de tres o más veces por semana. En los períodos entre estos episodios el niño debe presentar irritabilidad crónica. No es posible realizar este diagnóstico antes de los 6 años.

Sobre este diagnóstico aún se debate su utilidad y validez clínica.

-El trastorno bipolar es un trastorno del estado de ánimo grave, crónico y recurrente. Clínicamente se caracteriza por episodios de manía o hipomanía que se alternan con episodios de depresión. Durante los episodios de manía o hipomanía existe un humor eufórico, alegría excesiva que se acompaña de alteraciones de la conducta, del pensamiento y excitación psicomotriz. La diferencia entre la manía y la hipomanía es que esta última dura menos días (4 días en vez de 7) y el paciente no presenta un deterioro del funcionamiento tan grave como en los episodios maníacos, no necesita hospitalización y no cursa con síntomas psicóticos.

Tabla 18-2: Criterios diagnósticos de episodio maniaco según DSM 5

<p>-Estado de ánimo elevado, expansivo o irritable y un aumento de la actividad o energía, que dura una semana (o cualquier duración si necesita hospitalización)</p> <p>-Además debe existir 3 o más de los siguientes síntomas (4 si el estado de ánimo es irritable):</p> <ul style="list-style-type: none"> * Aumento de autoestima o sentimientos de grandeza. * Disminución de la necesidad de dormir. * Más hablador de lo habitual. * Fuga de ideas. * Facilidad de distracción. * Aumento de actividad o agitación psicomotora. * Participación excesiva en actividades que tienen consecuencias dolorosas. <p>-Causa importante deterioro en el funcionamiento social o laboral, puede precisar hospitalización, y pueden existir características psicóticas.</p>
--

Hablamos de *Trastorno bipolar tipo I* cuando se alternan episodios depresivos con episodios maníacos, de *Trastorno bipolar tipo II* cuando se alternan episodios depresivos con hipomaniacos y de *Trastorno ciclotímico* cuando se dan numerosos episodios breves y recurrentes de síntomas atenuados hipomaniacos y de depresión, durante al menos 1 año.

18.3.- Etiopatogenia y bases neurobiológicas

18.3.1.- La etiología de los trastornos depresivos

Es multifactorial, se combinan factores biológicos, psicológicos, ambientales y socioculturales. Estos factores pueden desencadenar o mantener un trastorno depresivo.

Cuando hablamos de factores biológicos nos estamos refiriendo a:

- *Factores genéticos*: Los estudios muestran un índice de concordancia del trastorno depresivo en un 76% en gemelos monocigotos y un 19% en gemelos dicigotos. El patrón de herencia es desconocido. Se están investigando los genes que codifican elementos del sistema serotoninérgico.
- *Factores neuroendocrinos*: alteraciones en el eje hipotálamo-hipofisario-glándula adrenal (Eje HPA) (hiperactividad de este eje y como consecuencia se produce un aumento de cortisol que afecta al sistema serotoninérgico), alteraciones de hormonas como la de crecimiento (personas con depresión presentan una menor respuesta a diversos agentes que en sujetos sanos aumentan la secreción de la hormona de crecimiento).
- *Factores cerebrales*: alteraciones cerebrales del circuito cortico-límbico-estriado-palado-talámico, que son las regiones implicadas en la regulación del humor. También se han encontrado alteraciones en varios neurotransmisores como las monoaminas (serotonina, noradrenalina y dopamina), acetilcolina, GABA. Segundos mensajeros y factores de transcripción genética.
- *Factores inmunológicos*: algunos pacientes deprimidos presentan alteración de la función y estructura del sistema monocito-macrófago y aumento de las citoquinas (como las interleuquinas 1 y 6).

Factores psicológicos: algunos rasgos temperamentales se asocian a mayor probabilidad de desarrollar un trastorno depresivo, como, por ejemplo: la excesiva timidez, la introversión, la dependencia emocional, una baja autoestima, la falta de adaptabilidad, la elevada autoexigencia. Por otra parte, las cogniciones negativas sobre uno mismo, su entorno y su futuro, se han relacionado con la aparición y el mantenimiento del trastorno depresivo en niños.

Factores ambientales: un factor estresante negativo puede desencadenar un episodio depresivo como por ejemplo el acoso escolar, desavenencias intrafamiliares, presencia de una enfermedad psiquiátrica en los padres.

Es necesario destacar el maltrato y el abuso sexual, físico o emocional, como factor de riesgo de trastorno depresivo, de comportamiento suicida y de psicopatología en general.

Factores socioculturales: la pobreza, pertenecer a un nivel socioeconómico bajo y vivir en áreas urbanas aumentan el riesgo de presentar un trastorno del humor.

Los expertos sugieren un modelo de diátesis-estrés de depresión, en el que los factores genéticos y antecedentes traumáticos en la infancia actúan como factores predisponentes (vulnerabilidad biológica) y los acontecimientos vitales estresantes actúan como factores desencadenantes. Los factores psicológicos actúan como mediadores o moduladores de la enfermedad.

18.3.2.- Etiopatogenia del Trastorno Bipolar

El trastorno bipolar está considerado como uno de los trastornos mentales con mayor componente genético. Se ha demostrado una tasa de concordancia en gemelos monocigotos del 80% y del 20 % en dicigotos. El riesgo de que los hijos de padres con trastorno bipolar tengan la enfermedad es cuatro veces mayor que el de los hijos de padres sin enfermedad. El estudio genético todavía no puede usarse para hacer el diagnóstico, pero hay regiones en distintos cromosomas que ya han sido identificadas como regiones candidatas relacionadas con el trastorno bipolar, como por ejemplo 22q11-13.

Existe una gran influencia genética en la etiología del trastorno bipolar, sin embargo, en menor medida, también influyen factores biológicos, psicológicos, ambientales y socioculturales.

18.4.- Evaluación y pruebas complementarias

Para el diagnóstico de los trastornos del estado de ánimo se debe realizar una rigurosa historia clínica donde figuren siguientes datos:

-Antecedentes personales: antecedentes somáticos del paciente, con interés especial en procesos neurológicos, endocrinos y/o infecciosos, así como saber si realiza algún tratamiento de forma habitual. Preguntar sobre el consumo de tóxicos. También se deben recoger antecedentes psiquiátricos personales, aquí hablaremos sobre el desarrollo evolutivo, hábitos, características temperamentales, rendimiento académico y relaciones sociales, todo ello con la finalidad de encontrar posibles síntomas y síndromes psiquiátricos previos.

-Antecedentes familiares: Trastornos afectivos u otras alteraciones psicopatológicas o enfermedades orgánicas crónicas.

-Inicio/Evaluación: Cuándo y cómo se inició el cuadro, acontecimientos que lo hayan podido causar, sintomatología presente, duración, repercusión de todo ello en el funcionamiento personal, social, escolar o laboral. Toda esta información debe ser recogida de diversas fuentes.

-Exploración física y neurológica: para descartar posibles procesos orgánicos que estén provocando los síntomas presentes.

- Exploración del estado mental:Tabla 18-3

Tabla 18-3: Exploración del estado mental

	DEPRESIÓN	MANIA
<i>ATENCIÓN Y MEMORIA</i>	Empobrecidas	Distraídos
<i>AFECTIVIDAD</i>	Humor triste o irritable	Animo elevado aunque en ocasiones pueden mostrarse irritable.
<i>LENGUAJE</i>	Escaso y lento	Verborreico y a veces ininteligible
<i>CONTENIDO DEL PENSAMIENTO</i>	Ideas de culpa, inutilidad. Ideas de muerte (explorar intencionalidad autolítica)	Ideas de grandiosidad, autoestima elevada. (Pueden producirse delirios)
<i>SENSOPERCEPCIÓN</i>	Despersonalización, desrealización *puede existir alucinaciones congruentes con el humor.	Puede haber alucinaciones. *en estas edades es frecuente síntomas psicóticos en la presentación de la manía.
<i>PSICOMOTRICIDAD</i>	Disminuida	Aumentada
<i>IMPULSOS</i>	Agresivos	Desinhibición (conductas hipersexuales)
<i>SUEÑO</i>	Insomnio	Disminución de la necesidad de dormir.
<i>APETITO</i>	Disminuido	Suele estar aumentado

-En niños menores de 7 años la depresión cursa con: irritabilidad, rabietas, molestias físicas generalizadas e inespecíficas, falta de socialización, disminución del apetito, sueño alterado, encopresis. En ocasiones pueden presentar un estancamiento en su desarrollo psicomotor.

-En niños mayores de 7 años los síntomas más característicos de depresión son: tristeza, apatía, sensación de aburrimiento”, ansiedad no reactiva, falta de concentración, bajo rendimiento escolar, alteraciones del sueño, anorexia, ideas de muerte, preguntas angustiadas acerca del más allá.

-En adolescentes deprimidos nos encontramos con: falta de alegría, irritabilidad, abandono de actividades que antes le divertían y del aseo o aspecto personal, retraimiento social, conductas más disruptivas, se puede iniciar en el consumo de tóxicos, posibilidad de aparición de ideas suicidas.

-Los síntomas más frecuentes en niños y adolescentes con manía son: irritabilidad (más frecuente en niños y en adolescentes es más frecuente la euforia), hiperactividad, aumento de energía, distraibilidad, presión del habla, disminución de la necesidad del sueño, pensamiento acelerado, ideas de grandiosidad, hipersexualidad. Los niños y adolescentes a diferencia de los adultos con bipolaridad, presentan con mayor frecuencia ideas de suicidio con un plan estructurado y síntomas psicóticos.

-Estudios psicológicos: son útiles para el cribado de síntomas, y evaluar severidad y mejoría clínica. Tienen más aplicación en el campo de la investigación. Existen entrevistas estructuradas como la *Kiddie-Schedule for affective disorders and schizophrenia- Present and Lifetime Version* (K-SADS-PL). Para la depresión podemos usar estos cuestionarios: CDI (Children's depression inventory) para niños de 7 a 17 años, BDI-Y (Beck depression inventory for youth) para niños entre 7 y 14 años. En el caso del trastorno bipolar escalas de severidad como Young Mania Rating Scale (Y-MRS).

-Estudios complementarios y de laboratorio: Tienen la finalidad de descartar procesos orgánicos y obtener valores basales previos a la instauración del tratamiento psicofarmacológico.

18.5.- Comorbilidad y diagnóstico diferencial

18.5.1.- Comorbilidad en los trastornos depresivos:

-*Trastornos de ansiedad*: existe una elevada comorbilidad lo que sugiere que comparten vulnerabilidad biológica.

-*Trastorno del comportamiento*: sobre todo en los niños más pequeños.

-*Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)*: aproximadamente el 30% de los niños deprimidos presentan un TDAH. Esto influye en que el trastorno depresivo comience antes, dure más, provoque mayor deterioro en el funcionamiento, se asocie a una mayor tasa de ideación y actos suicidas y aumente la probabilidad de ingreso hospitalario.

-*Abuso de sustancias*: principalmente varones y adolescentes.

-*Trastorno de la conducta alimentaria*: es habitual que la depresión se asocie a la bulimia nerviosa, al trastorno por atracones y a la anorexia nerviosa.

-*Enfermedades médicas*: los pacientes deprimidos presentan alguna enfermedad médica con mayor frecuencia que los controles sanos. Como, por ejemplo: dermatitis atópica, asma, epilepsia, enfermedades reumáticas y obesidad.

18.5.2.- Diagnóstico diferencial en los trastornos depresivos:

- *Tristeza*: el sentimiento de tristeza es normal cuando es proporcional al factor desencadenante (por ejemplo la muerte de un ser querido) y se resuelve espontáneamente. La distinción más importante entre la depresión como enfermedad y los "altibajos normales" de la infancia y adolescencia es que los síntomas depresivos causan malestar interno y existe deterioro en el funcionamiento.
- **Duelo*: es un proceso de adaptación a una pérdida afectiva. Es un proceso natural. Las experiencias de pérdida son parte integrante del desarrollo de la infancia y adolescencia. Se pueden presentar manifestaciones afectivas (tristeza, ansiedad, culpa), físicas (pérdida de apetito, alteración del sueño), conductuales (agitación), cognitivas (problemas de memoria y de concentración). Se resuelve y no afecta al funcionamiento, si esto no ocurriese estaríamos ante un duelo patológico.

Con otros trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente y enfermedades, fármacos o tóxicos:

Tabla 18-4: Diagnóstico diferencial con otros Trnos psiquiátricos, enfermedades y fármacos o tóxicos

Trastornos psiquiátricos	Enfermedades	Fármacos y Tóxicos
-Trastorno bipolar. -Trastorno adaptativo. -Trastorno de ansiedad. -Trastorno de conducta alimentaria. -Trastorno de conducta. -Trastornos psicóticos: Esquizofrenia y Trastorno esquizoafectivo -Abuso de sustancias. -Trastorno de aprendizaje.	- <u>Endocrinas</u> : anemia, hipotiroidismo, enfermedad de Addison. - <u>Neurológicas</u> : Síndrome postconfusional, epilepsia. - <u>Metabólicas</u> : diabetes, déficit de vitamina B12. - <u>Autoinmunes</u> : LES - <u>Infecciosas</u> : Hepatitis, mononucleosis, VIH. - <u>Neoplasias</u> : Tumores del SNC.	-Glucocorticoides sistémicos. -Antiepilépticos. -Neurolépticos -Estimulantes. -Anticonceptivos orales. -Alcohol. -Cocaína. -Opioides. -Anfetaminas-Cannabis.

Para poder realizar un correcto diagnóstico entre diferentes trastornos psiquiátricos hay que establecer el orden cronológico de aparición de los síntomas, cuales son estos síntomas y la persistencia en el tiempo.

18.5.3.- Comorbilidad en el Trastorno Bipolar:

La enfermedad bipolar en niños y adolescentes se asocia con comorbilidad psiquiátrica hasta en el 90% de los casos.

- *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)* 24-62%. Sospechar la existencia de un trastorno bipolar y TDAH cuando en un niño se cumplen los criterios diagnósticos de TDAH y hay antecedentes familiares de trastorno bipolar, cambios severos de humor, elevada autoestima, ideas de grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, conductas sexuales inapropiadas, comienzan a presentar alucinaciones o ideas delirantes y el tratamiento para el TDAH no remite sintomatología.

- *Trastorno negativista desafiante* 25-79%

- *Trastorno de ansiedad* 15-43%

- *Trastorno de conducta* 11-30%

- *tus* 5-29%

18.5.4.- Diagnóstico diferencial en el Trastorno Bipolar:

-*Enfermedades médicas*: Ante la presencia de síntomas de manía debe descartarse primero enfermedades neurológicas, metabólicas, endocrinológicas, oncológicas, autoinmunes o infecciosas. También el uso de alguna medicación (por ejemplo, corticoides). Se debe descartar también discapacidad intelectual.

-*Abuso de sustancias*: La persistencia de síntomas afectivos durante un período de abstinencia prolongado sugiere un trastorno del humor primario.

-*Esquizofrenia y Trastorno Esquizoafectivo*: es esencial establecer el orden cronológico de aparición de los síntomas y su persistencia en el tiempo para poder hacer el diagnóstico diferencial.

-*Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)*: La irritabilidad en el trastorno bipolar es más intensa, persistente y se asocia a violencia. El aumento de la energía y de la actividad dirigida a un fin en la bipolaridad es diferente a la inquietud psicomotriz sin llegar a un fin del TDAH. El habla rápida y la tendencia a interrumpir conversaciones en el TDAH es diferente a la fuga de

ideas, pensamiento acelerado, presión del habla y verborrea de la manía. En la enfermedad bipolar hay síntomas específicos como el humor eufórico, la grandiosidad, la disminución de la necesidad del sueño y la hipersexualidad. El TDAH es de curso crónico; el trastorno bipolar es episódico.

- *Trastorno de conducta*: la irritabilidad es más frecuentemente reactiva.
- *Trastorno depresivo*: la irritabilidad suele ser menos intensa.
- *Trastorno por estrés postraumático*: hay un factor desencadenante de los síntomas.

18.6.- Tratamiento

18.6.1.- Tratamiento del trastorno depresivo

Tabla 18-5: Recomendaciones para el tratamiento del trastorno depresivo

<p>- El tratamiento debe ser integral, abarcando la psicoeducación, la psicoterapia y/o el tratamiento farmacológico, todo de forma individualizada. Generalmente se realizará a nivel ambulatorio.</p> <p>-En los casos leves la psicoterapia es el tratamiento de primera elección, siempre que sea posible.</p> <p>-El tratamiento psicofarmacológico se realiza en depresión moderada o grave o cuando en los casos leves la intervención psicoterapéutica no consigue mejoría suficiente. El fármaco de elección es la Fluoxetina. Si no responde a este fármaco o se produce intolerancia, en estos casos podría considerarse como alternativas la Sertralina y el Escitalopram, dada la existencia de hallazgos parciales positivos en estudios en adolescentes.</p> <p>- El tratamiento combinado: Fluoxetina+ terapia cognitivo conductual, es el más efectivo para los adolescentes con depresión moderada.</p> <p>- Tras la remisión (ausencia de síntomas y recuperación total de la capacidad funcional al menos durante 8 semanas) se deberá continuar el tratamiento farmacológico a la misma dosis con la que se obtuvo respuesta, entre 6-12 meses, posteriormente se reducirá progresivamente.</p> <p>-En caso de no respuesta hay que confirmar la adherencia terapéutica y reevaluar el diagnóstico.</p> <p>-Se valorará el ingreso hospitalario en las siguientes circunstancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> Depresión grave con síntomas psicóticos. Riesgo de suicidio. Falta de contención familiar. Comorbilidad grave.
--

- Las intervenciones psicoterapéuticas que más se recomiendan son:
 - La terapia cognitivo-conductual: El objetivo de esta terapia es descubrir y reestructurar cognitivamente ciertos pensamientos erróneos que tiene el paciente que son los responsables de los síntomas depresivos y que le llevan a realizar comportamientos erróneos.

*El programa ACTION para adolescentes deprimidas (Stark et al.,2008) ha demostrado evidencia en el tratamiento del trastorno depresivo en chicas de 9-13 años. El programa está diseñado para implementarse en el ámbito escolar, en pequeños grupos de 2 a 5 adolescentes, durante un total de 10 sesiones semanales de unos 45 minutos. Ha demostrado su efectividad en casos leves de depresión así como en la prevención de aparición del trastorno. No ha sido validado en español.
 - Terapia interpersonal. Asume que las dificultades en las relaciones familiares y sociales pueden actuar como precipitantes o mantenedores del trastorno depresivo. El objetivo de esta terapia es mejorar las relaciones interpersonales, ya que de esta forma mejora el funcionamiento social y el humor.

-Farmacoterapia: Entre los fármacos antidepresivos más usados nos encontramos con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). La Fluoxetina es el único ISRS que ha mostrado su efectividad en niños y adolescentes, (aprobado por la Food&Drug Administration (FDA) americana para tratar los trastornos depresivos en la población pediátrica) y la Sertralina y el Escitalopram también han demostrado en estudios ser efectivos en adolescentes, de hecho, la FDA en 2009 ha aprobado el uso del Escitalopram en pacientes deprimidos a partir de los 12 años.

Se recomienda iniciar con dosis bajas e ir ajustando de forma lenta. Los efectos secundarios suelen ser leves y transitorios, y se producen sobre todo durante las primeras semanas de tratamiento. Las más frecuentes son: molestias gastrointestinales inespecíficas, cefalea, alteraciones del sueño y diaforesis. Como medida de precaución, el clínico debe monitorizar la aparición de ideación autolítica durante las primeras semanas de tratamiento.

Tabla 18-6: Antidepresivos más usados y manejo habitual

	<i>Dosis de inicio</i>	<i>Dosis efectiva Inicial</i>	<i>Dosis máxima</i>
<i>Fluoxetina</i>	10-20mg/día	20 mg/día	60 mg/día
<i>Sertralina</i>	25-50 mg/día	50 mg/día	200 mg/día
<i>Escitalopram</i>	5-10 mg/día	10 mg/día	20 mg/día

18.6.2.- Tratamiento del trastorno bipolar

El tratamiento, requiere un abordaje multidisciplinar e individualizado. Los objetivos del tratamiento son: alcanzar la remisión sintomática, restaurar el funcionamiento del paciente y evitar recaídas o recurrencias. En muchas ocasiones el paciente precisará ingreso hospitalario principalmente para poder iniciar tratamiento dado que estos pacientes no tienen conciencia de enfermedad.

El tratamiento psicofarmacológico es el pilar esencial, posteriormente añadir psicoterapia, existe evidencia que avala el uso de la psicoterapia cognitivo conductual, la psicoterapia interpersonal y la terapia focalizada en la familia.

18.6.2.1.- Manía aguda:

Las recomendaciones generales son el empleo de estabilizadores del humor tradicionales o un antipsicótico atípico como primera línea de tratamiento. Generalmente es necesario combinar diferentes fármacos a lo largo del seguimiento. La combinación de un estabilizador del humor con un antipsicótico puede ser útil.

Estabilizadores del estado de ánimo:

Litio y Valproato son los más usados en la práctica clínica y en menor grado la Carbamacepina. Se han descrito estudios abiertos y casos clínicos con otros fármacos antiepilépticos, como Topiramato, Gabapentina y Lamotrigina

-El Litio es el único estabilizador del ánimo tradicional aprobado por la FDA, para el tratamiento de la manía aguda en mayores de 12 años. Además, disminuye el número de recaídas y se le atribuyen factores protectores del suicidio. Es preciso determinar niveles de litio en sangre para mantenerlo en dosis adecuadas dado su estrecho margen terapéutico (0.6-1.2 mEq/L). La dosis se ajusta en función de la respuesta del paciente y de los valores de litemia. Está asociado a algunos efectos secundarios graves, pero poco frecuentes, como: hipotiroidismo, diabetes insípida nefrogénica, bloqueo auriculo-ventricular, arritmia sinusal.

-La eficacia del Valproato se ha descrito en diferentes estudios. El mecanismo de acción todavía no es conocido, pero se sabe que potencia la función gabaérgica. Una estrategia terapéutica es empezar con 15 mg/kg/día, dividida en dos tomas, y aumentarlo hasta 15-20 mg/kg/día. Se recomienda realizar una analítica basal que incluya hemograma y función hepática antes de comenzar el tratamiento y posteriormente cada 6 meses. Los efectos adversos más graves son: plaquetopenia, toxicidad hepática, pancreatitis y discrasias sanguíneas. El Valproato se debe utilizar con cautela en mujeres por el riesgo del síndrome de ovario poliquístico y durante el embarazo tiene riesgo teratogénico sobre el embrión.

-Los antipsicóticos atípicos:

El mecanismo de acción principal es el bloqueo del receptor D2 dopaminérgico. Además, tienen cierta afinidad por receptores serotoninérgicos, alfa-adrenérgicos, histaminérgicos y muscarínicos. Los fármacos se deben iniciar a dosis bajas y realizar el escalado de la forma más lenta posible. Los niños tienen más riesgo de desarrollar efectos adversos que los adultos. Los más frecuentes son: sedación, síntomas extrapiramidales, aumento de prolactina, aumento de peso y otras alteraciones metabólicas, incluyendo en síndrome metabólico

Tabla 18-7: Antipsicóticos atípicos

Risperidona	- Aprobada por la FDA para usarse en niños y adolescentes con trastorno bipolar. - Las dosis de uso varía entre 0,5-6 mg/día. - Efectos secundarios más relevantes son metabólicos y aumento de prolactina
Aripiprazol	- Aprobada por la FDA para usarse en niños y adolescentes con trastorno bipolar. - Dosis: entre 10-30 mg/día. - No produce síndrome metabólico, no eleva niveles de prolactina, incluso puede disminuirlos, pero se relaciona con una mayor acatisia
Quetiapina	-Aprobada por la FDA para el tratamiento trastorno bipolar de en adolescentes. -Dosis eficaz entre los 400-600 mg/día. -Entre sus efectos secundarios se encuentra la sedación.
Olanzapina	-Aprobada por la FDA para el tratamiento de trastorno bipolar en adolescente. -Dosis: entre 2,5-20 mg/día. -Efectos secundarios metabólicos importantes.
Paliperidona y asenapina	-Están aprobadas por la FDA para el tratamiento de trastorno bipolar en adolescentes.
Clozapina	-Se usa sólo en caso de refractariedad. -Efectos secundarios graves, como la agranulocitosis, miocarditis y convulsiones.

18.6.2.2.- Depresión bipolar

En un niño con un episodio depresivo leve o moderado y con alto riesgo de desarrollar enfermedad bipolar, es recomendable comenzar un tratamiento con Terapia cognitivo conductual o con Terapia interpersonal por el riesgo que existe de provocar un episodio maniaco si usamos antidepresivos. A nivel farmacológico podemos usar: estabilizadores del estado de ánimo (litio, lamotrigina o valproato), antes de comenzar con un antidepresivo ISRS.

18.7.- Desarrollo, curso y pronóstico

La depresión es un trastorno que se manifiesta con síntomas afectivos, cognitivos y/o somáticos.

En la depresión infantil, la irritabilidad suele constituir un síntoma característico y presentan muchas manifestaciones somáticas, como por ejemplo cefalea o dolor abdominal.

En adolescentes la depresión es más parecida a la del adulto: humor triste, abandono de actividades que antes le divertían y del aseo o aspecto personal, aislamiento social. Tiene más tendencia la cronicidad y recurrencia.

La duración media de un episodio depresivo mayor en muestras clínicas es de 8 meses. La mayoría (en torno al 80%) de los niños y adolescentes con un episodio depresivo se recupera. Pero si el paciente ha presentado dos episodios depresivos el riesgo de recurrencia se eleva hasta el 70% y alcanza el 90% si ha presentado tres episodios depresivos. Un niño pequeño con un episodio depresivo tiene más riesgo de sufrir una depresión en la adolescencia y un adolescente tiene un alto riesgo de padecer una depresión durante la edad adulta.

Aproximadamente entre el 20-40% de los niños deprimidos, con la evolución presentan un episodio hipomaniaco o maniaco y desarrollan una enfermedad bipolar, sobre todo los niños con vulnerabilidad biológica.

Los factores que aumentan el riesgo de recaída, recurrencia y cronicidad son similares: el factor más importante es el antecedente de múltiples episodios depresivos. También destacan ciertas características del episodio (inicio precoz, mayor severidad, presencia de síntomas psicóticos, ideas o conductas suicidas, comorbilidad con trastorno de ansiedad, abuso de sustancias), la existencia de síntomas residuales, estilo cognitivo negativo y pesimista, presencia de antecedentes familiares de trastorno del humor, graves dificultades familiares o factores estresantes negativos de manera mantenida.

En cuanto al Trastorno Bipolar, diferentes autores coinciden en que el síntoma más frecuente de inicio del cuadro es la irritabilidad, mientras que la euforia y la grandiosidad están presentes en menos casos. Posteriormente los episodios suelen ser mixtos, es decir, están caracterizados por irritabilidad, depresión y explosividad y presentan un patrón de ciclación rápida (cambios frecuentes de estado maniaco a depresivo y viceversa).

Cuanto menor es la edad de presentación, los episodios suelen ser múltiples y breves. Cuando el paciente tiene más edad la duración de los episodios y de los periodos asintomáticos tienden a incrementarse.

Otra característica del trastorno bipolar en niños y adolescentes es que presentan con frecuencia ideas de suicidio con un plan estructurado y síntomas psicóticos.

El curso clínico de la enfermedad provoca una importante incapacidad. En muestras españolas, las tasas de remisión después de un año de tratamiento fueron tan solo del 35-40%. Además, entre los pacientes que alcanza remisión hasta un 40-50% sufren recaídas.

Estos datos sugieren que el Trastorno Bipolar de inicio en edad pediátrica tiene peor pronóstico que cuando se inicia en edad adulta. La comorbilidad, especialmente con TDAH y abuso de sustancias, la presencia de síntomas psicóticos y el retraso en el diagnóstico son factores de mal pronóstico.

18.8.- Bibliografía

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Birmaher B, Williamson DE, Dahl RE, Axelson DA, Kaufman J, Dorn LD, Ryan ND (2004). Clinical presentation and course of depression in youth: does onset in childhood differ from onset in adolescence? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Jan; 43(1):63-70
- Bostic JQ, Rubin DH, Prince J, Schlozman S (2005). Treatment of depression in children and adolescents. *J Psychiatr Pract*. May; 11(3):141-54. Review.
- Crowe M, Ward N, Dunnachie B, Roberts M (2006). Characteristics of adolescent depression. *Int J Ment Health Nurs*. Mar; 15(1):10-8
- Enfermedad bipolar en niños y adolescentes (2008). En: Aepnya. (2010). Protocolos clínicos de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (Editorial Siglo). Recuperado de https://aepnya.es/wp-content/uploads/2017/07/protocolos_2010.pdf
- 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. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avaliat); [2009].

Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t N° 2007/09. Disponible en www.guiasalud.es/egpc/depression_infancia/completa/index.html.

- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar (2012). Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría. UAH / AEN Núm. 2012.
- Gutiérrez Casares, J., & Rey Sánchez, F. (2000). Planificación terapéutica de los Trastornos Psiquiátricos del Niño y del Adolescente. (Smithkline).
- Madaan V, Soutullo Esperón C, Figueroa Quintana A, Escamilla Canales I, Chang K. (2010). Enfermedad Bipolar. En: Soutullo C, Mardomingo MJ (coord.) (2010). Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. AEPNYA Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Edición Madrid: Ed Panamericana, P.167-179.
- Ruiz Lozano MJ, Gómez-Ferrer C. (2006). Trastornos depresivos en el niño y adolescente. En: Práctica clínica paidopsiquiátrica. Historia clínica. Guías clínicas. Madrid: Ed. Adalia, 203-209.
- Soutullo C, Mardomingo MJ (coord.) (2010). Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. AEPNYA Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente Edición. Madrid: Ed Panamericana
- Soutullo Esperón C, de Castro Manglano P, Figueroa Quintana A, Chang k. (2017). Psicofarmacología de la enfermedad bipolar en niños y adolescentes. En: Soutullo (coordinador). Guía Esencial de Psicofarmacología del Niño y del Adolescente. 2ª Edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 119-142.
- Wagner KD. (2005). Pharmacotherapy for major depression in children and adolescents. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. Jun, 29(5):819-26. Review

19.- CAPÍTULO 19: TRASTORNOS PSICÓTICOS/ESQUIZOFRENIA

Flora M^a Vega Fernández. Psiquiatra. Hospital El Bierzo. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Francisca de la Torre Brasas Psiquiatra. Complejo Asistencial de Ávila. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

19.1.- Introducción. Breve reseña histórica

¿Cómo ha variado el concepto “psicosis” a lo largo de la evolución temporal?

Partiremos de la hipótesis de que siempre ha habido psicóticos. Acaso no sea cierto y nuestra suposición no sea más que una ficción a posteriori. En la Antigüedad, como en el Medioevo, eran considerados posesos, seres sobrecargados por la presencia opresiva de lo divino. No es sino hasta el siglo XVIII que se los comienza a ver como enfermos, como lunáticos, que han enfermado a causa de la perniciosa influencia de la luna, de manera semejante a lo que los latinos habían llamado **sideratio**, efecto mórbido que el sol producía en los hombres y animales.

1. Antes del Siglo XIX: (Beer, 1996)

CULLEN 1970:

I. Pirexia

II. Neurosis: todas las enfermedades de los nervios

-Comas (apoplejía y parálisis)

-Adinamia (compromiso de funciones vitales: como palpitaciones del corazón, asma, desmayos, dispepsia, hipocondriasis)

-Espasmos (epilepsia, tétanos)

-Vesánicas (vesania: locura): amencia, melancolía, manía, somnolencia.

III. Caquexia

IV. Locales

2. Siglo XIX: surge el término

FEUCHTERSLEBEN fue el primero en utilizar por primera vez el concepto “psicosis” en una obra propia publicada en 1845 para sustituir al de “locura”. Posteriormente GRIESINGER lo incluyó en su “*patología y terapéutica de las enfermedades mentales*”.

3. PSICOSIS como afección orgánica

Emil Kraepelin publicó la quinta y la sexta ediciones de su “*Psiquiatría. Un Tratado para estudiantes y médicos*” y en ellas, especialmente en la sexta, sentará las bases conceptuales de la *dementiapræcox*.

4. PSICOSIS como afección mental: desconexión con la realidad

Emil Kraepelin publicó la quinta y la sexta ediciones de su “*Psiquiatría. Un Tratado para estudiantes y médicos*” y en ellas, especialmente en la sexta, sentará las bases conceptuales de la *dementiapræcox*.

5. PSICOSIS peyorativo

Van Os y otros autores, han argumentado que la división entre ENFERMEDAD MENTAL (aquello que satisface criterios diagnósticos) y SANIDAD MENTAL (que no los satisface) no es del todo correcta, en la medida que existen muchas personas normales que tienen experiencias psicóticas o ideas cuasi delirantes ¹sin que esto les signifique algún tipo de problema, alguna incapacidad, o que puedan ser diagnosticados por el sistema categorial (tal vez porque interpretan sus experiencias de un modo positivo, o tienen creencias más pragmáticas y comunes).

19.1.1.- ¿Y en el niño/adolescente?

Durante mucho tiempo el término de “psicosis de inicio en la infancia” era un concepto muy heterogéneo y suscrito a varios trastornos. No fue hasta el DSM-III donde se separa la “psicosis” de otros trastornos que pueden cursar a su vez con desorganización y manifestaciones en la esfera de la sensorpercepción como los Trastornos del neurodesarrollo tipo Autismo.

19.2.- Epidemiología

La prevalencia de esquizofrenia en la población infanto-juvenil es de 0,23% (Gillberg et al 1996), con una incidencia de 1,4-2/10.000 (Takei et al 1996). No existen datos en población española. En la población adulta la prevalencia es del 1%. (Protocolos de la Asociación Española de Psiquiatría Infantil de la AEP, 2010)

19.3.- Definición y diagnóstico

Psicosis es una tipología de **enfermedad mental** que se caracteriza por los **delirios** y las **alucinaciones**. Se trata de un concepto genérico que incluye enfermedades tales como la **paranoia** y la esquizofrenia, y que está vinculado a la **pérdida de contacto con la realidad**.

Si tomamos como referencia el MANUAL DIAGNÓSTICO DSM-5, objetivamos que, dentro de la consideración de “psicosis” nos encontramos con un desglose de varios trastornos:

“ESPECTRO DE LA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS”, dentro de los cuales se encuentra el TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO, TRASTORNOS DE DELIRIOS, TRASTORNOS PSICÓTICO BREVE, TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME, ESQUIZOFRENIA, TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO, TRASTORNOS PSICÓTICO INDUCIDO POR DROGAS, CATATONIA ASOCIADA A OTRO TRASTORNO MENTAL O AFECCIÓN MÉDICA.

Para mayor diferenciación y estudio de cada cuadro en particular, me remito al DSM-5.

Quiero hacer mención especial a la llamada **Esquizofrenia de inicio muy precoz** aquella que tiene su origen antes de los 13 años de edad (Werry 1992). Es un subtipo de esquizofrenia caracterizado por la existencia de una historia vital de anomalías del desarrollo muy diversas, las cuales afectan al funcionamiento cognitivo, sensitivo y motor.

Frecuentemente, la esquizofrenia de inicio en la infancia y adolescencia es difícil de diagnosticar, debido al predominio de las formas de inicio insidioso. (Agüero Juan & Catalá Angel, 2009). Al hacer el DIAGNÓSTICO se usan los mismos criterios que para evaluar al adulto. Se siguen las clasificaciones DSM-5 y CIE-10.

Existen algunas peculiaridades que son propias de estas etapas del desarrollo y que paso a intentar concretar.

19.3.1.- Síntomas positivos en psicosis de inicio precoz (García Cerdán, 2017)

- **Alucinaciones:** Las alucinaciones son percepciones sensoriales en ausencia de un estímulo externo. Es decir, ver, oír, sentir, oler cosas que no están presentes. Una persona que está sufriendo una alucinación puede ver cosas que no existen o escuchar a personas hablar cuando están solos. Las alucinaciones visuales terroríficas son más frecuentes que en el adulto.

Se ha señalado que, en una mayoría de niños que oyen voces, no conlleva un alto grado de sufrimiento ni interferencia con su pensamiento. Quizás este dato explica porque las alucinaciones son un dato poco relevante en población infantil. A su vez, es necesario diferenciarlas de otros fenómenos que pueden dar lugar a error de diagnóstico: voces en el contexto del sueño, imágenes eidéticas, imaginación vívida...

Las conductas asociadas a las alucinaciones nos permiten distinguir las “verdaderas” de las que no resultan patológicas: excitación, pérdida de control, desorganización del pensamiento, actitud perpleja que conlleva la DESORGANIZACIÓN de la conducta.

La edad afecta a la apariencia y contenido de las alucinaciones. En preescolares, cuando aparecen, tienden a ser breves y suelen estar en relación con situaciones de estrés y ansiedad. Con frecuencia son visuales y táctiles. En niños mayores suelen ser más estables y en mayor relación con circunstancias y patologías graves. (Ortiz, Alcamí, & Terán, 2012)

- **Delirios:** Son creencias falsas que no se basan en hechos de realidad. Por ejemplo piensas que vas a ser dañado o herido; que ciertos comentarios o gestos se dirigen a ti; que tienes una habilidad excepcional o fama; otra persona está enamorada de ti; o que una gran catástrofe va a suceder. Los delirios ocurren frecuentemente en personas con esquizofrenia.
- **Alteraciones en el lenguaje y pensamiento,** esto interfiere en la comunicación y en la comprensión de la realidad. Se vuelven desorganizados e incoherentes.
- Susplicia o desconfianza hacia los demás.

Comparados con los adultos, los jóvenes y adolescentes tienden a tener más alucinaciones pero menos delirios.

19.3.2.- Síntomas negativos en psicosis infantil

- Dificultades para relacionarse con los demás.
- Dificultades para entender y expresar las emociones.
- Ausencia de espontaneidad.
- Afecto aplanado o inapropiado (más frecuente que en el adulto).

Ciertos síntomas psicóticos alteran el desarrollo psicosocial, cognitivo y desempeño en la vida cotidiana y pueden ser frecuentes en la infancia y la adolescencia.

Si ya de por sí es infrecuente la esquizofrenia de inicio muy temprano, más lo es en menores de 7 años, siendo prácticamente inexistente en menores de 5.

Por todo lo descrito, el **DIAGNÓSTICO** del cuadro psicótico gira alrededor de la ENTREVISTA CLINICA. La EVALUACION PSIQUIÁTRICA debe de incluir una evaluación pormenorizada de todos los síntomas, teniendo en cuenta que el inicio suele ser insidioso y que puede haber ciertas alteraciones **premórbidas** conductuales como el retraimiento social y el aislamiento progresivo, bajada del rendimiento académico y los problemas motores, del habla y del lenguaje.

En la literatura y práctica clínica se recogen una serie de SIGNOS en la evolución clínica hacia la psicosis en la infancia. (Pedreira-Massa, 2009)

Ninguno de ellos es patognomónico en sí mismo y de forma aislada. Muchos de ellos pueden encontrarse en el curso del desarrollo normal del ser infantil.

— Trastornos psicomotores y del tono. Hipotonía.No expresión de placer o de displacer ante las posturas o posiciones que ocupe. Ausencia de la actitud anticipadora, entre los 4 y los 6 meses, ante el hecho de tender los brazos, acercar juguetes. No volver la cabeza hacia los sonidos, sobre todo a la voz humana, con exploración auditiva normal. Retrasos en la sedestación, la bipedestación y la deambulación.

— Caracteres de la mirada. La evitación de la mirada de la madre, por la importancia que tiene en la instauración de los procesos vinculares.

— Reacciones ante el espejo. Mirarse "atravesando" el espejo. Imposibilidad de reconocimiento de la propia imagen.

— Alteraciones del lenguaje.

— Las fobias masivas. Aparición temprana y poco organizadas ante situaciones precisas o a un objeto, siempre de forma idéntica.

— No adquisición juego simbólico.

Mención especial merecen las llamadas **experiencias psicóticas subclínicas o atenuadas** que suceden en la adolescencia con mayor preponderancia: son signos y síntomas psicóticos que no llegan a manifestarse a nivel clínico

Se trata de un conjunto de síntomas similares a los de los pacientes esquizofrénicos, presentes en población normal, que se distribuyen a lo largo de un continuum de gravedad, en cuya parte más extrema se sitúa la psicosis.

Van Os y col (2008): prevalencia media de las experiencias psicóticas subclínicas en el **5%**.

Diferentes estudios longitudinales han señalado que, aquellos niños que presentan algún tipo de experiencia psicótica durante su periodo evolutivo, se asocian con un mayor riesgo posterior de desarrollar psicosis.

19.3.3.- ¿Cómo lo evaluamos?

SIPS (entrevista semiestructurada McGlashan et al 2001. Detección de los pacientes "de riesgo" de desarrollar psicosis)

SOPS (19 ítems. Evalúa síntomas positivos, síntomas negativos, desorganización y generales)

Entre otros instrumentos.

19.4.- Etiopatogenia y bases neurobiológicas

La investigación de la Esquizofrenia ha avanzado notablemente en el último siglo. Desde que Kraepelin acuñara el término de “demencia precoz” para referirse a esta enfermedad, han sido numerosos los avances que se han realizado en los distintos campos de la medicina en relación a la biología subyacente al trastorno. Pese a ello, la etiología y fisiopatología apenas han sido aclaradas. (Saiz Ruiz, Vega Sánchez, & Sánchez Páez, 2010)

19.4.1.- Genética de la Esquizofrenia

La Esquizofrenia es una enfermedad con una elevada heredabilidad. A pesar de que la investigación está alcanzando avances importantes en poco tiempo, no hemos sido capaces de explicar la transmisión familiar de esta enfermedad.

19.4.2.- Estudios en familiares

El que la Esquizofrenia tiene un componente genético es algo que no se puede dudar. Basta con pensar que la prevalencia en la población general se sitúa entre el 0,1% y el 1%, pero aumenta dramáticamente en los familiares de pacientes

Estos datos permiten concluir que cuanto mayor carga genética se comparte con un esquizofrénico, mayor es la posibilidad de desarrollar la enfermedad. Pudiera surgir la duda de si la mayor agregación familiar se pudiera deber no tanto a la carga genética de las familias si no a los factores ambientales que rodean a estas familias. Para despejar estas sospechas se pueden recurrir a los estudios de gemelos y de adopción. Dichos estudios nos permiten concluir en la importancia del componente genético en el desarrollo de la Esquizofrenia, si bien queda claro que no es el único componente causal y que el ambiente juega un papel muy importante.

19.4.3.- Factores de riesgo/ambientales

Paso a enumerar ciertos factores que, sin ser concluyentes, se ha demostrado su asociación junto a otros, en el desarrollo de la psicosis

Estación de nacimiento: los individuos con Esquizofrenia tienen mayor probabilidad de haber nacido en los meses de invierno, con un riesgo relativo del 10% para los nacidos en invierno frente a los nacidos en verano

Infecciones: además de la gripe, se han implicado otras infecciones que supuestamente, pudieran influir en el desarrollo del sistema nervioso central tanto durante el embarazo como en los primeros años de vida: la rubeola en el primer trimestre, polio, varicela en el nacimiento

Complicaciones perinatales: estas complicaciones pueden referirse tanto al embarazo, al parto como al desarrollo fetal

Cannabis: cada vez hay una mayor evidencia de la aparición de Esquizofrenia en consumidores de cannabis. En ese caso, si se detecta asociación causal entre ambos, nos referimos a EPISODIO PSICÓTICO INDUCIDO POR TÓXICOS

Residencia urbana: el riesgo de presentar Esquizofrenia es mayor en aquellos que nacen o crecen en áreas urbanas (van Os et al., 2005).

Etnia, inmigración y estrés psicosocial

19.4.4.- Neurotransmisión y circuitos en Esquizofrenia

El mecanismo neuroquímico de la Esquizofrenia permanece desconocido en nuestro tiempo. La hipótesis Dopaminérgica ha sido la más aceptada, sin embargo, resulta insuficiente para explicar

toda la fenomenología de esta enfermedad y existen hallazgos que implican otros sistemas de neurotransmisión.

Esta hipótesis sostiene que los síntomas de la Esquizofrenia se deben a un exceso de dopamina o a una elevada sensibilidad a este neurotransmisor. Se formuló tras el descubrimiento de que los antipsicóticos efectivos en la Esquizofrenia eran antagonistas de los receptores dopaminérgicos y tras la observación de que los agentes liberadores de dopamina podían producir síntomas psicóticos.

Otras hipótesis que implican a neurotransmisores son la Glutamatérgica, serotoninérgico, sistema colinérgico o el sistema gabaérgico entre otros.

19.4.4.1.- Hipótesis del Neurodesarrollo

Actualmente la investigación tiende a plantear la Esquizofrenia como una enfermedad del neurodesarrollo, en la que el proceso patológico ocurriría durante el desarrollo cerebral mucho antes que las manifestaciones clínicas (Yui et al., 1999; Laruelle et al., 2003).

19.5.- Evaluación y pruebas complementarias

Como se describe al inicio del capítulo, la PSICOSIS es una enfermedad mental, por lo que debemos de realizar una EXPLORACIÓN FÍSICA que incluya PRUEBAS COMPLEMENTARIAS enfocadas a descartar que la sintomatología pueda deberse a una afección médica.

Entre las más comunes se solicitará Analítica que incluya hemograma y bioquímica, hormonas tiroideas, cobre y céruloplasmina

ECG, EEG

Exploración en NEUROIMAGEN con el fin de DESCARTAR otra patología que pudiera estar produciendo síntomas similares

Dentro de la EVALUACION PSIQUIÁTRICA, es importante recabar información de diversas fuentes, que incluyen, por supuesto, a padres/tutores al cargo, donde se realizará una recogida completa incluyendo embarazo y parto; desarrollo y maduración general; antecedentes psicopatológicos familiares; consumo de tóxicos, rendimiento escolar; relaciones sociales, tratamientos previos; antecedentes médicos.

En el menor, puede resultar interesante realizar, a parte de la exploración PSICOPATOLÓGICA reglada, una EXPLORACIÓN FÍSICA y NEUROLÓGICA si se considera necesario.

Existen diversas ENTREVISTAS CLÍNICAS estructuradas que nos ayudan a la hora de no pasar por alto ninguno de los síntomas principales del cuadro.

Por nombrar algunas:

K-SADS-E, ICDS, CAPA, KIDDIE PANSS.

O bien ayudarnos de ESCALAS, que sin tener valor diagnóstico, si que nos ayudan a la hora de evaluar evolución tras instaurar el tratamiento oportuno

BPRS (adolescentes) (de psicopatología general), **SANS** y **SAPS** (en adolescentes para valorar síntomas negativos y positivos respectivamente).

19.6.- Comorbilidad y diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial en la infancia y adolescencia se plantea como un enorme reto de gran complejidad y relevancia. La clínica es muy variada en gravedad, especificidad e inestabilidad de los síntomas: es frecuente detectar formas desde presentaciones prodrómicas, pasando por

cuadros con síntomas psicóticos atenuados hasta cuadros psicóticos francos, siendo estos últimos, más similares a las descripciones clínicas de las psicosis en los adultos.

Adjunto tabla donde se quiere ilustrar a grandes rasgos, aquellas patologías a tener en cuenta antes de realizar el diagnóstico de EPISODIO PSICÓTICO además de las distintas denominaciones según duración del mismo.

Además, la COMORBILIDAD, se suma a añadir complejidad al establecimiento del diagnóstico de la psicosis. Es frecuente que el episodio psicótico se asocie a retraso mental, conductas autistas y a trastornos de conducta.

19.7.- Tratamiento

Es de vital importancia, la realización de una adecuada intervención, individualizada y meditada, como uno de los principales factores pronósticos en las posibilidades de remisión y recuperación de dichos pacientes.

La intervención tiene como objetivo vincular al paciente a la toma de conciencia de su enfermedad y, por tanto, abordar la adherencia al tratamiento como factor clave de su recuperación y de la evitación de recaídas. En la adherencia terapéutica pueden influir factores externos o relativos al medio ambiente (que incluyen factores relacionados con la familia, amigos y la terapia grupal), factores relacionados con el paciente, con la medicación y relacionados con la enfermedad. (Guía clínica y terapéutica para primeros episodios psicóticos en la infancia y adolescencia, 2015).

Las siguientes circunstancias influyen en la adherencia terapéutica, por lo que es importante establecer un control sobre las mismas. (Abdel-Baki, Ouellet-Plamondon, & Malla, 2012).

Citar con frecuencia al paciente con médico o enfermera especializada al inicio del tratamiento, para generar hábito y vigilar los efectos secundarios, la eficacia y ajustar la administración si procede.

Evitar los ingresos hospitalarios prolongados.

Ofrecer programas intensivos para pacientes con PEP.

Proporcionar condiciones de entorno estable y amigable.

Flexibilidad en el régimen de citas (escuela, trabajo), a objeto de favorecer la normalidad en la vida del paciente.

Promover terapias grupales con pacientes que han padecido experiencias similares.

Proporcionar ayuda psicosocial e intervención familiar (psicoeducación u otras intervenciones familiares).

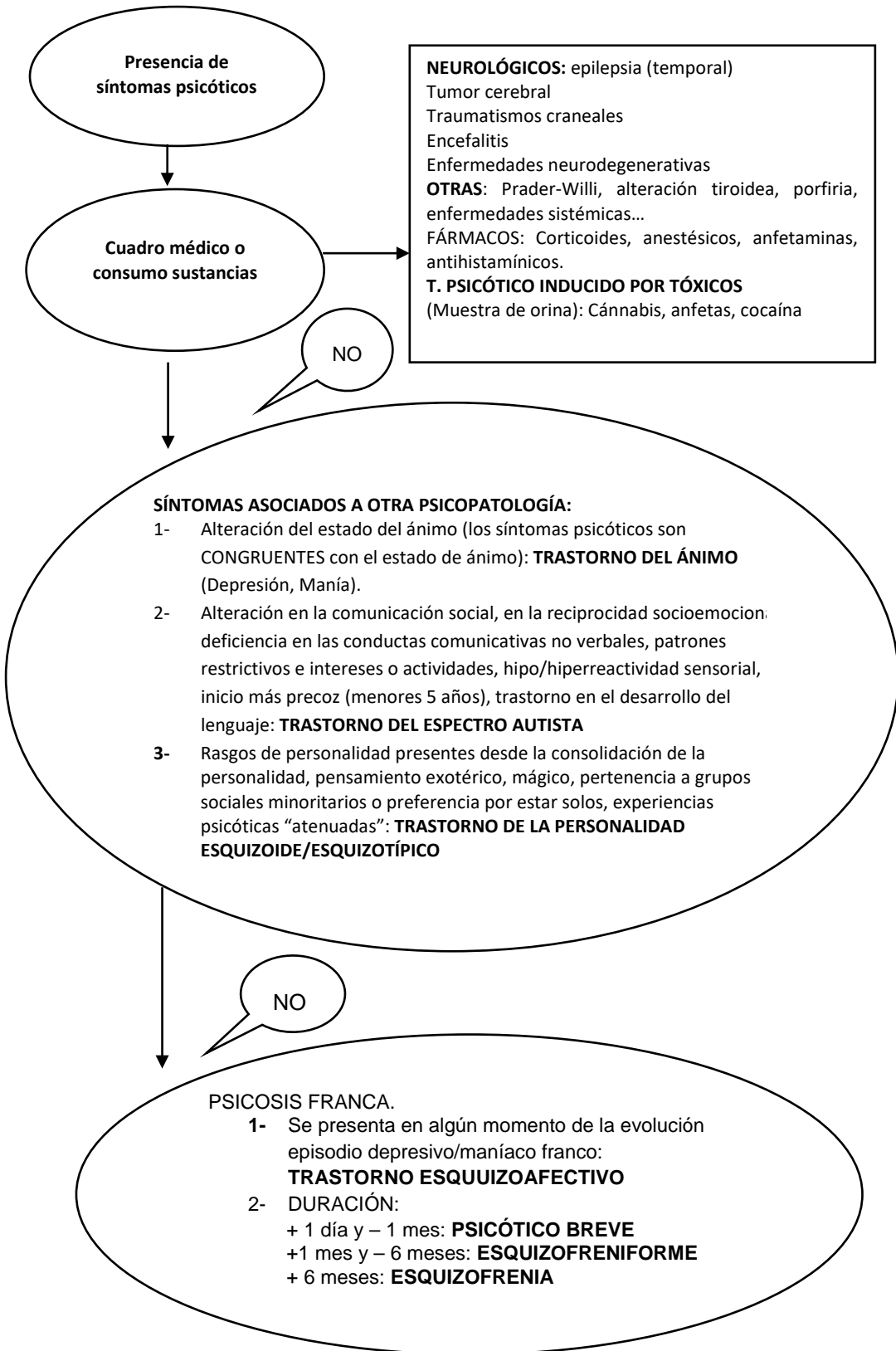
19.7.1.- Opciones de tratamiento principales

Los tratamientos principales para la esquizofrenia infantil son los siguientes:

- medicamentos;
- psicoterapia;
- rehabilitación cognitiva;
- hospitalización.

Ilustración 19-1: Diagnóstico diferencial en el episodio psicótico

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL



19.7.2.- Medicamentos (Mascaraque & Higuera, 2019)

El empleo de psicofármacos en los niños es relativamente reciente.

La psiquiatría infantil ha estado impregnada de creencias que llevaban a pensar que los problemas psiquiátricos en estas edades son benignos, pasajeros y casi siempre de causa ambiental y por ello la intervención más recomendada era la psicoterapia. Por otra parte, ha habido un vacío en estudios de eficacia y seguridad de psicofármacos en niños y adolescentes, por lo que se extrapolaba su uso de los realizados en adultos.

Desde la década de los 70 esta situación ha cambiado, ha aumentado la investigación en psiquiatría infantil y también los ensayos clínicos con psicofármacos en niños.

La mayoría de los antipsicóticos que se administran a los niños o niñas son los mismos que se administran a los adultos que padecen esquizofrenia.

Los antipsicóticos suelen ser eficaces para controlar síntomas como delirios, alucinaciones, pérdida de motivación y apatía/abulia

En general, el objetivo del tratamiento con antipsicóticos es controlar de manera efectiva los síntomas con la menor dosis posible.

19.7.2.1.- Antipsicóticos de segunda generación

Por lo general, se prefieren los medicamentos de segunda generación más nuevos porque tienen menos efectos secundarios que los antipsicóticos de primera generación. Sin embargo, pueden provocar aumento de peso, hiperglucemia, hipercolesterolemia y consecuencias cardíacas.

Entre los ejemplos de antipsicóticos de segunda generación aprobados por Food and Drug Administration (FDA, Administración de Alimentos y Medicamentos) de Estados Unidos para tratar la esquizofrenia en adolescentes a partir de los 13 años, se encuentran los siguientes:

- Aripiprazol; En mayores de 15 años y con dosis máxima de 30 mg
- Debido a la mala tolerabilidad metabólica de olanzapina no se considera como agente de primera línea en la edad infantil. La dosis en niños es de 2,5 mg/día y en adolescentes de 5 mg/día. En España NO está aprobado su uso en población infanto-juvenil, al igual que la QUETIAPINA, restringiendo el mismo para el USO COMPASIVO (“utilización de un medicamento antes de su autorización en España en pacientes que padecen una enfermedad crónica o gravemente debilitante o que se considera pone en peligro su vida y que no pueden ser tratados satisfactoriamente con un **medicamento** autorizado”)
- Risperidona. Se carece de experiencia en niños menores de 5 años (ficha técnica), aunque existen casos reportados y estudios de uso compasivo desde los tres años
- Clozapina: DOSIS. Entre los 125 y los 525 mg/día. Solo se admite su uso para ESQUIZOFRENIA RESISTENTE (ESQUIZOFRENIA RESISTENTE: Aquella que no responde a 2 tratamientos revios. En España, a su vez, y en ficha técnica, NO se recomienda su uso en menores de 16 años).
- Paliperidona está aprobada por FDA para jóvenes a partir de los 12 años.

19.7.2.2.- Antipsicóticos de primera generación

Los medicamentos de primera generación generalmente son tan eficaces como los antipsicóticos de segunda generación en lo que respecta al control de los delirios y las alucinaciones. Además de tener efectos secundarios similares a los de los antipsicóticos de segunda generación, los antipsicóticos de primera generación también pueden tener efectos secundarios neurológicos frecuentes y potencialmente importantes. Entre estos puede incluirse la posibilidad de desarrollar un trastorno de movimiento (discinesia tardía) que puede o no ser reversible.

Debido al alto riesgo de los efectos secundarios potencialmente más graves con los antipsicóticos de primera generación, quedan como “segunda elección” tras probar al menos 2 opciones de tratamiento con antipsicóticos atípicos.

Entre los ejemplos de antipsicóticos de primera generación aprobados por FDA para tratar la esquizofrenia en niños y adolescentes, se encuentran los siguientes:

- Clorpromazina para niños a partir de los 12 meses
- Haloperidol para niños a partir de los 13 años
- Perfenazina para niños a partir de los 12 años.
- Pimozide: En mayores de 3 años

19.7.3.- Psicoterapia (Guía clínica y terapéutica para primeros episodios psicóticos en la infancia y adolescencia, 2015)

- La **terapia Cognitivo-conductual** está ampliamente aceptada como una intervención efectiva en la mejora de la adherencia y disminución de las recaídas de los pacientes.
- Las intervenciones psicoterapéuticas y **psicosociales** están recomendadas en pacientes en edad infanto-juvenil con esquizofrenia de inicio temprano. Entre estas se incluyen el asesoramiento a pacientes y familia, apoyo psicológico, terapias conductuales, rehabilitación y asistencia social y escolar, así como mejora de habilidades relacionales.
- En la esquizofrenia de inicio muy temprano (menores de 13 años) o temprano (entre 13 y 17 años), sólo una minoría de jóvenes muestra una recuperación completa y la mayoría de los pacientes presenta un deterioro de moderado a grave desde su inicio. La aplicación precoz de la **rehabilitación cognitiva** puede permitir beneficios funcionales a largo plazo.

19.8.- Curso evolutivo y pronóstico

Obviando el período premórbido y prodrómico de la enfermedad, el debut de la mayor parte de las manifestaciones clínicas sintomáticas del síndrome esquizofrénico se produce habitualmente en la adolescencia o durante los primeros años de la vida adulta. Dicho debut temprano es más frecuente en varones.

Existen una serie de evidencias extraídas del análisis de diversos estudios en relación al curso de la enfermedad (Segarra Echevarría, Eguiluz Urunchurtu, & Gutiérrez Fraile, 2014):

Un 20% de los pacientes con un primer episodio psicótico NO recaerán en un plazo de seguimiento de 5 años.

Una primera recaída predice una segunda en un 80 % de los casos.

El período de máximo riesgo de recaída va más allá del primer año. Por ello conviene revisar el mantener el tratamiento por un período no inferior a 2-5 años en la mayoría de los casos: “período crítico”.

Un 14-24 % establecen estados crónicos y defectuales graves (edad adulta)

La tasa de suicidio a los 22 años oscila entre el 14 y el 22%

Resulta imprescindible identificar variables (clínicas y biológicas) que, desde el mismo debut de la psicosis, nos permitan discriminar con cierta fiabilidad qué pacientes van a presentar un curso continuo o con alta probabilidad de recaídas, y llevarnos a instaurar el tratamiento más adecuado.

Respecto a **Factores pronósticos** que nos permitan el augurio de una mejor o al menos, no tan invalidante desarrollo temporal de la enfermedad, encontramos:

1. Cumplimiento terapéutico e insight clínico (reconocimiento de su enfermedad)

Es el factor más importante sin duda, y para favorecer la adherencia terapéutica se pueden utilizar diversas estrategias entre las que se encuentran:

ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS INYECTABLES de larga duración que además de favorecer el cumplimiento, mejoran la calidad de vida del menor, ya que favorecen la desestigmatización a la par de ayudarlo a llevar una vida más autónoma y “despreocupada” en cuanto a actividades de ocio y relación social se refiere.

TERAPIA MOTIVACIONAL

TERAPIA ASERTIVA COMUNITARIA.

2. Remisión sintomática, recuperación funcional y nº de recaídas

3. Consumo de tóxicos

Un 40-60% de los pacientes diagnosticados de un síndrome esquizofrénico presentan de forma concomitante un abuso/dependencia de sustancias. (Mueser et al., 1990).

4. Estructura familiar y soporte social.

5. Rendimiento cognitivo.

6. Ajuste premórbido clínico y neuropsicológico.

7. Peor pronóstico en varones (en general).

La PSICOSIS es la patología “estrella” de la salud mental, por su sintomatología, por su gran heterogeneidad clínica y por su gravedad que supone en un alto porcentaje de casos, una importante pérdida de funcionalidad en estos pacientes.

Si resulta importante encontrar mejores herramientas para su diagnóstico precoz y tratamiento preciso, más aún cuando los afectos son menores de edad con lo que todo ello implica.

19.9.- Bibliografía

- Abdel-Baki, A., Ouellet-Plamondon, C., & Malla, A. (2012). Pharmacotherapy challenges in patients with first-episode psychosis. *Journal of Affective Disorders*, 138 Suppl, S3-14. doi: [10.1016/j.jad.2012.02.029](https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.02.029)
- Aepnya. (2010). Protocolos clínicos de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (Editorial Siglo). Recuperado de https://aepnya.es/wp-content/uploads/2017/07/protocolos_2010.pdf
- Agüero Juan, A., & Catalá Angel, M. (2009). Esquizofrenia de inicio en la infancia y adolescencia. En *Manual de psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Ed. Panamericana.
- Beer, M. D. (1996). Psychosis: A history of the concept. *Comprehensive Psychiatry*, 37(4), 273-291. doi: [10.1016/s0010-440x\(96\)90007-3](https://doi.org/10.1016/s0010-440x(96)90007-3)
- García Cerdán, A. (2017, abril 7). Psicosis Infantil: Una guía para entenderla y convivir con ella. Recuperado 30 de octubre de 2019, de Cognifit website: <https://blog.cognifit.com/es/psicosis-infantil/>
- Guía clínica y terapéutica para primeros episodios psicóticos en la infancia y adolescencia: Informe de consenso en recomendaciones. (2015). Barcelona: Centro de Investigación Biomédica en Red.
- Mascaraque, P. S., & Higuera, P. H. (2019). Psicofarmacología en niños y adolescentes. En AEPap (ed.). *Congreso de Actualización Pediatría 2019*. (Lua Ediciones 3.0, pp. 121-129).
- Mueser, K. T., Yarnold, P. R., Levinson, D. F., Singh, H., Bellack, A. S., Kee, K., ... Yadalam, K. G. (1990). Prevalence of substance abuse in schizophrenia: Demographic and clinical correlates. *Schizophrenia Bulletin*, 16(1), 31-56. doi: [10.1093/schbul/16.1.31](https://doi.org/10.1093/schbul/16.1.31)
- Ortiz, P., Alcamí, M., & Terán, S. (2012). Las alucinaciones en los niños: De la percepción a la representación. 11.
- Pedreira-Massa, J. L. (2009). Formas clínicas de la psicosis en la infancia. *Anales de Pediatría Continuada*, 7(2), 114-120. doi: [10.1016/S1696-2818\(09\)71102-3](https://doi.org/10.1016/S1696-2818(09)71102-3)
- Saiz Ruiz, J., Vega Sánchez, D. C. de la, & Sánchez Páez, P. (2010). Bases Neurobiológicas de la Esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 235-254.

Segarra Echevarría, R., Eguiluz Urunchurtu, I., & Gutiérrez Fraile, M. (2014). Curso evolutivo y pronóstico de los primeros episodios de psicosis del espectro esquizofrénico. En *Abordaje Integral de las Fases Iniciales de la Psicosis. Una visión crítica*. Ed. Panamericana.

Enlaces de interés

https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/psicofarmacologia_infanto-juvenil.pdf

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg155/chapter/Recommendations>

GUÍA PARA PACIENTES Y FAMILIARES: AFRONTANDO LA ESQUIZOFRENIA. Autora: Dra. Marina Díaz Marsá. Ed. Enfoque Editorial S.C. 2013

PIENSA: Guía para adolescentes y familias que quieren entender y afrontar la Psicosis.

<http://www.ciberisciii.es/ficheros/SAM/PIENSA%20Guia.pdf>

Guía clínica y terapéutica para primeros episodios psicóticos en la infancia y la adolescencia. Informe de consenso de Recomendaciones. CIBERSAM. © 2015 Centro de Investigación Biomédica en Red – CIBER

K-SADS E. https://en.wikipedia.org/wiki/Kiddie_Schedule_for_Affective_Disorders_and_Schizophrenia

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/433/pdf/8-panss.pdf>

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/Listadodeterminado.asp?idp=433>

20.- CAPÍTULO 20: TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS

Rocío Gordo Seco. Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.Complejo Asistencial de Burgos.

M^a Rosario. Hernando Segura. Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.Complejo Asistencial de Burgos.

Begoña Antúnez María. Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.Complejo Asistencial de Burgos.

20.1.- Introducción: Historia y epidemiología

Los trastornos de la ingestión de alimentos pueden aparecer a cualquier edad, pero son especialmente relevantes en los niños y adolescentes. Aunque desde siempre en la historia de nuestra cultura han existido conductas alimentarias desordenadas (ayuno de carácter religioso, vómitos después de los ágapes) y ya hace siglos aparecían descripciones en la literatura, su aparición en los manuales de psicología y psiquiatría es relativamente reciente. Las primeras descripciones científicas datan de 1873 y 1874, cuándo Gull y Lasègue emplearon el término de anorexia para describir un cuadro muy similar al que observamos en la actualidad; consideraron que la histeria y las tensiones familiares eran determinantes en su etiopatogenia.

En las últimas décadas, la elevada prevalencia que alcanzaron la anorexia y la bulimia nerviosa en adolescentes, llevó a un aumento exponencial de las publicaciones e investigaciones en torno a estos trastornos. Si tenemos en cuenta el número de publicaciones científicas podríamos pensar que hablar de trastornos alimentarios se reduce a la Anorexia Nerviosa (AN) y a la Bulimia Nerviosa (BN), pero en la práctica clínica encontramos que los trastornos alimenticios aparecen a cualquier edad y son una forma habitual de expresión de disfunciones emocionales y/o relacionales en los niños.

Probablemente, la menor atención prestada a los trastornos de alimentación en las primeras etapas de desarrollo, refleje la mayor dificultad para su clasificación, y el diferente enfoque dado por las publicaciones psiquiátricas y las pediátricas, que subrayaban el cuadro de detención del crecimiento como categoría diagnóstica.

Los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos se caracterizan por la presentación de irregularidades importantes en la ingestión de alimentos que no tienen su origen

en una patología médica. Como consecuencia, aparecen alteraciones nutricionales y/o metabólicas que pueden agravar las alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales que originaron el trastorno alimentario.

Algunas de las clasificaciones de los trastornos mentales diferencian los trastornos de la conducta alimentaria del lactante y del niño de los de los adolescentes (Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del niño y del adolescente -CFTMEA R-2012-, CIE-10), en cambio la última revisión de la clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana de trastornos mentales, DSM 5, elimina esta diferenciación y engloba todos en el mismo capítulo. Este cambio es fruto de la experiencia clínica, que ha demostrado que aunque existan unas edades de mayor prevalencia para cada trastorno, pueden aparecer a cualquier edad, de ahí que se suprima la diferenciación que hacía el DSM-IV entre trastornos de la infancia y de la adolescencia. Tabla 20-1

Tabla 20-1: Clasificación de los Trastornos Alimentarios en los diferentes manuales

CIE-10	CFTMEA-R-2012	DSM-5
<ul style="list-style-type: none"> • Anorexia Nerviosa • Anorexia Nerviosa Atípica • Bulimia Nerviosa • Bulimia Nerviosa Atípica • Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas • Vómitos en otras alteraciones psicológicas • Otros Tr. de la Conducta alimentaria <ul style="list-style-type: none"> • Pica • Pérdida psicógena de apetito • Tr. de la conducta alimentaria sin especificar • Tr. de la conducta alimentaria en la infancia • Pica en la infancia y en la niñez 	<ul style="list-style-type: none"> • Anorexia Nerviosa <ul style="list-style-type: none"> • Restrictiva • Bulímica • Anorexia nerviosa atípica • Bulimia • Bulimia atípica • Otros trastornos de las conductas alimentarias • Pica • Mericismo • Potomanía y otros • Tr. conductas alimentarias sin especificación. • Tr. conductas alimentarias - del lactante y del niño • Tr. Alimentarios del recién nacido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pica <ul style="list-style-type: none"> • en niños • en adultos • Trastorno de rumiación • Tr. de evitación/restricción de la ingesta de alimentos • Anorexia Nerviosa <ul style="list-style-type: none"> • tipo restrictivo • tipo por atracón/purgas • Bulimia Nerviosa • Trastorno por atracón • Otro Tr. alimentario de la ingesta de alimentos especificado • Tr. alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado.

Es previsible que los cambios en los criterios diagnósticos del DSM-5 en el futuro impacten en los estudios epidemiológicos y se modifiquen los datos de prevalencia, que aunque podrían sugerir repuntes de algunos trastornos como la anorexia, en realidad reflejarán la reubicación de algunos casos. Otra consecuencia esperable de estas modificaciones es que, a partir de ahora, tengan mayor visibilidad los trastornos considerados de la infancia (pica, rumiación y evitación de alimentos).

En lo que respecta a los trastornos propios de la infancia, los estudios de prevalencia son escasos. De forma general, sabemos que hasta el 25% de los lactantes y niños pequeños presentan problemas con la alimentación. Esta cifra aumenta significativamente en niños con problemas del desarrollo. En niños con Trastorno del espectro autista la prevalencia de problemas derivados de la ingestión de alimentos es muy elevada.

En relación con la AN y la BN, su incidencia ha aumentado dramáticamente en las sociedades occidentales desarrolladas y que afectan principalmente a mujeres entre 10 y 19 años. La bulimia suele tener un comienzo algo más tardío que la anorexia. Las cifras de prevalencia son dispares debido a la falta de uniformidad de los criterios diagnósticos. En población española, Pérez Gaspar y colaboradores, en un estudio del año 2000, en una muestra de chicas de 12 a 21 años de edad,

encuentran que los trastornos de la alimentación más frecuentes eran los Trastornos de la Conducta Alimentaria no especificados, con una prevalencia aproximada del 3.1%.

Independientemente de las cifras de prevalencia, por la complejidad y gravedad que pueden presentar, estos trastornos suponen un reto para los profesionales de salud mental, además de constituir un problema con importantes connotaciones sociales en las culturas occidentales y el mundo desarrollado.

Con fines didácticos, los agruparemos siguiendo las clasificaciones que diferencian los trastornos propios de la infancia de los de la adolescencia. Estudiaremos por un lado los Trastornos Alimentarios de la primera infancia más característicos y con criterios definidos (pica y el trastorno por rumiación), y por otro, los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) como grupo independiente. En un apartado diferente, consideraremos el Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos.

20.2.- TRASTORNOS ALIMENTARIOS DE LA PRIMERA INFANCIA

20.2.1.- Definición y diagnóstico

Aunque son muchas las definiciones que se han empleado para referirse a estos cuadros, de forma general podemos decir que se refieren a todos aquellos que presentan dificultades importantes y/o falta de interés para la ingestión de alimentos.

En los manuales de clasificación de enfermedades mentales, los criterios en general resultan ambiguos, insuficientes y cambiantes. En la última versión del DSM, han desaparecido como categoría específica, a diferencia de la versión anterior que consideraba los trastornos de pica, rumiación y de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez.

Pica: ingestión voluntaria y persistente (mínimo durante un mes) de sustancias no nutritivas tales como pintura, yeso, tiza, papel, tela, pelo, en el caso de lactantes y niños pequeños; los niños más mayores pueden ingerir insectos, arena, excrementos de animales... Se recomienda no hacer el diagnóstico en niños menores de 2 años, porque hasta esa edad hay niños con desarrollo normal que se llevan a la boca todo tipo de objetos.

Trastorno de rumiación: presencia de regurgitaciones y masticaciones repetidas de alimentos parcialmente digeridos, sin náuseas ni afección gastrointestinal asociada, durante un período mínimo de un mes. El contenido regurgitado a veces se vuelve a tragar o se escupe. Es frecuente que se asocie a signos de malnutrición, a un encerramiento relacional y aislamiento social.

El diagnóstico se realiza mediante la historia clínica, con una exploración psicopatológica detallada y una exploración física completa. Se valora si el paciente cumple los criterios diagnósticos, pudiendo utilizar cualquiera de las clasificaciones diagnósticas vigentes (DSM 5, CIE-10, CFTMEA R-2012). En general existe una amplia coincidencia entre las diferentes clasificaciones.

20.2.2.- Etiopatogenia y bases neurobiológicas

Parece que estos trastornos surgen de la interacción de múltiples factores que están relacionados con las características del niño y con las de los padres, además de con los factores ambientales que los rodean.

Sobre el origen de la pica, además de factores orgánicos, psicodinámicos y culturales, también se ha encontrado asociación con la deficiencia de hierro.

20.2.3.- Evaluación y pruebas complementarias

Se debe hacer una valoración global del niño que incluya aspectos fisiológicos, nutricionales, comportamentales y de interacción familiar. Se hará una exploración clínica y antropométrica, evaluando el estado nutricional y posibles patologías debidas a carencias nutricionales.

20.2.4.- Comorbilidad y diagnóstico diferencial

La comorbilidad puede presentarse con otros trastornos psicopatológicos o con cuadros de origen orgánico:

Pica: el trastorno del espectro autista y la discapacidad intelectual son las patologías en las que aparece con mayor frecuencia. También puede aparecer en pacientes con psicosis, trastorno obsesivo-compulsivo, tricotilomanía (arrancamiento de pelo) o trastorno de excoiación (rascarse la piel).

Trastorno de rumiación: se puede presentar en el curso de alguna enfermedad médica o asociado a cuadros de ansiedad generalizada.

Tenemos que hacer el diagnóstico diferencial con otras patologías:

Pica: con aquellos cuadros que presentan ingesta de sustancias no nutritivas pero no las otras características propias del cuadro:

- Anorexia nerviosa: puede ocurrir en un intento de controlar el apetito y el peso.
- Trastorno facticio: pueden ingerir objetos como parte de sus conductas de provocación de síntomas.
- Conductas autolesivas: algunos ingieren objetos dañinos (p.ej. cuchillas, agujas, chinchetas), en el contexto de conductas desadaptativas con diferentes fines.

Trastorno de rumiación:

- Patología gastrointestinal: algunas afecciones digestivas (gastroparesia, estenosis pilórica, hernia de hiato, etc.) pueden cursar con reflujo gastroesofágico o vómitos.
- Anorexia y bulimia nerviosa: pueden presentar regurgitación de los alimentos.

20.2.5.- Tratamiento

Es muy importante identificar y corregir las posibles circunstancias desencadenantes (situaciones de abandono, maltrato) y eliminar cualquier factor de estrés en el ambiente del niño. Se realiza mediante una combinación de psicoeducación orientada a mejorar el entorno del niño, valorando si precisan tratamiento los padres, y modelos conductistas.

En algunos casos puede ser necesario recurrir a la administración de suplementos alimentarios y, excepcionalmente, a medidas de nutrición enteral o parenteral.

20.2.6.- Desarrollo, curso y pronóstico

Los trastornos de la primera infancia y niñez suelen iniciarse en los primeros años de vida y pueden remitir espontáneamente sin necesidad de tratamiento; en pocos casos evolucionan hasta la edad adulta.

Como consecuencia de la malnutrición se puede producir un retraso del crecimiento con repercusión negativa en el desarrollo psicomotriz y en el aprendizaje.

En niños mayores y adolescentes, el trastorno de rumiación puede afectar negativamente a su funcionamiento social.

En el curso de la pica pueden aparecer infecciones, intoxicaciones u obstrucciones intestinales según lo que hayan ingerido. Son frecuentes en la clínica los cuadros de obstrucción intestinal

relacionados con la aparición de un bezoar (bola de pelo, material vegetal o sustancias químicas que no son digeridas en el tracto intestinal). También pueden presentar clínica asociada de expresión hematológica (anemias por déficits de minerales o vitaminas) o intoxicaciones por plomo asociadas al consumo de pintura y yeso pintado.

20.3.- TRASTORNO DE EVITACIÓN / RESTRICCIÓN DE LA INGESTA DE ALIMENTOS

20.3.1.- Definición y diagnóstico

Este cuadro aparece en el DSM 5 en sustitución del diagnóstico del trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez del DSM-IV TR, con la diferencia de ampliar el diagnóstico a cualquier edad.

Se caracteriza por una evitación o restricción en la ingesta de alimentos, y como consecuencia se produce bajo peso, deficiencias nutritivas significativas y afectaciones importantes en el ámbito psicosocial. Puede ser una falta de interés aparente por comer, una evitación relacionada con las características organolépticas de los alimentos y/o preocupación por las consecuencias desagradables de la acción de comer. Los niños pequeños pueden mostrarse irritables durante la alimentación o parecer apáticos.

La evitación de los alimentos por sus características sensoriales se denomina también alimentación selectiva o neofobia alimentaria.

Debe descartarse que la afección se deba a una enfermedad gastrointestinal o a otra enfermedad médica asociada. La alteración no parece relacionada con alteraciones en la percepción de la imagen corporal, a diferencia de lo que ocurre en la anorexia nerviosa.

20.3.2.- Etiopatogenia y bases neurobiológicas

Cuando la evitación o restricción de alimentos aparece en los primeros años de vida, estaríamos ante el cuadro denominado también anorexia nerviosa infantil. Diferentes estudios han señalado que estarían implicados factores temperamentales del niño y de los padres en la génesis del cuadro, que interactúan favoreciendo el conflicto en el momento de la alimentación.

En la aversión sensorial a los alimentos se ha sugerido que influyen factores genéticos y ambientales.

20.3.3.- Comorbilidad y diagnóstico diferencial

Es frecuente la comorbilidad con los trastornos de ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos del neurodesarrollo.

Hay que hacer el diagnóstico diferencial con cualquier cuadro que pueda cursar con restricción alimentaria. Sólo en aquellos casos en los que se cumplan los criterios y el trastorno alimentario requiera un abordaje específico se harán los dos diagnósticos:

-Afecciones médicas: enfermedades gastrointestinales, alergias o intolerancias alimentarias, etc.

-Trastornos mentales: trastornos del vínculo, trastornos del espectro autista, fobias, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo, etc.

20.3.4.- Evaluación y tratamiento

Se puede hacer una evaluación de la conducta alimentaria con diferentes métodos:

-Directos: a través de la observación de las interacciones entre los cuidadores y el niño durante los episodios de alimentación, lo que permite hacer un análisis funcional de las contingencias que mantienen la conducta problema.

-Indirectos: a través de la información aportada por los padres o cuidadores principales.

Se hará también una exploración clínica completa que incluya medidas antropométricas y vigilancia del estado nutricional.

Respecto al tratamiento, basándonos en el análisis de las conductas problema durante la ingesta, se pueden emplear técnicas de modificación de conducta utilizando diferentes métodos (extinción, reforzamiento positivo, etc.) que requieren una elevada implicación de los padres para que sean eficaces. En los niños con aversiones alimentarias de origen sensorial, puede ser útil un programa de desensibilización progresiva.

Siempre que sea necesario se aplicarán tratamientos médicos para restaurar el peso y el estado nutricional.

20.4.- TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

20.4.1.- Definición y diagnóstico

Los TCA se caracterizan por la dificultad de autocontrol de la conducta alimentaria y expresan la existencia de alteraciones psicopatológicas profundas que afectan a la personalidad, a las relaciones interpersonales, a la afectividad, al comportamiento etc.

En la edición anterior al DSM 5, el grupo de TCA lo constituían la AN, la BN y otras alteraciones denominadas Trastornos de la Conducta Alimentaria no especificados (TCANE) que incluía el Trastorno por atracones. Con la publicación del DSM 5, el Trastorno de atracones pasa de pertenecer al grupo de TCANE y se pone al nivel de la AN y la BN.

20.4.1.1.- Anorexia Nerviosa

Las características principales son:

- Restricción en la ingesta de alimentos que conduce a un peso corporal inferior al considerado normal.
- Miedo intenso a ganar peso.
- Una distorsión de la imagen corporal que les hace verse más voluminosos de lo que están; en vez de una distorsión de la imagen, podemos encontrar que prestan una importancia exagerada a la constitución corporal en la autoevaluación o bien una minimización de la gravedad o importancia del bajo peso.

Además de la restricción alimentaria pueden presentar también otras conductas para perder peso (ejercicio físico intenso y/o conductas purgativas en forma de vómitos, uso de laxantes o diuréticos). Como consecuencia del bajo peso y de estas conductas, se pueden producir múltiples manifestaciones clínicas en el organismo, cuya incidencia y gravedad dependerá del grado de pérdida de peso y de la cronicidad de la enfermedad (Tabla 1).

Es el trastorno que ha sufrido más cambios en los criterios diagnósticos en el DSM-5. Las ediciones anteriores tenían entre sus criterios diagnósticos la amenorrea y establecían un punto de corte mínimo al referirse al bajo peso corporal. Los criterios actuales no requieren la presencia de amenorrea y el bajo peso corporal, lo definen de forma más laxa, como "un peso inferior al mínimo esperado", lo que permitirá hacer intervenciones más precoces. Se recomienda determinar el percentil del índice de masa corporal (IMC) según la edad, para especificar la gravedad.

Tabla 20-2:: Manifestaciones clínicas de la anorexia nerviosa.

Examen Físico

Pérdida de grasa subcutánea y de masa muscular
 Reducción en la temperatura corporal
 Piel seca, pálida y con queratosis folicular y acrocianosis periférica
 Petequias, livedo reticularis
 Hipercarotinemia en manos y pies
 Caída de cabello, vello fino y lacio (lanugo)
 Hipertrofia parotídea
 Erosión del esmalte dental
 Signo de Russel (erosiones en los nudillos del dorso de la mano)

Complicaciones cardiovasculares

Fatigabilidad
 Bradicardia y arritmias
 Hipotensión arterial y ortostatismo
 Prolapso de la válvula mitral
 Derrame pericárdico

Complicaciones endocrino-metabólicas

Amenorrea secundaria
 Hipercortisolemia, Hipercolesterolemia, Hipoglucemia
 Alteración en las hormonas tiroideas y hormona antidiurética

Complicaciones óseas

Osteopenia, osteoporosis y aumento del riesgo de fracturas

Complicaciones gastrointestinales

Gastroparesia, estreñimiento
 Pancreatitis aguda
 Reflujo gastroesofágico
 Hematemesis
 Elevación de las transaminasas

Complicaciones renales y alteraciones hidroelectrolíticas

Reducción del filtrado glomerular
 Depleción de fósforo, magnesio y potasio

Complicaciones pulmonares

Neumotórax espontáneo y neumomediastino

Complicaciones hematológicas

Anemia, leucopenia y trombopenia
 Petequias y púrpura

Complicaciones neurológicas

Cefaleas
 Cuadros convulsivos
 Neuropatías
 Atrofia cerebral con reducción de sustancia gris

20.4.1.2.- Bulimia

Se caracteriza por la presencia de atracones alimentarios recurrentes, seguidos en la mayoría de los casos de conductas compensatorias inapropiadas. Los atracones suelen precederse de un estado de ansiedad que se alivia tras el consumo rápido y descontrolado de alimentos. Después aparecen sentimientos de vergüenza, culpa y malestar físico que se compensan generalmente con vómitos autoinducidos. Pueden presentar asociado hiperactividad física u otras maniobras de purga (diuréticos, laxantes, enemas, etc.). No siempre hay alteraciones de peso, puede ser normal, existir sobrepeso o bajo peso. Suelen tener más conciencia de enfermedad que en el caso de la anorexia, y al igual que en ésta la autoevaluación se ve exageradamente influida por la constitución y la imagen corporal.

20.4.1.3.- Trastorno de atracones

Se caracteriza por atracones recurrentes, que, al igual que en la bulimia, deben estar presentes como promedio una vez a la semana durante tres meses, pero a diferencia de ésta, no van seguidos de conductas compensatorias inapropiadas. El atracón se caracteriza por la ingestión en un período determinado de una cantidad de alimentos superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas, acompañado de sensación de pérdida de control sobre lo que se ingiere.

En los últimos años este cuadro ha ido adquiriendo cada vez mayor relevancia clínica y se ha observado que es frecuente en la población de pacientes con obesidad.

Respecto a la obesidad, al ser considerada un trastorno metabólico, no está clasificada como un trastorno mental, aunque en muchos casos se relaciona con alteraciones psicológicas. Estas alteraciones pueden ser la causa de una ingesta excesiva en relación con estados emocionales, otras veces se desarrolla sintomatología afectiva o ansiosa reactiva a la obesidad. Algunos autores hablan de una obesidad psicógena que puede aparecer en el desarrollo por problemas de aprender a diferenciar el hambre de tensiones emocionales.

20.4.2.- Etiopatogenia y bases neurobiológicas

La etiopatogenia de los trastornos alimentarios viene dada por una confluencia de factores biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales, que determinan la vulnerabilidad, desarrollo y mantenimiento de estos cuadros.

Partiendo de un modelo psicosomático, la secuencia sería la siguiente: un niño o adolescente con una especial predisposición pasa en algún período de su vida por diferentes circunstancias precipitantes y desarrolla un trastorno de alimentación, que conlleva una serie de fenómenos susceptibles de mantener y agravar el cuadro.

Se han realizado investigaciones respecto a posibles factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento, para cada uno de los diferentes cuadros, pero no siempre está claro si las anomalías están en el origen del trastorno o son consecuencia del mismo. Señalaremos los más estudiados:

-Biológicos: entre los factores predisponentes múltiples investigaciones en el campo de la genética nos permiten hablar de una vulnerabilidad genética para la anorexia nerviosa, que podría manifestarse en los rasgos de personalidad. Pueden actuar como factores precipitantes las modificaciones biológicas propias del desarrollo puberal, cambios a los que el adolescente debe adaptarse y que con frecuencia suponen un factor estresante. Los efectos del síndrome de inanición, sobre todo por el cambio de la percepción del hambre/saciedad y de la fisiología gastrointestinal, actuarían como mantenedores.

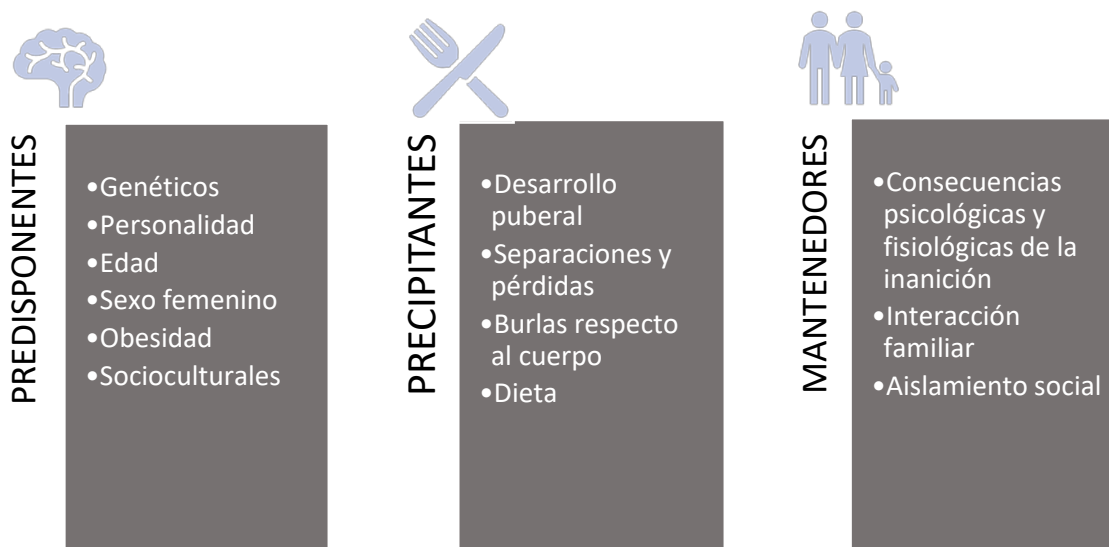
-**Psicológicos:** infinidad de investigaciones giran en torno a la personalidad de los adolescentes con TCA. Los datos de comorbilidad de Trastornos de personalidad con TCA arrojan cifras muy dispares, si bien hay acuerdo en que determinadas características se asocian a la anorexia y otros a la bulimia. Los Trastornos de personalidad que se señalan asociados con mayor frecuencia a la BN son el límite y el histriónico. Se consideran rasgos más característicos de la AN la obsesividad, rigidez, dependencia, introversión, inhibición social y perfeccionismo, mientras que en la BN es más frecuente encontrar inestabilidad emocional y dificultad de control de impulsos. Además de actuar como factores predisponentes los rasgos de personalidad condicionan la expresión del TCA y en algunos casos complican su evolución.

También se ha señalado la relación con trastornos afectivos y de ansiedad tanto en la génesis como en la evolución del trastorno alimentario. Como factores precipitantes estarían circunstancias asociadas a rupturas vinculares, que superan las capacidades del niño o adolescente para hacer una elaboración adecuada.

-**Familiares:** aunque no se ha demostrado una clara causalidad, se ha encontrado que determinadas estructuras familiares pueden complicar la evolución del trastorno. En los trastornos de la adolescencia, es frecuente encontrar familias que dificultan el desarrollo de la individualidad, además de transmitir su preocupación por la apariencia y el éxito. Se han identificado también como factores de riesgo modelos familiares rígidos, exigentes y poco cohesionados, antecedentes familiares de trastornos afectivos y sintomatología obsesivo-compulsiva, de TCA, obesidad (especialmente en madres) y alcoholismo (especialmente en padres). En los trastornos que aparecen en los niños, se han encontrado situaciones de privación materna y trastornos de la vinculación afectiva.

-**Socioculturales:** sin olvidar que el origen de estos cuadros es multifactorial, muchos autores destacan el papel principal de estos factores en la génesis. Los cambios en las sociedades occidentales actuales identifican con la delgadez el ideal estético femenino, llegando a considerar la delgadez extrema un signo de éxito y autocontrol. Esto ha llevado a la realización indiscriminada y descontrolada de dietas alimenticias que constituye el principal factor sociocultural de riesgo. Aunque todos estamos expuestos a estos factores sociales, por las características del período que atraviesan, parece claro que son los adolescentes los más vulnerables. El adolescente se encuentra en un período en el que está construyendo su identidad, una identidad en la que la autoimagen se va forjando en gran parte por la aprobación o desaprobación del grupo de iguales, de ahí la importancia de las burlas o críticas en torno al aspecto y al peso.

Tabla 20-3. Factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento de los TCA.



20.4.3.- Evaluación y pruebas complementarias

El proceso de evaluación no es fácil por la complejidad de los propios trastornos y las características individuales y familiares que los rodean. Es importante que la actitud del profesional sea la adecuada para conseguir la mayor información posible y favorecer el desarrollo de un buen vínculo terapéutico.

La evaluación inicial se puede realizar en Atención Primaria (pediatra o médico de familia), en los equipos de psiquiatría del niño y adolescente, o por otras especialidades (ginecología, endocrinología, etc), en aquellos casos en los que la consulta está relacionada con posibles complicaciones del TCA. Se recomienda que la confirmación diagnóstica y la coordinación del tratamiento las realicen los psiquiatras y psicólogos clínicos.

Se debe sospechar un trastorno de alimentación en niños o adolescentes que presenten bajo peso, detención del crecimiento no explicada o retraso puberal, conductas alimentarias anómalas, vómitos recurrentes, actividad física excesiva, problemas con la ganancia de peso y/o preocupaciones con la imagen corporal. En todos los casos hay que realizar una historia clínica completa.

20.4.3.1.- Entrevista Clínica

El procedimiento de evaluación fundamental es la entrevista, que puede ser compleja por las dificultades que plantean los pacientes, que en muchas ocasiones tienden a negar la enfermedad y a ocultar los síntomas. Además de la evaluación psicológica del menor, se debe recoger información de los padres, pero es recomendable tener una entrevista a solas asegurándole la confidencialidad para que se sienta con mayor libertad a la hora de exponer sus dificultades. Es importante que el paciente no identifique al profesional como un aliado de la familia que va a ir en contra de sus intereses, sino como alguien que se va a preocupar por su estado de salud.

- Antecedentes personales: alergias medicamentosas y/o alimentarias, hábitos tóxicos, patologías médicas, intervenciones quirúrgicas, historia menstrual-ginecológica.
- Genograma y antecedentes familiares: debemos conocer con quien convive el paciente e investigar la presencia de alteraciones psicopatológicas o enfermedades orgánicas crónicas.

- Psicobiografía: datos del desarrollo evolutivo desde la gestación, recogiendo acontecimientos vitales significativos.
- Datos de trastornos de alimentación: preguntar sobre hábitos alimentarios infantiles, historia de sobrepeso, comentarios negativos en torno al cuerpo, insatisfacción por la imagen corporal. Recoger cuándo y cómo se inició el cuadro, acontecimientos que lo hayan podido desencadenar, sintomatología presente (presencia o no de atracones, vómitos, uso de laxantes, extravagancias con la comida, etc). Es importante conocer la cantidad y calidad de alimentos, ingeridos, los que restringen y los que se evitan.
- Exploración Psicopatológica completa: recogeremos datos de afectividad, contenido del pensamiento, sensopercepción, control de impulsos, psicomotricidad, sueño y hábitos de alimentación. Es importante investigar el grado de conciencia de enfermedad y la presencia de alteraciones en la imagen corporal.
- Evaluación de la familia: describir el sistema de convivencia familiar y explorar la actitud de la familia frente al trastorno de la alimentación.

Muchas veces la familia es la que nos da información más fiable respecto al comportamiento del paciente ante la comida: si comen solos o acompañados, tiempo de duración de las comidas, manipulación de los alimentos, etc. Se debe registrar el tiempo de evolución del cuadro, la repercusión de todo ello en el funcionamiento personal, social, escolar y en la dinámica familiar.

20.4.3.2.- Exploración física:

Se valorará el estado de salud general y nutricional, y se realizarán las exploraciones complementarias que se consideren necesarias en cada caso.

- Descripción del estado de salud general y nutricional: describir si presentan signos y síntomas de malnutrición (alteraciones cutáneas, digestivas, endocrinas, dentales, etc.).
- Medidas de peso, talla, tensión arterial, pulso y temperatura.

Mediante los valores de peso y talla se calcula el Índice de Masa Corporal (IMC), que orienta sobre el estado nutricional. Resulta de la fórmula $IMC = \text{peso} / \text{talla}^2$ y se expresa en kg/m^2 . En los niños y adolescentes se comparará con los percentiles para la edad correspondiente, y se harán evaluaciones seriadas para valorar la evolución.

Es importante que la medición del peso sea válida, para ello debemos asegurarnos que lo realice personal de enfermería, y que los pacientes no lo manipulen (materiales pesados escondidos, ingesta previa de agua excesiva, etc). En general es recomendable no dar información al paciente de las cifras de peso. Debemos recoger el tiempo en el que ha ocurrido la pérdida de peso, pues pérdidas de peso rápidas tiene un mayor riesgo de alteraciones nutricionales.

También se pueden utilizar métodos de impedancia para calcular la masa grasa del paciente, aunque su uso en la clínica no está tan generalizado como el IMC.

- Pruebas complementarias: como norma general se realizará analítica con Hemograma y bioquímica, análisis urinarios completos y Electrocardiograma.

Se valorará individualmente cada caso para completar si es preciso con otros estudios (estudio endocrino completo, estudio inmunológico, radiografía de tórax, ecocardiograma, densidad ósea, etc).

20.4.3.3.- Estudios psicológicos:

Existe una amplia batería de cuestionarios para evaluar la frecuencia e intensidad de los síntomas o conductas de riesgo para TCA. Tienen más aplicación en el campo de la investigación, y en la práctica clínica no sirven como herramienta única para el diagnóstico. Si utilizamos cuestionarios

autoaplicados hay que ser cautelosos a la hora de interpretar los resultados, pues por las propias características de la enfermedad con frecuencia los datos no son fiables.

Existen varios con versiones españolas adaptadas y validadas en nuestro contexto:

-Encuesta SCOFF (*Sick, Control, One, Fat, Food questionnaire*): se utiliza para la detección en atención primaria de grupos de riesgo de TCA.

- EAT- 40 (*Eating Attitude Test*): instrumento de cribado para la AN.

- BULIT, BITE: instrumentos de cribado para la BN.

- EDI-2 (*Eating Disorders Inventory*): sirve para evaluar psicopatología tanto anoréxica como bulímica.

Existen también instrumentos orientados a la valoración específica de la percepción de la imagen corporal (BSQ, BIA) y la interiorización de las influencias culturales sobre el modelo estético corporal (CIMEC).

Además de lo señalado, podemos emplear instrumentos para cualquiera de los síntomas asociados a los TCA: impulsividad (BIS-11), ansiedad (STAI-C), depresión (CDI), personalidad (MACI), obsesividad (CY-BOCS), etc.

20.4.4.- Comorbilidad y diagnóstico diferencial

En los trastornos de la alimentación en niños y adolescentes, por las características del período evolutivo, con frecuencia es difícil determinar si podemos hablar de comorbilidad con otro trastorno mental, o si en realidad el trastorno de alimentación en un momento dado se constituye como el síntoma principal de ese otro trastorno.

20.4.4.1.- Comorbilidad

Anorexia nerviosa: los trastornos de ansiedad y afectivos concurren frecuentemente con la anorexia nerviosa. En algunos se han descrito casos de trastorno obsesivo compulsivo, especialmente en los pacientes que no presentan conductas purgativas. En el tipo con atracones/purgas son más frecuentes los trastornos por consumo de sustancias.

Bulimia nerviosa: son frecuentes las alteraciones del estado de ánimo y de ansiedad. También es elevado el consumo de alcohol y de estimulantes, que a menudo se inicia como un intento para controlar el peso. Un porcentaje importante de pacientes presenta rasgos patológicos de personalidad, siendo los más frecuentes los de tipo límite (inestabilidad emocional, dificultad de control de impulsos, etc.).

Trastorno por atracón: frecuentemente se asocia con trastornos afectivos, trastorno del control de impulsos, abuso de tóxicos y rasgos patológicos de personalidad.

20.4.4.2.- Diagnóstico diferencial

Anorexia nerviosa: diferentes enfermedades médicas y mentales pueden cursar con una pérdida de peso importante. En estos cuadros no existe la percepción alterada del propio cuerpo y/o miedo a ganar peso, característicos de la anorexia nerviosa.

-Enfermedades médicas: enfermedad gastrointestinal, hipertiroidismo, cáncer oculto, alteraciones hipofisarias o hipotalámicas.

-Enfermedades mentales: depresión, esquizofrenia, trastorno por consumo de sustancias, trastorno de evitación/restricción de alimentos.

Puede ser muy difícil el diagnóstico diferencial entre la AN y el trastorno de evitación/restricción de alimentos, porque hay niños y adolescentes que niegan el miedo a engordar pero persisten en

sus comportamientos para no ganar peso. En estos casos hay que hacer una evaluación global y longitudinal para hacer el diagnóstico correcto.

Bulimia nerviosa:

-Enfermedades que pueden cursar con alteraciones de la conducta alimentaria con sobreingesta pero sin que exista la preocupación excesiva por la imagen corporal: depresión mayor atípica, síndrome de Kleine-Levin.

-AN con atracones y purgas

-Trastorno de atracones: no presentan comportamientos compensatorios después de la sobreingesta.

20.4.5.- Tratamiento

En la sociedad actual nos encontramos con cambios muy importantes en relación al culto al cuerpo y la promoción de la delgadez como valores personales positivos, que además de suponer un condicionante importante en el desarrollo de los TCA, contribuye a que en muchos casos se asuma de un modo simplista que estos trastornos se deben al estilo de vida, a la publicidad o a la influencia de la moda. Este error puede llevar a que muchos casos patológicos no se entiendan como verdaderas enfermedades, que se aplaze su diagnóstico o que no se haga un correcto abordaje terapéutico.

Siempre hay que tener presente que estamos ante patologías que pueden ser muy complejas y debemos adoptar una postura ecléctica y plural. No debemos entenderlo exclusivamente como un problema psicológico ni como un desorden nutricional, pues en cualquiera de los casos se desatenderían los problemas somáticos y nutricionales o los psicopatológicos.

El tratamiento puede requerir la intervención de diferentes especialistas (psicólogo, pediatra, médico de familia, psiquiatra, endocrino, nutricionista, enfermero), y puede realizarse en diferentes recursos asistenciales (nivel ambulatorio, hospital de día, hospitalización completa) dependiendo de las necesidades de cada paciente. Los recursos asistenciales deben estar coordinados, y serán los equipos de asistencia psiquiátrica y salud mental los encargados del diagnóstico y de la coordinación del tratamiento, poniendo en marcha los programas específicos si se precisan.

Los objetivos generales del tratamiento son:

- Restaurar y normalizar el peso y el estado nutricional.
- Si existen, tratar las complicaciones asociadas, tanto físicas como psiquiátricas, priorizando siempre las severas que puedan suponer un riesgo vital.
- Modificar las alteraciones de pensamiento, emocionales y conductuales que condicionan el trastorno, y sustituirlos por otros más sanos y adaptativos.
- Conseguir el apoyo familiar, ofreciéndoles tratamiento si se considera necesario.
- Prevenir las recaídas, manteniendo un período largo de seguimiento.
- Proporcionar Educación Nutricional sobre patrones alimentarios y nutricionales saludables.

El tratamiento de estos pacientes generalmente es difícil por la poca colaboración que suelen ofrecer y su gran capacidad de manipulación. Al tratarse de cuadros muy complejos hay que elaborar un plan específico para cada paciente, que vendrá determinado por la historia evolutiva de desarrollo, la sintomatología predominante y la estructura familiar.

El abordaje terapéutico puede ser de tres formas:

- Medidas médicas: existe evidencia que en algunos casos puede ser útil y beneficiosa la renutrición (complementos vitamínico-minerales, alimentación enteral oral) y la Educación Nutricional.

- Terapias psicológicas: se han considerado eficaces la terapia cognitivo-conductual, la terapia familiar sistémica y las terapias psicodinámicas entre otras. En la adolescencia es importante adaptar el tratamiento a las características de personalidad del paciente y tener en cuenta a la familia.

- Tratamiento farmacológico: se pueden utilizar diferentes psicofármacos aunque no de forma específica para el trastorno alimentario, generalmente para la sintomatología asociada (depresión, ansiedad, impulsividad). No obstante, existen estudios que avalan la eficacia de algunos psicofármacos en determinados cuadros. En el caso de la AN no se recomienda el tratamiento farmacológico como único tratamiento primario. En pacientes con BN, antidepresivos del grupo ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina), pueden ser útiles para reducir el número de atracones y purgas. Otros fármacos empleados son los Antiepilépticos (Topiramato), antipsicóticos, etc. Siempre que se prescriba un fármaco se hará un seguimiento y monitorización de los posibles efectos secundarios.

20.4.6.- Desarrollo, curso y pronóstico

En cuanto a los factores pronósticos los estudios muestran una gran heterogeneidad en sus resultados. Un aspecto que aparece común a los distintos trastornos de la alimentación es que a mayor severidad de los síntomas o mayor comorbilidad con otros problemas psicosociales y/o psiquiátricos, la respuesta al tratamiento es peor y la evolución menos favorable. En general, a mayor precocidad en el inicio del tratamiento mejor pronóstico.

La Anorexia y Bulimia nerviosas son enfermedades de inicio insidioso, que pueden pasar mucho tiempo sin ser detectada por el entorno familiar. El curso y desarrollo de la enfermedad son muy variables. Los casos menos graves pueden representar una crisis pasajera de la adolescencia, que evolucionan hacia una alimentación normal. Lo más habitual es que el cuadro se mantenga durante años, con un curso fluctuante con remisiones y recaídas. Existe además una proporción de pacientes que pueden presentar una evolución de un cuadro a otro, siendo más habitual el paso de la anorexia a la bulimia. El cuadro a veces se cronifica debido en parte a la egosintonía de los síntomas y a la dificultad para pedir ayuda de los pacientes. En los casos de niños y adolescentes, la iniciativa de la consulta habitualmente es de la familia con la resistencia del menor.

Anorexia Nerviosa: las restricciones pueden comenzar a raíz de algún conflicto emocional, tras una dieta o a veces sin aparente desencadenante. En las fases iniciales minimizan la importancia de sus conductas, y cuando son confrontados por sus familias refieren encontrarse bien, y no es raro que muestren una hiperactividad que parece corroborarlo. A veces en las fases iniciales admiten que están haciendo dieta, pero después niegan la realidad, la familia preocupada empieza a presionar con las comidas y se convierte en un problema de interrelación familiar. Se van aislando, encerrando en sí mismos, progresivamente van mostrándose más irritables y hostiles, y con el tiempo el afecto predominante va a ser una labilidad emocional y una apatía sobre un fondo de tristeza. A los cambios psicológicos se añaden cambios físicos, consecuencia de la pérdida de peso: adelgazamiento, palidez cutánea, caída del cabello, aparición de lanugo, amenorrea, frialdad de extremidades, estreñimiento, bradicardia, hipotensión arterial, etc. El bajo peso conlleva a su vez consecuencias psicológicas como dificultades de concentración, aumento en la obsesividad, mayor irritabilidad y sintomatología depresiva.

La falta de conciencia de enfermedad y de los riesgos de su conducta puede llevar a estados nutricionales carenciales con graves alteraciones metabólicas que pueden provocar la muerte. La segunda causa de muerte, después de la desnutrición, es el suicidio.

Teniendo en cuenta que existen limitaciones en los estudios globales de seguimiento, de modo global podemos señalar que aproximadamente un 50% de los casos evolucionan a remisión completa, entre un 20% y un 30% la remisión es parcial, y entre el 10% y 20% la evolución es a la cronicidad.

Bulimia: la frecuencia de atracones puede ser muy variable, y suelen precipitarse por estados disfóricos o cuando piensan que han transgredido alguna de las reglas dietéticas que se autoimponen. Consecuencia de sus patrones de alimentación y de los vómitos y uso de laxantes, pueden desarrollar complicaciones físicas como hipertrofia de la glándula parótida, infecciones urinarias, arritmias cardíacas, irregularidades menstruales, estreñimiento, erosiones en el esmalte dental, etc. Pueden presentar una callosidad en el dorso de la mano por la provocación reiterada del vómito (“signo de Russell”). Las relaciones sociales pueden verse afectadas, aunque en muchos casos mantienen una actividad social normalizada con una conducta alimentaria aparentemente saludable.

En cuanto al pronóstico parece menos grave que la anorexia, con una proporción más baja de mortalidad y un curso más episódico.

Trastorno de atracones: al ser un trastorno reconocido como tal hace poco tiempo en las clasificaciones internacionales, los datos en cuanto a su evolución y pronóstico aún son limitados.

20.4.7.- Bibliografía

- American Psychiatric Association (2014): Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Castro Fornieles, J. y Toro Trallero, J (2010). Trastornos de la Conducta Alimentaria. En: Soutullo C, Mardomingo MJ (coord.) (2010). Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. AEPNYA Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Edición Madrid: Ed Panamericana. P181-193.
- Español Armengol, N. (2010). Trastornos de la Conducta Alimentaria. En I. García Alonso, R. de la Fuente, J.J. de la Gándara, M.Mateos, (Dir.), Salud Mental Social: Epidemiología y descripción de los trastornos mentales (698-725). Burgos: Caja de Burgos.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya;2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm.2006/05-01.
- Pérez Gaspar, M.et al. (2000). Prevalence of eating disorders in a representative sample of female adolescents from Navarra (Spain), Med Clin (Barc), 114, 481 -486.
- Toro, J. y Vilardel, E. (1987). Anorexia Nerviosa. Barcelona: Ed. Martínez Roca.
- Wiener, J. y Dulcan, M. (2006). Tratado de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Barcelona: Ed. Masson.

21.- CAPÍTULO 21: TRASTORNOS DE LA EXCRECIÓN: ENURESIS Y ENCOPRESIS

Begoña Antúnez María. Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.Complejo Asistencial de Burgos.

Rocío Gordo Seco. Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.Complejo Asistencial de Burgos.

M^a Rosario. Hernando Segura. Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.Complejo Asistencial de Burgos.

21.1.- Introducción

El control de los esfínteres suele seguir una secuencia común en la mayoría de los niños: inicialmente se adquiere la continencia fecal nocturna, en segundo lugar, el control fecal diurno, después la continencia urinaria diurna y finalmente el control nocturno de la orina.

La edad en la que se va produciendo el control de cada una de estas funciones dependerá tanto del niño, como de las actitudes y pautas educativas de sus cuidadores. Habitualmente las niñas adquieren el control algo antes que los niños, con un desfase que puede ir desde unos meses hasta 3 años de diferencia. A pesar de esta variabilidad, lo normal es que el control de los esfínteres comience a ser entrenado sobre los 18 meses y se acabe de adquirir entre los 3 y los 5 años; a partir de entonces la falta de control urinario y fecal respectivamente se considera patológica.

Así, los trastornos de la excreción o de la eliminación consisten en la incapacidad para alcanzar o para mantener el control de las funciones eliminatorias y son: la enuresis y la encopresis. Se trata de alteraciones muy frecuentes y con importante repercusión emocional, tanto para el niño como para su familia.

Son varias las falsas creencias en relación al enfoque etiopatogénico y terapéutico de estos trastornos en nuestra sociedad, entre ellas, el considerar que se trata de simples llamadas de atención, entendiéndolo como algo intencional, que se pasará con la edad y considerando que no es preciso realizar evaluación ni intervención alguna. Sin embargo, la idea de que los niños controlan sus procesos mentales durante el sueño y la noción de que este control es responsable de mojar la cama, actualmente no resulta plausible.

El impacto de la incontinencia urinaria y sobre todo de la fecal puede ser profundo en la calidad de vida del niño o adolescente y puede continuar afectándolos en su vida adulta. Algunos estudios han demostrado que los afectados sufren una menor calidad de vida, un mayor absentismo escolar, pérdida de actividades sociales. Además, se ha descrito que son más propensos a ser víctimas de acoso, muestran una mayor incidencia de problemas emocionales y conductuales, tienden a presentar una baja autoestima, con frecuencia también impotencia sexual en la edad adulta, falta de esperanza y menor optimismo. Así, los trastornos de la excreción pueden afectar negativamente al desarrollo psicosocial del niño, con una menor calidad de vida y gran distrés emocional. De hecho, el porcentaje de alteraciones psíquicas comórbidas en rango clínico está aumentado. En torno al 20% de los niños con enuresis nocturna, hasta el 40% de los que presentan incontinencia urinaria diurna y el 50% de los que mantienen incontinencia fecal cumplen criterios de algún trastorno psiquiátrico, ya sea según CIE-10 o según DSM-IV. Por ello se recomienda en todos los casos un screening de síntomas psicológicos, a través de la observación y de la historia clínica, pudiendo utilizar cuestionarios de screening estandarizados y, en el caso de que aparezcan problemas conductuales mayores, se recomienda una valoración psiquiátrica completa.

21.2.- ENURESIS

21.2.1.- Definición:

La enuresis es la emisión repetida de orina, de forma intencionada o no, durante el día o la noche, en la cama o en la ropa, una vez alcanzada la edad en la que se espera haber conseguido el control de la micción, es decir, a los 5 años (o con un grado de desarrollo equivalente), sin que exista patología orgánica que motive la incontinencia.

Siguiendo el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), consideramos que se trata de un trastorno cuando la emisión de orina aparece al menos 2 veces por semana durante 3 meses consecutivos como mínimo. Sin embargo, también se considera un trastorno en aquellos casos que cursan con una frecuencia menor pero que da lugar a una afectación clínica relevante, con importante repercusión emocional o una marcada alteración en la funcionalidad del niño. Esta incontinencia urinaria no se debe al efecto de fármacos, como los diuréticos, ni a una enfermedad médica, como puede ser la diabetes mellitus.

21.2.2.- Fisiopatología:

La vejiga está formada por el músculo detrusor, el esfínter vesical interno y el esfínter vesical externo. Cuando se llega a una determinada presión intravesical se pone en marcha el reflejo de la micción, que consiste en la contracción del músculo detrusor y la relajación de ambos esfínteres, provocando la micción.

La micción voluntaria consiste, pues, en la relajación voluntaria del esfínter externo de la vejiga. La adquisición del control vesical supone poder inhibir el reflejo innato de micción, para lo que es preciso haber conseguido un nivel de maduración fisiológica que incluya: haber aumentado la capacidad de la vejiga, haber adquirido el control voluntario del esfínter externo, así como el de la inhibición del reflejo miccional.

21.2.3.- Clasificación:

Con frecuencia resulta más práctico describir de forma exhaustiva los síntomas que presenta el paciente que ceñirnos a su clasificación en cuadros clínicos muy específicos, puesto que habitualmente la sintomatología es evolutiva.

No obstante, clasificamos las enuresis para su comprensión conforme a dos parámetros:

A) Según el momento del día en el que se produce la emisión de orina:

-Enuresis nocturna: es el subtipo más frecuente, hasta el 80-95% de los casos, y se trata de la emisión de orina que se da sólo durante el sueño. Cuando no asocia ningún otro síntoma, también se le denomina enuresis nocturna monosintomática, para diferenciarla de otros cuadros más complejos.

-Enuresis diurna: cuando la emisión de orina se produce sólo en vigilia. Existen diversos tipos: incontinencia por urgencia o vejiga hiperactiva (asocia escaso volumen del vaciado), aplazamiento del vaciado (micción infrecuente), vaciado disfuncional (esfuerzo para iniciar y mantener la micción), incontinencia por estrés (escapes durante la tos o estornudo), incontinencia por risa y detrusor hipoactivo (interrupción del flujo de orina y vaciado con esfuerzo).

-Enuresis mixta: si aparece una combinación de las anteriores; también denominada enuresis nocturna no monosintomática.

B) Según el momento de inicio:

-Enuresis primaria: es la que se da en aquellos niños que nunca han llegado a alcanzar el control de la micción; es el subtipo más frecuente.

-Enuresis secundaria: es la reaparición de las emisiones de orina tras un periodo de continencia previo de al menos 6 meses. Estos niños presentan mayores tasas de trastornos de conducta y afectivos, de forma que una recaída puede ser precipitada por un suceso vital estresante, como la separación de los padres.

21.2.4.- Epidemiología:

La prevalencia de la enuresis a los 7 años es de 15-22% en niños y de un 7-15% en niñas, decreciendo su prevalencia con la edad. La diferencia entre sexos aumenta progresivamente; así, hacia los 11 años, la prevalencia en los niños es el doble que en las niñas.

Como ya se ha mencionado anteriormente, la enuresis nocturna primaria es la más frecuente de todas las enuresis y remite de forma espontánea, hasta un 10-20% cada año desde los 5 años en adelante. Así, la enuresis es un trastorno autolimitado que sólo se mantiene en la edad adulta en aproximadamente el 1% de los casos.

La enuresis diurna es mucho menos prevalente y aparece con frecuencia acompañando a la enuresis nocturna; este tipo de enuresis es más frecuente en las niñas, en niveles socioeconómicos bajos y en niños institucionalizados.

21.2.5.- Etiopatogenia:

La etiología de la enuresis es multifactorial, de forma que los factores genéticos y neurobiológicos interactúan con influencias ambientales en la patogénesis de los trastornos de la eliminación. Mientras que algunas de estas disfunciones presentan un importante componente hereditario (enuresis monosintomática e incontinencia por urgencia), en la enuresis secundaria están muy implicados tanto los factores genéticos como los ambientales y otros casos, como el aplazamiento del vaciado, están determinados sobre todo por el entorno. Así pues, no se ha identificado ninguna causa única de enuresis.

La enuresis primaria se contempla como un signo de retraso madurativo con múltiples factores contribuyentes. Entre ellos destacan factores biológicos como:

a) Factores genéticos: la enuresis es un trastorno genéticamente determinado puesto que el 70-80% de los niños con enuresis tiene un familiar de primer grado con antecedentes. Von Gontard et al determinaron que varios genes localizados en 8q, 12q y 13q están implicados en la enuresis. Sin embargo, no se han terminado de identificar los genes responsables. Además, la

predisposición genética a la enuresis permanece a lo largo de la vida y puede ser reactivada por factores de riesgo incluso en la edad adulta.

b) Retraso de la maduración: los niños con enuresis presentan más signos neurológicos menores y necesitan más tiempo para llevar a cabo tareas motoras. De hecho, se ha descrito que hasta el 30% de los casos se asocian a un retraso específico del lenguaje o a torpeza motriz.

c) Estreñimiento y encopresis: hasta el 25% de los niños enuréticos también asocian encopresis puesto que la dilatación persistente de la ampolla rectal provoca una disfunción vesical responsable de la enuresis.

d) Disfunción vesical: en una minoría de pacientes la enuresis se ha relacionado con alteraciones en el tamaño, función o en la anatomía vesical o con otras alteraciones del tracto urinario como son el reflujo ureteral, las infecciones, formando parte de las llamadas enuresis orgánicas (5% del total de los casos).

e) Disfunción sensorio-perceptiva: en estos casos puede fallar la estimulación vesical, la transmisión de las sensaciones o la recepción cortical de las mismas por causas neurológicas.

f) Ausencia de ritmicidad en la secreción de la vasopresina (hormona antidiurética); en estos casos, la respuesta a desmopresina es muy positiva.

g) Enuresis inducida por fármacos, tales como litio, ácido valproico, clozapina, teofilina...

h) Alteración en el sueño: no existe ninguna asociación entre la enuresis y alguna fase concreta del sueño puesto que puede aparecer en todas las fases; tampoco se han demostrado diferencias significativas en la arquitectura del mismo. Los principales mecanismos responsables del desarrollo de la enuresis nocturna incluyen: un incremento del volumen de orina (poliuria), alteración del arousal y deficiencia de la inhibición del núcleo pontino, regulador de la micción. Algunos estudios la relacionan con el síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS) y recomiendan la búsqueda de síntomas de SAHOS (ronquidos, pausas de apnea, sueño intranquilo...) en todos los niños enuréticos.

También se han descrito factores psicológicos, sobre todo la vivencia de ciertas situaciones estresantes. Estos factores psicosociales juegan un papel menor en la enuresis primaria, sin embargo, la enuresis secundaria se suele asociar a situaciones como la separación de los padres, el nacimiento de un hermano, inicio o cambio de colegio, problemas con los compañeros, fallecimiento de un familiar, accidentes, hospitalizaciones o incluso abusos físicos, psíquicos o sexuales.

Algunas publicaciones describen cierta relación con un menor nivel socioeconómico familiar y con falta de entrenamiento en el control vesical en familias con cuidados negligentes. Sin embargo, la relación con factores sociales se está cuestionando en la actualidad.

21.2.6.- Evaluación Clínica:

21.2.6.1.- Anamnesis:

La evaluación se basa en una historia clínica detallada. Así, la anamnesis debe recoger información acerca de los antecedentes personales psicológicos y médicos, incluyendo antecedentes de infección del tracto urinario, así como de los antecedentes familiares (médicos, psiquiátricos y específicamente antecedentes familiares de enuresis).

Debemos determinar también las características de la enuresis: si es primaria o secundaria, si es diurna, nocturna o mixta, la frecuencia (número de noches a la semana y número de episodios por noche), horario, si se despierta o no cuando ocurren los escapes de orina, si existen síntomas acompañantes como la urgencia miccional, la polaquiuria o escapes intermitentes de orina... También se debe valorar si se correlaciona con el ritmo vesical diurno o con alteraciones en el

sueño. Asimismo, debemos añadir la edad del niño en la primera consulta, los tratamientos previos, la duración y eficacia de los mismos, las medidas adoptadas por los padres, así como el nivel de malestar y ansiedad que les genera y la motivación para el cambio.

Se deben explorar aspectos evolutivos del paciente, incluyendo el desarrollo psicomotor, el lenguaje, la capacidad de adaptación a los diversos entornos, la reacción a los cambios, su capacidad de relación con adultos e iguales, nivel de tolerancia a la frustración, rivalidad o celos entre hermanos, autoestima, actitud ante los conflictos, ... así como su reacción emocional, conductual y social ante los episodios enuréticos.

Es importante que su pediatra realice una exploración física completa, que incluya una exploración neurológica con el fin de descartar otras patologías.

21.2.6.2.- Exploraciones complementarias:

En algunos casos se pueden solicitar estudios complementarios en función de las características del paciente: análisis de orina, urocultivo, radiografía de abdomen, pelvis y columna lumbosacra, ecografía renal y vesical... En las enuresis mixtas, en las nocturnas secundarias y en mayores de 12 años se recomienda realizar un estudio urodinámico.

21.2.6.3.- Derivación a salud mental:

El pediatra es el primero en identificar este problema y realizar las pruebas necesarias para descartar una causa orgánica, así como planificar la intervención inicial. Si el niño no responde a las medidas adoptadas o se sospecha comorbilidad psiquiátrica, conviene derivar al Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil.

Por nuestra parte, la valoración psicopatológica tiene como función descartar situaciones precipitantes (en los casos de enuresis secundarias) y patologías comórbidas, así como valorar el grado de desarrollo del niño para poder aplicar el tratamiento más indicado en cada caso.

21.2.7.- Diagnóstico:

El diagnóstico es clínico y lo realizamos siguiendo los criterios del DSM-5 (manual estadístico diagnóstico de los trastornos mentales) o de la CIE-10 (clasificación internacional de las enfermedades), ya mencionados en la definición del trastorno. Por lo tanto, la principal herramienta diagnóstica es la anamnesis.

21.2.8.- Diagnóstico Diferencial:

Son múltiples las entidades con las que debemos realizar el diagnóstico diferencial: diabetes mellitus, potomanía, diabetes insípida, infección del tracto urinario, insuficiencia renal, epilepsia y otras patologías neurológicas (esпина bífida oculta...), disfunción o anomalía estructural del tracto urinario, narcolepsia, síndrome de apnea e hipopnea del sueño... También debemos descartar que la enuresis sea secundaria a la ingesta de ciertos fármacos.

Estos cuadros pueden ser fácilmente excluidos por su pediatra a través de la historia clínica, exploración física, análisis de orina (y cultivo si fuera necesario), dejando otras pruebas sólo para los casos en los que estén clínicamente indicadas.

21.2.9.- Comorbilidad:

Los cuadros coexistentes más frecuentes son la encopresis y el retraso del desarrollo. Las tasas de comorbilidad con enuresis secundaria son las mayores; los niños con enuresis no monosintomáticas tienen más trastornos comórbidos que aquellos con enuresis monosintomática.

La mayor parte de los niños con enuresis no presenta ningún trastorno psiquiátrico comórbido, pero la prevalencia de las alteraciones emocionales y conductuales es mayor que en la población

general, aunque sólo una minoría presenta un trastorno como tal asociado; en concreto, se ha observado asociación con el TDAH y con los trastornos de ansiedad. El TDAH es el trastorno más común en la enuresis y ésta persiste durante más tiempo en niños con TDAH (hasta 2 años más), dificultando éste la adherencia a los tratamientos. Aunque tienden a predominar los trastornos externalizantes, los internalizantes también aparecen (ansiedad de separación, ansiedad social, fobias específicas, ansiedad generalizada, depresión, ...)

Las dificultades sociales que frecuentemente presentan estos niños pueden deberse al efecto de la enuresis sobre su autoestima, por lo que tienden a aislarse más, así como a la respuesta negativa de sus padres o cuidadores (rabia, castigos...). Los niños con enuresis no sólo sufren más trastornos comórbidos como tal, sino que también muestran más síntomas subclínicos, que frecuentemente mejoran después de corregir la enuresis. La autoestima puede estar afectada y mejora con el tratamiento, al igual que la calidad de vida de estas familias.

En el caso de la incontinencia diurna, la tasa de comorbilidad es de hasta un 30-40% de los pacientes, siendo los trastornos externalizantes los más frecuentes, sobre todo TDAH, trastorno negativista desafiante y trastornos de conducta, también con altas tasas de falta de adherencia terapéutica.

21.2.10.- Tratamiento:

No debemos olvidar que la enuresis es una alteración benigna y autolimitada. Por ello, debemos tranquilizar a la familia y al propio niño, explicándoles que tiende a mejorar con la edad, intentando impedir la afectación de la autoestima y de las relaciones sociales y familiares.

21.2.10.1.- Pretratamiento:

El tratamiento debe precederse de un periodo de observación, de al menos 2-4 semanas, durante el que tendrá lugar la discusión del problema, con seguimiento de los síntomas mediante un calendario o gráfica (autorregistros) y refuerzos positivos de los logros (pegatinas, diplomas o cualquier otra ganancia material o no material).

Se deben intentar inicialmente intervenciones sencillas, como la restricción de líquidos en las horas finales del día y la recomendación de que orine antes de acostarse. Con frecuencia en este periodo se consigue una remisión importante y duradera de los síntomas.

21.2.10.2.- Terapia de modificación de conducta

Existen varias técnicas conductuales que resultan eficaces:

1.-Entrenamiento en retención voluntaria de orina. El objetivo es incrementar la capacidad de la vejiga haciendo que el niño aprenda a retener voluntariamente la orina y posponga la micción durante periodos de tiempo progresivamente más largos. Tiene una eficacia limitada (menos de un 20% de los casos).

2.-Entrenamiento en cama seca. Se trata de un programa que incluye refuerzo positivo por la inhibición de la micción, entrenamiento en el control de la retención, despertar nocturno del niño para orinar en el baño a una hora determinada y técnicas de aversión a las consecuencias (limpieza de la ropa mojada). Tiene una eficacia de un 75% pero sólo al inicio del tratamiento.

3.-El tratamiento más eficaz, fiable y tal vez infrautilizado en nuestro sistema de salud en la enuresis primaria es la alarma ("pipi-stop"). Se trata de un dispositivo que incluye un sensor de humedad en la ropa interior conectado a una alarma sonora que le despertará en el momento que se inicie la micción. La tasa de mejoría con este método es del 60-80% inicialmente, con cierto porcentaje de recidiva, por lo que es frecuentemente necesario repetirlo. Sin embargo, en una revisión de Cochrane de 22 estudios controlados se concluía que las intervenciones basadas en la alarma son un tratamiento efectivo para la enuresis nocturna, con eficacia superior a los

fármacos a largo plazo. Esta modalidad funciona enseñando al niño a despertarse para orinar antes de que ocurra el escape. Se trata de un programa de entrenamiento diseñado para incrementar la capacidad de la vejiga por la noche. La alarma es efectiva en enuresis monosintomática y debería ser la primera opción terapéutica en menores de 8 años de edad con adecuado apoyo familiar y sin poliuria nocturna. El buen resultado de este tratamiento se fundamenta en teorías conductistas, entre ellas el condicionamiento clásico y el aprendizaje por evitación; no requiere, pues, un control cognitivo por parte del niño.

21.2.10.3.- Tratamiento farmacológico:

La intervención farmacológica es útil cuando se pretende un alivio sintomático rápido, cuando los síntomas constituyen una fuente de conflicto en las relaciones familiares, si inducen o exacerban un comportamiento de desadaptación en el niño y cuando han fracasado los otros métodos.

El tratamiento de la enuresis no monosintomática debe seguir las pautas de tratamiento de los trastornos miccionales del tracto urinario inferior y también las de la propia enuresis.

a) Desmopresina:

Actualmente el fármaco más utilizado para el tratamiento de la enuresis es la desmopresina (1-deamino-8-D-arginina vasopresina o DDAVP). Ésta es la segunda línea terapéutica, tras la alarma. Se trata de un análogo sintético de la hormona antidiurética (vasopresina), con mayor duración de acción que ésta y escaso efecto vasoconstrictor, que ha demostrado eficacia en el tratamiento de la enuresis y que ha sustituido a la imipramina como fármaco más utilizado. Actúa reduciendo la producción de orina y aumentando la retención de agua. Su efecto dura entre 6 y 12 horas. La desmopresina se administra en dosis de 0,2 a 0,4 mg/día por vía oral (120-240 mcg/día en formulación sublingual ó 10-40 mcg por vía intranasal) y da lugar a una remisión de los síntomas similar a la obtenida con imipramina (respuesta en el 70% de los casos: completa hasta en el 30% de los casos y parcial hasta el 40%), con una tasa importante de recidivas tras su retirada. Es preciso restringir la ingesta hídrica desde 1 hora antes hasta 8 horas después de su administración. Su efecto adverso más grave es la hiponatremia, lo que es infrecuente, y los posibles cuadros convulsivos. Su efecto es muy rápido, de forma que, si no hay respuesta en 2 semanas, se recomienda suspender el tratamiento; en caso contrario, se mantiene durante 12 semanas y se retira para comprobar si permanece seco sin medicación; si ocurre una recaída, se puede administrar durante 12 semanas más. La asociación desmopresina-alarma consigue mayores tasas de respuesta y menos recaídas a largo plazo que la desmopresina en monoterapia.

En los niños resistentes a la terapia de primera línea debemos: descartar la presencia de enuresis no monosintomática, asegurar la adecuada adherencia terapéutica, descartar y tratar el estreñimiento si lo hubiera y descartar de nuevo alteraciones psicológicas de base.

b) Antidepresivos tricíclicos:

Los antidepresivos tricíclicos, especialmente la imipramina, han sido muy utilizados en el pasado en el tratamiento de la enuresis. Presenta una acción directa anticolinérgica sobre el tono vesical y disminuye la profundidad del sueño durante el último tercio de la noche. Sus dosis eficaces son desde 10 hasta 75 mg/día, ingerido 1 hora antes de acostarse, con lo que se consigue una disminución de la intensidad de la enuresis en la mayoría de los casos, pero sólo en el 30% se obtiene una remisión total. Tras la interrupción de la administración de imipramina se observa una importante tasa de recidivas. Entre sus posibles efectos adversos destacan, por su potencial gravedad, las alteraciones de la conducción cardíaca, así como el riesgo de toxicidad por sobredosis, tanto intencionada como accidental. Por ello es recomendable hacer una historia clínica exhaustiva, un ECG antes y durante el tratamiento y analítica sanguínea.

c) Anticolinérgicos:

En los niños en los que ha fallado el tratamiento estándar, así como en los casos de enuresis orgánicas e incontinencias diurnas, se opta por los fármacos anticolinérgicos, en especial, por el Cloruro de Oxibutinina. Se trata de un espasmolítico indicado para la inestabilidad vesical o vejiga espástica neurógena en niños, resultando de primera elección en estos casos, pero no muy útil en el caso de las enuresis no orgánicas. No obstante, al suprimir la hiperactividad del detrusor de la vejiga, puede ayudar en el tratamiento de algunas enuresis monosintomáticas resistentes, pero sobre todo es útil en las incontinencias de urgencia con escasa capacidad vesical e hiperactividad del detrusor. Su efecto suele aparecer en los 2 primeros meses. Las dosis habituales en niños son 0,1-0,2 mg/kg 2-3 veces al día, con un máximo de 15 mg/día. También existe indicación de otros fármacos anticolinérgicos en adolescentes y adultos: Tolterodina (aprobada para mayores de 12 años), Cloruro de Trospio y Solifenacina.

Tras haber descartado las causas de resistencia al tratamiento, el siguiente escalón podría ser la asociación de anticolinérgicos-desmopresina, sobre todo en niños con hiperactividad del detrusor, lo que no sólo aumenta la ratio de éxito, sino que disminuye la frecuencia de recaída posterior. Si esto no fuera eficaz, puede usarse la asociación imipramina-desmopresina.

d) Antagonistas alfa selectivos:

En pacientes resistentes también están indicados los alfa-bloqueantes, aunque se intentan reservar para niños mayores y adultos. Los antagonistas alfa selectivos, como la Tamsulosina, la Silodosina y la Doxazosina pueden ayudar a relajar el esfínter externo en niños con dificultades en el vaciado vesical en los casos de vejiga hiperactiva, incontinencia, infecciones del tracto urinario de repetición... y éstos pueden ser usados en combinación con anticolinérgicos y/o biofeedback.

e) Otros fármacos:

Con un mecanismo distinto, el Mirabegron, un agonista beta 3 adrenérgico, con muy pocos efectos adversos, podría ser una alternativa segura y eficaz para tratar la vejiga hiperactiva refractaria en niños. Esta nueva medicación se ha propuesto como fármaco coadyuvante a los anticolinérgicos para los casos refractarios.

Otros fármacos utilizados para el tratamiento de las enuresis resistentes que han demostrado mejor respuesta que con placebo son: Indometacina, Diclofenaco, Diazepam, Atomoxetina...

21.2.10.4.- Otras formas de tratamiento:

Recientemente se ha descrito que la electroterapia puede ser un tratamiento alternativo en pacientes con vejiga hiperactiva. Así, la estimulación eléctrica transcutánea parasacra (TCPSE) disminuye los síntomas hasta en un 70% de los casos resistentes.

Recientemente se ha desarrollado una alternativa a la estimulación eléctrica: la estimulación magnética funcional (FMS) para casos resistentes de vejiga hiperactiva.

También se ha probado en casos de enuresis orgánicas, la toxina botulínica en inyección intravesical.

21.2.11.- Pronóstico:

La enuresis tiene excelente evolución a largo plazo y una alta tasa de remisión espontánea, de hasta el 13% por año, y hay disponibles tratamientos que resultan muy eficaces. Puesto que se trata de un problema autolimitado para el que existe un tratamiento eficaz, su pronóstico es bueno. Sin embargo, hasta en el 1-2% de los casos la mantienen en la edad adulta. De hecho, la nicturia (despertar frecuentemente por la noche para ir al baño) puede ser un síntoma residual. En general,

la prevalencia en la edad adulta es del 1,7%, con 8 veces más riesgo si tuvieron este problema en la infancia.

Es de mayor dificultad el manejo de estos casos y también es de peor pronóstico en pacientes con discapacidad o retraso del desarrollo.

En los niños con problemas emocionales o conductuales coexistentes o con complicaciones emocionales secundarias a la enuresis puede ser necesaria una intervención psicoterapéutica para conseguir resultados adecuados.

21.3.- ENCOPRESIS

21.3.1.- Introducción:

Las alteraciones en la defecación son una situación común y de distrés para los niños y sus familias; pueden tener un gran impacto en su calidad de vida, por lo que la adecuada identificación de estos problemas es crucial.

Cuando nos referimos a los desórdenes gastrointestinales, el término “funcional” se usa para describir condiciones que no pueden ser asociadas a una etiología biológica subyacente única y que son el resultado de la interacción entre factores psicosociales y una fisiología intestinal alterada (eje cerebro-intestino). En el caso de las alteraciones funcionales de la defecación de la infancia, las manifestaciones clínicas resultan de una interacción de la fisiología, el entorno del niño y de diversos procesos conductuales.

Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), la encopresis es la emisión repetida de heces, de consistencia normal o anormal, voluntaria o involuntariamente, en lugares inadecuados (ropa, suelo...) por parte de niños mayores de 4 años de edad (o con una edad mental equivalente), sin una causa orgánica que lo justifique. Esto tiene que ocurrir al menos 1 vez al mes durante un mínimo de 3 meses consecutivos. La encopresis no se debe exclusivamente al efecto de laxantes ni tampoco a una enfermedad médica, excepto cuando el problema orgánico produce estreñimiento.

21.3.2.- Fisiopatología:

En el bebé, la distensión del recto por las heces estimula su vaciamiento periódico automático mediante la relajación de los esfínteres anal interno y anal externo.

A medida que el niño crece, los músculos elevadores del ano y el esfínter externo, ambos de fibra estriada, pasan a ser controlados de forma voluntaria. Con el fin de evitar la expulsión fecal, el niño aprende a contraer estos músculos al percibir la sensación de plenitud del recto. El esfínter interno, que no se encuentra bajo control voluntario, pasa a un estado de contracción mantenido hasta que la distensión rectal hace que el niño de nuevo ejercite el control voluntario de la excreción.

En torno a la segunda mitad del segundo año de vida, el niño está fisiológicamente preparado para contener y para sentarse quieto durante un período de tiempo mayor. Así, junto a los aspectos fisiológicos, deben confluír la adquisición de habilidades motoras complejas y el desarrollo cognitivo. La mayor parte de los niños están preparados para el control esfinteriano anal entre los 24 y los 30 meses de vida.

21.3.3.- Clasificación:

Podemos clasificar las encopresis de diversos modos:

A) Según el momento de inicio:

-Primaria: en ningún momento se ha llegado a conseguir el control fecal.

-Secundaria: se da cuando el niño ha conseguido la continencia previamente durante un periodo de al menos 1 año. Ésta representa la forma más frecuente y en la que los factores psicológicos tienen una mayor relevancia.

B) Si se asocia o no a estreñimiento:

-Encopresis retentiva: se asocia a estreñimiento e incontinencia posterior por rebosamiento. Constituye hasta el 80-95% de los casos y suele darse durante el día. Este grupo de pacientes presenta movimientos intestinales infrecuentes por su estreñimiento crónico, que provoca una impactación fecal y más de 2 episodios diarios de emisión de heces líquidas, que tienden a rebosar en torno a la impactación. Los esfuerzos del niño mediante la contracción anal para evitar el paso involuntario de las heces pueden incrementar la cantidad de heces retenidas. Con la distensión rectal, el esfínter anal interno se vuelve débil y arreactivo y la sensación de paso de las heces a través del recto disminuye, llegando a perder conciencia del mismo y su olfato puede llegar a habituarse al mal olor.

-Encopresis no retentiva: no se asocia a estreñimiento ni a incontinencia. Se caracteriza por la eliminación de heces, habitualmente en lugares u objetos prominentes o llamativos, casi siempre de forma intencional. Sin embargo, la diseminación de las heces puede tener lugar de manera accidental en el intento del niño de limpiar u ocultar las heces eliminadas.

C) Según la intencionalidad:

-En los casos en los que la encopresis es intencionada, el niño ya ha adquirido un control esfinteriano adecuado, pero realiza la deposición en lugares inapropiados, habitualmente en respuesta a tensiones familiares. Este episodio puede aparecer como consecuencia de un proceso de desorganización o regresión secundario a una situación de importante tensión emocional o puede producirse en actitud de desafío.

-En los casos en los que el niño no ha logrado un control esfinteriano adecuado, puede no ser consciente del episodio encopretico o puede ser consciente pero incapaz de controlarlo.

21.3.4.- Epidemiología:

La encopresis es menos común que la enuresis. Se ha estimado que afecta al 1-7,5% de los niños en edad escolar. La mayor parte de ellos muestran encopresis retentiva y su incidencia llega a ser 3 a 4 veces mayor en los niños que en las niñas.

La edad de comienzo para la encopresis primaria es, por definición, hacia los 4 años, mientras que la secundaria empieza entre los 4 y los 8 años. El curso raramente es crónico.

La asociación con la clase social y el nivel socioeconómico es cuestionada actualmente.

La forma más frecuente de enuresis es la primaria y nocturna, mientras en el caso de la encopresis, la más frecuente es la secundaria y diurna.

21.3.5.- Etiopatogenia:

No existe ningún factor fisiopatológico o psicodinámico que pueda explicar por sí mismo todos los casos de encopresis.

Pueden estar implicados diversos factores madurativos; de hecho, los niños con encopresis primaria presentan con mayor frecuencia retrasos en el desarrollo. Se observan tasas más altas en individuos con retraso mental, especialmente en los casos moderados y graves. Los factores genéticos también tienen relevancia ya que en el 15% de los casos los padres también sufrieron encopresis en su infancia.

El estreñimiento crónico es la principal causa en el caso de las encopresis retentivas y éste puede deberse a:

- a) evitación de la defecación, ya sea por dolor durante la misma (causa orgánica) o por cualquier otra experiencia negativa previa, real o imaginada.
- b) los conflictos existentes entre los padres y el niño respecto a su entrenamiento intestinal.
- c) los intentos del niño de impedir la eliminación involuntaria de las heces (rebosamiento) mediante la contracción anal puede incrementar este problema.

La encopresis no retentiva se ha asociado a comportamientos de carácter desafiante, es decir, a una expresión (encubierta o no) de la rabia. Los factores psicodinámicos se centran en la relación madre-hijo o en una fijación en el autoerotismo anal. Las causas propuestas por los distintos autores de corte psicodinámico incluyen el hecho de que los padres sean demasiado rígidos y perfeccionistas, las técnicas de entrenamiento de carácter coercitivo, la ambivalencia de la madre respecto a las necesidades de autonomía del niño, la pasividad y falta de implicación del padre o la existencia de una madre dominante.

Los factores psicosociales, entre ellos situaciones de estrés como el comienzo del colegio o el nacimiento de un hermano, pueden actuar de precipitantes. Además, se han observado casos de encopresis postraumática asociada a abuso sexual.

21.3.6.- Evaluación Clínica:

21.3.6.1.- Anamnesis:

La evaluación se basa en una historia clínica detallada. A pesar de su elevada frecuencia, la encopresis puede pasar desapercibida a no ser que los profesionales sanitarios interroguemos de forma específica sobre aspectos relacionados con el control de esfínteres. La exploración de estos aspectos debe realizarse dentro del control evolutivo del niño sano. También se debe valorar de forma específica en los casos de dolor abdominal, aumento del volumen de las heces o de estreñimiento crónico. En las niñas es frecuente que provoque infecciones en el tracto urinario e incluso en ocasiones pielonefritis crónica. Es recomendable también su valoración en los niños que presentan síntomas asociados al neurodesarrollo: inatención, hiperactividad, impulsividad, baja tolerancia a la frustración y alteraciones en la coordinación.

Para descartar patología médica deberemos llevar a cabo una anamnesis completa con exploración física, pues constituyen las principales herramientas.

Una vez descartada la patología orgánica, el médico debe evaluar:

- a) el impacto del comportamiento del cuidador: castigo por la incontinencia fecal, expectativas poco realistas...
- b) la respuesta del niño al cuidador: testarudez, evitar la defecación...
- c) el impacto de los procesos gastrointestinales en el comportamiento del niño, como en el caso de la defecación dolorosa.
- d) el impacto del comportamiento del niño en los procesos gastrointestinales, como en el caso de la retención voluntaria de las heces.

21.3.6.2.- Exploraciones complementarias:

Si la historia o la exploración física sugieren una etiología orgánica pueden ser útiles diversas pruebas complementarias, como una radiografía de abdomen, análisis de laboratorio, enemas baritados, manometría rectal o una biopsia.

21.3.6.3.- Derivación a salud mental:

El pediatra suele ser el primero en detectar el problema y plantear una intervención. Si el niño es oposicionista respecto a las normas y límites del adulto se recomienda su derivación al Equipo de Salud Mental Infante-Juvenil, así como aquellos casos que revistan una mayor gravedad o asocien alteraciones del comportamiento o de las emociones. Es habitual la tardanza en realizar la derivación, sobre todo en aquellos casos que asocian estreñimiento o historia de ingresos previos por impactación fecal. También es habitual que mantengan una inadecuada adherencia a los tratamientos.

Por nuestra parte, la valoración psicopatológica tiene como función descartar situaciones precipitantes, así como patologías comórbidas y valorar el grado de desarrollo del niño para aplicar el tratamiento más indicado en cada caso.

21.3.7.- Diagnóstico:

El diagnóstico es clínico, siendo la manifestación encoprética el principal síntoma, siempre que el niño cumpla los criterios de frecuencia, duración y edad estipulados por el DSM-5 o la CIE-10, ya mencionados en la definición del trastorno. Así, la principal herramienta diagnóstica es la anamnesis.

21.3.8.- Diagnóstico diferencial:

La encopresis puede ser un síntoma de otros procesos o puede ser un síndrome en sí mismo. Por lo tanto, lo primero es descartar otra patología causal: médica, psíquica o del desarrollo.

Debemos distinguir la encopresis funcional de la encopresis de causa orgánica estructural, como el megacolon agangliónico o enfermedad de Hirschsprung. Aunque los casos graves de megacolon agangliónico se detectan al nacimiento, los leves pueden no ser detectados hasta etapas posteriores. También hay que diferenciar la encopresis funcional de los cuadros de diarrea crónica o intermitente secundarios a trastornos orgánicos como la enfermedad de Crohn o el síndrome del intestino irritable, así como de la encopresis por uso de laxantes. Las enfermedades médicas que cursan con estreñimiento permiten el establecimiento simultáneo de un diagnóstico de encopresis (si ésta aparece), sin embargo, este diagnóstico no está justificado cuando la incontinencia fecal aparece en el curso de trastornos que cursan con diarrea crónica.

Se debe descartar la patología evolutiva, como son la discapacidad intelectual y los trastornos generalizados del desarrollo. También se han descrito este tipo de conductas en niños con trastornos del control de los impulsos o con TDAH.

21.3.9.- Comorbilidad:

Es frecuente que los niños con encopresis primaria presenten un retraso del desarrollo y enuresis (hasta en el 25% de los casos), mientras que en la encopresis secundaria es más frecuente la comorbilidad con síntomas como la timidez o la evitación social, presentando hasta en el 50% de los casos problemas emocionales relevantes.

La mayor parte de los niños con encopresis no presentan problemas importantes del comportamiento asociados. Sin embargo, el aislamiento social que sufren muchos puede derivar en una disminución de la autoestima y hacer que se resientan las relaciones con sus compañeros y con sus cuidadores, en mayor medida aún que en los casos de enuresis.

21.3.10.- Tratamiento:

El objetivo del tratamiento es que el niño pueda utilizar de manera independiente y regular el cuarto de baño, así como la resolución de los problemas coexistentes.

El abordaje terapéutico debe estar fundamentado en el tipo de encopresis, que determinará la intervención médica, conductual y psicoterapéutica.

21.3.10.1.- Pretratamiento:

Cualquier forma de intervención debe estar precedida de una evaluación detallada, tanto médica como psicosocial, así como de un período de observación para registrar la eliminación de heces (autorregistros), junto con una conversación abierta de los síntomas con el niño y con sus padres.

Debemos tranquilizar al niño, insistiendo en que no es el único que padece estos síntomas y explicarle de forma sencilla los mecanismos de la defecación. Indicaremos a los padres que ignoren el manchado de la ropa excepto cuando les impliquemos en un programa de modificación de conducta y les tendremos que disuadir de adoptar cualquier tipo de actitud punitiva. Debemos promover actividades que permitan que las relaciones paterno-filiales se desarrollen de forma más positiva.

21.3.10.2.- Tratamiento médico:

En los casos de encopresis retentiva es necesario comenzar por eliminar el bloqueo de las heces en el intestino, lo que se suele llevar a cabo mediante el uso de laxantes o enemas. Tras la limpieza intestinal, se pueden aplicar varias medidas para impedir la recidiva de la retención de las heces y para que el niño desarrolle la continencia del esfínter. La modificación de la dieta, con mayor consumo de fibra y de agua facilitan la función intestinal. Dada la naturaleza crónica del estreñimiento puede ser necesario un tratamiento médico mantenido a lo largo de varios meses.

21.3.10.3.- Tratamiento conductual:

A nivel conductual son de utilidad las técnicas de condicionamiento operante como el refuerzo positivo para instaurar nuevos hábitos, tales como el mayor consumo de fibra y agua, o el entrenamiento en hábitos de defecación: se instruye al niño para que después de cada comida se siente en el retrete durante 10-20 minutos para incrementar los movimientos intestinales aprovechando el reflejo gastroileal. Debemos reforzar cualquier logro en este sentido. Las consecuencias aversivas que tienen para el niño las pérdidas involuntarias de heces, como el hecho de tener que ducharse o de lavar su ropa sucia, también son medidas que facilitan la automonitorización a través del condicionamiento operante.

Más del 75% de las encopresis son sensibles a intervenciones conductuales relativamente sencillas que incluyan componente educativo, fisiológico y conductual.

21.3.10.4.- Biofeedback:

Se trata de una técnica destinada a que el niño aprenda a relajar el esfínter externo durante la defecación y hacerse consciente de ello y así aprender a controlar voluntariamente la deposición. Los buenos resultados iniciales conseguidos con esta técnica no han sido reproducidos en estudios posteriores, en los que no se ha podido demostrar que sea mejor que el abordaje convencional (catarsis, modificación de la dieta, intervención educativa y técnicas de modificación de conducta).

21.3.10.5.- Tratamiento farmacológico:

Los psicofármacos tienen un papel muy reducido en el tratamiento de la encopresis. En algunos estudios se ha objetivado una mejoría sintomática mediante la administración de imipramina o de amitriptilina. Sin embargo, los antidepresivos tricíclicos exacerbaban el estreñimiento y, por tanto, están contraindicados en los casos de encopresis retentiva.

21.3.10.6.- Tratamiento psicoterapéutico:

En los niños o familias que presentan psicopatología comórbida está indicada una intervención psicoterapéutica apropiada. Aunque la intervención psiquiátrica puede ser necesaria para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos primarios coexistentes, la psicoterapia puede ser útil también en el tratamiento de los patrones secundarios de desadaptación, teniendo en cuenta que la autoestima puede mejorar con el simple alivio de los síntomas.

La terapia familiar es útil en los casos en los que es necesario que el niño y la familia dejen de interactuar de manera que perpetúen el problema.

21.3.11.- Pronóstico:

La prevalencia de la encopresis disminuye gradualmente desde su incidencia máxima a los 6 años de edad en los niños y a los 8 años en las niñas, hasta su desaparición casi completa hacia los 16 años en ambos sexos.

Las pérdidas nocturnas de heces tienen un pronóstico peor que las diurnas. Otros indicadores de mal pronóstico son: la actitud indiferente del niño, la existencia de problemas de comportamiento asociado y la encopresis como expresión de agresividad.

Dado que los factores madurativos son tan importantes en el diagnóstico de la enuresis y la encopresis, parecen necesarias nuevas investigaciones para evaluar las relaciones existentes entre ambos procesos y analizar los vínculos comunes que tienen con otros trastornos del desarrollo, así como la relación existente entre los factores madurativos y los emocionales.

21.4.- Bibliografía

- Aepnya. (2010). Protocolos clínicos de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (Editorial Siglo). Recuperado de https://aepnya.es/wp-content/uploads/2017/07/protocolos_2010.pdf
- Ajuriaguerra, A. (1996). Manual de psiquiatría infantil. 4ª Ed. Barcelona.
- Arda E, Cakiroglu B and Thomas D.T. (2016). Primary nocturnal enuresis: a review. *Nephrourol Mon*, 8 (4): e35809.
- American Psychiatric Association (2014): Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bai Y et al. (2000). Quality of life for children with fecal incontinence after surgically corrected anorectal malformation. *Journal of pediatric surgery* 35: 462-464.
- Beaudry-Bellefeuille I, Booth D, Lane SJ. (2017). Defecation-specific behavior in children with functional defecation issues: a systematic review. *Perm J*; 21:17-047.
- Dos Santos J et al. (2007). Bladder and bowel dysfunction in children: an update on the diagnosis and treatment of a common, but underdiagnosed pediatric problem. *Can Urol Assoc J*; 11 (1-2Suppl1):S64-72. <http://dx.doi.org/10.5489/cuaj.4411>.
- Fernández M, Cabrera JE (2014). Trastornos miccionales y enuresis en la infancia. *Protoc diagn ter pediatri*;1:119-34.
- Lynden. (s. f.). 11 common unhelpful things people say when your child has a wee or poo problem. Recuperado 16 de noviembre de 2019, de ERIC website: <https://www.eric.org.uk/blog/11-common-unhelpful-things-people-say-when-your-child-has-a-wee-or-poo-problem>
- Redsell SA, Collier J. (2001). Bedwetting, behavior and self-esteem: a review of the literature. *Child Care Health Dev*;27(2):149-62.
- Soutullo C, Mardomingo MJ (coord.) (2010). Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescentes. AEPNYA Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente Edición. Madrid: Ed Panamericana
- Villa, L. F. (2018). *Medimecum 2019: Guía de terapia farmacológica*. Madrid: Springer.
- Von Gontard A et al. (2011). Psychological and psychiatric issues in urinary and fecal incontinence. *J Urol. Apr*, 185(4):1432-6.
- Von Gontard A. Enuresis. In Rey JM (8ªed) (2016), *IACAPAP e-textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Wiener JM, Dulcan MK (2006). *Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia*. Ed Masson. Barcelona.

22.- CAPÍTULO 22. TRASTORNOS DEL SUEÑO-VIGILA

Julia Calama Martín. Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Raquel Cabezas Mesonero. Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

22.1.- Introducción y epidemiología:

El sueño juega un papel fundamental en muchas esferas importantes del desarrollo infantil, la conducta, el aprendizaje y el crecimiento. El conocimiento del hábito de sueño, proporciona al profesional una de las puertas de entrada al desarrollo infantil.

Los trastornos del sueño (TS) son muy frecuentes en niños y adolescentes. Presentan particularidades que difieren de los adultos, existiendo algunos específicos de la infancia. En la nueva clasificación de las enfermedades (CIE-11) de la Organización Mundial de Salud (OMS), los TS se sacan de los trastornos mentales para ponerlos en un epígrafe independiente.

El 30% de los niños presentan, en algún momento, un trastorno del sueño. En niños con alteraciones del neurodesarrollo esta cifra se eleva al 80%. En nuestro medio, un 11,3% de los lactantes de 6-12 meses tienen una latencia de sueño mayor de 30 minutos, y el 17,7% de los adolescentes refieren síntomas de insomnio.

A medida que el niño crece, va disminuyendo la duración de su sueño. Tabla 22-1

Uno de los TS más prevalente es la dificultad de conciliación.

Los trastornos del sueño, pueden tener implicaciones negativas tanto por el impacto sobre el desarrollo físico, cognitivo, emocional y social del niño, como en la calidad de vida de sus familiares.

El déficit crónico de sueño afecta al estado de ánimo. Los adolescentes que duermen 6h o menos, de manera habitual, tienen una mayor tendencia depresiva que los que duermen 8 hs o más.

Los adolescentes tienen, a menudo, dificultad para iniciar el sueño porque su curva de secreción de melatonina endógena está retrasada, circunstancia progresiva que se observa desde las primeras etapas y es más acusada en adolescentes. Una deficiente higiene del sueño, el síndrome de piernas inquietas (SPI), cuadros de ansiedad o la ingesta de algunos fármacos o estimulantes también son causa de insomnio en esta edad.

La irregularidad de horarios, se ha relacionado también con un peor rendimiento escolar, alteraciones de la atención, concentración, razonamiento, habilidades psicomotoras, y con un incremento de su irritabilidad, ansiedad y depresión.

En general, las alteraciones de corta evolución y apropiadas a la etapa evolutiva, suelen ser menos graves y requieren una intervención menos exhaustiva, que los trastornos que aparecen de manera temprana, o que persisten más allá de los límites habituales de la edad correspondiente.

22.2.- Clasificación y fases del sueño:

Existen dos tipos de sueño, fisiológicamente diferentes, con funciones distintas, que se alternan entre sí: sueño, REM, activo o Paradójico o sueño MOR (con movimientos oculares rápidos) y sueño, NoREM (sin movimientos rápidos oculares) o No MOR.

Aserinsky y Kleitman (1955), realizaron las primeras descripciones modernas de las dos fases del sueño.

El **sueño NoREM** se subdivide en cuatro estadios, del 1, el más ligero, al 4 el más profundo. Tiene una función restauradora, favorece los procesos energéticos y la síntesis de proteínas, incrementa la liberación de la hormona del crecimiento humano, disminuye la respuesta al estrés (síntesis de cortisol) y favorece la regeneración celular. Este sueño NoREM predomina en la primera mitad de la noche. A medida que la noche progresa disminuye el tiempo invertido en estadios 3 y 4, incrementándose la duración del sueño REM.

El **sueño REM** tiene un papel relevante en los procesos de atención y memoria y en la consolidación del aprendizaje. Movimientos oculares rápidos en todas las direcciones, de ambos ojos, que se producen por ráfagas.

Estos dos tipos de sueño tienen diferencias tanto en actividad eléctrica de la corteza cerebral, como a nivel comportamental y de otros parámetros de la fisiología humana (tono muscular, función cardiaca, respiración, sexual, hormonal, etc). Tabla 22-2

Las dos fases del sueño (NoREM y REM) se suceden unas 4-6 veces, de forma cíclica a lo largo de una noche de sueño. Un ciclo de sueño se inicia con una fase NoREM y finaliza cuando acaba una fase REM, lo que sucede cada 90-120 minutos. Tras un ciclo, se puede suceder otro, o producirse un despertar espontáneo.

Los dos tipos de sueño existen en niños y adultos. Con la edad va disminuyendo la cantidad de sueño desde las 16 horas, aproximadamente, que duerme un recién nacido, hasta las 8 horas que duerme el adolescente. Tabla 22-1. Sobre los 4 años, el niño estabiliza su ciclo día-noche.

En el recién nacido, la proporción dedicada al sueño REM es de aproximadamente el 50 %, dicha proporción va disminuyendo hasta el 20-25%, que ya permanece con ligeras variaciones desde los 5 años hasta la adultez. Un ciclo de sueño en niños dura 50 minutos, en adolescentes / adultos dura 90 minutos. Existiendo así más ciclos en niños que en adultos.

Edad	Horas de sueño
RN	14
0-1 años	16-20
1-3 años	12
3-5 años	11-12
6-12 años	10-11
>12 años	9
19-22 años	8-8,5

Tabla 22-1: Horas de sueño según edad (Reproducido de Díaz Goreti. Tnos del sueño. Pág 286. Paidopsiquiatría psicósomática)

Tabla 22-2: Diferencias sueño REM Y NO REM

Parámetro	Sueño NO REM	Sueño REM
Electrooculografía	No hay movimientos oculares rápidos	Hay movimientos oculares rápidos
Electromiografía	Relajación parcial	Atonía muscular
EEG	Alto voltaje, lento	Bajo voltaje, rápido
Presión arterial	Disminuida	Variable
Frecuencia cardíaca	Disminuida	Variable
Gasto cardíaco	Disminuida	Disminuida
Metabolismo cerebral de glucosa	Disminuido	Aumentado
Temperatura corporal	Disminuida	Se pierde termorregulación
Secreción hormona GH	Sí (Fases 3 y 4)	No
Frecuencia respiratoria	Disminuida	Variable
Actividad mental	Vivencias no organizadas	Vivencias organizadas (ensoñaciones) Consolidación de memoria
Actividad motora	Movimientos y sacudidas	Ausente
Erecciones y tumescencia de clítoris	Ausente	Aumentada
Despertar	Confuso, amnésico	Lúcido y consciente

22.3.- Etiopatogenia y bases neurobiológicas:

No existe un único centro de control del sueño, sino diversos sistemas o centros interconectados ubicados principalmente en el tronco cerebral que se activan e inhiben mutuamente.

El **núcleo supraquiasmático** del hipotálamo puede actuar como centro anatómico de los ritmos circadianos que regulan la secreción de melatonina por la glándula pineal y la sincronización del cerebro con el ciclo sueño-vigilia de 24 hs.

Son muchos los estudios que respaldan el papel de la **serotonina** en el sueño. La síntesis y liberación de la serotonina por las neuronas serotoninérgicas depende de la disponibilidad de aminoácidos precursores de la serotonina, como por ejemplo el L- triptófano. La ingestión de grandes cantidades de L- triptófano (1- 15 g) reduce la latencia del sueño y los despertares nocturnos. (Generación del sueño No REM)

Las neuronas que contienen **noradrenalina**, cuyos cuerpos celulares se encuentran en el locus coeruleus, desempeñan un importante papel en el control del patrón del sueño normal; serían

esenciales para la producción del sueño REM. Los fármacos que incrementan la activación de estas neuronas, producen una reducción marcada del sueño REM y un aumento de la vigilia

La **acetilcolina** también participa en el sueño, particularmente en la producción de sueño REM. Estudios con animales con inyección de agonistas colinérgicos muscarínicos en las neuronas de la formación reticular pontina (neuronas generadoras de sueño REM), dan lugar a un cambio de la vigilia a sueño REM. Las alteraciones de la actividad colinérgica central, se asocian a cambios en el sueño observados en el trastorno depresivo mayor. Las alteraciones de los pacientes deprimidos son: acortamiento de la latencia REM (60 min), un incremento en porcentaje del sueño REM y cambio en la distribución del sueño REM, de la última a la primera mitad de la noche. Fármacos que reducen el sueño REM como los antidepresivos, producen efectos beneficiosos en la depresión.

La **dopamina** tiene un efecto activador. Aquellos fármacos que incrementan la liberación de dopamina cerebral, tienden a producir activación y vigilia. Por el contrario, aquellos bloqueantes dopaminérgicos, aumentan el tiempo de sueño.

Recientemente se ha dado una importancia significativa a la **hipocretina** en el mantenimiento del sueño. Es un neuropéptido producido en el hipotálamo, más activo durante la vigilia y especialmente con la actividad motora, que activa a todos los componentes del sistema reticular activador ascendente. Su actividad se ha relacionado con el apetito, homeostasia, funciones endocrinas y la vigilia. En muchos casos de narcolepsia, se detecta una baja concentración de hipocretina en el líquido cefalorraquídeo.

Ideas a recordar:

- ✘ Los trastornos del sueño, pueden tener implicaciones negativas por el impacto sobre el desarrollo físico, cognitivo, emocional y social del niño.
- ✘ Los dos tipos de sueño (REM y NREM) existen en niños y adultos. Con la edad va disminuyendo la cantidad de horas de sueño.
- ✘ En el recién nacido la proporción dedicada al sueño REM es de aproximadamente el 50 %, dicha proporción va disminuyendo hasta el 20-25%.
- ✘ Un ciclo de sueño en niños dura 50 minutos, en adolescentes / adultos dura 90 minutos. Existiendo así más ciclos en niños que en adultos.

22.4.- Clasificación de los trastornos del sueño

En la actualidad se dispone de varios sistemas nosológicos para la clasificación de los trastornos del sueño. Entre los muchos que podemos encontrar, están la International Classification of Sleep disorders: Third Edition (ICSD-3); Clasificación Internacional de los Trastornos del sueño. El DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) y la Diagnostic Classification, Zero to three, 0-5, (2016).

La ICSD-3 Los clasifica en los siguientes grupos:

- Insomnios
- Trastornos Respiratorios
- Hipersomnias
- Alteraciones del Ritmo Circadiano
- Parasomnias
- Movimientos anormales relacionados con el sueño
- Otros trastornos del sueño

La Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la infancia y Adolescencia en Atención Primaria incluye entre los diagnósticos diferenciales del niño con dificultades en el sueño: insomnio por higiene del sueño inadecuada, insomnio conductual, síndrome de piernas inquietas y síndrome de retraso de fase.

Según las diferentes clasificaciones existentes, los tres grandes grupos en los que se pueden agrupar los trastornos del sueño, serían las disomnias, parasomnias y los secundarios a enfermedades médicas/psiquiátricas.

Existe una gran cantidad de trastornos del sueño, pero a continuación se expondrán los más propios de la edad infanto-juvenil.

22.4.1.- DISOMNIAS

Trastornos en los que la alteración predominante afecta a la cantidad, calidad o duración del sueño.

Se pueden dividir en tres subgrupos:

- a) Trastornos intrínsecos del sueño: se originan a partir de una causa interna del organismo. Se incluirían en este grupo: el insomnio idiopático, la hipersomnia, el síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS), la narcolepsia, o los movimientos periódicos de extremidades.
- b) Trastornos extrínsecos del sueño: se producen a partir de una causa exterior al organismo, cuya desaparición se asocia normalmente con la resolución de los problemas. En este grupo habría que destacar, por su importancia en la infancia, la higiene inadecuada del sueño.
- c) Trastornos del ritmo circadiano del sueño: se relacionan con el horario de sueño a lo largo de las 24 hs del día. Algunos pueden ser controlados por el individuo (trabajo a turnos, cambios de zona horaria), pero otros responden a mecanismos neurológicos. Se encontrarían el jet lag y los cambios de retraso y avance de fase.

22.4.1.1.- Insomnios

El insomnio se puede definir como una predominante insatisfacción por la cantidad o calidad del sueño. Esta reducción de la capacidad para dormir, puede ser consecuencia de diversos factores. Puede darse al inicio de la noche al no poder conciliar (de conciliación), al no poder mantenerlo durante la noche (de mantenimiento) o de despertar precoz (l. terminal). Se denomina primario al que no es causado por ninguna afección mental o física reconocida, o secundario si es consecuencia de esas causas. Según la duración; transitorio, de corta duración o crónico.

En los niños es bastante común que aparezcan ciertas dificultades para dormir. La actitud de los padres es importante. Pueden aparecer entre otras, las resistencias a irse a dormir, fobia nocturna, despertares nocturnos.

Los niños más pequeños (lactantes a 2-3 años) presentan problemas para conciliar el sueño en relación a causas médicas que cursan con dolor; como cólicos, otitis medias, reflujos gastroesofágicos o intolerancia a lactosa. Aunque la causa más frecuente en este periodo es de origen conductual, debido a que aprenden modelos disfuncionales de conciliar el sueño como dormir en los brazos de la madre.

Los niños en edad escolar (5-12 años) suelen tener mayor eficiencia en el sueño, por lo que problemas en el sueño deberán ser tenidos en cuenta. Suelen ser frecuentes las causas de trastornos de ansiedad, depresiones, alteraciones del ritmo circadiano, pero las causas de origen conductual también son frecuentes.

En los adolescentes se darán las mismas causas que en edad escolar, pero añadiendo la causa del consumo de cafeína o drogas ilegales, presión social y académica, y otros trastornos psiquiátricos como el trastorno bipolar, esquizofrenia y síndrome del retardo de fase.

22.4.1.2.- Narcolepsia

Hipersomnolia que aparece en el sueño REM. La edad de comienzo más habitual es la adolescencia y el comienzo de la edad adulta, aunque también se han descrito casos en la infancia. El síntoma más frecuente es la sensación de somnolencia al despertar, que se ha atribuido a una disfunción de los mecanismos del tronco encefálico, relacionados con la regulación del ciclo vigilia-sueño. El diagnóstico definitivo requiere la evaluación polisomnográfica y se puede confirmar con el Test de Latencia Múltiple. Los factores genéticos son importantes. Los familiares en primer grado de los pacientes con narcolepsia, tienen un riesgo ocho veces mayor de presentar algún trastorno de somnolencia excesiva que la población general.

Los adolescentes con narcolepsia realizan siestas de 20 a 40 minutos y se levantan frescos. El ciclo se repite de nuevo cada dos o tres horas. Esta sensación de descanso contrasta con la desorientación y fatiga persistente que acompañan a los trastornos de somnolencia excesiva secundarios a otras causas.

La narcolepsia florida se caracteriza por la tétrada narcoléptica:

1) Ataques irresistibles de sueño REM que aparecen de manera intrusiva durante la vigilia. 2) Cataplejía. 3) Alucinaciones hipnagógicas. 4) Parálisis del sueño.

Los ataques de cataplejía son breves (no suelen durar más allá de unos minutos) y se siguen de una recuperación inmediata y completa. Pueden aparecer con una frecuencia de sólo unas veces al año o varias veces al día. Aunque la cataplejía, las alucinaciones hipnagógicas y la parálisis del sueño disminuyen en frecuencia a lo largo del tiempo, la narcolepsia es un trastorno crónico que se mantiene toda la vida.

Presentan un escaso ajuste a su entorno, con problemas académicos y en las relaciones sociales. Los trastornos psiquiátricos asociados son depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada y trastornos relacionados con sustancias.

El manejo conductual con apoyo y orientación psicosocial es un componente esencial del abordaje terapéutico. A los pacientes se les debe animar a seguir horarios regulares de acostarse y levantarse. Se deberían recomendar las siestas regulares de 20-30 minutos, dos o tres veces al día.

El tratamiento es sintomático y debe de ser individualizado según la gravedad de los síntomas específicos. En el tratamiento de la somnolencia diurna excesiva se pueden utilizar estimulantes (metilfenidato desde 10-20 mg, hasta 50-60 mg/día), mientras que en el de la cataplejía se suelen utilizar antidepresivos tricíclicos o ISRS. El modafinilo (que activa las neuronas que contienen orexina), 200-400 mg/día, fármaco que estimula la vigilia, es más eficaz y causa menos efectos adversos que los estimulantes.

22.4.1.3.- Alteraciones del ritmo circadiano:

- **Síndrome de fase de sueño retrasada**

Es otro trastorno frecuente que afecta al adolescente. Se ha demostrado en estudios que los adolescentes tras la pubertad necesitan dormir más, especialmente en lo que se refiere a la fase 4 NoREM, que los niños más pequeños. Parece estar relacionado con los cambios endocrinos que conlleva la pubertad. La estructura del sueño es normal, con importante latencia del sueño. El tiempo de inicio y finalización del sueño, está retrasado unas 3-4 horas, en relación con los tiempos de sueño social o convencional, pero si se le permite dormir, la cantidad y la calidad del

sueño son normales. El problema se da cuando hay que cumplir un horario, ya que podrá producirse una hipersomnia diurna. Si se les permite dormir el fin de semana, suele resolverse y esto será lo que nos haga sospechar el síndrome.

El sueño necesario (al menos 8 horas cada noche en momentos regulares y socialmente aceptables) es especialmente importante durante la adolescencia. Cuando se acumula la falta de sueño debido a la fuerza de las circunstancias, se deben recomendar las siestas. Una vez que el síndrome del retraso de fase de sueño es crónico y persistente, puede ser necesaria la aplicación de métodos de avance de fase para el reajuste de los relojes biológicos.

22.4.1.4.- Trastornos del sueño relacionados con la respiración:

- **Apnea e hipopnea obstructiva del sueño (SAHS)**

Es la ausencia total (apnea) o parcial (hipopnea) del flujo aéreo nasal y oral, de una duración superior al duplo de un ciclo respiratorio, en presencia de actividad muscular torácica y abdominal, que se produce durante el sueño y que ocasiona una disminución de la saturación de oxígeno y un aumento de retención de CO₂.

Los trastornos respiratorios relacionados con el sueño, abarcan un abanico amplio de fenómenos, que van desde el ronquido simple, pasando por el síndrome de resistencia aumentada de la vía aérea superior (SRAVAS), hasta la apnea e hipopnea obstructiva del sueño. Las prevalencias en los niños para estos trastornos son muy variables, pero podrían estar en torno a un 8- 12 % para el ronquido simple y el 1- 3 % del SAHS, con cifras intermedias para el SRAVAS.

El origen es un desequilibrio entre mecanismos de apertura y colapso de la vía aérea superior. El síntoma clínico más característico es el ronquido, pero también aparecen pausas respiratorias, sudoración, estertores, sueño intranquilo, terrores nocturnos, enuresis y otros trastornos del sueño. Durante la vigilia pueden aparecer problemas de comportamiento (hiperactividad, mal rendimiento académico, alteraciones de carácter y agresividad), cefalea matutina, somnolencia diurna, etc. Los fenómenos respiratorios patológicos se producen más frecuentemente en la fase REM.

La hipertrofia amigdalar y adenoidea, obesidad y alteraciones craneofaciales, predisponen a presentar SAHS.

El diagnóstico de referencia es la polisomnografía. Son muy útiles para la orientación diagnóstica; la historia clínica, exploración y los vídeos domésticos. El tratamiento de elección es la adenoamigdalectomía.

22.4.2.- PARASOMNIAS

Son trastornos episódicos que irrumpen en el proceso del sueño y que se caracterizan por procesos vegetativos y motores como manifestación del SNC. No se encuentran alterados los mecanismos de control del sueño, ni los de la vigilia.

A su vez se dividen en 4 subgrupos:

A) Trastornos del despertar: Son manifestaciones de despertar parcial que ocurren durante el sueño. Entre algunos ejemplos se encuentran despertares confusionales, sonambulismo y terrores nocturnos.

B) Trastornos de la transición sueño vigilia: Son los que ocurren durante la transición de la vigilia al sueño o de una fase del sueño a otra. Ejemplos son las ritmias del sueño, somniloquia.

C) Parasomnias generalmente asociadas al sueño REM: Algunas pueden suceder en otras fases pero es raro. Son pesadillas, parálisis del sueño, trastornos de conducta del sueño REM.

D) **Otras parasomnias:** Es un grupo heterogéneo formado por aquellos que no están incluidos en las otras categorías, como enuresis nocturna, bruxismo, ronquido primario, síndrome de piernas inquietas, etc.

Las parasomnias son trastornos de la conducta o comportamientos anormales, que tienen lugar durante el sueño y que ocurren con frecuencia en las personas sanas.

Aparecen cuando existe una vulnerabilidad genética sobre la que actúan factores de riesgo crónico (psicológicos, crecimiento, SAHS, migrañas, etc.) y factores agudos (fiebre, estrés). Son normales a ciertas edades típicas y no tienen consecuencias perjudiciales al día siguiente. Sin embargo, cuando las manifestaciones son muy frecuentes (más de una vez por semana), de inicio tardío y persisten en el tiempo, habrá que pensar que son parasomnias secundarias a problemas médicos (epilepsia, trastornos respiratorios del sueño, reflujo gastroesofágico) o psiquiátricos (Trastorno de estrés postraumático, pánico, etc.). Existe una elevada comorbilidad entre ellas.

22.4.2.1.- Pesadillas

Aparecen durante el sueño REM o paradójico. Dado que este sueño es más frecuente en el último tercio de la noche, las pesadillas suelen tener lugar a primeras horas de la mañana. De breve duración (unos 10 minutos). Se acompañan de un gran componente de ansiedad. El menor está asustado, orientado y levemente activado a nivel vegetativo. La ansiedad puede estar acompañada de una reacción motora brusca y puede despertar al niño. Cuando se despierta es capaz de hacer un relato estructurado de lo soñado.

Se producen a cualquier edad, pero es más común entre los 4 y 8 años de edad. Pudiendo darse hasta en un 30 % de los niños a partir de los dos años. Existen antecedentes familiares en un 60% de los casos. Disminuye con la edad. En caso de que se presenten de forma recurrente, pueden conducir a una fobia del sueño o provocar interrupciones repetidas del sueño paradójico. No hay confusión ni desorientación y suele ser más difícil dormir tras la pesadilla. Importante hacer el diagnóstico diferencial con los terrores nocturnos. **Tabla 3.**

Aumentan con el estrés, **deprivación de sueño**, fatiga y cambios en el lugar de sueño. Algunos fármacos como los betabloqueantes, antidepresivos tricíclicos, alcohol, barbitúricos y benzodiazepinas pueden producir pesadillas.

No requieren tratamiento en la mayoría de los casos. En el niño se debe informar de la benignidad y recomendación de no exponerse a estímulos (tv...etc.), que le atemoricen antes de dormir. En adultos, dependiendo del cuadro clínico con el que se asocien, pueden requerir psicoterapia o psicofármacos. En algunos casos pueden estar indicadas técnicas cognitivo-conductuales.

22.4.2.2.- Terrores nocturnos

Trastornos del despertar del sueño no REM, según clasificación DSM-5. Son episodios que suceden durante el primer tercio de la noche, en el sueño NREM profundo (estadios 3 y 4). Se caracterizan por llanto brusco e incontrolable, expresión de miedo intenso en el niño, con manifestaciones vegetativas muy intensas.

El menor no reconoce a los padres y no se tranquiliza con su intervención. Duran aproximadamente 5-15 minutos, tras los cuales, se vuelve a dormir y a la mañana siguiente no recuerdan nada. Al producirse en el sueño lento y profundo, es más difícil despertar al niño. No hace falta despertarlo, sólo vigilar para que no se haga daño.

Aparecen de forma típica entre los 2 y los 4 años, pudiendo ocurrir también durante toda la infancia de forma aislada, persistiendo en muy pocas ocasiones hasta la pubertad, estando más asociado en esos casos a alteraciones psicopatológicas. Prevalencia estimada es de 1- 6% y son más comunes en niños que en niñas. Pueden aumentar por la deprivación del sueño o por factores que fragmenten el sueño como la fiebre o enfermedades médicas.

Tabla 22-3: Diferencias entre Terror nocturno y pesadilla

	Terror nocturno	Pesadilla
Estadio del sueño	NREM	REM
Recuerdo	No	Vívido
Movilidad	Alta	Baja
Despertar	Difícil	Fácil
Descarga autonómica	Incremento marcado	Incremento ligero
Vocalización	Intensa	Escasa

22.4.2.3.- Sonambulismo

Trastorno del despertar del sueño no REM, según DSM-5. Suelen aparecer en el primer tercio de la noche (a los 90-120 minutos del inicio del sueño), en las fases 3 y 4, transición con fase del sueño ligero REM. Consiste en la repetición automática de conductas aprendidas durante la vigilia. El niño se incorpora y se levanta de la cama y comienza a andar. Puede realizar conductas más complejas (lavarse, comer, abrir puertas y ventanas). Al cabo de 5-15 minutos, el niño vuelve a su cama, se duerme y olvida el episodio a la mañana siguiente. Si se despierta durante el episodio, se muestra desorientado y ansioso. Suele aparecer entre los 4 y 8 años y existen antecedentes familiares en un 60 % de los casos. Disminuyen su aparición con la edad, pero cuando se inician en la adolescencia no suelen disminuir con el paso del tiempo y se suele presentar asociada a otros trastornos psicopatológicos.

No suele haber más de un episodio al mes, por ello, la psicoeducación de los padres y las pautas de prevención de daño, así como establecer horarios de sueño regulares, serán el tratamiento esencial.

22.4.2.4.- Despertar confusional:

Parasomnia del sueño NREM profundo. Aparece entre los 3 y 6 años, se caracteriza por movimientos automáticos y llanto. Típicamente duran más tiempo que los terrores nocturnos y tienen menos descarga autonómica. No hay que despertar al niño, no recuerda nada al día siguiente y es de carácter benigno.

Tanto el sonambulismo como los despertares confusionales, suelen aparecer sólo una vez por la noche. Pueden predisponer a ellos el sueño insuficiente, la fragmentación del sueño, estrés y la temperatura corporal elevada. (Fiebre, baños calientes, ejercicio al final del día).

22.4.2.5.- Somniloquia:

Fenómeno que puede aparecer en cualquier fase del sueño y consiste en hablar dormido. Puede ir acompañado de risa, llanto o gritos y no suele despertar al niño. Suelen darse en fase IV del sueño NREM, aunque pueden aparecer en cualquier fase del sueño. Si sucede en el sueño paradójico, el contenido es más elaborado y afectivo que si se produce en el sueño profundo (pobre y sobre hechos recientes). Ocurre entre los 4 y los 6 años, es más frecuente coincidiendo con el inicio de la guardería o del colegio y no precisa tratamiento específico. No se recuerda a la mañana siguiente. Habitualmente acompañan a los episodios de sonambulismo.

No es manifestación de trastorno psicopatológico, pero si se mantiene hasta la edad adulta, puede estar asociado a cuadros de ansiedad.

22.4.2.6.- Trastorno por movimientos rítmicos (Jactatio capitis nocturna)

Parasomnia caracterizada por movimientos rítmicos y estereotipados que afectan a cualquier parte del cuerpo, que tienen una frecuencia entre 0,5- 2 ciclos/seg y que son simétricos en amplitud. Ocurren durante la transición del sueño a vigilia, tanto en el inicio del sueño como al

despertar. Los más típicos son el golpeo en la cabeza, balanceo de cabeza y sacudidas o balanceo del cuerpo. La edad típica de aparición es entre los 8 y 24 meses. Suelen desaparecer con el paso del tiempo, pero si persisten en la edad escolar, habrá que hacer un estudio más minucioso. La persistencia en edades posteriores puede asociarse a autismo o retrasos mentales.

El manejo consiste en la información a la familia sobre su benignidad y carácter transitorio, así como medidas de seguridad en la cuna.

22.4.2.7.- Bruxismo

Actividad rítmica de los músculos maseteros pterigoideos internos y temporales que provocan una serie de contracciones de la mandíbula superior e inferior y una fricción de las superficies dentarias, lo que provoca un ruido molesto.

Suelen aparecer en las fases 2 del sueño y en la transición entre las distintas fases. Suele durar pocos segundos. Pueden ir precedidos de un aumento del ritmo cardiaco o de otros movimientos corporales. Muy frecuente a partir de los 10 meses. La incidencia en niños de 3 a 7 años es del 2,3 % al 12,1%, siendo mayor en aquellos que tienen algún antecedente familiar de bruxismo. Pueden presentar cefaleas y somnolencia durante el día. La etiología es desconocida y no está asociado a ninguna alteración psicopatológica.

22.4.2.8.- Síndrome de piernas inquietas (SPI)

Se caracteriza por urgencia irresistible de mover las piernas, con sensaciones molestas en las mismas, que se incrementan con el reposo y suelen mejorar caminando o moviendo las piernas. Aparece en la transición del sueño-vigilia, dificultando la conciliación del sueño al principio de la noche, o tras los despertares nocturnos. Más de la mitad tiene una historia familiar con este síndrome; en las formas hereditarias el inicio de los síntomas es más precoz.

El tratamiento debe de enfocarse hacia la corrección de la causa (anemia ferropénica la más frecuente). Cuando ésta no es identificable, puede administrarse tratamiento farmacológico con clonazepam o agentes dopaminérgicos.

Ideas a recordar:

- ✘ Las disomnias son trastornos en los que la alteración predominante afecta a la cantidad, calidad o duración del sueño.
- ✘ Las parasomnias son trastornos de la conducta o comportamientos anormales, que tienen lugar durante el sueño y que ocurren con frecuencia en las personas sanas. No se encuentran alterados los mecanismos de control del sueño ni los de la vigilia.
- ✘ Cuando las parasomnias son muy frecuentes, de inicio tardío, o persistentes en el tiempo, pueden ser secundarias a problemas médicos o psiquiátricos.
- ✘ Existe una elevada comorbilidad entre las parasomnias.
- ✘ Los terrores nocturnos son parasomnias NoREM, de sueño profundo. Se presentan en primer tercio de la noche. No se recuerdan al día siguiente.
- ✘ Las pesadillas son parasomnias REM, predominan al final de la noche, tras despertar existe un recuerdo vívido. Existen antecedentes familiares en 60 % de los casos de pesadillas y sonambulismo.
- ✘ El sonambulismo es una parasomnia NoREM del sueño profundo con transición a fase REM.

22.5.- Evaluación y pruebas complementarias:

La evaluación deberá incluir una historia clínica detallada que comprenda las características del sueño, horarios, comportamientos asociados al sueño, ambiente y trastornos relacionados con el sueño. La historia familiar médica, psiquiátrica y del sueño, también deberá evaluarse.

La exploración clínica completa es indispensable.

Dentro de la evaluación del adolescente existen unas señales alarma que orientan hacia un déficit crónico de sueño: dormirse en clase repetidamente, disminución brusca del rendimiento escolar, llegar tarde repetidamente al centro escolar por las mañanas, cambios conductuales no explicables, presencia de elementos de alta tecnología en el dormitorio.

Tras la exploración y anamnesis habitual, si la sospecha de un posible trastorno del sueño persiste, un primer paso de cribado puede ser el uso del cuestionario BEARS, que facilita el cribado de los trastornos del sueño, en niños de 2 a 18 años. Una respuesta positiva a cualquiera de las cinco preguntas, orienta el tipo de trastorno presente y exige continuar la investigación. Este cuestionario debe complementarse con una agenda/diario del sueño.

Otro cuestionario útil es el Pediatric Sleep Questionnaire (PSQ), traducido al español, que tiene dos versiones, una reducida, que ha sido validada para la detección de los trastornos respiratorios relacionados con el sueño y una completa que contempla una gama más amplia de trastornos del sueño. Están disponibles en la página web de Asociación Española de Pediatría (AEP).

En el examen físico deberá estudiarse los factores de riesgo de SAHS, como micrognatia, hipertrofia amigdalár, desviación del septum o anomalías en el paladar y úvula. El peso y la altura también serán factores de riesgo para el SAHS. Las pruebas complementarias deberán solicitarse en función del caso.

La Polisomnografía (PSG) está indicada ante la sospecha clínica clara de trastorno respiratorio del sueño, parasomnias atípicas, trastorno de movimientos periódicos de las piernas, Síndrome de piernas inquietas clínicamente no confirmado y epilepsia nocturna cuando la historia clínica y el electroencefalograma convencionales no son concluyentes. La actigrafía monitoriza los movimientos corporales y evalúa el ritmo del sueño y vigilia en el entorno natural del paciente. Determina el tiempo total de sueño, la eficiencia, el tiempo de vigilia tras el inicio del sueño y la latencia de sueño. Recomendada para delimitar los patrones de sueño, documentar la respuesta al tratamiento en niños y en poblaciones pediátricas especiales.

22.6.- Diagnóstico diferencial

Dentro de las patologías y/o situaciones a tener en cuenta en la aparición del insomnio, se deben descartar:

22.6.1.- Trastornos médicos:

- Dolor, prurito.
- Trastornos respiratorios.
- Trastornos gastrointestinales. Reflujo gastroesofágico, estreñimiento, dolor abdominal crónico o enfermedad inflamatoria intestinal.
- Trastornos del neurodesarrollo: TDAH (25-50%), trastornos del espectro autista (48-56%), trastornos cognitivos (10-86%), parálisis cerebral (45%), Síndrome de Rett, Síndrome de Williams o Smith Magenis).
- Epilepsia. Epilepsia del lóbulo frontal exige diagnóstico diferencial con despertares nocturnos o parasomnias.
- Ferropenia. Niveles de ferritina < 35-50 ng/ml, incluso sin anemia, se relacionan con insomnio.
- Otras condiciones médicas: cólicos del lactante, traumatismo craneo-encefálico moderado grave (incluso meses después).

22.6.2.- Trastornos psiquiátricos:

- Trastornos de ansiedad: situaciones estresantes, pensamientos rumiativos o trastorno de estrés postraumático.

- Depresión: el bajo estado de ánimo puede asociar insomnio, que a su vez agrava los síntomas depresivos.
- Trastorno bipolar, episodios psicóticos.

22.6.3.- Fármacos y sustancias de abuso:

- Cafeína, alcohol y nicotina.
- Betaadrenérgicos (salbutamol), estimulantes (metilfenidato, lisdexanfetamina, corticoides, antiepilépticos o antidepresivos).

22.6.4.- Factores ambientales:

Ruido, luz excesiva (aparatos electrónicos) y temperatura inadecuada. Hábitos inadecuados de sueño.

22.7.- Tratamiento y abordaje:

22.7.1.- Abordaje higiénico y conductual

A pesar de que los problemas en el sueño pueden constituir parte de una enfermedad psiquiátrica, muchas de las causas en etapa infanto-juvenil suelen estar en la interacción padres-hijo. Por ello el primer paso va a ser la **psicoeducación** de la familia y del niño o adolescente. Los jóvenes muestran actitudes positivas hacia los programas educativos que describen el sueño, la somnolencia y su influencia en el funcionamiento diurno. Por lo que estas intervenciones son útiles para corregir ideas erróneas que se tengan sobre el ciclo de sueño y sus problemas.

La **higiene del sueño** es muy importante, suponiendo una serie de recomendaciones que se pueden adoptar, para favorecer un sueño normal. Puede ser el único tratamiento en los trastornos del sueño de origen conductual y en el sueño insuficiente. **Tabla 4.**

La **reestructuración cognitiva** se utiliza para identificar ideas o creencias que no favorecen el sueño (dormir es perder el tiempo, infravalorar las consecuencias sobre el rendimiento diario, pensar que no hay nada que se pueda hacer para solucionarlo...), sustituyendo esos pensamientos por otros con más valor adaptativo.

Tabla 22-4: Medidas de higiene del sueño en niños.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ✘ Acostar y levantar a los niños a la misma hora habitualmente. ✘ Temperatura adecuada, iluminación y ruido, de baja intensidad. ✘ Evitar asociación de la cama con situación de castigo. ✘ Realización de rutinas predecibles para acostarse. ✘ Evitar consumo de bebidas con cafeína después del mediodía. ✘ Ejercicio físico (bueno durante el día, pero evitarlo a últimas horas de la tarde) ✘ Restringir aparatos electrónicos de la habitación a la hora de dormir (móviles, TV, ordenadores o tablet). ✘ Realizar actividades relajantes antes de dormir. ✘ Promover la capacidad de dormirse sin la presencia de padres. ✘ Acompañar a los niños a la cama cuando estén cansados y evitarlo si están muy activos. ✘ Habitación destinada a dormir. |
|--|

22.7.2.- Abordaje psicofarmacológico:

Hay determinados casos que no son gestionados con la terapia conductual sola y requieren de una combinación farmacológica. Tal es el caso de algunos casos de patología psiquiátrica (TDAH, trastornos del espectro autista...etc), o en aquellos casos de cronificación del trastorno.

La elección de la medicación para cualquier niño con un trastorno del sueño, debe de ser determinado por el diagnóstico específico del sueño, sopesar los riesgos y beneficios relativos, utilizándose cuando las medidas conductuales aplicadas apropiadamente no son adecuadas.

Existen ciertas reglas generales donde el uso debe de ser el más corto posible y a la menor dosis eficaz. Debe de existir un control estrecho de los efectos secundarios, especialmente durante su retirada. Pueden agravar otros problemas del sueño coexistentes (SAHS) y hay que tener precaución ante posibles interacciones con otros fármacos. Especial atención en adolescencia (riesgo de embarazo y uso de tóxicos). Investigar el uso por parte de las familias de fármacos sin receta médica.

La literatura incluye el empleo de varias familias de fármacos como antihistamínicos, benzodiacepinas, neurolépticos y otros; aunque ninguna de ellas haya sido sistemática o exhaustivamente evaluada para el insomnio del niño y adolescente. Son fármacos prescritos basándose en la extrapolación de resultados obtenidos con la experiencia clínica y de estudios realizados en adultos.

Una primera opción al tratamiento del insomnio infantil es la melatonina. Indolamida producida principalmente por la glándula pineal, durante la noche, que regula el núcleo supraquiasmático del hipotálamo, responsable del ciclo vigilia-sueño. Los estudios disponibles sugieren que la utilización a corto plazo de melatonina puede ser de utilidad en los niños con dificultad para quedarse dormidos por la noche, mejorando el retraso de fase de latencia del sueño. Algún estudio también sugiere eficacia en la disminución de la fragmentación del sueño, especialmente en niños con trastornos del neurodesarrollo.

Las dosis recomendadas estarían en iniciar con dosis de 1-3 mg en lactantes y preescolares y 2,5-5 mg en niños mayores, gradualmente ajustar la dosis según respuesta. Adolescentes: 1-5 mg. En niños con alteraciones neurológicas, las dosis más recomendadas oscilan entre 3-15 mg. Se administra siempre a la misma hora, entre 30-60 min antes de la hora habitual de ir a dormir. No se ha establecido un consenso sobre la duración. Desde atención primaria se recomienda hasta 4 semanas de manera continuada.

Como fármacos de segunda elección, previamente más utilizados que en la actualidad, están los antihistamínicos de primera generación (difenhidramina e hidroxicina), para el tratamiento del insomnio ocasional, cuando el tratamiento durante 4 semanas con melatonina no fue satisfactorio.

Antidepresivos tricíclicos, ya en gran desuso, como la imipramina, han mostrado su utilidad en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, así como en síndrome X frágil. De igual forma se han utilizado inhibidores de la recaptación de serotonina (fluvoxamina) en niños con síndrome de asperger y trastorno obsesivo compulsivo e insomnio grave, con buenos resultados.

A la hora de elegir un fármaco hay que tener en cuenta que no existe el fármaco hipnótico ideal y recordar el efecto paradójico de los estimulantes y sedantes del SNC en los niños con alteraciones neurológicas. En caso de utilizar fármacos, son preferibles los hipnóticos no benzodiacepínicos que los benzodiacepínicos. Recomendable usar hipnóticos de vida media corta, para evitar excesiva sedación diurna. Es importante limitar la medicación en el tiempo y cambiar de inductor del sueño cada dos meses para evitar el efecto de tolerancia. En caso de usar benzodiacepinas, la medicación debe ser retirada siempre paulatinamente para evitar abstinencia.

22.8.- Bibliografía:

- Alberola López, S. A. (2010). Trastornos del sueño en la infancia. 7o Foro de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura, 5. Recuperado de https://www.spapex.es/pdf/trastornos_suenyo.pdf
- Anders T. F. Trastornos del sueño de la infancia y adolescencia.. En: Wiener J.M; Dulcan, M.K (2006). Tratado de Psiquiatría de la infancia y adolescencia. Ed Masson, 38. Pág: 733-748.

- Díaz G, Suárez N. Trastornos del sueño. En: Rubio B, Gastamiza X. (2014). Paidopsiquiatría psicósomática. La interconsulta y la psiquiatría de enlace en pediatría. Selene editorial, 4.6; Pág: 285-295
- Gállego Pérez- Larraya J, Toledo, J.B. (2007). Clasificación de los trastornos del sueño. Anales Sis San Navarra vol. 30, supl.1 Pamplona.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria (2011). Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política social e igualdad. Unidad de evaluación de tecnologías sanitarias de la agencia Laín Entralgo. Guías de Práctica clínica en el SNS: UETS Nª 2009/8.
- Kaplan HI. (1999). Sinopsis de Psiquiatría. 8ª edición. Edit. Panamericana. Madrid.
- Merino Andreu M, Pin Arboledas G (2013). Trastornos del sueño durante la adolescencia. *Adolescere*, 1 (3): 29-66.
- Trastornos del sueño. En: Aepnya. (2010). Protocolos clínicos de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (Editorial Siglo). Recuperado de https://aepnya.es/wp-content/uploads/2017/07/protocolos_2010.pdf
- Vallejo Ruiloba J. (2006). Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. 6ª edición. Barcelona Masson.

23.- CAPÍTULO 23: TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS Y TRASTORNOS RELACIONADOS

(INCLUYE: TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS; TRASTORNO DE ANSIEDAD POR ENFERMEDAD [HIPOCONDRIA]; TRASTORNO DE CONVERSIÓN [TRASTORNO DE SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS FUNCIONALES]; FACTORES PSICOLÓGICOS QUE INFLUYEN EN OTRAS AFECCIONES MÉDICAS; TRASTORNO FACTICIO)

Marta S. Hernández García. Psiquiatra. Unidad de Hospitalización Regional de Psiquiatría del Niño y del Adolescentes. H. Clínico Universitario de Valladolid

María A. Parrilla Escobar. Psiquiatra. Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil H. Clínico Universitario de Valladolid. Profesora Asociada de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.

23.1.- Introducción: historia y epidemiología

La aparición de síntomas físicos (somáticos) que no pueden ser explicados por una condición médica es muy común en niños y adolescentes.

Esta sintomatología “inexplicable” desde el punto de vista médico puede diferir en la frecuencia, severidad y forma de manifestarse y tendrá distintas implicaciones en función del proceso evolutivo en el que se encuentre el niño y adolescente. Puede no desencadenar muchas dificultades, pero en otras ocasiones provoca sufrimiento, deterioro funcional...; la disfunción que provoca está influida en mayor o menor medida por factores psicosociales y ambientales que pueden ser considerados como factores precipitantes, agravantes o perpetuadores de esta sintomatología.

La atribución que la persona hace de estos síntomas a una enfermedad física le lleva a buscar ayuda médica.

Cuando los síntomas somáticos son múltiples, acompañados de niveles significativos y desproporcionados de angustia y preocupación, o disfunción para desarrollar sus actividades diarias, tienden a estar asociados a problemas psicológicos. Clásicamente esta entidad clínica ha sido denominada clásicamente como fenómenos neuróticos y para los que las clasificaciones actuales, CIE-10 y DSM-5, utilizan el término de Trastorno somatomorfo y Síntomas somáticos y trastornos relacionados respectivamente.

Los síntomas somáticos se presentan universalmente en niños pequeños que todavía no han desarrollado las habilidades cognitivas y lingüísticas necesarias para comprender y comunicar sus sentimientos.

Constituye uno de los principales motivos de absentismo escolar y se considera precursor de psicopatología en la edad adulta (ansiedad y otras).

Los trabajos de *Apley* (1958,1975) en los años 50 contribuyeron significativamente en el inicio de las investigaciones de las somatizaciones infantiles, sin embargo, se trata de una entidad clínica escasamente estudiada.

Algunos estudios en población general en niños y adolescentes estiman la prevalencia de dolores y quejas físicas recurrentes entre un 2 y un 10%.

Los síntomas somáticos más comunes son el dolor abdominal, las cefaleas y los dolores musculares y articulares.

La mayoría de las molestias y los trastornos indiferenciados comienzan en la niñez o en la adolescencia temprana. Con una frecuencia mayor en niñas que en niños.

23.2.- Definición y diagnóstico

*La tendencia a experimentar y manifestar el malestar psicológico a través de síntomas somáticos no explicados por los hallazgos patológicos es lo que conocemos como **somatización**.*

La característica principal de estos trastornos es la presencia reiterada de síntomas somáticos que no pueden ser explicados desde la fisiopatología, y que han sido objeto de demandas continuadas de estudios complementarios y derivaciones a diversos especialistas, con resultados dentro de la normalidad en las distintas evaluaciones. Dificultad significativa para persuadir la idea de padecer una(s) enfermedad(es) en estos pacientes a pesar de toda la creencia no es lo suficientemente rígida como para considerarla un delirio.

Los síntomas físicos de patología desconocida son el núcleo de las características de los trastornos somatomorfos (trastornos de síntomas somáticos) descritos en las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales. Dentro de esta entidad se incluye:

- El **trastorno de síntomas somáticos o trastorno somatomorfo indiferenciado** se define por la presencia de pensamientos, sentimientos o comportamientos desproporcionados en relación a la presencia de síntomas somáticos que genera un malestar y repercuten en la vida diaria. En la población infantil y adolescente es este trastorno el más frecuente dentro de la entidad de trastornos somáticos, debido a que en este grupo de población son menores el número de quejas, los niños presentan quejas mono sintomáticas (aumentando el número de quejas en la adolescencia) en comparación a la población adulta.

Los síntomas más frecuentes son: dolor abdominal, cefalea, fatiga o cansancio, mareos, pérdida de conciencia, dolores musculares, anestesia, náuseas y vómitos, dificultades para tragar alimentos, dismenorrea.

- La **hipocondría o trastorno de ansiedad por enfermedad** se define como una preocupación o un miedo irracional a padecer una grave enfermedad a pesar de que no se encuentre ninguna causa médica que lo justifique.
- El **trastorno conversivo o trastornos disociativo** definido por la presencia de uno o más síntomas neurológicos que no pueden explicarse médicamente tras los exámenes correspondientes. Su presentación clínica puede ser muy variable incluyendo trastornos

motores (movimientos anómalos, alteraciones de la marcha, parálisis, paresias,...) y/o sensitivos (anestias, parestias, ceguera, sordera...) y/o síntomas convulsivos (las pseudoconvulsiones son otro de los posibles síntomas de este trastorno cuyo diagnóstico diferencial suele ser difícil con las implicaciones terapéuticas que conlleva).

- **Factores psicológicos que afectan a otras enfermedades médicas.** La presencia de un síntoma o afección médica se ve afectado negativamente por factores psicológicos o conductuales.
- El **trastorno facticio** definido por la invención, producción o falsificación de síntomas físicos o psicológicos que simulan una enfermedad física o mental. Aunque el objetivo de asumir el papel de enfermo es consciente y las conductas que llevan a simular la enfermedad son voluntarias y requieren cierto grado de planificación, las motivaciones por las que se siente impulsado a ello son inconscientes.
- La **simulación** se refiere a la presencia de síntomas físicos y psicológicos que se producen de forma intencionada o se fingen para obtener una ganancia secundaria o incentivo externo. Debe sospecharse cuando los síntomas no se correlacionen con los hallazgos físicos o el grado de malestar, el paciente no coopere durante la evaluación diagnóstica e incumpla el tratamiento prescrito, o cuando la presentación se da en un contexto médico-legal.

Tabla 23-1: Diferencias entre enfermedad somática, trastorno somatomorfo y trastorno facticio*

	Enfermedad somática	Trastorno somatomorfo	Trastorno facticio
Síntomas subjetivos	+	+	+
Síntomas objetivos	+	-	(+)
Voluntariedad	-	-	+
Beneficios	?	Internos Externos	Internos

*Adaptado de Zumbrennen R, Pschiatry de liaison, Masson ed., Paris,1991

El **modelo bio-psico-social de las enfermedades mentales** es plenamente aplicable para el diagnóstico de los trastornos somatomorfos. Es necesaria una adecuada valoración de los factores biológicos, psicológicos y sociales. La confirmación de la presencia de alteraciones psicológicas y/o sociales que contribuyan al origen y el mantenimiento del cuadro debe ser compatible con una rigurosa valoración de los aspectos “orgánicos” que puedan contribuir igualmente a su origen y/o mantenimiento.

El diagnóstico de los trastornos somatomorfos no es un diagnóstico de exclusión sino que debe basarse en la evidencia de hallazgos psicopatológicos que lo justifiquen.

23.3.- Etiopatogenia y bases neurobiológicas

La somatización es el resultado de una combinación de factores individuales, familiares y ambientales que actúan como predisponentes, precipitantes o mantenedores de la somatización aunque ninguno es razón suficiente ni necesaria por si sola.

En la somatización, por lo general, la producción de los síntomas no es consciente, sin embargo, en niños y adolescentes es particularmente difícil establecer el nivel de control consciente.

Los niños somatizadores podrían presentar mayor vulnerabilidad a reaccionar ante la adversidad con mayores niveles de excitación emocional y angustia. La intensidad de la reacción contribuiría a la producción del síntoma físico.

Tabla 23-2: Factores de riesgo de somatización para niños y adolescentes *

INDIVIDUALES	Antecedentes personales de enfermedad física Mayor atención a las sensaciones físicas Personalidades meticulosas, vulnerables, sensibles y ansiosas Preocupaciones particulares sobre las relaciones entre iguales Orientación hacia el alto rendimiento
FAMILIARES	Problemas de salud física Problemas de salud mental Somatización en los padres Sobre-involucración emocional Limitaciones en la capacidad de comunicarse acerca de cuestiones emocionales
AMBIENTE	Estresores vitales (por ejemplo, el colegio, las ridiculizaciones o el acoso escolar) Presión académica
*Adaptado de Gledhill y Garralda (2009)	

Se han desarrollado distintas teorías para explicar su etiopatogenia cuyas características fundamentales son:

- **Teoría Psicoanalítica:**
 - Expresión de un impulso o deseo prohibido que se desplaza al plano somático.
 - Autocastigarse por tener un deseo prohibido a través de la manifestación de un síntoma.
 - Evitar una situación amenazante.
 - Poder asumir el rol de enfermo.
- **Alteraciones en la maduración.** *Ruesch* describe una personalidad inmadura y *MacLean* relaciona los procesos neurofisiológicos de los enfermos psicomaticos con estructuras anatómicas en las que los estímulos se ubican en la región del hipocampo.
- **Alexitimia:** término acuñado por *Nemiah* y *Sifneos* definido por la incapacidad de los pacientes psicomaticos para expresar con palabras sus sensaciones. Tendencia a desviarse de las situaciones conflictivas mediante actos. Desarrollan mecanismos de defensa de negación y desplazamiento.
- **Teoría del aprendizaje.** El paciente ha aprendido a expresar con sus síntomas somáticos su indefensión *Teoría de la Indefensión Aprendida*.
- **Teoría conductual:** El menor al presentar un enfermedad genera preocupación, atención de su entorno, en situaciones de carencia de afecto o atención, puede reaccionar como un reflejo condicionado con ese síntoma somático como una vía para obtener dicha atención.

23.4.- Evaluación y pruebas complementarias

El médico de atención primaria o el pediatra suele ser el primer referente al que acuden la mayoría de los niños.

El diagnóstico debe hacerse siempre tras descartar enfermedades médicas. Para ello es fundamental una adecuada exploración clínica que permita descartar que no hay una enfermedad física y que permita transmitir al menor que sus quejas son tenidas en cuenta.

Con frecuencia el hecho de comentarle al niño que no existe ninguna patología médica, tras realizar las valoraciones y exploraciones oportunas, es suficiente para aliviar la preocupación del niño sin llegar a precisar otras intervenciones, pero en ciertas ocasiones los síntomas persisten. Por ello es importante abordar cuidadosamente la forma de referirse a los síntomas que describe el menor evitando frases del tipo “no tienes nada...”, el problema no es físico...” Porque puede

generar una reacción de enfado y rechazo al sentirse cuestionado y percibir que se le acusa de no decir la verdad.

Es recomendable tener una actitud empática con el niño, transmitirle el mensaje que comprendemos su malestar con el objetivo de mejorar el vínculo paciente-terapeuta.

Es preciso sospechar la posibilidad de que nos encontremos ante una somatización si:

- Existe una coincidencia temporal entre la aparición de los síntomas físicos y estresores psicosociales.
- Existe simultáneamente un trastorno psiquiátrico.
- La severidad y discapacidad asociada al síntoma no se asocia a ningún cuadro conocido.
- Vulnerabilidad: Los pacientes dicen sentirse enfermos, viven sus síntomas con gran preocupación y sufrimiento.
- Las características de niño, familia y enfermedad sugieren un cuadro somatomorfo.

La derivación a un servicio de Salud Mental será preciso en aquellos casos en los que los síntomas persisten tras la evaluación e intervención sobre los posibles factores bio-psico-sociales implicados, cuando los síntomas son particularmente graves, si es preciso una confirmación diagnóstica o existe comorbilidad psiquiátrica.

La evaluación psiquiátrica debe incluir la historia del desarrollo y una historia psiquiátrica detallada, exploración psicopatológica del niño y análisis de la dinámica familiar, explorar los síntomas somáticos y la asistencia escolar.

Las evaluaciones psicométricas pueden resultar útiles para la valoración de la somatización y síntomas físicos en niños:

- **Inventario de somatización del niño (CSI):** Autocuestionario para valorar los síntomas somáticos percibidos por los niños y adolescentes en ausencia de enfermedad médica identificada. Se exploran síntomas físicos durante las dos semanas previas. Es el instrumento más comúnmente utilizado para valorar la somatización infantil.
- **Inventario de discapacidades funcionales (FDI):** Para valorar la severidad de los síntomas y las limitaciones funcionales en niños con alteraciones físicas. Correlaciona las ausencias escolares con los síntomas somáticos.
- **Índice de discapacidad funcional (DFI):** Mide la presencia y la severidad de la afectación funcional en diferentes actividades de la vida diaria.
- **Cuestionario de Alexitimia en Línea (OAQ-G2):** Autocuestionario para valorar la capacidad de los niños y adolescentes de identificar y comunicar sus sentimientos y sensaciones.

23.5.- Comorbilidad y diagnóstico diferencial

Algunos trastornos psiquiátricos comórbidos pueden aparecer antes del inicio de los síntomas somáticos pero con frecuencia se desarrollan durante el curso del trastorno.

En cerca al 30-50% de los casos existe un trastorno comórbido psiquiátrico, siendo los más frecuentes los trastornos del ánimo y la ansiedad. Problemas de atención, adaptación, ingesta o eliminación son también frecuentes a edades menores.

Especial atención requieren los menores con discapacidad intelectual o aquellos que han sido víctimas de maltrato, abuso o negligencia infantil en los que la dificultad para expresar o verbalizar sus emociones y/o vivencias o motivados por la intención de buscar atención o de alejarse de una situación presentan distintos cuadros clínicos que requieren una evaluación minuciosa.

La sintomatología física o el absentismo escolar que aparece en los trastornos somatomorfos, se produce también en otros trastornos psiquiátricos, con los que debemos establecer **diagnóstico diferencial**:

- Trastorno de ansiedad por separación, fobias y otros trastornos de ansiedad
- Trastornos depresivos
- Mutismo selectivo
- Trastorno de la conducta alimentaria
- Trastorno facticio (o Munchausen por poderes)

23.6.- Tratamiento y abordaje: higiénico-dietético, psicoterapéutico, psicofarmacológico, rehabilitador/psicopedagógico

Los trastornos psicopatológicos en los niños producen una detección o retardo del desarrollo madurativo, desde el punto de vista intelectual, social, de aprendizaje, afectivo, etc. Por ello el primer objetivo será un abordaje sintomático que permita su reincorporación a su dinámica habitual (escolar, social...).

En la mayoría de las ocasiones la evaluación y el tratamiento inicial se realizan en atención primaria y es cuando la sintomatología no se resuelve a este nivel, cuando existen dudas sobre el diagnóstico o existe un trastorno psiquiátrico comórbido cuando debe hacerse la derivación a Salud Mental.

Las pautas generales de actuación incluirán planificar citas regulares para que el paciente sea atendido por el mismo profesional que reconozca su sintomatología.

Con frecuencia se requiere una intervención terapéutica a varios niveles: terapia psicológica individual, de familia y coordinación con la escuela y los servicios sociales siendo fundamental la comunicación y que haya un trabajo dirigido hacia una meta común por parte de todos los terapeutas y profesionales que participan así como evitar la información ambigua.

Las intervenciones psicológicas más eficaces plantean el tratamiento como un Programa de Rehabilitación enfatizando como objetivo la vuelta al funcionamiento normal incorporando al paciente como un participante activo en su recuperación con el abandono implícito de su rol de enfermo. Estos programas requieren una fuerte alianza con el niño y su familia, deben ser progresivos iniciándose con metas sencillas que progresivamente se extenderán a otras actividades, incluye la utilización de técnicas o estrategias específicas para el abordaje de las diferentes situaciones (técnicas de relajación, de distracción, uso de analgésicos, prescripción de ejercicio físico...).

No existe ningún fármaco específicamente indicado para su uso en estos trastornos ocupando un lugar secundario salvo que pueda necesitarse medicación para el tratamiento de algunas comorbilidades. El uso de inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (fluoxetina, citalopram, duloxetina) o benzodiacepinas pueden resultar útiles si presenta clínica depresiva o ansiedad asociada.

Hay que intentar evitar la administración de medicaciones potencialmente adictivas.

La hospitalización del menor estaría indicada cuando la sintomatología que presenta es muy incapacitante, para hacer una observación y monitorización de los episodios, cuando existe una psicopatología asociada significativa y el abordaje ambulatorio no ha sido exitoso.

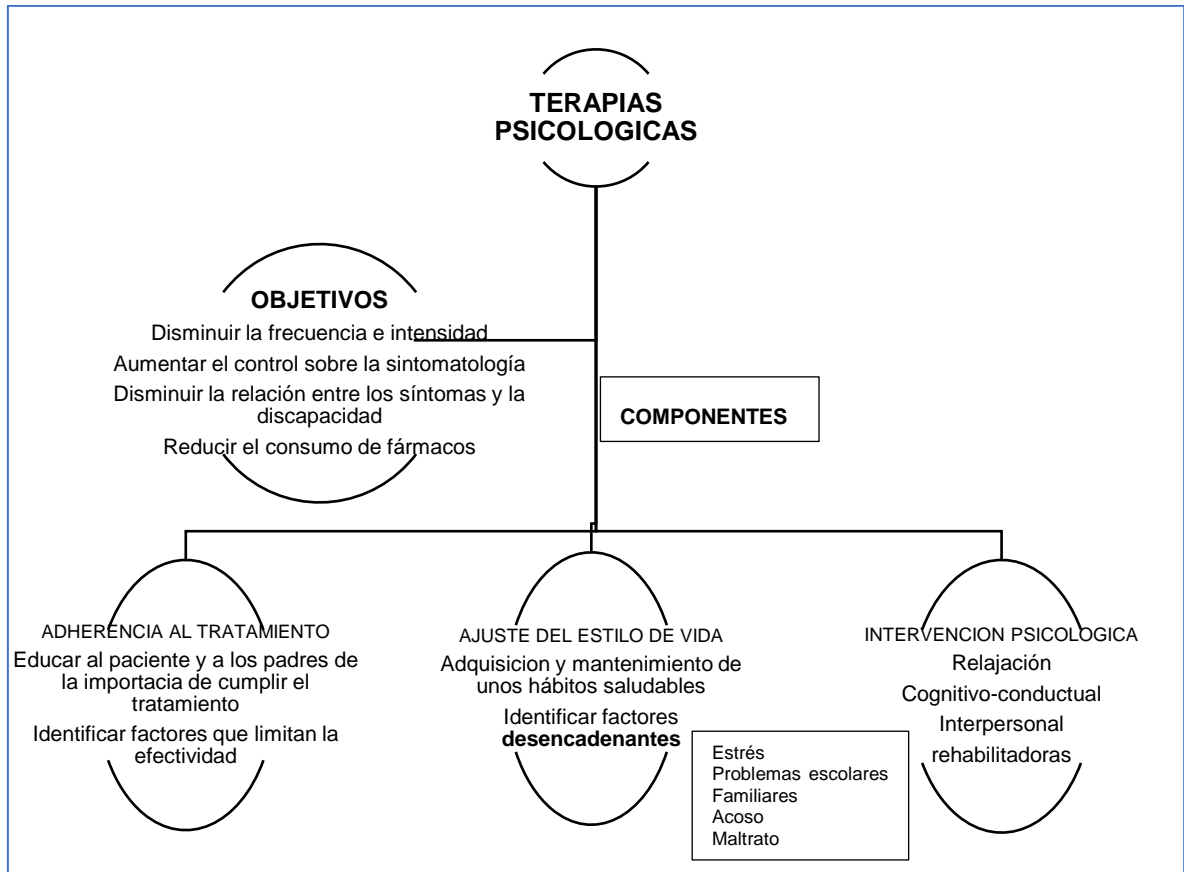


Ilustración 23-1: Objetivos y componentes de las terapias psicológicas en somatización

23.7.- Desarrollo, curso y pronóstico

La mayoría de los trastornos somatomorfos que han recibido tratamiento especializado cursan con una rápida recuperación y tienen buen pronóstico, aunque a veces los síntomas pueden persistir en menor intensidad y frecuencia o pueden aparecer otros trastornos psiquiátricos (ansiedad, alimentación...) tras la resolución de este cuadro.

Una identificación precoz y precisa, estableciendo el diagnóstico de “somatización” puede mejorar el pronóstico, mientras que un mal diagnóstico, o un retraso en este, puede provocar un impacto negativo en el pronóstico, en la dinámica familiar y a nivel social, generando una tendencia a la cronicidad en cuyo caso los objetivos irán encaminados a mejorar su calidad de vida y su funcionamiento psicosocial.

Son factores de buen pronóstico:

- La clínica se correlaciona con precipitantes médicos específicos.
- La personalidad premorbida del menor no sea patológica.
- No existen problemas mentales ni médicos en el ámbito familiar.
- Las circunstancias sociales son favorables.

Se ha relacionado la presencia de sintomatología física recurrente en la infancia con un aumento de la psicopatología y con la persistencia de sintomatología somática en la edad adulta.

23.8.- Bibliografía

Abbey SE: Somatization and somatoform disorders, in Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry. Rundell JR, Wise MG (eds). Washington, DC. American Psychiatric Press, 1996:369-401.

- Burgos R., Romero A. y Guijarro. Trastornos somatomorfos. En: Rubio, B., & Gastamiza, X. (2014). Paidopsiquiatría psicósomática. La interconsulta y la psiquiatría de enlace en Pediatría. Recuperado de <https://aepnya.es/wp-content/uploads/2017/08/Libro-Interconsultas-205x29.pdf>
- Campo JV, Fritz G (2001) A management model for pediatric somatization. *Psychosomatics*, 42:467-476.
- Campo, J.V. & Fritz, G Somatoform disorders (2007) In A. Martin & F. Volkmar (EDS). *Lewis's child and adolescent psychiatry, a comprehensive textbook* (pp 633-647) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Catalina M. L., et al. (2009) Trastorno facticio con síntomas psicológicos. Diagnóstico y tratamiento. ¿Es útil la confrontación? *Actas Esp Psiquiatr*, 37(1):57-59
- Fiertag O, Taylor S, Tareen A, Garralda E. Trastornos Somatomorfos (Díez-Suárez, Irarrázaval M (eds). 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 2014.
- Garralda ME (1996). Somatisation in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37:13-33.
- Gledhill J Garralda ME (2009) The relationship between physical and mental health in children and adolescents. In Gelder MG, Andreassen Nc, Lopez Ibor JJ et al (eds), *New Oxford Textbook of Psychiatry 2 nd Edition*. Oxford: Oxford University press, pp 1740-1746
- Goodman, J.E. & Mc Grath, PJ (1991) The epidemiology of pain in children and adolescents: a review. *Pai*, 46(3),247-264
- Shaw RJ y DeMaso DR (2009) *Consulta psiquiátrica en pediatría en niños y adolescentes con enfermedad orgánica*. Panamericana, Buenos Aires, 2009: 143-168.
- Sierra R. (2012) *Síntomas somáticos funcionales, psicopatología y variables asociadas: un análisis en diferentes poblaciones pediátricas [Tesis doctoral]*. Bellaterra: Departamento de Psicología Clínica y de la Salud Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Silber, T.J. , Pao, M. (2003). Somatization disorders in children and adolescents. *Pediatr Rev*, 24, 255-266.
- Walker, L.S., Beck, J.E., Barber, J., & Lambert, W. (2009). The Children's Somatization Inventory: Psychometric properties of the revised form (CSI-24). *Journal of Pediatric Psychology*, 34, 430-440
- Walker, L.S., Beck, J.E., Garber, J., & Lambert, W. (2009). The Children's Somatization Inventory: Psychometric properties of the revised form (CSI-24). *Journal of Pediatric Psychology*, 34(4), 430-440. Spanish translation of Children's Somatization Inventory, 2015, Retrieved from <http://pediatrics.mc.vanderbilt.edu/interior.php?mid=5679>
- Walker, LS., Garber, J., Greene, J.W (2001). Somatization symptoms in pediatric abdominal pain patients: Relation to chronicity of abdominal pain and parent somatization: *Journal of Abdominal Child Psychology*, 19,379-392.

24.- CAPÍTULO 24: TRASTORNOS RELACIONADOS CON TRAUMAS Y FACTORES DE ESTRÉS: TRASTORNO DE APEGO REACTIVO

Patricia Blanco del Valle, Psiquiatra. Complejo Asistencial Soria. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.

Ana Isabel Ledo Rubio, Psiquiatra. Complejo Asistencial Palencia. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.

24.1.- Introducción: historia y epidemiología

Para abordar la complejidad del capítulo que nos ocupa, tendríamos que empezar hablando del apego. Podríamos decir que el apego es una necesidad vital. Es un mecanismo que opera a nivel de la conducta que garantiza la supervivencia del bebé. Como cualquier función fisiológica destinada a garantizar la supervivencia, esta capacidad innata del bebé para apegarse viene condicionada genéticamente (*Bowlby, 1993; De Lannoy y Feyreisen, 1987*).

El apego es la capacidad que tiene el recién nacido de vincularse con sus progenitores a través de un proceso relacional que empieza a concretarse ya durante la vida intrauterina. Durante el embarazo, el contenido de la relación para el bebé en gestación es exclusivamente sensorial y este lo va almacenando en su memoria implícita (*Siegel, 1999, 2007*). La memoria implícita es aquella en la que no existe recuerdo en el sentido de una representación (como sí sucede con la memoria explícita /semántica/narrativa), pero sí una memoria de las percepciones, sensaciones, emociones y vivencias internas. Esta es la memoria más importante en la infancia temprana (sobre todo anterior a la aparición del lenguaje), ya que el cerebro no está listo aún para operar con una memoria explícita.

El sistema de apego es, por tanto, básico para la supervivencia. Ocurre que cada vez que se activa este sistema el niño busca proximidad, protección, comida, abrigo, etc...

Las experiencias internas que activan el sistema de apego son la ansiedad o el miedo. Sobre todo, en relación con la separación de la figura de apego (padres o cuidadores principales). Por ello es normal que un niño reaccione con angustia ante la separación de sus progenitores (sin profundizar ahora en ello, diremos que lo disfuncional en relación con el apego es no mostrar ninguna reacción ante esta separación o bien que, por el contrario, se muestre una angustia desproporcionada). Este mismo niño, si tiene un apego sano, se calmará y alegrará cuando vuelva a reunirse con su progenitor.

Por tanto, el establecimiento del apego le permite al niño no sólo discriminar, a partir de un momento de su desarrollo, a sus padres y familiares de extraños, sino que también disponga de una representación interna de sus figuras de apego y que pueda evocarlas en cualquier circunstancia. La internalización de una figura estable y disponible, pero separada de sí mismo, se convertirá en la base de seguridad para el niño. Desde esa base segura, el niño explorará el mundo exterior. Esta seguridad será también la que facilitará la diferenciación necesaria para llegar a ser un adulto capaz de establecer una pareja sana y establecer, llegado el momento, una vinculación de apego sano con sus propios hijos.

Del mismo modo, un apego sano y seguro está relacionado con capacidades como una parentalidad competente, una consciencia ética, así como un manejo adecuado de situaciones emocionalmente difíciles.

Es a principios del pasado siglo cuando empiezan a aparecer trabajos de investigación relativos a la relación temprana entre madre (o principal cuidador)-hijo.

René Spitz (1935), psicoanalista, comenzó sus trabajos observando el desarrollo de niños abandonados por sus madres que llegaban a centros de huérfanos. Estas observaciones le permitieron concluir que la madre sería la representante del medio externo y a través de ella el niño podía comenzar a constituir la objetividad de éste.

Pero fue el médico británico *John Bowlby (1951)* quien se convirtió en el pionero del estudio y fundador de la teoría del apego. Psiquiatra y psicoanalista, trabajó durante años en la clínica infantil y planteó este constructo teórico, que concibió como una tendencia de los seres humanos a establecer vínculos afectivos sólidos con sus progenitores o cuidadores primarios.

En la misma línea, *Fonagy (1952)*, estudioso de la regulación afectiva, la *mentalización* y el desarrollo del *self*, señala que, a partir de experiencias repetidas con sus figuras de apego, los niños desarrollan expectativas en cuanto a la naturaleza de las interacciones. Así, las relaciones tempranas de apego poseen amplia influencia en la capacidad para regular el estrés, en la regulación de la atención y en la función mentalizadora de los sujetos.

Patricia Crittenden (1945), creadora del *Modelo Dinámico–Maduracional (DMM) de Apego y Adaptación* para evaluación del apego, también habla de modelos internos, que implican cierta forma de procesar la información acerca de la conducta de las figuras de apego y, asimismo, mayor o menor tendencia a ciertos tipos de psicopatología.

Mary Ainsworth (1913), psicóloga y estrecha colaboradora de *Bowlby*, fue la primera en proponer la hipótesis de que las díadas madre-hijo difieren en la calidad de sus relaciones de apego y que es posible medir y clasificar estas diferencias. En 1969 postuló que la conducta de la madre, en los primeros meses de vida del bebé, resulta ser un buen predictor del tipo de relación futura de ambos. Para estudiar esta relación madre-hijo, en el primer año de vida, diseñó junto a sus colaboradores la llamada "*prueba de la Situación Extraña*". Esta prueba es un examen que consiste en observar las reacciones que muestran los bebés ya capaces de andar, en tres situaciones: mientras están en presencia de sus padres o cuidadores de referencia, cuando éstos se ausentan por un breve lapso de tiempo y por último cuando regresan de nuevo a la sala de observación. A partir de sus observaciones, *Ainsworth* y sus colaboradores (*Blehar, Waters y Wall; 1978*), describieron tres patrones generales de apego:

- 1.- Seguro
- 2.- Evitativo
- 3.- Ambivalente

24.2.- Definición y diagnóstico

El trastorno del apego reactivo se describe en la literatura científica como un trastorno severo, aunque poco común, en los niños. La importancia clínica radica en la incapacidad o seria dificultad para establecer unas relaciones sociales saludables. O dicho de otra forma, se caracteriza por formas inapropiadas y patológicas de relacionarse socialmente. Como veremos a continuación existen dos formas de manifestarse. Bien como una persistente incapacidad para iniciar o responder a la mayoría de interacciones sociales, que es la que se conoce como forma inhibida o bien como una sociabilidad indiscriminada, excesiva, sin filtro, con desmedida confianza en extraños y que se conoce como forma desinhibida.

El término se utiliza tanto en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud, como en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. En la CIE-10, la forma inhibida recibe el nombre de «Trastorno de vinculación de la infancia reactivo», mientras que la forma desinhibida es denominada como el «Trastorno de vinculación de la infancia desinhibido». Por su parte, en el DSM-5 reciben el nombre de «Trastorno de apego reactivo» y «Trastorno de relación social desinhibida», respectivamente, que a continuación se explica.

Tal como define el DSM 5 el Trastorno de apego reactivo, se caracteriza por un patrón de conductas de apego notablemente alterado e inadecuado para el desarrollo, en el que el niño raramente recurre a la figura de apego para su comodidad, apoyo, protección y crianza. La característica esencial es la ausencia de apego o un apego muy poco desarrollado entre el niño y sus presuntos cuidadores adultos. Se considera que los niños con este trastorno sí tienen la capacidad de crear apegos selectivos. Sin embargo, dadas las oportunidades limitadas durante el desarrollo temprano, los niños no muestran manifestaciones de apego selectivo. Es decir, cuando tienen problemas, no muestran intentos coherentes de obtener consuelo, apoyo, cuidado o protección de sus cuidadores. Además, cuando se encuentran con dificultades, los niños con este trastorno sólo responden mínimamente a los intentos de sus cuidadores de consolarles. Los infantes con esta afección muestran una expresión ausente o disminuida de las emociones positivas durante las interacciones rutinarias con sus cuidadores. Además de estar comprometida su capacidad de regulación emocional, muestran episodios de emociones negativas de miedo, tristeza o irritabilidad que no se explican fácilmente. Así, cuando se intenta reconfortarlos pueden aparecer rabietas o llanto repentino, irritabilidad persistente, rabia, ira o ausencia de los afectos positivos que serían esperados. Este tipo de trastorno se ha identificado en niños con historias personales de maltrato y en niños institucionalizados desde pequeños (AACAP, 2005). No se debería realizar un diagnóstico de trastorno de apego reactivo en los niños que son incapaces de crear vínculos selectivos en determinadas etapas del desarrollo. Por esta razón, el niño debe tener una edad de desarrollo de por lo menos 9 meses.

En el caso del Trastorno de relación social desinhibida, según la descripción del mismo manual, DSM 5, la característica esencial es un patrón de comportamiento que implica un comportamiento culturalmente inapropiado, demasiado familiar con personas relativamente extrañas. Dicho comportamiento traspasa los límites sociales de la cultura. No se debería establecer el diagnóstico antes de tener la capacidad de crear vínculos selectivos según su desarrollo, por lo menos una edad de 9 meses. Los signos de este trastorno a menudo persisten incluso después de que ya no existan otros signos de abandono. Por lo tanto, no es raro que los niños con este trastorno no muestren signos de abandono recientes. Por otra parte, la afección se puede ver en niños que no muestran signos de alteraciones del apego. Por lo tanto, el trastorno de relación social desinhibida se puede ver en los niños con antecedentes de abandono que carecen del apego normal o que mantienen un apego con sus cuidadores que puede oscilar entre seguro y alterado.

Autores como Zeanah, Boris et. al. (citado en Fernández A. y col.) propusieron unos criterios diagnósticos alternativos al denominado anteriormente, según DSM IV, Trastorno reactivo del vínculo, que englobaba los subtipos *inhibido* (equivalente al Trastorno apego reactivo) y

desinhibido contemplando la posibilidad de poder diagnosticar dicho trastorno cuando el uso del niño de su cuidador como una base de seguridad emocional está alterado o distorsionado. Estas distorsiones pueden ser de cuatro tipos:

- Comportamientos de inversión de roles: el niño toma una posición directiva y asume un rol parental en su relación con el cuidador primordial.
- Comportamientos provocativos autodestructivos: dirigidos a inducir una respuesta de los padres.
- “Pegajosidad” excesiva y restricción en la exploración: “pegajosidad” hacia los padres, que se incrementa exponencialmente ante la presencia de extraños, como si el niño no se sintiera seguro de que su padre-madre le pudiera proteger.
- Vigilancia excesiva e hipersumisión: en el contexto de un estilo parental impredecible duro.

Estos subtipos no se han incorporado en clasificaciones nosológicas, pero pueden servir de guía para la detección de menores en situación de alto riesgo (Gleason y Zeanah, 2007).

24.3.- Etiopatogenia y bases neurobiológicas

El trastorno de apego reactivo surge como consecuencia del fracaso para formar un apego seguro con los cuidadores primarios en la infancia temprana.

Todo niño tendría que tener el derecho a recibir los cuidados y buenos tratos necesarios para desarrollarse. Las capacidades parentales fundamentales, apego y empatía, suponen las habilidades básicas para atender adecuadamente y de forma global las necesidades de los hijos. Cuando esto no sucede hablamos de incapacidad parental.

En relación con lo anteriormente expuesto podemos decir que los malos tratos en la infancia, especialmente la negligencia y el abandono afectivo, privan a los niños de aquellos estímulos que necesitan para su desarrollo cerebral. El estrés resultante de estas carencias y si además van asociadas con maltrato físico, psicológico o abusos sexuales, supone un agravante para el daño y deterioro cerebral.

Hay que tener en cuenta que la mente infantil emerge del interfaz entre las experiencias relacionales de un niño con sus progenitores y la estructura y funcionamiento de su cerebro.

Gracias al desarrollo de las nuevas técnicas de imagen que se emplean en el campo de la neurociencia, se ha podido investigar el impacto que los malos tratos en la infancia tienen en las áreas cerebrales fundamentales para el desarrollo de la mente infantil. Pasamos a describir lo que algunas investigaciones han aportado al respecto.

A.- Desorganización y fallas del funcionamiento del sistema límbico

a) *Trastornos de las capacidades sensoriales*: esto explica las dificultades que pueden presentar estos niños para percibir y reconocer sus vivencias internas, así como las amenazas y peligros del entorno o distinguir entre imaginación y realidad.

b) *Deficiencias en el reconocimiento y manejo de las emociones*: debido a que sus experiencias relacionales tempranas les provocan diferentes grados de sufrimiento y dolor por lo que sus vivencias predominantes son el miedo y la ansiedad. Es por ello que diferentes investigaciones han mostrado que existe en estos casos una mayor excitabilidad de la amígdala.

c) *Trastornos de la empatía*: los hijos afectados por los diferentes tipos de malos tratos presentan un sistema límbico desorganizado y disfuncional. El sistema límbico puede considerarse el asiento estructural de la empatía. La empatía es hija del apego seguro y se registra en la memoria implícita (aquella no accesible al lenguaje). La empatía parental es lo que permite a los bebés sentirse comprendidos y atendidos en sus necesidades. Es lo que

favorecerá la maduración del sistema límbico y lo que a su vez se convertirá en la base de las capacidades parentales cuando estos hijos se conviertan en padres. Por tanto las manifestaciones de una empatía disfuncional se traducirán en actitudes egoístas, dificultades para conectar con las personas que intentan cuidarles y ayudarles, así como dificultades para obedecer y manejar frustraciones.

d) La existencia de memorias emocionales traumáticas: podemos distinguir dos tipos de memoria:

- Memoria implícita en la que no existe recuerdo, en el sentido de la representación, pero sí en el sentido de las percepciones, sensaciones, emociones y vivencias internas. Como decíamos anteriormente es la memoria más importante en la infancia temprana.
- Memoria explícita que es la que corresponde a las representaciones de lo que se vive internamente o de la realidad exterior. Es la memoria de los recuerdos, también llamada memoria narrativa (hay acceso al lenguaje y por tanto a la representación y a lo simbólico).

e) Trastornos en la regulación del apetito, agresividad, frustración y excitación sexual: dado que en el sistema límbico o cerebro emocional se regulan las pulsiones que tienen que ver con el mantenimiento, preservación y la protección de la vida, una disfunción a este nivel tendrá como consecuencia una incapacidad en la regulación o modulación de estas pulsiones.

B.- Alteraciones de la organización y del desarrollo de la corteza prefrontal.

La corteza prefrontal es la encargada de conectar las respuestas emocionales del sistema límbico con los centros cerebrales superiores. Del mismo modo, los lóbulos prefrontales, junto con el cerebelo, cumplen un papel fundamental en el desarrollo de la función ejecutiva permitiendo regular la atención y la memoria para planificar acciones y desarrollar proyectos.

a) Dificultades para calmarse y detener su conducta obedeciendo a lo que el adulto le pide: esto se explica porque la desorganización en lóbulos prefrontales dificulta la modulación a través de la reflexión y el pensamiento. Son niños que no pueden pensar antes de actuar. Son niños impulsivos.

b) Dificultades para representarse y asumir la responsabilidad de sus actos: estos niños a menudo presentan una importante confusión de los límites que les impide distinguir entre sí mismo y los otros, ya que la representación de sí mismo está fragilizada. También les cuesta asociar causa y efecto, de ahí que cuando sus acciones tienen repercusiones negativas en otros, el niño tenga dificultades para representarse como agente causal.

c) Alteración de las capacidades de pensar: y por tanto de reflexionar, hacer proyectos así como modular las emociones a través de la palabra.

d) Dificultades para participar en las relaciones interpersonales recíprocas: a causa del sufrimiento que envuelve su mundo más cercano, estos niños adoptan una actitud defensiva que les hace centrarse en sí mismos y operar de forma egocéntrica y autorreferencial, lo que obstaculiza la apertura hacia los otros y por tanto el desarrollo de unas relaciones prosociales empáticas y saludables.

e) Tendencia a pasar al acto con la menor frustración: como ya se ha dicho anteriormente, estos niños reaccionan más que reflexionan. Esto se manifiesta en forma de hostilidad permanente, auto y heteroagresividad y por tanto trastornos de conducta disruptivos

f) Miedos, ansiedad y crisis de pánico "irracionales", difíciles de manejar: esto tiene relación con la memoria implícita, que es la que registra las vivencias, experiencias, percepciones y

estados emocionales que no tienen representación y que por tanto, no pueden traducirse en recuerdos. En el contexto de los malos tratos, todo ese registro de información (relacionada con el terror crónico intenso) no representable, dejará una huella mnésica que se manifestará tarde o temprano, ya sea de forma abrupta o a la mínima y más sutil señal de amenaza de vida.

C.- Estrés y daño cerebral

Es importante tomar conciencia de que los malos tratos acontecen durante un período altamente sensible en la vida de una persona. El cerebro infantil se moldea y organiza en el contexto de las relaciones interpersonales, principalmente con los progenitores y cuidadores primarios. De ahí que el impacto del estrés grave del maltrato puede dejar una marca indeleble en su estructura y funciones que alteran de forma irreversible el desarrollo neuronal.

El exceso de cortisol, por poner un ejemplo, tiene una acción tóxica sobre el cerebro, principalmente en la región del hipocampo, estructura microscópica del sistema límbico, que sirve para memorizar las experiencias afectivas recientes (Evrard, 2008).

La atrofia de las células neuronales de esta región del cerebro del bebé, tendrá como consecuencia un déficit de la memoria de experiencias relacionales afectivas ya que tampoco se han provisto afectos de ternura y cuidados, que son los fundamentos de la seguridad de base que caracteriza la formación del vínculo y por tanto esto justifica el futuro desarrollo de trastornos afectivos y trastornos del apego reactivo.

En suma, podríamos decir, que las consecuencias neurológicas en los casos de trastornos de apego suficientemente graves, pueden implicar una detención del crecimiento de los sistemas cerebrales funcionales y provocar ritmos corporales de base inestable, una disminución de la función inmunitaria y enfermedades infantiles frecuentes (Barudy y Dantagnan, 2010).

Afortunadamente, no siempre la impronta dejada por los malos tratos es indeleble ni la gravedad del trastorno del apego reactivo es totalmente irreversible. Dos conceptos nos dan la clave en esta cuestión: la extraordinaria *plasticidad* del cerebro infantil y la *resiliencia*, que será propiciada por una *parentalidad social competente* ejercida por los sustitutos parentales en los niños maltratados, como los educadores sociales o los padres de acogida o adopción.

24.3.1.- Evaluación y pruebas complementarias

El diagnóstico del trastorno de apego reactivo de la lactancia o primera infancia se basa fundamentalmente en la presentación clínica, concretamente en observaciones directas de la interacción del menor con su cuidador principal y con adultos no conocidos para establecer el patrón de vinculación y la clínica acompañante. (Fernández A. y col.). Si bien algunas situaciones (p.ej. pobreza o abandono extremo, y especialmente un cuidado institucional con oportunidades limitadas para establecer vínculos selectivos) predisponen a la práctica de una crianza patológica, esta crianza, no siempre determina el desarrollo de un trastorno reactivo de la vinculación. Conviene, ante la sospecha de factores de riesgo, contrastar la información de diferentes fuentes.

La exploración del niño se fundamenta en la técnica de la situación extraña diseñada por Mary Ainsworth para investigar el apego en los primeros años de vida. Consiste en observar la relación del niño con el cuidador principal, su reacción en el momento de la separación, cuando se halla ante un extraño y cuando se reúne de nuevo con el cuidador. (Gleason y Zeanah, 2007). Esta técnica ha sido muy útil en la investigación del desarrollo del apego; sin embargo, su uso clínico rutinario está limitado por el hecho de que no fue diseñada como un procedimiento de diagnóstico, sino como una observación de laboratorio para evaluar el equilibrio entre las conductas de apego y las conductas exploratorias en condiciones de

ansiedad creciente, en niños de 12 meses. Las conductas evaluadas son indicativas del estado subjetivo de confianza y seguridad del vínculo que se ha creado entre la figura de apego y el niño. Así, la situación extraña permite clasificar la relación de apego en tres grandes categorías, denominadas apego *seguro* y apego *inseguro* subdividido en *evitativo* y *resistente*. Estas denominaciones describen las características de las conductas que presenta el niño en el momento de reunirse con la madre después del periodo de separación. Se evalúa en función de cuatro parámetros: búsqueda de proximidad; evitación de proximidad, mantenimiento del contacto y resistencia al contacto. Posteriormente, Main y Salomon (1986,1990) describieron los criterios de la categoría *desorientado/desorganizados* que englobaba los tipos de conducta que presentaban los niños inclasificables bajo las anteriores categorías. (Bleichmar E., 2005).

- **Apego seguro:** Esta respuesta es la que presentan la mayoría de los niños de un año criados en el hogar en muestras de bajo riesgo en todo el mundo (65%). El niño mostraba ansiedad ante la separación y reaseguramiento al volver a reunirse con el cuidador principal. Se interpreta como un Modelo de Funcionamiento Interno caracterizado por la confianza en el cuidador, cuya presencia le conforta (Fonagy, 2004). Las personas con estilo de apego seguro son capaces de usar a sus cuidadores como una base segura cuando están angustiados. Las características del cuidado materno en este caso son de disponibilidad, receptividad, calidez y conexión (Botella, 2005).
- **Apego inseguro-evitativo (20%):** En la situación extraña los niños con estilo de apego no lloraban al separarse de la madre, sin embargo, hay evidencia de que se dan cambios en su sistema nervioso notables en la aceleración del ritmo cardíaco y otras alteraciones (Botella, 2005). La conducta evitativa al reencuentro, parece ser una estrategia de adaptación a la angustia de separación para evitar el sufrimiento. Las características del cuidado materno en este caso son de rechazo, rigidez, hostilidad y aversión del contacto (Botella, 2005).
- **Apego inseguro ambivalente-resistente (10-15%):** En la situación extraña los niños con este estilo de apego mostraban ansiedad ante la separación pero no se tranquilizaban al reunirse con el cuidador. Según los observadores parece que el niño hace un intento de exagerar el afecto para asegurarse la atención (Fonagy, 2004). Estos niños ante la ausencia de la madre se mostraban tan preocupados que apenas exploraban en la prueba. Sus respuestas emocionales iban desde la irritación, la resistencia al contacto, el acercamiento y las conductas de mantenimiento de contacto (Oliva, 2004). En este tipo de apego parece que la madre o cuidador, está física y emocionalmente disponible sólo en ciertas ocasiones, lo que hace al individuo más propenso a la ansiedad de separación, temor de explorar el mundo siendo más dependientes y con menos autonomía. Las características del cuidado materno en este caso son de insensibilidad, intrusividad e inconsistencia (Botella, 2005).
- **Apego desorientado/desorganizado:** Este tipo de apego aparentemente mixto, se ha observado en un 80% de niños en situaciones de maltrato o abuso (Botella, 2005). Se trata de niños que muestran la mayor inseguridad y cuando se reúnen con la madre o el cuidador principal tras la separación, muestran una variedad de conductas confusas y contradictorias (Oliva, 2004).

El estilo de apego inseguro comporta un factor de riesgo en cuanto a la manifestación de problemas psicológicos, mientras que el apego seguro constituye un factor de resiliencia psicológica que fomenta el bienestar emocional, la competencia social, el funcionamiento cognitivo y la capacidad de superación frente a la adversidad (Siegel, 1999).

La familia es el primer referente social, por lo que su papel es esencial a la hora de configurar los esquemas que regularán la interacción futura del niño con el entorno (Musitu y Cava, 2001; Trianes, 2002). Otros autores como Winnicott (1995), enfatizan la importancia del desarrollo emocional durante el primer año de vida como base de la salud mental del individuo.

Ante la ausencia de un sistema diagnóstico estandarizado, (las clasificaciones de apego no son diagnósticos establecidos) se han creado diversos sistemas de clasificación o listas de verificación, fuera de los criterios del DSM o de la CIE. Algunos ejemplos son los siguientes:

24.3.2.- Evaluación del apego en niños:

- ATTACHMENT BEHAVIOR Q-SET (Waters y Deane, 1985) y la versión más reciente: ATTACHMENT Q-SORT (AQS Waters, 1995).
- THE STRANGE SITUATION (12 a 24 meses)
- PREESCHOOL STRANGE SITUATION (Adaptación de Cassidy y Marvin, 1992 de la Situación Extraña; 2'5-4'5 años).
- PRESCHOOL ASSESSMENT OF ATTACHMENT (Crittenden, 1992), basado en la clasificación de Aisnworth.
- Procedimientos basados en el completamiento de historias. ATTACHMENT STORY COMPLETION TASK, diseñada por Main, Kaplan y Cassidy (1985).

24.4.- Comorbilidad y diagnóstico diferencial

Los datos disponibles acerca de los trastornos que pueden ser comórbidos con los trastornos de apego son limitados. Sin embargo, dado que la adversidad severa en la infancia parece aumentar el riesgo para muchas psicopatologías, es probable que la comorbilidad sea la regla, más que la excepción. Son frecuentes en estos trastornos los retrasos cognitivos, del lenguaje y del desarrollo, discapacidad intelectual y estereotipias sobre todo en entornos de carencia de cuidados. También, síntomas depresivos y de ansiedad, alteraciones de la conducta alimentaria, agresividad y en algunos niños maltratados signos de Trastorno por estrés postraumático.

Muchos de estos síntomas comórbidos pueden conllevar a un sobrediagnóstico o bien, enmascarar el trastorno de base ante la premura del diagnóstico.

El Trastorno del apego reactivo puede cursar también con rasgos autísticos que planteará el diagnóstico diferencial con Trastornos del espectro del autismo. Sin embargo, en el contexto de dicho trastorno de apego, puede haber recuperación de habilidades relacionales y comunicativas con las figuras vinculares adecuadas.

Otros trastornos comórbidos pueden ser Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, Trastorno límite de personalidad y Trastorno de conducta. Descritos a continuación:

▪ **Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH):**

En este trastorno la relación entre el niño y sus padres se encuentra a menudo fuertemente afectada, existiendo aspectos relacionados con los estilos parentales y con las características del niño que dificultan el logro de un vínculo seguro.

En dicho trastorno se observa un importante déficit en las habilidades de auto-regulación (control de impulsos, capacidad de autocalmarse, perseverancia, inhibición, etc.), en cuyo desarrollo juega un rol fundamental la interacción temprana entre el niño y sus padres (citado en García M. e, Ibáñez M, 2007). Los bebés dependen inicialmente de la habilidad que tengan sus padres o cuidadores principales para contener y regular sus estados psicofisiológicos (Cassidy, 1994; Field en Fox, 1994). Esta relación temprana establece la base sobre la cual el niño adquiere gradualmente las habilidades de autorregulación. En una relación conflictiva entre el niño y sus padres la adquisición de estas capacidades se ve afectada. De hecho, se ha observado que los niños que presentan un vínculo inseguro son más vulnerables a presentar problemas de regulación de los afectos y la conducta, tal como ocurre en los niños con TDAH (Cassidy, 1994). A su vez, las investigaciones señalan que la seguridad en el vínculo tiene efectos positivos en el desarrollo de competencias en las que los niños con TDAH presentan dificultades, tales como la atención sostenida (Maslin-Cole & Spieker en Greenberg, Cicchetti & Cumminngs, 1990)

persistencia en la resolución de tareas y afecto positivo (Matas, Arend & Sroufe, 1979), control cognitivo sobre los impulsos y postergación de la gratificación (Jacobsen, Huss, Fendrich, Kruesi & Ziegenhain, 1997; Olson, Bates & Bayles, 1990).

La investigación de las interacciones actuales entre padres e hijos con TDAH revelan patrones similares a los observados en el contexto de relaciones de apego inseguro (parentalidad caracterizada por bajo involucramiento, negatividad y falta de respuesta a las señales del niño o intrusividad). A su vez, desde una perspectiva complementaria, es interesante también observar que muchas madres de niños con TDAH refieren que sus hijos desde muy pequeños fueron irritables, difíciles de calmar, muy activos y resistentes a los cambios en los patrones de alimentación. Esto hace que sean niños difíciles de cuidar, lo que influye negativamente en el establecimiento de un vínculo seguro entre el niño y sus padres (Clarke et al., 2002).

Otro estudio realizado por García M. e, Ibáñez M, 2007, concluyó que el logro de un vínculo seguro puede convertirse en un factor protector en relación a la agudización de la sintomatología del TDAH y sus posibles complicaciones. Por otro lado, la existencia de un vínculo inseguro se puede considerar un factor de riesgo en relación al curso del TDAH y a las aplicaciones de las medidas terapéuticas.

- **Trastorno límite de personalidad (TLP):**

El TLP es un trastorno en el que predomina la inestabilidad emocional, alta reactividad a factores externos, sensación de vulnerabilidad casi permanente y gran dificultad para funcionar de manera adaptada y/o efectiva durante largos periodos de tiempo. Diversos autores entienden los problemas de apego temprano como un factor causal de primer orden para el desarrollo de este trastorno. (Kernberg, Weiner & Bardenstein 2000; Bateman & Fonagy 2004; Rubio Larrosa 2008, Mosquera 2009).

En el apego desorganizado las necesidades del niño no son satisfechas y la conducta de sus padres es fuente de desorientación y/o miedo. Este tipo de apego se caracteriza por temor hacia el progenitor y carencia de una estrategia de apego coherente (Main & Solomon 1986). La conducta ambivalente o caótica del cuidador podría suponer un refuerzo intermitente de la conducta de búsqueda del apego. Dado que, este refuerzo intermitente potencia más la conducta que el refuerzo continuo, cuando la proximidad y el afecto le son negados al niño, le desencadena mayor búsqueda del cuidador. La desesperada necesidad de apego y los esfuerzos por evitar el abandono, contribuyen notablemente a la intensidad e inestabilidad de las relaciones.

El patrón de autorregulación que hubiera derivado de un apego seguro, no ha podido establecerse. Por tanto, la regulación se busca en el exterior (demandas extremas de ayuda, dependencia, consumos de tóxicos).

En un apego inseguro ambivalente o desorganizado las necesidades del niño no son fácilmente percibidas por lo que el niño aprende a que sus demandas sean llamativas e insistentes para ser tenido en cuenta. Esta situación puede abocar en un apego disfuncional y en la etapa adulta, ser la autolesión la única forma de comunicación percibida como efectiva.

Las autolesiones también pueden responder a una dificultad de autorregulación y de tolerar las emociones negativas. La regulación emocional no es un proceso automático, sino que es adquirido desde las primeras etapas de la infancia a través de la reacción diádica cuidador-niño (Schore, 2003a, 2003b). En la relación de apego sana, el adulto sintoniza con el niño y le ayuda a modular sus reacciones emocionales. Un cierto grado de malestar es adaptativo, para aprender a tolerar la frustración en la infancia, pero el cuidador ha de ayudar posteriormente al niño a recuperar el equilibrio. (Citado en Mosquera D, GonzálezA, 2013)

- **Trastorno del comportamiento**

La teoría del apego trata de explicar a través del “Modelo Interno Operante (MIO)” como las interacciones precoces con las figuras de apego, influirían en las expectativas que el adolescente puede tener del otro y en sus estrategias adaptativas en las interacciones.

Fonagy y cols (1997) propusieron que la seguridad en el apego permite y facilita la capacidad auto-reflexiva y la mentalización que asegura la comprensión intuitiva de las motivaciones del otro y su predicción. Esto protegería contra los trastornos de conducta en la medida que el adolescente es capaz de intuir los sentimientos del otro, generando relaciones empáticas.

Muchos niños que manifiestan problemas de conducta muestran apego desorganizado en la infancia (Lyons-Ruth 1996; Lyons-Ruth & Jacobovitz 1999).

Se ha demostrado que los niños con un trastorno negativista desafiante presentan de forma significativa un apego inseguro tanto a la figura paterna como materna. Sin embargo, el hecho de que un porcentaje importante de niños con trastornos de conducta presenten un apego seguro, indica que el apego inseguro es un factor más de los implicados en la génesis de los trastornos de conducta. Los niños con apego desorganizado en relación a los demás tipos de apego presentarán un repertorio mayor de conductas agresivas, violentas, abusos sexuales. En estos casos se ha dicho que el trastorno de conducta no sería más que una forma de expresar la necesidad controlar la situación mediante agresividad tal como se manifiesta en la edad escolar (Díaz Atienza).

Greenberg y cols (1991) estudiaron algunos factores asociados al trastorno negativista desafiante en niños en edad escolar encontrando cuatro dimensiones que predicen, según su investigación, este trastorno: el temperamento difícil, estrategias educativas parentales, la adversidad familiar y el apego inseguro. Ninguna de ellas aisladamente sirve como predictores de riesgo. Cuando un niño presenta al menos dos o más de estos factores de riesgo se incrementaría en 34 veces más la probabilidad de presentar un TND.

En definitiva, lo que hoy se mantiene es que el tipo de apego inseguro incrementaría el riesgo, aunque ni es necesario ni suficiente.

24.5.- Tratamiento psicofarmacológico, rehabilitador y psicopedagógico

24.5.1.- Tratamiento psicofarmacológico

Las intervenciones psicofarmacológicas no están indicadas para las características esenciales del Trastorno de apego reactivo. Sin embargo, la intervención farmacológica para los trastornos comórbidos, como los trastornos de ansiedad, el TDAH, trastorno del comportamiento o los trastornos del estado de ánimo, puede estar indicada cuando una evaluación exhaustiva demuestre deterioro importante. Por otra parte, la falta de datos disponibles sobre los efectos a corto y largo plazo de los psicofármacos en los cerebros en desarrollo de niños en la primera infancia, refuerza la necesidad de un enfoque cauteloso de la intervención farmacológica, particularmente en niños en edad preescolar. (Zeanah, Chesher, 2016).

En Trastorno depresivo mayor, el único fármaco aprobado por la FDA para niños mayores de 7 años y adolescentes es Fluoxetina.

En Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se emplean Psicoestimulantes; Metilfenidato y Atomoxetina.

En conductas agresivas se han obtenido buenos resultados según metanálisis con Psicoestimulantes, Antipsicóticos y Estabilizadores del ánimo (Valproato).

24.5.2.- Abordaje psicopedagógico

La intervención educativa con estos niños requiere mucha empatía e implicación por parte del profesorado. Es necesario conocer cada caso en particular, que el profesor conozca la problemática concreta y las circunstancias sociales del menor para que llegue a ser capaz de acercarse a comprender sus emociones y por qué actúa de manera desajustada en determinadas ocasiones. Nunca tomarlo como un ataque personal del niño contra el profesor. Éste va a ser en estos casos más que en ningún otro un mediador entre el alumno y el ambiente. Debe establecer límites de forma anticipada y recordarlos con frecuencia.

En los casos de niños con dificultades similares al TDAH, muchas de las pautas educativas correspondientes a este trastorno se pueden aplicar en ellos.

24.5.3.- Tratamiento y Abordaje Psicoterapéutico

La resiliencia es la capacidad de una persona o grupo para desarrollarse bien, para seguir proyectándose en el futuro a pesar de los acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves (*Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Cyrulnik ;2003*)

Jorge Barudy y Marjorie Dantagnan, neuropsiquiatra y psicóloga especializados ambos en los trastornos del apego, proponen un modelo terapéutico basado en el buen trato y el apoyo a la resiliencia.

Los malos tratos infantiles son una producción social producto de comportamientos de adultos basados en ideologías que promueven la violencia favorecidos por contextos de estrés ambiental. Es por ello que tanto los padres, como los profesionales que trabajan en ámbitos que se ocupan de la infancia, nunca deben olvidar que el sufrimiento infantil es, en buena medida, consecuencia de las incompetencias de los adultos para proveer cuidados, satisfacer las necesidades y garantizar los derechos de los niños.

Como se apuntaba anteriormente, el concepto de *resiliencia* constituye el soporte teórico para comprender el modelo terapéutico –educativo propuesto por *Barudy y Dantagnan* , al que denominan “ *Terapia individual sistémica de los daños traumáticos basada en los recursos resilientes de niños víctimas de malos tratos* “ .

Dicho tratamiento posee tres niveles:

- Un *tratamiento psicoterapéutico* destinado a la reparación de los trastornos del apego, a la elaboración de los traumas infantiles múltiples y a la intervención en déficits y retrasos del desarrollo.
- Un *tratamiento psicofarmacológico* para aliviar o minimizar los síntomas de ansiedad, afectivos, control de la impulsividad, irritabilidad, síntomas psicóticos, etc.
- Un *acompañamiento “psico-socio-educativo”*, destinado al aprendizaje de nuevas formas de comportamiento adquiridas a través de un mejor manejo del control emocional, mayor confianza y seguridad en uno mismo y más eficaz control de la agresividad y las conductas impulsivas en general.

Es especialmente importante la coordinación con todas aquellas instancias profesionales implicadas en el trato con niños. Se necesita un sólido trabajo en equipo por parte de: servicios de salud mental, servicios de protección a la infancia, colegios, centros de atención primaria...

Descripción del modelo:

A. Estructura del tratamiento:

Lo primero a considerar será la cantidad óptima de niños que participarán en cada programa. El número lo determinará la disponibilidad de los recursos profesionales.

El espacio terapéutico: una sala de terapia que contará con tres áreas básicas organizadas: área de juego, área de expresión artística y el espacio para la caja de arena o *sandplay* (técnica muy utilizada en la terapia de trastornos del apego).

Con respecto a la duración del tratamiento se puede decir que aproximadamente dura cerca de año y medio, con una frecuencia de sesiones que dependerá básicamente de las características de cada niño pero que en su mayoría consiste en un máximo de dos veces a la semana y un mínimo de dos mensuales. El seguimiento es mensual o bimensual al comienzo y luego bianual. Paralelamente, el tratamiento psicofarmacológico se revisará por el psiquiatra cuando se precise.

B.- Metodología y técnicas

La metodología utilizada tiene un enfoque técnico de carácter ecléctico. En este sentido, las técnicas más utilizadas son: *terapia de juego directiva y no directiva*, terapia con caja de arena (*sandplay therapy*), arteterapia, *terapia verbal* y *terapia narrativa*.

Otro aspecto relevante de la metodología utilizada es el *enfoque directivo* del terapeuta. Este tipo de enfoque es necesario en niños con trastornos del apego ya que tienden a malinterpretar o confundir la no directividad con la permisividad, y por tanto esto les lleva a intentar controlar la relación con el terapeuta y desplegar sus destrezas manipuladoras. En este sentido, son varios los autores que sugieren adoptar una posición directiva (*James, B., 1989,1994; Jenberg, A., 1979; Hughes, D.,1997*), o bien *semidirectiva* para promover una comunicación más auténtica y una experiencia afectiva mutuamente gratificante así como un mayor control frente a las conductas inapropiadas de estos pacientes.

C.- La relación terapéutica

Una de las consecuencias de los trastornos del apego producidas por los malos tratos o la negligencia es, precisamente, la incapacidad para apegarse a los adultos y relacionarse sanamente consigo mismo y con los demás. De ahí que uno de los objetivos principales de la terapia sea ofrecer a los niños experiencias relacionales alternativas basadas en la forja de un vínculo sólido, desde el respeto y la empatía, que permita la emergencia de experiencias de apego seguro en el niño o adolescente. Por ello, la relación terapéutica debería contar con los siguientes preceptos: amor, estructura, sensibilidad, empatía y apoyo.

D.- Proceso del trabajo terapéutico. Se lleva a cabo desarrollando los siguientes pasos:

- 1.- *Análisis del contenido y del contexto de la demanda.*
- 2.- *Fase de recopilación de la información:* Realizando una *evaluación comprensiva* de la historia del niño y de su situación actual.
- 3.- *La convocatoria de la red de profesionales:* La importancia de compartir los distintos puntos de vista y consolidar el trabajo en equipo entre los diferentes profesionales que trabajan en contacto con el niño.
- 4.- *El rito de la derivación:* El terapeuta debería dejar claros cuatro puntos: quién es, por qué y a qué se viene a terapia, y qué se hace en ella.
- 5.- *Fase de valoración:* Dura alrededor de cinco o seis sesiones. Se evalúan los recursos resilientes y las dificultades, el nivel de desarrollo evolutivo en las distintas áreas física, emocional, conductual y cognitiva, así como el estilo de comunicación y vinculación.
- 6.- *Fase de tratamiento:* En el modelo terapéutico que estamos describiendo de *Barudy y Dantagnan*, cobra gran importancia *la figura de referente*. Este es para un niño, el adulto (educador, padre o madre acogedores) que lo cuida, protege, educa y socializa en su vida cotidiana. Se espera de esta figura que acompañe al niño durante todo el proceso terapéutico.
- 7.- *Fase de finalización:* El cumplimiento de objetivos y consensuada por el equipo terapéutico

24.6.- Desarrollo, curso y pronóstico

En relación al desarrollo del Trastorno de apego reactivo, DSM 5 señala que la negligencia social grave es un requisito para el diagnóstico y también es el único factor de riesgo conocido. Sin embargo, la mayoría de los niños gravemente descuidados no desarrolla la enfermedad. El pronóstico parece depender de la calidad del ambiente de cuidado después de la negligencia grave.

La evolución del Trastorno de apego reactivo no está suficientemente estudiada, aunque ya se han publicado algunos estudios longitudinales, principalmente con niños de instituciones de Europa del Este (Boris, Zeanah, 2005). Los resultados indican que es rara la persistencia del Trastorno de apego reactivo en niños de instituciones adoptados, una vez integrados en entornos con sus necesidades afectivas cubiertas. Sin embargo, también se observa asociación entre la duración de la privación y la severidad de los síntomas. La calidad del apego que estos niños forman con los subsecuentes cuidadores puede verse comprometida, pero probablemente no llegará a conformar el Trastorno de apego reactivo (O'Connor, et al, 2003).

La forma inhibida del Trastorno reactivo del vínculo (DSM IV), tiene una mayor tendencia a mejorar con un cuidador apropiado, mientras que la forma desinhibida, es más perdurable (Prior y Glasser, 2007). En este sentido, la CIE-10 señala que esta última tiende a persistir pese a «cambios profundos en las circunstancias del entorno».

24.7.- Bibliografía

- American Psychiatric Association (2014): Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bowlby, John (1997 [1969]). Attachment and Loss: Attachment Vol 1 (Attachment and Loss). Londres: Pimlico. ISBN 0-7126-7471-3.
- Bowlby, John (1973). Attachment and Loss: Separation - Anxiety and Anger v. 2. Londres: Hogarth Press. ISBN 0-7012-0301-3.
- Bowlby, John (1980). Attachment and Loss: Loss — Sadness and Depression v. 3. Londres: Hogarth Press. ISBN 0-7012-0350-1.
- Jorge Barudy y Maryorie Dantagnan (2010). Los desafíos invisibles de ser madre o padre . Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental. Barcelona. Editorial Gedisa.
- Bleichmar Emilce Dio. (2005) (Manual de Psicoterapia de relación padres e hijos. Ed. Paidós.
- Cassidy, J. (1994). Emotional regulation: Influences of attachment relationships. En: Fox, N. (Ed.) The development of emotion regulation: biological and behavioral considerations. Monographs of the Society for Research in Child Development, 59, 240, 2-3, 228-249.
- Clarke, L., Ungerer, J., Chahoud, K., Jonson, S. & Stiefel, I. (2002). Attention Deficit Hyperactivity Disorder is associated with attachment insecurity. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7 (2), 179-198.
- Díaz, J. (2011). Teoría del apego y trastornos de conducta. Disponible en <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Teoria%20del%20apego%20y%20conducta%20antisocial.pdf>
- Fernández A., Ortiz A. y Rodríguez P. Trastorno reactivo del vínculo, TEPT y abuso crónico. En: Soutullo C, Mardomingo MJ (coord.) (2010). Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. AEPNYA Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente Edición. Madrid: Ed Panamericana
- García Quiroga M., Ibáñez Fanes M, (2007). Apego e Hiperactividad: Un Estudio Exploratorio del Vínculo Madre-Hijo, *Terapia psicológica*, Vol. 25, N° 2, 123-134.
- Gleason MM, Zeanah CH. Reactive Attachment Disorder. En- Martín A, Volkman FR (eds.). (2007) *Lewi's Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook*. 4ªed. Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott William & Wilkins, 711-718.
- Lyons-Ruth K; Alpern L; Repacholi B. (1993). Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behaviour in the pre-school classroom. *Child Dev*, 64: 572-585.
- Mercer, Jean (2006). *Understanding Attachment: Parenting, Child Care, and Emotional Development* (en inglés). Westport: Praeger Publishers.
- Mosquera D, González A, (2013) Del apego temprano a los síntomas del trastorno límite de personalidad. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 3: 3:1-34. Disponible en: http://psicociencias.org/pdf_noticias/Apego_y_TLP.pdf

- Mosquera, D. (2010). Trastorno Límite de la Personalidad. Una aproximación conceptual a los criterios del DSM-IV-TR. *Revista Persona*, 10(2), 7-22.
- O'Connor, Thomas G.; Rutter, Michael (2000). "Attachment Disorder Behavior Following Early Severe Deprivation: Extension and Longitudinal Follow-up". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39 (6): 703-712.
- Prior, Vivien; Glaser, Danya (2006). *Understanding Attachment and Attachment Disorders Theory, Evidence and Practice* (en inglés). Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Sadock, Benjamin James; Sadock, Virginia Alcott; Ruiz, Pedro (2015). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry* (en inglés) (Onceava edición). Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Zeanah CH, Tessa Chesher MD, Neil W. Boris DO, and American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI) (2016). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Reactive Attachment Disorder and Disinhibited Social Engagement Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 55(11):990-1003.

25.- CAPÍTULO 25: TRASTORNOS RELACIONADOS CON TRAUMAS Y FACTORES DE ESTRÉS: TRASTORNO ADAPTATIVO

Elena Betegón Blanca. Psicóloga. Investigadora predoctoral. Universidad de Valladolid

M^a Jesús Iurtia Muñiz. Psicóloga. Profesora titular Psicología. Universidad de Valladolid

25.1.- Introducción

Todas las personas, en algún momento de su vida, se enfrentan a algún evento estresante. Este acontecimiento contempla desde el cambio de centro escolar, conflictos familiares, el nacimiento de un hijo o un accidente grave, hasta la pérdida de un ser querido, todos ellos son afrontados de una forma más o menos satisfactoria por el individuo. Si bien en la mayoría de estos sucesos no es necesario un diagnóstico psiquiátrico, pueden causar un intenso malestar e interferencias en las actividades cotidianas que, en ocasiones, requieren de cierta atención médica. Sin embargo, no todo el mundo sabe cómo reaccionar ante estos eventos y mucho menos durante la infancia o la adolescencia, puesto que los factores de estrés dependen, en gran medida, del aprendizaje y abordaje de experiencias previas, habilidades sociales y componentes personales condicionados por el entorno próximo (Amigo, 2017; Wakefield, 2010; Wakefield, 2012; Kocalevent, Mierke, Danzer y Burghard, 2014). Algunos de estos factores pueden ser (Raffo, 2008; Raffo y Pérez-Franco, 2011):

- Falta de una relación de confianza;
- escasas habilidades sociales y de comunicación;
- baja autoestima;
- aislamiento social;
- percepción errónea de que todo cambio en la vida es una amenaza;
- frustración por el bajo rendimiento laboral o académico;
- falta de apoyo en los círculos cercanos: familiar, psicosocial y económico.

Hans Selye (1982, citado por Galarcio, 2016) fue el primer autor en plantear la existencia del síndrome de adaptación general como “una reacción de alarma del organismo ante la evidencia de que sus recursos no son suficientes para enfrentar las demandas del ambiente” (Galarcio, 2016, p.5). Tras esta definición el término “Trastorno Adaptativo” (TA) ha sufrido una evolución constante, separándose de otros trastornos relacionados con el estrés como el postraumático, y concretándose como una reacción emocional desadaptada, más intensa y prolongada de lo

esperable; constituyendo una respuesta no saludable, en un lapso de tiempo de unos tres meses, ante una situación identificable (Batlle, 2009; Andreu, 2011).

Los TA suponen un importante problema de salud debido a las implicaciones que conlleva, tanto personales como sociales, y tienen una alta prevalencia. No obstante, actualmente no existen tratamientos protocolizados ya que no es posible determinar qué estresor provocará el trastorno ni tampoco cuál es la sintomatología general que indica las reacciones predominantes o el tiempo de duración del mismo (Baños y cols., 2008; Botella, Baños y Guillén, 2008; Rojas, Campos, Molés y Quero, 2017).

Debemos hacer especial hincapié en que los TA son considerados una especie de “categoría residual o puente”, un estado provisional entre la “normalidad” y el trastorno, ya que dentro de ella se incluyen a las personas que no cumplen los criterios específicos definidos por los manuales de uso como la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). Por esta razón sus criterios han sido escasamente definidos, basándose su diagnóstico en dos aspectos: 1) la presencia de un estresor; 2) la gravedad de leve a moderada de los síntomas (Vallejo, 2015).

25.2.- Definición y diagnóstico

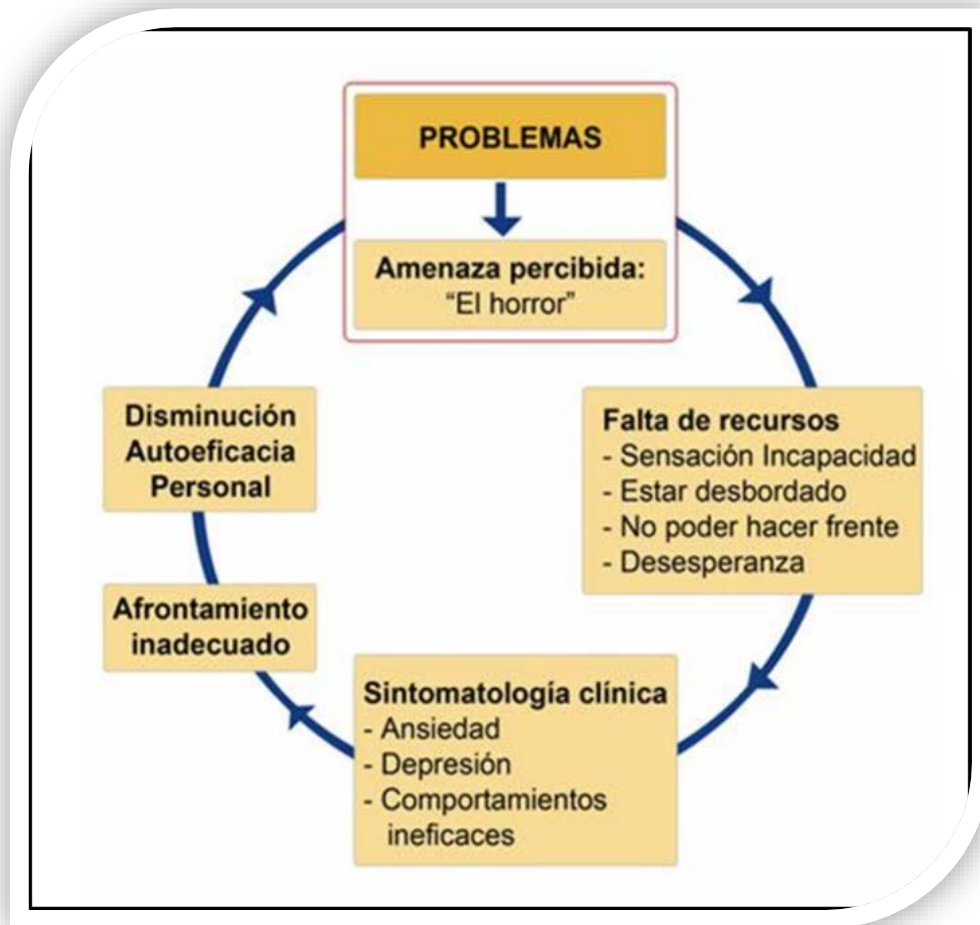
A pesar de que en ediciones anteriores existía una categoría de diagnóstico que englobaba aquellas situaciones en las que una persona presentaba sintomatología diversa como reacción a un factor estresante, el término TA no fue incluido hasta la novena edición de la CIE (WHO, 1979) como una “reacción psicógena”, ni en el DSM hasta su tercera edición (APA, 1980) en la cual se definió como un diagnóstico transitorio presente debido a un estresor psicosocial que no excedía de unos seis meses de duración, excepto para la reacción depresiva prolongada (F43.21) (OMS, 1992; Andreu, 2011; Robles, 2011; Baumeister y Parker, 2012; Regier, Kuhl y Kupfer, 2013; Vallejo, 2015).

Sin embargo, con la publicación del DSM-IV (APA, 1994) el TA dejó de enfocarse como un trastorno transitorio y comenzó a contemplarse como una “señal de aviso” que daría paso a otros trastornos crónicos, siendo reconceptualizado como un “síndrome de respuesta al estrés” (Hales, Yudofski y Talbott, 2000; Friedman y cols., 2011; Galarcio, 2016) y clasificándose dentro de un nuevo apartado denominado “Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés” junto con todos aquellos trastornos en los que el factor desencadenante es la falta de resiliencia del individuo afectado (APA, 2013; Bonannon y Diminich, 2013; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2014; Vallejo y Pérez, 2015) (Figura 1).

En la actualidad, podemos encontrarlo en la CIE-10 (Código F43.2) como un trastorno mental y del comportamiento relacionado con estados de angustia subjetiva y de perturbación emocional, dentro del apartado de “Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”, siendo definido como:

“[...] estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. El agente estresante puede afectar la integridad de la trama social de la persona (experiencias de duelo, de separación) o al sistema más amplio de los soportes y valores sociales (emigración, condición de refugiado). El agente estresante puede afectar sólo al individuo o también al grupo al que pertenece o a la comunidad.” (OMS, 1992, pp.186-187).

Ilustración 25-1: Modelos Cognitivos de los Trastornos Adaptativos (Botella y cols., 2008, citado en Andreu, 2011, p.53)



Asimismo, se señala que sus manifestaciones varían, principalmente durante la infancia y adolescencia, pero que su rasgo predominante consiste en una reacción depresiva breve que afecta a la conducta del individuo, interfiriendo en el funcionamiento y el desempeño social del mismo (WHO, 2009). Para su clasificación presenta tres pautas de diagnóstico:

- La forma, el contenido y la gravedad de los síntomas;
- los antecedentes y la personalidad;
- el acontecimiento estresante, la situación o la crisis biográfica.

Se espera que en enero del 2022 entre en vigor la nueva clasificación internacional de enfermedades, la CIE-11, en la cual la OMS ha intentado primar el principio de utilidad clínica del manual para mejorar la comunicación entre profesionales y pacientes, añadiendo nuevas categorías como el “trastorno por videojuegos”. En la versión en línea ¹⁵actualizada en abril del 2019, podemos encontrar el TA dentro la categoría de “Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo” como una subcategoría de los trastornos específicamente asociados con el estrés (código 6B43), definiéndolo como:

¹⁵ Enlace a la versión en línea de la CIE-11 (abril del 2019): <https://icd.who.int/en/>

“[...] una reacción desadaptativa a un estresante psicosocial identificable o múltiples factores de estrés (por ejemplo, divorcio, enfermedad o discapacidad, problemas socioeconómicos, conflictos en el hogar o en el trabajo) que, por lo general, surge dentro de un mes del factor estresante. El trastorno se caracteriza por la preocupación por el factor estresante o sus consecuencias, incluida la preocupación excesiva, pensamientos recurrentes y angustiosos sobre el factor estresante, o cavilación constante sobre sus implicaciones, así como por la falta de adaptación al estrés que provoca un deterioro significativo en la vida personal, familiar, social, educativa, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento. Los síntomas no son de especificidad o la gravedad suficiente para justificar el diagnóstico de la presencia de otro trastorno mental y del comportamiento y, por lo general, se resuelven dentro de los 6 meses, a menos que el factor estresante persista durante más tiempo.” (WHO, 2019).

A pesar de que la definición y sus criterios sintomatológicos siguen siendo muy parecidos o iguales, y se siguen excluyendo situaciones como el duelo sin complicaciones (QE62) o el trastorno de ansiedad por separación en niños (6B05), encontramos diferencias en los criterios asociados a factores de estrés y ansiedad ya que, se excluyen los trastornos depresivos recurrentes (6A70) o de episodio único (6A70) y la reacción al estrés agudo (QE84) o al desgaste ocupacional (QD85).

Por otro lado, en el DSM-5 (APA, 2014) no se presenta el TA con un código o categoría general, sino que depende del cuadro clínico y de la persistencia de la patología que lo acompaña. Además, se señala que los síntomas emocionales y comportamentales son identificables durante los tres meses siguientes al inicio del factor o los factores de estrés, y que son clínicamente significativos en cuanto a que se manifiestan en dos características principales:

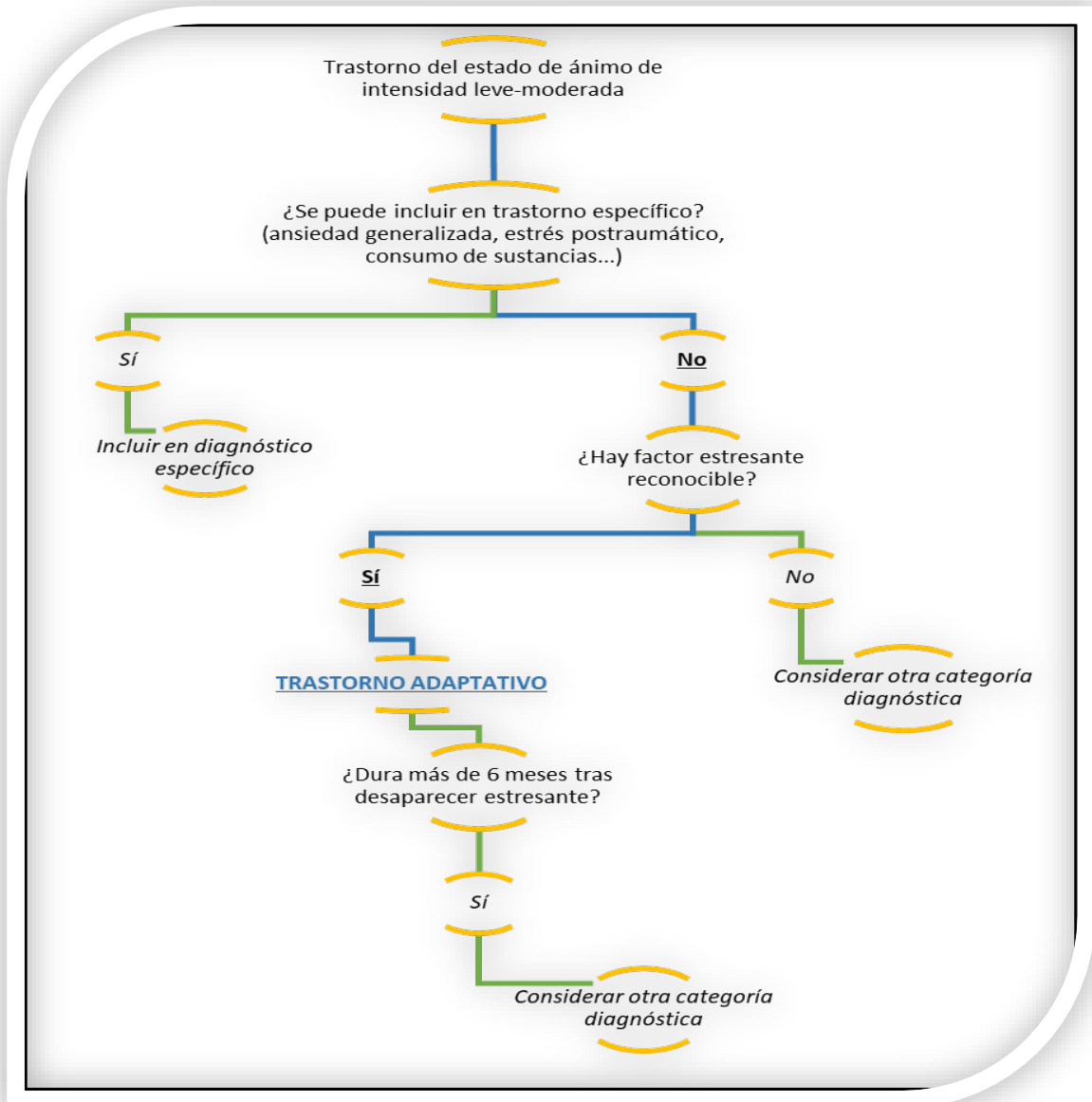
- Malestar intenso y desproporcionado a la gravedad de la situación;
- deterioro significativo de áreas importantes del funcionamiento diario como en el ámbito social.

Una vez evaluadas ambas características y haberse estudiado el tiempo de duración de estos síntomas, se debe especificar si se trata de un TA agudo o persistente (crónico), siendo el límite entre ambos los seis meses de prevalencia o si han surgido consecuencias irreversibles del problema.

En resumen, a pesar de la similitud en la definición del TA, las dos clasificaciones difieren en la severidad del deterioro. Por un lado, la CIE-10 únicamente demanda que las alteraciones emocionales se interpongan en la actividad social del sujeto, suponiendo un grado de deterioro en su vida diaria e indica, de forma explícita, que los factores estresantes no sean del tipo catastrófico ni inusitado. Por otro lado, el DSM-5 exige la existencia de un malestar intensamente desproporcionado que implique un deterioro significativo en áreas importantes del funcionamiento social y escolar/laboral además de plantear factores estresantes identificables pero sin límites al tipo de factor (Carta, Balestrieri, Murru y Hardoy, 2009; Goldberg, Krueger, Andrews y Hobbs, 2009; Regier y cols., 2013; Robles, 2014).

A pesar de estas diferencias y el tiempo transcurrido entre publicaciones, en ambos manuales se hace hincapié en que los síntomas no deben exceder de los seis meses, puesto que en ese caso habría que cambiar el diagnóstico teniendo en cuenta el cuadro clínico presente en ese momento (Figura 2). Por ello, el desencadenante del estresor puede ser debido a un evento traumático como el divorcio de los progenitores; o por elementos múltiples como dificultades en el ámbito escolar y el rechazo social.

Ilustración 25-2; Algoritmo diagnosticado de los TA (Morera y Calvo, 2007, p.4)



Asimismo, tanto en el DSM como en la CIE, independientemente de su edición, se puntualiza que este trastorno debe ser diagnosticado atendiendo a una serie de características específicas que determinarán a qué subtipo pertenece, aunque es importante señalar que se trata de categorías derivadas empíricamente y para las cuales no existen estudios previos que avalen dicha categorización (Pérez-Sales, 2009; Wakefield, 2012). Esta taxonomía ha ido variando de publicación en publicación, no obstante, podemos ver grandes similitudes entre ellas (Tabla 25-1).

Respecto a los criterios de exclusión, en ambas clasificaciones diagnósticas se indica que previamente debe haberse descartado la existencia de un posible trastorno mental y reacción “exagerada” de duelo (Lichtentahl, Cruess y Prigerson, 2004; Katzman y Geppert, 2009; Bryant y cols., 2011). Es decir, se excluyen acontecimientos estresantes de carácter extremo que puedan desencadenar la aparición de otro tipo de trastorno asociado a largo plazo. Sin embargo, en la CIE-10 sí que se incluyen situaciones de “shock cultural”, reacciones de duelo normalizadas y la

hospitalización en niños; excluyendo a su vez el trastorno de ansiedad por separación en la infancia (F93.0) (Morera y Calvo, 2007; Andreu, 2011).

Tabla 25-1: Comparación entre subtipos de TA

DSM-IV-TR (APA, 2000)	DSM-5 (APA, 2018)	CIE-10 (OMS, 1992)
Con estado de ánimo depresivo (F43.20-309.0)	Con estado de ánimo deprimido (F43.21-309.0)	Reacción depresiva breve (F43.20) Reacción depresiva prolongada (F43.21)
Con ansiedad (F43.28-309.24)	Con ansiedad (F43.22-309.24)	Con predominio de alteración de otras emociones (F43.23)
Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo (F43.22-309.28)	Con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido (F43.23-309.28)	Reacción mixta de ansiedad y depresión (F43.22)
Con trastorno del comportamiento (F43.24-309.3)	Con alteración de la conducta (F43.24-309.3)	Con predominio de alteraciones disociales (F43.24)
Con alteración mixta de las emociones y del comportamiento (F43.25-309.4)	Con alteración mixta de las emociones o de la conducta (F43.25- 309.4)	Con alteración mixta de emociones y disociales (F43.25)
No específico (43.9-309.9)	Sin especificar (F43.20-309.9)	Con otros síntomas predominantes especificados (F43.28)

Es importante señalar que no existe una correlación clara de los criterios de diagnósticos del DSM-5 o de la CIE-10 con los criterios presentes en las clasificaciones específicas de atención primaria como la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP) (WONKA, 1999; Morera y cols., 2007; Armstrong, 2011) donde el TA aparece en el apartado correspondiente a “desorientación transitoria” (CIPSAP 308) sin cuadros de ansiedad, ya que si el sujeto presentara una conducta ansiosa sería categorizado dentro de “estados de ansiedad” (CIPSAP 3000). Este hecho se debe a que la naturaleza de los síntomas, su gravedad y duración difieren de los niños y adolescentes a los adultos. Según la adaptación española de “Children’s Life Events Inventory” (Monaghan, Robinson y Dodge, 1979; Mardomingo, Kloppe y Gallego, 1990, citados en Batlle, 2009), en niños es común encontrar fenómenos regresivos (enuresis nocturna, uso de un lenguaje infantil o chuparse el dedo) como parte del acompañamiento sintomático, puesto que se encuentran en un estadio de desarrollo cuya capacidad de afrontamiento está directamente relacionada con el grado de vulnerabilidad en el que se encuentran (Batlle, 2009). Por esta razón es importante realizar la valoración clínica teniendo en cuenta la edad, el sexo y el contexto cultural de la persona (Kaplan y Sadock, 2004).

También es importante valorar la existencia de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, Multiaxial de la Infancia y adolescencia (CIE-MIA), una adaptación de la CIE-10 específica para los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. En ella se destaca principalmente el “Eje V” donde se da significado a situaciones psicosociales anormales, descartando las presiones asociadas con la pubertad o alguna otra transición física, pero en la cual se mantienen las categorías y los códigos diagnósticos de la CIE-10 (Tabla 25-2).

Tabla 25-2: Clasificación del Eje V de la CIE-MIA (adaptado de Raheb, 2009; y de Batlle, 2009)

EJE V	SITUACIONES PSICOSOCIALES ANÓMALAS ASOCIADAS
00	Distorsión no significativa en el ambiente psicosocial
01	Relación intrafamiliar anormal <ul style="list-style-type: none"> 1.0 Pérdida de afecto en la relación padres-hijo (Z62.4) 1.1 Discordia intrafamiliar entre adultos (Z63.8) 1.2 Hostilidad y culpabilidad hacia el niño (Z62.3) 1.3 Abuso físico infantil (Z61.6) 1.4 Abuso sexual (dentro de la familia) (Z61.4) 1.8 Otros
02	Trastorno mental, desviación o limitación en el grupo de apoyo primario del niño (Z58.8+Z63.8) <ul style="list-style-type: none"> 2.0 Trastorno mental o alteración de los padres 2.1 Minusvalía o discapacidad paterna 2.2 Discapacidad de los hermanos 2.3 Otros
03	Comunicación intrafamiliar inadecuada o distorsionada (Z63.8)
04	Características anormales de la educación o de la crianza <ul style="list-style-type: none"> 4.0 Sobreprotección de los padres (Z62.1) 4.1 Supervisión y control paternal inadecuado (Z62.0) 4.2 Privación de experiencia (Z62.5) 4.3 Presiones paternas inapropiadas (Z62.6) 4.4 Otros (Z62.8)
05	Ambiente circundante anómalo <ul style="list-style-type: none"> 5.0 Crianza en instituciones (Z62.2) 5.1 Situación de cuidado parental anormal (Z80.1) 5.2 Familia aislada (Z60.8) 5.3 Condiciones de vida que crean una situación psicosocial potencialmente arriesgada (Z59.1) 5.8 Otros (Z60.8)
06	Acontecimientos vitales agudos (Z61.0) <ul style="list-style-type: none"> 6.0 Pérdida de una relación afectiva (Z61.0) 6.1 Cambio de hogar que acarrea una amenaza contextualmente significativa (Z61.1) 6.2 Alteración en el patrón de las relaciones familiares (Z61.2) 6.3 Acontecimientos que dan como resultado la pérdida de la autoestima (Z61.3) 6.4 Abuso sexual (extra familiar) (Z61.5) 6.5 Experiencias personales atemorizantes (Z61.7) 6.6 Otros (Z61.8)
07	Estresores sociales <ul style="list-style-type: none"> 7.0 Persecución o discriminación adversa (Z60.5) 7.1 Migración o desplazamiento social (Z60.5) 7.2 Otros
08	Estrés crónico interpersonal asociado con la escuela (Z55) o al trabajo (Z56) <ul style="list-style-type: none"> 8.0 Relaciones discordantes con los compañeros (Z55.4 y Z56.4) 8.1 Utilización del niño como "cabeza de turco" por parte de los responsables (Z55.4 y Z56.4) 8.2 Inquietud o desasosiego en las situaciones de la escuela/trabajo (Z55.8 y Z56.7) 8.8 Otros
09	Hechos/situaciones estresantes resultantes de la propia discapacidad o trastorno del niño (Z72.8) <ul style="list-style-type: none"> 9.0 Crianza en instituciones 9.1 Cambio de hogar que acarrea una amenaza contextualmente significativa 9.2 Acontecimiento que dan como resultado una pérdida de autoestima 9.8 Otros

Nota: Los códigos Z se refieren a la posición de estas categorías en el capítulo XXI (factores que influyen en el estado de salud y en el contexto con los servicios de salud) de la CIE-10

Tras lo expuesto anteriormente llegamos a la conclusión de que los criterios de diagnóstico del TA son insuficientes para especificar cuáles son las manifestaciones claras del trastorno, generando incertidumbre entre los profesionales y comprometiendo la fiabilidad de los resultados obtenidos en los estudios llevados a cabo hasta el momento (Andreu, 2011).

25.3.- Etiopatogenia y bases neurobiológicas

Los TA son uno de los tipos de enfermedades mentales más comunes y con una alta prevalencia en la población, aproximadamente representa un 2-8% en la población general y un 10-12% en las consultas de atención primaria (Pérez, 2007; Téllez y cols., 2007; Navas y Vargas, 2012). En diversos estudios se ha observado que durante las primeras etapas del desarrollo la capacidad de adaptación a nuevas situaciones es muy débil, por esta razón cualquier cambio en el entorno del niño puede provocar la aparición de un TA y su prevalencia es mayor (Hernández, Horga, Navarro y Mira, 2010; Aláez, Martínez y Rodríguez, 2000; Carson, Butcher y Mineka, 2000; Carvajal y cols., 2001; Gómez-Macias y cols., 2006).

Rodríguez (2013) señala que la base de este tipo de trastorno “radica en el concepto de trauma como sobrecarga psíquica, con un sentimiento total o parcial de desamparo único a inhibiciones”; por esta razón, el TA es categorizado dentro de los trastornos de conducta en la mayoría de los artículos de revisión teórica publicados sobre la prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, habiéndose basado especialmente en la CIE-10 (Tabla 3), a pesar de su estrecha relación con factores de ansiedad y estrés.

Tabla 25-3: Prevalencia de los trastornos más comunes por grupos de edad y según género en porcentajes (adaptado de Aláez y cols., 2000, p.529)

TRASTORNO	GRUPO DE EDAD ^a				GÉNERO ^b		
	0-5 AÑOS	6-9 AÑOS	10-13 AÑOS	14-18 AÑOS	VARONES	MUJERES	RAZÓN V/M
Trastornos de conducta	7.6	15.4	28.6	39.0	24.2	21.0	1.16
Trastornos depresivos	17.3	11.5	14.4	19.5	10.6	22.3	0.48
Trastornos de ansiedad	7.7	13.3	17.4	11.2	11.4	16.5	0.69
Trastornos específicos del desarrollo	15.4	22.1	11.1	9.1	14.4	9.4	1.54
Trastornos de eliminación	13.4	13.4	7.9	2.6	12.8	3.6	3.56
Ausencia de trastorno	3.8	5.4	5.6	7.8	6.0	5.0	1.20
Trastornos del sueño	1.9	8.1	4.0	1.3	3.8	6.5	0.58
Trastornos de la actividad y la atención	5.8	7.4	2.4	0.0	5.7	1.4	4.28
Trastorno de rivalidad entre hermanos	7.7	2.7	0.8	0.0	3.0	0.7	4.28
Reacción de estrés agudo o grave	5.8	1.4	0.8	3.9	1.2	4.4	0.27
Trastorno de la conducta alimentaria	5.8	0.7	0.8	2.6	1.2	2.8	0.42

Nota: A las variables edad y tipo de trastorno poseen una relación estadísticamente significativa ($\chi^2=76.33$, $gl=30$, $p=0.0001$), y un coeficiente de contingencia 0.41

B Las variables género y tipo de trastorno poseen una relación estadísticamente significativa ($\chi^2=33.92$, $gl=10$, $p=0.0001$), y un coeficiente de contingencia de 0.29

Gracias al estudio de Aláez y colaboradores (2010), observamos que las categorías diagnósticas con mayor prevalencia en la población infanto-juvenil son los trastornos de conducta, ansiedad, depresión, del desarrollo y de eliminación. Dentro del primer puesto es donde se sitúa el TA, el cual puede poseer asociado alguno de los otros tipos de trastornos nombrados, y se aprecia como aumenta con la edad especialmente en varones (Aláez y cols., 2000; Somers y cols., 2006; Pérez, 2007; Hernández y cols., 2010; Navas y cols., 2012). Sin embargo, debemos tomar estas medidas con cautela ya que, como se ha expuesto anteriormente, las manifestaciones clínicas del TA son muy variadas e incluyen, en la mayoría de las ocasiones, humor depresivo, ansiedad, preocupación o sentimiento de incapacidad; por ello podríamos situarlo en la tabla anterior dentro de otros trastornos como el depresivo o el de ansiedad, los cuales también aumentan con el tiempo especialmente en mujeres.

Por tanto, la etiopatogenia del TA es compleja y se constituye de la interacción de múltiples factores (Ylla, 2008; Reyes-Ticas, 2012; Navas y cols., 2012, p.500):

- **Factores biológicos** como la vulnerabilidad genética, posibles daños cerebrales asociados a síntomas graves de ansiedad o debido a daños psicofísicos como una discapacidad.
- **Factores psicosociales** como factores precipitantes, agravantes o causales. También se ha sugerido el tipo de educación en la infancia como elemento desencadenante durante la edad adulta (Hernández y cols., 2010).
- **Factores traumáticos** al enfrentarse a acontecimientos fuera de la normalidad de la vida diaria y que pueden provocar daños biológicos y psicofísicos (Yárnos y cols., 2008, citado en Galarcio, 2016).
- **Factores psicodinámicos** según el tipo de defensa empleada al dar respuesta al suceso desencadenante.
- **Factores cognitivos y conductuales** pues se considera que patrones cognitivos distorsionados (sistema de pensamiento negativo, infravaloración de los potenciales personales, mecanismos de condicionamiento, generalización o imitación de conductas ansiosas externas) preceden a conductas desadaptadas y trastornos emocionales.
- **Factores de riesgo y protectores** del ambiente que rodean al sujeto, especialmente los asociados a círculos cercanos como la familia (sobrepotección, abusos, negligencia...).

25.4.- Diagnóstico diferencial y comorbilidad

Robles (2011) matiza que “los TA pueden diagnosticarse junto a otros trastornos, siempre que estos últimos no incluyan los síntomas característicos de la reacción al estrés”. Por esta razón, y según el DSM-5 (2013), debe distinguirse principalmente de los siguientes trastornos (Robles, 2011, p.751):

- **Trastorno de Personalidad (TP):** Frecuentemente los eventos estresantes agudizan cualquier TP ya existente en la persona; en este caso, no se debe realizar un diagnóstico adicional de TA. Sin embargo, sí que se debe realizar cuando aparecen síntomas que no son característicos del TP de la persona en respuesta al suceso.
- **Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y Trastorno de Estrés Agudo (TEA):** En ambos casos, se requiere la presencia de un suceso estresante psicosocial extremo (Z61.4, Z59.1, Z62.4...) y una constelación de síntomas concretos (alteraciones cognitivas, pensamientos de reexperimentación, etc.). En el TA, en cambio, el evento desencadenante puede tener una intensidad variable y sus síntomas son muy diversos.
- **Duelo:** Se trata de una reacción normal y esperable ante la pérdida de un ser querido, por lo que se denomina como una reacción adaptativa con síntomas como la tristeza, entumecimiento emocional, dificultad para recordar momentos positivos, culpabilidad... Sin embargo, cuando pasados los 12 meses sigue persistiendo ese cuadro clínico o empeora, el

diagnóstico más apropiado sería el de Trastorno de Duelo Complejo Persistente, que se encuentra recogido en otro apartado dentro de los manuales.

- **Otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado:** Cuando los síntomas del TA persisten, aun habiendo desaparecido los efectos del factor estresante, nos encontraríamos ante la necesidad de una nueva evaluación que determine un diagnóstico más aproximado al tipo de trastorno que sufre el sujeto.

En relación con la comorbilidad de los TA, algunas investigaciones señalan haber encontrado alta comorbilidad con trastornos somáticos y mentales (APA, 2013), especialmente con los trastornos de personalidad (Jäeger, Frasch y Becker, 2008). No obstante, son pocos los estudios que han examinado este suceso, de hecho, si aplicamos los criterios de diagnóstico de los manuales exhaustivamente, esta circunstancia difícilmente podría acontecer (Andreu, 2011; Catalina-Romero y cols., 2012). Es decir, como se ha señalado anteriormente, el TA sólo puede ser diagnosticado si no presenta síntomas que cumplen los criterios de otra condición, ya que se trata de una “categoría según exclusión”. Pese a ello, el DSM-5 señala la excepción en aquellos casos en los que los síntomas que han aparecido en respuesta al suceso estresante no pueden explicarse en función de las características propias de otros trastornos previos (Giotakos y Konstantakopoulos, 2002; For-Wey, Fei-Yin y Bih-Ching, 2002; Gur, Hermesh, Laufer, Gogol y Gross-Isseroff; 2005; Grassi y cols., 2006; Vanin, 2008). Un ejemplo lo encontramos en los proyectos llevados a cabo por el grupo de Maercker (Maercker, Einsle y Köllner, 2007; Maercker y cols., 2008; Dobricki, Komproe, Jong y Maercker, 2010) que muestran que el TA puede presentarse conjuntamente y de forma diferenciada con otros como en los trastornos de ansiedad.

25.5.- Evaluación y pruebas complementarias

Para la evaluación del TA es recomendable abordar dos aspectos fundamentales: 1) qué estímulos estresantes está viviendo el niño, y 2) cuáles son sus respuestas y estrategias de afrontamiento. Para ello es necesario evaluar los síntomas asociados al TA y las medidas psicofiológicas.

En adultos e incluso en adolescentes, podemos utilizar diversos instrumentos de evaluación según su finalidad (Robles, 2011): entrevistas diagnósticas como la CIDI (Kessler y Ustun, 2004), acontecimientos vitales como la “Escala de reajuste social” de Holmes y Rahe (1967), experiencias estresantes mediante la SRLE de Kohn y MacDonald (1992; adaptación de Sandin, Chorot y Santed, 1999), respuestas al estrés con la “Escala de estrés percibido” de Cohen, Kamarak y Mermeistein (1983; adaptación de Remor y Carrobes, 2001), niveles de vulnerabilidad al estrés gracias al “Inventario de vulnerabilidad al estrés” de Beech, Burns y Scheffield (1982; adaptación de Robles-Ortega, Peralta-Ramírez y Navarrete-Navarrete, 2006) y el tipo de estrategias de afrontamiento con la “Escala multidimensional de evaluación de los estilos generales de afrontamiento COPE” de Carver, Sheier y Weintraub (1989; adaptación por Crespo y Cruzado, 1997) o el “Cuestionario de Esquemas de Young” (YSQ-L2) revisado por Castrillón y colaboradores (2005).

Sin embargo, en niños resulta más complicado ya que las pruebas deben ser completadas, en la mayoría de las ocasiones, por distintas fuentes cercanas (padres, tutores legales, profesores, cuidadores...) tanto de forma oral como escrita, junto con el propio niño de forma oral en edades tempranas y escrita a partir de los 7 años aproximadamente; dependiendo del contexto en el cual se haya producido el acontecimiento y el estadio del desarrollo del niño. Asimismo, ha de llevarse a cabo una entrevista con el menor y con el resto de agentes implicados para conseguir una historia detallada, tanto clínica (anamnesis) como personal (emociones y comportamientos). Por esta razón, las pruebas de evaluación generalmente sirven como descarte de otro tipo de trastornos o enfermedades. Algunas de estas pruebas por orden alfabético son:

- ABAS-II (Harrison y Oakland, 2013) como instrumento de evaluación de la conducta adaptativa desde el nacimiento.
- ACE, Alteración del Comportamiento en la Escuela (Arias, Ayuso, Gil y González, 2009) siendo valorado el alumno por los profesores habituales.
- BRIEF-P, Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva en versión infantil (Gioia, Espy, Isquith, Bausela y Luque, 2002) dirigido a padres, profesores u otros cuidadores habituales del niño.
- BYI-2, Inventarios de Beck para niños y adolescentes 2 (Beck, Beck, Jolly y Steer, 2005; adaptación por Pearson Educación, 2017) para la evaluación del malestar psicológico en niños y adolescentes con depresión, ansiedad, ira, conductas disruptivas o bajo autoconcepto.
- CBCL (Child Behavior Checklist) (Achenbach y Edelbrock, 1983) formulario para profesores sobre habilidades de competencia social y de comportamiento problemáticos.
- ESPERI, cuestionario para la detección de trastornos de comportamiento en niños y adolescentes (Parellada, San Sebastián y Martínez, 2009).
- IECI, Inventario de Estrés Cotidiano Infantil (Trianes, Blanca, Fernández-Baena, Escobar y Maldonado, 2011) centrado en la evaluación de los estímulos estresores y de las respuestas psicofisiológicas, emocionales, cognitivas o conductuales en la infancia al sufrir un evento estresante.
- Inventario de Autoestima de Coopersmith (1959; adaptación de Brinkmann, Segure y Solar, 1989) como instrumento de medición cuantitativa de la autoestima.
- SENA, Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (Fernández-Pinto, Santamaría y Sánchez-Sánchez, 2015) para la evaluación multifuente de un amplio espectro de problemas emocionales y de conducta, problemas contextuales, así como áreas de vulnerabilidad y recursos psicológicos.
- SPECI, Screening de Problemas Emocionales y de Conducta Infantil (Garaigordobil y Maganto, 2012) mediante las respuestas de sus profesores a los ítems.
- TAMAI, Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (Hernández-Guanir, 2009) para conocer el grado de adaptación y las actitudes educadoras de los padres.

25.6.- Abordaje y tratamiento

Como ya se ha mencionado, no existe un consenso entre los especialistas sanitarios sobre cuál es el tratamiento más eficaz o recomendable para tratar el TA. Por esa razón, dependerá de la anamnesis del paciente y de las características de su entorno (Raffo y Pérez-Franco, 2011; Kocalevent y cols., 2014), pues es conveniente eliminar la posibilidad de que los síntomas sean causados por otro tipo de trastorno mental, enfermedad física o por consumo de sustancias, al igual que posibles comorbilidades como las anteriores (Iruela, Picazo y Peláez, 2007; Hyman y Rudofe, 2009). Asimismo, existen limitaciones que complican el abordaje de este trastorno:

- Poca aceptación, por parte de las familias, a que los niños desde edades tempranas asistan a sesiones psicoterapéuticas;
- escasez de profesionales capacitados en cierto tipo de terapias con menores;
- falta de disponibilidad temporal en los centros de atención primaria.

Por tanto, la importancia y trascendencia de diversas formas de presentación del TA viene dada, fundamentalmente, “por el impacto que tienen o tendrán en la morbilidad del paciente, en su calidad de vida, en el deterioro funcional y en el uso de los servicios sanitarios” (Téllez y cols., 2007, citado en Navas y cols., 2012). De acuerdo con Bisson y Sakhuja (2006, citado en Andreu, 2011), tal vez la mejor opción por el momento es la de llevar a cabo un seguimiento y una observación minuciosa de todos los casos posibles con un TA ya diagnosticado, con la finalidad de poder intervenir cuando la evolución del paciente no es favorable.

Para realizar un adecuado abordaje de este trastorno, es necesario realizar una entrevista inicial que ayude a conocer el motivo de la consulta, cómo se encuentra mental y físicamente; a continuación, se inicia el proceso de evaluación que, como se ha mencionado, sirve como descarte de otros trastornos o enfermedades; finalmente, se dictamina qué tipo de tratamiento a de llevarse a cabo según el tiempo de duración y tipo de intervención (Ylla, 2008; Hernández y cols., 2010; Navas y cols., 2012).

25.6.1.- Según el tiempo de duración

25.6.1.1.- A corto plazo

Se trata de una intervención de máximo 12 semanas, cuyo objetivo es la disminución de la frecuencia e intensidad de la crisis emocional o conductual. Estas terapias son consideradas las más apropiadas excepto en aquellos casos donde exista la presencia de estresores crónicos o de características personales que hagan al menor más vulnerable al estrés (Katzman y Tomori, 2005; Botella y cols., 2008; Herrero y Cano, 2010; Srivastava, Talukdar y Lahan, 2011).

25.6.1.2.- A largo plazo

Tratamiento de entre 3 y 4 meses de duración, cuya finalidad es mantener el control sobre los síntomas, controlando las respuestas somáticas del niño, y reduciendo la tasa de recaída (Benton y Lynch, 2005; Strain y Diefenbach, 2008; Casey, 2009).

25.6.2.- Según el tipo de intervención

25.6.2.1.- Psicoeducación

Su objetivo principal es informar y hacer consciente al paciente del trastorno existente y de cómo superarlo progresivamente. Para ello se trabaja a través de la verbalización, gráficos y mediante pequeñas actividades, presentadas progresivamente, que ayudan a dominar la situación estresante, aumentando así la capacidad de afrontamiento y el autocontrol del niño (Seligman, Steen, Park y Peterson, 2005; Vera, Carbelo y Vecina, 2006; Strain, Klipstein y Newcorn, 2010; Villegas, 2019).

25.6.2.2.- Psicoterapia

Las técnicas para el manejo de la ansiedad permiten al menor controlar sus preocupaciones y miedos a través de elementos de distracción y de sustitución del pensamiento, entre otras, mediante el cuestionamiento de sus bases lógicas para sustituirlas por otras más racionales (Menon y Jayan, 2000; Rodríguez, Caja y Gracia, 2013; Duque y Muñoz, 2018).

- Terapia cognitivo-conductual (ejercicios respiratorios, imaginación, control de la activación, exposición, manejo de la ansiedad...) para intervenir sobre emociones, pensamientos y conductas. Algunas técnicas son: desensibilización sistemática, autoobservación, focalización, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, biofeedback, autocontrol, mindfulness o atención plena, modelado, autoinstrucciones, ... (Labrador, 2008; Santacruz y cols., 2002; García-Fernández, Inglés, Martínez-Monteagudo y Redondo, 2008; Ulloa-Flores, Peña-Olvera y Nogales-Imaca, 2011; Lawrence, Booth, Mercer y Crawford, 2013; Sánchez, 2018)
- Terapia de familia para ayudar a comprender a las personas más cercanas, cómo es el TA y sus síntomas. De este modo se busca mejorar la comunicación y evitar conflictos (De Pablo, 2018).
- Terapia de grupo donde se ayuda al paciente a expresar libremente sus sentimientos y vivencias con este trastorno para encontrar el modo de comprenderse y ayudarse

mutuamente (Fawzy, Canada y Fawzy, 2003; Gallego y cols., 2019) mediante el entrenamiento asertivo.

25.6.3.- Psicofarmacología

La medicación puede ser necesaria en algunos pacientes con síntomas muy intensos o según el tipo de TA presente, por esta razón se prescriben durante breves periodos de tiempo hasta que se equilibra el estado emocional del individuo (Hameed, Schwartz, Malhotra, West y Bertomes, 2005; Nguyem y cols., 2006; Casey y Bailey, 2011). El objetivo de este tipo de tratamiento es el control de la sintomatología central, pero no es suficiente para superar el problema, por ello es importante que se realice de forma conjunta con psicoterapia y psicoeducación.

Sin embargo, se corre el riesgo de intolerancia o dependencia de estos fármacos a largo plazo. La mayoría de estos medicamentos son antidepresivos que pueden provocar problemas digestivos, trastornos del sueño e, incluso, pueden provocar conductas de autolesión (Jureidini y cols., 2004; Green, 2004; Herxheimer y Mintzes, 2004; Lander, Friche y Knudsen, 2006), por esta razón muy pocos profesionales sanitarios toman este tipo de tratamiento como primera opción en niños de temprana edad.

25.7.- Desarrollo, curso y pronóstico

Varios autores consideran que el TA es, generalmente, un trastorno transitorio con tendencia a remitir espontáneamente (Diefenbacher y cols., 2002; Vanin, 2008; Andreu, 2011); no obstante, debe hacerse un seguimiento en el caso de niños y adolescentes ya que puede conferir un cierto riesgo para el futuro desarrollo de un trastorno mental posterior y un empeoramiento progresivo que supondrá el inicio de otro cuadro clínico.

Actualmente no se conocen medidas preventivas que ayuden a reducir la incidencia del TA en estos grupos de edad. Con todo, la detección e intervención temprana ayudaría a reducir la gravedad de los síntomas, estimular el crecimiento y el desarrollo normal del paciente, mejorando así la calidad de vida de los mismos (Battle, 2009).

25.8.- Directrices finales

Como se ha señalado, apenas existen estudios recientes sobre el TA que ayuden a concretar las pautas de diagnóstico o actuaciones generalizadas para su prevención temprana (Carta y cols., 2009) ni para el adecuado tratamiento de las personas que lo padecen. Por este motivo, algunos autores indican ciertas recomendaciones para la mejora, a nivel conceptual, de estos trastornos (Baumeister, Maercker y Casey, 2009, citados en Robles, 2004:

“a) dada la escasa especificación de los criterios diagnósticos de los TA, la revisión de éstos probablemente reduciría los errores de diagnóstico (tanto los falsos positivos como los falsos negativos), y b) se necesita una mayor especificación de los factores del contexto que nos lleve a delimitar más claramente qué procesos en la adaptación a las demandas del entorno son normales en el ser humano y cuáles de ellos pueden ser patológicos.” (p. 755)

En conclusión, los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés constituyen una causa importante de incapacidad en la población general. Dentro de estos, uno de los más frecuentes es el TA en el cual los síntomas de ansiedad, físicos y mentales, son persistentes y de relevancia pues pueden provocar, tanto el menor como en su entorno, sufrimiento y un deterioro funcional. Por este motivo, es importante conocer la sintomatología principal para una detección y un abordaje adecuado por parte del profesional, mejorando así la calidad de vida del paciente (Navas y cols., 2012).

25.9.- Bibliografía

- Achenbach, T.M. y Edelbrock, C.S. (1983). *Manual for the child behavior checklist: and revised child behavior profile*. Vermont: University of Vermont.
- Ajuriaguerra, J. (1996). *Manual de psiquiatría infantil*. Barcelona: Masson.
- Aláez, M., Martínez, R. y Rodríguez, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12(4), 525-532.
- American Psychiatric Association (1980). *DSM-III. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2014): *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*, 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Amigo, I. (2017). *Manual de Psicología de la Salud (3ª Edición)*. Madrid: Pirámide.
- Andreu, M.S. (2011). *Un protocolo de tratamiento psicológico para los trastornos adaptativos apoyado por un sistema de realidad virtual: análisis de su eficacia a través de un estudio controlado (Tesis Doctoral)*. Universitat Jaume I, Castellón, España.
- Arias, A., Ayuso, L., Gil, G. y González, I. (2009). *Alteración del Comportamiento en la Escuela (ACE)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Armstrong, D. (2011). Diagnosis and nosology in primary care. *Social Science Medicine*, 73(6), 801-7.
- Baños, R.M., Guillén, V., Botella, C., García, A., Jorquera, M. y Quero, S. (2008). Un programa de tratamiento para los trastornos adaptativos. Un estudio de caso. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 303-316.
- Batlle, S. (2009). *Trastornos de adaptación [PDF]*. Recuperado de <http://www.paidopsiquiatria.cat/>
- Baumeister, H. y Parker, G. (2012). Meta-review of depressive subtyping models. *Journal of Affective Disorders*, 139(2), 126-140.
- Baumeister, H., Maercker, A. y Casey, P. (2009). Adjustment disorder with depressed mood. *Psychopathology*, 42(3), 139-147.
- Benton, T.D. y Lynch, J. (2006). *Adjustment Disorders*. Medscape. Recuperado de <https://emedicine.medscape.com/>
- Bisson, F. y Sakhuja, D. (2006). Adjustment disorders. *Psychiatry*, 5(7), 240-242.
- Bonanno, G.A. y Diminich, E.D. (2013). Annual Research Review: Positive adjustment to adversity – Trajectories of minimal-impact resilience and emergent resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 378-401.
- Botella, C., Baños, R.M. y Guillén, V. (2008). Una propuesta de tratamiento para los trastornos adaptativos: creciendo en la diversidad. En C. Vázquez y G. Hervás (eds.), *Psicología positiva aplicada* (pp. 129-154). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Brinkmann, H., Segure, T. y Solar, M. (1989). Adaptación, estandarización y elaboración de normas para el inventario de autoestima de Coopersmith. *Revista Chilena de Psicología*, 10(1), 63-71.
- Bryant, R.A., Matthew, J., Friedman, M.J., Spiegel, D., Ursano, R. y Strain, J. (2011). A review of acute stress disorder in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 802-817.
- Carson, R.C., Butcher, J.N. y Mineka, S. (2000). *Abnormal psychology and modern life* Boston: Allyn and Bacon.
- Carta, M.G, Balestrieri, M., Murru, A. y Hardoy, M.C. (2009). Adjustment Disorder: Epidemiology, diagnosis and treatment. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 5(1), 1-15.
- Carvajal, C., Carbonell, C.G., Philippi, R., Monteverde, P., Bacigalupo, F. y Alvear, F. (2001). Características clínicas del trastorno de adaptación con síntomas de estrés postraumático. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 39(2), 99-109.
- Casey, P. (2009). Adjustment Disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *CNS Drugs*, 23(11), 927-938.
- Casey, P. y Bailey, S. (2011). Adjustment disorders: The state of the art. *World Psychiatry*, 10, 11-18.
- Castrillón, D.A., Chaves, L., Ferrer, A., Londoño, N.H., Maestre, K., Marín, C. y Schnitter, M. (2005). Validación del Yong Schema Questionnaire Long Form – Second Edition (YSQ-L2) en población colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(3), 541-560.
- Catalina-Romero, C., Pastrana-Jiménez, J.I., Tenas-López, M.J., Martínez-Muñoz, P., Ruiz-Moraga, M., Fernández-Labandera, C. y Calvo-Bonacho, E. (2012). Long-term sickness absence due to adjustment disorder. *Occupational Medicine*, 62(5), 375-378.
- Comité Internacional de Clasificación de la WONCA (1999). *Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP-2)* (2ª ed.). Barcelona: Masson.
- Crespo, M. y Cruzado, J.A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de conducta*, 23(92), 797-830.
- De Pablo, J.M. (2018). La intervención familiar en los miedos y fobias infantiles. *Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, 38,

- Dobrnicki, M., Komproe, I.H., Jong, J.T. y Maercker, A. (2010). Adjustment disorders alter severe life-events in four postconflict settings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(1), 39-46.
- Duque, M.C. y Muñoz, N.F. (2018). Eficacia de las Técnicas Cognitivo-Conductuales en el Trastorno Adaptativo de menores diagnosticados con cáncer [PDF]. Recuperado de <http://repositorio.ucp.edu.co/>
- Fawzy, F.I., Canada, A.L. y Fawzy, N.W. (2003). Malignant melanoma: effects of a brief, structured psychiatric intervention on survival and recurrence at 10-year follow up. *Archives of General Psychiatry*, 60, 100-103.
- Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Sánchez-Sánchez, F., Carrasco, M.A. y Del Barrio, V. (2015). Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes. SENA. Madrid: TEA Ediciones.
- For-Wey, L., Fei-Yin, L. y Bih-Ching, S. (2002). The relationship between life adjustment and parental bonding in military personnel with adjustment disorder in Taiwan. *Military Medicine*, 167(8), 678-682.
- Friedman, M.J., Resick, P.A., Bryant, R.A., Strain, J., Horowitz, M. y Spiegel, D. (2011). Classification of trauma and stressor-related disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28, 737-749.
- Galarcio, C.M. (2016). Análisis del perfil cognitivo de un paciente con trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo. Estudio de Caso Único (Trabajo Fin de Máster). Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.
- Gallego, N., Saíñz, R., Herreros, O., Gastaminza, X., Monzón, J. y Rubio, B. (2019). Terapia de Grupo en niños con Enfermedad Crónica Pediátrica [PDF]. Recuperado de <https://www.researchgate.net/>
- Garaigordobil, M. y Maganto, C. (2012). SPECI. Screening de problemas emocionales y de conducta infantil. Madrid: TEA ediciones.
- García-Fernández, J. M., Inglés, C.J., Martínez-Monteagudo, M.C. y Redondo, J. (2008). Evaluación y tratamiento de la ansiedad escolar en la infancia y la adolescencia. *Psicología Conductual*, 16(3), 413-437.
- Gioia, G.A., Espy, K.A., Isquith, P.K., Bausela, E. y Luque, T. (2016). BRIEF-P: evaluación conductual de la función ejecutiva: versión infantil. Madrid: TEA Ediciones.
- Giotakos, O. y Konstantakopoulos, G. (2002). Parenting received in childhood and early separation anxiety in male conscripts with adjustment disorder. *Military Medicine*, 167(1), 28-33.
- Goldberg, D.P., Krueger, R.F., Andrews, G. y Hobbs, M.J. (2009). Emotional disorders: Cluster 4 of the proposed metastructure for DSM-V and ICD-11. *Psychological Medicine*, 39(12), 2043-2059.
- Gómez-Macias, V., De Cos, A., García, C., García, F., Ballesteros, M. y Jiménez, M.C. (Febrero de 2006). Trastronos adaptativos: factores estresantes en el momento actual. En P. Moreno y J. Saiz (Presidencia), 7º Congreso Virtual de Psiquiatría. Congreso llevado a cabo de forma virtual por Interpsiquis.
- Grassi, L., Mangelli, L., Fava, G.A., Grandi, S., Ottolini, F., Porcelli, P., Rfanelli, C., Rigatelli, M. y Sonino, N. (2006). Psychosomatic characterization of adjustment disorders in the medical setting: Some suggestions for DSM-V. *Journal of Affective Disorders*, 101(1-3), 251-254.
- Green, J. (2004). The SSRI debate and the evidence base in child and adolescent psychiatry. *Current opinion in psychiatry*, 17(4), 233-235.
- Gur, S., Hermesh, H., Laufer, N., Gogol, N. y Gross-Isseroff, R. (2005). Adjustment Disorder: A review of diagnostic pitfalls. *The Israel Medical Association Journal*, 7(11), 726-731.
- Hales, R.E., Yudofsky, S.C. y Talbott, J.A. (2000). DSM-IV: Tratado de psiquiatría. Barcelona: Masson Multimedia.
- Hameed, U., Schwartz, T., Malhotra, K., West, R. y Bertone, F. (2005). Antidepressant treatment in the primary care office: outcomes for adjustment disorder versus major depression. *Annals of Clinical Psychiatry*, 17(2), 77-81.
- Hernández, M.M., Horga, J.F., Navarro, F. y Mira. (2010). Trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación en atención primaria. Guía de Actuación Clínica en A.P. Recuperado de <http://publicaciones.san.gva.es/>
- Hernández-Guanir, P. (2015). TAMAI. Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil. TAMAI. Madrid: TEA Ediciones.
- Herrero, V. y Cano, A. (2010). Un caso de trastorno adaptativo con ansiedad: evaluación, tratamiento y seguimiento. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 6, 53-59.
- Hexheimer, A., Mintzes, B. (2004). Antidepressants and adverse effects in Young patients: uncovering the evidence. *CMAJ*, 170, 487-489.
- Holmes, T. y Rahe, R. (1967). Escala de reajuste psicosocial de Tomas Holmes y Richard Rahe [PDF]. Recuperado de <https://extension.uned.es/>
- Hyman, S.E. y Rudofe, M.V. (2009). Anxiety disorders [PDF]. Recuperado de www.nimh.nih.gov/
- Iruela, L.M., Picazo, J. y Peláez, C. (2007). Tratamiento farmacológico de la ansiedad. *Medicine*, 9(84), 5421-5428.
- Jäger, M., Frasch, K. y Becker, T. (2008). Adjustment disorders. Nosological state and treatment options. *Psychiatrische Praxis*, 35(5), 219-225.
- Jureidini, J., Doecke, C., Mansfield, P.R., Haby, M., Menkes, D.B. y Tonkin, A. (2004). Efficacy ad safety of antidepressants for children and adolescents. *British Medical Journal*, 328(7444), 879-883.
- Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (2004). Sinopsis de Psiquiatría. Madrid: Waverly Hispánica.
- Katzman, J. y Geppert, C. (2009). Adjustment disorders. En B.J. Sadock, V.A. Sadock y P. Ruiz (eds.), *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (pp. 218-2196). Filadelfia, MS: Lippincott Williams and Wilkins.

- Katzman, J.W. y Tomori, O. (2005). Adjustment disorder. En B.J. Sadock y V.A. Sadock (eds.), *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (pp. 2055-2162). Nueva York: Lippincott Williams y Wilkins.
- Kessler, R.C. y Üstün, T.B. (2004). The world mental health (WMH) survey initiative version of the world health organization (WHO) composite international diagnostic interview (CIDI). *International journal of methods in psychiatric research*, 13(2), 93-121.
- Kocalevent, R.D., Mierke, A., Danzer, G. y Burghard, F.K. (2014). Adjustment disorders as a stress-related disorder: A longitudinal study of associations among stress, resources, and mental health. *PLoS One*, 9(5), e97303.
- Kohn, P.M. y Macdonald, J.E. (1992). The Survey of Recent Life Experiences: A decontaminated hassles scale for adults. *Journal of Behavioral Medicine*, 15(2), 221-236.
- Labrador, F.J. (Coord.) (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Lander, F., Friche, C. y Knudsen, H. (2006). Treatment of stress, sick leave and occupational stability. *Ugeskr Laeger*, 168, 4091-4094.
- Lawrence, M., Booth, J., Mercer, S. y Crawford, E. (2013). A systematic review of the benefits of mindfulness-based interventions following transient ischemic attack and stroke. *International Journal of Stroke*, 8(6), 465-74.
- Lichtenthal, W.G., Cruess, D.G. y Prigerson, H.G. (2004). A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clinical Psychology Review*, 24, 637-662.
- Maercker, A., Einsle, F. y Köller, V. (2007). Adjustment Disorders as Stress Response Syndromes: A New Diagnostic Concept and its Exploration in a Medical Sample. *Psychopathology*, 40(3), 134-146.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Enzler, A., Krüsi, G., Höler, E., Maier, C. y Ehlert, U. (2008). Adjustment disorders, posttraumatic stress disorder, and depressive disorders in old age: findings from a community survey. *Comprehensive Psychiatry*, 49 (2), 113-120.
- Menon, S.B. y Jayan, C. (2000). Eye movement desensitization and reprocessing treatment of adjustment disorder. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 32(2), 136-140.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2014). CIE-9-MC. Clasificación Internacional de Enfermedades. Madrid: Gobierno de España.
- Monaghan, J.H., Robinson, J.O. y Dodge, J.A. (1979). The children's life events inventory. *Journal of Psychosomatic Research*, 23(1), 63-68.
- Morera, J. y Calvo, E. Trastornos adaptativos. En Vásquez-Barquero (ed.), *Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid: Aula Médica
- Navas, W. y Vargas, M.J. (2012). Trastornos de ansiedad: Revisión dirigida para Atención Primaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 69(604), 497-507.
- Nguyen, N., Fakra, E., Pradel, V., Jouve, E., Alquier, C., Le Guern, M.E., Micallef, J. y Blin, O. (2006). Efficacy of etiofoxine compared to lorazepam monotherapy in the treatment of patients with adjustment disorders with anxiety: A double-blind controlled study in general practice. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 21, 139-149.
- Oakland, T. y Harrison, P. (2013). *ABAS-II. Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa*. Madrid: TEA Ediciones.
- Organización Mundial de la Salud (1992). CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Meditor: Madrid.
- Parellada, M.J., San Sebastián, J. y Martínez, R. (2009). *ESPERI: Cuestionario para la detección de los trastornos del comportamiento en niños y adolescentes*. Madrid: EOS.
- Pearson Educación (2017). *Inventarios de Beck para niños y adolescentes-2* [PDF]. Recuperado de <https://www.pearsonclinical.es/>
- Pérez, R. (2007). Tratamiento de la ansiedad en el adulto mayor. *Geroinfo*, 2(1), 106-111.
- Pérez-Sales, P. (2009). Trastornos adaptativos y reacciones de estrés. En T. Palomo y M.A. Jiménez- Arriero (eds.), *Manual de Psiquiatría* (pp. 403-417). Madrid: AEN.
- Perkonig, A., Lorenz, L. y Maercker, A. (2018). Prevalence and correlates of ICD-AA adjustment disorder: Findings from the Zurich Adjustment Disorder Study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(3), 189-282.
- Raffo, S. (2008). *Trastornos adaptativos y por estrés* [PDF]. Recuperado de <https://es.scribd.com/>
- Raffo, S. y Pérez-Franco, J.M. (2011). *Trastornos adaptativos y relacionados al estrés* [PDF]. Recuperado de <https://studylib.es/>
- Raheb, C. (2009). Clasificación en Paidopsiquiatría. Concepto y Enfoques. Sistema de Clasificación: DSM-IV, CIE-10 [PDF]. Recuperado de <http://www.paidopsiquiatria.cat/>
- Regier, D.A., Kuhl, E.A. y Kupfer, D.J. (2013). The DSM-5: Classification and criteria changes. *World Psychiatry*, 12(2), 92-98.
- Remor, E. y Carrobes, J.A. (2001). Versión Española de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14): Estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y estrés*, 7, 195-201.
- Reyes-Ticas, J.A. (2012). *Trastornos de ansiedad: Guía práctica para diagnóstico y tratamiento* Biblioteca virtual en salud [PDF]. Recuperado de www.bvshn
- Robles, H. (2014). Trastornos adaptativos. En V. E. Caballo, I.C. Salazar y J.A. Carrobes (eds.) (2ª Ed.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 707-727). Madrid: Pirámide.

- Robles-Ortega, H., Peralta-Ramírez, M.I. y Navarrete-Navarrete, N. (2006). Validación de la versión española del inventario de vulnerabilidad al estrés de Beech, Burns y Scheffield. Granada: Sider.
- Rodríguez, D. (2013). Psicopatología General [PDF]. Recuperado de <https://www.monografias.com/>
- Rodríguez, R., Caja, M. y Gracia, P. (2013). Inteligencia Emocional y Comunicación: la conciencia corporal como recurso. *Revista de Docencia Universitaria*, 11, 213-241.
- Rojas, S., Campos, D., Molés, M. y Quero, S. (2017). Prevalencia y tipología de eventos estresantes en una muestra española con trastorno adaptativo: un estudio exploratorio. *Ágora de Salud*, 4(34), 325-334.
- Sánchez, D. (2018). El trastorno invisible: Revisión de la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual Focalizada en el Trauma en población infantil y adolescente con sintomatología de Trauma Complejo (Trabajo Fin de Master). Universitat Jaume I, Castellón, España.
- Santacruz, I., Orgilés, M., Rosa, A.I., Sánchez-Meca, J., Méndez, X. y Olivares, J. (2002). Ansiedad generalizada, ansiedad por separación y fobia escolar: el predominio de la terapia cognitivo-conductual. *Psicología conductual*, 10(3), 503-521.
- Seligman, M. E., Steen, T., Park, N. y Peterson, C. (2005). Positive Psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421.
- Somers, J.M., Goldner, E.M., Waraich P. y Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders A systematic review of literature. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), 100-113.
- Srivastava, M., Talukdar, U. y Lahan, V. (2011). Meditation for the management of adjustment disorder anxiety and depression. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 17(4), 241-5.
- Strain, J.J. y Diefenbacher, A. (2008). The adjustment disorder: The conundrums of the diagnoses. *Comprehensive Psychiatry*, 49(2), 121-130.
- Strain, J.J., Klipstein, K.G. y Newcorn, J.H. (2010). Adjustment disorders. En R.E. Hales, S.C. Yudofsky y G.O. Gabbard (eds.). *Essentials of Psychiatry* (pp. 255-269). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Téllez, J.M., López-Torres, J., Boix, C., David, Y., Villena, F. y Párraga, I. (2007). Revisión clínica del tratamiento de los trastornos de ansiedad. *Rev Clin Med Fam*, 2(2), 76-83.
- Trianes, M.V., Blanca, M.J., Fernández-Baena, F.J., Escobar, M. y Maldonado, E.F. (2011). IECL. Inventario de estrés cotidiano infantil. Madrid: TEA Ediciones.
- Ulloa-Flores, R.E., Peña-Olvera, F. y Nogales-Imaca, I. (2011). Tratamiento multimodal de niños y adolescentes con depresión. *Salud mental*, 34(5), 403-407.
- Vallejo, B. (2015). Personalidad, afrontamiento y positividad en pacientes con trastorno adaptativo (Tesis Doctoral). Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, España.
- Vallejo, B. y Pérez, A.M. (2015). Positividad y afrontamiento en pacientes con trastorno adaptativo. *Anales de psicología*, 31(2), 467-471.
- Vanin, J.R. (2008). Adjustment disorder with anxiety. En J.R. Vanin, J.D. Hulsley y D. James (eds.), *Anxiety disorders: A pocket guide for primary care* (pp. 129-134). Totawa, NJ: Humana Press.
- Vera, B., Carbelo, B. y Vecina, M. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 40-49.
- Villegas, J.M. (2019). Adaptación e implementación de un modelo de intervención psicoeducativa [PDF]. Recuperado de <https://www.researchgate.net/>
- Wakefield, J.C. (2010). Misdiagnosing normality: Psychiatry's failure to address the problem of false positive diagnoses of mental disorder in a changing professional environment. *Journal of Mental Health*, 19(4), 337-351.
- Wakefield, J.C. (2012). DSM-5: Proposed changes to depressive disorders. *Current Medical Research and Opinion*, 28(3), 335-343.
- World Health Organization (1979). *International classification of diseases, injuries and causes of death*. Ginebra: World Health Organization.
- World Health Organization (2019). CIE-11. Clasificación Internacional de Enfermedades. Recuperado de <https://icd.who.int/es/>
- World Organization of National Colleges-Academies (1999). *Clasificación de la WONKA en Atención Primaria*. Barcelona: Masson.
- Ylla, L. (2008). Algunos aspectos psicodinámicos de los trastornos de ansiedad. *Avances en salud mental relacional*, 7(3).

26.- CAPÍTULO 26: TRASTORNOS RELACIONADOS CON TRAUMAS Y FACTORES DE ESTRÉS: TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

(INCLUYE: TRASTORNOS POR ESTRÉS AGUDO)

Beatriz Mongil López. Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Soraya Geijo Uribe. Psiquiatra. Unidad de Hospitalización Regional de Psiquiatría del Niño y del Adolescentes. H. Clínico Universitario de Valladolid

26.1.- Trastorno por estrés postraumatico

26.1.1.- Introducción

Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés son aquellos en los que la exposición a un evento traumático o estresante aparece de manera explícita como criterio diagnóstico. Cada año, millones de niños en el mundo experimentan algún suceso traumático extremo. Estos incluyen entre otros desastres naturales, accidentes de tráfico, enfermedades graves potencialmente mortales y que puedan asociar procedimientos médicos dolorosos asociados, abuso físico o sexual, violencia intrafamiliar o la repentina muerte de un progenitor... De estos niños aproximadamente un 40% desarrollarán un problema neuropsiquiátrico crónico que puede afectar significativamente su funcionamiento emocional, académico y social. El trastorno impacta a la totalidad del sujeto interfiriendo en el desarrollo de todas las áreas de la personalidad, dada su especial adaptación y vulnerabilidad a los eventos externos.

26.1.1.1.- Estrés y adaptación

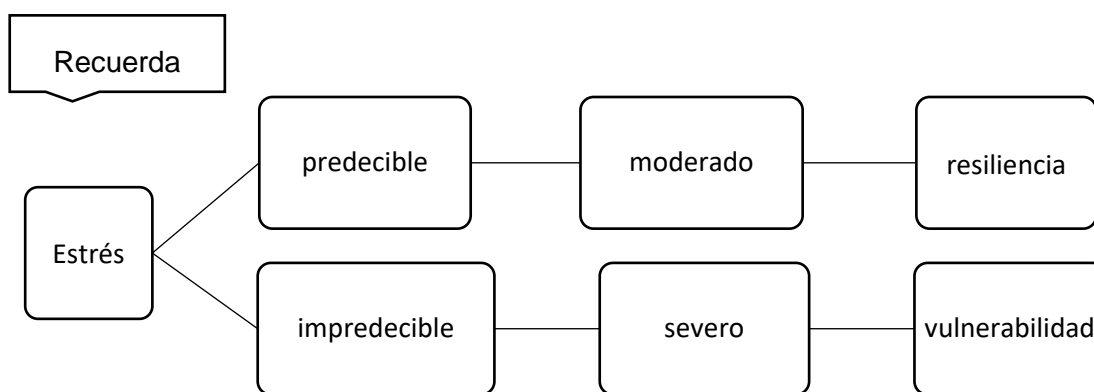
Entendemos como *estrés esa situación o condición que obliga a nuestro sistema neurofisiológico de regulación a interrumpir su homeostasis*. Los niveles de excitación y el “estrés” asociado con la novedad y las conductas exploratorias ayudarán al niño en su desarrollo y en encontrar estrategias de afrontamiento, pero si esta tensión es grave, imprevisible, prolongada o crónica los mecanismos de compensación se verán incapaces de recuperar el estado anterior a la homeostasis. Un estrés predecible, de moderada intensidad estructura una mejor capacidad para recuperarse frente a la adversidad. **La resiliencia** sería esa capacidad del ser humano de sobreponerse a las situaciones negativas y recuperar el estado previo. Determinados eventos traumáticos “reorganizan” los patrones de equilibrio y se generaran un conjunto persistente de

respuestas compensatorias diferentes, una nueva homeostasis, pero más disfuncional. Tras un suceso traumático determinados niños experimentarán algunos signos persistentes (cognitivos, conductuales, fisiológicos y emocionales) relacionados con los cambios en la homeostasis interna.

Las respuestas adaptativas individuales al estrés varían en cada uno de los niños y en el trauma esta individualidad también se presenta. El carácter específico de respuestas de un niño a un evento traumático dado dependerá de la naturaleza, la duración, el patrón de trauma, las características del niño, su situación familiar y social.

En algunos casos, los sistemas de respuesta al estrés no vuelven a la homeostasis del pre-evento. En estos casos, los signos y los síntomas se vuelven tan severos, persistentes y perjudiciales que alcanzan el nivel de un trastorno clínico. En un nuevo contexto y ante la ausencia de una verdadera amenaza externa, presentará de forma persistente una respuesta desadaptativa.

Ilustración 26-1: Reacción al estrés



26.1.2.- Definición

El TEPT surge como una respuesta a un acontecimiento de naturaleza *extraordinariamente* amenazante o catastrófica, que causaría en si misma malestar generalizado en casi todo el mundo. El niño o adolescente debe ser una víctima directa o ser testigo de ello y el suceso debería ser capaz de causarle la muerte, lesiones o amenazar su integridad física o la de otra persona. También podría producirse si alguien significativo para él ha corrido tal peligro.

En 1920 Freud definió el trauma psíquico como un enquebro en la barrera a los estímulos, o una ruptura de las defensas protectoras frente a los estímulos. En 1926 agrega que la sensación de total impotencia y desvalimiento caracterizan el trauma psíquico. El concepto de Freud ha sido posteriormente operacionalizado como un evento intenso, severo e inesperado que sobrepasa las capacidades de defensa y adaptación, poniendo al individuo en una situación de desamparo y desvalimiento.

En las décadas de los 40 y 50 el trauma psíquico se concebía como que los "nervios" de la madre creaban los "nervios" en el niño. En esta misma época David Levy muestra que los niños pueden sentir terror y ser traumatizados al igual que los adultos, sugiriendo una analogía entre los niños y adultos en la respuesta a un evento traumático. En 1943 Burlingham reconoce que los síntomas de estrés traumático también se podían encontrar en los niños que habían vivido una guerra.

En 1956 Block, Siber y Berry desarrollan la primera escala para estudiar a niños traumatizados a través de una evaluación a los padres de estos niños afectados.

En la década del 60 Lifton realiza un estudio de los sobrevivientes de Hiroshima, de los cuales algunos eran niños al momento del estallido de la bomba atómica, encontrando síntomas

como embotamiento psíquico, "sensación de invencibilidad" y culpa en los sobrevivientes. El Holocausto Europeo cobró especial atención en los investigadores por la cronicidad de sus efectos.

En la década de los 70 se realizan estudios importantes que focalizan la atención en el niño traumatizado propiamente. En 1972 Newman, a través de técnicas proyectivas estudió a 11 niños que se salvaron de un derrumbe de la represa Buffalo Creek, encontrando que presentaban una alteración del sentido de la realidad, un aumento de la vulnerabilidad al estrés, una alteración del sentido del propio poder y sensaciones de fragmentación y muerte temprana.

Posteriormente, en 1976, Terr comenzó el primer estudio prospectivo en un grupo de niños con desorden de estrés post-traumático. Este estudio permitió delinear los signos y síntomas del trauma infantil, los que agrupó en 4 categorías:

1. Desórdenes Cognitivos perceptuales
 2. Colapso en el desarrollo
 3. Compulsión a la repetición
 4. Contagio
- No se encontró *flash-back*.

En el año 1980, se establece el diagnóstico de Trastorno por Estrés Post Traumático (Post Traumatic Stress Disorder, PTSD) en el DSM-III. A partir de aquel momento ha ido creciendo exponencialmente el interés en este trastorno, materializado en cientos de publicaciones científicas, investigaciones, creación de asociaciones, desarrollo de nuevos abordajes terapéuticos, etc.

En las actuales clasificaciones DSM 5 se diferencia los criterios en relación a la edad, de tal manera que se aplican criterios específicos para menores de 6 años frente a los mayores de esa edad que ya se establecerían en criterios generales de TEPT. A continuación, se reflejan los criterios de TEPT en menores de 6 años:

Tabla 26-1: Criterios diagnósticos de TEPT en niños menores de 6 años (DSM 5)

<p>A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Experiencia directa de los sucesos traumáticos. • Presencia directa de los sucesos ocurridos a otros, especialmente a los cuidadores primarios. • Conocimiento de que los sucesos traumáticos han ocurrido a uno de los padres o cuidadores. <p>Nota: No incluye sucesos que solamente se han visto en medios electrónicos, televisión, películas o fotografías.</p> <p>B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados a los sucesos traumáticos, que comienzan después de los sucesos traumáticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos de los sucesos traumáticos. Nota: Los recuerdos espontáneos e intrusivos pueden no ser necesariamente angustiosos y se pueden expresar como recreación en el juego. • Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con los sucesos traumáticos. Nota: Puede resultar imposible determinar que el contenido aterrador está relacionado con el suceso traumático. • Reacciones disociativas (por ejemplo, escenas retrospectivas) en las que el niño siente o actúa como si se repitiera los sucesos traumáticos. (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.) La representación específica del trauma puede tener lugar en el juego. • Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto de los sucesos traumáticos. • Reacciones fisiológicas importantes a los recordatorios de los sucesos traumáticos. <p>C. Ha de estar presentes uno (o más) de los síntomas siguientes, que representan evitación persistente de los estímulos asociados a los sucesos traumáticos o alteración cognitiva y del estado de ánimo asociada a los sucesos traumáticos, que comienza o empeora después de los sucesos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitación

- Evitación persistente de los estímulos
- Evitación o esfuerzos para evitar actividades, lugares o recordatorios físicos que despiertan el recuerdo de los sucesos traumáticos.
- Evitación o esfuerzos para evitar personas, conversaciones o situaciones interpersonales que despiertan el recuerdo de los sucesos traumáticos.
- Alteración cognitiva
- Aumento importante de la frecuencia de estados emocionales negativos (por ejemplo, miedo, culpa, tristeza, vergüenza, confusión).
- Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas, que incluye disminución del juego.
- Comportamiento socialmente retraído.
- Reducción persistente de la expresión de emociones positivas.

D. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada a los sucesos traumáticos, que comienza o empeora después de los sucesos traumáticos, como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

- Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresa típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos (incluidas pataletas extremas).
- Hipervigilancia.
- Respuesta de sobresalto exagerada.
- Problemas con concentración.
- Alteración del sueño (por ejemplo, dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

E. La duración de la alteración es superior a un mes.

F. La alteración causa malestar clínicamente significativo o problemas en la relación con los padres, hermanos, compañeros u otros cuidadores, o en el comportamiento en la escuela.

G. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, medicamento o alcohol) u otra afección médica.

Especificar si: Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés posttraumático y el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de uno de los cuadros siguientes:

- Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego, y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (por ejemplo, como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
- Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (por ejemplo, el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, desvanecimiento) u otra afección médica (por ejemplo, epilepsia parcial compleja).

Especificar si: Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

26.1.3.- Epidemiología

Los datos sobre la prevalencia del trastorno de estrés posttraumático son un tanto dispares, debido a que proceden de estudios con notables diferencias metodológicas, sobre todo a nivel de los criterios diagnósticos y en los instrumentos de evaluación utilizados.

En los datos de TEPT en la población adulta, los estudios encuentran una incidencia de por vida de TEPT que van del 3 al 14 %. Estudios similares en los adolescentes encuentran las cifras de incidencia entre el 2 y 5%. Estas cifras se refieren a las estimaciones de la población total. Cuando se examina una muestra de los niños expuestos al trauma, sin embargo, estas cifras se disparan. Estudios controlados documentan que entre el 15 y el 90% de los niños expuestos a eventos traumáticos desarrollan el TEPT.

Existiendo estudios que muestran que cuando el agente estresante es lo bastante intenso y el niño lo sufre de forma directa, la experiencia resulta traumática en todos los casos, al margen de otros factores como el nivel de desarrollo, los antecedentes personales o diversos factores familiares que, sin embargo, sí se ha comprobado que influyen en otras situaciones potencialmente causantes de trastorno de estrés posttraumático.

No existe acuerdo en la influencia del sexo en el desarrollo de los síntomas de TEP; algunos investigadores han encontrado diferencias de sexo tras la exposición a un acontecimiento

traumático y otros no. Tampoco existe acuerdo en cuanto al papel que desempeña la edad del niño en el momento de la exposición.

Respecto a diferentes etnias y culturas, diversos estudios han documentado que el trastorno de estrés postraumático se observa en todos los grupos étnicos y culturales.

Tabla 26-2: Factores relacionados con el desarrollo de un TEPT

Relacionados con factores individuales	<ul style="list-style-type: none"> • Mujer. • Joven. • Factores genéticos (relacionados con el transportador de serotonina, genes implicados en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal, etc.). • Antecedentes personales y familiares psiquiátricos (sobre todo ansiedad y depresión). • Personalidad: alto neuroticismo y evitación. • Factores adversos en la infancia. • Trauma previo. • Bajo coeficiente de inteligencia
Relacionados con factores ambientales	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo nivel socioeconómico. • Minoría étnica. • Bajo soporte social. • Nivel educativo bajo.
Relacionados con el trauma	<ul style="list-style-type: none"> • La intensidad, gravedad o duración del trauma. • Si resultó herido o perdió a alguien importante en su vida. • La intensidad de la reacción al trauma, es decir, la gravedad de los síntomas agudos: si lloró, mostró mucha ansiedad, vomitó, experimentó dolor, etc. • El grado de control que sintió sobre lo sucedido. • Si la intención del evento era hacer daño. • Si lo ha generado otro ser humano

26.1.4.- Características diagnósticas

La característica esencial es el desarrollo de los síntomas específicos tras la exposición a uno o más eventos traumáticos. Para los niños un evento de violencia sexual podría ser una experiencia sexual inapropiada para su edad de desarrollo sin violencia ni lesiones físicas.

En los niños pequeños (menores de 6 años) la reconstrucción de los acontecimientos relacionados con el trauma puede aparecer en forma de juego o en los estados disociativos. Dadas sus limitaciones cognitivas y de expresión verbal es preciso buscar síntomas de ansiedad adecuados a su nivel de desarrollo (miedo a monstruos o extraños, preocupación ante determinadas palabras, ansiedad de separación...)

En los niños de entre 6-11 años suelen mostrar recurrentemente la representación del trauma en el juego, los dibujos o las verbalizaciones. Suelen tener un sentido desvirtuado del tiempo en lo que se refiere al hecho traumático y son frecuentes los trastornos del sueño.

En los adolescentes suelen aparecer comportamientos irritables o agresivos, suelen juzgarse a sí mismos como cobardes y tienden a conductas evasivas con resistencia a buscar oportunidades de desarrollo (por ejemplo, citas, sacarse el carné...). En varones es más frecuente la presencia de actividades de riesgo o búsqueda de emociones fuertes.

Determinados eventos traumáticos como el abuso infantil aumentan el riesgo de suicidio de una persona a lo largo de su vida.

Tabla 26-3: Posibles síntomas y signos de TEPT

- ✘ Pensamientos, recuerdos o sueños desagradables de carácter invasor.
- ✘ Flashbacks o rememoración del acontecimiento traumático de forma espontánea o en respuesta a recuerdos directamente relacionados con algún aspecto concreto del trauma estresante. Puede consistir en olores, sonidos, imágenes o impresiones centradas en el momento del trauma.
- ✘ Conductas repetitivas en relación con la experiencia traumática.
- ✘ Conductas de evitación: los niños van a intentar eludir cualquier pensamiento, sentimiento o actividad que les desencadene el malestar asociado al suceso traumático.
- ✘ Aumento de la activación o hiperactivación fisiológica.
- ✘ Cambios en la afectividad: frecuentes en niños en edad escolar.
- ✘ Cambios en las expectativas, inseguridad respecto al futuro: frecuente en adolescentes.

Es importante señalar que el diagnóstico precoz de TEPT puede evitar una afectación severa en el funcionamiento cognitivo y en el desarrollo evolutivo del niño, de ahí la importancia de una identificación precoz y un tratamiento adecuado.

El TEPT en el niño aparece con frecuencia asociado a otros trastornos psiquiátricos como el trastorno depresivo mayor y la distimia. Varios investigadores han informado de la alta tasa de comorbilidad entre trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad de separación, agorafobia, y otros trastornos pertenecientes a este grupo en niños con TEPT.

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad aparece frecuentemente asociado a la exposición a un acontecimiento traumático, aunque estos niños no cumplan criterios para diagnosticar TEP. Además de TDAH, se ha observado una alta relación entre TEP y otros trastornos externalizantes, como el Trastorno Oposicionista Desafiante y el Trastorno de Conducta. El TEP puede a su vez exacerbar los síntomas de Trastorno Oposicionista Desafiante, y la exposición a un acontecimiento traumático en la niñez puede contribuir a una hipotética progresión de TDAH a Trastorno Oposicionista Desafiante.

Existe también una importante comorbilidad entre TEPT y abuso de sustancias en adolescentes, quizás en parte debido a la auto-administración de drogas y alcohol para aplacar la reexperimentación de síntomas relacionados con el acontecimiento traumático.

Finalmente, existe evidencia preliminar de comorbilidad entre el TEPT y los trastornos disociativos en niños que han sufrido abuso físico o sexual. También se ha encontrado una alta comorbilidad con el Trastorno Límite de Personalidad en niñas que han sufrido abuso sexual; en algunos estudios más de la mitad de estas niñas informaron de historia de abuso sexual. Algunos autores incluso han especulado con la idea de que el TLP puede ser en realidad una forma muy severa de TEP más que una categoría diagnóstica aislada, aunque hasta el momento esta idea no ha podido ser demostrada empíricamente.

26.1.5.- Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial del TEPT infantil incluye los trastornos de adaptación, otros trastornos de ansiedad, trastornos del humor, y raramente trastornos psicóticos.

Los flashbacks y otros fenómenos de reexperimentación pueden manifestarse de forma muy similar a alucinaciones, ilusiones u otros síntomas psicóticos. Síntomas disociativos como afecto aplanado, comportamiento desorganizado y retraimiento social pueden presentarse de forma similar a los trastornos psicóticos cuando se dan en el contexto de una situación amenazante. En estos casos, si el clínico no está informado del acontecimiento traumático previo, puede ser muy difícil distinguir esta presentación de un verdadero trastorno psicótico. Además, el TEPT puede presentarse con síntomas muy similares a los de un trastorno depresivo con síntomas psicóticos, o incluso estas dos condiciones pueden coexistir.

26.1.6.- Evaluación

Debe realizarse entrevista clínica cuidadosa directamente al niño/ adolescente. Esa evaluación inicial a través de la entrevista clínica bien dirigida debe ser complementada con otras técnicas como la representación, los dibujos, las marionetas, el roleplaying, la técnica de la caja... que nos permite analizar la experiencia del niño así como el significado y las atribuciones subjetivas. Esta evaluación debe enmarcarse dentro del contexto del desarrollo y de su ámbito social. Algunos aspectos del complejo sintomático son mejor relatados por el niño afectado, otro por los padres y aún otros por los profesores u otros observadores. Dentro del ámbito social es importante tener en cuenta variables como las adversidades secundarias, el funcionamiento familiar, los vínculos previos... En la necesaria entrevista con los padres hay que tener en cuenta que el adulto suele tener una respuesta inicial de negación y minimizar los síntomas en los niños con un deseo de asegurarse de que no ha sido dañado.

Aunque no hay ningún instrumento diagnóstico que pueda reemplazar a la entrevista clínica, existen varios instrumentos de evaluación en el TEPT en niños y adolescentes que nos permiten hacer evaluaciones más estandarizadas así como una evaluación dimensional de los síntomas del trastorno. En la Tabla 26-4 se recogen algunos de estos instrumentos de evaluación.

Tabla 26-4: Instrumentos de evaluación del trastorno de estrés postraumático en niños y adolescentes (Bobes et al. 2000)

<p>-Trauma Exposure Symptom Inventory-Parent Report (TESI-PR) -Trauma Exposure Symptom Inventory-Parent Report Revised (TESI-PRR) - Violence Exposure Scale for Children-Preschool Version (VEX-PV) - Violence Exposure Scale for Children-Revised Parent Report (VEX-RPR).</p> <p>Con respecto a los instrumentos de medidas de síntomas y de diagnóstico: The Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC) Posttraumatic Stress Disorder Semi-Structured Interview and Observation Record PTSD Symptoms in Preschool Children (PTSDPAC) Posttraumatic Symptom Inventory for Children (PT-SIC) Modified Semi-Structured Interview and PTSD Reaction Index (PTSD-RI) The Preschool Aged Psychiatric Assessment (PAPA) The Child Behavior Checklist (CBCL)</p>
--

26.1.7.- Abordaje terapéutico

Son pocos los estudios terapéuticos publicados centrados específicamente en niños y muchas veces nos planteamos que las tácticas que utilizamos para el TEPT en adultos, puedan ser también beneficiosas para niños. En general se recomienda un modelo de “prevención e intervención” entendido como, apoyo y refuerzo de las habilidades de afrontamiento para las respuestas anticipadas de aflicción y trauma, tratamiento de los síntomas agudos de TEPT y tratamiento de los trastornos que pueden aparecer en el contexto del trauma.

Normalmente el primer pilar del tratamiento es un tratamiento de tipo psicoterapéutico con una **terapia cognitivo conductual (CBT)**, estas estrategias conductuales pueden usarse, adaptadas al ritmo de cada niño, para ayudarlo a desensibilizarse de los aspectos traumáticos de lo sucedido; Según un amplio consenso de expertos clínicos debe reunir los siguientes componentes:

- 1- Terapia de exposición gradual: es la exploración directa sobre el hecho traumático para intentar que el niño “domine” el hecho traumático, disminuyendo los síntomas de alerta y menor afecto negativo.
- 2.-Procesamiento cognitivo del acontecimiento traumático o reestructuración cognitiva: trabajo sobre atribuciones erróneas.

3- **Psicoeducación:** Centrado en los niños y en trabajo con los padres, consiste en enseñarles técnicas de manejo de la conducta y resolver su propio malestar por el hecho traumático.

4- **Entrenamiento en técnicas de reducción de estrés:** como por ejemplo relajación muscular, parar el pensamiento, imágenes positivas o técnicas de relajación profunda.

Otra técnica psicoterapéutica relativamente nueva que ha sido empleada en el TEPT es **la técnica de Desensibilización y Reprocesamiento mediante Movimientos Oculares** (Eye Movement Desensitization and Reprocessing —**EMDR**—). La EMDR es una forma de psicoterapia que incluye terapia basada en la exposición (con múltiples exposiciones breves e interrumpidas relacionadas con los acontecimientos traumáticos), movimientos oculares y recuerdo y verbalización de los recuerdos traumáticos. Durante la EMDR se le pide al paciente que se concentre en el movimiento lateral del dedo del clínico mientras mantiene una imagen mental de la experiencia traumática, pero que no analice la experiencia. La creencia general es que los síntomas se pueden aliviar cuando los pacientes elaboran el suceso traumático mientras se encuentran en un estado de relajación profunda.

La evidencia científica disponible sitúa esta técnica en un estudio preliminar, con resultados dispares acerca de si la mejoría clínica puede persistir en el tiempo.

26.1.7.1.- La terapia de apoyo

Las terapias de grupo y la terapia familiar constituyen intervenciones complementarias que pueden ser importantes para el tratamiento. La terapia de familia es particularmente útil para tratar las necesidades de los niños y mejorar el apoyo emocional dentro de la familia. Suele indicarse de forma complementaria a la CBT ya que los estudios muestran menor efectividad para disminuir la sintomatología de TEP que la terapia cognitivo-conductual.

26.1.7.2.- Intervenciones farmacológicas

Aunque el TEPT tiene un origen exógeno y la necesidad de un tratamiento psicológico es clara, los fármacos pueden desempeñar un papel importante para reducir los síntomas debilitantes del TEPT y así poder enfrentarse a elementos relacionados con el trauma durante la terapia. Actualmente no hay ninguna medicación que cuente con una indicación aceptada en el tratamiento del TEPT infantil, los datos procedentes de adultos y la experiencia clínica en otros trastornos de la infancia proporcionan cierta orientación a la hora de seleccionar sustancias farmacológicas.

Es posible que los ISRS sean los fármacos de primera elección en niños debido a su utilidad de amplio espectro en los trastornos de ansiedad. Los ISRS pueden ser eficaces en cuanto a reducir la reexperimentación asociada al trauma, la ansiedad y los síntomas secundarios del estado de ánimo.

Las sustancias adrenérgicas como la clonidina, la guanfacina y el propanolol reducen el tono simpático y pueden ser eficaces para tratar los síntomas de hiperventilación, impulsividad, activación, problemas de sueño y pesadillas. La clonidina se utiliza particularmente para reducir las respuestas de sobresalto.

Los estabilizadores del estado del ánimo como el litio, valproato y la carbamazepina pueden utilizarse en los casos de inestabilidad afectiva grave.

Los neurolépticos atípicos como risperidona, olanzapina, la quetiapina o el aripiprazol pueden ser útiles en el TEPT infantil para aquellos casos de agresividad acusada, autolesiones o sintomatología psicótica.

Tabla 26-5: Tratamiento en el TEPT

Terapia cognitivo-conductual (CBT)	Incluye: 1.Terapia de exposición gradual 2.Reestructuración cognitiva 3.Psicoeducación 4.Entrenamiento en técnicas de reducción de estrés -Efectividad en estudios aleatorios comparativos - Tratamiento de primera línea para el TEP en niños y adolescentes
Desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares (EMDR)	-Técnicas de exposición y reprocesamiento cognitivo administradas en un numero limitado de sesiones - La evidencia científica disponible sitúa esta técnica en un estudio preliminar
Terapia de apoyo	-Estudios muestran menor efectividad para disminuir la sintomatología de TEP que la terapia cognitivo-conductual - No debe considerarse como abordaje de primera elección
Intervenciones farmacológicas	ISRS Clonidina Propanolol Antiepilépticos Antipsicóticos atípicos

26.2.- Trastorno por estrés agudo

En este trastorno la característica esencial es el desarrollo de los mismos síntomas de TEPT pero con una duración de 3 días a 1 mes tras la exposición a uno o más eventos traumáticos.

Una vez pasado el periodo inicial y entendiendo que puede ser prioritario estabilizar otros problemas médicos asociados, sí que es necesario incluir una evaluación psiquiátrica completa que evalúe específicamente los síntomas de trastorno por estrés agudo (disociativos, reexperimentación, evitación/embotamiento y síntomas de hiperactivación) y con un especial cuidado en recoger su secuencia temporal respecto al trauma (es decir antes frente a después de un mes)

Aproximadamente la mitad de los niños/adolescentes que finalmente desarrollan un TEPT presentan inicialmente un trastorno por estrés agudo.

Es posible que los niños y adolescentes evaluados en horas o días posteriores a un trauma agudo acudan con síntomas fisiológicos y emocionales exagerados (insomnio, agitación, disociación...) la experiencia clínica indica que estas personas se pueden beneficiar de las intervenciones psicoterapéuticas y psicoeducativas de apoyo. Es posible que la farmacoterapia puntual sea de elección cuando el grado de malestar imposibilite la aplicación de cualquier otra estrategia no farmacológica.

Los criterios recomendados por el (DSM-5)

Estos criterios incluyen síntomas intrusivos, estado de ánimo negativo, y síntomas de disociación, evitación y alerta. Para cumplir con los criterios diagnósticos, los pacientes deben haber estado expuestos directa o indirectamente a un evento traumático, y deben estar presentes ≥ 9 de los siguientes síntomas durante un período entre 3 días y 1 mes

- Recuerdos angustiantes, recurrentes, involuntarios e intrusivos del evento
- Sueños angustiantes recurrentes sobre el evento
- Reacciones disociativas (p. ej., flashbacks) en las que los pacientes sienten como si el evento traumático se estuviese repitiendo

- Intensa angustia psicológica o fisiológica cuando recuerda el episodio (p. ej., por su aniversario, por sonidos similares a los que escuchó durante el evento)
- Incapacidad persistente de sentir emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción, sentimientos amorosos)
- Un sentido de la realidad distorsionado (p. ej., sentirse confundido, el tiempo enlentecido, percepciones distorsionadas)
- Incapacidad de recordar una parte importante del evento traumático
- Esfuerzos para evitar recuerdos angustiantes, pensamientos o sentimientos asociados con el evento
- Esfuerzos para evitar factores externos que rememoran el suceso (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones)
- Trastorno del sueño
- Irritabilidad o crisis de enojo
- Hipervigilancia
- Dificultades para concentrarse
- Respuesta de sobresalto exagerada

Además, las manifestaciones deben provocar malestar intenso o deteriorar significativamente el funcionamiento social u ocupacional, y no deben ser atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otro trastorno médico.

26.3.- Trastorno adaptativo

La mayoría de los criterios diagnósticos en Psiquiatría tienden a subrayar los comportamientos observables o las experiencias internalizadas, por el contrario en el trastorno adaptativo se centran en el vínculo existente entre los factores estresantes y los síntomas psicológicos.

26.3.1.- Definición

El trastorno adaptativo se caracteriza por la presencia de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un factor de estrés identificable que se produce en los tres meses siguientes al inicio del factor de estrés. Estos síntomas deben ir más allá de lo que sería esperable; en la infancia suele manifestarse con disminución del rendimiento en la escuela y con presencia de conflictos en las relaciones sociales.

Para el diagnóstico de trastornos de adaptación, el DSM-5 enumera estos criterios:

- Tener síntomas emocionales o conductuales dentro de los tres meses después de que suceda un determinado factor estresante en tu vida
- Sufrir más estrés del que normalmente se esperaría en respuesta a un suceso de vida estresante o sufrir estrés que provoca problemas significativos en tus relaciones, el trabajo o la escuela
- Los síntomas no son el resultado de otro trastorno de salud mental o parte del duelo normal

El DSM-5 enumera seis tipos diferentes de trastornos de adaptación. Aunque todos están relacionados, cada tipo tiene signos y síntomas específicos. Los trastornos de adaptación pueden ser los siguientes:

- **Con estado de ánimo depresivo.** Los síntomas comprenden, principalmente, llanto y sensaciones de tristeza y desesperanza, así como falta de placer en las cosas que solías disfrutar.
- **Con ansiedad.** Los síntomas comprenden, principalmente, nerviosismo, preocupación, sensación de agobio y dificultad para concentrarte o recordar cosas. Los niños que tienen

un trastorno de adaptación con ansiedad pueden tener mucho miedo de que los separen de sus padres y seres queridos.

- **Con una mezcla de ansiedad y estado de ánimo depresivo.** Los síntomas comprenden una mezcla de depresión y ansiedad.
- **Con alteración de la conducta.** Los síntomas comprenden, principalmente, problemas conductuales, tales como peleas o conducción imprudente de vehículos. Los jóvenes pueden faltar a la escuela o presentar reacciones vandálicas.
- **Con una mezcla de alteración de las emociones y de la conducta.** Los síntomas comprenden una mezcla de depresión y ansiedad, así como problemas conductuales.
- **Sin especificar.** Los síntomas no corresponden a los demás tipos de trastornos de adaptación, pero a menudo comprenden problemas físicos, problemas con la familia o amigos, o problemas en el trabajo o la escuela

En los criterios diagnóstico no requiere la presencia de un número determinado de síntomas pero si debemos recalcar que más allá de cuántos síntomas presente, estos tiene que generar malestar significativo en su actividad diaria, para poderse diferenciar de los niños que sufren estrés pero cuyo funcionamiento general es razonablemente adecuado.

El marco temporal definido para la sintomatología suele ser problemático, la consideración sobre el inicio del factor estresante y su finalización suele ser subjetiva, si bien la mayor parte de los estudios indican el periodo de tiempo medio desde el comienzo de los síntomas hasta la recuperación fue de 7 meses y en prácticamente la mayoría han desaparecido al cabo de los dos años.

26.3.2.- Factores estresantes

Identificar los factores estresantes en los niños/adolescentes es esencial para determinar las formas más adecuadas de intervención preventiva y terapéutica. A diferencia que el TEPT los factores estresantes pueden aparecer con relativa frecuencia en un grupo poblacional dado. El divorcio de los padres, la adaptación a la enfermedad propia o de los progenitores, el rechazo de los compañeros, los cambios de domicilio o de centro escolar suelen ser los más habituales.

26.3.3.- Diagnóstico diferencial

Las categorías diagnósticas relacionadas con el estrés son el trastorno por estrés postraumático (TEPT) y la reacción de duelo. En el TEPT el factor estresante es un acontecimiento traumático en el que se produce una amenaza importante para la seguridad del paciente o de otras personas. En el duelo la causa de estrés es la pérdida de una persona cercana y los síntomas que se presentan en los primeros meses se consideran reacciones propias de aflicción.

En el diagnóstico diferencial también hay que considerar los trastornos depresivos y de ansiedad, la distinción entre ambos no es fácil, si bien en estos trastornos requieren comportamientos más específicos y no necesariamente relacionados con un factor de estrés.

26.3.4.- Tratamiento

El tratamiento está muy influenciado por la situación específica del niño, así en relación a cuál sea el factor estresante se podrá indicar la intervención y medida preventiva adecuada. La respuesta desadaptada puede disminuir si el estrés es eliminado, reducido o el niño se adapta a él. En este sentido el tratamiento de los trastornos adaptativos incluye la psicoterapia con el objetivo de reducir el estresante, mejorar la capacidad de adaptación a los que no puedan ser reducidos o eliminados y proporcionar un estado emocional y sistemas de soporte que favorezcan esta adaptación. La psicoterapia de apoyo, la terapia de familia y la cognitivo conductual pueden ser adecuadas. La psicoterapia breve es indicada en muchos estudios como la más beneficiosa en estos trastornos. El tratamiento farmacológico se puede considerar para aliviar los síntomas

reactivos del niño (insomnio, ansiedad, crisis de pánico...) de forma más inmediata; no obstante el trastorno adaptativo es por definición autolimitado por lo que plantearnos otros tratamiento más a largo plazo sólo se indicarían cuando no han respondido a psicoterapia u otras medidas de apoyo.

26.4.- Bibliografía

- Guías Clínicas para el Tratamiento de los Trastornos Psiquiátricos. Tratamiento de los trastornos por estrés agudo y estrés postraumático. American Psychiatric Association.
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM 5. 5ª Edición. Editorial Panamericana
- Trastorno de estrés postraumático. Bobes, J., Bousuño, M., Calcedo, A., González, M.P. Masson. Barcelona. 2000.
- Soutullo C, Mardomingo MJ (coord.) (2010). Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. AEPNYA Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Edición Madrid: Ed Panamericana.
- Wiener, J. y Dulcan, M. (2006). Tratado de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Barcelona: Ed. Masson.

27.- CAPÍTULO 27: TRASTORNOS DISOCIATIVOS

(INCLUYE: TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO, AMNESIA DISOCIATIVA, TRASTORNO DE DESPERSONALIZACIÓN/DESREALIZACIÓN)

Pilar Ferreira Frías, Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Carlos Imaz Roncero. Psiquiatra. Equipo de Salud Mental Infantojuvenil. H. Universitario Río Hortega. Profesor Asociado de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.

27.1.- Introducción: historia y epidemiología

En la prehistoria comienzan los antecedentes de la disociación en relación con las experiencias de los chamanes y de los poseídos. La disociación parece ser una cuestión mucho más universal y presente en las diversas culturas y a lo largo de la historia, muchos más de lo que hoy a primera vista nos aparenta, ya que se ha reducido y restringido mucho la perspectiva de esta.

En los siglos XVIII e inicios del XIX se vinculó con la histeria y la hipnosis, iniciándose del concepto de disociación, como división de la conciencia, a inicios del siglo XIX. El término de disociación fue utilizado por primera vez por el psiquiatra estadounidense, Benjamin Rush en 1812.

Mesmer dio el paso del exorcismo a la psiquiatría dinámica, formulando el magnetismo como un antecedente de la psicoterapia y del hipnotismo que rehabilita Charcot con una visión anatomoclínica. En su obra, *L'automatisme psychologique* (1889) consideró el hipnotismo como un fenómeno patológico, como una forma de histeria, y la sugestión como un síntoma, no su mecanismo patogénico.

Pierre Janet, a finales del siglo XIX, es el primero en demostrar que la disociación es un mecanismo de defensa psicológica contra el desbordamiento causado por una experiencia traumática. Siendo nuclear la alteración de la memoria y la utilización de la hipnosis y la sugestión como intervenciones terapéuticas.

Para Freud la disociación se componía de dos operaciones la disociación (que rompe las asociaciones entre una función del cuerpo y el resto del psiquismo) y el *spaltung* (como forma de separar esta función del resto del psiquismo y la mantiene aparte, infranqueable, manteniéndola así inaccesible a toda asociación) que será utilizado posteriormente por Bleuler como precursor de la escisión psíquica de la esquizofrenia. Freud y el psicoanálisis van a centrarse en un concepto

CAPÍTULO 27: TRASTORNOS DISOCIATIVOS

diferente a la disociación, la represión. Donde se asume que los recuerdos son falsos (son fantasías edípicas), mientras que en la disociación el trauma es real.

En Francia, Moreau de Tours (1845) fue probablemente el primero en utilizar el concepto de disociación per se, ligándolos a los efectos psíquicos de sustancias químicas como el hachís. Otros autores contemporáneos hablan del sonambulismo “natural” e inducido, o de las experiencias de desdoblamiento o división del ego.

Charles Richet (1884) distinguió tres corrientes divergentes en la disociación, en lo que él llamó la existencia intelectual del hombre: (1) la personalidad, es decir, la memoria consciente de nosotros mismos, la edad, el sexo, etc.; (2) las percepciones de acontecimientos fuera de nosotros; y (3) el ego (yo), es decir, la noción de un ser que observa y actúa, siente, piensa y actúa son las características del ego.

También hay autores como Hilgard en la que los fenómenos disociativos son experiencias universales y no necesariamente patológicas en sí mismas. Algunos otros autores coinciden en que las experiencias disociativas operan a lo largo de un continuo en cuyo extremo se ubican las experiencias disociativas normales y relativamente frecuentes, hasta formas más patológicas (Putnam, 1991; Ross, 1996). Los trastornos disociativos representarían las formas más graves y crónicas de la disociación. Sin embargo, una deficiencia de este modelo es que no existe un acuerdo claro respecto de los límites entre disociación normal y patológica.

Otra postura, por el contrario, supone que la disociación es un constructo categorial, es decir que entre la disociación normal y patológica hay una diferencia de clase y no de grado. En este sentido, la disociación patológica estaría relacionada con experiencias profundamente diferentes de las experiencias disociativas normales. Por ejemplo, hay estudios taxonómicos que sugieren que hay categorías cualitativamente diferentes de procesos disociativos, a las cuales el paciente pertenece o no pertenece (Waller, Putnam & Carlson, 1996). De cualquier forma, hasta la fecha, la evidencia a favor de la validez de uno u otro modelo (dimensional o categorial) no ha sido concluyente.

Para algunos autores estos enfoques contemporáneos en los que lo nuclear es la alteración de la conciencia como un continuo frente a la escisión de la memoria, han disminuido la claridad y la coherencia de los análisis de Janet, sin facilitar el trabajo investigación. Porque incluye la despersonalización y la desrealización, que aunque muy presentes en los trastornos disociativos, no son propiamente cuadros disociativos para este autor, al eliminar la división de la memoria y, por tanto, la amnesia en la definición de la disociación.

27.1.1.- Prevalencia

La prevalencia de los Trastornos Disociativos en población general se sitúa entre 9-18%, pero en países desarrollados se habla de una prevalencia de los del 2,4%.

La forma más severa, el Trastorno de Identidad disociativo (despersonalización/desrealización), en un 1-1,5%. Y la fuga disociativa en un 0,2% siendo mayor en caso de guerra o catástrofes. La amnesia disociativa tiene una prevalencia de 1,8%

La prevalencia aumenta en pacientes psiquiátricos ambulatorios se habla de un rango de un 4-21% siendo el Trastorno de Identidad disociativa entre 1-7%, pero quizás es destacable que son muy pocos (entorno al 1%) los que han sido diagnosticados previamente, aunque reciben tratamiento por otros cuadros sin ser diagnosticados. Se observa mayor prevalencia en mujeres con trastornos alimentarios o poblaciones en tratamiento por abuso de sustancias

De hecho, a pesar de las innegables vicisitudes de la memoria autobiográfica en los traumatizados (y no traumatizados), excelentes datos demuestran que el trauma puede ser documentado en el 95% de los niños y adolescentes con DID y formas conexas de Trastorno Disociativo No Especificado (4,5), y los estudios iniciales han demostrado que muchos recuerdos recuperados en la terapia por pacientes con DID pueden ser corroborados con el paso del tiempo.

27.2.- Definición y diagnóstico

Disociar según la RAE es “Separar algo de otra cosa a la que estaba unida” o “Separar los diversos componentes de una sustancia”. Hay múltiples acepciones para el término de disociación.

La disociación puede definirse vagamente como un desprendimiento o ruptura con la realidad y se manifiesta en un amplio espectro de severidad.

Se habla de disociación también a experiencias simples y aparentemente poco patológicas, banales, como puede ser la ensoñación excesiva, en la que hay una implicación con la fantasía, de tal manera que el sujeto se involucra con dicha experiencia. Así puede considerarse la experiencia de involucrarse en una película y desconexión con el entorno, siendo uno absorbido por esta experiencia y presentando formas de comportamiento automático. Y otras experiencias, que ya son consideradas claramente como patológicas, que afectan a la personalidad, la memoria o la identidad personal, como cuando uno no se reconoce así mismo en el espejo.

En los niños pequeños, la disociación se considera a menudo como un proceso normativo relacionado con la imaginación y la capacidad de fantasía. El comportamiento disociativo normativo cambia enormemente en el curso del desarrollo cognitivo, lo que dificulta el establecimiento de criterios simples para determinar cuando dichos fenómenos se consideran niveles patológicos. Los niños más pequeños suelen mostrar olvidos desconcertantes, rápidos cambios en la atención y cambios de identidad, determinados contextualmente, que son comunes y los adolescentes normales comúnmente refieren experiencias transitorias de despersonalización. Varios modelos teóricos se centran en la tendencia natural de los niños pequeños a utilizar su elevada capacidad disociativa en la respuesta defensiva a un trauma abrumador.

En el DSM-5 define la disociación como "una interrupción y/o discontinuidad en la integración normal de la conciencia, la memoria, la identidad propia y subjetiva, la emoción, la percepción, la identidad corporal, el control motor y el comportamiento". Por la tanto uno o más aspectos del funcionamiento psicólogo no son asociados, coordinados y/o vinculados.

En la CIE-10 los trastornos disociativos o de conversión son “la pérdida parcial o total de la integración normal entre los recuerdos del pasado, la conciencia de la identidad y las sensaciones inmediatas, y el control de los movimientos corporales”.

Para la DSM-5 los Trastornos disociativos son un grupo de trastornos diferenciados de los Trastornos conversivos englobados dentro de los Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados.

Tabla 27-1: Comparativa por clasificaciones de los Trastornos Disociados

DSM 5	Cie 10	Cie 11
<p>Trastornos Disociativos</p> <ul style="list-style-type: none"> • F44.81 Trastorno de identidad disociativo • F44.0 Amnesia disociativa • F48.1 Trastorno de despersonalización/ desrealización • F44.89 Otro trastorno disociativo especificado • F44.9 Trastorno disociativo no especificado <p>Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados</p>	<p>(F40-49) Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos</p> <ul style="list-style-type: none"> • F40 Trastorno de ansiedad fóbica • F41 Otros trastornos de ansiedad • F42 Trastorno obsesivo compulsivo • F43 Trastornos de adaptación y reacción a estrés grave • F44 Trastorno de conversión disociativo 	<p>Trastornos disociativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6B60 Trastorno disociativo con síntomas neurológicos <ul style="list-style-type: none"> ▪ 6B60.0, alteración visual ▪ 6B60.1, alteración auditiva ▪ 6B60.2, vértigo o mareos ▪ 6B60.3, otra alteración de la sensibilidad ▪ 6B60.4, crisis no epilépticas ▪ 6B60.5, alteración del habla ▪ 6B60.6, debilidad o paresia ▪ 6B60.7, alteración de la marcha ▪ 6B60.8, alteración del movimiento ▪ 6B60.80, corea ▪ 6B60.81, mioclonía

CAPÍTULO 27: TRASTORNOS DISOCIATIVOS

<ul style="list-style-type: none"> • F45.1 Trastorno de síntomas somáticos • F45.21 Trastorno de ansiedad por enfermedad • Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales) <ul style="list-style-type: none"> ▪ F44.4 Con debilidad o parálisis ▪ F44.4 Con movimiento anómalo (p. ej., temblor, movimiento distónico, mioclonía, trastorno de la marcha) ▪ F44.4 Con síntomas de la deglución ▪ F44.4 Con síntoma del habla (p. ej., disfonía, mala articulación) ▪ F44.5 Con ataques o convulsiones ▪ F44.6 Con anestesia o pérdida sensitiva ▪ F44.6 Con síntoma sensitivo especial (p. ej., alteración visual, olfativa o auditiva) ▪ F44.7 Con síntomas mixtos • F54 Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas • F68.10 Trastorno facticio • F45.8 Otro trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados especificados • F45.9 Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificados 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ F44.0 Amnesia disociativa ▪ F44.1 Fuga disociativa ▪ F44.2 Estupor disociativo ▪ F44.3 Trastorno de trance y posesión ▪ F44.4 Trastorno de disociativo motor ▪ F44.5 Convulsión disociativa ▪ F44.6 Anestesia y pérdida sensorial disociativa ▪ F44.7 Trastornos de conversión disociativo mixtos ▪ F44.8 Otros trastornos de conversión disociativo ▪ F44.9 Trastorno de conversión disociativo no especificado • F45 Trastorno somatomorfo <ul style="list-style-type: none"> ▪ F45.0 Trastorno de somatización • F48 Otras neurosis <ul style="list-style-type: none"> ▪ F48.0 Neurastenia ▪ F48.1 Síndrome de despersonalización/ desrealización ▪ F48.8 Otros trastornos neuróticos específicos ▪ F48.9 Trastornos neuróticos no especificados 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 6B60.82, temblor ▪ 6B60.83, distonía ▪ 6B60.84, espasmo facial ▪ 6B60.85, parkinsonismo ▪ 6B60.8Y, alteración del movimiento ▪ 6B60.8Z, alteración del movimiento, sin especificación ▪ 6B60.9, síntomas cognitivos ▪ 6B60.Y, con otros síntomas especificados ▪ 6B60.Z, sin especificación • 6B61 Amnesia disociativa • 6B62 Trastorno de trance • 6B63 Trastorno de trance y posesión • 6B64 Trastorno de identidad disociativa • 6B65 Trastorno de identidad disociativa parcial • 6B66 Trastorno de despersonalización y desrealización • 6E65 Síndrome secundario disociativo • 6B6Y Otros trastornos disociativos especificados • 6B6Z Trastornos disociativos, sin especificación • 6E65 Síndrome secundario disociativo <p><u>Trastornos de distrés corporal o de la experiencia corporal</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 6C20 Trastorno de distrés corporal • 6C21 Disforia de la integridad corporal • 6C2Y Otros trastornos de distrés corporal o de la experiencia corporal especificados • 6C2Z Trastornos de distrés corporal o de la experiencia corporal, sin especificación <p><u>Trastornos facticios</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 6D50 Trastorno facticio impuesto a uno mismo • 6D51 Trastorno facticio impuesto a otro • 6D5Z Trastornos facticios, sin especificación
---	---	---

Hay una falta de consenso sobre la clasificación diagnóstica de trastornos disociativos, además de la ya señalada, en la CIE 10 y CIE 11 los Trastornos Disociativos son equivalentes a los Trastornos Conversivos, incluyendo cuadros como las crisis seudoepilépticas o convulsión disociativa, la anestesia o pérdida sensorial disociativa. Sólo se incluyen los trastornos de las funciones físicas normalmente bajo control voluntario y la pérdida de sensaciones. Los trastornos que involucran dolor y otras sensaciones físicas complejas mediadas por el sistema nervioso autónomo se clasifican bajo el trastorno de somatización (F45.0).

Además, hay otras diferencias como la inclusión de los Trastornos de despersonalización/ desrealización dentro de la CIE 10 en el grupo de Otras neurosis como un cuadro diferenciado, aunque en la CIE 11 se incluyen dentro de los Trastornos disociativos.

Para la CIE 10 todos los tipos de trastornos disociativos tienden a remitir después de unas pocas semanas o meses, particularmente si su aparición está asociada con un evento traumático en la vida. Se pueden desarrollar más trastornos crónicos, especialmente parálisis y anestias, si su aparición se asocia con problemas insolubles o dificultades interpersonales. Estos trastornos han sido clasificados anteriormente como varios tipos de "histeria de conversión". Para el DSM-5, sin embargo, son cuadros crónicos y de larga evolución.

Las experiencias más graves y patológicas se describen en el DSM-5:

- La amnesia disociativa, describe la incapacidad de recordar información sobre los hechos autobiográficos;

- Trastornos de despersonalización (desapego del yo) /desrealización (desapego del entorno), comprenden experiencias de sentirse desconectado o distanciado del cuerpo, los pensamientos o las emociones de una persona y/o la percepción de la propia alrededores como nebulosos, surrealistas o distorsionados visualmente.
- El trastorno de identidad disociativo (TID), en la que hay al menos dos estados de personalidad diferentes y bien definidos, que en algunas culturas pueden describirse como experiencias de posesión, y que afectan a la identidad, como una experiencia de ruptura con el yo y del sentido del yo. Conlleva cambios comportamentales, de conciencia, de memoria, perceptivas, así como del conocimiento y el funcionamiento sensitivo-motor.
- Otros trastornos disociativos especificados:
 - Síndromes crónicos y recurrentes de síntomas disociativos mixtos: como mezcla del trastorno de identidad junto a otros de posesión con amnesia.
 - Alteración de la identidad debida a persuasión coercitiva prolongada e intensa: Los sometidos a persuasión coercitiva intensa (p. ej., adoctrinamiento durante el cautiverio, participación en sectas, etc) con dudas sobre su identidad.
 - Reacciones disociativas agudas a sucesos estresantes: cuadros agudos y transitorios que duran menos de un mes y, en ocasiones, horas o días.
 - Trance disociativo: disminución o pérdida completa de la consciencia de forma aguda con apatía o insensibilidad intensa a los estímulos del entorno, sin que forme parte de una práctica religiosa

En la CIE se describen el Trastorno de Trance y en la CIE 11 se diferencia del Trastorno de Trance y posesión en los que hay una marcada alteración en el estado de conciencia del individuo, y el sentido habitual de identidad personal del individuo se reemplaza por una identidad de "posesión" externa, en la que se experimentan las conductas o movimientos del individuo controlado por el agente poseedor. Los episodios de trance y posesión son recurrentes o, si el diagnóstico se basa en un solo episodio, el episodio ha durado al menos varios días. El estado de trance y posesión es involuntario e indeseado, y no se acepta como parte de una práctica cultural o religiosa colectiva

Además, hay en los Trastornos disociativos tiene una relación muy directa con el Trastorno por Estrés, tanto en los cuadros de estrés agudo (EA) como en estrés Postraumático (TEPT). Así en los Trastornos por Estrés, tanto en los cuadros de estrés agudo (EA) como en estrés Postraumático (TEPT), hay un subtipo específico en relación con la despersonalización y la desrealización. Aunque el trastorno de despersonalización y desrealización actual no es preciso la existencia de un trauma.

En la DSM-5 se dividen en síntomas disociativos: Positivos, lo que se viven como intrusiones desagradables y son rechazados en la conciencia. Y negativos, los que son debidos a la imposibilidad de acceder a información o al control de funciones mentales.

27.3.- Etiopatogenia y bases neurobiológicas

La comprensión de la etiología de TID requiere la integración de factores de exposición al trauma, de afrontamiento, cognitivos, neurobiológicos, sistémicos y de desarrollo. Estos incluyen experiencias traumáticas, dinámicas familiares, desarrollo infantil y apego.

Las experiencias disociativas pueden desarrollarse cuando el niño está expuesto al caos, la coerción, el abuso o en familias, aparentemente normales, pero que presentan sutiles comportamientos de negligencia, un vínculo desorganizado y una falta de comunicación. En la etiología se han reseñado abusos durante la infancia (emocionales, sexuales), muerte de personas queridas, testigos de muertes o violencia y situaciones traumáticas sin apoyos suficientes.

El estrés produce un impacto neurobiológico en el neurodesarrollo con una afectación en la conectividad en el sistema nervioso central.

CAPÍTULO 27: TRASTORNOS DISOCIATIVOS

Desde el punto de vista psicológico, el niño puede automatizar y compartimentar las cogniciones relacionadas con el trauma, así como los sentimientos conflictivos y emociones intensas, separándolo de la conciencia consciente y producir alteraciones en la conciencia que promueven la supervivencia frente a los abrumadores factores de estrés, al disminuir la angustia.

La noción de que existen procesos disociativos para reducir al menos algunos aspectos de la angustia subjetiva es consistente con los datos neurobiológicos que los individuos con formas disociativas del TEPT muestran "sobremodulación emocional" con una mayor activación de la corteza orbitofrontal con disminución de flujo sanguíneo cerebral en esa zona, que inhibe la activación de la amígdala y la corteza insular. Y un aumento del flujo en las regiones frontales media y superior y en las regiones occipitales

De manera similar, los datos neurobiológicos de los estudios de individuos con Amnesia disociativa global y sujetos normales altamente hipnotizables con amnesia posthipnótica muestran inhibición de la corteza frontal de las áreas del hipocampo, así como la corteza occipital, un área que también se cree que es asociado con la recuperación de datos autobiográficos episódicos memoria.

Hay sustancias o drogas como la ketamina y la fenciclidina con efecto anti NMDA que se incluyen como agentes disociativos y que han sido utilizados como anestésicos y provocando la anestesia disociativa. También un derivado de la ketamina como el metoxetamina u otros productos alucinógenos como la salvia. Por otra parte, el dextrometorfano, derivado opiáceo, agonista del receptor sigma, también antagoniza el receptor NMDA provoca efectos disociativos.

No está clara la neurobiología de las diferentes formas disociativas y aunque está más estudiado las formas postraumáticas, la disociación compartimenta la experiencia psíquica sin una clara correspondencia neurofisiológica.

27.4.- Evaluación y pruebas complementarias

Los trastornos disociativos son difíciles de detectar en los niños pequeños, especialmente antes de los siete años de edad, debido a que no se han desarrollado adecuadamente las facultades de razonamiento concreto. Ésta puede aparecer en las víctimas de abuso sexual con mayor frecuencia que en las víctimas de abuso físico. Algunos niños pueden presentar experiencias de carácter disociativa como mecanismo de defensa o como una forma de re-experimentar o de comprender y controlar la experiencia de abuso.

La experiencia confirma que prácticamente todos los niños y adolescentes que presentan trastornos disociativos han sufrido maltratos físicos o abusos sexuales graves.

A menudo no recuerdan los abusos y, en consecuencia, para establecer el diagnóstico puede ser imprescindible obtener información de otras fuentes. En algunos casos la historia clínica de lesiones, infecciones urinarias y problemas rectales, o la presencia de cicatrices en la espalda, tórax, brazos, piernas y pies dan fe de los malos tratos que ellos no pueden recordar. Si el profesional no tiene en cuenta este diagnóstico, podría suponer, erróneamente, que el niño o adolescente miente.

27.4.1.- Anamnesis

En las entrevistas con el niño, la familia y otros terceros, según la Asociación Internacional para el Estudio de la Disociación (ISSTD; <https://www.isst-d.org/resources/child-adolescent-treatment-guidelines/>), se debe prestar atención a lo siguiente: a la exploración del niño o adolescente, al

entorno familiar (patrones familiares disfuncionales; secretos familiares que pueden afectar al niño; prácticas o creencias que son inusuales para la cultura y la etnia de la familia), áreas de relevancia específica para la disociación (la familiaridad del niño con el contenido disociado, en base a libros, películas o conversaciones familiares; la historia multigeneracional de disociación) y los factores que predisponen, precipitan y perpetúan (especialmente cuando las familias se centran exclusivamente en la historia del niño y se resisten a mirar su propia disfunción).

Los niños y adolescentes pueden presentar una variedad de síntomas disociativos que reflejan una falta de coherencia en la auto-organización del funcionamiento mental, y estos síntomas relacionados con la disociación se agrupan según autores. Ver Tabla 27-2

Tabla 27-2: Agrupación de síntomas relacionados con la disociación

Asociación Internacional para el Estudio de la Disociación (ISSTD)	Silberg (2013) identificó cinco clases de síntomas relacionados con la disociación.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Un estado de conciencia inconsistente que puede reflejarse en síntomas de atención fluctuante., como estados de trance o de "desconexión". 2. Olvidos y fluctuaciones autobiográficos en el acceso al conocimiento puede reflejar incoherencia en los procesos del desarrollo de la memoria. 3. Fluctuaciones en el estado de ánimo y el comportamiento, incluyendo episodios de rabia y regresiones, puede reflejar dificultades en la autorregulación. 4. La creencia del niño en yo es alternativos o amigos imaginarios que controlan el comportamiento del niño puede reflejar desorganización en el desarrollo de un yo cohesionado. 5. La despersonalización y la desrealización pueden reflejar un sentido subjetivo de disociación de la sensación y percepción corporal normal o de un sentido de sí mismo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cambios de conciencia desconcertantes, es decir, 'sentirse en una niebla', lapsos momentáneos de conciencia, estados de flashback; 2. Experiencias alucinatorias vívidas, es decir, escuchar voces, ver entidades imaginarias o amigos imaginarios vívidos; 3. Fluctuación marcada en el conocimiento, los estados de ánimo o los patrones de comportamiento y de relación, es decir, la sensación de que los estados de ánimo tienen una "mente propia", y que las habilidades y las destrezas son inconsistentes, y el sentido de sí mismo está dividido; 4. Perplejos lapsus de memoria para el propio comportamiento y los eventos recientemente experimentados, es decir, no puede recordar el comportamiento, no puede recordar las tareas. 5. Experiencias somáticas anormales, es decir, conductas de autolesión, sensibilidad al dolor, incontinencia intestinal o vesical.

27.4.2.- Exploración

La exploración médica, incluyendo el examen neurológico, es necesaria para un diagnóstico certero, ya que la ausencia de patología somática que pudiera explicar los síntomas es condición necesaria para realizar el diagnóstico en base a cualquiera clasificación.

Es necesario la recogida de información respecto a quejas somáticas variadas y cambiantes (dolores abdominales, mareos, cefaleas) que en muchas ocasiones cumplen criterios para los trastornos por somatización que con frecuencia se asocian los trastornos disociativos.

El profesional debe ser cuidadoso al momento de la exploración física, especialmente en el que involucra el examen de área genital y anal. Debe de informar el procedimiento al niño u adolescentes antes de realizarla. Las reacciones del niño, al momento de la evaluación nos pueden orientar. Por ejemplo, durante la examinación de una niña de 3 años y medio, con clínica disociativa, puede gritar y luchar para que no se le toque, momento después, calmada, tomar el instrumento de exploración e intentar introducirlo en su vagina.

Una parte esencial de la exploración física es el examen cauteloso de cicatrices en la piel. Los niños con trastorno disociativos pueden presentar signos físicos de abuso y de autolesiones en todo su cuerpo, incluso en sus tobillos y en la planta de los pies. En adolescentes, la evidencia de abuso puede haber desvanecido en el tiempo por lo que es necesario la utilización de una luz adecuada que pueda evidenciar cicatrices no objetivables a simple vista.

CAPÍTULO 27: TRASTORNOS DISOCIATIVOS

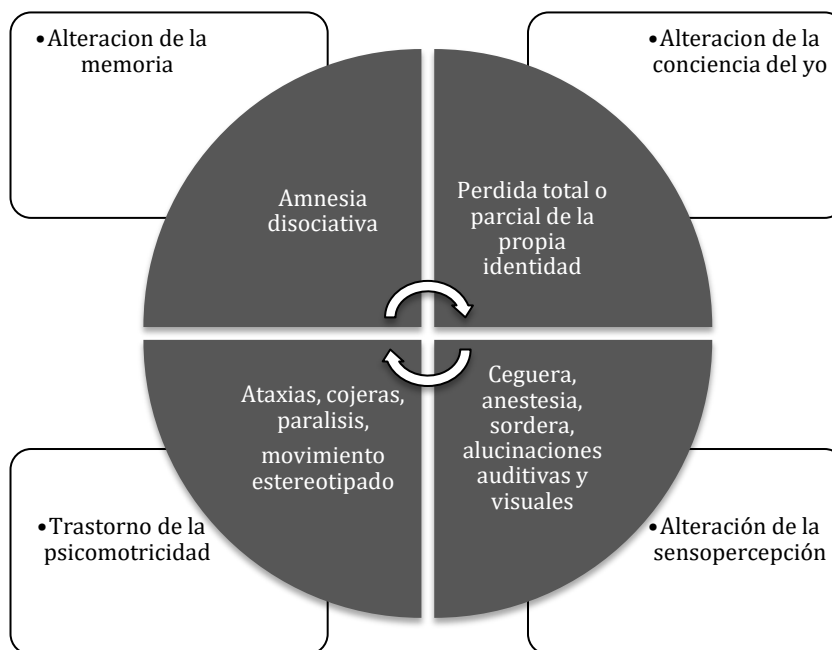
El examen mental y psicopatológico en el niño incluye necesariamente la entrevista con los padres, la comunicación verbal, las técnicas de juego y el dibujo. En los niños pequeños la valoración de las conductas disociativas muchas veces hay que realizarlas a través de la observación de entrevistas repetidas completadas por la observación de los padres y maestros, etc, y si fuera necesario, en el entorno hospitalario. En el niño mayor y adolescente la exploración es parecida a la del adulto, aun así, siendo necesario la entrevista con los padres.

El nivel de conciencia, la orientación, la atención y la concentración están bien conservadas fuera del episodio agudo, aunque puede existir cierta disminución del nivel de conciencia en el estupor disociativo y en los estados de trance, donde puede observarse una atención restringida a ciertos estímulos ambientales.

El pensamiento y el lenguaje son normales, no siendo así en el mutismo cuando se presenta como único síntoma. Es frecuente los síntomas afectivos (depresión, labilidad emocional, ansiedad).

En el examen mental podemos observar alteraciones de la memoria y de la conciencia de identidad persona, así como la psicomotricidad, la sensopercepción, las quejas somáticas y los trastornos conductuales.

Ilustración 27-1: Cuadros y áreas de afectación en la disociación



27.4.2.1.- Memoria

La **amnesia disociativa** es retrógrada, se manifiesta de forma intermitentemente y el contenido olvidado suele afectar a la propia identidad. Está relacionado con algún suceso estresante o traumático. El inicio suele ser repentino y no siempre los pacientes son conscientes de esta pérdida mientras dura el episodio. La duración del episodio es limitada y variable y cuando se recupera no pueden recordar lo ocurrido durante el episodio amnésico.

La información de otras personas sobre conductas que no se recuerdan, la falta de reconocimiento de objetos, personas o los recuerdos fragmentados de la biografía ponen de manifiesto estas alteraciones.

En los raros casos de trastorno de personalidad múltiple en el niño u adolescente, la amnesia para otras personalidades puede ser parcial o total para periodos de diferente duración y este puede ser el único síntoma observado en la evaluación del paciente.

En adolescentes y adultos que han sufrido abusos sexuales pueden presentarse falsos recuerdos como otra forma de alteración de la memoria.

27.4.2.2.- Alteración de la conciencia de identidad y conciencia del yo

Una de las características principales de los cuadros disociativos es la pérdida total o parcial de la propia identidad. En la fuga disociativa el individuo no recuerda su propia identidad y en ocasiones adopta una nueva identidad que desaparece al remitir el trastorno. En el trastorno múltiple de personalidad pueden coexistir en la misma persona, dos o más entidades o estados de personalidad. En los estados de trance por posesión la nueva entidad es otra persona, espíritu o fuerza.

Es frecuente, no lograr identificar en la primera evaluación la alteración de identidad personal. Es necesario entrevistas prolongadas.

Estos síntomas, en niños, no deben confundirse con juegos fantasiosos o amigos imaginarios.

27.4.2.3.- Alteración en la psicomotricidad

La alteración de la función motora puede ser la manifestación principal de los trastornos conversivos, puede verse afectado el aparato locomotor en forma de cojera, ataxias o más raramente parálisis. En la clínica disociativa este tipo de alteración no suele ser llamativa, aunque algunos niños con trastorno múltiple de la personalidad pueden presentar conductas muy desorganizadas a nivel psicomotor. También son característicos los movimientos estereotipados que aparecen en los estados de trance. En el estupor disociativo existe una disminución profunda o ausencia de la motilidad voluntaria y puede observarse cierto grado de alteración del tono muscular, la postura, la respiración o la apertura palpebral.

Dichas alteraciones aumentan en intensidad cuando se le presta atención y no se corresponden con una exploración neurológica coherente.

27.4.2.4.- Alteración de la sensopercepción

La sintomatología sensoperceptiva (ceguera, anestesia, sordera, etc.) en niños es infrecuente y no corresponde a una distribución neuroanatómica concreta. Los síntomas visuales son raros y su presencia debe hacernos sospechar de una posible causa orgánica.

Las alucinaciones auditivas pueden estar presentes en la mayoría de los cuadros disociativos. Las alucinaciones visuales tienden al predominio nocturno, son muy vívidas y escénicas, de contenido fantástico.

La agresividad, autolesiones, aislamiento, gesto autolítico y los trastornos de conducta y de control de los impulsos son frecuentes en el adolescente.

El síntoma más común en el trastorno disociativo en niño es el estado de trance, suele ser espontáneo, y el niño está inatento y no responde a estímulos externos.

27.4.3.- Estudios psicológicos y complementarios

La evaluación de infantes, niños y adolescentes, incluye una serie de problemas adicionales como las limitaciones en la comunicación, la variación según las etapas de desarrollo cognitivo y

emocional, y fenómenos que son inusuales en adultos, pero no en menores (p. ej., amigos imaginarios).

En los primeros años de vida, esencialmente sólo se pueden usar observaciones conductuales. Uno de los hallazgos más importantes en los últimos años ha sido la relación entre el estilo de apego desorganizado y el desarrollo de fenómenos disociativos. En comparación a otras formas de apego (seguro, de evitación, y resistente) en el apego desorganizado/desorientado, el niño presenta reacciones que muestran desorganización psicológica cuando la madre (o la persona que tiene la mayor responsabilidad en el cuidado del niño) aparece después de una breve ausencia. Algunas de estas reacciones incluyen un aparente cese de conductas y una expresión que sugiere que la mente está en blanco o en “trance,” caerse al suelo y girar al acercarse al padre. Estas conductas se relacionan más con el medio ambiente (p. ej., abandono, trauma infantil, conductas disociativas de la madre), que con variables más biológicas como el temperamento (Carlson, 1998).

27.4.3.1.- Escalas de evaluación

El período en que el niño empieza a socializar más y amplía su comunicación, abre el campo de la medición de fenómenos disociativos. La mayoría de los instrumentos para la disociación en los primeros años son listas de conductas, para ser cumplimentadas por padres, maestros, o clínicos.

Para los niños y adolescentes, las medidas o cuestionarios principales se han utilizado más ampliamente.

- La Adolescent Dissociative Experiences Scale (A-DES) que es la versión adolescente del DES (DES: ‘Dissociative Experiences Scale’; Bernstein & Putnam, 1986), para grupo entre 12 y 18 años
- la Children’s Perceptual Alteration Scale (C-PAS), que es la versión adaptada para niños de Perceptual Alteration Scale que consta de 28 ítems, que ha mostrado buena fiabilidad y correlaciones altas con medidas de psicopatología.
- Child/Adolescent Dissociation Checklist (CADC) de Reagor, Kasten y Morelli (1992) , con 17 ítems y para edades de 3 a 18 años, tiene varios ítems en común con la CDC.
- La Child Dissociative Checklist (CDC). para pre-adolescentes, con 20 ítems, que rellena un padre/responsable o profesor. Es una medida fiable y válida para la disociación en niños de 5 a 12 años de edad. Calificando cada comportamiento 0 si no está presente, 1 si algunas veces y 2 presente. Las puntuaciones pueden variar de 0 a 40, y puntuaciones de 12 o mayor es indicativo de Trastorno disociativo y cuadros severos con puntuaciones > de 18.
- La Trauma Symptom Checklist Children-Alternate Version (TSCC-A) es una medida de 44 ítems que miden síntomas de estrés traumática en niños entre 8 y 16 años.

Respecto a los estudios complementarios, las técnicas de neuroimagen y el EEG son pocos concluyentes en el diagnóstico. También están descritos las entrevistas en estado de hipnosis como técnica que pueden ayudar a conocer los factores precipitantes del episodio disociativo.

Hay entrevistas, como la Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders-Revised (SCID-D-R) desarrollada por Marlene Steinberg (1994), es la referencia. Y la Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS) de Ross’s (Ross, Heber, et al., 1989) es una entrevista diagnóstica, pero a veces utilizada como forma de screening. O como, la Bellevue Dissociative Disorders Interview for Children (BDDI-C) se administra en una forma semiestructurada.

27.5.- Comorbilidad y diagnóstico diferencial

Los signos, síntomas y comportamientos presente en el trastorno disociativo pueden ser similares a otros trastornos neuropsiquiátricos. Por ejemplo, los periodos de desatención o ensimismamiento, la alteración de la capacidad para recordar acciones y los estados de

ensoñación también son característicos de las convulsiones parciales complejas; las alucinaciones auditivas consistente en voces que discuten dentro de sus cabezas o les induce a agredir otras personas, o autolesionarse, son típicas de las esquizofrenias y de otros estados psicóticos, y las frecuentes alteraciones de los estados de ánimo y del comportamiento a menudo se confunden con trastornos bipolares. El rendimiento académico irregular, la capacidad para distraerse, los episodios de agresividad y la negación de los actos disruptivos, que pueden haber presenciado otras personas, son el motivo que a muchos de estos niños se les diagnostique que TDAH y trastorno disocial. Algunos de los comportamientos exteriorizados o antisociales más frecuentes de los niños y adolescentes, con trastornos disociativos, que provocan el diagnóstico erróneo del trastorno disocial, son los episodios de agresividad, comportamientos sexuales inadecuados, ausentarse del colegio o de sus hogares durante horas o días y estar en posesión de objetos robados pero negar haberlos sustraído.

Los trastornos disociativos suelen coexistir con otros diagnósticos, incluyendo los trastornos por déficit de atención e hiperactividad, depresión y otros trastornos del estado de ánimo, trastorno negativista desafiante, trastorno por estrés postraumático, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno generalizado del desarrollo, trastorno del vínculo y trastorno de la conducta alimentaria.

Es importante descartar el trastorno por abuso de sustancias: valorar el uso de sustancias, especialmente en adolescentes. La intoxicación por PCP, ketamina, metoxetamina y dextrometorfano o procesos traumáticos craneal, la meningitis, la catatonía y la insolación. Así como la intoxicación con estimulantes como la cocaína, la anfetamina y el LSD. Los compuestos antimuscarínicos, como la difenhidramina, la benzotropina y los antidepresivos tricíclicos, también pueden simular la taquicardia y la alteración del estado mental. Se debe considerar la intoxicación por salicilato, tirotoxicosis y sepsis. La meningitis, la hemorragia intracerebral y la encefalitis viral pueden manifestarse, con un estado mental alterado de causa incierta.

27.6.- Tratamiento y abordaje: higiénico-dietético, psicoterapéutico, psicofarmacológico, rehabilitador/psicopedagógico

A menudo corresponde al terapeuta trabajar con padres de acogida, profesores, educadores de centros residenciales, y otros para ayudarles a mantener los límites apropiados y la continuidad de sus relaciones con un niño que presenta un comportamiento agresivo. El mantenimiento de respuestas estables, predecibles y razonables a las provocaciones y el comportamiento disociativo del niño ayuda a promover relaciones sanas.

El tratamiento de niños y adolescentes con trastornos disociativos generalmente ocurre simultáneamente en una serie de ámbitos, incluyendo el individual, el familiar y el educativo.

La intervención inicia con el reconocimiento de que el niño u adolescente tiene una enfermedad real que ha perturbado, gravemente, los patrones normales de su vida. La discapacidad que genera debe considerarse como un síntoma que refleja un conflicto inconsciente.

Considerar la posibilidad de la existencia de ganancia primaria en una etapa temprana, por ejemplo, librarse de una situación escolar estresante. El programa terapéutico debe adaptarse para permitir al individuo recuperarse sin la interrupción de sus actividades cotidianas.

Cuando el tratamiento ambulatorio no sea una intervención segura para el paciente se indicará la hospitalización. Además, permitiría una evaluación e intervención más adecuada, sobre todo ante conductas hetero o autoagresivas y en caso de identificación de abuso sexual o físico.

Se han observado buenos resultados con la terapia conductual, psicoterapia psicoanalítica e hipnosis, pero estos requieren mucho tiempo y se necesita de una capacitación especial.

CAPÍTULO 27: TRASTORNOS DISOCIATIVOS

Respecto al tratamiento farmacológico, no existe un tratamiento específico. Los antidepresivos suelen ser un recurso importante para reducir la depresión y estabilizar el estado de ánimo. Los ISRS son de primera elección en estos casos. Asimismo, las benzodiazepinas y anticonvulsivos se emplean para reducir los síntomas intrusivos, la hiperactivación y la ansiedad en pacientes con trastorno de identidad disociativo. Los pacientes con síntomas obsesivos-compulsivos pueden responder a antidepresivos que muestran eficacia frente a las obsesiones, como la Sertralina. Los antipsicóticos atípicos como la risperidona puede ser más efectivo en el tratamiento de la ansiedad abrumadora y síntomas intrusivos en caso de estrés postraumático

Los objetivos terapéuticos según las directrices de la Internacional (ISSD) son ayudar a los niños:

- A adquirir un sentido de cohesión y continuidad de sí mismo y comportamiento
- A tomar conciencia de su comportamiento y su relación con la experiencia previa, la actual estresantes, y las consecuencias subsiguientes.
- A aceptar la responsabilidad y ejercer control sobre sus acciones
- A identificar sus puntos fuertes y motivar al niño a explorar las posibilidades de cambio.
- A identificar y articular los conflictos internos, experiencias perceptivas y/o sensoriales además de procesos de duelo
- Dependiendo de la edad del niño, se pueden utilizar varias modalidades terapéuticas para trabajar a través de estos temas, incluyendo terapia de juego, habilidades artísticas, un diario, y narrativas o videos
- El núcleo del tratamiento para la mayoría de los trastornos disociativos es el procesamiento de los recuerdos traumáticos.
- La promoción de la autonomía y la autorregulación del estado afectivo son también metas del tratamiento importantes.
- Las técnicas cognitivas conductuales y de reducción de la ansiedad son herramientas para ayudar a los niños y adolescentes a dominar su capacidad de disociación y reacciones traumáticas a los factores estresantes.
- La promoción de las relaciones sanas. Ayudar a estos niños a expresar sus sentimientos, miedos, y las compulsiones en lugar de actuar en base a ellas es una tarea continua para el terapeuta, los cuidadores y otras personas importantes del entorno del niño.

La regulación de emociones y los entrenamientos en habilidades adaptativas, incluso en programas de tratamiento online, han sido descritos como efectivos en la mejora de los síntomas disociativos y postraumáticos. Hay un apoyo para el papel de la sugestión y el placebo en los trastornos funcionales neurológicos

27.7.- Desarrollo, curso y pronóstico

El tratamiento de niños y adolescentes con trastornos disociativos generalmente ocurre simultáneamente en una serie de ámbitos, incluyendo el individual, el familiar y el educativo. En los niños de acogida o en centros residenciales se abordará con las personas de referencia, para ayudarles a mantener los límites apropiados y la continuidad de sus relaciones con un niño que presenta un comportamiento agresivo. El mantenimiento de respuestas estables, predecibles y razonables a las provocaciones y el comportamiento disociativo del niño ayuda a promover relaciones sanas.

La detención temprana de los síntomas se relaciona con un buen pronóstico, ya que a establecer el diagnóstico ofrece el potencial de proveer un tratamiento adecuado y así prevenir el desarrollo de una clínica psicopatológica más compleja. Esto es aún más favorable en niños que en adolescentes. Asimismo, se correlaciona la duración de la terapia con la naturaleza del trauma que precede el trastorno, por lo que niños que iniciaron con una clínica disociativa en respuesta a un trauma extrafamiliar específico se integraron más rápidamente que aquellos niños con extensas historias de abuso.

Los casos en los que tengan una condición asociada como historia de abuso sexual o un trastorno de ansiedad pre-existente tienden a cronificarse.

27.8.- Bibliografía y material complementario

- Cardeña, E. (2004). La evaluación de la disociación. *Revista de Psicotrauma*, 1(4), 17.
- Child and Adolescent Committee of the European Society on Trauma and Dissociation (ESTD). (2017). Guidelines for the assessment and treatment of children and adolescents with dissociative symptoms and dissociative disorder.
- Choi, KR, Seng, J. S., Briggs, E. C., Munro-Kramer, M. L., Graham-Bermann, S. A., Lee, R. C., & Ford, J. D. (2017). The Dissociative Subtype of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) Among Adolescents: Co-Occurring PTSD, Depersonalization/Derealization, and Other Dissociation Symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(12), 1062-1072. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.09.425>
- Dorothy O. L. Diagnosis Evaluation of The child With Dissociative Inteity Disorder/Multiple Personality Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. Vol. 5. No. 2. Abril 1996.
- Etzel C, Lupita A. W. Evaluación de la disociación. *Revista de Psicodrama*. Vol. III. N. 1. Marzo 2004.
- Elizabeth A. Carlson. A Prospective Longitudinal Study of Attachment Disorganization/Desorientation. *Child Development*, Vol. 69. No. 4. August 1998. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1467-8624.1998.tb06163.x>
- González García, F. (2016). Adaptación psicométrica de los cuestionarios «Trauma Symptom Checklist for Children» (TSCC) y «Trauma Symptom Checklist for Young Children» (TSCYC) en una muestra española de víctimas de abuso sexual infantil. Universidad Complutense, Madrid.
- Guidelines for the Evaluation and Treatment of Dissociative Symptoms in Children and Adolescents: International Society for the Study of Dissociation. (2004). *Journal of Trauma & Dissociation*, 5(3), 119-150. https://doi.org/10.1300/j229v05n03_09
- Leary, P. M. (2003). Conversion disorder in childhood—diagnosed too late, investigated too much? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96(9), 436-438.
- Lyssenko, L., Schmahl, C., Bockhacker, L., Vonderlin, R., Bohus, M., & Kleindienst, N. (2017). Dissociation in Psychiatric Disorders: A Meta-Analysis of Studies Using the Dissociative Experiences Scale. *American Journal of Psychiatry*, 175(1), 37-46. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17010025>
- Maldonado, J. R., & Spiegel, D. (2015). Dissociative Disorders. En A. Tasman, J. Kay, J. A. Lieberman, M. B. First, & M. B. Riba (Eds.), *Psychiatry* (pp. 1178-1198). <https://doi.org/10.1002/9781118753378.ch61>
- Pinegar, C. (1995). Screening for dissociative disorders in children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing: Official Publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc*, 8(1), 5-14; quiz 15-16.
- Putnam, F. W. (2015). Dissociative Disorders. En D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology* (pp. 657-695). <https://doi.org/10.1002/9780470939406.ch18>
- Rojo Pantoja, Á. (2007). El concepto «disociación» en el fin-de-siècle: P. Janet y S. Freud memoria para optar al grado de doctor. [Universidad Complutense], Servicio de Publicaciones, Madrid.
- Reycraft, J. J. (2013). A Collective Case Study of the Diagnosis of Dissociative Disorders in Children (University of South Florida). Recuperado de <http://scholarcommons.usf.edu/etd/4754>
- Silberg, J. L. (2013). *The Child Survivor: Healing Developmental Trauma and Dissociation*. <https://doi.org/10.4324/9780203830277>
- Spiegel, D., Loewenstein, R. J., Lewis-Fernández, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten, E., ... Dell, P. F. (2011). Dissociative disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 824-852. <https://doi.org/10.1002/da.20874>

27.8.1.- Material complementario

Asociación Internacional para el Estudio de la Disociación (<https://www.isst-d.org/resources/child-adolescent-treatment-guidelines/>)
<https://www.isst-d.org/>
<http://www.mid-assessment.com/>
<https://www.firstpersonplural.org.uk/>
<http://www.estd.org/>
<https://trastornosdisociativos.wordpress.com/>

28.- CAPÍTULO 28: DISFORIA DE GÉNERO EN INFANCIA VERSUS INCONGRUENCIA DE GÉNERO

Ana Pérez Cipitria. Psiquiatra. Equipo de Salud Mental Infantojuvenil.
H. Universitario Río Hortega.

28.1.- Introducción: Historia y epidemiología

La identidad sexual, tema que nos ocupa este capítulo, y el sexo en general tienen una repercusión importante en varios campos, en el individuo, en la medicina, en la historia, la sociedad, la ética e incluso la lingüística generando enormes controversias.

Es un tema central en la vida del individuo y puede ser fuente de intenso estrés cuando no existe concordancia entre el sexo anatómico y el que uno siente que debe tener y aunque no se puede considerar estrictamente enfermedad se debe implicar la medicina y la psiquiatría ya que dicho malestar puede generar síntomas de ansiedad y depresión.

El desarrollo de la orientación y de la identidad sexual se inicia muy pronto durante la infancia e influyen múltiples factores biológicos, sociales y culturales. Según autores desde los primeros meses o desde el año y medio a los tres el niño tiene conciencia de pertenecer a un sexo y lo manifiesta mediante juegos y en la relación con los compañeros.

Se realiza una diferenciación entre la no conformidad de género o variabilidad de género, considerado como el grado en que la identidad como expresión de género difiere de las normas culturales prescritas para personas de un sexo en particular y la disforia de género que se refiere al malestar causado por la discrepancia entre la identidad de género y el sexo asignado a la persona al nacer. Solo algunas personas con variabilidad de género experimentan disforia de género en algún momento de sus vidas.

28.1.1.- Historia

El estudio de los trastornos de identidad sexual en los niños y adolescentes cuenta con una historia muy breve desde el punto de vista de la investigación clínica pero el conocimiento de la naturaleza de la identidad sexual desde el punto de vista psicoanalítico o biológico se remonta a las primeras décadas del siglo XX,

No sería hasta 1950, cuando Clauldwell utilizaría por primera vez el término transexual en su texto “Psicopatía transexualis”, y en 1947 John Money, psicólogo especializado en tratar a bebés intersexuales, utilizará la noción de género por primera vez en relación con la posibilidad de modificar hormonal y quirúrgicamente el sexo de los bebés cuyos genitales no son claramente reconocibles como masculinos o femeninos. Y en 1969 el término identidad de género, y describirá la transexualidad como “Un problema de identidad de género en el que una persona manifiesta con convicción persistente y constante el deseo de vivir como miembro del sexo opuesto, y progresivamente enfoca sus pasos hacia una vida completa en el rol del sexo opuesto” (Bergero et al., 2004).

En 1968 Robert Stoller, publica su libro “Sex and Gender”, en el que analiza desde el psicoanálisis, variantes de la sexualidad humana. Describe el Transexualismo como “la convicción de un sujeto, biológicamente normal, de pertenecer al otro sexo. En el adulto, a esta creencia le acompaña en nuestros días la demanda de intervención quirúrgica y endocrinológica para modificar la apariencia anatómica en el sentido del otro sexo” (Stoller, 1968). Stoller trata de determinar con precisión el diagnóstico de transexualismo, diferenciándolo de otros trastornos como el travestismo o la homosexualidad en los que, a diferencia del transexual, la persona se sentiría perteneciente a su sexo asignado, y gozaría con sus órganos sexuales.

El término Disforia de género fue introducido por Norman Fisk en 1973 en el sentido de que el trastorno produce ansiedad asociada al conflicto entre la identidad sexual y el sexo asignado.

Abraham en 1931 fue el primero que intentó una cirugía de reasignación de sexo. El primer caso exitoso de esta cirugía fue llevado a cabo por C. Hamburger en la década de los 50. Este autor publicó, junto con otros, la Historia de la "conversión de sexo" de Georges Jorgensen realizada en Dinamarca. La intervención tuvo un importante eco en los medios de comunicación (Chiland, 1999).

La primera clínica de tratamiento de los trastornos de identidad de género se fundó en la Universidad John Hopkins, en 1963 en Estados Unidos.

La evolución de la disforia de género también se refleja en las clasificaciones internacionales como vemos en la siguiente tabla.

Tabla 28-1: Evolución de la disforia de género en las clasificaciones internacionales

	DENOMINACIÓN	DEFINICIÓN
CIE 9 (WHO, 1978)	Trastorno de la identidad psicosexual	Presenta una definición general de transexualismo
DSM III (APA, 1980)	Trastorno de la Identidad de Género en la infancia	Malestar persistente e intenso por el hecho de ser un niño/a y deseo manifiesto de ser del sexo opuesto
DSM III-R (APA, 1987)	Trastorno de la Identidad de Género en la niñez	Malestar persistente e intenso por el hecho de ser un niño/a y deseo manifiesto de ser del sexo opuesto
CIE 10 (WHO, 1992)	Trastorno de la Identidad de Género en la infancia	Deseo general y persistente de ser del sexo opuesto al propio junto a un intenso rechazo del comportamiento, atributos y atuendos del mismo
DSM IV (APA, 1994)	Trastorno de la Identidad de Género en niños	Identificación acusada y persistente con el otro sexo
DSM 5 (APA, 2013)	Disforia de Género en niños (retira el término trastorno)	Incongruencia entre el género sentido/experimentado y el género asignado.

En 1999 el Parlamento de Andalucía aprobó la prestación sanitaria a personas transexuales en el Sistema Sanitario Público Andaluz, y en ese mismo año, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía creó la primera, dentro del sistema público, Unidad de Trastornos de Identidad de Género (en adelante UTIG), en el Hospital Universitario Carlos Haya de Málaga. dando respuesta a la atención sanitaria de estas personas, y está compuesta por un equipo multidisciplinar,

integrado por personal de los servicios de Psiquiatría, Endocrinología y Cirugía Plástica. (Berguero, 2004).

28.1.2.- Epidemiología

No se conoce con certeza la incidencia y prevalencia de los trastornos de identidad sexual en la infancia, en adultos la mayoría de los estudios se han centrado en el subgrupo de personas con variabilidad de género más fácil de contabilizar que son las personas transexuales que sufren disforia de género y han acudido en busca de atención en clínicas especializadas, la mayoría de los estudios se han realizado en países europeos como Suecia, Reino Unido, Países Bajos y Bélgica pudiendo señalar el de Cuypere y colegas del 2007 que examinaron esos estudios además de uno propio y reportan unos resultados de 1:11.900 a 1:45.000 para transfeminas (hombre a mujer) y 1:30.400 a 1:200.000 para transmasculinos (mujer a hombre).

En un estudio español de Becerra Fernandez y colaboradores del 2017 de un centro de atención a la disforia de género de Madrid han encontrado que entre sus casos de menores de 15 años la presentación más frecuente es de chica a chico mientras que en los mayores de 15 años es más frecuente la presentación de chicos a chicas y han comparado con otros estudios europeos que también señalan el aumento de casos de cambio de chica a chico en menores de 18 años en los últimos años y una prevalencia global en su centro de 22,1 casos por cada 100.000 habitantes.

28.2.- Definición y diagnóstico

28.2.1.- Definición

Vamos a definir una serie de términos que debemos conocer, comenzando por la diferenciación entre **identidad sexual y de género** entendida como la profunda condición que tienen los seres humanos de pertenecer a un sexo determinado, ser “masculino” o “femenino”, se reconoce desde la niñez y suele coincidir con el sexo anatómico y persiste a la largo de la vida y la **disforia de género o trastorno de la identidad sexual** que se define como la intensa sensación de malestar e incongruencia entre la identidad sexual del sujeto y el sexo o papel sexual que se le asigna y que se espera socialmente como hemos mencionado anteriormente.

La identidad sentida o expresión de género se manifiesta en la forma de vestir, la elección de juegos, actividades y compañeros y el deseo de tener unos caracteres sexuales. En el caso de la disforia de género se presenta una clara preferencia por el sexo no anatómico con poco aprecio por este, con sentimientos de incomodidad e inadecuación, va más allá de la elección de actividades más propias del otro sexo en forma de juegos, o la búsqueda de ropa más cómoda en algunas niñas, existe un malestar claro por el sexo asignado.

En la identidad sexual podemos distinguir una serie de términos que vamos a definir según M^a Jesús Mardomingo en su Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente, 2015:

Sexo genético: es decir la composición de los cromosomas sexuales, XX para la mujer y XY para el hombre.

Sexo anatómico o gonadal: es decir la presencia de ovarios o testículos.

Sexo fenotípico: que depende del desarrollo de los genitales externos, masculinos o femeninos

Sexo de crianza, es decir el papel sexual con el que la familia cría y educa al hijo, se corresponde con el concepto de género.

Sexo conductual: o papel sexual asumido por el sujeto ante la sociedad, también denominado conducta de género.

La orientación sexual o atracción sexual: que el sujeto experimenta hacia uno u otro sexo, que se traduce en las fantasías e imágenes sexuales, en los comportamientos y en la identidad sexual y el papel social que desarrolla. Puede ser homosexual, heterosexual o bisexual.

Otros términos que podemos definir serían:

Genderqueer: Puede ser utilizado por personas cuya identidad de género y/o rol no se ajusta a un entendimiento binario de género como algo limitado a las categorías de hombre o mujer, masculino o femenino.

Rol de género: Conjunto de normas sociales y de comportamiento, y expectativas relacionadas con las diferentes categorías de identidades sexuales y de género en una determinada cultura y periodo histórico. El comportamiento de una persona puede ser diferente del rol de género tradicionalmente asociado con su sexo asignado al nacimiento o su identidad de género, así como trascender por completo del sistema de roles de género culturalmente establecido.

Transexual: Adjetivo para describir a las personas que buscan cambiar o que han cambiado sus caracteres sexuales primarios y/o las características sexuales secundarias a través de intervenciones médicas (hormonas y/o cirugía) para feminizarse o masculinizarse. Estas intervenciones, por lo general, son acompañadas de un cambio permanente en el rol de género.

Transfobia internalizada: Malestar con los propios sentimientos o identidad trans como resultado de la internalización de las expectativas normativas de género de la sociedad.

Transgénero: Adjetivo utilizado para describir un grupo diverso de personas cuyas identidades de género difieren en diversos grados del sexo que se les asignó al nacer. El término a veces se contrasta con “transexual”. En este caso, “transgénero” se refiere a las personas que no han alterado o que no desean cambiar los caracteres sexuales primarios con que nacieron. Varios grupos de mujeres trans en diferentes países de habla española han comenzado a exigir ser reconocidas como transgéneras, un neologismo que significa el carácter femenino de su identidad. Esta es una afirmación importante, dado que la lengua hispana incorpora el género de una manera muy contundente. (WPATH)

Travesti: Término usado para referirse a personas que usan prendas de ropa y que adoptan otras formas de expresiones de género culturalmente asociados con el otro sexo. En algunos países de Latinoamérica, es utilizado para referirse a las personas asignadas como hombres al nacer que no ahorran esfuerzos para feminizar su cuerpo y su apariencia, y prefieren utilizar pronombres femeninos, sin necesariamente considerarse como mujeres o desear cambiar sus caracteres sexuales primarios natales a través de una cirugía genital.

El término **trastorno del desarrollo sexual** se ha utilizado tradicionalmente para referirse a una condición somática de desarrollo atípico del tracto reproductivo, pero hay movimientos que se oponen a la etiqueta de “trastorno”, prefiriendo, en su lugar, ver estas afecciones congénitas como una cuestión de diversidad y seguir utilizando términos como **intersexo o intersexualidad**. En las NDA, WPATH se utiliza el término **Variaciones Biológicas del Sexo** para describir las variaciones de las manifestaciones biológicas empleadas para la definición del “sexo” de una persona que desafían el modelo binario convencional. Con esto, se busca emplear un concepto objetivo y libre de valores, con el propósito de garantizar que los/as profesionales de la salud reconozcan este término médico y lo utilicen para acceder a literatura relevante a medida en que este campo avanza.

28.2.2.- Diagnóstico

En cuanto al diagnóstico de disforia de género tiene que estar presente cuatro criterios generales:

1. El individuo se identifica de un modo intenso y persistente con el otro sexo (no es únicamente el deseo de obtener ventajas percibidas por la posición cultural del otro sexo).

2. Malestar persistente por el sexo asignado o un sentido de inadecuación con su rol de género.
3. El individuo no padece una enfermedad física intersexual concurrente.
- 4.-Deben existir pruebas de malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

En las clasificaciones actuales en el DSM-5 se encuentra el término disforia de género y diferencia entre la presentación en niños de la de los adolescentes y adultos, los criterios A y B son iguales en las formas pero en los niños deben cumplir 6 características de un listado de 8 con descripciones de situaciones y actividades propias de la edad infantil y en la presentación del adulto y adolescente sólo precisa dos características de un listado de 6 con situaciones ya actividades propias de esa edad y en el criterio B también diferencia situaciones en las que se deben presentar repercusiones significativas propias de las distintas edades.

En la CIE 10 nos encontramos un apartado de Trastornos de la identidad sexual (F64) donde distingue:

- F64.0 Transexualismo
- F64.1 Travestismo no fetichista
- F64.2 Trastorno de la identidad sexual en la infancia
- F64.8 Otros trastornos de la identidad sexual
- F64.9 Trastorno de la identidad sexual sin identificar

En este capítulo nos interesa el Trastorno de la identidad sexual en la infancia que especifica que debe aparecer antes de la pubertad.

En la última actualización de la clasificación internacional de las enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, CIE 11, la disforia de género se define como incongruencia de género y se ubica en un apartado de condiciones relacionadas con la salud sexual, excluidas del apartado de afecciones mentales, lo consideran como un conjunto de conductas y comportamientos definidos pero no una enfermedad aunque defienden que siga presente en esta clasificación por la frecuente comorbilidad con cuadros de depresión o ansiedad y requiere atención médica.

Diferencia dos presentaciones incongruencia de género en la infancia y en la adolescencia y adultez.

28.3.- Etiopatogenia y bases neurobiológicas

El establecimiento de la identidad sexual es un proceso complejo cuyos mecanismos no se conocen con exactitud, pero se sabe que intervienen factores genéticos, neuroendocrinos, neuroquímicos, neuroinmunes, de interacción familiar y de carácter social, por lo tanto tampoco se conoce las causas o mecanismos que generan la disforia de género.

La investigación actual se centra en varios apartados con pocos estudios en general que no permite demostrar una causa concreta, se han buscado factores genéticos con estudios de gemelos, alteraciones cromosómicas raras y polimorfismos de los genes de los receptores de estrógenos y andrógenos y de la aromatasa sin evidencia científica clara pero sí parece que hay datos científicos suficientes para afirmar que pueden existir alteraciones cerebrales que pueden favorecer la transexualidad ante estímulos ambientales diversos.

La dotación genética es inamovible, no varía a lo largo de la vida del sujeto y se expresa en un cuerpo masculino o femenino que genera la angustia psíquica en el sujeto por la no aceptación de esa representación. Hay excepciones de anomalías en los cromosomas sexuales que pueden provocar una indefinición sexual.

Lo que sí parece que es posible es una predisposición cerebral que puede consolidarse al interactuar con factores ambientales, especialmente sociales y educacionales, o puede atenuarse según se traten esos factores. Hay estudios sobre la morfología cerebral con las diferencias entre el cerebro masculino y femenino, el volumen del cerebro masculino es mayor y la mujer tiene más proporción de materia gris y el hombre de materia blanca y en los transexuales el volumen cerebral está entre los hombres y las mujeres. (Lopez Montalla, 2016).

El desarrollo del cerebro en los fetos en lo que se refiere al desarrollo sexual, depende en gran parte de la acción de determinadas hormonas y de la sensibilidad del cerebro a la acción de las mismas pudiendo encontrar personas con cromosomas XY con un sexo aparente masculino pero cuyo cerebro tiene características femeninas y lo mismo con personas con cromosomas XX con órganos genitales femeninos pero tienden a expresarse como hombres y hace pensar que puede estar asociado en algunos casos la transexualidad con un desarrollo cerebral atípico (López Montalla, 2016).

Diversos trabajos han confirmado que en el cerebro masculino existe un receptor para la testosterona que juega un papel fundamental en el desarrollo del cerebro masculino y en los transexuales m-f se ha comprobado que la capacidad de sus receptores cerebrales para unirse a la testosterona está reducida lo que favorece el desarrollo del cerebro como femenino, en cambio los transexuales f-m, existe la variante de un gen sobre el cual actúan algunas hormonas femeninas especialmente la progesterona y la disfuncionalidad de este gen tiende a favorecer el desarrollo de un cerebro masculino en un individuo con cromosomas XX (Lopez Montalla, 2016)).

Se ha intentado constatar la relación del estrés prenatal con el desarrollo de la identidad sexual, pero presenta dificultades ya que tenía que estar presente entre las semanas 16 y 28 del embarazo y parece complicado explicar un proceso tan complejo alterado por alteraciones hormonales intrauterino en exclusividad.

Entre los factores familiares y sociales se ha estudiado el papel que puede tener la asignación del sexo en los primeros años de vida considerando que hasta los 3 años es un periodo crítico para la adquisición de la identidad sexual, y se ha comprobado que puede tener un peso en la identidad, pero no parece determinante en el establecimiento definitivo de dicha identidad.

También se ha valorado una hipótesis que relaciona una relación perturbada entre madre-hijo, la frialdad del padre, la psicopatología materna y la tolerancia de los padres hacia las conductas transexuales como posible etiología, pero no se ha demostrado.

Podemos concluir que la identidad sexual o de género es un proceso complejo en el que se da una interacción entre factores genéticos, factores hormonales y factores ambientales, sin que se conozca de forma definitiva el modo en que intervienen y el papel concreto que corresponde a cada uno.

28.4.- Evaluación y pruebas complementarias

La evaluación de la disforia de género en los niños tiene como principal herramienta la elaboración de una historia clínica completa, recogiendo información del niño, padres y profesores, si es necesario, para identificar los síntomas y rasgos de preocupación.

Se realizará una exploración psicopatológica utilizando elementos propios de la edad del niño, juego, dibujos, conversación... y puede ser útil el empleo de test psicométricos y escalas de evaluación. Y la exploración física está indicada si se sospecha un estado intersexual que podría representar un riesgo de disforia como la hiperplasia suprarrenal congénita, pero no existen marcadores biológicos, tienen en general un cariotipo y unos genitales normales.

Hablar de modo directo en un ambiente de confianza suele ser la fuente más valiosa de información, es necesario crear una relación de confianza, libre de críticas y que sepa que puede hablar de sí mismo con plena libertad y que está asegurada la confidencialidad. Necesitamos

escuchar sus ideas y sentimientos respecto al sexo, la orientación sexual, su identidad sexual, las experiencias que ha tenido, el papel sexual que adopta y los temores que sufre.

En los adolescentes la decisión de acudir a consulta puede partir de ellos y es importante recabar información sobre el momento en el que tomaron conciencia de los que les pasaba y su actitud hacia el tema, que puede ser variada, desde no aceptarlo y desear “curarse” a no saber qué hacer para conseguir su deseo de cambio.

Hay que recoger información de los padres, el grado de conocimiento del tema y su aceptación es fundamental ya que puede acrecentar o disminuir la ansiedad y la angustia que pueden presentar los niños al saberse distintos al resto. La negativa de los padres a aceptar la realidad del hijo es un factor de riesgo para sufrir psicopatología.

Es necesario conocer la situación en el colegio, la opinión de los profesores, la relación con los compañeros, ya que la disforia de género es un factor de riesgo de acoso en el colegio.

En cuanto a test y evaluación psicométrica, la prueba que más se emplea es el Test de la Figura Humana, se les pide a los niños que dibujen una persona que les guste y la mayoría de los niños dibujan una del propio sexo, mientras que los niños con disforia de género tienden a dibujar una del sexo contrario, no es un dato patognomónico ni imprescindible, pero complementa otros datos recogidos. Puede utilizarse en esta línea el It-Scale que es una escala que consiste en hacer preguntas acerca de los sentimientos, gustos, inclinaciones con una figura humana de aspecto neutro.

Con dibujos también es útil el Test de la Familia y recoger la relación entre los miembros de su casa y con que figuras se identifica y las razones.

Hay otras escalas que pueden utilizarse como la Child Game Participation Questionnaire que evalúa juegos y preferencias del niño y la Child Behavior and Attitude Questionnaire que incluye un repertorio más amplio de conductas y actitudes que se consideran relevantes para el diagnóstico de la disforia de género. (Mardomingo, 2015)

Entre los instrumentos de diagnóstico estructurado que pueden complementar la entrevista y exploración clínica podemos utilizar Gender Identity Interview for Children (ver bibliografía con enlace) y el Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults. (Mardomingo, 2015)

28.5.- Comorbilidad y diagnóstico diferencial

28.5.1.- Comorbilidad

Los niños con disforia de género pueden presentar tasas altas de problemas y trastornos psiquiátricos como ansiedad, depresión, trastorno del espectro autista y problemas de conducta principalmente y es imprescindible diferenciar si se trata de comorbilidad o coinciden por azar y no tienen nada que ver, si hay riesgo de antecedentes familiares o se producen por el inmenso estrés que pueden sufrir estos niños.

Se ha recogido que los niños con disforia de género tienen más trastornos de conducta, ansiedad de separación, sintomatología depresiva y dificultades de socialización que sus hermanos y niños de la población general.

28.5.2.- Diagnóstico diferencial

En cuanto al diagnóstico diferencial resulta sencillo en niños que refieren los síntomas principales de modo claro, pero aún así es necesario pensar en variaciones de la normalidad, travestismo, equizofrenia y trastorno dismórfico.

Variaciones de la normalidad: hay niños que no les gusta los deportes ni las actividades supuestamente más masculinas, evitan los juegos violentos y les cuesta relacionarse con miembros de su propio sexo, y en el caso de las niñas tiene preferencia por los deportes y juegos, así como prendas de vestir considerados masculinos pero las diferencias son que no se siente desgraciados con su propio sexo y no desean cambiarlo y no sienten rechazo por sus características sexuales.

Travestismo: más frecuente en adolescentes y adultos que en niños ya que se ponen ropas del sexo opuesto con el objetivo de obtener una excitación sexual, no se siente incomodo con su sexo anatómico y no desea cambiarlo.

Esquizofrenia: la diferencia principal es que en este trastorno el sujeto cree que es del otro sexo frente a la disforia que reconoce su propio sexo pero se siente y se percibe como del otro.

Trastorno dismórfico: el sujeto percibe como anormal una parte de su cuerpo y quisiera liberarse de ella, pero a nivel morfológico no de identidad.

Trastorno del desarrollo sexual: como los trastornos intersexuales, la hiperplasia suprarrenal congénita, el trastorno adrenogenital y el síndrome de hipersensibilidad a los andrógenos, que pueden cursar con problemas de identidad sexual con una causa reconocida.

28.6.- Tratamiento y abordaje

El abordaje del tratamiento en esta población tiene que hacerse desde un equipo multidisciplinar formado por expertos y el protocolo que tiene más aceptación entre los distintos equipos de tratamiento está basado en los estándares asistenciales propuestos desde la década de los 80 por la entonces Asociación Internacional de Disforia de Género “Harry Benjamín” (HBIGDA), en la actualidad se la conoce como Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero. (WPATH). Esta asociación aprueba unos estándares de tratamiento que se revisan periódicamente y sirven de guía asistencial, siendo presentada la última versión en 2011 (7ª versión). (Hurtado, 2015)

En el protocolo del proceso se recogen tres fases importantes, una psicológica, hormonal y quirúrgica. La psicológica está presente durante todo el proceso, es la fase inicial para comenzar la intervención tras una completa evaluación y diagnóstico como hemos hablado antes y acompaña en las distintas fases de acompañamiento en todo el proceso y de intervención más específica si se precisa como en entrenar habilidades para el control de la ansiedad pre-quirúrgica y en pautas de control emocional o estrategias de afrontamiento y psicoeducación para el manejo y solución de problemas.

Las familias tienen un papel clave en este proceso y tienen que realizar su propia aceptación de la situación por lo que en algunas ocasiones se realizan psicoterapia de familia y siempre un apoyo y asesoramiento a los padres, necesitan sus consultas solos al margen del menor para hablar sobre la gravedad y amplitud de la disforia de género, sus opiniones y sentimientos deben ser escuchados y aclarar la necesidad de respeto y ayuda del menor que no puede modificar por propia voluntad lo que siente e informarles de los pasos a seguir.

Es necesario tener en cuenta la situación en el medio escolar y realizar si es necesario un abordaje en ese medio para facilitar la integración del menor en ese medio donde pasa gran parte del tiempo y puede ser fuente de malestar si no es entendido ya aceptado por sus compañeros y profesores.

En los últimos años ha cambiado la opinión sobre el comienzo de la intervención hormonal, durante muchos años se iniciaba según los protocolos internacionales vigentes con la mayoría de edad pero ahora se defiende el inicio del proceso terapéutico durante la etapa puberal viviendo las fases iniciales en su sexo anatómico pero si persiste el diagnóstico, es bueno iniciar con el fin

de disminuir el sufrimiento psicológico, mejorar la aceptación social y mejorar el resultado estético en el aspecto del sexo deseado.

No debemos olvidar que en los niños las conexiones cerebrales que forman la arquitectura funcional del cerebro no ha madurado aún; requerirá el paso por la pubertad y la adolescencia, dependiente de las hormonas sexuales, para la maduración del cerebro, inducirles un comportamiento transexual para que no sufran por el deseo de sentirse del otro sexo es una grave responsabilidad que la legislación ha dado a los padres para decidir el momento de iniciar un falso tratamiento que evite la pubertad y sustituye las hormonas sexuales que fabricaría de modo natural por las del sexo opuesto.

En este manual hablamos del niño y del adolescente y la intervención que es necesario valorar a esta edad es la de la frenación puberal con análogos de la gonadotropina GnRH que es una fase totalmente reversible y requiere unos criterios para su realización (Hurtado 2015).

Manifestación de disforia de género desde temprana edad y permanente con aumento del malestar con la aparición de los primeros cambios puberales, buena comprensión del impacto de la reasignación de género sobre su vida, facilitado por la ausencia de problemas psicosociales que pueden intervenir tanto en el diagnóstico como en el tratamiento y suficiente apoyo familiar.

Sólo se inicia cuando se encuentra en el estadio 2-3 de Tanner tiene mas de 12 años y presencia de esteroides en sangre.

Este tratamiento no implica el paso a la siguiente fase de hormonación pero si le permite al púber realizar el test de vida real, funcionando con el rol de género que él siente.

El inicio a esta edad ha recibido críticas y tiene argumentos a favor y en contra que vamos a exponer (Hurtado, 2015).

Entre los argumentos a favor podemos mencionar que retrasar el comienzo del tratamiento hormonal hasta la mayoría de edad legal tiene desventajas psicológicas y aumenta la probabilidad de comportamientos de riesgo como intentos de suicidio, automutilaciones o uso de hormonas sin control médico.

La supresión puberal nos permite mas tiempo para explorar la identidad sexual y de género sin tener la angustia de la presencia de los caracteres sexuales secundarios que se van desarrollando.

Se elimina el desarrollo de caracteres sexuales no deseados que estarían presentes toda la vida y que serían una desventaja social enorme y esto ayudará a que las cirugías que se lleven a cabo sean menos invasivas y con mejores resultados.

Entre los argumentos en contra está el de algunos profesionales que afirman que el diagnóstico de disforia de género no puede ser hecho en adolescentes debido a que la identidad podría fluctuar durante la adolescencia, pero la inhibición de los caracteres sexuales secundarios podría inhibir una formación espontánea de su identidad correspondiente con su sexo biológico.

Preocupaciones sobre riesgos en la salud sobre el desarrollo de la masa ósea, la altura corporal, la desproporción de la segmentación del cuerpo y el metabolismo.

Los efectos de la supresión de las hormonas de la pubertad sobre el desarrollo cerebral, actualmente son desconocidos, y aún no hay estudios de larga evolución para valorar los efectos a lo largo del tiempo.

No es una indicación en ficha técnica de estos fármacos.

La siguiente fase de hormonación cruzada requiere los mismos criterios de inclusión excepto el de la fase de Tanner y ya están funcionando con el rol de género deseado y la tercera fase de cirugía de reasignación sexual ya el sujeto debe ser mayor de edad y haber cumplido con las fases anteriores de modo adecuado.

No en todos los casos de disforia de género se pasa por todas las fases de tratamientos, hay casos en los que el cambio de rol y la expresión de género deseado son suficientes o mediante

la psicoterapia integran sus sentimientos trans en el género que se les asignó al nacer y no sienten la necesidad de feminizar o masculinizar su cuerpo o el uso de hormonas es suficiente mientras que en otros casos si llegan a la cirugía, el tratamiento por tanto se hace de modo individualizado según el caso.

Existen otras opciones que se pueden utilizar como alternativa o acompañamiento del tratamiento hormonal o quirúrgico como recursos, grupos u organizaciones comunitarias de apoyo a la persona y a sus familiares y amigos, terapia de voz y comunicación, depilación con laser o cera, fajamiento o relleno de pechos, ocultamiento genital o prótesis de pene, relleno de caderas o glúteos, cambios de nombre y la mención de sexo en los documentos de identidad.

28.7.- Desarrollo, curso y pronóstico

En el desarrollo evolutivo podemos diferenciar distintas etapas, hablaremos de incongruencia o disconformidad en los niños de 0 a 6 años que presentaran comportamientos estereotipados de otro género y pueden referir el deseo expreso de ser del otro género o etiquetarse así mismos como miembro del otro género pero no hablaremos de disforia de género, ya en los niños mayores de 6 años diferenciaremos la incomodidad con su anatomía sexual o expresaran el deseo de tener una anatomía sexual que corresponda al sexo sentido y ya desde los 11 o 12 años se presentarán las manifestaciones clínicas propias de la disforia de género.

La consulta suele ser a petición de los padres generalmente entre los 7 y 10 años a veces tras dificultades en el ámbito escolar por la respuesta de compañeros y profesores pero puede ser también a petición del propio niño que expresa claramente su deseo de cambio de sexo.

Los síntomas cardinales que se mantienen a lo largo del tiempo son: (Mardomingo, 2015)

1. Comienzo precoz por el gusto de vestirse con ropas del sexo opuesto y persistencia de esa conducta.
2. Deseo de ser y pertenecer al otro sexo.
3. Adopción y preferencia de papeles propios del otro sexo en los juegos.
4. Elección de compañeros de juego del otro sexo.
5. Malestar y sentimientos de inadecuación que se mantienen a lo largo del tiempo respecto del sexo anatómico propio.

Durante la adolescencia se mantienen las mismas características que en la vida adulta, la edad de comienzo es variable y se puede preceder de disforia de género en la infancia, esta presentación es más frecuente en hombres y supone en muchos casos importantes conflictos familiares por lo que hay riesgo de desarrollo de síntomas depresivos, de ansiedad y trastornos de conducta.

En cuanto al curso si hay estudios que hablan de baja permanencia de la disforia de género con el inicio en la infancia durante la edad adulta evolucionando hacia la homosexualidad lo que lleva a la necesidad del seguimiento de estos casos, mientras que en el inicio en la adolescencia las tasas de permanencia en la edad adulta son mucho mas altas.

No hay factores pronósticos demostrados, aunque se han estudiado el tipo ambiental, educativo o cultural no se ha confirmado.

28.8.- Situación actual

En la constitución de 1978 en su artículo 14 protege a todos los españoles y prohíbe expresamente “la discriminación por alguna ración de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”.

En este momento continua vigente la ley 3/2007 del 15 de marzo conocida como ley de identidad de género, que regula la intervención de los servicios sanitarios en nuestro país, en esta ley figuran puntos como que se inicia la intervención tras un informe de disforia de género emitido por un psicólogo o psiquiatra y señala la necesidad de al menos 2 años de tratamiento hormonal cruzado antes de la intervención quirúrgica o modificar la asignación inicial registral de sexo y nombre por el correspondiente al sexo sentido.

Ante la demanda del colectivo LGTB y de padres, se emite en el Boletín del Estado el 24 de octubre de 2018 una disposición anexa a la ley anterior que permite el cambio de nombre, pero no de sexo, en el DNI a sujetos que no han cumplido los dos años de tratamiento hormonal y esto está dirigido principalmente a niños y adolescentes que no han llegado a esa fase y lo solicitan con la autorización de los padres.

Está pendiente de ser aprobada una proposición de ley que permite la autodeterminación de género, pudiendo cualquier individuo solicitar un cambio de nombre y sexo en el registro sin tratamiento hormonal previo y el acceso a las intervenciones asistenciales que desee sin informe previo de psicología o psiquiatría.

En cada Comunidad Autónoma se ha desarrollado su propia legislación y realizan una atención propia con el desarrollo de unidades específicas de atención a las personas trans y protocolos de atención educativa a los niños transexuales en edad escolar.

28.9.- Bibliografía y material complementario

- American Psychiatric Association (2014): Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH): www.wpath.org.
- Becerra Fernández y colaboradores en un estudio de su centro de at Prevalence, Incidence, and Sex Ratio of Transsexualism in the Autonomous Region of Madrid (Spain) According to Health Care Demand. Arch Sex Behav 2017, jul; 46(5): 1307-1312.
- Berguero M.T y cols (2004).La transexualidad: asistencia multidisciplinar en el Sistema Público de Salud. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. (89) 9-20.
- Chiland, C (1999). Cambiar de sxo. Ed. Biblioteca nueva Madrid.
- Gender Identity Questionnaire of Childhood
https://www.researchgate.net/publication/8560292_A_Parent-Report_Gender_Identity_Questionnaire_for_Children_Johnson_et_al
- Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad, Servicio Canario de Salud, Dirección General de Programas Asistenciales. (2009). Protocolo de Atención Sanitaria a Personas Transexuales. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/86ec59ce-4599-11e9-818e-95d9eacc801e/ProtocoloAtencSanitariaTrans.pdf>
- Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (2012). Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Endocrinología y Nutrición; 59:357-382.
- Hurtado Murillo F. (2015). Disforia de género en infancia y adolescencia. Guía de práctica clínica. Revista Española Endocrinológica Pediátrica, 6 suppl, 45-52
- Mardomingo Sanz, M. J. (2015). *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Díaz de Santos.
- Organización mundial de la salud. (2010). CIE10: Trastornos mentales y del comportamiento descriptores clínicos y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor.
- Proceso Asistencia Integral de la Junta de Andalucía. (2016). Atención sanitaria a personas transexuales en la infancia y la adolescencia. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/calidad-investigacion-conocimiento/gestion-conocimiento/paginas/pai-at-transexuales-infancia-adolescencia.html>
- Stoller, R.J. (1968) Sex and gender. Science House, Nueva York.
- Transexualidad: una alteración cerebral que comienza a conocerse. Lopez Montalla N. Calleja Canelas MD Cuadernos de bioética 2016; 27:p.81-94.
- Wiener, J. y Dulcan, M. (2006). Tratado de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Barcelona: Ed. Masson.

29.- CAPÍTULO 29: OTROS PROBLEMAS QUE PUEDEN SER OBJETO DE ATENCIÓN CLÍNICA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Francisco C. Ruiz Sanz. Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Complejo Asistencial Palencia.

Ana Isabel Ledo Rubio. Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Complejo Asistencial Palencia.

29.1.- Introducción

Principalmente en los países desarrollados se constata una creciente preocupación por el menor acorde con un interés de la opinión pública por la defensa de los derechos y libertades individuales, especialmente de las minorías. Por otra parte, la tasa de natalidad tan reducida en los países desarrollados, lleva a considerar al niño desde un punto de vista social como objeto valioso, por tratarse de bien escaso y de difícil reposición. Las ayudas sociales, la consideración de familia numerosa, y la normativa sobre protección a la infancia están más desarrolladas que nunca, aunque surgen críticas en el sentido de que habría que potenciarlas aún más. Quizás este interés por el menor ha puesto de manifiesto la existencia de un conjunto de problemas que hasta la fecha se desconocía su gravedad, se quitaba importancia, o se miraba para otro lado.

En los Estados Unidos la convicción que la violencia con los niños generaba violencia en los adultos lleva a plantear endurecer las penas de los padres que maltratan a sus hijos. En otros países la proliferación de denuncias de víctimas de abuso sexual de sujetos que en la edad adulta narran detalladamente sus experiencias y las consecuencias y los suicidios de niños y adolescentes víctimas de acoso escolar justifica implantar medidas específicas como se ha hecho.

Considerar al menor como víctima en potencia parte de 3 realidades. En primer lugar, la debilidad física que implica tanto una mayor dificultad para escapar ante una agresión, repelerla o defenderse, así como presentar un riesgo de mayor lesión con el mismo impacto como sucede en el síndrome del niño zarandeado. En segundo lugar la debilidad social que radica de su falta de autonomía con la enorme dificultad de salir adelante por sí mismo que le lleva a depender de padres y cuidadores, sin posibilidad de acceso fácil a escapar o solicitar alternativas y por último la debilidad cognitiva y emocional que se manifiesta por una mayor dificultad para ocultar afectos disimular y simular, y para entender la ironía, el doble sentido o ponerse en lugar del otro, lo que se traduce en una mayor vulnerabilidad al engaño y adaptarse a las agresiones.

29.1.1.- Jerarquía de necesidades

La jerarquía de las necesidades humanas o Pirámide de Maslow es una teoría psicológica propuesta por Abraham Maslow en 1943 en su obra: *Una teoría sobre la motivación humana*. Maslow formula que existe una jerarquía en las necesidades y que se precisa atender primero las necesidades más básicas frente a las situadas en un nivel superior.

Maslow construye la pirámide de necesidades en cinco niveles: los cuatro primeros niveles se consideran necesidades primordiales y al nivel superior necesidad de autorrealización. Para que una persona pueda acceder a otro rango se deben cubrir las necesidades inferiores. En primer lugar, se sitúan las necesidades fisiológicas imprescindibles para mantener la salud física como la alimentación hidratación o respiración el descanso, y alivio del malestar físico. En segundo lugar, se sitúa la seguridad frente a la integridad física, y la seguridad respecto a la cobertura autónoma de las necesidades básicas. En tercer lugar, la necesidad del individuo de ser aceptado y respetado en su entorno. En cuarto lugar, la necesidad de autoestima que puede definirse como el sentimiento de bienestar referido al reconocimiento propio de logros personales y al reconocimiento social y el aprecio en el entorno por estas metas. Cuando se consiguen estas metas es posible llegar al vértice de la pirámide que es se denomina Autorrealización que es el sentimiento de dar un sentido a la vida mediante el desarrollo de la actividad deseada.

Veremos como los problemas que presentamos a continuación afectan en mayor o menor medida a cada uno de los niveles recogidos en la escala.

29.2.- ABUSO SEXUAL INFANTIL

El abuso sexual infantil, también llamado pederastia implica el uso de menores para la satisfacción sexual del adulto. Se diferencia de la pedofilia en que esta es la inclinación erótica hacia los niños (DRAE). El pedófilo muestra una preferencia sin necesidad de realizarse una conducta sexual.

La pederastia ha sido a lo largo de los años una práctica sexual frecuente y sometida a distinta consideración. En la antigua Grecia se aceptaba socialmente la relación homosexual de adultos con púberes de más de 14 años (*erōmenos*) y en Creta como rito iniciático y aprendizaje sexual para los menores.

La legislación penal y la consideración social de las prácticas con menores han llevado a la prostitución infantil en países del tercer mundo como una forma más de turismo sexual. Otra forma actual de abuso es la pornografía infantil que incluye imágenes y videos con imágenes sexuales y de violencia muy explícitas que se comercializan de manera clandestina con fines comerciales. Se trata de un delito muy perseguido

La pederastia se considera un abuso porque el menor no tiene capacidad ni conocimiento para decidir libremente y porque se presupone que media fuerza o engaño. Hartman lo define como contactos e interacciones sexuales en las que interviene al menos un menor en situación de desigualdad definido por una de las dos situaciones:

- Diferencia > de 5 años de edad, o menores de 16 años en España.
- Situación de poder o control sobre la víctima.

El abuso, la violación y el incesto no son diagnósticos médicos sino estrictamente hechos delictivos, así tipificados en los códigos penales de los países, sujetos a penas, y para ser considerados como tales deben ser probados en juicio y así considerados mediante sentencia judicial. Sin embargo, en la historia clínica es frecuente usar estos términos sin el calificativo de presunto que a nuestro juicio debería restringirse al apartado antecedentes, y nunca como diagnóstico para evitar complicaciones legales.

29.2.1.- Epidemiología

Las cifras varían enormemente y es que la investigación es compleja porque se realiza mediante estudios prospectivos y retrospectivos. Existen grandes diferencias en los resultados debido a que ambos estudios presentan dificultades metodológicas.

Los estudios prospectivos se basan en

Denuncias. De los menores y de sus padres. Las denuncias dependen de la consideración social del delito, de la accesibilidad a la justicia y de la existencia de mecanismos sociales de protección a la víctima. La mayor parte de los casos de abuso sexual infantil no se denuncian porque los padres o tutores no se enteran o tardan en enterarse, o bien dudan de la veracidad del relato del menor o temen que el proceso se vuelva contra ellos y se ponga en entredicho su función paterna cuando no son partícipes o cómplices del delito.

Hallazgos de datos sugestivos en los servicios de Urgencias o en las consultas de los facultativos. Los menores no suelen acudir solos. Los casos detectados en Urgencias suelen ser bien ante la solicitud judicial de evaluación clínica ante una denuncia, o por la evidencia de signos y lesiones. En nuestro país es obligatorio hacer un parte judicial y una investigación de los datos a partir de la mera sospecha del facultativo. Es importante resaltar que la notificación de una sospecha por el medico no implica responsabilidad para el mismo en caso de que se descarte posteriormente conducta delictiva.

Los estudios retrospectivos se basan en:

Encuestas. Los hallazgos basados en preguntas están influidos por el fenómeno de ocultación y el del olvido y los falsos recuerdos. Las características de la entrevista, el riesgo de inducción de respuesta mediante la forma de realizar la pregunta y la tipificación del hecho concreto por parte de entrevistador y entrevistado sin duda afectan al resultado.

Casos clínicos. El hallazgo de historia medica de antecedentes de abuso sexual en pacientes vistos en Atención Primaria y especializada tiene que ver con el interés del clínico a la hora de considerar esta cuestión dentro de su evaluación, la profundidad de la anamnesis, y la confianza mutua médico- paciente.

Todo ello se complica en la medida que no es posible muchas veces una tipificación clara de caso, que existen aspectos sociales, culturales y familiares e individuales que establecen diferentes criterios entre lo correcto, y lo incorrecto, entre el cariño y la expresión inadecuada de afecto. No obstante, las dificultades comentadas, los datos disponibles concluyen que el abuso sexual infantil nunca ha sido algo raro y que no lo es en la actualidad. Félix López catedrático de la Universidad de Salamanca recoge que un 15% de los hombres y un 23% de las mujeres habrían sufrido abuso sexual antes de los 17 años. La mayoría de los autores señalan que es más frecuente en las mujeres que en los varones y que en estos es más difícil de descubrir. Los casos aumentan con la edad, pero puede aparecer en todos. Se han documentado abuso sexual, incluso con lesiones graves en niños lactantes. Existe superposición entre abuso físico y sexual en un 40% de las familias (30-60%) (Appel & Holden, 1998, Edleson, 1999), las hijas de maltratadores presentan un riesgo 6,5 veces mayor de ser víctimas de incesto por sus propios padres.

29.2.1.1.- Perfil del abusador

Nueve de cada diez pederastas son varones. Existen dos perfiles con edad y características dispares. Por un lado, el varón mayor de 40 años, familiar o persona de confianza de los padres, habitual en el hogar, de apariencia normal y sin antecedentes que se muestra solícito a ayudar y cuidar al menor ante la ausencia de estos. Este grupo incluye otras figuras que mantienen una relación habitual con la víctima como profesores, religiosos, o entrenadores deportivos... En estos casos las prácticas son repetidas y tardan en descubrirse, y ello es importante porque la gravedad de las conductas aumenta con el tiempo. En muchas ocasiones pueden mantenerse ocultas

Datos de Evidencia

Sospecha

- Presencia de semen en vagina, ano o genitales externos.
- Embarazo en persona menor de edad, cuando la identidad del padre es desconocida u ocultada.
- Desgarro del himen.
- Desgarro anal.
- Hematomas y/o erosiones en zonas genitales o sexuales (ej.: Senos, labios), leves de carácter no accidental.
- Signos de enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Datos de probabilidad

Prurito y/ o dolor en región perineal, disuria o leucorrea.

Verrugas o condilomas anales.

Alusiones del menor sobre “secretos de los que no puede hablar”.

Trastornos de la conducta alimentaria y otros trastornos psiquiátricos.

Intentos de suicidio y automutilación.

Sospecha baja

Conductas sexualizadas inadecuadas para la edad, frecuentes y repetidas.

- Infecciones de repetición del tracto urinario.
- Trastornos de carácter psicossomático, ej.: Dolor abdominal recurrente, cefaleas.
- Conducta sexualizada esporádica.
- Masturbación, juegos sexuales
- Patrones sexuales “excéntricos” en la interacción familiar.

incluso años después de haberse realizado, las víctimas pueden animarse a denunciarlo al descubrirse a agresor encausado judicialmente por conductas similares.

Un caso menos frecuente es el del abuso sexual del adulto joven, muchas veces adolescente o menor. Cuando suceden entre familiares el agresor puede tratarse de un hermano con baja capacidad intelectual u otra psicopatología asociada y se da más en entornos con baja supervisión por parte de los adultos. Fuera de la familia, estas prácticas pueden realizarse en grupo y pueden asociarse a otras conductas de bullying. En estos casos se trata más de violencia con agresión sexual. El abuso sexual del joven aunque puede repetirse no es una conducta sistemática y se descubre antes porque el agresor o los agresores toman menos precauciones y el pacto de silencio se limita a amenazas explícitas.

El acceso generalizado a internet y a las redes sociales ha desarrollado nuevas formas de pederastia. La sextorsión es una explotación sexual bajo amenaza en el que el explotador aprovecha la posibilidad de difundir contenidos de la víctima conseguidos en internet para obtener de ella nuevo material o citas presenciales. En los casos de pederastia el agresor adopta una identidad falsa para conseguir hacer pasarse por alguien de su edad.

29.2.1.2.- Perfil del agresor

Cerca de la mitad de los pederastas han sido objeto de abuso sexual en su infancia y otros presentan antecedentes abuso físico, negligencia u otro tipo de maltrato... En la exploración psicopatológica son frecuentes los rasgos de neuroticismo, e introversión.

El abuso sexual puede asociarse a dependencia de alcohol, rasgos de personalidad obsesiva y a otras parafilias

29.2.1.3.- Perfil de la víctima

Las víctimas más frecuentes son niñas, en los niños es menos conocido porque resulta más difícil de descubrir. El riesgo aumenta con la edad de la víctima. Los abusadores buscan menores accesibles, fáciles de presionar para que garanticen confidencialidad. Por ello tienen mayor riesgo las niñas con capacidad física o psíquica disminuida, con dificultades de comunicación y las víctimas de malos tratos y de otros abusos.

29.2.2.- Diagnóstico de abuso sexual

Lo característico es un o una menor que acude a Urgencias o a la consulta de su médico de cabecera porque los padres sospechan o han descubierto el abuso y solicitan atención urgente para valoración, tratamiento y como trámite para documentar la denuncia. En la evaluación se observan datos que hacen pensar al facultativo la existencia de una posible agresión sexual.

29.2.3.- Evaluación clínica del abuso

La función del médico ante el abuso sexual consiste en colaborar con la investigación aportando la información clínica necesaria y desde el punto de vista médico la evaluación y tratamiento de las secuelas, y proponer estrategias para evitar nuevos abusos.

En ocasiones el menor tiene recursos para informar verazmente sobre el abuso pero lo más frecuente es que sean incapaces de realizar un relato pormenorizado de lo sucedido por edad, discapacidad o problemas de comunicación o el impacto del trauma.

Verbalización espontánea: El menor puede relatar sus experiencias espontáneamente, en un ambiente tranquilo, o realizando alguna actividad neutra. El relato puede hacerlo en casa y reproduciendo una atmósfera tranquila repetirlo en la consulta.

En otras ocasiones el profesional recurre a juguetes (muñecos), dibujo libre o a solicitud del entrevistador

Herramientas diagnósticas como cuestionarios o entrevistas que requieren realizarse por profesionales especialmente entrenados.

29.2.3.1.- Aspectos legales

La pederastia en España es una práctica que está sancionada por el Código Penal, especialmente cuando se emplee violencia o intimidación, si el menor presenta trastorno mental o discapacidad intelectual que le suponga indefensión, si la agresión es grupal, o si reviste carácter particularmente degradante o vejatorio, si se pone en riesgo la víctima ante la existencia de relación de superioridad o parentesco o en el seno de organizaciones.

29.2.3.2.- Complicaciones en el abuso sexual

- **Sexualización traumática:** El acceso impuesto a las experiencias sexuales. El menor no decide experimentar en función de sus deseos y necesidades. Se pierde la asociación de sexualidad con algo buscado (me apetece), elegido (con quien quiero y como me gusta), placentero (con lo que se disfruta).
- **Conflicto de lealtades.** “El señor que me hace regalos y que tan bien cae a la familia es el que me hace cosas que a mí no me gustan” y me pide que lo oculte a mis padres para que no se enfaden”.
- **Culpa:** “Estoy haciendo algo que creo que no está bien y que no se puede hacer”
- **Indefensión:** “Me hace cosas cuando él quiere y yo no puedo decir que no”
- **Estigmatización** El menor pronto se da cuenta que cuando insinúa lo que le sucede en su entorno reaccionan con caras extrañas y gestos de desaprobación. “Un día se lo dije a mi compañera de clase y puso una cara muy rara y no me creyó”.
- **Embarazo.**

Enfermedades de transmisión sexual (ETS).

29.2.4.- INCESTO

Ver Glosario. El incesto es una prohibición generalizada, con excepciones muy limitadas a determinadas culturas y momentos históricos. Las justificaciones que se han dado a esta consideración casi universal han sido diversas y van desde la teoría de matrilinealidad de Levi Strauss, hasta la prohibición basada en la experiencia asociada al riesgo de enfermedades y de vulnerabilidad biológica o a hipótesis sociales que valoran el incesto como un procedimiento de evitar distensión en el seno de la familia y favorecer la expansión de sus miembros.

El incesto se considera un tabú, por ello el abuso en un contexto de incesto es más traumática por la consideración social y moral del hecho y de las posibles consecuencias (embarazo) el mayor control del agresor con la víctima y las dificultades de defensa y denuncia.

En nuestro país el incesto no está tipificado en el código penal, aunque la relación de parentesco por ser ascendiente o hermano, por naturaleza, adopción o afines se considera agravante a la hora de dictar sentencia. El código civil establece límites a la hora de formalizar la relación, así tienen prohibido contraer matrimonio entre sí, los parientes en línea recta por consanguinidad o adopción, así como los colaterales por consanguinidad hasta el tercer grado, si bien el Juez de Primera Instancia podrá dispensar, con justa causa y a instancia de parte, los impedimentos del grado tercero entre colaterales.

29.2.4.1.- Epidemiología

Como sucede con el abuso sexual en general los resultados son muy diferentes en función de la metodología empleada, como hemos comentado los estudios prospectivos se basan en las denuncias, mientras que en los retrospectivos en las encuestas y notificaciones. Sí que sabemos que el más frecuente es el incesto padre- hija, mientras que el incesto madre hijo se considera socialmente el más proscrito ya que no lo ampara ninguna cultura.

29.2.4.2.- Perfiles en el incesto

La conducta incestuosa parece más extendida que lo que se suponía. Aunque penalmente no se considere, se asume que es un abuso sexual complicado con repercusiones sociales y psicológicas que requieren un trabajo específico. El incesto implica tomar decisiones sobre la custodia por parte de los servicios de protección de menores y requiere un trabajo psicoterapéutico con el menor.

A nivel académico podemos dividir el incesto en:

Incesto en clases sociales bajas. Se asocia a bajos recursos económicos, alcoholismo, discapacidad, malas condiciones, contacto frecuente por hacinamiento. Se trata de casos con mayor control social

Incesto en hogares rotos. Se trata de abusadores oportunistas en hogares monoparentales, normalmente se corresponde con la pareja de la madre, y se asocia a negligencia o falta de supervisión de esta.

Incesto sin factores sociales de riesgo. Es difícil de detectar, se asocia a fenómenos de abuso sexual y maltrato, y se corresponde con casos espectaculares que han aparecido en los medios de comunicación. El incesto se corresponde con un padre violento y abusador con una madre incapacitada por enfermedad mental, enfermedad física o cultura. En estos casos lo característico es que el incesto lo comete el padre con 40 años, se inicia con la hija mayor, y va pasando a las pequeñas. En ocasiones los hijos varones conocen y comparten el incesto. Con su silencio y complicidad aíslan a la víctima y a veces participan en el abuso. Las madres son dependientes y temerosas, delegan precozmente en las hijas tareas de adultos. Suelen conocer el problema y no lo denuncian. La víctima puede sufrir el abuso incluso antes de la pubertad, se siente aislada, y se la aísla, restringiendo las relaciones sociales, se le obliga a abandonar la escuela con cualquier excusa, obligaciones domésticas ineludibles, fracaso o falso desinterés académico.... La menor sufre, pero no tiene escapatoria. Es característico un conflicto de roles: hija- amante sin conocer en el día a día, cuando se le exigirá en su papel de pareja sexual o de niña.

Incesto en parejas conflictivas es una variante en el que la madre es dominante ante un conflicto de pareja que lleva a la desvalorización y la agresión psíquica mutua. En este contexto surge una alianza entre el padre e hija, por un lado la hija da la razón y apoya al padre y este utiliza el cariño de su hija como pasaporte para el alivio de sus necesidades afectivas y sexuales.

Incesto descubierto tras la separación conyugal. En ocasiones el abuso sexual se descubre tras la ruptura matrimonial. Durante el matrimonio el abusador tiene más facilidades para presionar a la víctima y mantener el secreto que cuando existe una separación física y la madre tiene la custodia. Algunos autores (Corwin et al., 1987; Faller, 1990a; Goodwin, Sahd & Rada, 1989; MacFarlane, 1986) plantean que algunas personas serían más propensas al abuso sexual y específicamente al incesto tras el divorcio, como alivio por el conflicto o como conducta agresiva frente a la pareja a través de terceros. (Wakefield and Underwager 1991). Las denuncias de incesto y de abuso sexual deliberadamente falsas también pueden ser un arma para intentar obtener una custodia exclusiva promovida por uno de los padres

29.2.5.- Abordaje en clínica del abuso sexual

En Urgencias ante el hallazgo de un caso de sospecha de abuso sexual es importante la evaluación del menor con una exploración clínica destinada a evaluar las lesiones. Es muy recomendable que el clínico no actúe solo, el estudio debe ser riguroso, completo y preferentemente único. Hay que evitar reiteración de las exploraciones y de las anamnesis. Es importante estudiar evidencias de abusos previos, así como descartar, lesiones físicas, enfermedades de transmisión sexual y riesgo de embarazo. Un aspecto conflictivo es determinar medidas provisionales urgentes, resolver la duda si debe volver a su residencia habitual en el caso que no proceda la hospitalización en principio corresponde al juez de guardia, quien lo remitirá al fiscal de menores.

El seguimiento del caso implica a Salud Mental con varios objetivos

1. Validar la experiencia.
2. Evitar y tratar las secuelas.

29.2.5.1.- Validar la experiencia

Ante el abuso sexual se diferencia la conducta, la experiencia percibida de la conducta por parte del niño y la reelaboración posterior de la misma a lo largo del tiempo. Un juego que para el niño puede ser intrascendente, dejara de serlo cuando lo relate espontáneamente a un adulto y perciba su expresión mientras lo relata, o recuerde el mismo el episodio durante la adolescencia.

Se debe proporcionar una información sexual adecuada que incluya aspectos de lo sucedido. Puede estar indicado adelantar la información sobre el sexo, aunque no le corresponda por la edad, en términos comprensibles. Es importante trabajar lo socialmente apropiado y lo inapropiado, los tiempos, los lugares y las normas de convivencia. Se debe proporcionar a los menores argumentos que relacionen la conducta del adulto reprobable y al mismo tiempo preservar en lo aceptable la imagen del agresor, especialmente cuando es un miembro significativo de la familia. El menor no es quien debe decidir ni sancionar la culpabilidad del agresor.

29.2.5.2.- Evitar y tratar las secuelas

El abuso sexual reúne muchos casos criterios de factor predisponente de trastorno por estrés, y puede precisar el abordaje terapéutico de este diagnóstico.

La disfunción sexual también debe trabajarse de manera específica en la manera que surjan las dificultades. Puede requerirse una terapia sexual.

RESILENCIA Es la capacidad de muchos menores de adaptarse al stress y desarrollar un funcionamiento social, emocional y cognitivo normal pesar de la gravedad de los conflictos que le afectan a lo largo de su vida. Se calcula que hasta un tercio de los menores pueden llegar a establecer una relación de pareja estable con relaciones sexuales satisfactorias a pesar de haber sufrido abusos sexuales graves y continuados. La resiliencia supone un reto

a la postura determinista, no somos necesariamente víctimas de nuestro pasado sino sujetos capaces de enfrentarse a las adversidades. Conocer las claves de la resiliencia nos permitiría establecer estrategias psicoterapéuticas ante el abuso sexual.

29.3.- MALTRATO, ABUSO Y NEGLIGENCIA FAMILIAR

Las características de una familia es que suponen una agrupación de personas con un vínculo de filiación o de pareja con un objetivo de cubrir las necesidades. La familia se ha perpetuado como concepto, aunque ha variado a lo largo de los años en su composición y derechos de sus miembros, especialmente y en lo que concierne a nuestro tema, en relación y trato con los menores de edad.

Aristóteles decía: "Un hijo o un esclavo son propiedad, y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto". En la antigua Roma el padre decidía sobre la vida de los hijos en el momento de haber nacido. Se depositaba al hijo recién nacido y el padre podía optar por acogerlo, expulsarlo o matarlo.

Durante la edad media los niños desde muy pequeños participaban en tareas agrícolas. En determinadas circunstancias podían venderse como esclavos ante una situación de necesidad familiar. Durante la revolución industrial entre los siglos XVIII, se emplea a los niños en tareas peligrosas en los que se valoraba su pequeño tamaño o la ausencia de temor al peligro.

El castigo físico se ha considerado una forma aceptable de educar, tanto en la escuela *la letra con sangre entra* como al ámbito familiar, incluso en nuestros días, *“una torta a tiempo es una victoria* o incluso a nivel social donde cualquier adulto se sentía con derecho a corregir con castigo físico cualquier conducta de un niño. En todos los casos se presumía la proporcionalidad, pero nunca quedaban claros los límites.

A mediados del siglo XVIII Auguste Ambroise Tardieu describió los primeros casos de abuso infantil en su libro *Etude Médico-Légale sur les Attentats aux Mœurs*, estudio forense de los delitos sexuales, lo cual provocó grandes controversias. La primera definición formal sobre este síndrome fue descrita en 1960 por un grupo de médicos que se interesaron en una serie de manifestaciones clínicas y radiológicas que con el tiempo permitieron integrar lo que Kempe llamó "síndrome del niño golpeado o maltratado".³

En la actualidad hay un cambio respecto al papel de la violencia física como método disciplinario. Desde hace tiempo se ha constatado que las personas que han sido objeto de malos tratos presentaban un riesgo mayor en convertirse en maltratadores. Además, existe un cambio de paradigma respecto a la violencia física y moral especialmente sobre personas vulnerables y colectivos de riesgo que incluye cambios de normativa legal con penas más graves, campañas divulgativas tratamiento, y medidas de protección social para la víctima, como sucede en el caso de la violencia contra la mujer o contra miembros de colectivos con riesgo como el educativo y el sanitario.

29.3.1.- Epidemiología

En nuestro entorno se calcula que el 4% de los niños y 3,2% de las niñas con edades entre 5 y 15 años serían víctimas habituales de malos tratos. Según datos de UNICEF en Hispano América hay 6 millones de niños, niñas y adolescentes que sufren agresiones severas y 80 mil que mueren cada año por la violencia presente al interior de la familia.

En los niños más pequeños el agresor más frecuente es la madre. Entre los padres maltratadores abundan los casos de trastornos mentales como esquizofrenia ansiedad, depresión y consumo de drogas (cocaína y alcohol) y otros antecedentes de trastorno de conducta. Hasta 1/3 de los maltratadores físicos tienen antecedentes personales como víctimas de malos tratos.

Las principales causas de maltrato a niños por orden de frecuencia son: las medidas disciplinarias (63%), agresiones relacionadas con trastornos mentales o de personalidad de los padres (59%),

trastornos de conducta de los menores secundario a trastorno como negativismo desafiante, TDAH y otros (46%), rechazo familiar (34%) y negligencia (34%). Los principales agresores identificados en el niño maltratado son: la madre (58%), el padre (25%), padrastros (11%) y otros (5%).

Respecto a la edad el maltrato físico más grave es más frecuente en recién nacido y preescolar (menos de cuatro años).

29.3.2.- Evaluación de los malos tratos

El cuadro más grave y conocido es el Síndrome del niño maltratado que implica lesiones variadas localizadas en diversas partes del cuerpo y que no pueden atribuirse a accidentes. La detección es compleja, los adultos que acompañan al menor en la consulta de Urgencias son generalmente los agresores, cómplices, u otros familiares que conocen el maltrato pero que temen declarar la verdad. Justifican y alegan ante las lesiones del niño que se deben a que es muy descuidado, torpe o despreocupado por el peligro.

El estudio debe ser minucioso, se recomienda una exploración completa y una anamnesis detallada sobre las explicaciones de los familiares. Ante cualquier sospecha debe hacerse un parte de lesiones y seguir los procedimientos. Debemos ser muy cuidadosos ante las señales de posibles malos tratos y procurar mantener parte de la entrevista con el menor a solas, mejor con la compañía de un compañero sanitario como testigo. Existen datos de sospecha, cuando coexisten lesiones recientes y otras antiguas, retrasos inexplicados en acudir a urgencias a pesar de la gravedad, lesiones de posibles mordeduras, quemaduras de cigarrillo o marca de cuerdas, Entre las áreas geográficas de sospecha destacan las lesiones peri orales, genitales o glúteas acompañadas de otras cicatrices antiguas no explicadas.

29.3.3.- Complicaciones

Aparte de las secuelas físicas como cicatrices, callos de fractura y de las complicaciones neurológicas, muchos casos de abuso físico acaban con la vida del menor. La investigación de los hechos puede implicar a los presuntos agresores, el entorno familiar profesionales sanitarios, educadores, entorno al menor, y que tuvieron elementos de juicio para sospechar el maltrato pero no lo denunciaron.

La exposición a una situación de riesgo de o de lesión grave relacionado con abuso físico propio o la experiencia de maltrato físico muy grave en su entorno puede ser un desencadenante del trastorno por estrés postraumático y dejar secuelas prolongadas.

Por otra parte, la violencia en la infancia se asocia a mayor prevalencia de psicopatología y trastornos psiquiátricos a corto y largo plazo. Gran parte de las víctimas de malos tratos se convertirán a su vez en maltratadores, porque interiorizan la violencia como procedimiento válido en la educación, y como modo principal de afirmar la autoridad. Muchos de ellos adicionalmente serán o han sido víctimas de abuso sexual. Los niños con antecedentes de abuso físico presentan contactos más precoces con las sustancias de abuso y riesgo de dependencia de alcohol y otras drogas. Muchos especialmente las mujeres salen de casa más jóvenes con el fin de escapar del ambiente familiar. Sus relaciones de pareja serán más conflictivas, se embarazan a edades más jóvenes y presentan mayor riesgo de ser víctimas de violencia de género.

29.3.4.- Otras formas de maltrato infantil

Explotación infantil es la utilización, para fines económicos familiares o de otra índole, de menores de edad por parte de adultos, afectando con ello el desarrollo personal y emocional de los menores y el disfrute de sus derechos. Las formas de explotación a la infancia incluyen Explotación sexual, a través de la prostitución infantil, la mendicidad a veces agravada con la

producción de lesiones intencionadas para estimular compasión y mejorar las limosnas y la explotación mediante el uso habilidades (musicales, deportivas, artísticas...)

Síndrome de Munchausen por poderes. El síndrome deriva del nombre Freiher Von Münchhausen que inicialmente se refería a un trastorno en el que un paciente finge o se provoca lesiones intencionadas con el fin de asumir el rol de enfermo.

Posteriormente Richard Asher descubre un caso en el que la madre provocaba deliberadamente una enfermedad cuadro clínico a su hijo para ser atendido por los servicios médicos. La madre casi siempre es la causante. La madre presenta un trastorno mental o de personalidad, y suele existir un conflicto familiar, social o económico que precipita el cuadro. El diagnóstico precisa una investigación cuidadosa y tener presente esta posibilidad ante un cuadro inexplicable o de evolución atípica que mejora con la separación del menor de su madre.

29.3.5.- Abordaje de los malos tratos

Prevención primaria. Es importante realizar campañas de divulgación sobre los efectos a corto y largo plazo de los efectos de los malos tratos. Discutir las falsas creencias sobre la necesidad de imponer la autoridad mediante la violencia o que la educación sin castigos físicos vuelve a los niños débiles y “afeminados”. Se debe estimular la corrección promoviendo estrategias educativas alternativas como el castigo con la supresión de privilegios y el fomento del buen trato

Prevención secundaria. Se basa en la detección precoz de los casos y la aplicación de las medidas legales y sociales destinada a mitigar el daño. Incluye:

- Tratamiento de las lesiones
- Realizar el parte de lesiones y notificación al juzgado
- Separación de la víctima y el maltratador, para ello basta la aplicación de la legislación actual que puede considerar medidas como la prisión preventiva, la orden de alejamiento y la modificación de medidas de custodia para los agresores.
- Actuación de los servicios sociales y de protección a la infancia para determinar la existencia de otros signos de desprotección.
- Evaluación psiquiátrica de los menores en los casos más graves y seguimiento en su entorno en el resto.
- Medidas de educación familiar y abordaje de conflictos: Promover la resiliencia y el fomento del buen trato

29.4.- ACOSO ESCOLAR o BULLYING

BULLYING es un término anglosajón que proviene del término Bull toro y bully “matón”. En otros países como los escandinavos se recurre más al término mobing, o mobbing mientras que en España se emplean ambos términos con usos diferentes Bullying respecto al acoso entre iguales en el entorno académico y mobbing relacionado con la actividad laboral.

Por acoso escolar o Bullying se entiende una conducta de persecución física y/o psicológica que realiza un alumno contra otro que se escoge como víctima de repetidos ataques. Esta acción negativa e intencionada sitúa a la víctima en una posición de la que difícilmente puede salir por sus propios medios. La continuidad de estas relaciones provoca en las víctimas efectos claramente negativos, como descenso de la autoestima, estados de ansiedad e incluso cuadros depresivos, lo que dificulta su integración en el medio escolar y el desarrollo normal de su aprendizaje». Olweus 1991.

29.4.1.- Antecedentes

Dan Olweus Noruega (1931-) según reconoce el mismo, fue víctima de abuso en el colegio y esa experiencia le llevó a Investigar sobre el maltrato. Es un autor de primer orden autor de varios

libros, uno de ellos es el que recomendamos. Realizó estudios basados en encuestas en centros escolares preguntando directamente sobre las experiencias de acoso. Los datos le permitieron elaborar un plan de lucha contra el acoso, y evaluando los resultados periódicamente. Consiguió una reducción considerable de conductas de acoso en centros académicos de diversos países y comprobó que tras establecer un plan los resultados eran susceptibles de mejorar sucesivamente.

En nuestro país cobra un interés relevante en el año 2004 en relación con el suicidio del menor Jokin Ceberio en Fuenterrabía y el descubrimiento posterior de la relación entre dicha muerte y los episodios de acoso que había sufrido por parte de los compañeros ante la incompreensión por familiares y educadores. Este caso se suma a otros como el de Amanda Todd víctima de ciberacoso, fallecida en octubre 2012, Phoebe Prince fallecida en el año 2010 a los 16 en Massachussets o Ryan Halligan en el año 2003 a los 13 años víctima de acoso y ciberacoso víctima de seducciones ficticias y acusado de homosexual. Olweus ya había asociado acoso escolar y suicidio en menores de 14 años una edad en la que el suicidio consumado es muy raro, incluso entre sujetos trastornos mentales muy graves o víctimas de otros abusos y malos tratos.

El fenómeno se ha llevado al cine en películas como *Bullying* (2009), *Ben X* (2007) donde se recoge la comorbilidad con el síndrome de Asperger, y más recientemente en *Audrie y Daisy* (2016) que es un documental donde narra la historia de dos adolescentes sometidas a ciberacoso después de ser violadas.

29.4.2.- Características

El bullying es una conducta de persecución física o psicológica sistemática que aparece en edad escolar en el entorno educativo, aunque también puede darse de manera similar en otras circunstancias, deportivo, lúdico, social, o laboral. Es consciente, voluntaria e intencionada con el fin de buscar denigrar a la víctima, y es repetida. El agresor o los agresores actúan con un desequilibrio de fuerza (abuso) que impiden que el individuo sea capaz de salir de la situación por sí sola. Además, se realiza de manera publica a la luz del día y en presencia de terceros lo que incrementa el daño al agredido.

Generalmente abunda en entornos donde se impone una convivencia estrecha y mantenida, y es más prevalente aun cuando las personas son sometidas a presión en base a los resultados, donde existe una rígida jerarquía y se estimula la competitividad. En centros cerrados como academias militares o algunos centros formativos puede incluso haberse estimulado por los superiores con la justificación de fortalecer el grupo, favorecer su control y desembarazarse del más débil y desadaptativo.

29.4.3.- Epidemiología del bullying

29.4.3.1.- Incidencia

Uno de cada seis alumnos ha recibido alguna clase de maltrato (Bullying) por parte de sus compañeros o compañeras * Chester realiza un metaanálisis de estudios en 19 países, con datos de prevalencia muy dispares entre países, con una media de 13%.

Puede darse a cualquier edad en el entorno escolar pero se detecta con más frecuencia entre los 9 y los 14 años que coincide con los últimos años de la educación primaria y en los primeros de la secundaria*. Las agresiones físicas son mucho más frecuentes en cursos inferiores y la exclusión en cursos superiores.

Aparece en ambos sexos, con discreto predominio entre los varones. Los chicos practican más la agresión física, verbal la destrucción de objetos de la víctima y *el hostigamiento por medio no físicos, burlas, gestos, imitaciones...* Las chicas emplean habitualmente el aislamiento, la difamación, el rumor, y la exclusión en sus relaciones de amistad*. A diferencia de los varones las mujeres limitan la agresividad a su mismo sexo.

Respecto a la ubicación y características del centro educativo el informe del defensor del pueblo señala que no había diferencias entre autonomías ni en ciudades ni entre clases sociales, tamaño del centro titularidad ni características (público, privado, concertado).

29.4.4.- Tipos de agresión

Física. Puede ser **directa**, agresiones físicas o amenazas o **indirecta** cuando se atacan las pertenencias. En ocasiones se acompaña de extorsión cuando el agresor exige regalos o cantidades de dinero periódicas.

Verbal. Se refiere a insultos, motes, calumnias.

Sexual. Implica cualquier contacto intencional, pero también la seducción ficticia, y la difusión de confidencias.

Social. Se divide en social indirecto que busca evitar cualquier tipo de contacto del entorno con la víctima impidiendo bajo calumnias, amenazas o coacciones cualquier contacto de terceros. El social directo incluye el uso de medios de expresión desde grafitis, teléfono, carteles, dibujos ofensivos con el fin de dañar la imagen de la víctima.

Ciberbullying. Sería un tipo de bullying social directo que se centra en el uso de nuevas tecnologías. A diferencia de otros tipos de acoso por las redes, el ciberbullying parece organizarse en el entorno social de la víctima, por lo que no es extraño que sea una prolongación del maltrato sufrido en el colegio.

La agresión como hemos dicho es sistemática y persiste a lo largo del tiempo. Normalmente se combinan distintos tipos de agresión y lo habitual es que cambie con el tiempo, y el momento. La agresión es para el agresor es una ocupación una liberación de tensión y un entretenimiento. La rutina no suele ser divertida

29.4.5.- Habitat del bullying

El Bullying se origina en muchos casos durante la escolarización y es más frecuente dentro del recinto escolar. La clase es el lugar ideal para los insultos y motes, hurtar y romper pertenencias, y el acoso sexual. En el patio son más frecuentes las agresiones y la exclusión activa. En los aseos se esconden cosas. Fuera del centro son más frecuentes las extorsiones, los robos y las amenazas con armas.

En la mayor parte de los casos la víctima sufre la agresión de al menos 2 o 3 compañeros, cuando el agresor es único, gusta de actuar en presencia de testigos. Como hemos dicho, toda agresión realizada por un grupo de compañeros o en presencia de estos, ocasiona a la víctima mayor grado de vulnerabilidad, denigración y más sentimiento de culpa.

Según las encuestas hasta un 25% de los escolares manifiestan presentar temor más o menos frecuente e intenso de ir al colegio. El Bullying es motivo más referido de rechazo a ir al colegio tras el miedo a un mal resultado académico.

29.4.5.1.- Perfil del agresor

Olweus define 3 tipos de agresores: Activo, social indirecto, y seguidores pasivos. Los activos son los que participan directamente en la agresión. El social indirecto (Instigador) induce los sentimientos del grupo contra la víctima y sugiere conductas en las que puede participar como un miembro más. Los seguidores pasivos o secuaces aunque no intervienen hacen corro, jalean al agresor o abroncan a la víctima, y ríen las gracias.

Las agresiones directas son más frecuentes en varones de más edad, y con mayor envergadura física. Su rendimiento académico suele ser bajo, Pueden ser repetidores o de un curso superior. Son personas más temidas que respetadas, el agresor busca ganarse al grupo con sus

conductas. En los sociogramas se aprecia que su popularidad está por debajo de la media, pero es superior a la de las víctimas. Cairns (1988) relata que los agresores pertenecen a ambos sexos, presentan consumo precoz de alcohol o drogas, y mantienen relaciones sexuales a edades más precoces.

Entre los rasgos de personalidad destacan características del trastorno de personalidad del clúster B: agresividad, impulsividad, hostilidad, falta de empatía y ausencia de sentimiento de culpa, déficit de habilidades sociales, y egocentrismo. Muchos presentan como hemos dicho, una baja autoestima, y la socarronería es un mecanismo de compensación. Entre los trastornos comórbidos se encuentra el TDAH (común entre agresores y víctimas), los trastornos de conducta y el trastorno antisocial de personalidad. Según Olweus al menos un 5% de los agresores son antiguas víctimas de bullying.

El seguimiento de los agresores a lo largo del tiempo indica la persistencia de la conducta de agresión con víctimas sucesivas y un mayor riesgo de perpetuar otras conductas delictivas a lo largo de su vida.

Los agresores, tanto chicos como chicas tienden a adoptar roles sexistas, toleran mal la diversidad y mantiene posturas de discriminación de sexos, Exigen y aceptan el control la autoridad del líder, quien reclama fidelidad, sumisión, halago y rechazo a la discrepancia. Los testigos reconocen miedo a importunarlo ante el riesgo de transformarse en víctimas.

Respecto al entorno familiar del agresor Olweus señala que en las familias de los agresores se constata alta expresividad emocional* mayor grado de permisividad ante la conducta agresiva dentro de la casa entre hermanos, y la aceptación de la violencia como método útil de afirmación de la autoridad y de dirimir disputas.* En el entorno del agresor es más frecuente la presencia de psicopatología en la familia el aumento de conflictividad, y los casos de separación, malos tratos, y abandono. Ocasionalmente los agresores pueden encontrarse en un contexto familiar de triunfadores en el que se destaca el éxito, la competitividad y los valores de clase.

Cuando a los padres de los agresores se les confronta con la conducta de su hijo minimizan el problema y culpan a la víctima por no saber o querer defenderse. El agresor y su familia perciben el problema y la medida disciplinaria como injustificada.

Se ha planteado el papel de la violencia audiovisual (?) como factor etiopatogénico. Es posible que los sujetos más agresivos vean programas más violentos, pero no queda claro si la asociación supone un fenómeno causa efecto.

29.4.5.2.- La víctima

No hay diferencia de sexos entre las víctimas. Suelen ser personas débiles, inseguras, ansiosas, cautas. También son más propensas las personas sensibles, tranquilas, y tímidas. Los rasgos de personalidad predominan entre los casos de clúster C. En sus relaciones sociales destaca la tendencia al aislamiento, en el patio pueden estar solos, no disfrutan de las actividades deportivas de equipo ni otros juegos o actividades sociales. Muestran dificultad para hacer amigos y para exponer con éxito propuestas al grupo. El sociograma muestra impopularidad. En los juegos salen ser los últimos en ser elegidos. En clase muestran dificultad y temor de hablar delante de los demás. Los inmigrantes y las etnias tienen el doble de posibilidades de ser aislados y excluidos*.

Es más frecuente entre los hijos únicos, El contacto entre hermanos favorece el uso de habilidades sociales para conseguir objetivos y la tolerancia a la frustración. Los padres son más caseros, esto es salen poco y disfrutan menos de las relaciones sociales. También son más protectores y los hijos más sumisos, y menos beligerantes frente a dicha protección. Las víctimas parecen manejarse mejor con sus padres profesores y otros adultos en general.

29.4.5.3.- Proceso de victimización

Es muy importante tener en cuenta que la elección de la víctima es fortuita, aunque existen factores predisponentes que hacen que la elección no sea estrictamente al azar. Olweus define el concepto de *desviación externa* como cualquier tipo de rasgo físico, social o de otro tipo por el cual una persona se desvía de la media frente al entorno. Las desviaciones externas pueden ser defectos o virtudes, un defecto físico hasta un aspecto físico global atractivo, o una buena capacidad intelectual. Según Olweus en los casos de Bullying el 75% de la población expuesta presentaría al menos una desviación externa.

Entre las desviaciones externas que se asocian con más frecuencia se encuentran los defectos físicos como defectos visuales con corrección, determinados rasgos faciales, las dificultades de lenguaje y la obesidad. También la ropa, la imagen o los resultados académicos. En otras ocasiones anécdotas reales o fabricadas respecto a sucesos puntuales de suciedad o mal olor. Los trastornos de la psicomotricidad desencadenan y mantienen las conductas ante la dificultad para defenderse o escapar. El factor desencadenante se señalará reiteradamente a lo largo del proceso y se afianza mediante un mote.

La comorbilidad puede desencadenar o afianzar el proceso de victimización. En el TDAH su tendencia a saltarse las normas grupales genera malestar en el entorno, los TEA o la discapacidad intelectual por la facilidad en ser víctimas fáciles de burlas y engaños

La víctima en el proceso de acoso se encuentra en una encrucijada, por un lado carece de estrategias sociales para desplazar la agresión, además se enfrenta a un grupo que busca su aislamiento, y por último muchas de las estrategias empleadas contribuyen a perpetuar el acoso, así cuando intenta hacer frente a la agresión, no sale bien parado y fuerza la repetición, si opta por no responder, no darse por enterado, y pasar desapercibido fuerza la intensidad y por último otras respuestas consideradas socialmente poco aceptables como llorar o huir, consiguen el objetivo propuesto por los agresores y también generan mayor hostilidad y perpetúan la conducta. La víctima puede mostrar temor a informar a los padres y profesores por temor a ser considerado soplón, o chivato y agravar el problema.

El concepto de **víctima provocadora** puede llevar a engaño porque da a entender la responsabilidad de la víctima en su agresión lo cual es injusto. Algunas personas, muchos de ellos con antecedentes de bullying insisten en autoafirmarse desmarcándose de los intereses y normas grupales a pesar de los consejos del entorno sobre el riesgo de que ello pueda generar rechazo y dificultar la integración del individuo en el grupo. Entran dentro del concepto aquellos sujetos hiperactivos o inatentos que interfieren inadecuadamente con el entorno, no respetando reglas o importunando, mostrando desprecio o desinterés por los valores grupales y falta de generosidad y de compañerismo. Su actitud y conducta genera malestar incluso en los profesores,

29.4.5.4.- Testigos

Son una parte importante del acoso. Se dividen en espectadores quienes presencian la agresión y que pueden mantenerse pasivos aunque otras veces participan con su aprobación, complicidad y ocasionalmente apoyo. Algunos comprenden a la víctima y en ocasiones empatizan con él, pero eluden ayudarlo por temor. De esta manera contribuyen a la soledad de la víctima. Algunos testigos los "justicieros" intentarían cortar el episodio a costa de ser objeto de crítica y eventualmente de acoso. A pesar de que en estas conductas impera la ley del silencio algunos de los testigos informarían a sus familiares o a profesores.

29.4.6.- Diagnóstico de bullying

Como datos de sospecha las víctimas pueden llegar a casa con la ropa rota, o con el material escolar deteriorado y magulladuras a las que no ofrecen explicación. Es frecuente que vuelvan solos, no les acompañan compañeros de clase, tampoco les invitan a fiestas o cumpleaños, y los

padres puede detectar que van y vuelven de la escuela por un camino ilógico. En ocasiones piden dinero extra o hurtan a los padres para repartirlo en el colegio.

Los padres y profesores pueden ver a menor triste y desmotivado, su rendimiento académico empeora y muestran menos interés, rechazan o justifican con síntomas somáticos no ir al colegio. El malestar es más frecuente el fin de semana Pueden aparecer pesadillas, terrores nocturnos ansiedad, depresión o reacciones agresivas injustificadas en casa. El menor elude justificar los cambios. El bullying puede ponerse de manifiesto dramáticamente ante un suicidio o intento de suicidio

La frecuencia con la que se comenta en las consultas de adultos da la impresión que es un antecedente personal que condiciona a muy largo plazo la visión de sí mismo, del entorno y la manera de reaccionar en las relaciones interpersonales.

PADRES Los padres rara vez son informados por sus hijos en las conductas iniciales del acoso escolar. En la mitad de los casos tardan en enterarse o no se enteran. La fuente de información más habitual de los padres son los comentarios de los padres de los testigos. Cuando se enteran, a veces lo compensan con sobreprotección o consejos a su hijo. Otras veces, pueden intentar hablar con los agresores o sus padres o con el tutor o la dirección del colegio.

EL COLEGIO

En la consulta los padres se quejan con frecuencia que en el colegio responde con rechazo e incredulidad. El Bullying cuestiona la imagen del centro, implica que algo no funciona y que falla la supervisión. Hasta hace relativamente poco, los profesores participaban con frecuencia de la creencia generalizada de que son cosas de niños sin trascendencia. No solía aplicarse la normativa disciplinaria.

En las encuestas, tanto agresores y víctimas coinciden en que los profesores no intervienen y hacen poco o nada para frenar el problema. Los profesores manifiestan conocer los casos de malos tratos, pero los alumnos creen que no se enteran. Cuando se les pregunta donde se realiza Bullying para los profesores, el lugar principal de maltrato dentro del colegio es el patio y para las víctimas la clase. Agresores y víctimas coinciden en que muchas de las agresiones se producen en los lavabos, ocultos de la supervisión de los profesores encargados.

Frente a las alegaciones de profesores que gran parte de las conductas se realizan fuera del entorno escolar, Olweus encontró que la mayor parte se producen en el colegio y en los casos de agresiones fuera del centro, en la mayoría de los casos también se habían producido dentro del centro.

COMPLICACIONES

- **Fracaso académico.** Que mejora tras el cese del acoso o del cambio de centro.
- **Fracaso personal.** La víctima compromete sus relaciones sociales, incluso a largo plazo, se vuelve más precavido a la hora de mantener nuevas amistades.
- **Perdida de la autoestima.** Que le lleva incluso a aceptar el acoso como inevitable.
- **Reacciones de adaptación.** La reacción de adaptación es la presencia de síntomas emocionales o conductuales que suponen una clínica más grave que la reacción presentada por otras personas en las mismas circunstancias. Cuando el factor estresante es muy grave o extremo el paciente puede presentar un trastorno por estrés como se ha explicado con anterioridad en otro capítulo.
- **Suicidio.** El suicidio es extraordinariamente raro a estas edades por causas distintas del acoso.

DIAGNÓSTICO: El bullying es una conducta, es un factor desencadenante de conflictos pero en sentido estricto no es un diagnóstico psiquiátrico, por eso las clasificaciones hablan de problemas

de relación entre iguales, susceptible de necesidad de abordaje por el riesgo de precipitar otros trastornos y alteraciones de conducta.

29.4.7.- Tratamiento del bullying

Como sucede en otros órdenes lo más eficaz es la prevención.

En prevención primaria actuamos sobre las circunstancias implicadas en un acontecimiento: En el caso del bullying resulta fundamental trabajar sobre la conciencia e implicación. Toda persona tiene derecho verse libre de la opresión y de la humillación repetida e intencionada tanto en la escuela como en todo el ámbito social. La sociedad debe ser consciente del impacto a corto y largo plazo de este tipo de conductas y los poderes públicos establecer estrategias legislativas y cambio de consideración del problema como en cualquier otro tipo de abuso.

Es primordial concienciar a los padres y profesores. Se debe aumentar la vigilancia en los recreos. El encargado de patio no debe limitarse a ser una figura de referencia, debe interesarse por esos alumnos que aparentemente no muestran interés en participar en las actividades de grupo. Es especialmente importante atender la salida del comedor escolar que es cuando los colegios tienen menor vigilancia. Los profesores encargados de patio deberían realizar informes incluso de acontecimientos considerados menores. Evitar intervenir implica aprobar tácitamente la violencia. Los lavabos, y vestuarios son otro lugar de riesgo.

Debe plantearse un cambio de actitud. Las agresiones deben considerarse siempre un problema de disciplina. No vale la excusa de considerar que la pelea es una manera de divertirse, aunque lo alegue la supuesta víctima. Evitar la expresión violenta no es hacer a los niños "afeminados", ni privarles de un aprendizaje necesario en la vida. La respuesta violenta no es un derecho (y "obligación") de defensa incluso cuando se vea atacado.

El centro debe tener procedimiento reglados para atender conflictos y en este aspecto es clave la mediación. Facilitar el acceso de teléfonos de contacto para notificar casos. La detección de casos debe seguirse de reunión específica sobre el tema.

En clase se debe fomentar los trabajos en equipo, la importancia de los valores como la ayuda a quien lo necesite. Debe considerarse el elogio sistemático al alumno destacado, así como la crítica al torpe. Se considera útil realizar intercambios en las aulas del mismo curso

El profesor debe transmitir mensajes sobre el rechazo a la intimidación, la necesidad de ayudar al agredido y los valores de integrar o aceptar a los alumnos que se aíslan con facilidad, así como la importancia del aprendizaje cooperativo y el refuerzo grupal de las actividades comunes positivas. Estos valores también deben transmitirse en las reuniones con los padres

29.4.7.1.- Prevención secundaria

Ante una situación de acoso se considera importante que los padres informen al tutor y la dirección del centro. Si los informados son los profesores deben hablar con los padres de víctimas y agresores y establecerse un programa de actuación. Las encuestas y los sociogramas son muy útiles. No resulta eficaz que los padres de las víctimas se dirijan directamente a los padres de los agresores.

En ocasiones la gravedad de la circunstancia puede obligar a cambio de colegio. El cambio de centro es una medida eficaz en un alto porcentaje de casos. En el nuevo centro la víctima puede establecer nuevas relaciones desde cero. Es muy raro que en el nuevo centro se repita el acoso al menos a corto plazo. La víctima lo recibe con temor y ambivalencia, pero también como un alivio y una oportunidad. Los padres son más reacios porque encuentran injusto que sea a víctima y no el agresor quien tenga que dar ese paso. Además, puede ocasionar problemas de logística

si por ejemplo los hermanos acuden al mismo centro están bien integrados, y no quieren cambiar de colegio, o en entornos rurales en los que el cambio se dificulta por dificultades de accesibilidad.

La participación directa o indirecta en casos de acoso escolar debe seguirse de medidas disciplinarias académicas que incluya información a los padres sobre las transgresiones. Agresores, víctimas y testigos deben tener claro que estas conductas serán corregidas, y de la firme determinación del centro de atajarlas.

Con el alumno es muy importante que los profesores y padres estimulen la verbalización de los conflictos. En ocasiones la comorbilidad precisa de un abordaje profesional del problema.

29.4.7.2.- Conciencia social y esfuerzo institucional

La consejería de educación de la Junta de Castilla y León presenta dentro de su portal web un espacio dedicado “convivencia” donde presenta entre otras medidas:

1. Protocolo específico de actuación en casos de posible acoso en centros docentes
2. Guía para prevenir el acoso en casos de discapacidad
3. Guías informativas para chicas y chicos sobre el acoso escolar
4. Programa PAR (Parar el acoso, Apoyar a la víctima, Reeducar al agresor)
5. Información sobre atención telefónica en relación con el acoso escolar

29.5.- CONCEPTO DE FAMILIA

Familia según el diccionario de la Real Academia es su primera acepción un conjunto de personas, emparentadas entre sí que viven juntas. Se puede admitir la definición asumiendo cuestiones como por ejemplo el hecho de que las parejas de hecho con pueden constituir familia, pero las comunidades de personas que conviven no. En la practica la familia es una sociedad que se constituye de manera diversa, susceptible de poder obtener determinadas ventajas sociales y de proteccion jurídica para sus miembros a costa de asumir derechos y deberes. Desde nuestro punto de vista, la familia establece unos lazos afectivos entre sus miembros y unos compromisos que sin duda intervienen en el desarrollo afectivo y en la educacion de los menores. Los problemas en la familia son un factor de riesgo para sus miembros.

La estructura familiar, desde el enfoque de S. Minuchini, debe ser relativamente estable para poder sostener el sistema familiar y el sentido de pertenencia de sus miembros con cierta flexibilidad. Esto permite poder adaptarse a las diversas circunstancias vitales y etapas del desarrollo de sus componentes, favoreciendo el desarrollo familiar y los procesos de diferenciación.

El sistema familiar está formado por varios subsistemas. Los principales son el conyugal, parental, filial y fraterno. El sistema se rige por una jerarquía con deberes y derechos en cada subsistema. Los padres están a la cabeza del sistema familiar. Además, debe tener una serie de normas universales y claramente explícitas (respeto a los padres, rol de padre, rol de hijo), y otras implícitas e idiosincrásicas (lealtad a la familia). Los roles definen las tareas de los miembros de los subsistemas. A su vez, debe tener límites, que marcan la diferenciación del sistema y los subsistemas.

El subsistema hermanos es el primer laboratorio social en el cual los hijos pueden consolidar sus relaciones entre coetáneos. Así, aprenden a negociar, a cooperar y a competir. Las relaciones fraternas son las relaciones más largas que habitualmente se dan en la vida arraigadas en la niñez.

Se han estudiado factores estructurales e interactivos (citado en Ledo I. y col., 2012). De acuerdo con Arranz (2.001) dentro de los estructurales, están las variables del estatus fraterno (orden de

nacimiento, tamaño de la familia, sexo y diferencia de edad entre los hermanos/as) y su relación con el desarrollo psicológico. Estas variables condicionan el rol desempeñado en la familia y también el rol desempeñado en las posteriores familias de procreación (McGoldrick y Gerson, 1.987). Además, cada uno de los hermanos nace en un momento específico del ciclo vital de la familia, influyendo también en el comportamiento y expectativas de los padres hacia ellos. Otros factores como muerte, enfermedad o ausencias prolongadas de alguno de los miembros, pueden modificar la posición funcional que un individuo ocupa en su sistema relacional familiar (Kerr y Bowen, 1.988 citado en McGoldrick y Gerson, 1.987).

La perspectiva interactiva analiza cómo la interacción entre los hermanos/as influye en el proceso de desarrollo psicológico. Las diferencias entre los hermanos/as que interaccionan, se explican, entre otros, por el concepto de ambientes no compartidos. ("los hermanos que viven en una misma familia comparten algunas experiencias, pero no otras muchas. Arranz et al, 2.001). También por factores genéticos (condicionan aspectos, como el temperamento, que se manifiesta tempranamente en el tipo de interacción) y por variables estructurales, (tamaño de la familia, diferencia de edad entre los hermanos/as y sexo) entre otros.

Algunas teorías sobre las relaciones afectivas en el contexto familiar (ej. la teoría del apego) sugieren que los patrones de relación que se aprenden en la familia se emplean en contextos sociales e influyen en su nivel de ajuste psicológico.

29.5.1.- Infancia afectada por una relación parental conflictiva

Consideramos que un menor está afectado por una relación parental conflictiva cuando el objeto de la atención clínica son los efectos negativos de los desacuerdos de la relación entre los padres que se manifiesta por niveles elevados de conflicto, tensión o desprecios sobre los miembros de la familia. La relación de la pareja se complica por una serie de situaciones de riesgo específico que pueden precipitar la crisis y que se agrupan en:

- Problemas relacionados con los hijos: nacimiento, enfermedad grave o fallecimiento de un hijo, emancipación.
- Conflictos relacionados con la familia extensa, padres, hermanos...
- Enfermedad discapacitante de uno de los padres,
- Cambio en la situación laboral de uno de los padres, jubilación, paro, o cambio de residencia por motivos laborales.
- Cambio brusco en la situación económica y social por quiebra o éxito económico.

Aunque existen familias que pueden hacer del conflicto un modo prolongado de convivencia. La relación parental conflictiva con frecuencia culmina con la separación. Según datos del INE, en España más de la mitad de los matrimonios se separan antes de los 16 años. La mayoría de estos matrimonios cuentan con uno o más hijos menores de edad en el momento de la separación.

29.5.1.1.- Divorcio conflictivo

El conflicto familiar es una fuente de estrés para todos los miembros de la familia, antes, durante y después del divorcio (Lebow, 2003). Para los niños que se enfrentan a la ruptura familiar, el aspecto más estresante es la exposición a los conflictos de sus padres. Los efectos negativos en los niños derivados de la exposición al conflicto Inter parental (e.g. depresión) se han observado hasta la edad adulta (Schmidtgal, King, Zarski, & Cooper, 2000). No es de extrañar que muchos menores encuentren la separación de los padres como un alivio.

En investigaciones con hijos de mujeres que habían sido objeto de maltrato por su pareja, se informó que la exposición de un menor al maltrato de su madre se asoció de forma significativa a los problemas de comportamiento del niño tanto en presencia como en ausencia de solapamiento de maltrato infantil directo- (Kernic, Wolf, Holt, McKnight, Huebner, & Rivera, 2003).

Sin embargo, el divorcio desencadena con frecuencia nuevos conflictos como la guardia y custodia, el régimen de visitas. En nuestro país en datos del año 2017. La custodia de los hijos menores se otorga a la madre en 7 de cada 10 separaciones, en 2,5 la custodia es compartida. En 1 de cada 20 la custodia se otorga al padre. En casos residuales se otorga a instituciones o a otros familiares. La tendencia en los últimos años es el aumento de las custodias compartidas. Muchos casos son recurridos, el recurso judicial alarga el proceso, pero los juzgados se confirman las sentencias en la mayoría de los casos.

29.5.1.2.- Clínica

La respuesta de los niños a la separación de los padres depende de la edad, modificaciones del entorno y tipo de vida tras la separación, grado de acuerdo de los padres, duración de los pleitos y de la transitoriedad de las medidas preliminares, y la persistencia de los conflictos tras la separación...

Podemos resumir que en todos los casos habrá un proceso de adaptación que podrá ser más o menor facilitado por los padres. En los menores, en función de sus características personales y otros factores mediadores podrá manifestarse de forma internalizante (depresión, ansiedad, miedos) o externalizante (ejemplo: problemas de conducta, agresividad en el colegio, disminución del rendimiento académico).

29.5.1.3.- Abordaje terapeutico

Tenemos que tener en cuenta que la mayoría de los procesos de separación son resilientes y no deben seguirse necesariamente de ayuda psicológica o psiquiátrica. Deben ser motivo de alarma cuando son prolongados y presentan persistentemente cambios de carácter, problemas de rendimiento académico, cambio en el interés y frecuencia de las relaciones sociales, la presencia de tristeza o ansiedad significativa, alteraciones del sueño, insomnio, pesadillas y terrores nocturnos, y del control de esfínteres. El enfoque clínico se basa en trabajar los síntomas.

29.5.1.4.- Manipulacion de los menores

Tras la separación de los padres y en función del régimen de visitas los niños conviven con los padres y familiares de estos en lo que acaba siendo dos hogares con modos de vida, normas y familiares diferentes. En muchos casos la disputa de los padres persiste tras la separación y aparece lo que Lidz denominaba **cisma marital** en la que cada uno de los miembros de la pareja se dedica a desprestigiar al otro delante de los hijos a través de maniobras explícitas como denigrar al otro progenitor en presencia del niño, u otras estrategias más o menos sutiles, tales como tratar de convencer al niño de la bondad de los propios argumentos sobre la disputa interparental, o claramente manipulativas como utilizar a los niños para obtener información acerca de las actividades del otro padre o usar al niño como mensajero. (Buehler & cols. 1997). Las disputas se completan con las habituales respecto a la pensión de alimentos, otros gastos compartidos, decisiones sobre estudios, decisiones sobre asistencia sanitaria...

Wallerstein (1989), se basa en la teoría del conflicto de lealtades descrito por Borszomengy-Nagy (1973) quien definía conflicto de lealtades como la dinámica familiar en la que la lealtad hacia uno de los padres implica deslealtad hacia el otro, para plantear la situación de muchos niños quienes consideran la ruptura como una pelea entre dos bandos, en la que el más poderoso se gana el derecho al hogar y a los hijos. Los hijos apoyaran a uno o a otro en función de las circunstancias. Incluso aunque los padres de buena fe intenten que no tomen partido, éstos se ven en la obligación de hacerlo a pesar de sentir desazón ante la sensación de traicionar a uno.

29.5.1.5.- El síndrome de alienación parental (sap)

Es un término propuesto en 1985 por Richard Gardner que hace referencia a la a una forma de manipulación sobre el niño por parte de uno de los progenitores, habitualmente la madre, para conseguir la guardia y custodia exclusiva o un régimen de visitas más favorable. Gardner afirmó que el "SAP" estaba presente en aproximadamente el 90% de los niños cuyas familias estaban involucradas en disputas legales por la custodia. Propuso unos criterios para el diagnóstico y un procedimiento terapéutico basado en la desprogramación que incluía la separación del menor del miembro alienante de la familia. Su autor ha sido muy criticado por no documentar sus estudios con estudios clínicos de investigación. En España en los recursos que llegan a las audiencias provinciales, el SAP no es acogido como argumento, pero no se cuestiona de un modo genérico.

29.5.2.- Estatus fraterno

29.5.2.1.- Principales variables estructurales:

A. ORDEN en la fratría: Señalado por A. Adler como factor significativo en el desarrollo de la personalidad. Importante, por el autoconcepto que el propio sujeto se crea en función del lugar que ocupa y por las expectativas que sobre él se formulan los padres.

- Hijo único: A. Adler, (1.977), señalaba que esta posición puede promover conductas de hiper protección por parte de los padres e interferir en el desarrollo de la autonomía del niño. Arranz (1.989) sin embargo, defendía la idoneidad de esta posición para el desarrollo intelectual, de la autoestima y para la identificación con el progenitor del sexo opuesto.
- Primogénito: A. Adler señalaba el privilegio de esta posición por la valoración especial que recibía de la sociedad y como depositario de la confianza y de la autoridad de los padres. El destronamiento del que ocupa esta posición si es precoz, (sobre el año), cuando todavía existe un alto nivel de dependencia de la figura materna, puede generar competitividad y rivalidad en el niño.
- Hijo intermedio y hermanos medianos: Participan en general de las ventajas e inconvenientes del mayor y del pequeño ya que son ambas cosas a la vez. Al mismo tiempo, según Arranz (1989), esta indiferenciación puede suponer una apertura en el desarrollo de la personalidad.
- Hermano pequeño: Es con frecuencia, el más consentido y a veces el más buscado cuando el resto de la fratría son del mismo sexo. Nunca sufre el destronamiento.
- Hermanos gemelos: Vínculo de mayor intensidad entre ellos, habitualmente. Comparten el mismo momento familiar en el que nacen. No sufren el fenómeno del destronamiento, pero puede surgir rivalidad entre ellos en un intento de ser reconocidos individualmente por los padres.

B. GÉNERO:

La diferencia de sexos entre hermanos favorece el desarrollo correcto de la educación sexual y suaviza las relaciones fraternales. Esta convivencia entre niños y niñas prefigurará, en cierta medida, las relaciones entre hombres y mujeres. Esta relación entre ellos no depende únicamente del sexo sino también de la importancia concedida al rol del sexo dentro de la familia.

C. DIFERENCIA DE EDAD:

Arranz (1.989) considera tres tipos de diferencia de edad: el espaciamiento corto (18 meses), el medio (19-36 meses) y el largo (más de 36). En el corto, el nuevo nacimiento puede provocar conflicto porque el primogénito notará la pérdida de exclusividad que recibía de los padres. El espaciamiento medio puede ser el más conflictivo por el surgimiento de los celos. El primogénito acusa más el destronamiento y la rivalidad es más frecuente y puede dificultar la identificación y la imitación que le ofrece el primogénito al segundogénito. El espaciamiento largo es el considerado, en general, el más favorable. El hermano mayor suele servir como modelo de

identificación para el pequeño. En este periodo la rivalidad está muy reducida, el nacimiento del hermano no se siente como una amenaza del status y los hermanos reciben mayor atención personal que en otros tipos de espaciamiento.

D. NÚMERO DE HERMANOS Las relaciones familiares dependen en buena medida del número de hermanos. Se considera que la familia pequeña está compuesta por un máximo de tres hermanos. Parece ser que el desarrollo intelectual y el rendimiento académico de los hermanos de estas familias es mejor que en las familias numerosas por la atención individual que pueden recibir de los padres.

El niño de la familia numerosa, cuatro hermanos en adelante, está más en contacto directo con la realidad exterior y deberá ir resolviendo él solo pequeños problemas al diversificarse la atención de los padres. En la familia numerosa se aprende a compartir, a auto dominarse y a pensar en los demás. Se crea una consciencia de grupo.

E. MOTIVACIÓN DE LOS PADRES A TENER HIJOS

En las expectativas de los padres, que en ningún caso son casuales, existen transmisiones culturales de las mismas familias de origen. Estas expectativas de los padres influyen en los roles que los diferentes hermanos van tomando en la familia.

F. ROLES

La influencia social más poderosa se considera la familia. El rol familiar asignado se perpetúa en presencia de la familia.

G. CICLO VITAL FRATRÍAL

Todas las familias recorren una serie de etapas que contextualizan y determinan el desarrollo individual de sus miembros. Cada etapa está marcada por una serie de acontecimientos.

- En los años preescolares, Dunn describe la interacción fraterna en términos de reciprocidad y complementariedad. Es frecuente el rol de modelo de hermano mayor como ejemplo a imitar y el mutuo interés entre los hermanos. La complementariedad de las relaciones fraternas incluye las funciones de cuidado, desarrollo del apego y educación.
- En la etapa escolar, la relación fraterna es muy intensa porque están en contacto diario y comparten muchas cosas. Durante estos años, subsisten las características generales de la relación fraterna: conflictos, celos, participación, compañía y ambivalencia entre hermanos.
- Durante la adolescencia, la posibilidad de identificación con uno de los hermanos se incrementa. En este proceso de identificación se busca un hermano de edad próxima y se compara con él buscando las similitudes y las diferencias.
- Estadio de adulto, en este periodo, los hermanos tienen sentimientos de proximidad, de compatibilidad, de interés mutuo y recíproco. Las crisis de la vida de adultos contribuyen a fortalecer la unión fraterna.
- En la tercera edad, Arranz (1.989) señala un aumento del vínculo y de la intensidad de éste entre hermanos del sexo opuesto. En esta etapa los hermanos, a menudo, pueden representar el único recurso familiar.

Además del estatus fraterno, conviene considerar el vínculo emocional entre hermanos. Para Bank y Kahn (1975, como se citó en Cagigal, 2006), “el vínculo fraterno es una conexión, tanto a nivel íntimo como público, de dos hermanos; es el ajuste mutuo de las identidades de dos personas”. Para estos autores, el vínculo se desarrolla debido al elevado acceso entre los hermanos, la necesidad de una identidad personal significativa y el hecho de que no todo el universo relacional del niño puede cubrirse a través de los padres.

29.5.2.2.- Celos, envidia, rivalidad. Definición. Enfoques teóricos

Los celos infantiles son una experiencia frecuente y prácticamente universal, que surge como respuesta adaptativa transitoria a una nueva situación familiar caracterizada por numerosos cambios. Se trata de una conducta evolutiva que tiende a desaparecer con el tiempo de manera natural; sin embargo, esta conducta se convierte en patológica si se instaura en el tiempo y no se desvanece, por lo que requerirá de atención especializada (Polaino-Lorente, 1991).

Los celos constituyen un sentimiento de salvaguardar y conservar lo que se posee: un niño se muestra celoso del rival que amenaza esa posesión. Dichos celos (citado en Ledo I. y col. 2012), están en la base de toda rivalidad entre hermanos, pero no todas las situaciones de celos (situaciones pasajeras o concretas) conllevan a una situación de rivalidad fraterna. El término envidia refleja un sentimiento o deseo de obtener lo que no se posee, pero que poseen otros. En el contexto de la interacción entre hermanos, los celos se referirán a la posesión de las figuras parentales, más comúnmente a la posesión de la madre, y la envidia se referirá directamente al hermano.

Desde una perspectiva más actualizada observacional y conductual, lo que se califica como conducta celosa y envidiosa puede definirse como aquella que aparece simultáneamente a un cambio en la vida afectivo-relacional del niño y que se considera una respuesta a una disminución del quantum de atención-interacción de alguna de las figuras significativas de su entorno.

29.5.2.3.- Características de la conducta celosa

Los celos en la fratría vienen condicionados por una serie de variables; edad, género, lugar en la fratría, temperamento relación previa con los padres, estado emocional de los mismos. Diversos estudios muestran que los hermanos de sexos opuestos y de edades más diferenciadas tienden a llevarse mejor que los del mismo sexo y de edades similares.

La conducta celosa implica una forma particular de sufrimiento que puede expresarse de múltiples modos. L. Corman (1974) señaló formas directas e indirectas, de manifestar la rivalidad con el hermano. La utilización de un mecanismo u otro por el niño dependerá de la madurez del sujeto. Cuanto más joven, mayor agresividad. La agresividad física (morder, escupir o lanza cosas), es característica de los niños de 2 y 3 años y es más habitual cuando hay poca diferencia de edad entre ellos (menor de 18 meses). La agresividad predominantemente verbal es frecuente en niños de 3 y 4 años aproximadamente, pudiendo llegar a la verbalización de negar la existencia del otro, por ejemplo: "¡Vete, no quiero jugar contigo!".

Son frecuentes la desobediencia (fastidiar, obtener atención), el retraimiento (retroceso en el proceso de socialización), llanto (presionar, obtener atención, bloquea otros modos de comunicación), alteración de patrones de sueño y comida, oposicionismo, regresiones (orinarse en la cama, chuparse el dedo, pedir usar chupete y/o biberón, y utilización de un lenguaje infantil) y somatizaciones (dolor de estómago y dolor de cabeza).

Tales indicadores se muestran evidentes en el entorno familiar, donde el niño interacciona con el resto de los miembros de su familia, pero se pueden observar también en la interacción con sus iguales y en el contexto escolar.

29.5.2.4.- Tratamiento de conducta celotípica

A pesar de la frecuencia de la transitoriedad de los celos en la infancia, pueden establecerse de forma patológica cuando interfieren en la actividad y relaciones interpersonales en las que no está involucrado el hermano.

Una vez instaurada la conducta celotípica, la duración dependerá del abordaje llevado a cabo en el entorno.

Ortigosa, 2007 plantea una intervención centrada primordialmente en los padres si el niño es menor de 7 años y una intervención combinada con los padres y el niño en el caso de que éste sea mayor de 8 años. El abordaje terapéutico cognitivo-conductual hacia los padres va dirigido a proporcionar orientación familiar y escolar, entrenar en técnicas de modificación de conducta y cambiar el estilo educativo de los mismos hacia uno más adecuado.

29.5.2.5.- Pautas de intervención

No es recomendable en las figuras parentales mostrar enfadado, ni buscar culpables, ni consentir, ni seguir la corriente, ni comparar ni ridiculizar ni tratar de forma igualitaria.

Se debe reconocer el sentimiento del niño como respuesta evolutiva, fomentar roles apropiados, atender a las diferencias y ayudar a gestionar y solucionar conflictos.

Conviene facilitar que el niño/a destronado exprese su frustración de manera directa hacia campos simbólicos y/o creativos (hacia muñecos, a través de dibujos o expresiones verbales)

Reasegurar al niño/a sobre el vínculo que tiene con sus padres como prevención del comportamiento celoso.

Organizarse para conservar momentos de interacción exclusiva del niño destronado con las figuras parentales.

Dar a cada hermano/a un papel adecuado a su edad después del nuevo nacimiento.

Implicar, sin delegar un exceso de responsabilidad, a los niños/as destronados en la atención y cuidados del bebé.

En la prolongada vida relacional de los hermanos deben aprender a compartir y negociar.

29.6.- Bibliografía

- Arranz, E. y Olabarrieta, F. (1.998). Las relaciones entre hermanos. En MJ. Rodrigo y J. Palacios (Eds.), Familia y desarrollo humano: Alianza Editorial.
- Boszormenyi-Nagy (Eds.), (1994) Lealtades Invisibles (p. 291-321). Buenos Aires: Amorrortu
- Cagigal, V. y Prieto, M. (2006). Problemas emocionales y de conducta en hermanos de menores con diagnóstico de trastorno mental. *Clínica y Salud*, 17(1), 51-68.
- Carrillo, S., Castro, J.A., y Ripoll, K. (2.009). Relación entre hermanos y ajuste psicológico en adolescentes: los efectos de la calidad de la relación padres-hijos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, Vol. 27, nº 1 125-142.
- Dunn, J. (1986) "Relaciones entre hermanos". Ed. Morata, Madrid.
- Echeburuba, E., y Guerricaechebarria, C. (2005) Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico. Barcelona Ariel 2ª ed.
- Hartman, CR Burgess, AW (1989) Sexual abuse on children: Causes and consequences. En Cichetti y V Carlson (comps): Child Maltreatment: theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kahn, M. D., y Lewis, K. G. (1988). Siblings in therapy: Life-span and clinical issues. New York, NY: Norton
- Ledo, I., López de Mendiguren, T., Vadillo S, (2002) Diagnóstico y posición en la fratría, S. Escuela Vasco-Navarra de Terapia Familiar
- Minuchin, S. (1.974). Familias y terapia familiar. Barcelona: Gedisa.
- Ortigosa, J. M. (2007). El niño celoso. Madrid: Pirámide.
- Palacios, J. (1999). "La familia y su papel en el desarrollo afectivo-social". Madrid. Síntesis. (En prensa)
- Polaino, A. (1991). Hijos Celosos. Madrid.C.E.A.C..
- Rodrigo, M.J. y Palacios, J. Coord. (1998). Familia y desarrollo humano. Madrid. Alianza.
- Informe defensor del pueblo (1999). Violencia escolar: el maltrato entre iguales en la educación secundaria obligatoria <https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2015/05/2000-01-Violencia-escolar-el-maltrato-entre-iguales-en-la-educación-secundaria-obligatoria.pdf>.
- Wallerstein, J.S. Y Blakeslee, S. (1989). Padres e hijos después del divorcio. Buenos Aires: Vergara.
- UNICEF (2000). Trabajo infantil. Freno al desarrollo. Panorama general y políticas para su erradicación. Santiago,.
- UNICEF (2007). Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries. Innocenti Report Card 7,

30.- CAPÍTULO 30: ATENCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS E INTERCONSULTA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Cristina Domínguez Martín. Psiquiatra. Hospital de Día de Psiquiatría del Niño y Adolescente del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Profesor Asociado de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.

30.1.- Introducción

La patología médica en los menores puede motivar manifestaciones psiquiátricas que requieran ser evaluadas por un psiquiatra. Las enfermedades crónicas incrementan el riesgo de patología psiquiátrica, principalmente si se afecta el sistema nervioso central o el funcionamiento motor. La sintomatología ansiosa y depresiva son las manifestaciones psiquiátricas más frecuentes en menores con enfermedad crónica.

El impacto psicológico que produce en los menores las enfermedades crónicas va a depender de las características de la enfermedad, del menor, de la familia y del entorno social y escolar del menor.

En cuando a la enfermedad va a depender de cómo comienza y se desarrolla, del grado de incapacidad y del riesgo vital que presente dicha enfermedad. Las manifestaciones serán diferentes dependiendo de si es una enfermedad crónica que requiera unos cuidados especiales (como en diabetes), o si es una enfermedad que produce afectación en el funcionamiento cognitivo (como en epilepsia que afecte al lóbulo frontal) o si se trata de una situación terminal, en la que será necesario acompañar al menor y su familia en estos últimos momentos de su vida.

El estrés familiar influye negativamente en la capacidad del menor a adaptarse adecuadamente a la enfermedad. Es importante tener en cuenta este impacto emocional que sufre el menor y su familia para poder ayudarles a expresarlo y afrontarlo a lo largo de la enfermedad, valorando la necesidad de un tratamiento psicoterapéutico en ciertos casos. También van a influir mecanismos protectores y de vulnerabilidad que presente el menor y en el contexto en que se desenvuelva.

La enfermedad crónica en el menor va a motivar problemas de adaptación, malestar psicológico asociado al dolor y al manejo de la enfermedad, y dificultades de adherencia terapéutica

El médico tiene que conocer el desarrollo psicosocial del menor, porque influirá en cómo el menor afrontará la enfermedad y su capacidad para ir adquiriendo la competencia social.

En los primeros años de la infancia (de 1 a 3 años) el niño no comprende el concepto de la enfermedad o su efecto perjudicial sobre su organismo, y por ello tampoco comprende la necesidad de recibir tratamiento. La enfermedad crónica en el lactante puede afectar la relación con sus padres, afectando el desarrollo de una confianza básica y una vinculación adecuada con sus progenitores. Los padres pueden transmitir ansiedad a su hijo en estas situaciones, generando inseguridad en el menor. En estos primeros años de vida, la mayor preocupación del menor es la separación de sus padres. Cuando al menor se le somete a técnicas molestas o requiere varias hospitalizaciones puede motivar que el menor sufra temor ante la separación de sus padres. En estos casos, el menor será difícilmente tranquilizado. Para evitar estas situaciones se procurará disminuir las separaciones innecesarias del menor de sus padres.

La separación de sus figuras de referencia a los niños de 2 a 4 años, puede influir en la capacidad de explorar el entorno a través de la movilidad y poder desarrollar adecuadamente la separación e individualización respecto de su familia. Estas situaciones pueden motivar en el menor problemas de comportamiento y de dependencia a largo plazo.

Entre los 3 a 6 años, tolera mejor la separación temporal de sus padres. Al final de este periodo de preescolar, el niño entiende el concepto de enfermedad, pero no comprende todavía la causa de su enfermedad y el efecto sobre su organismo. En este periodo el niño tiene un pensamiento mágico y egocéntrico, piensan que cualquier evento que ocurre está relacionado con su conducta, por ello algunos niños perciben la enfermedad como un castigo merecido por haber hecho algo malo o no obedecer a sus padres. Es posible que aparezca sentimientos de culpa y puede que acepte la enfermedad como parte de su identidad. En esta etapa es muy frecuente las conductas regresivas como forma de reaccionar al estrés que están sufriendo.

En los niños a partir de los 6 años, aumenta la comprensión de la enfermedad, sus causas y la necesidad de tratamiento. La alteración de su funcionamiento a nivel familiar y escolar puede motivar estrés. La aceptación por sus compañeros del mismo sexo es un objetivo importante en esta etapa del desarrollo y se puede ver afectada por la enfermedad cuando afecta su aspecto, su capacidad o su energía. Los niños que son aislados por sus compañeros pueden mostrarse introvertidos o deprimidos. En estas edades los menores presentan generalmente una apreciación importante del principio de lo que está bien en la vida. Cuando viven la enfermedad crónica como una alteración de este principio pueden reaccionar de manera narcisista. Una forma de manifestar esta situación sería mediante una muestra de resistencia o negativismo, no cumpliendo las recomendaciones dietéticas cuando se le diagnostica de diabetes, cuando antes era en un niño colaborador y obediente. Según el sexo, las manifestaciones van a ser diferentes, para los niños las enfermedades que afectan al desarrollo de sus actividades deportivas van a generar mayores problemas para afrontarlas y adaptarse a ello, mientras que en las niñas se verán más afectadas si alteran su relación con iguales. En la etapa escolar el rendimiento académico puede verse afectado por la propia enfermedad o por su absentismo.

En los adolescentes la aceptación de identidad y de separación-individualización se intensifican y pueden generar luchas de poder cuya finalidad es reforzar el ego que se está desarrollando. La sensación de indestructibilidad junto con la falta de capacidad de prever las consecuencias puede hacer que no cumplan los tratamientos médicos o que se realicen conductas para vencer sus fobias que pongan en mayor peligro al adolescente. La mayor preocupación en la adolescencia es el impacto que produce la enfermedad en su vida socio-emocional. A menudo generan conflictos con sus padres ante los intentos por orientarle o protegerle ante la enfermedad, viviéndolo los adolescentes como un mayor control paterno. Los adolescentes van a tener mayores dificultades de adaptación cuando afecten al desarrollo de su mayor independencia (como la pertenencia a un grupo de iguales o las relaciones íntimas). Los adolescentes con una enfermedad crónica perciben de forma intensa los estigmas asociados al trastorno que influyen en su imagen corporal o en su atractivo sexual, motivando mayores problemas para adaptarse a la enfermedad. La tarea final de la adolescencia, que consiste en su desarrollo profesional y

alcanzar su independencia puede verse limitada por la enfermedad, por lo que generará mayor rechazo a su situación médica.

Los niños más pequeños van a presentar mayores problemas escolares y de aprendizaje, en cambio los adolescentes van a manifestar mayores problemas en la adaptación social.

Ciertas enfermedades que requieren cuidados especiales (alimentación, medicación) pueden generar estigmatización social. Esto está relacionado con la vulnerabilidad emocional en los menores que lo padecen. Una de las preocupaciones frecuentes en menores con enfermedad crónica es sentirse físicamente diferente, motivando ansiedad importante, especialmente más acusada en los adolescentes. Cuando sienten temor a ser rechazados por los iguales, tienen riesgo de desarrollar depresión u otros problemas emocionales.

Las enfermedades que cursan en forma de brotes o crisis que se producen de forma errática y sin relacionarse con el cumplimiento terapéutico pueden ser difíciles de tolerar emocionalmente, por la ansiedad producida por la impotencia y la falta de control de la evolución. En los casos de enfermedad que muestra síntomas de forma persistente, se produce un impacto negativo mayor a nivel de la adaptación emocional a esta nueva situación. En los casos de enfermedades graves, es importante ayudar y acompañar al menor y su familia para no perder la esperanza prematuramente o para prevenir desarrollar sintomatología depresiva que empeoraría su pronóstico. En los casos terminales se recomienda trabajar con el menor y la familia la aceptación de su inevitable desenlace.

No se ha descrito un estilo de afrontamiento ante una situación médica grave que prevenga un problema emocional. Más bien va a depender de la personalidad del niño, su situación social y el apoyo emocional que tenga el menor.

La enfermedad crónica de un menor puede afectar negativamente en la salud mental de la familia, la pareja y de los hermanos. Se han descrito que los hermanos de niños con enfermedad crónica tienen mayores problemas emocionales. El tratamiento a nivel psicoterapéutico puede reducir el estrés familiar y mejorar la salud mental de los padres y hermanos.

Existe una relación clara entre mantener relaciones positivas con iguales y la capacidad de afrontar la enfermedad. Por ello se recomienda que tan pronto la enfermedad lo permita, el menor se reincorpore a su vida social y escolar.

Cuando un psiquiatra infantil recibe una interconsulta se recomienda seguir los pasos descritos en la Tabla 30-1.

El tratamiento de la enfermedad crónica requiere un trabajo en equipo, en el que además de los profesionales (médico, enfermero, psicoterapeuta, trabajador social, rehabilitador o maestro) está el paciente y su familia. Debido a los problemas en el desarrollo social que sufren los menores con enfermedades crónicas y al aislamiento progresivo que motiva su enfermedad, se recomienda promover la adaptación social a través de grupos de habilidades sociales, programas de regreso a la escuela y campamentos específicos sobre la enfermedad del menor.

Es los menores, y principalmente en los adolescentes, es frecuente el incumplimiento terapéutico, en la Tabla 30-2 se refleja las posibles causas que lo motivan y se detalla las medidas que pueden ayudar a mejorarlo.

Tabla 30-1: Recomendaciones ante una interconsulta en psiquiatría infantil

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Comunicación verbal con médico que realizar interconsulta • Revisar historia clínica • Revisar tratamientos • Entrevista con la familia • Entrevista con el menor • Evaluación del estado mental • Exploración física y neurológica |
|---|

Tabla 30-2: Factores que influyen en la falta de cumplimiento del tratamiento médico

Causas de falta de cumplimiento	Puede tener relación con	Consideraciones terapéuticas
Falta de aceptación	Mala adaptación Negación Dinámica familiar Creencias culturales o religiosas	Asesoramiento Psicoterapia Terapia familiar Psicofármacos
Complejidad	Confusión Sentirse abrumado o incompetente Falta de motivación	Mejorar la comunicación acerca de su enfermedad, simplificando las explicaciones a la familia y al paciente
Etapas de desarrollo	Lucha separación/individualización Identidad del ego / identidad sexual No prever consecuencias	Estructura de protección Asesoramiento Psicoterapia
Influencia en estilo de vida	Incomodidad o restricciones Estigmas Problemas económicos	Contacto con servicios sociales Ajustar tratamientos
Molestias	Dolor Efectos secundarios medicamentos	Intentar reducir al mínimo las molestias
Necesidad de estar enfermo	Para escapar del conflicto Dependencia Necesidad de atención	Psicoterapia Terapia familiar
No hay motivos para estar bien	Falta de objetivos profesionales Situación terminal	Planificación profesional Acompañar al menor a encontrar el sentido de la vida

30.2.- Neuropediatría

Los trastornos neurológicos con frecuencia asocian síntomas psiquiátricos, por lo que los neuropediatras con frecuencia realizan interconsultas a psiquiatría del niño y adolescente.

La epilepsia en la infancia provoca con frecuencia problemas psicológicos, siendo los más frecuentes: ansiedad, depresión, problemas atencionales, problemas de conducta y de relaciones sociales. Las propias lesiones cerebrales de la epilepsia pueden provocar síntomas psiquiátricos. Pero también hay que tener en cuenta el impacto emocional que puede provocar la enfermedad y sus crisis en el desarrollo del niño. Puede afectarle en la relación con sus padres (sobrepotección), en el rendimiento académico (fracaso escolar, absentismo escolar) y el desarrollo de su autonomía (dependencia, baja autonomía). Los fármacos antiepilépticos pueden provocar efectos secundarios que afecten al nivel de atención, concentración, memoria, irritabilidad y somnolencia del menor. Si se decide iniciar tratamiento psicofarmacológico para tratar los síntomas psiquiátricos, habrá que tener en cuenta las posibles interacciones con los antiepilépticos. En las interacciones **farmacocinéticas** hay que tener en cuenta a los **citocromos P450** que es una de las vías principales para metabolizar algunos de los psicofármacos. También hay que tener en cuenta las interacciones **farmacodinámicas**, que pueden potenciar los efectos de los fármacos o actuar sobre los neurotransmisores directamente. Algunos psicofármacos pueden disminuir el umbral convulsivo:

- metilfenidato
- dentro de los antipsicóticos los que tienen más riesgo serían clozapina, clorpromazina y olanzapina, y los que tienen menos riesgo de convulsiones serían el haloperidol, risperidona, aripiprazol o quetiapina
- dentro de los antidepresivos se recomienda evitar los antidepresivos tricíclicos, siendo los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina los que menor riesgo tienen de inducir crisis epilépticas, siendo necesario tenerlo en cuenta en los pacientes con epilepsia.

El síndrome confusional o delirium es un síndrome cerebral agudo que se caracteriza por un deterioro global de las funciones cognitivas. Observando fundamentalmente una alteración de la

atención, manifestando una capacidad reducida para dirigir o mantener la atención; y de la conciencia, mostrando una orientación reducida al entorno. Además, presenta un aumento o disminución de la actividad psicomotora y alteraciones de otras funciones cognitivas (alteraciones en la memoria, orientación en tiempo, espacio y/o persona, lenguaje, capacidad visomotora o de la percepción). La alteración suele aparecer en breve espacio de tiempo, habitualmente unas horas o pocos días, y su gravedad tiende a fluctuar a lo largo del día, siendo habitual el empeoramiento nocturno. En todos los casos es consecuencia de una enfermedad orgánica aguda o por efectos de la medicación.

Según su gravedad, el delirium pediátrico puede ser benigno o no benigno. Hay dos tipos de delirium pediátrico benigno: el delirium de emergencia y el delirium común observado en la práctica general.

El delirium de emergencia o agitación de emergencia sucede tras el periodo postoperatorio inmediato, cuando se retira los fármacos anestésicos. Muestra los mismos síntomas que el delirium pediátrico, pero su curso es benigno y suele resolverse completamente en 30-45 minutos (con frecuencia sin ninguna intervención).

El delirium común pediátrico con frecuencia es motivado por una infección. En estos casos se puede manifestar con confusión que fluctúa a lo largo del día, siendo intensa por la tarde y la noche, coincidiendo frecuentemente con un incremento de la fiebre. El delirium cede en dos o tres días, cuando se resuelve la infección. El delirium puede ser también hiperactivo (el niño puede mostrarse agitado, irritable o violento), hipoactivo (niño parece apático, sin interés) o mixtos.

La aparición aguda de una alteración de la cognición, las emociones, la conciencia o la aparición de alteraciones conductuales en un niño enfermo crítico debería hacer pensar en un delirium pediátrico y en la necesidad de consultar a un psiquiatra infantil. Evaluar los síntomas de delirium puede ser difícil especialmente en niños pre-verbales, en enfermos críticos y en los ventilados mecánicamente. En estos niños la evaluación de la conducta y las interacciones no verbales entre los padres y el niño ayudarán a su diagnóstico, los padres percibirán y verbalizarán esos cambios de conducta que no son propios de su hijo.

Ejemplos de manifestaciones que se observan en el delirium pediátrico:

- A nivel cognitivo se puede observar que el niño no recuerda lo que se le acaba de decir, es incapaz de mantener la atención en alguna actividad o no sabe dónde están.
- Alteraciones en el pensamiento, observando que el niño puede verbalizar ideas delirantes o presentar alucinaciones visuales.
- A nivel emocional el niño puede mostrarse asustado o irritado.
- Alteraciones en la psicomotricidad, observando inquietud motora, agitación importante, no ser capaz de permanecer quieto o mostrarse agresivo, en otros casos puede permanecer apático y sin interés.

Algunas preguntas que ayudan a explorar el delirium está reflejadas en la Tabla 30-3.

Tabla 30-3: Preguntas para evaluar un delirium

Preguntas que pueden ayudar a evaluar un posible delirium:

- ✘ ¿Establece contacto visual con sus padres?
- ✘ ¿Las acciones del niño tienen un propósito o finalidad?
- ✘ ¿Es consciente de lo que sucede a su alrededor?
- ✘ ¿Comunica sus necesidades y deseos?
- ✘ ¿Está inquieto?
- ✘ ¿No se consigue consolar ni con los padres ni con el personal sanitario?
- ✘ ¿Está demasiado poco activo (se mueve muy poco cuando está despierto)?
- ✘ ¿Le lleva mucho tiempo responder a las interacciones de los demás?

Tabla 30-4: Las intervenciones no farmacológicas recomendadas para el delirium en niños.

Las intervenciones no farmacológicas que se recomiendan para el delirium en niños son:

- Acompañamiento constante de los padres y estimulación a través de los cinco sentidos para tranquilizar al menor
- Iluminación nocturna indirecta, mantener un horario de iluminación día/noche
- Permitir música/sonidos familiares
- Permitir tener juguetes favoritos, peluches y fotografías familiares junto a la cama
- Psicoeducación del personal (para mejorar la orientación del menor, reorientación verbal acerca del lugar y del momento del día en que se encuentra)
- Folletos informativos para padres sobre el delirium pediátrico
- Optimizar el nivel de estimulación sensorial (en caso de delirium hiperactivo mover al niño a una habitación individual tranquila; si el delirium es hipoactivo, aumentar la interacción con la familia o el personal sanitario)
- Si es posible, interrumpir los fármacos que pueden producir delirium
- Movilización precoz

En los menores que presenten síndrome confusional se tratará la causa, siempre que sea conocida y tratable, sino se hará un tratamiento sintomático.

Las intervenciones no farmacológicas que se recomiendan en los delirium se describen en la Tabla 30-4. La mayoría de expertos recomiendan empezar el tratamiento farmacológico del delirium pediátrico cuando tras las medidas no farmacológicas, el niño presenta extrema agitación o ansiedad, alucinaciones o delirios, especialmente cuando esto motiva peligro para el cuidado del menor (pueda quitarse los dispositivos necesarios para su tratamiento).

El tratamiento farmacológico recomendado según el tipo de delirium sería:

- Delirium hiperactivo: se recomienda los antipsicóticos (típicos como el haloperidol y atípicos como la risperidona). Se utilizan benzodiacepinas y clonidina en el tratamiento del delirium por abstinencia de benzodiacepinas; para el tratamiento del delirium por abstinencia de opiáceos se usan clonidina y metadona.
- Delirium hipoactivo: No se dispone de estudios y no existe consenso sobre el tratamiento farmacológico del delirium pediátrico hipoactivo.

30.3.- Oncopediatría y cuidados paliativos

El diagnóstico de cáncer en la infancia y adolescencia conlleva repercusiones psicológicas tanto en los menores como en sus familiares, además de afectación en la esfera social, escolar y del desarrollo. El diagnóstico de cáncer motiva un enfrentamiento a los miedos e incertidumbre acerca de la superación de dicha enfermedad que condicionará la evolución psicológica del menor. La reacción del niño ante estas situaciones pueden manifestarse en conductas oposicionistas (de

rebeldía y enfado por la incapacidad de sus padres y los médicos para curar su enfermedad), inhibición (mostrándose retraído, sin poner en palabras sus sentimientos), sumisión (dejando de participar en la toma de decisiones en su tratamiento), comportamientos regresivos (adquiriendo conductas propias de niños de menor edad), sentimientos de culpa (entendiendo la enfermedad como un castigo por alguna conducta previa) o miedo a la muerte. Todas estas conductas o sentimientos del menor hay que entenderlos cómo formas de expresar esta situación de duelo a la que se está enfrentando, siendo labor del personal sanitario acompañar al menor en estas situaciones y ayudarle a expresar su malestar, para poder adaptarse de manera adecuada a su enfermedad.

Además, tendrá que enfrentarse a una serie de pruebas, intervenciones o tratamientos invasivos y traumáticos, que en algunos casos, alterará su capacidad de adaptación psicológica a las situaciones adversas. En algunos casos se ha observado un efecto positivo en el desarrollo psicológico del menor, incrementando su **resiliencia** y desarrollo social.

Los factores que influyen negativamente en el desarrollo psicológico del menor:

- Enfermedad y tratamiento: cánceres del sistema nervioso central y de los huesos, tratamiento quimioterapia intensiva y que irradie el sistema nervioso central, reducido tiempo de diagnóstico y corto periodo de tratamiento.
- Características del menor: corta edad cuando se le diagnostica de cáncer, salud mental afectada antes del diagnóstico, elevados niveles de percibir el estrés y capacidad cognitiva baja.
- Familia y entorno: baja capacidad de adaptación, dificultades de comunicación, poco apoyo social y nivel socioeconómico bajo.

La patología psiquiátrica asociada a los niños con cáncer puede ser debida a los efectos que producen los propios tumores (dolor o alteraciones metabólicas debidas al cáncer pueden desencadenar ansiedad o problemas de insomnio) o de los tratamientos farmacológicos (corticoides pueden desencadenar ansiedad, agitación, labilidad afectiva, cambios bruscos de humor o psicosis; antieméticos y antiasmáticos pueden producir ansiedad). Los tratamientos empleados para el cáncer pueden afectar el funcionamiento cognitivo y la capacidad de atención de los menores. Los estudios científicos han determinado que la dexametasona no produce afectación en la salud y calidad de vida del menor, y el metilfenidato puede ayudar a mejorar los problemas atencionales producidos por los tratamientos utilizados para el cáncer.

El síndrome confusional puede ser debido al propio tumor o a consecuencias del mismo (alteraciones hidroelectrolíticas, fallo en el funcionamiento de diversos órganos vitales (hígado, pulmón, riñón) o alteraciones en las glándulas tiroideas o suprarrenales) o por medicación (analgésicos opioides, esteroides, hipnóticos, medicación utilizada para la quimioterapia).

En el caso que el menor presente sintomatología ansiosa se intentará tratamiento psicoterapéutico:

- Terapia cognitiva: para trabajar los pensamientos automáticos inadecuados que repercuten en la capacidad de menor para adaptarse a esta nueva situación.
- Terapia conductual: técnicas de relajación, **mindfulness**, meditación, **biofeedback** o **hipnosis** para mejor el afrontamiento del menor a la ansiedad relacionada con el dolor, miedos ante los procedimientos diagnósticos o tratamientos de quimioterapia o radioterapia o intervenciones quirúrgicas.
- Intervención en crisis

Si es necesario pautar medicación, los estudios recomiendan los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina o antidepresivos tricíclicos.

Si el menor presenta depresión se recomienda una combinación de psicoterapia y tratamiento farmacológico. En la psicoterapia se trabajará la expresión de emociones, adaptación del menor a la enfermedad, mejorar su autoestima y afrontamiento a los diferentes procedimientos y tratamientos. Dentro de los antidepresivos, la elección dependerá de la situación del menor, en el caso de que el menor presente disminución de la motilidad intestinal o retención urinaria por tratamiento con opiodes o estomatitis por la quimioterapia o radioterapia, se preferirá utilizar inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Los antidepresivos tricíclicos se pautarán en ciertas situaciones especiales debido a sus efectos secundarios (como en caso de dolor neuropático).

Uno de los aspectos más importantes en estas situaciones es el apoyo psicoterapéutico del menor y la familia para la aceptación de la enfermedad oncológica. En la actualidad se recomienda una comunicación precoz, clara y sincera con el menor acerca de su enfermedad y su pronóstico, para favorecer una buena adaptación a la enfermedad oncológica. Cuando no se comunica claramente su situación médica puede motivar que el menor desarrolle temores acerca de lo que está sucediendo y no se le pueda ayudar y acompañar en este sufrimiento emocional.

Es importante tener en cuenta que en el momento en el que se informa al menor y la familia de la enfermedad oncológica, la capacidad de recibir información es menor por el estrés que supone dicha situación, por ello se recomienda repetir la información con posterioridad y permitir que la familia y el niño puedan tener disponibilidad para responder sus dudas a lo largo del proceso, eso tranquilizará y ayudará a conllevar mejor esta enfermedad. Cuando se informa al menor, se recomienda que esté acompañado por sus padres. Hay que tener en cuenta utilizar un lenguaje sencillo que puedan entender, cuidar cómo se informa, manteniendo un contacto visual con la familia y el menor, así como un tono de voz cálido y acogedor, mostrándose empáticos con el sufrimiento de la familia en estos momentos, verbalizando la disponibilidad y acompañamiento emocional en todo el proceso. Durante los momentos en los que se informa a la familia, se evitará tener cualquier interrupción, para estar centrados en el proceso de informar y acompañar a la familia.

Es importante permitir que el menor pueda expresar sus sentimientos derivados de la enfermedad y ayudarlo a encaminarlos de manera adecuada. Para ello es importante que el pediatra responsable del caso pueda favorecer que el menor pueda expresar lo que piensa y siente acerca de su proceso. Se recomendará que el menor pueda expresar sus sentimientos y preocupaciones con la familia, para favorecer un apoyo emocional de su entorno. En los casos que el menor presente sintomatología depresiva o ansiosa importante, el pediatra solicitará la intervención de psiquiatría infantil o psicología para poder realizar un abordaje psicoterapéutico con el menor.

Se fomentará que el menor pueda tomar parte en las decisiones acerca de sus tratamientos y cuidados. Se intentará que mantenga el seguimiento escolar dentro de sus posibilidades, para favorecer que el menor mantenga su desarrollo lo más íntegro posible. Dependiendo de la situación psicológica del menor, se derivará a terapia individual.

Se recomienda tener en cuenta el sufrimiento emocional que padecen los padres y de los hermanos. Facilitar que la familia exprese sus sentimientos y participe en el proceso de la enfermedad, ayudará a afrontar de forma adecuada el duelo. En el caso de los hermanos, se recomienda mantenerles informados de la evolución de su hermano, favorecer que pueda expresar sus sentimientos, sus miedos o sentimientos de culpa por la enfermedad de su hermano, así como permitirles que puedan pasar tiempo con su hermano enfermo.

30.4.- Cuidados paliativos

Se define cuidados paliativos pediátricos como el cuidado integral del paciente pediátrico con una enfermedad progresiva, en estadio avanzado e incurable. El tratamiento incluye aliviar los síntomas físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

En la Tabla 30-5 se refleja el concepto de muerte según el desarrollo evolutivo del menor.

Tabla 30-5: Concepto de muerte según desarrollo evolutivo del niño, según la Academia Americana de Pediatría

Edad	Concepto
0-2 años	No concepto real de muerte, lo viven con un abandono, manifestando enfado y protesta por la falta de cuidado.
2-6 años	Por su pensamiento pre-lógico, como creencias mágicas, perciben la muerte como algo reversible. Lo viven como un castigo y se sienten responsables de ella.
6-11 años	Por su pensamiento lógico, el concepto de muerte lo viven como algo irreversible, son capaces de determinar una causa efecto.
A partir de 11 años	Por su pensamiento abstracto, pueden entender la muerte como irreversible, universal e inevitable. Perciben que todos los seres humanos se mueren aunque ellos lo viven como un suceso lejano. Muestran miedo al sufrimiento previo a la muerte.

El objetivo prioritario en los cuidados paliativos es el bienestar del menor, para ello se fomentará un tratamiento integral del menor y su familia. En la actualidad se recomienda la comunicación abierta con el menor acerca de su situación vital para mejorar el pronóstico de la enfermedad y poder hablar de sus sentimientos y poder acompañarle emocionalmente. Se recomienda mantener una terapia activa, teniendo en cuenta, en todo momento, el bienestar y calidad de vida del menor. Es importante fomentar un ambiente de intimidad, comunicación, respeto, soporte y bienestar. Siempre que se pueda se realizará un tratamiento en el domicilio del menor. Para conseguir el bienestar del menor se intentará controlar los síntomas que vayan surgiendo en el proceso, se fomentará una adecuada comunicación y acompañamiento emocional al menor y su familia, y el equipo interdisciplinar, encargado de los cuidados paliativos, estará disponible para las necesidades de la familia y se adaptará a la evolución del menor.

Es muy importante cuidar el estado emocional del menor en cuidados paliativos. En estas situaciones es cuando el menor y la familia necesitan más apoyos emocionales para poder afrontar estos momentos dolorosos. Las reacciones más frecuentes que presentan los menores en estas situaciones son miedo al abandono y la separación (por ello demandan estar acompañados siempre), miedo a lo desconocido, miedo al dolor y sufrimiento, depresión, ansiedad, ira, fatiga y esperanza (buscan consuelo). Cada niño manifestará estas reacciones en diferentes momentos y de manera diferente dependiendo de la resiliencia del menor y del apoyo familiar.

En la fase terminal de la enfermedad, es necesario que el menor conozca que se le va a ayudar en todo momento, que se le va a intentar aliviar los síntomas que vayan surgiendo y que se le acompañará emocionalmente en todo el proceso. Es importante fomentar que el menor pueda expresar sus sentimientos, temores, miedos, preocupaciones y se le respete sus momentos de intimidad y reflexión sobre su situación. Dependiendo del desarrollo evolutivo del menor, se podrá utilizar marionetas, muñecos, cuentos o metáforas para ayudar a expresar lo que siente. El ayudar al menor a aceptar la situación, poder realizar sus últimos deseos y despedirse de su familia y amigos, facilitará una mejor evolución del proceso de duelo. Muchas veces los menores afrontan la muerte de forma más saludable, dando lecciones de vida a los adultos que les rodean. Llegado el momento final, es importante trabajar con la familia para “permitir al menor poder irse”, liberándole de dicha responsabilidad.

Tanto los padres y los hermanos mostrarán diferentes reacciones emocionales ante la situación de su familiar. Se cuidará la expresión de los sentimientos de la familia, mantener informado a los hermanos de la evolución y permitir la implicación de la familia en el cuidado del menor.

El grado de cohesión familiar y de implicación en el cuidado del familiar enfermo, y el que el menor pueda fallecer en su domicilio, se ha relacionado con el desarrollo de un duelo adecuado por parte de la familia.

30.5.- Endocrinología

Las diabetes mellitus son un grupo de enfermedades metabólicas que se caracterizan por hiperglucemias motivadas por alteraciones en la secreción y/o acción de la insulina. Hay dos tipos de diabetes, tipo 1 y 2. El tipo 2 suele aparecer en la edad media de la vida, aunque últimamente se está incrementando su aparición en la infancia y adolescencia. Este incremento está motivado por un descenso en la actividad física de los menores y una alteración en el balance entre la ingesta de grasa y fibra consumida en la dieta, con un incremento en la primera. Las consecuencias psicológicas de los menores que padecen diabetes tipo 2 son menos conocidas que las del tipo 1. Se han descrito tasas mayores de depresión entre los menores con diabetes tipo 2 comparado a los del tipo 1, y estos síntomas depresivos están relacionados con los pobres controles metabólicos detectados con la hemoglobina glicosilada en los análisis de sangre.

Las consecuencias psicológicas en los menores diagnosticados de diabetes tipo 1 está mejor estudiada. El manejo y el curso de la diabetes va a estar relacionado con los factores psicosociales. El diagnóstico de diabetes en un menor provoca un estrés psicológico tanto en el menor y como su familia. Este estrés psicológico está motivado por las necesidades de un control estricto de glucemias en sangre, conllevando una supervisión cercana por parte de los padres, con un cambio en la alimentación y estilo de vida del menor para conseguir dicho control glucémico. Los profesionales sanitarios deben proveer regularmente de información sobre estilos de vida saludable y particularmente sobre dieta y ejercicio físico a los familiares y pacientes con diabetes mellitus tipo 1, especialmente en la edad adolescente. Se recomienda abordar el tema del uso de alcohol, tabaco y otras drogas con el adolescente con diabetes mellitus tipo 1 a fin de evitar su consumo y de proporcionarle estrategias adecuadas para prevenir episodios de hipoglucemia.

Cuando la diabetes se diagnostica en los primeros años de vida, el niño no entiende en qué consiste la diabetes ni lo que implica una enfermedad crónica, pero percibe que sus padres sufren por algo que tiene relación con él. Los problemas que surgen en el niño son relativos a la ansiedad producida por la separación de los padres y a los temores y fobias derivados de los procedimientos empleados en el diagnóstico y tratamiento. Las sensaciones dolorosas como los pinchazos, suelen vivirlas como un posible castigo por su supuesto mal comportamiento. Algunos de ellos tratan de portarse excepcionalmente bien a la salida del hospital para evitar otra posible hospitalización, por lo que es necesario explicarles y hacerles saber que su ingreso en el hospital es independiente de su comportamiento. Los niños pueden manifestar problemas para adaptarse a esta nueva situación, mostrando problemas de comportamiento, ansiedad, quejas somáticas o problemas de alimentación.

En la edad escolar se le enseña al niño los cuidados propios de la diabetes, a asumir, responsable, gradual y progresivamente las tareas pertinentes encaminadas al manejo de la medicación y del régimen dietético, de manera que se amplíe su independencia personal. Todo ello conlleva asumir conductas rutinarias y ciertas limitaciones en su vida. Estos niños sufrirán problemas de adaptación tras el diagnóstico y, posteriormente, cuando tienen que adaptarse a vivir con una enfermedad crónica. Los estudios describen que a los dos años del diagnóstico los niños muestran problemas de dependencia, depresión y aislamiento. Otro de los problemas frecuentes son el dejar de cumplir las pautas alimentarias, llevando a problemas del control de sus glucemias. En estos casos se recomienda seguir insistiendo en las pautas de alimentación, pero mostrando empatía y cercanía por las dificultades que pueden tener los menores a estas edades para cumplir las recomendaciones en la dieta. Estos niños también verán afectada su autoestima, al sentirse diferentes y con limitaciones en su vida diaria.

El diagnóstico en la adolescencia se asocia a mayores problemas para adaptarse y cumplir las recomendaciones en la alimentación, en la ingesta de alcohol o en las actividades deportivas, manifestando mayores conflictos con sus padres. En esta etapa del desarrollo las relaciones sociales y la pertenencia a un grupo es muy importante, en estos menores pueden verse afectada

su autoestima, con sentimientos de inferioridad y con temores a ser rechazados por los iguales. El adolescente puede negarse a cumplir las recomendaciones de cuidados de su vida y controles de glucemias o pautas de insulina. Por ello en la adolescencia uno de los principales problemas es el cumplimiento terapéutico.

La diabetes en la infancia y adolescencia asociada a trastornos psicológicos y psiquiátricos, siendo los trastornos afectivos (depresión y distimia) los más frecuentes. La sintomatología depresiva puede estar infradiagnosticada por las manifestaciones similares propias de la diabetes (fatiga, disminución de peso, problemas de memoria). La depresión se asocia con más frecuencia en los menores con complicaciones derivadas de la diabetes o cuando asocian otras enfermedades médicas. Además, puede haber episodios transitorios de alteraciones emocionales y de comportamiento producidos por alteraciones en los niveles de glucemias. Se han descrito ideación suicida entre los adolescentes diabéticos. En cambio, los suicidios consumados son escasos, pero se recomienda tener en cuenta los intentos de suicidio con la insulina en esta población de riesgo.

También se han descrito trastornos de ansiedad, trastornos de conducta y trastornos de conducta alimentaria. La ansiedad no está relacionada con el hecho de padecer diabetes mellitus tipo 1, pero el uso de bombas de infusión subcutánea continua de insulina se asocia con un mayor nivel de ansiedad de los pacientes.

Los trastornos de conducta alimentaria se suelen iniciar tras el diagnóstico de la diabetes, por los cuidados en la alimentación que ello conlleva. Los trastornos de la conducta alimentaria parecen ser más frecuentes en chicas adolescentes con diabetes mellitus tipo 1. Los miembros del equipo profesional involucrados en el cuidado de adolescentes con diabetes mellitus tipo 1 deben estar atentos ante la posibilidad de aparición de casos de bulimia nerviosa, anorexia nerviosa y manipulación de insulina, especialmente en pacientes que manifiesten preocupación sobre su peso o imagen corporal, presenten un índice de masa corporal bajo o un pobre control glucémico. Las personas con diabetes mellitus tipo 1 que padecen trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia presentan más complicaciones microvasculares a medio plazo y una mayor mortalidad a largo plazo que aquellas que no padecen estos trastornos.

La adherencia al tratamiento es un factor clave en el manejo de la diabetes, por lo que es importante trabajar este aspecto con el paciente adolescente en conjunto con su familia, y analizar las barreras que impiden una adherencia adecuada (ansiedad, depresión, trastornos de la conducta alimentaria y problemas de comportamiento). Los menores diabéticos que manifiestan trastornos psiquiátricos asocian mayores problemas para cumplir las pautas médicas y alimentarias asociadas al cuidado de la diabetes, manifestando un peor control metabólico y adherencia a tratamiento insulínico. Por todo ello se recomienda, en todo menor con diabetes evaluar no sólo el nivel de control médico sino también una evaluación de su estado psicológico para descartar los posibles trastornos psiquiátricos que contribuyen a una alteración mayor en su control metabólico. Además, hay que tener en cuenta que hay menores con un buen cumplimiento médico que presentan preocupaciones excesivas u obsesivas del autocuidado, que motivan un elevado estrés psicológico en el menor y que requieren evaluación y tratamiento. Los casos que presenten trastornos psiquiátricos moderados o severos se recomiendan ser remitidos a especialistas en salud mental para evaluación y tratamiento.

Los trastornos psicológicos del menor y la disfunción familiar se relacionan con un control metabólico inadecuado, por lo que es importante evaluar y cuidar psicológicamente a la familia y al menor. Fomentando que la familia muestre conductas de apoyo, cuidado emocional y soporte en la evolución del menor con diabetes.

Ideas para recordar:

- ✘ Las enfermedades crónicas incrementan el riesgo de patología psiquiátrica en los niños y adolescentes.
- ✘ La epilepsia en la infancia provoca con frecuencia ansiedad, depresión, problemas atencionales, problemas de conducta y de relaciones sociales.
- ✘ El diagnóstico de cáncer en la infancia y adolescencia conlleva repercusiones psicológicas tanto en los menores como en sus familiares, además de afectación en la esfera social, escolar y del desarrollo.
- ✘ Se recomienda una comunicación precoz, clara y sincera con el menor acerca de su enfermedad y su pronóstico, para favorecer una buena adaptación a la enfermedad oncológica.
- ✘ Es importante permitir que el menor pueda expresar sus sentimientos derivados de la enfermedad y ayudarlo a encaminarlos de manera adecuada.
- ✘ Facilitar que la familia exprese sus sentimientos y participe en el proceso de la enfermedad, ayudará a afrontar de forma adecuada el duelo.
- ✘ El tratamiento en cuidados paliativos incluye aliviar los síntomas físicos, psicológicos, sociales y espirituales.
- ✘ Se recomienda la comunicación abierta con el menor en cuidado paliativos para poder hablar acerca de su situación vital, expresar sus sentimientos y acompañarle emocionalmente.
- ✘ El grado de cohesión familiar y de implicación en el cuidado del familiar enfermo, y el que el menor pueda fallecer en su domicilio, se ha relacionado con el desarrollo de un duelo adecuado por parte de la familia.
- ✘ En todo menor con diabetes se recomienda evaluar no sólo el nivel de control médico sino también una evaluación de su estado psicológico para descartar los posibles trastornos psiquiátricos.
- ✘ Los trastornos psicológicos del menor y la disfunción familiar se relacionan con un control metabólico inadecuado.

30.6.- Bibliografía y material complementario

Fundación Mario Losantos del Campo. Hablemos de duelo. Manual práctico para abordar la muerte con niños y adolescentes.

Disponible en: <https://www.fundacionmlc.org/wp-content/uploads/2018/12/guia-duelo-infantil-fmlc.pdf>

Fundación "Natalí Dafne Flexer" de Ayuda al niño con cáncer (2000). Aspectos emocionales del cáncer en niños y adolescentes.

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewiXtb6Ep-7lAhWly4UKHcjzBEsQFjAAegQIBB&url=http%3A%2F%2Fwww.cancerinfantillatinoamerica.org%2Fcomponent%2Fdocman%2Fdoc_download%2F264-.html&usq=AOvVaw28i_T5CZDb5I9bt_dl19S5

Fundación "Natalí Dafne Flexer" de Ayuda al niño con cáncer. Hablando con su hijo sobre el cáncer. Disponible en:

<http://files8.design-editor.com/93/9399456/UploadedFiles/62D569D8-E760-A06E-C70B-BD46287F9B14.pdf>

Fundación para la Diabetes. El Rincón de Carol. La diabetes en niños y adolescentes. Disponible en:

<http://www.fundaciondiabetes.org>

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes mellitus tipo 1 (2012). Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes mellitus tipo 1. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-Osteba. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA n.º 2009/1

Mardomingo Sanz, M. J. (2015). *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Díaz de Santos.

Rubio, B., & Gastamiza, X. (2014). Paidopsiquiatría psicósomática. La interconsulta y la psiquiatría de enlace en Pediatría.

Recuperado de <https://aepnya.es/wp-content/uploads/2017/08/Libro-Interconsultas-205x29.pdf>

Rutter et al. (2015). Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. Sixth edition..Editorial Wiley-Blackwell.

Soutullo C, Mardomingo MJ (coord.) (2010). Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescentes. AEPNYA Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Edición Madrid: Ed Panamericana

31.- CAPÍTULO 31: AUTOLESIONES Y SUICIDIO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Soraya Geijo Uribe. Psiquiatra. Unidad de Hospitalización Regional de Psiquiatría del Niño y del Adolescentes. H. Clínico Universitario de Valladolid

José Manuel Martínez Rodríguez. Psiquiatra. Equipo de Salud Mental Infantojuvenil H. Universitario Río Hortega. Profesor Asociado de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.

31.1.- AUTOLESIONES

31.1.1.- Introducción

La adolescencia es una etapa evolutiva de gran inestabilidad emocional, ya que el joven debe hacer frente a múltiples cambios que pueden aumentar su nivel de estrés y repercutir en el desajuste psicológico presente y futuro. Por eso es importante identificar los factores de riesgo que podrían conducir a comportamientos autodestructivos para poder diseñar medidas de prevención y de intervención que contribuyan a mejorar la salud mental del adolescente en su vida adulta. Algunos de los síntomas indicadores de sufrimiento psíquico son la conducta autolesiva, las tentativas suicidas y el pensamiento autolítico.

31.1.2.- Definición

Se define la conducta autolesiva como la realización socialmente inaceptable y repetitiva de cortes, golpes y otras formas de autoagresión que causan lesiones físicas, bien leves o moderadas. El concepto o definición de la “conducta autolesiva” dista de ser un constructo psicopatológico homogéneo en su terminología y conceptualización (Silverman y cols. 2.007). Algunos grupos europeos abogan por una definición meramente conductual independientemente de la motivación subyacente. Desde esta premisa, se utiliza el término “autolesión deliberada” (AD) (deliberate self-harm) para definir “todo acto con resultado no fatal que, siendo sancionable culturalmente, un individuo realiza para hacerse daño (por ejemplo: cortes, quemaduras, sobreingestas medicamentosas y sobredosis, envenenamiento, golpes, saltar desde lo alto de un lugar, etc.)”. En contraposición, los principales grupos de investigación norteamericanos sostienen una definición más restringida de la conducta autolesiva, que engloba aquellos actos que impliquen un daño directo y deliberado contra uno

mismo (cuerpo), en ausencia de intencionalidad suicida, y la denominan “autolesión no suicida” (ANS) (non suicidal self-injury-NSSI), siendo este un concepto afín al descrito en la psicopatología clásica bajo la denominación “parasuicidio”, que describiremos en el apartado sobre Suicidio.

En la última edición del Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM-5, 2014), se ha acuñado el actual concepto de “Non suicidal self-injury” (NNSI) entre aquellas patologías que necesitan de mayor investigación. Esta conceptualización es, así mismo, aceptada por la WHO (World Health Organization) de forma que en la CIE-11 está incluida la “Autolesión no suicida” (MB23.E) entre los “Síntomas, signos o hallazgos clínicos mentales o conductuales” y más específicamente en los “Síntomas o signos que implican apariencia o comportamiento”.

Se define pues la conducta autolesiva como la realización socialmente inaceptable y repetitiva de cortes, golpes y otras formas de autoagresión que causan lesiones físicas, bien leves o moderadas o como el “acto deliberado de causarse daño a uno mismo mediante cortes, quemaduras u otros métodos traumáticos”. No incluye sobreingestas de medicamentos o envenenamientos con intencionalidad autolítica. Los investigadores que se centran más específicamente en las autolesiones son más conscientes de sus definiciones y enfatizan el hecho de que el acto es “sin intención suicida” y, que, además, se trata de un “comportamiento deliberado e intencionado”. No se incluyen, pero también se describen:

- Trastorno de movimientos estereotipados (F98.4) con el especificador de “Con comportamiento autolesivo” (o comportamiento que derivaría en lesión si no se emplearan medidas preventivas).
- Trastorno de excoiación (rascarse la piel) (L98.1), incluido dentro de los “Trastornos obsesivos y relacionados”, definido como la necesidad o urgencia por tocar, rascar, frotar, restregar, friccionar, apretar, morder o excavar la piel.
- El Trastorno de comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo que se incluye dentro de “Otros trastornos compulsivo-obsesivos y trastornos relacionados especificados” (F42): Se caracteriza por comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo recurrentes (p. ej., morderse las uñas, morderse los labios, morderse la mucosa de las mejillas) e intentos repetidos de disminuir o abandonar estos comportamientos. Estos síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento y no se explican mejor por la Tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo), el Trastorno de excoiación (rascarse la piel), el Trastorno de movimientos estereotipados o la Autolesión no suicida.

El comportamiento autolesivo no solo se produce en la población psiquiátrica, sino que también se da en la población general. Aunque el comportamiento autolesivo es conceptualmente distinto del suicidio, múltiples estudios muestran una relación muy estrecha entre ambos, siendo las conductas autolíticas un claro factor de riesgo para las tentativas suicidas. De hecho, se estima que tras una autolesión el riesgo de cometer suicidio oscila entre el 0,5 y el 2% en el año siguiente.

31.1.3.- Epidemiología

Se ha observado que las conductas autolesivas son un fenómeno que va en aumento entre los adolescentes y que tiene una incidencia importante. En distintas revisiones de estudios comunitarios con adolescentes de todo el mundo se estima en un 13% la prevalencia de comportamientos autolesivos y en un 26% la de los pensamientos suicidas.

En el informe de la OMS de 2001 se refiere que las lesiones autoinfligidas, incluido el suicidio, causaron aproximadamente 814.000 defunciones en el año 2000 en todo el mundo. En el año

2006 la OMS cifraba la mortalidad por suicidio entre la población española menor de 18 años en 3,9 por cada 100.000 habitantes.

La prevalencia de adolescentes que se autolesionan se ha encontrado que oscila entre el 11% en población general y el 24.5% en una Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infanto-Juvenil (Gómez y cols. 2.018).

31.1.4.- Etiopatogenia y bases Neurobiológicas

El hecho de que alguien se quiera autolesionar es difícil de comprender, por lo que una forma de explicar estos comportamientos es atender a las funciones que pueden estar cumpliendo en un momento determinado para esa persona. Este conocimiento no es solo importante a nivel teórico, sino fundamentalmente a nivel clínico, ya que podrá guiar la intervención.

Algunos investigadores plantean un continuum entre la conducta autolesiva y el suicidio, ya que ambos comparten un elemento esencial que es la autoprovocación de daño y únicamente se diferencian en la gravedad de la lesión causada. De hecho, no siempre está clara la línea divisoria entre la conducta autolesiva no suicida y el suicidio propiamente dicho.

El modelo explicativo para las conductas autolesivas plantea variaciones en la percepción del dolor y en la sensación de placer tras realizar dicha conducta de forma repetida. En aquellas personas que realizan este comportamiento de forma continuada se ha demostrado una mayor liberación de opioides por el sistema nervioso central que puede llevar a producir mayor tolerancia al dolor y la adicción a las conductas en estos sujetos. Así se ha descrito que los niveles de ACTH (Hormona adrenocorticotropa) y cortisol están descendidos. Esto se debe a la relación estrecha que existe entre el Sistema CRH (Hormona liberadora de corticotropina), ACTH y las Betaendorfinas. En condiciones normales una situación de estrés estimula a la CRH y ésta a su vez la liberación de cortisol y disminuyen los niveles de opioides. Cuando se produce la autolesión se liberan opioides que reducirán el dolor mental y disminuirán la CRH y por tanto el cortisol, con lo que la situación estresante se elimina. Los opioides liberados generan una regulación de la afectividad positiva produciendo en muchos casos una sensación de placer tras el acto de autolesión.

En un reciente estudio en nuestro medio con población adolescente ingresada, se encontró que la gran mayoría de los pacientes son mujeres (96,3%). Muy importante es el género a la hora de tener en cuenta su detección para identificarlo como un factor de riesgo. También parece destacable como factor de riesgo la procedencia urbana. Lo más frecuente es que se realicen cortes o heridas que dejen marca. Generalmente los adolescentes niegan sentir dolor o aseguran sufrir poco dolor con estas conductas. En relación a las causas por las que refieren autolesionarse estos pacientes, la mayoría niega hacerlo como forma de reclamar la atención de su entorno, sino más bien como una forma de relajarse, de acabar con pensamientos que les hacen sentir mal o como autocastigo. Esto indica que el manejo de las emociones en estos adolescentes (rabia, enfado, frustración...) no es el adecuado, de forma que éste es el aspecto fundamental para trabajar con ellos. Existe un modelo de conceptualización de las conductas autolesivas adolescentes que las divide en tres grupos:

- Autolesiones de afecto negativo (clásicas) que representan el 32% del total y que están estrechamente relacionadas con la patología.
- Autolesiones en relación a la atención social positiva: Son un 56% del total.
- Autolesiones identitarias (significación social): Son las menos prevalentes ya que suponen tan solo un 11%.

31.1.5.- Aspectos clínicos

Los métodos que emplean con mayor frecuencia los adolescentes para autolesionarse son los cortes en antebrazos y muslos con objetos como cuchillas de afeitarse, sacapuntas, cuchillos... etc. y con mucha menos frecuencia se muerden a sí mismos, o se golpean, se producen quemaduras (incluso químicas) o ingieren diversas sustancias, incluso cáusticas, sin intención de causarse la muerte.

El pico de mayor incidencia para las conductas autolesivas entre adolescentes se da a los 13 años, aunque la edad de inicio suele ser anterior, en torno a los 11 años y medio. Son mucho más frecuentes entre las pacientes del sexo femenino. Otro factor que influye en este tipo de conductas es el factor de imitación. Por ello el papel que está jugando Internet en el fomento de las conductas autolesivas es decisivo ya que se pueden encontrar desde tutoriales sobre cómo realizar distintos tipos de autolesiones hasta blogs en los que los adolescentes cuentan sus experiencias en este campo y que sin duda ejercen un claro efecto llamada con otros adolescentes. Cada vez es más habitual el perfil de adolescente, mujer, con Trastorno de la conducta alimentaria no especificado y autolesiones alejado de la clásica anorexia o bulimia nerviosa, y más cercano al Trastorno límite de la personalidad. De hecho, se ha descrito cómo la disregulación emocional propia del Trastorno límite de la personalidad es un claro factor de riesgo para las autolesiones. Existe una estrecha relación entre comportamientos autolesivos y TDAH debido a la alta impulsividad que presentan estos pacientes.

En general se ha encontrado que la psicopatología entre los adolescentes que se autolesionan es mucho mayor que entre quienes no lo hacen. Así, los trastornos que con mayor frecuencia se han encontrado son:

- Trastornos del estado de ánimo.
- Trastornos por ansiedad.
- Trastornos de la personalidad.
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Trastornos por estrés postraumático

31.1.6.- Tratamiento y abordaje

Es fundamental entrevistar al adolescente y a su familia quienes pueden aportar datos muy importantes sobre los siguientes aspectos:

- Aspectos caracteriales del paciente.
- Características psicopatológicas.
- Factores psicosociales de riesgo.

La entrevista con el adolescente es clave ya que muchas veces representa la primera oportunidad que se le presenta para poder expresar sus conflictos, por lo que es indispensable crear una alianza terapéutica desde el inicio. Quizá lo más importante después de haber realizado esta entrevista sea el poder discernir si se trata de un adolescente que se realiza autolesiones, pero no presenta más psicopatología acompañante, o si tiene algún otro cuadro psicopatológico subyacente. Es importante realizar un screening depresivo, evaluar la ideación autolítica, detectar posibles abusos físicos y/o sexuales, bullying o acoso, uso de sustancias y la orientación sexual. Dicha valoración va a determinar la intervención: desde la decisión de un eventual ingreso en los casos de mayor gravedad, cuando se detecte riesgo de suicidio, hasta el inicio de una pauta de tratamiento psicofarmacológico para el cuadro comórbido que pueda presentar.

Aunque la confidencialidad es importante para atender problemas de salud en los adolescentes para los adolescentes con riesgo autolítico, la seguridad es prioritaria sobre la confidencialidad; al adolescente hay que explicarle esto desde el comienzo para que lo entienda. Es necesario informar a las personas apropiadas, padre(s) y/o tutores, de la necesidad de romper la confidencialidad debido al riesgo de daño. Es indispensable hacer una intervención con la familia para facilitar la comunicación entre todos ellos y que sean capaces de no juzgar al adolescente sino más bien, que faciliten la resolución de sus problemas. Es útil sugerir al adolescente una lista de técnicas de distracción específicas frente a la opción de la autolesión y también de estrategias de adaptación alternativas. En lo referente al tratamiento, en una revisión sistemática reciente se han identificado cuatro Terapias cognitivo-conductuales efectivas a aplicar en el caso de comportamientos autolesivos:

- Manual assisted cognitive-behavioural therapy (MACT): Integra una terapia de solución de problemas con técnicas cognitivas en las que se incluyen técnicas de afrontamiento y estrategias de prevención de recaídas.
- Dialectical behavioural therapy for adolescents (DBT-A): Es una terapia dialéctica conductual en la que se combina entrenamiento en habilidades, exposición con prevención de respuesta y técnicas de Mindfulness.
- Cognitive behavioural therapy (CBT): Terapia en la que se entrenan habilidades y actitudes necesarias para estimular la resolución de problemas de forma eficaz.
- Mentalization-based treatment for adolescents (MBT-A): Esta terapia está basada en la mentalización. Consiste en sesiones individuales y familiares en las que se trata de incrementar la capacidad de autocontrol y la regulación emocional.

Ninguna de las terapias anteriores ha demostrado ser más eficaz que las otras. Pero todas tienen en común que:

- Los terapeutas también deben ser capaces de trabajar en colaboración con la persona para identificar los problemas que causan angustia o que conducen a la autolesión.
- La intervención debe ser adaptada a las necesidades individuales
- Se deben considerar estrategias dirigidas a la reducción de daños; reforzar las estrategias de afrontamiento existentes y desarrollar nuevas estrategias como alternativa a la conducta autolesiva, abordando la posibilidad de usar métodos menos destructivos o perjudiciales, tanto con el adolescente como con su familia, sus cuidadores u otras personas importantes.
- Se debe advertir que no existe una forma segura de autolesionarse.
- No ofrecer tratamiento farmacológico como una intervención específica para reducir el daño autoinfligido.

En lo referente a medicación, la mayoría de los tratamientos psicofarmacológicos han sido dirigidos a algunos de los factores de riesgo relacionados, como la depresión. Aunque hay una cierta controversia sobre si los ISRS deben ser utilizados en caso de sintomatología depresiva, cuando no hay mejora con la intervención psicoterapéutica. En otras ocasiones se postula algún tratamiento para el control de impulsos, pero sin que haya evidencia clínica. Cuando las conductas autolesivas se asocian a Retraso Mental y/o Trastorno del Espectro Autista se suelen utilizar neurolepticos atípicos, siendo la Risperidona el de mayor evidencia reconocida. Hay evidencia de que el ejercicio físico podría ser un buen tratamiento para mitigar la necesidad de cometer un acto autolesivo.

31.2.- SUICIDIO

31.2.1.- Epidemiología

Según la O.M.S. (2.014) más de 800 000 personas mueren cada año por suicidio, y esta es la segunda causa principal de muerte entre personas de 15 a 29 años de edad. Aunque tradicionalmente las mayores tasas de suicidio se han registrado entre los varones de edad avanzada, las tasas entre los jóvenes han ido en aumento hasta el punto de que ahora estos son el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países, tanto en el mundo desarrollado como en el mundo en desarrollo (O.M.S., 2.012). Hay indicios de que, por cada adulto que se suicida, posiblemente más de otros 20 lo intentaron sin éxito. En el año 1.998 el suicidio constituía el 1,8% de la carga total de enfermedad en el mundo. Actualmente es un problema de salud pública creciente, estimándose que estas cifras en 2020 llegarán al 2,4% (O.M.S., 2.012). En las Estadísticas sobre suicidio hay que considerar que probablemente exista una infraestimación de las cifras reales dado que existe un grado variable de subnotificación según las culturas y países y que muchos accidentes enmascaran un suicidio subyacente.

En el año 2.011 las tasas de suicidio en España eran de las más bajas de la OCDE: 6,2/100.000 habitantes (Tabla I). Esta organización publica periódicamente Tasas estandarizadas que permiten la comparación de los datos de mortalidad entre países con estructuras poblacionales diferentes. En ese momento Corea tenía la tasa más alta de estos países con 33,3/100.000 habitantes, Estados Unidos ocupaba una posición intermedia con 12,5/100.000 habitantes y Grecia la más baja con 3,2/100.000. La tasa de suicidios en España en el año 2012 fue de 11,2/100.000 habitantes, 7,57 en hombres y 2,44 en mujeres (INE, 2.014). El suicidio es la primera causa de muerte externa en España duplicando en 2.012 las muertes por accidente de tráfico: 3.539 muertes por suicidio y 1.915 por accidentes de tráfico. Tras un aumento progresivo desde el año 1.980 hasta el año 2.000, las tasas de suicidio han disminuido un 9,4% desde el año 2.000 al 2.012: un 9,4% en hombres y un 13,8% en mujeres (Anseán, 2.017).

A diferencia de la población adulta, en que el suicidio como causa de mortalidad está por detrás de las enfermedades cardíacas y las neoplasias malignas, el suicidio es una de las principales causas de mortalidad en la infancia, la adolescencia y entre los jóvenes adultos. En USA es la segunda causa de mortalidad en la población de 10 a 24 años por detrás de los accidentes.

Tabla 31-1.: Tasas Estandarizadas por 100.000 habitantes según la causa de muerte en los Países de la OCDE. Año 2011

Países	Todas las causas	Sistema circulatorio	Tumores	Sistema respiratorio	Sistema nervioso	Accidente transporte	Suicidios
Alemania	786,8	310,2	211,1	54,3	21,1	5,1	10,8
Australia	673,3	208,2	202,5	57,7	31,1	6,8	10,1
España	687,1	204,9	200,1	72,7	35,1	4,9	6,2
Estados Unidos	822,8	261,2	198,7	80,2	47,0	12,4	12,5
Italia	699,2	256,0	216,4	44,6	26,5	7,3	5,8
Corea	753,9	182,2	188,2	68,9	21,6	13,8	33,3
Japón	632,8	170,7	189,3	93,5	11,2	4,5	20,9
México	1.019,5	292,1	128,4	103,4	15,5	17,5	4,8
Países Bajos	768,8	217,2	244,3	76,0	29,0	4,3	9,5
Polonia	1.020,3	476,2	248,8	55,1	14,2	12,2	15,1
Portugal	778,4	233,2	199,3	87,7	23,2	8,7	8,5
Reino Unido	790,6	248,7	231,4	104,9	29,4	3,6	6,7

En el año 2.012 la tasa de suicidios en España en menores de 15 años fue del 0.07/100.00, un 0,11 en niños y un 0,03 en niñas. En ese mismo año la tasa en adolescentes entre 15 y 19 años fue del 2,38/100.000 habitantes, 3,21/100.000 en chicos y 1,51/100.000 en chicas. En Castilla y León, de un total de 200 defunciones por suicidio en el año 2012, se produjeron 16 en personas por debajo de los 29 años, 14 en hombres y 2 en mujeres, ninguno de ellos menores de 14 años.

Los jóvenes y los ancianos son las poblaciones con mayor riesgo de suicidio consumado. Por otra parte, el 60% de los adolescentes en tratamiento por depresión informan haber tenido ideas suicidas y el 30% hacen intentos de suicidio (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001; Brent et al., 1999; Gould et al., 1998).

La importancia del suicidio como problema de salud ha motivado la puesta en marcha de programas de prevención, como el Plan Sectorial de Prevención y Atención de las Conductas Suicidas puesto en marcha en Castilla y León en 1.994, o los objetivos sobre este tema de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2.007) publicada por el Ministerio de Sanidad Definición y concepto

31.2.2.- Definición y concepto

Para Echévarri (2.010) son dos los elementos que integran a la conducta suicida, el "Criterio auto infligido", es decir la propia acción violenta, y el "Criterio de propósito", que hace referencia a la finalidad de muerte. La presencia de ambos criterios o la ausencia de uno de ellos determinan las diferentes formas con que puede presentarse la conducta suicida. Por otra parte, es importante diferenciar la intención de los resultados. Por ejemplo, pueden darse muertes tras daños auto infligidos en las que la intención de morir puede que no existiera.

31.2.2.1.- Ideación Suicida

En la práctica clínica resulta habitual distinguir varias clases de ideación suicida según el nivel de elaboración ya que, desde la mera idea de morir la persona puede llegar a la idea de suicidarse, pasar luego al deseo de matarse y finalmente a la elaboración de planes concretos. Tras un período de consideración de la idea de suicidarse como una solución a sus problemas el adolescente puede pasar a una fase ambivalente en la que luchan los deseos de vivir y de morir. Durante esta fase los pacientes son sensibles a las intervenciones terapéuticas o a las realizadas por los profesionales de los teléfonos de ayuda. Posteriormente pueden decidir el suicidarse y hacer planes concretos. Hablamos de planes de suicidio cuando la persona ha elaborado el método, el lugar, la fecha y las circunstancias en las que prevé el darse muerte.

31.2.2.2.- Suicidio consumado

Sir Thomas Browne fue el primero en acuñar el término "suicidio" en su obra "Religio Medici" de 1.642 a partir de las palabras latinas "sui" (a uno mismo) y "caedere" (matar). Este término venía a distinguir entre el asesinato de otros y el homicidio de uno mismo (Minois, 1.999). Durkheim (1.897) definió suicidio como "Todo acto positivo o negativo que cause la muerte realizado por la víctima sabiendo que iba a producir ese resultado". Para Rojas (1.984): "Se entiende por suicidio aquella conducta o conjunto de conductas que, dirigidas por el propio sujeto, conducen a la muerte (suicidio consumado) o a una situación de gravedad mortal (suicidio frustrado), bien de forma activa o pasiva". Para la OMS (1.969) acto suicida es: "Todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil"

31.2.2.3.- Suicidio frustrado

Es un comportamiento suicida que no consigue su propósito por circunstancias fortuitas, por la intervención de terceros, por falta de técnica en los medios empleados, etc. Este concepto no

prejuzga la intención del sujeto de morir o no, solamente se refiere a los resultados del comportamiento suicida. La **“Tentativa de Suicidio”** viene definida por la interrupción del resultado buscado.

31.2.2.4.- Intento de suicidio

Cook y Stengel (1.954) separaron los conceptos de suicidio e intento de suicidio al señalar que no todos los intentos de suicidio son suicidios frustrados puesto que en muchos casos no hubo en ningún momento una intención real de morir. La motivación de la mayor parte de los intentos de suicidio es la de apelar a los demás en busca de ayuda e intervención. Los estudios de seguimiento realizados o consultados por estos autores señalan que de este grupo de pacientes sólo entre un 2% y un 3,6% cometerán posteriormente un suicidio en un plazo de un año, aunque otros estudios llegan a una tasa del 11-12% a los dos años de seguimiento. Estos pacientes más adelante muestran problemas médicos y sociales, crisis mentales, depresiones, problemas interpersonales, delincuencia, etc.

31.2.2.5.- Parasuicidio

La estandarización de los términos para describir la conducta suicida ha generado un largo debate (Silverman y cols., 2.007). En Inglaterra el término “daño autogenerado deliberado” (“Deliberate self-harm”) ha tenido una larga tradición, mientras que en Estados Unidos lo ha tenido el término “Intento de Suicidio” (“Suicide attempt”). El primero no consigue identificar a los individuos con intención suicida y por lo tanto corre el riesgo de subestimar el riesgo de suicidio posterior. Por ello Kreitman en 1.969 propuso el término “Parasuicidio”: “Es un acto sin resultado fatal en el que un individuo inicia deliberadamente una conducta inusual, que, sin intervención de otros, le causará un daño, o que deliberadamente ingiere una sustancia en cantidad superior a la prescrita o a la dosis reconocida como terapéutica y que está orientada a conseguir cambios que el sujeto desea mediante las consecuencias físicas actuales o esperadas” (Kreitman 1969). Así que es un acto no mortal deliberado que causa daños, pero en el que a pesar de la acción no hay intencionalidad de morir, aunque si obtener beneficios secundarios. Algunos denominan **Gesto suicida** o **Suicidio aparente** a estos actos que venimos describiendo (Rojas, 1.978). Para este autor los Suicidios aparentes son aquellos en que las autoagresiones son tan leves que no pueden hacer pensar ni en un propósito remoto de suicidio.

31.2.2.6.- Comportamiento suicida letal y no letal

La O.M.S. (2.012) recomienda actualmente esta terminología ya que el término Parasuicidio no consiguió tener la aceptación que perseguía y acabó siendo considerado una versión ligera del Intento de suicidio en la que la intención de morir era inexistente o escasa. Por esta razón se utilizaron nuevas denominaciones basadas en el resultado tales como Comportamiento suicida letal y no letal, que no pretenden decir nada de la intención del individuo y sólo del resultado. Respetan el hecho de que la intención de morir no siempre está presente en la conducta suicida. Pretenden ser términos teóricamente neutros basados en criterios puramente descriptivos y fenomenológicos libres de juicios de valor, como ocurre con los términos “Intento conseguido”, “Intento fallido” o “Comisión de un suicidio”

31.2.2.7.- Equivalentes suicidas

Son conductas que, aunque no conducen directamente a la muerte, pueden, sin embargo, terminar con la vida del sujeto. Por ejemplo, rehusar un tratamiento médico para una enfermedad grave, la conducción temeraria y otras conductas parejas, la utilización de medicamentos a dosis distintas a las prescritas, la búsqueda injustificada de intervenciones

quirúrgicas, etc. En 1.987 Schoenfeld y cols. sugirieron que el Síndrome de Munchhausen es un equivalente suicida.

31.2.2.8.- Suicidios disfrazados o encubiertos

También hay que reseñar los suicidios disfrazados o encubiertos entre los que se podrían incluir un cierto número de accidentes de tráfico (Junta de Castilla y León, 1.994).

31.2.3.- Etiopatogenia y Factores de Riesgo

31.2.3.1.- Factores de Riesgo Neurobiológicos

Cuando se plantea un modelo que pueda ser inclusivo para entender el suicidio inevitablemente se dejarán de lado muchos factores. El suicidio es un trastorno heterogéneo y cada acto suicida es único en el mundo, y por lo tanto sus causas, formas e intenciones. Las causas de base, generalmente un Trastorno psiquiátrico, y las intenciones pueden influir en el método utilizado, violento vs. no violento, pudiendo el método influir en el resultado. Todas estas diferencias hacen que sea difícil plantear un modelo para el suicidio. Sin embargo, los modelos suicidas son indispensables también para establecer un diálogo científico permanente con un propósito educativo.

Hay diferentes modelos etiopatogénicos en el suicidio. En el **Modelo de la Diátesis-Estrés** de Mann (1.998, 1.999), se combinan la predisposición y factores estresantes. La Diátesis o predisposición vendría a ser la existencia en algunas personas de rasgos de personalidad consistentes en una especial impulsividad y agresividad asociadas a gran desesperanza. La impulsividad y agresividad vendrían condicionadas neurobiológicamente por alteraciones del sistema serotoninérgico y la desesperanza por alteraciones noradrenérgicas. El estrés vendría dado por Factores estresantes, tales como padecer un Trastorno Psiquiátrico, o estar expuesto a Acontecimientos vitales estresantes. El **Modelo Interpersonal** de Joiner (2.003) plantea que para que se produzca un suicidio consumado ha de existir el deseo de suicidarse junto a la capacidad de hacerlo. Esta última vendría dada por la exposición del sujeto a circunstancias biográficas dolorosas que disminuyen el miedo a la muerte. La capacidad para suicidarse es una variable en la que se ha cuestionado la fiabilidad y la validez de los biomarcadores periféricos, entre los que se incluyen principalmente el Sistema serotoninérgico y el Factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF). Los hallazgos postmortem de los estudios de expresión génica y función génica apuntan a una hiperactivación del Sistema hipotalámico hipofisario adrenal (HPA), un sistema de serotonina regulado a la baja y menores niveles de BDNF en comparación con los sujetos de control no psiquiátricos o los pacientes psiquiátricos que murieron por razones distintas al suicidio.

Estudios de asociación genómica del comportamiento suicida (Genome-wide association study, GWAS), sugieren genes candidatos interesantes que podría valer la pena seguir en estudios futuros. Los factores individuales de susceptibilidad genética al suicidio probablemente sólo tendrán efectos menores y se necesitarán análisis de casos y controles muy amplios para identificarlos. También se ha implicado la intervención de la epigenética basada en la metilación del ADN capaz de producir modificaciones en la disregulación de múltiples vías celulares en áreas cerebrales involucradas en el desarrollo neurocognitivo y funciones vegetativas y que pueden eventualmente contribuir a la capacidad de suicidio del individuo. En su conjunto, los resultados indican que los cambios en los niveles de serotonina y el sistema de neurotrofina, así como cambios en el Eje HPA y sistema de CREB (“CAMP Response Element-Binding”, en inglés, Proteína del factor de transcripción) contribuyen a la capacidad de suicidio en el nivel de expresión de los genes.

31.2.3.2.- Otros factores de riesgo

La O.M.S. ha señalado la existencia de un conjunto de factores de riesgo muy importantes en los que basar las acciones preventivas (O.M.S., 2.006). Se sabe que existe una fuerte relación entre enfermedad mental y suicidio. Un 90% de los adolescentes que consuman un suicidio sufre un Trastorno psiquiátrico asociado en el momento de su muerte y más de la mitad lo venía sufriendo desde hacía dos años (AACAP, 2001). Especialmente importantes a este respecto son los Trastornos del Humor previos (Depresión mayor, Manía, Hipomanía, estados mixtos, etc.), los Trastornos de Ansiedad, las Psicosis y el Abuso de sustancias. En algunas ocasiones sin embargo los intentos de suicidio se producen en el curso de una reacción adaptativa relativamente breve.

Generalmente diversos Acontecimientos vitales estresantes preceden al suicidio, por ejemplo, problemas escolares, problemas con la ley, decepciones en una relación de pareja, pérdida de un familiar. Una respuesta de estrés acrecentada puede venir dada por la existencia de un Trastorno mental previo, ya que los adolescentes que los padecen han de afrontar mayor cantidad de situaciones estresantes que otros y que les resultan más difícil de afrontar. La proporción de chicos que consuman un suicidio es mayor que en las chicas, ascendiendo de una razón de 3:1 en edades prepuberales a 5,5/1 en la adolescencia.

La existencia de antecedentes personales de suicidio es uno de los factores de riesgo más claros que aumenta la posibilidad de un nuevo intento de suicidio (O.M.S., 2.006). El consumo de alcohol o de otras sustancias aumenta el riesgo. También la disponibilidad de medios para cometer suicidio. Se sabe que un factor importante de riesgo es el haber sufrido abuso físico o sexual en la infancia. También los adolescentes gay, lesbianas y bisexuales tienen un riesgo mayor de realizar intentos de suicidio (AACAP, 2.001, O.M.S., 2.006), teniendo a menudo varios factores de riesgo simultáneamente (depresión, intentos previos, marginación en la escuela, victimización sexual, etc.).

31.2.3.3.- Factores de protección

Entre ellos se cuenta el tener un sentimiento de valía personal, poseer confianza propia y en los logros, la disposición a buscar ayuda cuando surgen problemas. También la apertura a nuevos conocimientos y a escuchar las experiencias y soluciones de otros. La capacidad de expresar las propias emociones y establecer buenas relaciones. Un factor muy relevante es contar con el apoyo de la familia. El haber construido y aceptado valores culturales y estar socialmente integrado a través de la participación en las actividades escolares, la práctica de deporte, clubs, actividades religiosas, etc.

31.2.3.4.- Motivaciones del intento de suicidio en niños y adolescentes

En lo que sigue vamos a describir tres psicodinamias distintas encontradas en la práctica clínica (Martínez y Fernández, 2.013). Cada una comporta una serie de creencias sobre sí mismo, los demás y la vida que condicionan la forma en que experimenta el sujeto su vida, así como las relaciones que construye, sus planes vitales y su forma de reaccionar al estrés, especialmente a las pérdidas relacionales (Erskine, 1.996). Ver Tabla 31-2..

a) La necesidad de hacer impacto y/o definirse

En esta dinámica el intento de suicidio puede entenderse como una forma desesperada de satisfacer la necesidad relacional de hacer impacto o de definir la identidad personal frente al otro (Erskine,1.996). El auto infligirse un daño sirve externamente para evocar la compasión o el perdón. Internamente puede ser una forma de autocastigo para aliviar el sentimiento de culpa y estar al servicio de reparar la relación. El acto suicida puede desencadenarse cuando la persona experimenta haber cometido una falta grave, bien sea real o imaginaria.

M., una chica de 14 años, hace intentos de suicidio cuando se acusa a sí misma de ser la culpable de que sus padres se hayan divorciado. “Si yo no hubiera nacido mis padres se querrían todavía”. Se responsabiliza de la irritabilidad y violencia de su padre, y siente justificado el que la pegue con frecuencia a ella y a sus hermanos. Desde los siete años piensa en el suicidio. “Mi casa es un caos. Todos discuten entre sí. Cuando estoy en mi habitación me quedo a solas con mis pensamientos y siento que tengo la culpa del divorcio de mis padres porque soy una carga para ellos. Me digo que si yo no existiera ahora no discutirían por la pensión que mi padre ha de pasar”.

A veces el intento de suicidio puede entenderse como una forma de afirmación relacional con la que se aspira a expresar rabia de forma disfrazada bajo la forma de autoagresión. En otras ocasiones el intento de suicidio viene motivado por una voluntad de venganza extrema para culpar al otro de la propia muerte. Un adolescente de 16 años explicaba así los motivos de su reciente intento de suicidio y sus persistentes deseos de repetirlo:

“No puedo vivir sin ella, no voy a dejar que se vaya. Si lo hace me mataré y entonces se dará cuenta de lo que pierde”.

Tabla 31-2: Necesidades relacionales frustradas y motivaciones para el suicidio (Martínez y Fernández, 2.013)

Necesidad Relacional (Erskine, 1.996)	Creencias sobre sí	Vivencia interna	Motivación desencadenante	Significación intrapsíquica (Menninger, 1938)
Impacto en el otro y/o autodefinición	“Soy malo/a” “Eres malo/a”	Soledad	Autocastigo Obtención de compasión Venganza	Deseo de matar una parte de sí.
Validación y/o aceptación	“No soy digno/a de ser amado/a”	Desesperación	Desprecio hacia sí mismo y eliminación de las “partes malas”	Deseo de ser asesinado.
Seguridad	“No hay nadie con quien sentir seguridad”	Desesperanza	Deseo de descansar Nihilismo frío	Deseo de morir

b) La necesidad de ser validado/a y/o aceptado/a

En esta dinámica el intento de suicidio está motivado por una necesidad desesperada de recibir validación o aceptación por parte de un otro idealizado al que se teme perder o que se siente ya como perdido, situación que el adolescente experimenta como una depresión por abandono (Erskine, 1.995, 1.996). En un núcleo interno de su personalidad piensa de sí: “No soy digno/a de ser amado/a, no me merezco el amor de otra persona”. El otro en la relación cumple el papel de validar al sujeto, que, si siente su valía, es porque el otro se la refleja. En este caso el adolescente necesita la aceptación del otro para sostener su propia identidad como si el otro fuera un espejo. Así, la pérdida del otro idealizado se vive como perder una parte de sí puesto que el otro viene a realizar para el adolescente funciones emocionales que éste no es capaz de realizar para sí. Hay una gran dificultad para experimentar rabia por no sentirse amado/a ya que esto incrementaría el sentimiento de no merecer afecto. Así pues, la depresión es tan intensa que el adolescente experimenta un deseo similar al “deseo de ser asesinado” que describió Menninger (1.938). Las relaciones con las figuras de apego se preservan al dirigir el enfado contra el propio cuerpo y sus necesidades. El cuerpo es identificado con el otro amado, e inconscientemente odiado, que ha

sido perdido (Little, 2.001, 2.009). Se trata a éste como un objeto separado que es malo. La vivencia interna del adolescente es de desesperación porque hay algo valioso en la vida que no se puede conseguir.

L. es un adolescente de 16 años que, tras experimentar una ruptura con su novia y enterarse de que ha sido adoptado en un país extranjero, experimenta una grave crisis de identidad que le deprime intensamente y le lleva a planear su muerte. "No se quien soy a partir de ahora... No soy nada... no valgo nada... Mi novia se aleja si ve que me estoy deprimido... trato de ocultarlo para que no me deje..."

c) La necesidad de descansar. Dinámica del nihilismo y la desesperanza

En esta psicodinamia la necesidad de seguridad del adolescente se ha visto seriamente frustrada y ha renunciado a la necesidad de relaciones. El paciente experimenta que no necesita ser amado/a. Para el/la paciente no existe el amor y si para otros existe para él/ella no es importante o significativo. La vida es experimentada como fútil y no se espera que los demás puedan ser una fuente de satisfacción o siquiera de alivio. El paciente experimenta una profunda desesperanza. La vivencia que describen es un sentimiento de pesadumbre, de carga. Experimentan apatía, falta de ilusión, de motivación. Un adolescente con deseos suicidas expresaba esto diciendo:

"Los seres humanos sólo estamos en la tierra ocupando espacio; somos sacos llenos de desperdicios que ensucian el planeta y que contaminan la atmósfera con el CO₂ que exhalamos".

Les falta impulso vital y experimentan desgana respecto a las cosas más necesarias como cubrir sus propias necesidades fisiológicas. Estos adolescentes experimentan el deseo de morir. Hemos observado que en la clínica esta dinámica intrapsíquica e interpersonal se expresa en dos modalidades de suicidio.

- La primera es el suicidio para descansar. El paciente experimenta el deseo de reunirse con lo inanimado. Se experimenta una rendición de la propia vida y vitalidad. El adolescente experimenta el cansancio de sus propios procesos fisiológicos que no están investidos con ilusión ni placer.

Un chico de 16 años, se sume en un caos interno cuando percibe que su madre, con la que ha establecido una simbiosis profunda, se siente angustiada. Experimenta una pérdida de un otro contenedor en la relación y su estado de agitación interna le resulta insoportable. En ese estado experimenta de manera disfórica incluso los efectos corporales de la medicación tranquilizante y piensa en el suicidio como una solución para descansar.

- La segunda es el suicidio nihilista frío. Aquí el adolescente experimenta un aplanamiento afectivo muy profundo que abarca tanto sus relaciones como sus intereses. El aislamiento no sólo es emocional sino también social. Carece de relaciones. Se muestra extremadamente sensible a ellas y las evita o las rechaza francamente. Este aplanamiento es tan intenso que no se experimenta ni siquiera cansancio o pesadumbre como en la dinámica anteriormente descrita.

Un chico de 16 años recibe la noticia de que su mejor amigo ha fallecido en un accidente. Recibe la información con aparente frialdad, sin reacción afectiva. A la media hora sale de casa sin decir a donde va. Termina suicidándose en el río.

31.2.4.- Evaluación

La entrevista clínica es el mejor medio para evaluar el riesgo suicida. También se pueden utilizar algunas escalas que no sustituyen la entrevista clínica. Por otra parte, en la evaluación es importante determinar diversos aspectos:

- Grado de suicidabilidad. La evaluación del grado de suicidabilidad implica determinar si la persona tiene ideas de muerte, ideas de suicidio, planes de suicidio y si ya ha efectuado antes intentos de suicidio. También la existencia de otros factores de riesgo, la presencia de factores de protección, el nivel de desesperanza, así como el grado de impulsividad y/o de agresividad. Esto implica determinar si el paciente tiene solamente ideas de muerte, si ha progresado a tener ideas suicidas, o bien si ya tiene planes suicidas. En este último caso es necesario valorar el grado de planificación e identificar las variables que podrían frenar la realización del suicidio.
- El grado de suicidabilidad aumenta si el paciente ha tenido intentos de suicidio previos y si tiene actualmente un Trastorno mental (Tr. del Humor, Tr. por Abuso de sustancias, Psicosis, etc.). Por ejemplo, un paciente con esquizofrenia puede experimentar alucinaciones auditivas que le impulsen a matarse. También aumenta si existen antecedentes familiares de suicidio o si el paciente padece niveles elevados de desesperanza, de impulsividad, de agitación y/o de agresividad.
- Las ideas suicidas pueden presentarse como una obsesión, como una compulsión, una fobia de impulsión, o pueden presentarse en el contexto de un estado crepuscular y de estrechamiento del campo de conciencia. Cada vez que un/a paciente dice que está sólo, triste, deprimido/a o presenta material que indica falta de interés en la vida es importante preguntar si presenta ideas suicidas, ya que hay pacientes que rumian sobre el suicidio sin decírselo al terapeuta (Beck, 1.983).
- La evaluación comporta también la identificación de la dinámica interna que genera las ideas y planes suicidas. Algunos adolescentes sienten que no pueden con la vida, otros desean impactar y que se de un cambio en sus relaciones, que los demás valoren sus problemas, etc.
- Hay que identificar los factores de protección existentes.
- Se pueden utilizar de manera auxiliar diversas Escalas de evaluación del riesgo que no sustituyen a la entrevista clínica. Entre las Escalas de Evaluación del Suicidio más utilizadas en niños y adolescentes destacan las siguientes: Cuestionario de Suicidio (Risk of Suicide Questionnaire, RSQ), Escala de Desesperanza de Beck (BHS), Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI), Escala de Intencionalidad Suicida (Suicidal Intent Scale, SIS), Kiddle Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children, Children Depression Rating Scale-Revised (CDRS-R).
- En los estudios para medir la frecuencia y severidad de pensamientos suicidas y autolesivos se emplea el SITBI (Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview). La versión española de esta entrevista es la Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas (EPCA). Se tratan de un cuestionario autoaplicado en formato de entrevista estructurada.

- Otros inventarios empleados para evaluar la presencia de autolesiones son:
 - The Deliberate Self-harm Inventory (DSHI).
 - Functional Assessment of Self-Mutilation (FASM).
 - Inventory of statements about self-injury (ISAS).

31.2.5.- Tratamiento

31.2.5.1.- Abordaje de la crisis

Durante una crisis la protección del paciente es lo prioritario. Si la evaluación sugiere un elevado riesgo de suicidio hay que valorar la opción de hospitalizar al paciente, especialmente si expresa un deseo persistente de matarse o tiene un estado mental claramente anormal. Con los adolescentes que llegan directamente a los servicios de urgencia tras un intento de suicidio es muy importante establecer una relación terapéutica y valorar el riesgo de suicidabilidad para hospitalizarle o no.

El término “gesto” suicida que se considera una llamada de atención o una manipulación sin intento de matarse puede ser equívoco porque puede subestimar el riesgo potencial de una conducta suicida posterior, que nunca se puede descartar (AACAP, 2.001). Por ello es importante valorar la presencia o no de otros criterios de hospitalización como son la existencia de impulsividad, agitación, capacidad de juicio disminuída, planes de alta letalidad, voluntad decidida de matarse, psicosis, depresión, daño cerebral, consumo de sustancias o antecedentes de abuso físico o sexual. También son criterios de hospitalización la existencia de intentos previos, la necesidad de un entorno estructurado para instaurar un tratamiento a prueba con fármacos, la inexistencia de un soporte familiar adecuado o la falta de una relación continuada con un terapeuta.

El tratamiento hospitalario debería mantenerse hasta que el estado mental o el nivel de suicidabilidad se haya estabilizado. Al alta debe asegurarse que exista una supervisión y apoyo disponible y que un adulto se responsabilice de estructurar el entorno, administrar la medicación para los trastornos mentales concomitantes, retirar medios potencialmente letales, etc. Se sabe que en los adultos tras un intento frustrado hay un riesgo elevado los primeros 90 días y que el 25% lo intentan en el año posterior (Lemma, 1.996).

En la práctica clínica se pueden utilizar contratos de no suicidio (Holloway, 1.973) para promover el autocontrol de las conductas autodestructivas. Hay que valorar antes la capacidad del paciente para hacer un contrato. Como requisito previo hay que haber estabilizado una alianza terapéutica suficiente con el adolescente. No se recomienda hacerlos en dispositivos de urgencias, con pacientes nuevos o desconocidos, con pacientes agitados, psicóticos, impulsivos o cuando el paciente está bajo los efectos de una sustancia tóxica (APA 2.012). También es útil construir una Red Social de Protección con la finalidad de que el adolescente cuente con un entorno protector de emergencia cuando aparezcan las ideas suicidas. Como una recomendación firme de la O.M.S. (2.012) se recomienda que se mantenga un contacto regular con el paciente por el medio que proceda: contactos telefónicos, visitas a domicilio, carta, tarjeta de contacto, etc. Al principio los contactos deben ser más frecuentes para luego irlos espaciando a medida que el adolescente mejore. Según el trastorno de base el contacto debe ser más o menos intensivo y prolongado.

31.2.5.2.- Tratamiento a largo plazo

El tratamiento de los Trastornos mentales comórbidos es fundamental, lo que puede requerir un tratamiento psicofarmacológico para el trastorno de base: Depresión mayor, Trastorno bipolar, Esquizofrenia, Trastorno obsesivo compulsivo, otros Trastornos de ansiedad, etc. Muchos pacientes que han sufrido en la infancia abusos físicos o sexuales se presentan en la consulta

como padeciendo trastornos de ansiedad y realizan intentos de suicidio. Sin embargo, no hablan de los abusos previos. En el tratamiento es importante identificarlos y abordarlos. En el tratamiento a largo plazo la psicoterapia es un componente importante que ha de adaptarse a las necesidades de cada paciente en particular. Entre las más recomendadas se encuentra la Terapia Cognitivo Conductual, la Terapia Interpersonal, la Terapia Dialéctica Conductual, la Terapia de familia y la Terapia Psicodinámica (AACAP, 2.001).

El primer paso en el tratamiento psicoterapéutico es motivar al adolescente para abordar sus ideas suicidas. También identificar el motivo del suicidio para elegir el tratamiento y las técnicas adecuadas. Beck (1.983) recomienda que si lo que busca el paciente con el suicidio es huir, el ámbito principal de tratamiento se centre en abordar la desesperanza; que si la motivación es tener una visión negativa de la vida y del futuro se enfoque el sistema de creencias y las interpretaciones incorrectas; o que si lo que pretende con el intento suicida es impactar a sus figuras significativas el terapeuta se centre en ayudarle a desarrollar modalidades más adaptativas de comunicación. Es importante no cuestionar las creencias, entrar en el mundo del adolescente y verlo desde su propia óptica. Se suscita sin embargo el interés por explorar la validez de sus creencias. Se empatiza con su estado emocional y se contiene en la relación terapéutica. Es útil reformular terapéuticamente las ideas suicidas como el conflicto entre los deseos de morir y los deseos de vivir y hacer una lista de los factores positivos que existen en su vida (Beck, 1.983).

El tratamiento progresa a medida que se elaboran las creencias y fantasías presuicidas y la forma en que se expresan en el patrón de relaciones interpersonales que tiende a construir el adolescente (Little, 2.001, 2009; Martínez y Fernández, 2.013). Hay que descontaminar las creencias erróneas sobre sí, los demás y la vida. Para ello es necesario buscar, recoger o recordar datos en contra de la validez de las creencias y provocar una disonancia cognitiva señalando las contradicciones existentes en ellas. También hay que abordar y resolver los problemas previos. Para ello hay que encontrar explicaciones alternativas a la situación que atraviesa el paciente, no las que suministra el sistema de creencias sobre sí mismo, los demás y la vida. Es de extrema importancia ayudar al adolescente a identificar las propias necesidades y deseos, así como los recursos personales y otros disponibles en el entorno para conseguirlos. Ayudarle a obtener los medios para satisfacer sus necesidades personales y para evaluar los resultados de la exploración de soluciones alternativas. También es importante trabajar con los valores y creencias y restablecer una vivencia no disfórica del cuerpo. Hay que anticipar la reaparición de los impulsos suicidas en la terapia y considerarlos como un recurso valioso en la misma.

Entre otras están las medidas Psicoeducativas que implican: Dar información sobre el suicidio, familiarizarse y dominar los recursos de salud mental y servicios de urgencia. También informar sobre los teléfonos de ayuda en crisis, así como sobre páginas webs para prevención de suicidio, y sobre los recursos de apoyo social y de autoayuda.

Basándose en estas técnicas terapéuticas en el H. Clínico Universitario de Valladolid se realizó en 2006-2007 un “Programa de intervención en personas que realizaron intentos de suicidio en las Áreas de salud de Valladolid Este y Oeste” (Martínez y Fernández, 2013). El Programa fue citado como ejemplo de buenas prácticas en el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud-2007. Los participantes fueron pacientes de las Areas de salud de Valladolid Este y Oeste hospitalizados por tener ideas de suicidio o haber realizado una tentativa, ingresadas en las unidades de hospitalización psiquiátrica. Se realizó un seguimiento longitudinal a 140 pacientes para determinar la efectividad del programa mediante un diseño cuasiexperimental de comparación interna de tipo pre-postest. El 90% de los pacientes derivados al programa aceptaron participar. El 80% de los pacientes que finalizaron el programa no tuvieron recaídas durante el período de seguimiento. El 23% fueron puestos en contacto con otros dispositivos del área realizando un tratamiento estable. De ellos, la tercera parte acudió a un Hospital de día, el 8,7% a una Unidad de convalecencia y el 57,4% se puso en contacto con Asociaciones de autoayuda.

31.3.- Bibliografía

- American Academy of Childhood and Adolescent Psychiatry (2.001): "Summary of the Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Suicidal Behavior". *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 40: 4 495-499.
- Anseán, A. (2.017): "Estadísticas INE, 2014". Presentado en: "Prevención, Tratamiento y Postvención del Suicidio". Curso de Verano de la Universidad del País Vasco. San Sebastián.
- Beck A.T., Kovac, M., Weissman, A. (1979): "Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 343-352.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery G. (1.983): "Terapia cognitiva de la depresión". Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Celada, F. J. (2014): *Intervención y Atención al Intento de Suicidio. Guía Asistencial. Urgencias y emergencias 2ª Ed.*
- Cook, N.G. y Stengel, E. (1.954): "Recent Research into suicide and attempte suicide". *J. Forens. Med.* 1: 252
- De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J.M., Kerkhof, A., Bille-Brahe, U. (2004). "Definitions of suicidal behavior". En: D. De Leo, U. Bille-Brahe, A. Kerkhof, A. Schmidtke (editores): "Suicidal Behaviour: Theories and Research Findings". Hogrefe/Huber, Göttingen, pp: 17-39.
- Echévarrri, A. (2.010): "Concepto y clasificación de la conducta suicida". <ftp://ftp.formainap.navarra.es/2014/2014-3E604-9971-SUICIDIO/TEMA%201.pdf>
- Erskine, R.G. y Trautmann, R.L. (1996). "Methods of an Integrative Psychotherapy". *Transactional Analysis Journal*, 26(4): 316-328.
- Fleischmann, A., Bertolote J.M., De Leo, D., Botega, N., Phillips, M., y cols. (2005). "Characteristics of attempted suicides seen in emergency-care settings of general hospitals in eight low- and middle-income countries". *Psychological Medicine*, 35, 1467-1474.
- Frías A, Vázquez, M., Del Real, A., Sanchez, C., y Giné E. (2.012): "Conducta autolesiva en adolescentes: prevalencia, factores de riesgo y tratamiento". *Med. Psicosom.*; 103
- Gómez, S., Sevillano, I., Geijo, S., Mongil, B., Vaquero, M. De Uribe, F. (2.018): "Autolesiones en una unidad de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil. *Psiqu. Biol.*, 25 (1): 2-6.
- INE (2.014): "Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2012". Notas de Prensa. www.ine.es/prensa/prensa.htm
- Harris, L., Hawton, K., Zahl, D. (2005). "Value of measuring suicidal intent in the assessment of people attending hospital following self-poisoning or self-injury". *British Journal of Psychiatry*, 186, 60-66.
- Hawton, K., Bergen, H., Kapur, N., Cooper, J., Steeg, S. y cols. (2012). "Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents: findings from the Multicentre Study of Self-Harm in England". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53 1212-1219.18
- Hjelmeland, H., Hawton, K., Nordvik, H., Bille-Brahe, U., De Leo D, y cols (2002): "Why people engage in parasuicide: A cross-cultural study of intentions". *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32: 38-393.
- Holloway, W. (1.973): "Shut the escape hatch". Monograph IV, W. Holloway, M.D.
- Joiner, T. E., Jr., Steer, R. A., Brown, G., Beck, A. T., Pettit, J. W., y Rudd, M. D. (2003). "Worst-point suicidal plans: a dimension of suicidality predictive of past suicide attempts and eventual death by suicide". *Behav.Res.Ther.*, 41, 1469-1480.
- Kreitman, N., Philip, A., Greer, S., Bagley, C. (1969): "Parasuicide". *Psychiatry*, 115, 746-747.
- Linehan, M.M., Goodstein, J. L., Nielsen, S.L., Chiles, J. A. (1983): "Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 276-286.
- Little, R. (2.001): "Schizoid Process: Working with the defenses of the withdrawn Child Ego State ". *Transactional Analysis Journal*, 31 (1): 33-43.
- Little, R. (2.009): "Understanding the Psychodynamics of Suicidal Clients: Exploring Suicidal and Presuicidal States". En: *Transactional Analysis Journal*, vol. 39, 219-228.
- Junta de Castilla y León (1.994): "Plan Sectorial de Prevención y Atención de las Conductas Suicidas". Zamora: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social.
- Mann, J. J. (1998). "The neurobiology of suicide". *Nat. Med.*, 4, 25-30 .
- Mann, J. J., Wateraux, C., Haas, G. L. y cols. (1999): "Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients", *Am J Psychiatry*, 156:181-189.
- Martínez, J.M. y Fernández, B. (2.013): "Tres Psicodinamias en los Intentos de Suicidio". *Revista de la Asociación de Profesionales de Psicología Humanista y Análisis Transaccional*, pp. 61-76.
- Menninger, K. (1.965): "El Hombre contra sí mismo". Barcelona: Ediciones Península. Pág. 25. Edición original: *Man Against Himself*. New York: Harcourt, Brace and World [1.938].
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007): "Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud", Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007): "Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2007". Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2.010): "Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud". Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2.012): "Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida". Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad
- Minois G. (1.999): "History of suicide: voluntary death in Western culture". Baltimore, MD, Johns Hopkins: University Press.
- O'Carroll, P.W., Berman, A.L., Maris, R.W., Moscicki, E.K., Tanney, B.L., y cols. (1996). "Beyond the Tower of Babel: A Nomenclature for Suicidology". *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26, 237-252.
- O.M.S. (2.006): "Prevención del Suicidio. Recurso para Consejeros". Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias Trastornos Mentales y Cerebrales. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- O.M.S. (2.010): "MH-GAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings". World Health Organization: Geneva.
- O.M.S. (2.012): "Prevención del Suicidio". SUPRE. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
- O.M.S. (2.012): "Public health action for the prevention of suicide: a framework". Geneva: World Health Organization. WHO Document Production Services. Pág. 2.
- O.M.S. (2.014): "Prevención del suicidio. Un imperativo Global". Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para las Américas.
- Perry, I., Corcoran, P., Fitzgerald, A., Keeley, H., Reulbach, U., y cols. (2012). "The incidence of repetition of hospital-treated deliberate self-harm: Findings from the world's first national registry". *Plos One*, 7, 1-7.
- Platt, S., Bille-Brahe, U., Kerkhof, A., Schmidtke, A., Bjerke, T. y cols. (1992). "Parasuicide in Europe: the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Introduction and preliminary analysis for 1.989". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 97-104.
- Posner, K., Brown, G.K., Stanley, B., Brent, D.A., Yershova, K.V., y cols. (2011). "The Columbia- Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS): Initial Validity and Internal Consistency Findings from Three Multi-Site Studies with Adolescents and Adults". *American Journal of Psychiatry*, 168: 1266-1277.
- Rojas, E. (1.978): "Estudios sobre el suicidio". Barcelona: Salvat Editores.
- Shneidman, E. "A possible classification of suicidal acts Based on Murray's needs system". *Suicide Life-threatening Behavior* 1980;10:175-181.
- Shneidman, E. (1.992): "A conspectus for conceptualizing the suicidal scenario". En: Maris, R., Berman, A., Maltzberger, J., Yufit, R (editores): "Assessment and prediction of suicide". New York: Guilford Press.
- Silverman, M.M., Berman, A.L., Sanddal, N.D., O'Carroll, P.W., Joiner, T.E. (2007): "Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part I: Background, Rationale, and Methodology". *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 248-263.
- Silverman, M.M., Berman, A.L., Sanddal, N.D., O'Carroll, P.W., Joiner, T.E. (2007): "Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part II: Suicide-Related ideations, Communications, and Behaviors". *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 264-277.
- Schoenfeld, H., Margolin, J., y Baum, S. (1.987): "Munchausen Syndrome as a Suicide Equivalent: Abolition of Syndrome by Psychotherapy." Published Online:30 Apr 2018 <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1987.41.4.604>.

32.- CAPÍTULO 32: ATENCIÓN DE URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Virginia Garrido Fernández. Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.Complejo Asistencial Universitario de León.

Enrique Ortega García. Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.Complejo Asistencial Universitario de León.

Soraya Geijo Uribe. Psiquiatra. Unidad de Hospitalización Regional de Psiquiatría del Niño y del Adolescentes. H. Clínico Universitario de Valladolid

32.1.- Introducción:

Como urgencia infanto-juvenil se entiende el proceso que genera suficiente tensión emocional como para que el niño, adolescente o su familia consideren difícil el control de la situación (Mattson et al., 1969). Hasta un tercio de las urgencias de menores atendidos en los servicios psiquiátricos suponen la puerta de entrada al sistema sanitario. Así pues, tanto por su prevalencia como por su gravedad resulta crucial hacer una buena atención de estos casos.

Los principales motivos de consulta en las urgencias psiquiátricas en población menor de edad son los trastornos de conducta, incluyendo el paciente agitado, ideación y gestos autolíticos y las crisis de ansiedad, presentando la mayor parte de las veces un trasfondo emocional y siendo la franja de edad más frecuente la que corresponde a los adolescentes de 14 a 18 años.

32.2.- Consideraciones de la entrevista clínica en el servicio de urgencias versus Evaluación de la urgencia:

El enfoque ante la evaluación de cada caso incluye al paciente desde un punto de vista integral, valorando factores biológicos, psicológicos y sociales. Hay que obtener información del sistema familiar al que pertenece, de su entorno escolar y comunitario. De la entrevista con el menor y con la familia (o cuidadores) se conformará una valoración bio-psico-social imprescindible para la correcta evaluación de cada uno de los casos.

Para realizar una buena práctica en la atención en Urgencias psiquiátricas a población infanto juvenil:

1. Hay que buscar un lugar idóneo para ello. No se pueden realizar entrevistas en mitad del pasillo, ni en una sala en la que no haya espacio ni sillas suficientes para todos los que van a intervenir.
2. Es preferible iniciar la entrevista por el propio paciente y seguir después por los padres o tutores legales. En el caso de los niños, lo habitual es que los padres permanezcan a su lado, ya que eso le da seguridad. Sin embargo, los adolescentes, suelen dar más información a solas.
3. Siempre se le debe indicar al paciente que la entrevista está sujeta al secreto profesional y que tan solo ante determinados requerimientos legales, se puede romper este secreto.
4. Se acomodará el lenguaje al nivel de desarrollo del paciente, procurando hacer preguntas cortas, con lenguaje sencillo y, a poder ser, abiertas (en lugar de preguntas cerradas que solo se pueden responder con "sí" o "no"), ya que van a proporcionar más información.

Siempre hay que tener en cuenta que se trata de una urgencia y, por tanto, no se deben desatender los aspectos somáticos que pueden jugar un papel importante para la comprensión del caso (parte biológica crucial del enfoque bio-psico-social). Además, este enfoque holístico enmarcado dentro de la urgencia general va a evitar el estigma que a veces lleva aparejado el paciente psiquiátrico.

Los objetivos de la atención en Urgencias psiquiátricas a población infanto juvenil son los siguientes:

- Obtener el motivo de la urgencia desde el punto de vista de todos los informadores.
- Establecer una alianza terapéutica con el paciente y su familia.
- Hacer una historia del desarrollo: Cuál era su nivel de funcionamiento previo.
- Incidir en la exploración psicopatológica en la ideación suicida, heteroagresividad, delirios, alucinaciones, síntomas confusionales o delirium.
- Establecer el riesgo potencial para el paciente y para terceras personas.
- Plantear una posible formulación diagnóstica que incluya:
 - Diagnóstico diferencial.
 - Precipitantes de la crisis actual.
- Plantear una formulación terapéutica centrada en la crisis.

Otras consideraciones de importancia a tener en cuenta:

- Es fundamental destinar el tiempo adecuado a cada consulta
- No hay que abusar innecesariamente de las pruebas diagnósticas
- Por supuesto, no se debe recurrir a la hospitalización más que en los casos en los que esté indicado (ver criterios de ingreso en el apartado correspondiente). Nunca se debe proceder al mismo por presiones familiares ni, por supuesto, con intenciones punitivas para el menor.

Una vez finalizada la entrevista es fundamental hacer una buena exploración psicopatológica del menor que debe incluir todos estos aspectos:

- Nivel cognitivo
- Capacidad de juicio e introspección.
- Orientación.
- Memoria
- Ataxia, apraxia, disartria.
- Curso y contenido del lenguaje.
- Estado de ánimo.
- Labilidad emocional.
- Alteraciones sensorio-perceptivas y del curso o contenido del pensamiento.
- Impulsividad.

- Agresividad: Hacia sí mismo y/o hacia los demás.

Al concluir la atención urgente hay que dar la información de la manera adecuada: siempre se informará al paciente, atendiendo a su capacidad de comprensión. El hecho de que sea un menor no quiere decir que no tenga derecho a ser informado sobre sí mismo. Por supuesto también se ha de informar a los padres o tutores legales. En el supuesto de que sea la administración quien tenga la tutela legal, la información a los padres requiere el consentimiento de ésta.

En este capítulo nos centraremos con más profundidad en las urgencias más prevalentes en edad infantojuvenil. Si bien es cierto que niños en edad preescolar pueden ser motivo de atención en el Servicio de Urgencia, no es lo habitual, por lo que solamente haremos una breve mención. La gran mayoría de las urgencias en menores se da en adolescentes seguido de niños en edad escolar.

32.3.- Urgencias en niños menores de 6 años:

Las urgencias psiquiátricas en niños menores de seis años son muy poco frecuentes, no alcanzando el 5% de todas las urgencias psiquiátricas infanto-juveniles. La mayoría de las veces los motivos por los que los padres o tutores llevan al niño a urgencias tienen que ver con un problema emocional, conductual, de alteración del desarrollo o del rendimiento escolar (Alda et al, 2010). Se estipula que en gran medida la presencia de alteraciones psiquiátricas en esta franja de edad está relacionada con la mayor frecuencia de prematuridad, elevado número de adopciones con sus dificultades adaptativas, con una escolarización precoz que detecta de manera anticipada psicopatología, la inmigración, las separaciones parentales traumáticas con conflictos de custodia y con la mayor dificultad de manejo en las familias monoparentales.

En función de la demanda podríamos clasificarlas de la siguiente manera:

- Presencia de alteraciones psicopatológicas:
 - Alteraciones del desarrollo como puede ser el retraso del lenguaje o dificultades para relacionarse.
 - Inquietud e hiperactividad psicomotriz
 - Insomnio y problemas alimentarios
 - Tristeza e inhibición
 - Irritabilidad, llanto excesivo
 - Conducta autolesivas o agresivas.
- Dudas de manejo farmacológico o conductual de pacientes que han sido diagnosticados de manera ambulatoria: TEA, discapacidad intelectual, problemas de ansiedad, etc
- Sintomatología somática de dudosa causa orgánica como pueden ser las cefaleas o las molestias gastrointestinales
- Problemas en relación con la custodia en casos de divorcios traumáticos
- Situaciones de negligencia, maltrato o abusos.
- Dudas en torno al abordaje familiar en relación con acontecimientos vitales traumáticos.

32.4.- Urgencias en edad escolar y adolescente:

32.4.1.- El paciente agitado:

La agitación psicomotriz es un estado de exaltación psicomotriz asociado a un estado de ansiedad, cólera, pánico o euforia y una conducta impulsiva, arriesgada y/o desorganizada. Dado el riesgo potencial que existe hacia el propio paciente y/o entorno, hace que la intervención deba ser rápida y eficaz teniendo en cuenta que la mayoría de las veces se desconocen los motivos que han desencadenado el episodio de agitación, los antecedentes del paciente o la existencia de episodios previos.

En los niños y adolescentes, la agresividad y la violencia suelen ser la expresión final común de múltiples etiologías. Puede reflejar organicidad como en los delirium y abuso de sustancias, formar parte de un trastorno psiquiátrico como puede ser un episodio psicótico, maniaco, trastorno de conducta, TEA, etc., o tener una causa reactiva como sucede en el estrés postraumático o abuso sexual.

La agitación orgánica generalmente se caracteriza por presentar alteración de la conciencia, desorientación temporoespacial, confusión mental, discurso incoherente, dificultad para la marcha, hiperexcitabilidad muscular, etc. El paciente se muestra inquieto y sudoroso. La fluctuación es un signo bastante frecuente en este tipo de agitaciones. Generalmente va seguido de una amnesia completa del episodio. Debemos sospechar una etiología orgánica cuando nos enfrentamos a un episodio de agitación de comienzo agudo o subagudo en un paciente sin antecedentes psiquiátricos.

En cambio, en la agitación psiquiátrica, la conciencia está clara, no hay desorientación y la fluctuación es escasa. La hostilidad y agresividad se suele acompañar de un tono elevado que puede llegar a ser vociferante y la presencia de psicopatología propia de alguna entidad psiquiátrica como pueden ser alucinaciones auditivas, ideación delirante de perjuicio o megalomaniaca, alteraciones de la afectividad y/o discurso disgregado hasta fuga de ideas.

En niños con TEA y/o discapacidad intelectual, los episodios de agitación psicomotriz pueden ser una forma de respuesta a un malestar subjetivo como dolor, estreñimiento o cualquier otro síntoma que le genera molestias.

El diseño del servicio de urgencias puede jugar un papel importante en la gestión de pacientes violentos o agresivos. Tener un lugar de observación de salud mental con muebles especialmente creados de forma que no puedan ser arrojados, una cámara con enlaces de vídeo a un control de enfermería o seguridad para monitorizar a los pacientes, una puerta de salida que se abra hacia el exterior permitiendo al personal escapar rápidamente si fuera necesario y alarmas de coacción pueden jugar un papel crucial en el mantenimiento de la seguridad de todos.

El tratamiento del paciente agitado o violento irá dirigido a la contención que podrá ser verbal, farmacológica y mecánica.

Las medidas de contención verbal están encaminadas a lograr que el paciente se tranquilice mediante técnicas verbales adoptando una actitud empática y utilizando una comunicación clara, pero estableciendo unos límites precisos, permitiendo que el paciente hable de la situación que ha desencadenado la violencia y sus emociones y ayudando a clarificar los sentimientos. En el caso de pacientes muy violentos muy probablemente no van a responder a las medidas de contención verbal o incluso puede aumentar la agitación, por lo que está indicada la contención física y la sedación farmacológica.

La contención física se utilizará cuando es estrictamente necesaria con la finalidad de proteger al paciente y a terceras personas. Siempre que sea posible se debe informar al paciente y los familiares de la técnica que se va a emplear y de los motivos para emplearla. La contención física debe ser empleada durante el mínimo tiempo necesario para calmar al paciente. Los pacientes con contención física deben estar monitorizados frecuentemente, no solo para asegurarse de que no se están autolesionando sino también para encontrar de la forma más precoz posible el momento en el que se pueden retirar las contenciones.

El tratamiento farmacológico va a ser efectivo en la mayoría de pacientes agitados y tendrá como objetivo primario la calma y/o sedación del paciente. La vía de administración dependerá del grado de agitación y de la cooperación del paciente, siendo la vía intramuscular la más utilizada si no se cuenta con la colaboración del paciente por la facilidad para administrarla, teniendo también un efecto más rápido que las presentaciones orales. La elección del medicamento se hará en función del trastorno subyacente, así si la agitación es de causa psicótica elegiremos antipsicóticos mientras que si es por una ansiedad no psicótica nos decantaremos por benzodiazepinas. En los

casos donde puede ser debido a una abstinencia por hipnóticos-sedantes, al tener los antipsicóticos riesgo de disminuir el umbral convulsivo, son de elección las benzodiacepinas. En los casos de agitaciones de causa orgánica (delirium), el haloperidol sigue siendo el fármaco de elección. En los niños más pequeños se utilizan con más frecuencia los antihistamínicos como puede ser la difenhidramina y la hidroxicina ya que las benzodiacepinas pueden producir reacciones paradójicas de agitación.

Tabla 32-1: Principales tratamientos utilizados en urgencias para el control de la agitación psicomotriz.

Fármaco	Dosis para niños	Dosis adolescente	Presentación comercial
Hidroxicina	25mg	25-50mg.	Atarax® Comprimidos 25mg. Jarabe 2mg/ml
Lorazepam	0.5-1mg. sublingual	1-5mg. sublingual	Orfidal® Comprimidos 1, 5mg.
Midazolam	2.5-10mg.	2.5-15mg.	Dormicum® Comprimidos 7,5mg. Ampollas 5,15,50mg.
Diazepam	2.5-5mg.	5-10mg.	Comprimidos 5, 10mg Ampollas 2ml/10mg.
Clorazepato dipotásico	>9 años 2.5-5mg..	2.5-15mg.	Tranxilium® Comprimidos 5, 10, 15mg. Inyectable 20, 50mg.
Haloperidol	2.5 mg. im	5mg. im	Haloperidol® Comprimidos 10mg Gotas (15 gotas=2mg) Inyectable 5mg.
Levomepromazina	0.5-2mg/kg/día (40mg/día <12años)	25-50mg.	Sinogan® Comprimidos 25mg Solución 40mg/ml Ampolla 25mg./ml
Clorpromazina	12.5 mg. im	25mg. im	Largactil® Comprimidos: 25, 100mg. Gotas: 1ml=40mg. Inyectable 25mg.
Risperidona	1mg. oral	2mg. oral	Risperdal® Comprimidos 1, 2, 3, 6mg Solución (1ml=1mg)
Olanzapina	2.5mg. oral	5mg. oral	Zypreza® Comprimidos 2.5, 5, 10mg. Inyectable 10mg

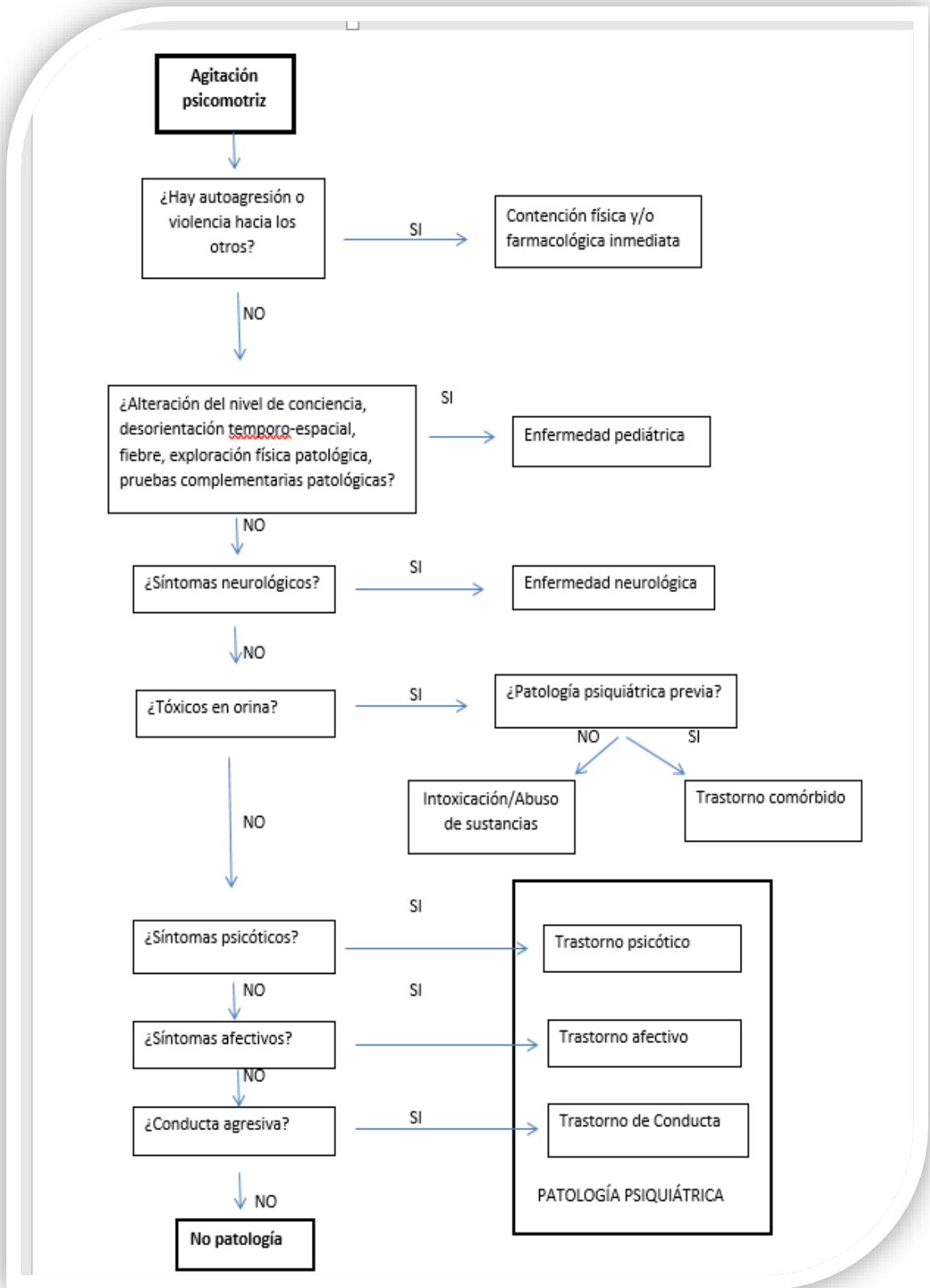


Ilustración 32-1: Algoritmo de actuación ante agitación en Urgencias. Adaptado de Alda y Gabaldon 2010)

32.4.2.- Conducta suicida:

La prevalencia de la conducta suicida aumenta con la edad del paciente. Durante la adolescencia el suicidio se ha convertido en la segunda causa de muerte en nuestro entorno. Aunque en niños en edades precoces de la infancia la ideación suicida es infrecuente, toda exploración psicopatológica en el menor debe incluir evaluación de este aspecto.

El concepto de muerte se va adquiriendo a lo largo de la infancia, pero es alrededor de los 9 años cuando el niño comienza a comprender la muerte como algo irreversible. En la adolescencia la mayor impulsividad, los cambios físicos y las exigencias sociales incrementan de forma importante la frecuencia de aparición de pensamientos suicidas o comportamientos autolesivos. Los comportamientos o pensamientos suicidas suelen desencadenarse ante situaciones de conflicto, decepción o frustración, y es frecuente que estas situaciones acaben en el servicio de urgencias.

La tentativa autolítica es el principal factor de riesgo de suicidio consumado. Son frecuentes los reintentos en la población adolescente, especialmente en los 6 primeros meses. Las tentativas suicidas son 4 veces más frecuente en mujeres, aunque los suicidios consumados lo son más en varones. El método más frecuente es el protagonizar, de forma impulsiva, una autointoxicación medicamentosa, seguidas de las autolesiones por arma blanca.

La patología psiquiátrica más frecuentemente asociada a conducta suicida es el trastorno depresivo (asociado o no al TDAH) y el trastorno de consumo de sustancias.

En urgencias, la intervención del psiquiatra será siempre posterior a que el paciente se encuentre médicamente estable (una vez finalizado el periodo de observación) y consiste en evaluar el potencial autolítico de la tentativa. Aunque la impresión inicial sea que se trata de un gesto manipulador, no hay que banalizar estas conductas, la mayoría de los casos tienen un riesgo potencial suicida. La evaluación comprende las características del intento: letalidad del método, intencionalidad real, motivo y significado para el paciente, sentimientos ante no haber muerto, así como la exploración psicopatológica y características del medio familiar.

Tras la evaluación decidiremos que el paciente debe quedar ingresado si hay riesgo de repetición y en el caso de que el ambiente al que vaya a retornar el paciente tras el alta sea hostil, inestable o de baja capacidad de supervisión al menor. En caso de proceder al alta, por considerarse ésta una opción segura, habrá que derivar al paciente a su ESMIJ de referencia de forma preferente.

32.4.3.- Trastornos del estado de ánimo:

Los trastornos del ánimo comprenden la depresión y el trastorno bipolar. Dado que la irritabilidad puede ser el síntoma predominante y producir alteraciones del comportamiento, no es inusual, que la intervención psiquiátrica de estos cuadros clínicos comience en el Servicio de Urgencias, o bien, que se precise de ésta en reagudizaciones puntuales del cuadro sintomático durante la evolución.

El 5% de los niños presentan un episodio depresivo a lo largo de su infancia y la cifra asciende hasta el 8,5% en edades adolescentes. La detección de la depresión infantil es difícil y no es infrecuente que la forma de presentación sea mediante irritabilidad como síntoma principal y nieguen sentirse tristes.

La presentación clínica en edades preescolares se caracteriza por ser la irritabilidad y la conducta desadaptativa lo que predomina, carencia de disfrute y de interés en actividades que deberían ser placenteras como el juego y la relación con iguales. Los problemas de conducta se acentúan en la edad escolar que, junto con el desinterés en el aprendizaje, evolucionan hacia un bajo rendimiento académico y mala adaptación social y escolar tanto con sus compañeros como con el profesorado. Es en la adolescencia cuando el desarrollo madurativo está más avanzado, es cuando los síntomas depresivos suelen ser más similares a los que presenta el adulto. La afectación se percibe en el rendimiento académico, en la autoestima, y en la interacción social.

Además, es característico en estas edades que al existir una mayor impulsividad el adolescente realice conductas autolesivas, presente actitudes heteroagresivas y esta sea la sintomatología con la que acude a un servicio de urgencias. Es de gran importancia por ello, explorar detenidamente la ideación de muerte y suicida en un menor con estas características y garantizar su seguridad y las de terceros llevando a cabo si es preciso un ingreso hospitalario.

La actuación en urgencias será de intervención en crisis y orientación a los equipos de salud mental infanto-juvenil. Una vez evaluados el paciente y la familia, si se concluye que se puede garantizar la seguridad del menor, realizar un tratamiento ambulatorio será la opción preferible. Se hará un informe con enfoque diagnóstico, tratamiento y derivación para seguimiento en su ESM de referencia. Si bien el tratamiento indicado son los ISRS, la elección del mismo debe ser realizada por el profesional que va a realizar el seguimiento. Por ello, es adecuado en urgencias iniciar tratamiento ansiolítico (Benzodiacepinas o en casos de alteración de la conducta severa Neurolépticos) si prevemos que será visto, de forma preferente, por su psiquiatra de zona.

Respecto al episodio de manía, no es extraño que sea detectado en urgencias, ya que, vuelve a ser la irritabilidad nuevamente el afecto con frecuencia predominante. La euforia y expansividad también pueden ser otras formas de presentación. Además, otros síntomas acompañan al cambio de ánimo: la disminución de la necesidad de dormir, aumento de energía, expansividad y euforia, alteración del curso y contenido del pensamiento y agitación psicomotriz. En niños el diagnóstico es más complejo que en adolescentes (por ser el cortejo sintomático menos parecido al del adulto), con predominio de labilidad emocional, alteraciones conductuales, hiperactividad o síntomas psicóticos. El episodio de manía suele requerir el ingreso del paciente, no siendo así en cuadros hipomaniacos que pueden manejarse de forma ambulatoria.

32.4.4.- Trastornos de ansiedad:

Los trastornos de ansiedad constituyen la patología más frecuente en menores de cualquier edad afectando al 6-20% de los menores de 18 años (Costello et al., 2005). En niños preescolares y escolares de corta edad no es infrecuente que la manifestación de la ansiedad sea con síntomas somáticos (abdominalgia, cefalea...) acudiendo por el síntoma a consulta urgente. Sea por que la ansiedad se presenta como síntoma físico, o sea por sospechar que el síntoma psiquiátrico este obedeciendo a una enfermedad orgánica, es preciso tratar de detectar la etiología del cuadro ansioso y no asumir que se trate siempre de un cuadro primario de ansiedad.

El principal síndrome de ansiedad en urgencias es la presentación de crisis de ansiedad, los síntomas son similares a los definidos para el adulto (breves e intensos cuadros de aparición brusca de angustia acompañada de síntomas neurovegetativos y psíquicos, véase criterios DSM-5 relativos a crisis de angustia). El tratamiento habitual de estas crisis se realiza con benzodiacepinas principalmente loracepam de 0,5 a 2mg (hasta 5mg) y alprazolam de 0,25 a 1 mg (hasta 2mg).

Desde urgencias, ante diagnóstico de trastorno ansioso, el paciente debe ser derivado a su ESM de referencia, con carácter preferente y valorar el tratamiento oportuno.

32.4.5.- Trastornos de conductuales:

Los trastornos de conducta son una causa importante de las urgencias psiquiátricas pudiendo ser simples reacciones a hechos circunstanciales poniendo en evidencia una baja tolerancia a la frustración, o tratarse de manifestaciones de otras alteraciones psiquiátricas, de ahí la importancia de hacer una buena historia clínica para descartar la existencia de patología personal o interpersonal o antecedentes de auténticos trastornos de conducta. Entre las causas más frecuentes se encuentran los trastornos disociales, el consumo de tóxicos y los cuadros adaptativos. Pueden tener una presentación aguda y precisar una intervención urgente principal o tratarse de una exacerbación de una conducta previamente alterada donde la intervención en urgencias será más limitada. En el caso de niños con TEA y/o discapacidad intelectual pueden

aparecer las conductas disruptivas como mecanismo de respuesta a las situaciones que requieran un esfuerzo de adaptación o cambio ya que entre sus características presentan una importante rigidez ante los cambios.

32.4.5.1.- Trastorno negativista desafiante

La característica principal es un patrón de comportamiento inadecuado, desafiante, desobediente, negativista y hostil hacia las figuras de autoridad. Este patrón ha de estar presente durante al menos seis meses y conducir a un deterioro académico, social u ocupacional. Los niños y adolescentes con este trastorno replican a menudo a sus padres o rechazan seguir sus reglas, siendo el trastorno más evidente en el hogar. Estos jóvenes son propensos a perder el control y pueden llegar a ser agresivos, normalmente de forma verbal, sin las graves agresiones vistas en el Trastorno de conducta.

32.4.5.2.- Trastorno de la conducta disocial

Los niños y adolescentes con trastorno de conducta disocial tienen una incapacidad para valorar el bienestar de los demás y muestran poca culpa o remordimiento acerca de perjudicar a los demás. Muestran un patrón de comportamiento persistente y repetitivo donde son violados los derechos básicos de otras personas o las normas sociales importantes. A menudo tienen una larga historia de expulsiones escolares, peleas, agresiones y comportamiento destructivo, con una falta de sensibilidad, presentando con frecuencia reacciones coléricas y explosivas. Utilizan a menudo mentiras para salir de situaciones complicadas y son frecuentes los hurtos. Los cuatro principales grupos de síntomas son: agresión a personas y animales; destrucción de la propiedad; engaño o robo; e incumplimiento grave de las normas. Este patrón provoca un deterioro social, académico o laboral significativo. Los cuadros de agitación son cada vez más frecuentes en estos pacientes y son motivo frecuente de ingreso psiquiátrico urgente ante la incapacidad de contención en su entorno inmediato.

32.4.6.- Trastornos psicóticos

El concepto de psicosis en la infancia y adolescencia es similar al de la etapa adulta, caracterizándose por la presencia de anomalías en uno o más de los siguientes cinco dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía) y síntomas negativos. Las etiologías pueden ser de lo más diversas, desde cuadros secundarios al consumo de tóxicos, manía, psicosis breves o la esquizofrenia de inicio precoz, entre otras.

La esquizofrenia y el trastorno bipolar suelen iniciarse de manera tórpida y es a través de esta situación de urgencia cuando la familia toma conciencia de la existencia de los síntomas previos. Otras veces la presentación es más sutil, con la presencia de un paulatino aislamiento social, semi-mutismo y fracaso escolar que dificulta el diagnóstico.

La exploración del inicio y desarrollo de los síntomas puede ser de gran utilidad para hacer una aproximación diagnóstica, de tal modo que un inicio lento y tórpido orientará hacia una esquizofrenia, mientras que un inicio brusco y agudo nos hará pensar en una psicosis secundaria a tóxicos. Las psicosis afectivas se van a caracterizar por los cambios inusuales del humor.

La esquizofrenia de inicio temprano suele manifestarse de manera diferente a la del adolescente, predominando los síntomas de ansiedad y de tipo obsesivo, el aislamiento social, los episodios de agresividad inexplicables, el deterioro progresivo y el fracaso en las relaciones sociales y en el aprendizaje. El tipo indiferenciado es más frecuente que el paranoico o catatónico.

El diagnóstico se basa en el cuadro clínico actual, el estado mental, la historia previa del paciente y la historia familiar, ya que existe un claro componente hereditario en los trastornos esquizofrénicos y sobre todo en los trastornos afectivos.

Ante un episodio psicótico en urgencia, lo primero que se procurará es asegurar la integridad física del paciente y de los que le rodean en caso de presentar una agitación psicomotriz. El tratamiento de elección son los antipsicóticos de segunda generación: risperidona, olanzapina, aripiprazol, paliperidona, quetiapina y ziprasidona. Los niños y adolescentes tienen más riesgo de desarrollar efectos adversos que los adultos, incluyendo entre los más frecuentes la sedación, los síntomas extrapiramidales, el aumento de la prolactina, la ganancia ponderal y la aparición de síndrome metabólico.

También se valorará la necesidad de un ingreso hospitalario, que vendrá determinada por la conducta del paciente y por la posibilidad de un seguimiento ambulatorio.

32.4.7.- Trastornos relacionados con sustancias

Los adolescentes que usan sustancias acuden habitualmente al servicio de urgencias con intoxicaciones o síntomas de abstinencia. Sin embargo, es importante evaluar el patrón de consumo para establecer si se trata de una intoxicación aguda, un consumo perjudicial, un síndrome de dependencia o un síndrome de abstinencia. Las urgencias por este motivo son más frecuentes durante los fines de semana, por lo que es habitual que el adolescente acuda a urgencias traído por amigos o por la policía siendo muy difícil obtener información. En urgencias es de gran utilidad la detección de tóxicos en orina. Las drogas más frecuentes son el alcohol, cannabis, cocaína y drogas de síntesis.

32.4.7.1.- Alcohol

La intoxicación por etanol se presenta comúnmente en forma de trastornos del habla, juicio alterado y pérdida de habilidades motoras finas, pero, cuando hay concentraciones más altas en sangre, puede desembocar en depresión respiratoria y del sistema nervioso central, pérdida de reflejos protectores de vías respiratorias y muerte. La intoxicación puede dar lugar a un cuadro de agresividad y violencia, náuseas, vómitos, temblor, taquicardia, hipertensión, ansiedad, irritabilidad, sudoración y convulsiones.

32.4.7.2.- Cannabis

La intoxicación por cannabis se caracteriza por euforia o apatía, sensación de enlentecimiento del tiempo, percepción más aguda de los estímulos, sensaciones de desrealización y aumento del apetito. Estos efectos se suelen percibir como agradables, aunque a veces se viven como amenazantes llegando incluso a presentar alucinaciones visuales. En personas vulnerables pueden desencadenar sintomatología psicótica y crisis de pánico. Los síntomas físicos más comunes son taquicardia, enrojecimiento conjuntival, fotofobia, sequedad de boca, temblor y broncodilatación.

El síndrome de abstinencia se caracteriza por insomnio, irritabilidad, necesidad imperiosa de consumir (craving), incapacidad para descansar, picores y malestar general.

32.4.7.3.- Anfetaminas

La intoxicación se manifiesta por un cuadro de verborrea, inquietud, agitación, ansiedad, disminución del apetito y sueño, ideas de grandiosidad, ideas paranoicas y alucinaciones visuales y táctiles. Los síntomas físicos más comunes son pupilas dilatadas, aumento de la tensión arterial, taquicardia, temblor y movimientos estereotipados. El síndrome de abstinencia se caracteriza por disforia, apatía, fatiga y somnolencia.

32.4.7.4.- Cocaína

La cocaína es un simpaticomimético que aumenta la temperatura y la frecuencia cardiaca y respiratoria. Los pacientes que han ingerido cocaína se agitan y tienen una actividad motora

incrementada, siendo las manifestaciones de la intoxicación aguda similar a la de anfetaminas. El tratamiento es de sostén. Las benzodiazepinas se usan normalmente para tratar la agitación.

32.4.7.5.- Fenilciclidina (polvo de ángel)

La fenciclidina se puede tomar vía oral, vía intravenosa o vía intranasal y a menudo se mezcla con otras sustancias incluyendo marihuana. La fenciclidina tiene propiedades simpaticomiméticas y disociativas. Puede ser necesaria la contención física en pacientes gravemente agitados. La extrema labilidad emocional y los problemas conductuales pueden ser tratados con benzodiazepinas o un antipsicótico de segunda generación como la olanzapina.

32.4.7.6.- Éxtasis

El éxtasis es un estimulante y alucinógeno. No existe un antídoto específico disponible para tratar la sobredosis de éxtasis. El tratamiento está dirigido a restablecer la hidratación, proporcionar una benzodiazepina para la agitación y tratar las complicaciones específicas como hipertensión, hipertermia y rabdomiolisis.

32.4.7.7.- Opiáceos

Una sobredosis de opiáceos es fácilmente reconocida por pupilas puntiformes, depresión respiratoria y alteración del estado mental. La naloxona, un antídoto eficaz, restaura rápidamente el funcionamiento normal. Las medidas de soporte incluyendo el manejo de la depresión respiratoria deben ser previstas.

32.4.8.- Otros motivos de urgencias psiquiátricas

- Fuga: no suelen acudir por iniciativa propia y la consulta se produce cuando vuelve a casa después de un periodo más o menos largo de estar desaparecido. La mayoría de las veces hay un problema de comunicación intrafamiliar
- Anorexia y Bulimia nerviosa: si bien no son cuadros de inicio brusco, la urgencia puede ser debida a una negativa completa a ingerir alimentos con una desnutrición grave o bien a la imposibilidad de controlar los atracones, abuso de laxantes, diuréticos y/o vómitos. En estos casos puede ser necesaria una hospitalización desde el servicio de urgencias. En otros casos el motivo de ir a urgencias es que los padres toman conciencia del trastorno.
- Trastornos disociativos
- Enfermedades médicas con síntomas psiquiátricos.
- Efectos secundarios a fármacos: acatisia, distonía aguda, síndrome neuroléptico maligno.

32.5.- Maltrato infantil:

La OMS define el maltrato infantil como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, el abuso sexual, la desatención, la negligencia y la explotación comercial o de otro tipo que cause o pueda causar un daño en la salud, desarrollo o dignidad del niño o poner en peligro su supervivencia en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

Ante cualquier sospecha de maltrato infantil que acuda al servicio de urgencias hay que poner el caso en conocimiento de los servicios sociales para que confirmen el diagnóstico e intervengan de la manera más apropiada. A veces, para facilitar la separación del menor maltratado de su medio puede estar indicado su ingreso.

32.6.- Ingreso hospitalario:

El ingreso hospitalario es un recurso fundamental para situaciones en que la patología del menor no puede ser controlada en el medio domiciliario, bien por causas del propio paciente (trastornos del humor graves, psicosis, alteración conductual severa, ideas de suicidio, trastorno grave de la conducta alimentaria, desintoxicación, etc porque se considere que es preciso una supervisión exhaustiva del proceso, comportamiento y/o tratamiento del niño) o bien por imposibilidad del entorno familiar para garantizar un ambiente estable para la protección del menor (familias con conflictiva grave, padres negadores de la problemática del niño, padres con patología psiquiátrica grave, sospecha de abuso físico del niño o maltrato...).

No obstante, el ingreso debe ser una decisión meditada y fundamentada. Es un error no ingresar a un paciente que lo necesita, pero también lo es ingresar sin que sea preciso, por presiones de los padres u otras instancias.

En ocasiones y siempre que la dotación de la red en Salud Mental infanto-juvenil lo permita, se puede valorar la conveniencia de ingresar en régimen de Hospital de día (en la actualidad, escasas áreas de salud de Castilla y León cuentan con este recurso). Se trata de un recurso intermedio entre el ingreso en Unidad de Agudos Psiquiátrica y el Equipo de Salud Mental, siempre que la sintomatología del paciente y el soporte familiar adecuado lo permita.

Tabla 32-2: Criterios de ingreso en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ✘ Primer episodio psicótico ✘ Descompensación psicótica aguda ✘ Trastorno afectivo con riesgo autolítico ✘ Episodio maniaco ✘ Trastorno afectivo moderado-grave ✘ Tentativa de suicidio en trastornos afectivos o psicóticos. ✘ Tentativas de suicidio de moderada-alta letalidad o con poco soporte familiar ✘ TOC moderado-grave ✘ TCA con IMC inferior a 16.5, alteración de la analítica asociada, bradicardia o negativa a la ingesta de líquidos y sólidos ✘ Patología dual con consumo de tóxicos ✘ Descompensación de pacientes con TEA ✘ Patología psiquiátrica aguda en pacientes con Discapacidad Intelectual ✘ Trastorno de conducta con patología psiquiátrica asociada. |
|---|

32.7.- Consideraciones legales:

Según la ley 14/2002 de promoción, atención y protección a la infancia: “Cualquier persona que detecte una situación de riesgo o posible desamparo de un menor y en especial quienes conozcan de ella por su profesión, función o responsabilidad, sin perjuicio de prestarle de inmediato el auxilio que precise y del deber de denunciar formalmente los hechos que puedan ser constitutivos de delito, lo comunicará a la mayor brevedad a las autoridades competentes o a sus agentes más próximos...”

Es decir, si se sospecha que el menor pueda estar siendo maltratado, lo prioritario es protegerle, de manera que habrá que notificar la sospecha a los servicios sociales competentes y, en una buena parte de los casos, puede estar indicado el ingreso para separarlo de su entorno y poder aclarar cuál es su situación, para así decidir la actuación más adecuada para el menor.

No se puede dar de alta a un menor en ausencia de los padres o tutores legales, así que, si éstos no han comparecido en urgencias, habrá que intentar localizarlos para poder dar de alta al menor.

Aunque la mayoría de edad sanitaria está establecida en los 16 años, el ingreso de un menor en una unidad de hospitalización de psiquiatría infanto juvenil debe comunicarse al juzgado tal y como establece el artículo 763 del código civil. Para ello se dispone de un plazo de 24 horas y de un plazo de 72 horas para que comparezca el juez a entrevistar al paciente y autorizar su ingreso.

32.8.- Bibliografía:

- Alda JA, Gabaldón S. Urgencias psiquiátricas. En: Soutullo C, Mardomingo MJ (coord.) (2010). Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. AEPNYA Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Edición Madrid: Ed Panamericana. Pág 381-394.
- American Psychiatric Association (2014): Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Antoni P, Gascón J (2012). Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. 4ª Ed. Editorial Cyesan. Páginas 479-487.
- Carandang C, Gray C, Marval-Ospino H, Mac Phee S. Urgencias psiquiátricas en niños y adolescentes. En Rey JM (ed) (2018). Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines.
- Chinchilla A, Correas J, Quintero FJ, Vega M. (2010). Manual de urgencias psiquiátricas. 2ª Ed. Editorial Elsevier Masson. Pág 437-448.
- Herreros O, Díaz F. (2018) Urgencias derivadas de los trastornos psicóticos en población infanto-juvenil. Manual de urgencias en psiquiatría. SEDUP, pág: 325-331.
- Herreros O, Mojarro MD. (2018) Urgencias derivadas de los trastornos de conducta en población infanto-juvenil. Manual de urgencias en psiquiatría. SEDUP, pág: 313-323.
- Mardomingo, MJ. (2015). Urgencias psiquiátricas de niños y adolescentes. En Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente. Editorial Diaz de Santos. Páginas 1147-1165.
- Payá B, Gastaminza X, San Sebastián J. Trastornos por abuso de sustancias en la adolescencia. En Soutullo C, Mardomingo MJ (coord.) (2010). Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. AEPNYA Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente Edición. Madrid: Ed Panamericana. Pág 229-234.
- San Sebastián J, Quintero F. Urgencias en psiquiatría infanto-juvenil. En Chinchilla A, Correas J, Quintero F, Vega M. (2003) Manual de urgencias psiquiátricas. Barcelona. Masson. 393-400.
- Wiener, J. y Dulcan, M. (2006). Tratado de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Barcelona: Ed. Masson. Pág 1077-1096.

33.- Glosario

Abandono emocional	No atender las necesidades emocionales básicas del niño, incluyendo una marcada falta de atención a sus necesidades de afecto, negarse o no proporcionar la atención psicológica necesaria, abuso conyugal o violencia familiar en presencia del niño, y permiso para el uso de drogas o alcohol por parte del niño.
Abandono escolar	No atender las necesidades educativas básicas de un niño, incluyendo permitir el absentismo escolar crónico, no inscribir a un niño en edad escolar obligatoria en la escuela, y no atender una necesidad educativa especial.
Abandono físico	Falta de atención de las necesidades físicas básicas del niño, incluida la negativa o el retraso en la búsqueda de atención médica, el suministro inadecuado de alimentos, el abandono, la expulsión del hogar o la negativa a permitir que un fugitivo regrese a su hogar, la supervisión inadecuada y el suministro inadecuado de ropa limpia.
Abandono	Acto de dejar de lado o descuidar cualquier elemento, persona o derecho que se considere posesión o responsabilidad de un individuo. El abandono, a diferencia del desamparo, es intencional.
Abuso sexual	Actos abusivos de naturaleza sexual, incluyendo acariciar los genitales de un niño, las relaciones sexuales, el incesto, la violación, la sodomía, el exhibicionismo y la explotación comercial a través de la prostitución o la producción de material pornográfico.
Abuso	Hacer objeto de trato deshonesto a una persona de menor experiencia, fuerza o poder.
Acatísia	Sensación de inquietud y tensión interna que se acompaña de la necesidad de moverse.
Acoso escolar	Ver Bullying.
Adaptación	Según Piaget, el desarrollo de capacidades mentales conforme los organismos interactúan y aprenden a enfrentarse con su medio. Está compuesto por la asimilación y la acomodación o ajuste
Afectividad negativa	Estado de ánimo negativo persistente evidenciado por el nerviosismo, la tristeza, la ira y la culpa.
Afectividad positiva	Estado de ánimo positivo persistente como se refleja en estados como alegría, entusiasmo y energía.
Agorafobia	Forma de ansiedad caracterizada por el temor de estar solo y evitar ciertos lugares o situaciones de los que escapar puede ser difícil o embarazoso, o en los que puede no haber ayuda disponible en caso de un ataque de pánico.
Agranulocitosis	Deficiencia en la médula ósea de un individuo para producir una cantidad suficiente de glóbulos blancos.
Alerta	Reacción inicial a un estímulo que implica la capacidad de prepararse para lo que está a punto de suceder.
Alianza terapéutica	Implicación entre terapeuta y paciente en la que éste acepta ser colaborador en el tratamiento.
Alianza	Proceso por el que dos personas comparten un interés común, excluyendo a una tercera persona.
Alienación	Sometido o anulado por otro o por una enfermedad
Alucinaciones hipnagógicas o hipnopómpicas	Fenómenos REM al inicio del sueño o al despertar, como experiencias perceptivas vívidas auditivas o visuales
Alucinación	Perturbaciones en la percepción en las que las cosas se ven, se oyen o se perciben de otro modo aunque no sean reales o no estén presentes.

CAPÍTULO 33: GLOSARIO

	Percepción sin objeto
Amenorrea	Ausencia o cese anormal de las menstruaciones.
Análisis funcional	Proceso de identificar los factores que podrían estar contribuyendo al problema de comportamiento, pensamientos y sentimientos de un niño, y para desarrollar hipótesis sobre cuáles son los más importantes y/o los que podrían modificarse con más facilidad.
Análisis transaccional	Psicoterapia desarrollada por Eric Berne que analiza no solamente los aspectos intrapsíquicos sino también los interpersonales y su papel en el desarrollo de la psicopatología. Analiza los diversos Estados del Ego del paciente y la forma en la que entran en conflicto para generar los síntomas por los que solicitan la consulta.
Angustia	Estado de ánimo caracterizado por un fuerte afecto negativo, síntomas corporales de tensión y anticipación temerosa de un futuro peligro o desgracia.
Anhedonia	Estado de ánimo negativo caracterizado por una falta de disfrute en todo lo que uno hace y una pérdida de interés en casi todas las actividades.
Ansiedad social	Miedo en situaciones sociales que implican interacción con otras personas y la posibilidad de que otros evalúen nuestra conducta.
Apego	El apego, definido en el marco de la teoría de Bowlby, es un sistema de habilidades y comportamientos concretos que ayudan al sujeto a obtener o mantener la proximidad necesaria respecto a otro individuo que es considerado con más capacidades para afrontar las exigencias del mundo exterior.
Apnea	Cese del flujo respiratorio superior
Aprendizaje social	Enfoque teórico del estudio de la conducta que está interesado tanto en las conductas abiertas como en el papel de los posibles mediadores cognitivos que pueden influir directa o indirectamente en dichas conductas.
Arousal	Nivel de activación cerebral. Implica tanto el ritmo de los procesos cerebrales como el nivel general de atención frente a los estímulos del medio y está regulado por el sistema de activación reticular. Puede variar desde un nivel de sobreactivación, como en el caso de emociones intensas o estados de alerta, hasta un nivel atencional óptimo para la acción intencional o hasta niveles de infraactivación, como en estados de relajación o sueño.
Asentimiento	Evidencia de alguna forma de acuerdo por parte de un niño o niña para participar en un estudio de investigación sin que el niño o niña tenga la plena comprensión de la investigación que se necesitaría para dar su consentimiento informado.
Asignación aleatoria	Asignación de los participantes de la investigación a las condiciones de tratamiento, por lo que cada participante tiene las mismas posibilidades de ser asignado a cada condición.
Atención Conjunta	Capacidad para coordinar la atención entre dos o más personas hacia un determinado objeto. Se desarrolla entre los 6 y los 18 meses en niños con desarrollo típico. Permite coordinar la atención propia con la de otras personas y es fundamental para el aprendizaje social.
Atención Primaria	Primer nivel asistencial.
Atención selectiva	Capacidad de concentrarse exclusivamente en estímulos relevantes y evitar la distracción por estímulos irrelevantes en el entorno.
Atención sostenida	Capacidad de mantener un foco de atención persistente a lo largo del tiempo o cuando se está fatigado.
Atracón	Episodio de comer en exceso en corto espacio de tiempo que involucra tanto cantidades excesivas de alimentos como una falta de control.
Autismo (TEA, Trastorno del Espectro del Autismo)	Trastorno generalizado del desarrollo caracterizado por anomalías en el funcionamiento social y en el lenguaje y la comunicación, y por intereses y comportamientos inusuales.
Autoinducido	Provocado por uno/a mismo/a.
Autolítica	Intención suicida.
Autorregulación	Capacidad de dirigir los pensamientos, emociones y conducta hacia la correcta adaptación en el medio para el cumplimiento de deseos y expectativas sobre la base de las circunstancias contextuales.
Biofeedback o bioretroalimentación	Conjunto de técnicas que, mediante instrumentos electrónicos que generan señales visuales o auditivas, permiten tener consciencia de algún cambio fisiológico.
Bullying	Cuando uno o más niños exponen a otro niño, repetidamente y con el tiempo, a acciones negativas, tales como contacto físico, palabras, hacer caras o gestos sucios, y exclusión intencional de un grupo.

Características organolépticas	Propiedades que se perciben con los sentidos.
Castigo negativo	En el condicionamiento operante, consecuencia que, retirada después de una conducta, disminuye la probabilidad de su emisión en el futuro.
Castigo positivo	En el condicionamiento operante, consecuencia que, aplicada después de una conducta, disminuye la probabilidad de su emisión en el futuro.
Cataplejía	Pérdida súbita del tono muscular, "caída de mandíbula o cabeza", generalmente precipitada por una respuesta emocional súbita, como el miedo o la risa. Los pacientes permanecen despiertos durante estos episodios.
Catarsis	Liberación o eliminación de los recuerdos que alteran la mente o el bienestar emocional.
Circuito cerebral frontoestriatal	Estructura del cerebro que consiste en la corteza prefrontal y los ganglios basales; asociada con la atención, las funciones ejecutivas, la respuesta retardada y la organización de la respuesta. Las anomalías dentro de esta estructura se han relacionado con el TDAH.
Circuitos cerebrales	Caminos o vías formadas por neuronas agrupadas que conectan una parte del cerebro con otra.
Citocromo P450	El citocromo P450 (CIP en español, o simplemente P450) es el mayor complejo enzimático involucrado en el metabolismo de los fármacos. Está formado por proteínas asociadas a las membranas citoplasmática, mitocondrial y del retículo endoplásmico, donde actúan metabolizando cientos de sustancias endógenas y exógenas. Algunos de fármacos tienen la capacidad de aumentar o disminuir la actividad de las enzimas (fenómenos conocidos como inducción enzimática e inhibición enzimática, respectivamente).
Clasificación categórica	Sistemas de diagnóstico basado en la presencia o ausencia de criterios de consenso profesional, Utilizado en DSM-5 o CIE-11.
Clasificación dimensional	Sistema de diagnóstico basado en la graduación de dimensiones o de los criterios de consenso profesional
Clasificación	Sistema para representar las principales categorías o dimensiones de la psicopatología infantil y los límites y relaciones entre ellas. Una definición de diagnóstico es la asignación de casos a las categorías del sistema de clasificación.
Coalición	Unión transitoria de personas o grupos con un objetivo determinado
Coefficiente de correlación	Número que describe el grado de asociación entre dos variables de aleatorias cuantitativas
Cogniciones depresivas	Estilos y creencias perceptivos y atribucionales negativos asociados con los síntomas depresivos.
Coherencia central	Tendencia de los humanos a interpretar los estímulos de una manera relativamente global que tenga en cuenta el contexto más amplio.
Cohesión familiar	Lazo emocional que une a los miembros de la familia, incluyendo cercanía, compromiso familiar, individualidad y tiempo compartido. El modelo postula cuatro niveles de cohesión, que van desde extremadamente bajo (familias desapegadas), a moderado (separadas, conectadas) y extremadamente alto (familias aglutinadas).
Cohorte	Grupo de individuos que son seguidos a través del tiempo y que experimentan los mismos eventos culturales o históricos durante el mismo período de tiempo.
Comorbilidad	Presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario. Concurrencia de varios trastornos.
Competencia	habilidades, capacidades y conocimientos de una persona para cumplir una determinada tarea. Las competencias son características que capacitan a alguien en un determinado campo y en un niño implica su rendimiento en relación con sus compañeros
Comportamientos autolesivos	Formas de autolesionarse sin intención de causarse la muerte.
Compulsiones	Conductas o pensamientos repetitivos, propositivos e intencionales que se ejecutan en respuesta a una obsesión para disminuir nivel de angustia.
Condicionamiento clásico	Condicionamiento pavloviano. Proceso de aprendizaje mediante el cual se establece una asociación entre un estímulo condicionado y un estímulo incondicionado, siendo el estímulo condicionado capaz de producir una respuesta condicionada.
Condicionamiento instrumental	Ver Condicionamiento operante.

CAPÍTULO 33: GLOSARIO

Condicionamiento operante	Proceso de aprendizaje a través del cual la fuerza de un comportamiento se modifica mediante recompensas o castigos.
Conducta adaptativa	Conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas aprendidas que permiten a la persona funcionar en su vida cotidiana.
Conducta antisocial	Ver Problemas de conducta.
Conducta externalizada	Dimensión continua de comportamiento que incluye una mezcla de actos impulsivos, hiperactivos, agresivos, destructivos y antisociales. Su característica esencial es que sus consecuencias son "sufridas" por el ambiente que rodea al sujeto.
Conducta internalizada	Comportamiento caracterizado porque sus consecuencias son "sufridas" por el propio niño (por ejemplo, retraimiento y aislamiento social, timidez, depresión, quejas somáticas).
Conducta problemática	Comportamiento anormal desde el punto de vista cultural, de tal frecuencia, duración o intensidad que supone una amenaza para la seguridad de la persona o de otras, o que dificulta o impide el acceso a recursos ordinarios de la comunidad.
Conductas autoestimulantes	Movimientos repetitivos del cuerpo o movimientos de objetos, como aletear con las manos o girar un lápiz con finalidad gratificante o relajante.
Conductas compensatorias	Comportamiento que muestran las personas que sufren de bulimia nerviosa para prevenir el aumento de peso después de un episodio de atracones. Los comportamientos compensatorios incluyen vómitos autoinducidos, ayuno, ejercicio y el uso indebido de diuréticos, laxantes, enemas o píldoras dietéticas. (Ver también purga.)
Conductas purgativas	Conductas destinadas a eliminar calorías ya consumidas mediante vómitos, laxantes, diuréticos o enemas.
Confiabilidad	Grado en que el resultado de un experimento es consistente o repetible.
Consentimiento informado	Voluntad expresada por un individuo de participar en un estudio de investigación, basada en su comprensión de la naturaleza de la investigación, los riesgos y beneficios potenciales involucrados, los resultados esperados y las posibles alternativas.
Consistencia interna	Medida basada en las correlaciones entre los ítems de una prueba. Evalúa el grado en que los diferentes ítems diseñados para medir un mismo constructo producen puntuaciones similares.
Continuidad del desarrollo	Posición teórica para explicar el desarrollo que propone que los cambios normales y anormales en el desarrollo son graduales y cuantitativos. Los teóricos de la continuidad sostienen que el desarrollo es un proceso aditivo que está en curso en lugar de ocurrir en etapas distintas.
Control metabólico	Control de variables analíticas (glucosa, colesterol, triglicéridos), hipertensión (HTA) y obesidad.
Cortisol	Hormona del estrés producida por las glándulas suprarrenales.
Crisis de pánico	Período repentino y abrumador de miedo o incomodidad intenso acompañado de cuatro o más síntomas físicos y cognitivos característicos de la respuesta de enfrentamiento/huida.
Déficit de atención	Falta de capacidad para concentrarse o mantener la atención. A los niños que no están atentos les resulta difícil mantener el esfuerzo mental durante el trabajo o el juego y se comportan de manera descuidada, como si no estuvieran escuchando.
Delincuencia juvenil	Término amplio usado para describir a los niños que han quebrantado una ley, independientemente del nivel de gravedad de la conducta.
Delirio	Perturbación del pensamiento que involucra contenido de pensamiento desordenado y creencias fuertes que son tergiversaciones de la realidad.
Dependencia de sustancias	Diagnóstico de un adolescente (o adulto) que debe mostrar un patrón inadaptado de uso de sustancias durante al menos 12 meses, acompañado de tres o más signos clínicos significativos de intolerancia (i.e., la necesidad de mayores cantidades para lograr la intoxicación), abstinencia (cambios cognitivos y fisiológicos al discontinuar el medicamento) y otros índices de uso compulsivo. La dependencia de sustancias también se caracteriza como con o sin dependencia fisiológica (es decir, con o sin evidencia de tolerancia o abstinencia).
Desamparo	Según el artículo 172 del Código Civil, es la situación de hecho que se produce por un incumplimiento, por imposibilidad o un inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos para la guarda de los menores, cuando se priva a éstos de la asistencia moral o material.
Descodificación	Habilidad necesaria para leer que implica dividir las palabras en partes.
Descripción clínica	Resumen de comportamientos, pensamientos y sentimientos únicos que juntos forman las características de un trastorno psicológico dado.

Desensibilización sistemática	Técnica de terapia conductual de tres pasos para tratar la ansiedad mediante la cual (1) se le enseña al niño a relajarse, (2) se construye una jerarquía de ansiedad y (3) los estímulos que provocan ansiedad se presentan secuencialmente mientras el niño permanece relajado.
Despersonalización	Estado experimentado en el cual una persona se siente extraño en su cuerpo, en el ambiente que le rodea
Desrealización	Alteración de la percepción del mundo exterior del individuo que se presenta como extraño o irreal.
Desviación típica o estándar	Medida de dispersión o distancia de la media. Un valor reducido implica una mayor agrupación entorno a la media y un valor alto mayor dispersión
Diabetes mellitus	Trastorno metabólico de por vida en el cual el cuerpo es incapaz de metabolizar los carbohidratos debido a la liberación inadecuada de insulina en el páncreas o por mala función de la misma.
Diaforesis	Sudoración abundante.
Diagnóstico	Identificación de un trastorno a partir de un examen de los signos y síntomas.
Dicigoto	Gestación gemelar originada de dos óvulos diferentes.
Dificultades de aprendizaje	Término general que se refiere a problemas significativos en el dominio de una o más de las siguientes habilidades: escuchar, hablar, leer, escribir, razonar, matemáticas.
Dimensión abierta-encubierta	Dimensión independiente que consiste en un continuo de comportamiento antisocial que va desde formas abiertas como la agresión física en un extremo, hasta formas encubiertas (es decir, actos ocultos o furtivos) en el otro. Las formas abiertas de comportamiento antisocial corresponden aproximadamente a las de la subdimensión agresiva de la dimensión externalizante, mientras que los comportamientos encubiertos corresponden aproximadamente a las de la subdimensión delincuente de la dimensión externalizante.
Dimensión destructiva-no-destructiva	Dimensión independiente del comportamiento antisocial que consiste en un continuo que va desde actos como la crueldad hacia los animales o la destrucción de la propiedad en un extremo, hasta comportamientos no destructivos como la discusión o la irritabilidad en el otro.
Directrices de mejores prácticas	Declaraciones elaboradas sistemáticamente para ayudar a los profesionales y a los pacientes a tomar decisiones sobre el tratamiento o tratamientos adecuados para condiciones clínicas específicas.
Discapacidad intelectual leve	Nivel de CI en el rango de 50-55 a aproximadamente 70.
Discapacidad intelectual moderada	Nivel de CI en el rango de 35-40 a 50-55.
Discapacidad intelectual profunda	Nivel de CI por debajo de 20 o 25.
Discapacidad intelectual severa	Nivel de CI en el rango de 20-25 a 35-40.
Discapacidades de aprendizaje no verbales	Discapacidades de aprendizaje caracterizadas por déficits relacionados con el funcionamiento del cerebro del hemisferio derecho, tales como problemas en las habilidades sociales, orientación espacial y resolución de problemas.
Discontinuidad del desarrollo	Posición teórica para explicar el desarrollo que propone que los cambios normales y anormales en el desarrollo son abruptos y cualitativos. Los teóricos de la discontinuidad, como Piaget y Erikson, sostienen que los niños pasan por etapas de desarrollo que son cualitativamente diferentes entre sí.
Discrasias sanguíneas	Designa todo trastorno sanguíneo en cualquiera de los constituyentes de la sangre tanto cualitativa, como cuantitativamente anormal
Discrepancia inesperada	Premisa básica de las definiciones de los trastornos del aprendizaje que denota una disparidad o discrepancia entre la capacidad medida de un individuo y su desempeño real.
Diseño de línea de base múltiple	Diseño experimental de caso único en el que se muestra el efecto de un tratamiento demostrando que los comportamientos en más de una línea de base cambian como resultado de la aplicación de un tratamiento.
Diseño de reversión A-B-A-B	Tipo de diseño experimental de caso único en el que se toma primero una línea de base del comportamiento (A), seguido de una fase de intervención (B), luego un retorno a la fase de línea de base en la que se retira la intervención (A) y una fase final en la que se reintroduce la intervención (B). Cuando los cambios en el comportamiento ocurren sólo durante las fases de intervención, esto proporciona evidencia de que los cambios en el comportamiento se deben a la intervención.

CAPÍTULO 33: GLOSARIO

Diseño retrospectivo	Diseño de investigación en el que se pide a la muestra de investigación que proporcione información relacionada con un periodo de tiempo anterior.
Diseños de investigación	Estrategias utilizadas para examinar cuestiones de interés. Detallan las formas en que un investigador organiza las condiciones para obtener inferencias válidas sobre las variables de interés.
Diseños experimentales de caso único (n=1)	Tipo de diseño de investigación que se utiliza con mayor frecuencia para evaluar el impacto de un tratamiento clínico en el problema de un sujeto. Los diseños experimentales de caso único implican la evaluación repetida del comportamiento a lo largo del tiempo, la replicación de los efectos del tratamiento en el mismo sujeto a lo largo del tiempo y el sujeto que sirve como su propio control al experimentar todas las condiciones de tratamiento.
Diseños prospectivos en tiempo real	Diseño de investigación en el que la muestra de investigación se identifica y luego se sigue longitudinalmente a lo largo del tiempo, con datos recopilados en intervalos de tiempo específicos.
Disforia	Malestar psíquico que puede referirse a emociones de tristeza, ansiedad o irritabilidad.
Dislexia	Trastorno de la lectura no debido a la falta de inteligencia.
Disociación	Estado alterado de conciencia en el que el individuo se siente separado del cuerpo o de sí mismo. Este proceso puede ser voluntario o involuntario, y puede ser adaptativo cuando no es posible resistirse o escapar de una situación que pone en peligro la vida.
Disomnias	Categoría de trastornos del sueño que involucra dificultades para iniciar o mantener el sueño. Tales trastornos a menudo se caracterizan por problemas para dormir lo suficiente, no dormir cuando uno quiere y no sentirse descansado después de dormir.
Distractibilidad	Término utilizado para describir los déficits en la atención selectiva.
Doble depresión	Caso en el que un episodio depresivo mayor se superpone al trastorno distímico previo del sujeto.
Drogadicción	A diferencia de la dependencia de sustancias, este diagnóstico implica una o más consecuencias negativas dañinas y repetidas del consumo de sustancias en los últimos 12 meses. Debido a que la dependencia de sustancias es el diagnóstico más serio, no se da un diagnóstico de abuso de sustancias si un individuo cumple con los criterios para la dependencia de sustancias.
Duelo	Proceso de adaptación emocional que sigue a cualquier pérdida. A lo largo de la vida pueden experimentarse toda clase de pérdidas: de la salud (enfermedad), de un lugar (emigración), de unas capacidades (envejecimiento), de un estado (jubilación), etc.
Ecléctico	Uso de diferentes enfoques teóricos para niños con diferentes problemas y circunstancias, y ellos ven que la mayoría de estos enfoques tienen valor.
Ecolalia	Alteración del lenguaje que consiste en una repetición mecánica de sonidos, palabras o frases. La ecolalia, ya sea inmediata o demorada, es un patrón repetitivo de lenguaje que no necesariamente contiene significado, ni está dirigido a otros con un propósito específico. La ecolalia se puede observar en personas con diversos trastornos del desarrollo, como autismo, síndrome de Tourette, afasia o esquizofrenia.
Edad de inicio	Momento en el que se ponen de manifiesto los primeros signos y/o síntomas de un trastorno, proceso o enfermedad.
Efectividad del tratamiento	Grado en que se puede demostrar que un tratamiento funciona en la práctica clínica real, a diferencia de las condiciones de laboratorio controladas.
Efecto o reacción paradójica	En terapéutica farmacológica se refiere al efecto contrario al teóricamente esperado con la prescripción.
Eficacia del tratamiento	Grado en que un tratamiento puede producir cambios positivos y buscados con la intervención realizada.
Egosintonía	Armonía entre los síntomas y las necesidades e ideales del yo.
Eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal	Sistema regulador del cerebro compuesto por el centro de control del hipotálamo y las glándulas pituitaria y suprarrenal; influye en la respuesta de una persona al estrés y en su capacidad para regular las emociones.
Electroencefalograma (EEG)	Medida electrofisiológica del funcionamiento cerebral por medio de la cual se adhieren electrodos a la superficie del cuero cabelludo del sujeto para registrar la actividad eléctrica del cerebro. Las grabaciones de EEG son sensibles a los cambios de estado y emocionalidad, lo que las hace especialmente útiles para el estudio de los procesos sociales y emocionales.
Encopresis	Incontinencia fecal, ya sea involuntario o intencional.
Enfermedad crónica	Enfermedad que dura mucho tiempo y a menudo es irreversible.

Enfermero de Salud Mental	Profesional con el grado de enfermería que ha accedido a formación postgraduada de psiquiatría por el sistema EIR (Enfermero Interno Residente) durante 2 años.
Enfoque de evaluación multimétodo	Evaluación clínica que enfatiza la importancia de obtener información de diferentes informantes, en una variedad de entornos, utilizando una variedad de procedimientos que incluyen entrevistas, observaciones, cuestionarios y pruebas.
Ensayos controlados aleatorios (ECA)	Diseño utilizado para evaluar los resultados del tratamiento en el cual los niños con un problema particular son asignados aleatoriamente a varias condiciones de tratamiento y control.
Enseñanza directa	Enfoque para enseñar a los niños con trastornos del aprendizaje basado en la premisa de que para mejorar una habilidad, las actividades de instrucción deben aproximarse a las de la habilidad que se está enseñando.
Entorno compartido	Subtipo de influencias ambientales que se refiere a los factores ambientales que producen similitudes en los resultados de desarrollo entre hermanos que viven en el mismo hogar. Si los hermanos son más similares de lo que se espera sólo de su genética compartida, esto implica un efecto del ambiente que ambos comparten, como estar expuestos a conflictos matrimoniales o pobreza, o recibir una crianza similar.
Entorno no compartido	Subtipo de influencias ambientales que se refiere a los factores ambientales que producen diferencias de comportamiento entre hermanos que viven en el mismo hogar. La influencia ambiental no compartida se calcula restando de 1,0 la correlación entre gemelos monocigóticos.
Entrenamiento de prueba discreta	Método para enseñar habilidades de preparación u otros comportamientos deseados que involucra un enfoque paso a paso de presentar un estímulo y requerir una respuesta específica.
Entrenamiento en habilidades para la resolución de problemas	Instrucción dirigida a las deficiencias y distorsiones cognitivas que muestran los niños y adolescentes que experimentan problemas de conducta en situaciones interpersonales, particularmente aquellos niños que son agresivos.
Entrenamiento operante del habla	Estrategia utilizada para ayudar a los niños a usar el lenguaje de manera más apropiada; implica un enfoque paso a paso que aumenta sucesivamente las vocalizaciones del niño, le enseña a imitar sonidos y palabras, le enseña el significado de las palabras y a expresar deseos. Se emplea a menudo en niños con autismo. Enseña al niño a usar el lenguaje de manera expresiva para etiquetar objetos y hacer peticiones verbales.
Entrevista semiestructurada	Entrevista que incluye preguntas específicas diseñadas para obtener información de manera relativamente consistente, independientemente de quién esté haciendo la entrevista. El formato de la entrevista generalmente asegura que se cubran los aspectos más importantes de un trastorno en particular.
Enuresis	Secreción involuntaria de orina que ocurre en personas mayores de 5 años de edad o su equivalente en desarrollo.
Epinefrina	Hormona producida por las glándulas suprarrenales que se libera en el torrente sanguíneo en respuesta al estrés para energizar y preparar al cuerpo para una posible amenaza. Esta hormona también se conoce como adrenalina.
Equifinalidad	Concepto usado para ilustrar que resultados similares pueden provenir de experiencias tempranas diferentes.
Esquemas cognitivos negativos	Estructuras estables de la memoria que guían el procesamiento de la información, incluyendo creencias y actitudes autocríticas, de una manera consistente con la autoimagen negativa del sujeto. Estos esquemas cognitivos son rígidos y resistentes al cambio incluso ante pruebas contradictorias.
Esquizofrenia	Forma de trastorno psicótico que involucra trastornos característicos en el pensamiento (delirios), la percepción (alucinaciones), el habla, las emociones y el comportamiento.
Estandarización	Proceso por el cual se especifica un conjunto de estándares o normas para un procedimiento de medición de manera que pueda ser utilizado de manera consistente en diferentes evaluaciones.
Estereotipia	Comportamiento motriz caracterizado por la repetición de los mismos movimientos sin, aparentemente, un propósito obvio. Algunos ejemplos de estereotipias son el aleteo de manos, balanceo del cuerpo, giro de la cabeza, giro repetitivo de objetos, así como comportamientos que pueden ser autolesivos (por ejemplo, golpearse la cabeza, morderse las manos).
Estigma	Marca o señal que implica conocimientos, actitudes y comportamientos de minusvaloración o desventaja social. Cuando se aplica a la enfermedad mental tiene que ver con la percepción o vivencia de desventaja ante la presencia de dicha enfermedad por sí mismo o por temor al rechazo social.
Estilo interpersonal insensible y sin emociones	Modo de interacción social que se caracteriza por rasgos tales como la ausencia de sentimientos de culpa, no mostrar empatía y no mostrar emociones.
Estudio de caso	Observación y análisis intensivos y generalmente anecdóticos de un sujeto individual.
Etiología	Estudio de las causas de los trastornos. En lo que concierne a los trastornos infantiles, la etiología considera cómo interactúan los procesos biológicos, psicológicos y ambientales.

CAPÍTULO 33: GLOSARIO

Euforia	Exagerada sensación de bienestar.
Eugenesia	Definida por Sir Francis Galton en 1883 como "la ciencia que trata con todas las influencias que mejoran las cualidades innatas de una raza".
Evaluación del comportamiento	Evaluación de los pensamientos, sentimientos y conductas del niño en entornos específicos, basada en las hipótesis que se formulan sobre la naturaleza del problema y lo que se puede hacer al respecto.
Evaluación neuropsicológica	Forma de evaluación que intenta vincular el funcionamiento del cerebro con medidas objetivas de comportamiento que se sabe que dependen de un sistema nervioso central intacto.
Evaluación clínica	Proceso de diferenciar, definir y medir los comportamientos, las cogniciones y las emociones que son motivo de preocupación, así como las circunstancias ambientales que pueden estar contribuyendo a estos problemas.
Expectativa aprensiva	Preocupación y tensión excesivas y exageradas en ausencia de condiciones que normalmente provocarían tal reacción.
Experimento natural	Experimento en el que se hacen comparaciones entre condiciones o tratamientos preexistentes (es decir, no se utiliza la asignación aleatoria).
Experimento verdadero	Experimento en el que el investigador tiene el máximo control sobre la variable independiente o las condiciones de interés, y en el que puede utilizar la asignación aleatoria de sujetos a grupos, incluir las condiciones de control necesarias y controlar las posibles fuentes de sesgo o amenazas a la validez interna.
Exposición graduada	Exposición gradual de un sujeto a una situación temida.
Exposición	Técnica de terapia conductual para tratar los trastornos de ansiedad que expone al sujeto a la fuente de su miedo al mismo tiempo que le proporciona maneras apropiadas y efectivas de afrontar el miedo (que no sean a través del escape y la evitación).
Expresiones idiosincrásicas	Peculiaridad o característica inusual de una persona, su manera característica de pensar, sentir, actuar, sus rasgos y carácter propios o culturales distintivos.
Extinción	En el condicionamiento operante, eliminación de las consecuencias que mantienen una conducta.
Factor de protección	Variable que precede a un resultado negativo de interés y disminuye las probabilidades de que se produzca el resultado.
Factor de riesgo	Variable que precede a un resultado negativo de interés y aumenta las probabilidades de que el resultado ocurra.
Factores psicológicos que afectan la condición física	Trastornos o condiciones psicológicas que se presume causan o exacerban una condición física.
Farmacocinética	Estudio de las acciones de una sustancia activa contenida en un medicamento sobre el organismo una vez se ha ingerido o administrado. La farmacocinética se puede designar también con el signo ADME: absorción, distribución, metabolismo y excreción.
Farmacodinamia	Estudio de los efectos bioquímicos y fisiológicos de los fármacos y de sus mecanismos de acción y la relación entre la concentración del fármaco y el efecto de éste sobre un organismo.
Fenotipo	Características o comportamiento observables de un individuo (la expresión de su genotipo en el medio ambiente).
Fiabilidad	Consistencia general de una medida (i.e., produce resultados semejantes en diferentes condiciones). Las puntuaciones fiables son precisas, reproducibles y consistentes en diferentes momentos o situaciones.
Fobia escolar	Forma de comportamiento ansioso en el que el niño se niega a asistir a clases o tiene dificultad para permanecer en la escuela durante todo el día.
Fobia específica	Miedo irracional relacionado con la exposición a objetos o situaciones específicas. Como resultado, la persona afectada tiende a evitar el contacto con los objetos o situaciones y, en casos graves, cualquier mención o representación simbólica de los mismos.
Fobia social	Miedo marcado y persistente a situaciones sociales o de desempeño en las que el sujeto está expuesto a un posible escrutinio y vergüenza.
Fobia	Miedo que ocurre a una edad inapropiada, persiste, es irracional o exagerado, lleva a evitar el objeto o evento, y causa deterioro en las rutinas normales.
Fonemas	Sonidos básicos que componen el lenguaje.
Fonología	Capacidad de aprender y almacenar fonemas, así como las reglas para combinar los sonidos en unidades o palabras significativas.

Formación accesoria	Método de enseñanza de habilidades de preparación u otros comportamientos deseados que funciona para fortalecer el comportamiento al capitalizar las oportunidades que ocurren naturalmente.
Formación autodidacta	Enseñar a los niños a usar señales verbales para procesar la información, que inicialmente son enseñadas por el terapeuta o el maestro, para mantenerse en la tarea.
Formación metacognitiva	Instrucción en técnicas que ayudan a mejorar la memoria y el aprendizaje, incluyendo cómo coordinar las habilidades aprendidas a través de las situaciones de aprendizaje.
Formulación idiográfica de casos	Enfoque para la formulación o evaluación de casos que enfatiza la representación detallada del niño o la familia como una entidad única. Este enfoque contrasta con el enfoque nomotético, que en cambio hace hincapié en las leyes generales que se aplican a todos los individuos.
Formulación nomotética	Enfoque para la formulación o evaluación de casos que enfatiza los principios generales que se aplican a todas las personas. Este enfoque contrasta con el enfoque idiográfico, que en cambio enfatiza una representación detallada del individuo o la familia como una entidad única.
Funcionalidad/funcionamiento	Capacidad que tienen las personas de valerse por sí mismas, de ser autónomas y realizar actividades/acciones con una determinada finalidad, que produzcan un bienestar emocional.
Funcionamiento adaptativo	Capacidad de hacer frente con eficacia a las exigencias de la vida ordinaria, de vivir de manera independiente y de cumplir con los estándares de la comunidad. El funcionamiento adaptativo es un componente necesario para definir los niveles de discapacidad intelectual.
Funcionamiento intelectual general	Nivel general de capacidad intelectual de una persona, definido por un cociente intelectual (CI o equivalente) derivado de una evaluación con una o más de las pruebas de inteligencia estandarizadas, administradas individualmente.
Funciones ejecutivas	Procesos mentales de orden superior que permiten a un niño mantener un conjunto de resolución de problemas para alcanzar una meta futura. Ejemplos de funciones ejecutivas incluyen la memoria de trabajo, el cálculo mental, la flexibilidad de pensamiento, la internalización del habla, la inhibición de la respuesta, la coordinación motora, la autorregulación del nivel de excitación y el razonamiento moral maduro, entre otros.
Gaps o brechas asistenciales	Desajustes asistenciales que provocan inatención o interrupción de la que está recibiendo. Puede deberse a problemas de accesibilidad, descoordinación o rechazo a la asistencia, por estigmatización, falta de conciencia de enfermedad u otras causas.
Genética del comportamiento	Rama de la genética que investiga las posibles conexiones entre una predisposición genética y el comportamiento observado.
Genética molecular	Métodos de genética que evalúan directamente la asociación entre las variaciones en las secuencias de ADN y las variaciones en rasgos particulares. Más que una asociación, se cree que las variaciones en las secuencias genéticas causan las variaciones en los rasgos. Estos métodos ofrecen un apoyo más directo a las influencias genéticas en la psicopatología infantil.
Genotipo	Composición genética específica de un individuo.
Gestos protodeclarativos	Gestos o vocalizaciones que dirigen la atención visual de otras personas a objetos de interés común, tales como señalar a un perro; hechos con el propósito primordial de involucrar a otra persona en la interacción.
Gestos protoimperativos	Gestos o vocalizaciones utilizadas para expresar necesidades, tales como señalar un objeto que uno desea pero que no puede alcanzar.
Heredabilidad	Proporción de la variación de caracteres biológicos en una población atribuible a la variación genotípica entre individuos.
Hiperactivo	Que muestra un nivel inusualmente alto de energía y una incapacidad para permanecer quieto o en silencio.
Hiperfagia	Aumento de la ingesta alimentaria por excesivo apetito
Hipersomnia	Aumento de somnolencia diurna
Hipervigilante	Persona que presenta un estado de alerta o de mayor sensibilidad sensorial con objetivo de detectar posibles amenazas.
Hipnosis	Estado de sueño artificial producido mediante influjo personal o por aparatos adecuados.
Hipocondriasis	Preocupación constante y angustiada por la salud.
Hipótesis de compatibilidad cultural	Hipótesis de que es probable que el tratamiento sea más eficaz cuando sea compatible con los patrones culturales del niño y la familia.

CAPÍTULO 33: GLOSARIO

Hipótesis de selección social	Premisa de que las personas tienden a seleccionar ambientes en los que hay otras personas similares a ellas.
Hipótesis del amplificador	Premisa de que el estrés puede servir para amplificar las predisposiciones inadaptadas de los padres, perturbando así las prácticas de gestión familiar y comprometiendo la capacidad de los padres para apoyar a sus hijos.
Hipótesis del ciclo de violencia	Repetición de patrones de comportamiento violento a través de generaciones. Por ejemplo, las personas que fueron objeto de abuso cuando eran niños son más propensas a abusar de otros cuando son adultos.
Histeria	Neurosis que se caracteriza por la hiperexpresividad somática y emocional de afectos inconscientes.
Historia del desarrollo	Información obtenida de los padres acerca de hitos y eventos históricos potencialmente significativos que podrían tener que ver con las dificultades actuales del niño.
Historia familiar	Usando un cuestionario o entrevista de antecedentes, se obtiene información de los padres con respecto a hitos de desarrollo potencialmente significativos y eventos históricos que podrían tener que ver con las dificultades actuales del niño.
Ideación suicida	Pensamiento en el que el sujeto se representa el acabar con su propia vida.
Imprudencia	Infracción de las normas de cuidado o de la diligencia debida. La imprudencia es voluntaria.
Impulsivo	Propenso a actuar con poca o ninguna consideración de las posibles consecuencias. Este término se utiliza con frecuencia para describir a los niños que sufren de TDAH.
Incesto	Práctica sexual entre participantes relacionados entre sí por un vínculo real, supuesto o artificial de parentesco, que culturalmente se considera una barrera para las relaciones sexuales. La particularidad del incesto es que a las características de abuso sexual se suma la relación familiar.
Incidencia	Número de casos nuevos en un período de tiempo.
Inclusión	Estrategias educativas que se basan en la premisa de que las capacidades de los niños con necesidades especiales mejorarán si se asocian con sus compañeros de desarrollo normal y se evitan los efectos del etiquetado y escolarización en centros especiales.
Índice de masa corporal (IMC)	Valor para medir la relación de peso y talla para valorar el estado ponderal de la persona, y se calcula a partir de la fórmula: peso(kg)/talla(m ²)
Influencia recíproca	Significa que el comportamiento del niño está influenciado por el comportamiento de los demás e influye en el comportamiento de los demás.
Inhibición del comportamiento	Predisposición a reaccionar con elevada activación y retraimiento ante situaciones nuevas, no familiares.
Interdependiente	Suposición de que el comportamiento anormal del niño está determinado tanto por el niño como por su entorno, y que estos dos factores están interconectados. (Véase también Transacción.)
Intervención	Concepto amplio que abarca muchas teorías y métodos diferentes con una gama de estrategias de resolución de problemas dirigidas a ayudar al niño y a la familia a adaptarse más eficazmente a sus circunstancias actuales y futuras.
Inundación	Procedimiento para tratar la ansiedad que implica una exposición prolongada y repetida a la situación que provoca ansiedad hasta que el nivel de ansiedad del sujeto haya disminuido.
Inversión de pronombre	Repetición de pronombres personales exactamente como se escuchan, sin cambiarlos según la persona a la que se refieren. Por ejemplo, si le preguntan "¿Tienes hambre?", uno podría responder "Tienes hambre" en lugar de "Tengo hambre".
Investigación analógica	Investigación que evalúa una variable específica de interés bajo condiciones que sólo se asemejan o aproximan a la situación a la que se desea generalizar.
Investigación cualitativa	Investigación cuyo propósito es describir, interpretar y comprender el fenómeno de interés en el contexto en el que se experimenta.
Investigación epidemiológica	Estudio de la incidencia, prevalencia y co-ocurrencia de los trastornos infantiles y las competencias en muestras referidas por la clínica y la comunidad.
Investigación longitudinal	Método de investigación por el cual se estudian los mismos individuos en diferentes edades y etapas de desarrollo.
Investigación transversal	Método de investigación por el cual se estudian diferentes individuos en diferentes edades/etapas de desarrollo en el mismo punto en el tiempo.
Investigación	Forma sistemática de encontrar respuestas a preguntas y verificar o refutar hipótesis siguiendo un método.

Juego Simbólico	Comportamiento simulado que implica actuar "como si" algo fuera otra cosa que en realidad no es. Las definiciones de juego simbólico utilizadas en la mayoría de las investigaciones con niños con autismo suelen implicar tres formas de simulación: sustitución de objetos, en la que un objeto se usa para representar a otro (por ejemplo, usar un peine como teléfono); atribución de propiedades ausentes o falsas (por ejemplo, fingir que una estufa está caliente cuando no lo está); y objetos imaginarios presentes (por ejemplo, servir agua de una jarra imaginaria).
Lanugo	Vello muy fino que cubre el cuerpo.
Lóbulos frontales	Área del cerebro situada en la parte anterior de cada hemisferio cerebral; responsable de las funciones que subyacen a gran parte de nuestras capacidades de pensamiento y razonamiento, incluida la memoria.
Maltrato emocional	Comportamiento abusivo que involucra actos u omisiones por parte de los padres o cuidadores que causan, o podrían causar, trastornos graves de conducta, cognitivos, emocionales o mentales.
Maltrato físico	Provocar lesiones físicas como resultado de dar puñetazos, golpear, patear, morder, quemar, sacudir o dañar intencionalmente de cualquier otra manera a un niño.
Maltrato infantil	Conductas de abuso y negligencia hacia los niños por parte de los padres o de otras personas responsables de su bienestar. Es un término genérico referido a cuatro clases de conductas (abuso físico, negligencia, abuso sexual y abuso emocional).
Maltrato	Comportamiento violento que causa daño físico o moral a la víctima (personas, animales u objetos). El término maltrato pone énfasis en la conducta y en el daño, más que en las características o el procedimiento.
Mantenimiento	Esfuerzos para aumentar la adherencia al tratamiento a lo largo del tiempo con el fin de prevenir una recaída o recurrencia de un problema.
Medicamentos estimulantes	Medicamentos que alteran la actividad en la región frontoestriatal del cerebro al afectar a tres o más neurotransmisores importantes para el funcionamiento de esta región: dopamina, norepinefrina y epinefrina, y posiblemente serotonina.
Mellizo	Gemelos dicigóticos
Mentalización	Conciencia de los estados mentales de otras personas y de uno mismo. También conocida como Teoría de la mente.
Metacomunicación	Intercambiar información sobre la comunicación, bien sea sobre el contenido o sobre la relación. La metacomunicación puede ser verbal y explícita o implícita y expresarse de manera comportamental o a través del contexto. La metacomunicación juega un papel de regulación en la puntuación de las secuencias y es fundamental en una buena comunicación, si no existe generalmente se generan problemas por esta falta de regulación.
Metilfenidato	El medicamento estimulante más comúnmente utilizado en el tratamiento de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad.
Metodología observacional	Procedimiento científico llevado a cabo en contextos naturales o habituales, que pone de manifiesto la ocurrencia de conductas perceptibles, para proceder a su registro organizado y su análisis -tanto cualitativo como cuantitativo- mediante un instrumentos adecuados y parámetros convenientes, posibilitando la detección de las relaciones de diverso orden existentes entre ellas y evaluándolas.
Miedo	Reacción de alarma ante un peligro real o una emergencia que ponga en peligro la vida, marcada por fuertes tendencias a la huida y un aumento en la actividad del sistema nervioso simpático.
Mindfulness (Atención plena)	Prestar atención de manera consciente a la experiencia del momento presente con interés, curiosidad y aceptación.
Mito	Una serie de creencias, bastante bien integradas y compartidas por todos. El mito, por lo tanto, se convierte en una matriz de conocimiento y representa un elemento de unión y factor de cohesión para cuantos creen en su verdad.
Modelo de depresión diátesis-estrés	Teoría de la génesis de la depresión que propone que el impacto del estrés es moderado por factores de riesgo individuales y que la aparición de la depresión depende de la interacción entre la vulnerabilidad personal del sujeto y el estrés producido por factores o circunstancias vitales.
Modelo de neurodesarrollo de la esquizofrenia	Este modelo propone que la vulnerabilidad genética y los problemas tempranos del neurodesarrollo resultan en conexiones dañadas entre muchas regiones del cerebro. Los circuitos neuronales defectuosos son vulnerables a la disfunción y, en última instancia, se revelan por los procesos y eventos del desarrollo durante la pubertad y por la exposición al estrés. El modelo de neurodesarrollo es consistente con los hallazgos de que los bebés y los niños que más tarde desarrollan esquizofrenia a menudo presentan trastornos del desarrollo en el funcionamiento motor, del lenguaje, cognitivo y social mucho antes de la aparición de sus síntomas psicóticos.
Monocigoto	Gestación gemelar originada de un mismo óvulo.
Morbilidad	Las diversas formas de consecuencias y limitaciones físicas y funcionales que resultan de una enfermedad.

CAPÍTULO 33: GLOSARIO

Multifinalidad	Concepto de que varios resultados pueden provenir de inicios similares.
Mutismo selectivo	Incapacidad o negativa a hablar en situaciones sociales, a pesar de que el sujeto puede hablar en casa o en otros entornos.
Negligencia	Conducta que genera un daño con consecuencias por desconocimiento, falta de aptitud, o distracción.
Neuroimagen	Método de examinar la estructura y/o función del cerebro. Los procedimientos de neuroimagen incluyen resonancia magnética (RMN), tomografía coaxial (TC), tomografía por emisión de positrones (TEP) y resonancia magnética funcional (RMNf).
Nivel asistencial	Los niveles asistenciales vienen determinados por la complejidad de la asistencia. Hay dos niveles básicos: Atención Primaria y Atención especializada, pero se han ido desarrollando recursos intermedios generales y para la atención a procesos específicos. En algunos casos se habla del nivel sociosanitario, poco desarrollado en la salud mental infanto-juvenil,
Niveles de comunicación	Existen dos niveles de comunicación. El nivel de contenido se refiere a las ideas expresadas en la comunicación, integrado por los significados a que se refieren los mensajes; el nivel relacional apunta hacia la conducta que se espera del otro como respuesta a la comunicación, sirve para decir a otros cómo nos vemos a nosotros mismos, cómo vemos a los demás, y cómo vemos la interacción con los otros.
No disyuntiva	Fracaso del par 21 de los cromosomas de la madre para separarse durante la meiosis. En la mayoría de los casos de síndrome de Down, el cromosoma adicional es el resultado de la incapacidad de los cromosomas para separarse.
Nosología	Intento de clasificación de los trastornos psiquiátricos en categorías descriptivas.
Obesidad infantil	Condición médica crónica caracterizada por una acumulación excesiva de grasa corporal en relación con las normas basadas en el género y la edad. Se define por un percentil mayor de 85 o 90 (según la referencia de consenso) o mayor de 2 desviaciones estándar del IMC esperado para su edad
Observación estructurada (sistemática)	Procedimiento de recogida de datos sobre la conducta espontánea de un individuo en su contexto natural o habitual, que cumple con todas las garantías de rigor y sistematización exigibles a un instrumento de evaluación. Véase también Metodología observacional.
Observación naturalista	Observación no estructurada de un niño en su entorno natural.
Obsesiones	Pensamientos, ideas, impulsos o imágenes persistentes, intrusivos e irracionales que se centran en eventos improbables o poco realistas o en eventos de la vida real que son muy exagerados.
Organización del desarrollo	Supuesto de que las primeras pautas de adaptación evolucionan con el tiempo y se transforman en funciones de orden superior de manera estructurada. Por ejemplo, el contacto visual del bebé y los sonidos del habla evolucionan y se transforman en el habla y el lenguaje.
Pánico	Grupo de síntomas físicos inesperados de la respuesta de afrontamiento/huida que ocurren en ausencia de cualquier amenaza o peligro obvio.
Paradoja neurótica	Patrón de comportamiento autoperpetuante en el cual los niños que están demasiado ansiosos en varias situaciones, incluso cuando son conscientes de que la ansiedad puede ser innecesaria o excesiva, se encuentran incapaces de abandonar sus conductas autodestructivas.
Parasomnia	Suceso conductual o fisiológico que ocurre durante el sueño, con sus fases, o con la transición entre el sueño y la vigilia. Ocurren con frecuencia en las personas sanas. Cuando son muy frecuentes pueden producir un deterioro en la calidad de vida del sujeto.
Parasuicidio	Cualquier acto autolesivo realizado sin determinación para producir la muerte, aunque con capacidad potencial de terminar con la vida.
Parentalidad social	Conjunto de capacidades para cuidar, proteger, educar y socializar a los hijos. La adopción, el acogimiento familiar, el trabajo de cuidadores o educadores de hogares infantiles, pueden ser considerados como una forma singular de parentalidad social.
Parentalización	Proceso a través del cual se produce una inversión en la relación jerárquica al interior de la familia, con lo cual uno o más hijos pasan a desempeñar los papeles de cuidadores o sostenedores del grupo familiar, una tarea que, naturalmente, no les corresponde a ellos, sino a los padres.
Pedofilia	Actividad sexual o fantasías sexualmente excitantes que involucran a un niño preadolescente por parte de alguien que tiene al menos 16 años de edad y al menos 5 años más que el niño.
Períodos sensibles	Períodos de tiempo durante los cuales se intensifican las influencias ambientales en el desarrollo (tanto buenas como malas), proporcionando así mejores oportunidades para aprender.

Perturbaciones en el tratamiento de la información	Percepciones erróneas cognitivas y distorsiones en la forma en que se perciben e interpretan los eventos.
Pesadillas	Forma de parasomnia que ocurre durante el sueño REM y se caracteriza por despertares repetidos con recuerdos detallados de sueños prolongados y extremadamente aterradores, que por lo general implican amenazas a la supervivencia, la seguridad o la autoestima.
Pica	Forma de trastorno alimentario en la cual el bebé o niño pequeño persiste en comer sustancias no comestibles y no nutritivas.
Plan	Camino hacia un objetivo, que incluye programas
Planes suicidas	Elaboración de planes para quitarse la vida con especificación del método, el lugar, la fecha y las circunstancias.
Planificación y evaluación del tratamiento	Proceso de usar la información de la evaluación para generar un plan de tratamiento y evaluar su efectividad.
Plaquetopenia	Disminución del número de plaquetas.
Plasticidad neuronal	Naturaleza maleable del cerebro, evidenciada a lo largo del desarrollo (dependiente del uso). Aunque los bebés nacen con procesos cerebrales básicos, la experiencia conduce a una diferenciación anatómica. Es decir, ciertas sinapsis del cerebro se fortalecen y estabilizan, mientras que otras retroceden y desaparecen.
Polaquiuria	Aumento de la frecuencia miccional con escasa cantidad de la misma.
Polisomnografía	Prueba de múltiples parámetros usada en el estudio del sueño.
Potomanía	Necesidad exagerada de beber agua.
Pragmática	Aspecto del lenguaje que se centra en su uso apropiado en contextos sociales y comunicativos.
Prevalencia	Proporción de individuos de una población que presenta una característica determinada.
Prevención de respuesta	Procedimiento utilizado en el tratamiento de la ansiedad que impide que el niño participe en conductas de escape o evitación.
Prevención	Actividades dirigidas a disminuir las posibilidades de que se produzcan resultados futuros no deseados.
Principio de la lente de la conducta	Principio que establece que la psicopatología infantil refleja una mezcla de comportamiento infantil real y la lente a través de la cual es vista por otras personas de su ambiente inmediato.
Problemas de aprendizaje	Término diagnóstico que se refiere a problemas específicos en la lectura (trastorno específico del aprendizaje con dificultad en la lectura), matemáticas (trastorno específico del aprendizaje con dificultad matemática) o capacidad de escritura (trastorno específico del aprendizaje con dificultad en la expresión escrita) según lo determinado por los resultados de las pruebas de rendimiento que están sustancialmente por debajo de lo que se esperaría para la edad, el nivel de escolarización y la capacidad intelectual del niño.
Problemas de conducta (comportamiento antisocial)	Acciones y actitudes inapropiadas para la edad que violan las expectativas familiares, las normas sociales y los derechos personales o de propiedad de otros.
Problemas externalizados	Ver Conducta externalizada
Problemas internalizados	Ver Conducta internalizada
Programas de entrenamiento de padres	Programas dirigidos a enseñar a los padres a manejar efectivamente el comportamiento difícil de su hijo y sus propias reacciones al mismo.
Promoción de la salud	Enfoque para la prevención de enfermedades que involucra educación, políticas públicas y acciones similares para promover la salud.
Pronóstico	Predicción del curso o resultado de un trastorno.
Prueba	Tarea o conjunto de tareas dadas bajo condiciones estándar con el propósito de evaluar algún aspecto del conocimiento, habilidad, personalidad o condición del sujeto.
Pruebas de desarrollo	Pruebas utilizadas para evaluar a los bebés y a los niños pequeños que generalmente se llevan a cabo con fines de detección, diagnóstico y evaluación del desarrollo temprano.
Pruebas proyectivas	Forma de evaluación que presenta al niño estímulos ambiguos, como manchas de tinta o imágenes de personas. La hipótesis se basa en que el niño "proyectará" su propia personalidad sobre los estímulos ambiguos de otras personas y cosas.

CAPÍTULO 33: GLOSARIO

Psicoanálisis	Método de tratamiento diseñado por Sigmund Freud que trata de hacer conscientes los conflictos inconscientes para resolver los síntomas.
Psicólogo clínico	Profesional con el grado de psicología que ha accedido a formación postgraduada de psiquiatría por el sistema PIR (Psicólogo Interno Residente) durante 4 años
Psicólogo general sanitario	Profesional con el grado de psicología que ha accedido a formación postgraduada de máster general sanitario.
Psicopatología del desarrollo	Enfoque para describir y estudiar los trastornos de la infancia y la adolescencia de una manera que enfatiza la importancia de los procesos y tareas del desarrollo. Este enfoque utiliza el desarrollo anormal para explicar el desarrollo normal y viceversa.
Psicoterapeuta	Profesional de la salud que utiliza herramientas psíquicas para el tratamiento de los problemas mentales. Hay profesionales acreditados por diferentes escuelas psicoterapéuticas.
Psicoterapia integrativa	Terapia que busca integrar internamente la personalidad, y que integra diversas aproximaciones psicoterapéuticas de tipo cognitivo, emocional, comportamental, fisiológicas y sistémicas.
Psicoterapia	Conjunto de técnicas y métodos utilizados para ayudar a los niños y adolescentes que experimentan dificultades con sus emociones o comportamiento.
Psiquiatra	Profesional con el grado de medicina que ha accedido a formación postgraduada de psiquiatría por el sistema MIR (Médico Interno Residente) durante 4 años.
Purga	Comportamiento encaminado a librar al cuerpo de los alimentos consumidos, incluyendo el vómito autoinducido y el uso indebido de laxantes, diuréticos o enemas. (Ver también Comportamiento compensatorio.)
Reactividad emocional	Dimensión de los procesos emocionales asociados con las diferencias individuales en el umbral y la intensidad de la experiencia emocional.
Recidiva	Reaparición de una enfermedad tras haberla superado.
Red asistencial sanitaria	Conjunto de establecimientos públicos o privados que forman parte de un Servicio de Salud.
Red de Salud Mental	Conjunto de dispositivos o recursos para la asistencia a los problemas psíquicos de una población de forma continuada.
Reforma psiquiátrica	También denominada desinstitucionalización psiquiátrica, se define como el cambio en la asistencia del enfermo mental de un modelo de confinamiento en asilos o psiquiátricos a una intervención comunitaria.
Reforzador	Ver Refuerzo positivo y Refuerzo negativo.
Refractariedad	Resistencia.
Refuerzo positivo	En el condicionamiento operante, consecuencia que, aplicada después de una conducta, aumenta la probabilidad de su emisión en el futuro.
Refuerzo positivo	En el condicionamiento operante, consecuencia que, aplicada después de una conducta, aumenta la probabilidad de su emisión en el futuro.
Reglas	Mecanismo regulador interno constituido por reglas explícitas e implícitas. Las reglas explícitas corresponden a lo que por lo general llamamos normas, son acuerdos negociados conscientemente, como, por ejemplo, los horarios de las comidas. Por el contrario, las reglas implícitas son las que sirven de marco referencial para los actos de cada uno, para la posición comunicativa de unos respecto a los otros y el tipo de relaciones que mantienen, aquí podríamos mencionar, por ejemplo, que todos saben que deben ser leales y guardar un secreto familiar.
Regresión	Retorno a un período anterior del desarrollo.
Regulación de las emociones	Capacidad para gestionar emociones, reconociendo y modulando la respuesta.
Resiliencia	Capacidad de adaptación y superación de situación, estado o acción adversa
Respuesta de enfrentamiento/huida	Reacción inmediata al peligro o amenaza percibida por la cual los esfuerzos se dirigen hacia la protección contra el daño potencial, ya sea enfrentándose a la fuente del peligro (pelear) o escapando de la situación (huir).
Retraso en el desarrollo	Se caracteriza por un peso inferior al quinto percentil para la edad, y/o una desaceleración en la tasa de aumento de peso desde el nacimiento hasta la actualidad de al menos dos desviaciones estándar, utilizando para la comparación tablas de crecimiento estándar.
Ritmo circadiano	Patrón regular de fluctuación en la fisiología o en la conducta, que habitualmente está relacionado con el ciclo luz-oscuridad de 24 horas de duración.

RMN por DTI	Prueba de imagen por resonancia magnética nuclear por difusión de tensor de imagen, que crea imágenes representadas de las fibras en la materia blanca cerebral de diferentes colores según la direccionalidad y se basa en el análisis de las moléculas de agua a lo largo de las fibras. Utiliza conceptos como la anisotropía fraccional (FA), para la direccionalidad y detecta lesiones de la sustancia blanca, y difusividad media, por zonas siendo sensible en la detección de un daño estructural.
Roles	Definen las tareas que se espera que cada uno cumpla dentro de la organización familiar y que están en parte definidos por la cultura y en parte por la propia familia. La asignación de roles familiares es un proceso que consiste en la asignación inconsciente de roles complementarios a los miembros de la familia. La función de los roles es mantener la estabilidad del sistema familiar.
Screening	Identificación de los sujetos en riesgo para un resultado específico. en una prueba
Sensopercepción	Proceso en el que la información que nuestros sentidos captan del medio, se transmite al cerebro, donde es percibida e integrada.
Sesgo de atribución hostil	Tendencia de los niños agresivos a atribuir intenciones negativas a otros, especialmente cuando las intenciones del otro niño no están claras (por ejemplo, cuando un niño accidentalmente choca contra ellos, es probable que piensen que el otro niño lo hizo a propósito).
Sesgo ilusorio positivo	Exageración de la propia competencia. Por ejemplo, niños con TDAH que sobreestiman sus habilidades en áreas en las que realmente funcionan de forma deficiente.
Síndrome de alcoholismo fetal	Trastorno que se deriva de una extensa exposición prenatal al alcohol. Los niños con este trastorno típicamente sufren de problemas en el funcionamiento intelectual, disfunción del sistema nervioso central, defectos craneales, problemas de comportamiento, retraso en el crecimiento y anomalías físicas de la cara.
Síndrome de Angelman	Desorden genético asociado con una anomalía del cromosoma 15. Los niños con síndrome de Angelman típicamente sufren de discapacidad intelectual de moderada a severa, ataxia (falta de control muscular o coordinación de los movimientos voluntarios), movimientos espasmódicos, aleteo de las manos, convulsiones, ausencia de habla y rasgos faciales distintivos tales como una mandíbula grande y expresión de boca abierta.
Síndrome de Asperger	Trastorno generalizado del desarrollo caracterizado por grandes dificultades en la interacción social y patrones inusuales de interés y comportamiento en niños con habilidades cognitivas y de comunicación relativamente intactas.
Síndrome de Down	Anormalidad cromosómica en la que hay tres cromosomas 21 en lugar de los dos normales. Los niños con síndrome de Down típicamente funcionan a un nivel moderado de discapacidad intelectual, tienen una mayor probabilidad de tener problemas médicos y tienen características físicas inusuales. Este síndrome también se denomina trisomía 21.
Síndrome de Munchausen por poderes	Cuadro poco frecuente en el que una persona provoca deliberadamente signos o síntomas físicos en otra persona que se encuentra a su cuidado.
Síndrome de Prader-Willi	Trastorno genético complejo asociado con una anomalía del cromosoma 15. Los niños con el síndrome de Prader-Willi típicamente sufren de baja estatura, discapacidad intelectual o trastornos de aprendizaje, desarrollo sexual incompleto, ciertos problemas de comportamiento, bajo tono muscular y una necesidad involuntaria de comer constantemente.
Síndrome de Rett	Trastorno generalizado del desarrollo caracterizado por una evolución normal inicial seguida por la pérdida del uso voluntario de las manos, movimientos característicos (estereotipados) de las manos, una desaceleración del crecimiento del cerebro y de la cabeza, dificultades para caminar y mala coordinación de los movimientos del tronco o de la marcha, impedimentos graves en el desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo, convulsiones y discapacidad intelectual. El síndrome afecta casi exclusivamente a niñas y mujeres.
Síndrome de X frágil	Trastorno genético que afecta el desarrollo de una persona, especialmente su comportamiento y su capacidad de aprendizaje, como consecuencia de mutaciones en el gen FMR1 que se encuentra en el cromosoma X. Los niños con síndrome de X frágil típicamente sufren de discapacidad intelectual moderada.
Síndrome metabólico	Conjunción de los siguientes factores de riesgo: obesidad central, diabetes, niveles elevados de triglicéridos y niveles bajos de HDL, tensión arterial elevada. Las personas con síndrome metabólico tienen mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares.
Síndromes vinculados a la cultura	Patrones recurrentes de conductas inadaptadas y/o experiencias problemáticas específicamente asociadas con diferentes culturas o ubicaciones geográficas. Estos síndromes rara vez encajan perfectamente en una categoría de diagnóstico occidental.
Síntomas extrapiramidales	Efectos secundarios de los antipsicóticos que afectan a la regulación del movimiento involuntario del individuo.
Sistema de activación del comportamiento	Subsistema cerebral que activa el comportamiento en respuesta a señales de recompensa o de ausencia de castigo.

CAPÍTULO 33: GLOSARIO

Sistema de inhibición del comportamiento	Subsistema cerebral que produce ansiedad e inhibe el comportamiento continuo en presencia de eventos novedosos, estímulos de miedo innatos y señales de no recompensa o castigo.
Sistema multiaxial	Sistema de clasificación que consiste en varios dominios (ejes) diferentes de información sobre el tema que pueden ayudar al médico a planificar el tratamiento de un trastorno. El DSM-IV-TR es un ejemplo de un sistema de clasificación multiaxial.
Sistema sanitario	Conjunto de servicios públicos y privados que provee la asistencia sanitaria a una población.
Sistema	Conjunto de cosas que relacionadas entre sí ordenadamente contribuyen a determinado objeto. Cuando se habla de sistema sanitario, educativo, social o judicial se corresponde con el conjunto de dispositivos y/o servicios que conforman la atención sanitaria, educativa, social o judicial.
Sistemas familiares	Teoría de que el comportamiento de un individuo puede ser entendido con mayor precisión en el contexto de la dinámica de su familia.
Socialización	Proceso de orientación de los niños hacia el comportamiento, valores, metas y motivos considerados apropiados por una cultura.
Somatización	Manifestación del malestar psicológico mediante síntomas físicos o funcionales.
Sonambulismo	Forma de parasomnia que ocurre durante el sueño profundo, en el cual el individuo se levanta de la cama y camina alrededor pero no recuerda tal actividad al despertar.
Subtipo	Grupo de personas con un trastorno específico que tienen algo en común, como síntomas, etiología, gravedad del problema o resultado probable, que las distingue de las personas con otros subtipos del mismo trastorno.
Sueño paradójico	Sinónimo de sueño REM o sueño MOR.
Suicidio consumado	Acto positivo o negativo que causa la muerte realizado por la víctima sabiendo que iba a producir ese resultado.
Suicidio frustrado	Comportamiento suicida que no consigue su propósito por circunstancias fortuitas, por la intervención de terceros, por falta de técnica en los medios empleados, etc.
Suicidios disfrazados o encubiertos	Muertes aparentemente accidentales tras las que se oculta un suicidio.
Tareas de desarrollo	Tareas psicosociales de la infancia que reflejan amplios dominios de competencia y nos dicen cómo los niños típicamente progresan dentro de cada uno de estos dominios a medida que crecen.
Tasa de incidencia	Tasa a la cual aparecen nuevos casos de un trastorno durante un período de tiempo específico.
Tasa de prevalencia	Número de casos de un trastorno, ya sea nuevo o ya existente, que se observan durante un período de tiempo específico.
Tasa metabólica	Equilibrio del gasto energético del cuerpo. La tasa metabólica está determinada por la composición genética y fisiológica, junto con los hábitos alimenticios y de ejercicio.
Temperamento	Reacciones emocionales y de comportamiento estables que aparecen de forma temprana en la vida.
Teoría de la desesperanza	Postula que los individuos propensos a la depresión hacen atribuciones internas, estables y globales para explicar las causas de los eventos negativos, así como atribuciones externas, inestables y específicas sobre los eventos positivos. Este estilo de atribución resulta en que el individuo asume la culpa personal por eventos negativos en su vida y conduce a la impotencia, la evasión y la desesperanza sobre el futuro, lo cual propicia el incremento de la depresión.
Teoría de la mente (ToM)	Cognición y comprensión de estados mentales que no pueden ser observados directamente, como creencias y deseos, tanto en uno mismo como en los demás.
Teoría de los ciclos coercitivos	Teoría del desarrollo que propone que las interacciones coercitivas entre padres e hijos sirven como campo de entrenamiento para el desarrollo de la conducta antisocial. Específicamente, se propone que a través de una secuencia de cuatro pasos de condicionamiento de escape, el niño aprende a usar formas cada vez más intensas de comportamiento nocivo para escapar y evitar demandas parentales no deseadas.
Teoría de los dos factores	Teoría sobre la génesis y el mantenimiento de las fobias. La primera se produciría mediante condicionamiento clásico, y la segunda mediante condicionamiento operante.
Teoría del Apego	Teoría desarrollada por John Bowlby que postula la necesidad humana universal de formar intensos vínculos de apego con otras personas, ha modificado profundamente los constructos psicoanalíticos clásicos. La interacción entre el niño y sus figuras de apego en el primer año de vida tiende a convertirse en un sistema representacional interno que incluye tanto la representación mental de la relación con las figuras de apego y con los otros significativos.

Terapeuta ocupacional	Profesional con el grado de Terapia ocupacional.
Terapia Centrada en la Persona	Terapia no directiva desarrollada por Carl Rogers en la que el terapeuta acompaña de manera empática e incondicional al cliente con la finalidad de que este pueda lograr la autorrealización.
Terapia Cognitivo Conductual	Terapia orientada a que los niños se den cuenta de que los pensamientos causan sentimientos que pueden influir en la conducta. El objetivo es sustituir pensamientos erróneos e irracionales por otros que producen sentimientos y comportamientos más apropiados.
Terapia Gestalt	Creada por Fritz Perls y Laura Perls que enfoca el trabajo terapéutico en el aquí y ahora para que el paciente se haga más consciente de las experiencias y deseos internos y pueda finalizar las situaciones inconclusas del pasado.
Terapias conductuales	Terapias derivadas de los trabajos de Watson y Skinner que modifican comportamientos observables y disfuncionales con la expectativa de que secundariamente cambie la forma de pensar y de sentir del paciente.
Terapias humanistas	Conjunto de terapias que tratan de que la persona pueda desarrollar sus potencialidades y a modificar la forma en que se experimenta la realidad en cada momento.
Terapias psicodinámicas	Conjunto de terapias derivadas del psicoanálisis que estudian la dinámica y conflictos intrapsíquicos de los niños y adolescentes.
Teratogénico	Sustancia capaz de provocar un defecto congénito durante la gestación del feto.
Terrores nocturnos	Forma de parasomnia que ocurre durante el sueño profundo y se caracteriza por un despertar abrupto, acompañado de una excitación autónoma pero sin recuerdo.
Test de Latencia Múltiple	Prueba exploratoria para determinar el grado de somnolencia de forma objetiva. Se realizan 5 registros de sueño normalmente durante la mañana, después de un registro de sueño nocturno.
Trabajador social	Profesional con el grado de Trabajo social. No está catalogado como profesional de la Salud.
Trance	Estado caracterizado por una alteración de la conciencia y una atención focalizada.
Transacción	Proceso por el cual el sujeto y el entorno interactúan de manera dinámica para contribuir a la expresión de un trastorno. (Véase también Interdependiente.)
Trastorno alimentario de la infancia o infancia temprana	Trastorno caracterizado por una desaceleración repentina o marcada del aumento de peso en un bebé o niño pequeño (menor de 6 años) y una desaceleración o interrupción del desarrollo emocional y social.
Trastorno de ansiedad generalizada	Ansiedad y preocupación excesiva caracterizada por una imposibilidad para controlarlas, y acompañada de síntomas tales como inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y problemas de sueño.
Trastorno de ansiedad por separación	Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de las personas por las que siente apego. Se manifiesta en síntomas tales como malestar al separarse, preocupación, resistencia o rechazo a la pérdida de las figuras de apego, miedo y pesadillas, así como quejas recurrentes de síntomas físicos.
Trastorno de atracones	Trastorno que involucra períodos de alimentación excesiva en un corto espacio de tiempo con una sensación de pérdida de control. Se asocia con comer rápidamente, comer hasta sentirse mal, comer cuando no se tiene hambre, comer para eliminar la vergüenza o sentirse a disgusto o avergonzado tras la comida.
Trastorno de conducta de inicio en la adolescencia	Tipo específico de trastorno de conducta cuyas características no se exhiben antes de los 10 años de edad.
Trastorno de conducta de inicio en la infancia	Tipo específico de trastorno de conducta por el cual el niño muestra al menos una característica del trastorno antes de los 10 años de edad.
Trastorno de conducta	Patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, ni las normas o reglas sociales propias de la edad.
Trastorno de depresión mayor	Forma de trastorno depresivo caracterizada por uno o más episodios depresivos mayores que duran por lo menos 2 semanas y están acompañados de síntomas adicionales como trastornos del sueño o pensamientos de suicidio.
Trastorno de estrés agudo	Forma de trastorno de ansiedad caracterizada por el desarrollo de ansiedad, disociación y otros síntomas después de la exposición a un factor estresante extremadamente traumático. Estos síntomas duran por lo menos dos días pero no persisten por más de un mes.
Trastorno de estrés postraumático	Forma de trastorno de ansiedad por la cual el niño muestra ansiedad persistente después de la exposición o de ser testigo de un evento traumático abrumador que está fuera del rango de la experiencia humana usual.

CAPÍTULO 33: GLOSARIO

Trastorno de la personalidad antisocial	Patrón general de desprecio y de violación de los derechos de los demás que se produce desde los 15 años y se caracteriza por conductas de incumplimiento de normas, engaño, desatención a la seguridad, impulsividad, irritabilidad, irresponsabilidad y ausencia de remordimientos.
Trastorno de pánico	Forma de trastorno de ansiedad caracterizada por ataques de pánico y sentimientos repentinos de terror que atacan repetidamente y sin previo aviso. Los síntomas físicos incluyen dolor en el pecho, palpitaciones cardíacas, falta de aliento, mareos y estrés abdominal. También existe una preocupación persistente por la posibilidad de que se produzca otro ataque y por las posibles implicaciones y consecuencias que tendría.
Trastorno de personalidad antisocial	Trastorno de adultos caracterizado por un patrón generalizado de desprecio y violación de los derechos de los demás, así como la participación en múltiples conductas ilegales.
Trastorno del desarrollo de la coordinación	Trastorno caracterizado por una marcada falta de coordinación motora (por ejemplo, torpeza y retrasos en el logro de los hitos motores).
Trastorno del espectro del autismo	Ver Autismo.
Trastorno del lenguaje expresivo	Forma de trastorno de la comunicación caracterizada por déficits en la expresión a pesar de la comprensión normal del habla.
Trastorno del lenguaje	Trastorno caracterizado por dificultades persistentes en la adquisición y uso del lenguaje hablado, escrito u otro, debido a deficiencias de la comprensión o la producción, que incluye un vocabulario reducido, limitaciones en la estructura gramatical y deterioro del discurso.
Trastorno depresivo persistente o distimia	Forma de trastorno depresivo caracterizada por al menos 1 año (2 años en adultos) de estado de ánimo deprimido durante más días de los que no lo está, acompañada de síntomas depresivos adicionales (poco apetito, problemas de sueño, fatiga, baja autoestima, falta de concentración, sentimientos de desesperanza) que no cumplen con los criterios para un episodio depresivo mayor. En comparación con el trastorno depresivo mayor, la distimia es más leve, pero más prolongada.
Trastorno depresivo	Trastorno en el cual el sujeto sufre de estados emocionales extremos, persistentes o mal regulados. Los trastornos del estado de ánimo de DSM-5 incluyen el trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor, el trastorno depresivo persistente (distimia) y el trastorno disfórico premenstrual.
Trastorno desintegrativo infantil	Trastorno generalizado del desarrollo caracterizado por una pérdida significativa de habilidades previamente adquiridas, así como por la presencia de anomalías en dos de las siguientes tres áreas de funcionamiento: interacción social, comunicación y patrones de comportamiento, intereses y actividades.
Trastorno explosivo intermitente	Arrebatos impulsivos de tipo agresivo no premeditados, con inicio rápido y escaso o nulo período prodromático como respuesta a una pequeña provocación, que no produciría normalmente un arrebato agresivo en los demás.
Trastorno fonológico	Forma de trastorno de comunicación caracterizada por dificultades en la articulación o producción de sonido, pero no necesariamente en la expresión de palabras.
Trastorno generalizado del desarrollo, no especificado	Categoría diagnóstica del DSM-IV-TR. En el DSM-5, a este trastorno se aplica el diagnóstico de Trastorno del espectro del autismo (Ver Autismo).
Trastorno negativista desafiante	Patrón persistente de desobediencia, negativismo, desafío y conducta hostil hacia las figuras de autoridad que es claramente más frecuente, intenso y persistente que lo que se observa de manera típica en individuos de edad y desarrollo similar.
Trastorno obsesivo-compulsivo	Forma de trastorno de ansiedad en la que el sujeto experimenta pensamientos repetidos, intrusivos e indeseados que causan ansiedad y a menudo se involucra en un comportamiento ritualizado para aliviar esta ansiedad.
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	Trastorno en el que el individuo muestra de manera consistente y repetida comportamientos inapropiados para la edad en las dos categorías generales de falta de atención e hiperactividad-impulsividad, lo que resulta en un deterioro significativo en su funcionamiento vital.
Trastorno psicológico	Patrón de síntomas físicos, cognitivos o comportamentales que incluye una o más de las siguientes características prominentes: (a) algún grado de angustia en el sujeto; (b) comportamiento que indique algún grado de discapacidad; y (c) un mayor riesgo de sufrimiento, muerte, dolor, discapacidad o una pérdida importante de libertad.
Trastornos alimentarios	Categoría diagnóstica que incluye los trastornos de pica, rumiación, evitación/restricción de la ingestión de alimentos, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y atracones.
Trastornos de la comunicación	Categoría diagnóstica que incluye los trastornos de lenguaje, fonológico, fluidez (tartamudeo) de inicio en la infancia y comunicación social.

Trastornos de tics	Trastornos caracterizados por movimientos motores súbitos, repetitivos y no rítmicos o producciones fónicas, como parpadeo de ojos, muecas faciales, aclaramiento de garganta y gruñidos u otros sonidos. La categoría diagnóstica incluye los trastornos de la Tourette, de tics motores o vocales persistente (crónico) y de tics transitorio.
Trastornos del desarrollo neurológico	Categoría de trastornos caracterizados por impedimentos severos y extensos en la interacción social y las habilidades de comunicación, junto con patrones estereotipados de comportamientos, intereses y actividades. Incluye las discapacidades intelectuales, el trastorno del espectro del autismo, el TDAH, el trastorno específico del aprendizaje, los trastornos motores y los trastornos de tics.
Trastornos del espectro autista (TEA)	Los trastornos del espectro autista incluyen varios trastornos generalizados del desarrollo (PDD), todos caracterizados por deficiencias significativas en las habilidades sociales y de comunicación, y patrones estereotipados de intereses y comportamientos. Estos incluyen el trastorno autista, el trastorno de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo, no especificado de otra manera (PDD-NOS).
Trastornos relacionados con sustancias	Trastornos que incluyen la drogadicción y el abuso de sustancias, que resultan de la autoadministración de cualquier sustancia que altere el estado de ánimo, la percepción o el funcionamiento del cerebro. Las sustancias incluyen alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes, tabaco y otras sustancias (o sustancias desconocidas).
Tratamiento multimodal	Tratamiento desde diferentes enfoques y abordajes, en el que intervienen diferentes profesionales y contextos. Por ejemplo, en el TDAH se incide en el tratamiento psicopedagógico escolar, el familiar y social con el entrenamiento de padres, la intervención psicoterapéutica y psicofarmacológica.
Tratamiento multisistémico	Enfoque de tratamiento que intenta abordar los múltiples determinantes de la conducta problemática al involucrar a los miembros de la familia, al personal de la escuela, a los compañeros, al personal de la justicia juvenil y a otros en la vida del niño, y recurre a múltiples técnicas tales como el entrenamiento de padres, el entrenamiento en solución de problemas, o la terapia de pareja, así como intervenciones especializadas tales como la escolarización en centros de educación especial, la remisión a programas de tratamiento por abuso de sustancias o la remisión a servicios legales.
Tratamiento	Conjunto de acciones correctivas que permitirán una adaptación exitosa al eliminar o reducir el impacto de un resultado no deseado que ya ha ocurrido.
Traumatismo no accidental	Efectos de amplio alcance del maltrato en el desarrollo físico y emocional del niño.
Trayectoria persistente a lo largo de la vida	Vía de desarrollo hacia el comportamiento antisocial en la cual el niño se involucra en el comportamiento antisocial a una edad temprana y continúa haciéndolo en la edad adulta.
Tríada cognitiva negativa	Puntos de vista negativos sobre uno mismo, el mundo y el futuro que son característicos de los jóvenes con depresión. Estos puntos de vista mantienen sentimientos de impotencia, socavan el estado de ánimo y el nivel de energía del niño, y están relacionados con la gravedad de la depresión.
Validez externa	Grado en el que los hallazgos pueden generalizarse o extenderse a personas, entornos, tiempos, medidas y características distintas a las del estudio original.
Validez interna	Grado en que una manipulación intencionada de una variable, en lugar de influencias externas, da cuenta de los resultados observados, los cambios o las diferencias de grupo.
Validez	Grado en que una medida evalúa realmente la dimensión o el constructo que el investigador se propone medir.
Variable mediadora	Proceso, mecanismo o medio a través del cual una variable produce un resultado específico.
Variable moderadora	Factor que influye en la dirección o fuerza de la relación entre variables.
Verborreico	Que emplea excesivas palabras al hablar
Vía de desarrollo	Concepto para describir la secuencia y el tiempo de comportamientos particulares, y para resaltar las relaciones conocidas y sospechadas de los comportamientos a lo largo del tiempo.
Vía limitada a la adolescencia	Vía de desarrollo hacia el comportamiento antisocial por medio de la cual el comportamiento antisocial del niño comienza alrededor de la pubertad, continúa en la adolescencia y luego desiste en la adultez temprana.
Vigilia	Estado de quien se halla despierto.
Vinculación afectiva	Proceso de unión entre el niño y los padres, especialmente la madre, importante en la formación de los lazos afectivos, y que influye posteriormente en el desarrollo físico y psicológico.
Vínculo	Unión entre dos o más personas, como la de madre-bebé, pero pueden darse muchos tipos diferentes de vínculos, a muchos y diferentes niveles, y este tipo de unión suele llevar asociados componentes afectivos.
Vulnerabilidad biológica	Posibilidad de daño/enfermedad por alteración en los elementos biológicos del cuerpo humano

34.- Preguntas

Tema 1

1. En relación con el estudio de la conducta anómala, señala la respuesta falsa:

- a) Establecer los límites entre la conducta normal y la diferente tiene como fin reforzar la cohesión social y mejorar las oportunidades de supervivencia de la especie.
- b) El comienzo del estudio sistemático de los fenómenos psicopatológicos es de finales del siglo XIX, cuando se constituye como disciplina científica.
- c) En el devenir histórico del concepto "conducta anormal" tiene un marcado carácter sociocultural por la desviación, en mayor o menor medida, de las normas vigentes en el marco social de referencia del comportamiento. Siendo elaborado en buena medida por la colectividad en que se manifiesta.
- d) Existe identidad entre concepto y materia cuando se estudian los fenómenos psicológicos.

2. Sobre la historia de la psicopatología infantil, señala la respuesta falsa:

- a) Precisa atender a la evolución del concepto dicotómico "niños-adultos" a través del tiempo.
- b) Antes del siglo XIX es difícil encontrar evidencias de que el comportamiento de los niños fuera visto como algo diferente del adulto.
- c) Antes de su desarrollo se esperaba que los niños se comportasen como adultos, sin existir juegos, literatura o actividades específicas para ellos.
- d) Es necesario rastrear la evolución de la psicopatología general con el fin de comprender el origen de los puntos de vista aplicados a la conducta anormal en la infancia siendo, habitualmente, una generalización de aquella.

3. Hay tres importantes modelos generales de conceptualización de lo psicopatológico surgidos en diversos contextos socioculturales que, pese a su antigüedad, continúan aplicándose en la actualidad: el sobrenatural, el biológico-somático y el psicológico. Señala la afirmación falsa:

- a) El "pensamiento primitivo", propio de sociedades prehistóricas, posee un carácter supersticioso, con numerosas creencias animistas o mítico-religiosas. El modelo sobrenatural prevalece principalmente en sociedades prehistóricas siendo un modelo superado en las sociedades industrializadas.
- b) La concepción moderna de la conducta anormal tiene su origen en la orientación racional de los filósofos griegos. Grecia representa la consolidación de un punto de vista natural frente a la creencia en el origen sobrenatural de la conducta anómala, lo que conlleva una búsqueda sistemática de las causas naturales a través de la razón y la observación.
- c) Hipócrates de Kíos (460-377 a. C.), realizó precisas observaciones y descripciones sobre una amplia variedad de trastornos mentales: depresión, manía, estados de delirio, temores irracionales, histeria, etc. Consideró al cerebro como el órgano responsable de la conducta y, por tanto, del comportamiento anormal.
- d) Aristóteles, al igual que la mayor parte de filósofos griegos, mantuvo la importancia de la razón y de sus aplicaciones, haciendo especial hincapié en la comprensión de los procesos emocionales. Igualmente, continuó con la tendencia de sus coetáneos y predecesores estableciendo una relación entre la dificultad de razonar y la conducta anormal, aspecto central de las terapias cognitivas actuales.
- e) la medicina hipocrática concibió la salud como el equilibrio entre cuatro humores corporales: sangre (procedente del corazón), flema (del cerebro), bilis amarilla (del hígado) y bilis negra (del bazo y el estómago), entendiéndose la enfermedad como producto del desequilibrio entre ellos.

4. En la historia de la psicopatología, señala la respuesta falsa:

- a) La enuresis aparece considerada como trastorno en el papiro de Ebers, datado hacia el siglo XV el cual contiene la descripción de un remedio para darle solución.
- b) Platón situó el origen de la conducta anómala en un conflicto entre la emoción y razón, alejándose de perspectivas más fisiológicas. En concreto, localizó la esencia de la conducta humana en el alma y sugirió también que los problemas del alma repercutían en el estado físico del individuo. La consideración de dos principios (el espíritu y la materia) le llevó al planteamiento de la dualidad psico-física de la naturaleza humana que ejerció una importante influencia durante varios siglos.
- c) Aristóteles, al igual que la mayor parte de filósofos griegos, mantuvo la importancia de la razón y de sus aplicaciones, haciendo hincapié en la comprensión de los procesos emocionales. Igualmente, continuó con la tendencia de sus coetáneos y

predecesores estableciendo una relación entre la dificultad de razonar y la conducta anormal, aspecto central de las terapias cognitivas actuales.

- d) El florecimiento de la razón y su predominio sobre las explicaciones sobrenaturales darán pie a los siglos XVII ("Siglo de la Razón") y XVIII ("Siglo de las Luces").

5. En relación a la visión de la infancia en la historia, señala la respuesta falsa:

- a) En Grecia el infanticidio fue habitualmente aceptado como método de eliminación de niños, siendo el grado de perfección física, así como la habilidad para servir al estado, los criterios valorados para decidir la supervivencia.
 b) San Agustín (354-430) consideró que a los infantes no se les debía atribuir un carácter inocente y remarcó la importancia de sus impulsos agresivos así como la necesidad de su contención mediante un entorno adecuado.
 c) En la Edad Media el infanticidio contemplado en etapas previas fue erradicado tras varios edictos pero el abandono y maltrato de estos niños prosiguió. Así, las leyes permitían golpear a los niños pero no matarlos, y los niños plebeyos solían ser vendidos como esclavos o ingresados en algún monasterio o convento. En este sentido, también en Valencia se creó un orfanato en el siglo XIV para cuidar de los niños mendigos.
 d) En lo que respecta a la psicopatología infantil, el Renacimiento aportó muchos cambios en cuanto al trato otorgado a los niños.

6. En relación a la visión de la infancia en la historia, señala la respuesta falsa:

- a) En lo que respecta a la psicopatología infantil, el Renacimiento aportó pocos cambios en cuanto al trato otorgado a los niños ya que el castigo físico fue una práctica habitual y el abandono en las iglesias u hospicios se mantuvo.
 b) El primer libro de pediatría se publica en 1545 por Thomas Phaire, "The Booke of the Children", se describieron distintos trastornos propios de los niños como terrores, cólicos o problemas de sueño. y supuso un cambio de actitud hacia la infancia y sus trastornos.
 c) Hay antecedentes de trastornos de la infancia, como la enuresis, en el papiro de Ebers, datado hacia el 1550 a.C.
 d) Se crearon inicialmente, a lo largo del continente europeo, numerosos centros e innovaciones educativas para niños con ceguera y sordomudos, siendo posteriores las desarrolladas en España por Fray Pedro Ponce de León (1513-1584).

7. En la enfermedad mental, señala la falsa:

- a) La máxima aportación de Roma a la psicopatología procedió del ámbito del Derecho. Así, en el texto legal de la época "Corpus Iuris Civilis" se recogió la enajenación como atenuante en la imputación de responsabilidad por actos delictivos.
 b) Platón por los enfermos mentales que cometían acciones criminales, sugiriendo que fuesen obligados a pagar los daños ocasionados sin que se les impusiera un mayor castigo. Es más, consideraba que estas personas debían ser tratadas en espacios comunitarios, en cierta consonancia con la psicoterapia contemporánea.
 c) Asclepiades de Prusa (124-40 a. C.) fue otro defensor vehemente del diagnóstico naturalista, enfatizó el papel de los factores ambientales, oponiéndose de forma tajante a tratamientos inhumanos como la sujeción mecánica y el encierro en mazmorras.
 d) En la cultura árabe consideraban a sus enfermos mentales como mediadores de la comunicación divina, proponiendo tratamientos más inhumanos como la sujeción mecánica y el encierro en mazmorras que el otorgado en la cultura cristiana.

8. Señala la respuesta falsa:

- a) El célebre Galeno de Pérgamo (130-200), clasificó los trastornos mentales realizando una distinción entre los originados por cuestiones somáticas y los causados por causas emocionales tales como temores o desengaños amorosos. En base a esta división, los tratamientos abarcaban la combinación de tratamientos físicos (dietas y ayunos) y psicológicos (terapia verbal).
 b) El trato a los trastornos mentales en el mundo árabe estuvo impregnado de un carácter más humanitario, fundándose hospitales, casas de asilo y sanatorios mentales en diversos lugares como Fez (s. VII), Bagdad (s. XII), El Cairo (S. XIII), etc.
 c) Santo Tomás de Aquino, en el siglo XIII, sostuvo que la causa de la enfermedad mental debía estar originada en problemas de naturaleza orgánica.
 d) El primer nosocomio de Europa fue fundado por el clérigo Gilabert Jofré (1350-1417) en el año 1609 en Valencia.

9. Señala la respuesta falsa:

- a) El primer nosocomio de Europa fue fundado por el clérigo Gilabert Jofré (1350-1417) en el año 1409 en Valencia.
 b) Santo Tomás de Aquino, en el siglo XIII, sostuvo que la causa de la enfermedad mental debía estar originada en las ideas demoníacas medievales.
 c) Felix Platter (1536-1614), publicó un tratado general "Praxeos Medicae" en el que combatió las ideas demoníacas medievales.
 d) Felix Platter (1536-1614), se preocupó por las clasificaciones dividiendo las enfermedades psíquicas y señalando las causas hereditarias de las mismas.

10. En la Edad Media se produce un importante retroceso en múltiples campos del conocimiento, con la renuncia de la incipiente actitud científica ante la conducta anómala, aunque hubo excepciones al pensamiento mágico, señala las afirmaciones que no corresponden a este periodo:

- a) San Agustín (354-430) creyó en la posibilidad de analizar los pensamientos, emociones y conflictos humanos a través de la introspección.
 b) Santo Tomás de Aquino, en el siglo XIII, sostuvo que la causa de la enfermedad mental debía estar originada en problemas de naturaleza orgánica.
 c) El creciente arraigo de las ideas de carácter demonológico atribuidas a estos fenómenos produjo un recrudescimiento del trato dado a los sujetos afectados, realizándose exorcismos y rituales de castigo físico con el objeto de ahuyentar la presencia del demonio se relaciona posiblemente con las crisis y la fuerte represión que sufría el campesinado, especialmente durante el siglo XIV.
 d) En torno al siglo X, comenzó a atribuirse al individuo la responsabilidad de su mal (conducta anormal) por haber realizado prácticas satánicas o mantenido relaciones voluntarias con fuerzas demoníacas.

11. En relación al renacimiento, señala la respuesta falsa:

- a) Johann Weyer, holandés (1515-1588) alzó la voz contra la persecución de brujas ha sido considerado por muchos historiadores como el padre de la psiquiatría, afirmó que el comportamiento de las brujas no guardaba relación con elementos sobrenaturales sino que se trataba de personas afligidas por desórdenes mentales.
 b) Johann Weyer trazó una línea divisoria significativa entre el ámbito médico y la teología.
 c) El filósofo español Juan Luis Vives (1492-1540) exploró la posibilidad de traer a la conciencia recuerdos traumáticos olvidados, como hará el psicoanálisis siglos más tarde, y destacó la preeminencia de la razón sobre las emociones en los procesos mentales del individuo.

- d) Paracelso (1493-1541), se alejó de las interpretaciones demonológicas de los trastornos mentales aunque sus tesis estaban contaminadas por explicaciones de carácter poco racional (p. ej., la influencia de las fases lunares o la posición de los planetas). Así mismo, destaca su apreciación de la locura como enfermedad hereditaria.

12. En la Historia de la psicopatología, señala la respuesta errónea:

- a) En los siglos XVII y XVIII, de la Ilustración, se produce el comienzo de la medicina moderna, y con ella, el intento de dar explicaciones menos axiomáticas y deterministas. Cobró importancia la idea de que las afirmaciones debían sustentarse con métodos de observación y comprobación y, por tanto, el método científico.
- b) Baruch Spinoza (1632-1677), planteó la imposibilidad de separar cuerpo y mente, influenciando con estos planteamientos muchos enfoques existentes contemporáneos de la psicología y la fisiología.
- c) En la segunda mitad de siglo XIX se sitúa el origen de los trastornos mentales en alteraciones orgánicas o cerebrales.
- d) Las dos visiones divergentes de la naturaleza de las enfermedades mentales en psicológicas y organicistas nose dan hasta bien entrado el siglo XIX.

13. En las aportaciones del siglo XIX señala la respuesta falsa:

- a) Sigmund Freud (1856-1939) apuntó únicamente a procesos íntegramente verbales en la causa de los trastornos mentales.
- b) Jean Martin Charcot (1825-1893), y Pierre Janet (1859-1947), discípulo de Charcot, supusieron un notable apoyo a la concepción psicológica.
- c) Una novedad de este siglo fue la inclusión de desórdenes mentales en los grandes manuales de la época y Griesinger introdujo en su obra de 1845 un capítulo dedicado a los niños, en el que señaló que tanto los adultos como los infantes podían estar afectados de melancolía y manía.
- d) Una novedad de este siglo es que se publicaron diversos manuales específicos que intentaron sistematizar el conocimiento y los datos existentes acerca de los problemas mentales en la infancia.

14. En la historia del siglo XX, señala la respuesta falsa

- a) Las escuelas fenomenológicas, Karl Jaspers (1883-1969) y la escuela de Heidelberg (Wilhelm Mayer-Gross, Kurt Schneider, etc.) proponen que la conducta no sería el resultado de factores ambientales o conflictos intrapsíquicos sino que se conformaría a través de la percepción del mundo que tiene el individuo y esta perspectiva subjetivista, alejada del positivismo, se caracterizó por adoptar una posición científica.
- b) Skinner (1904-1990), el conductismo contribuyó decisivamente a la consolidación de la psicología como disciplina científica.
- c) El psicoanálisis adolece de ser fuertemente acientífico. Aunque es innegable la valiosa aportación que supuso la introducción de esta nueva perspectiva íntegramente psicológica.
- d) El fenómeno de la desinstitucionalización fue promovido por la corriente antipsiquiátrica, defendida por autores como Szasz, Cooper, Laing o Foucault.

15. Las aportaciones del siglo XX a la historia de la psicopatología son todas las siguientes menos:

- a) En la primera mitad del siglo XX se produce la extensión del uso y el descubrimiento de numerosos psicofármacos.
- b) El inicio del siglo XX contribuyó a la visión contemporánea de la psicopatología infantil, la creación de medidas del funcionamiento intelectual, destacándose la prueba desarrollada por Alfred Binet en 1905 que es considerada la primera escala de inteligencia.
- c) El inicio del siglo XX contribuyó a la visión contemporánea de la psicopatología infantil, el auge de las teorías psicoanalíticas y su visión de la infancia como una sucesión de estadios hasta alcanzar el desarrollo psicosexual adulto.
- d) El inicio del siglo XX contribuyó a la visión contemporánea de la psicopatología infantil se produjo el estudio sistemático del desarrollo del comportamiento en las primeras etapas de los niños con el fin de obtener patrones evolutivos normativos con los que comparar el adecuado progreso de los mismos.

16. En el siglo XXI se producen aportaciones en todo lo siguiente menos:

- a) Los avances metodológicos (p. ej., técnicas de neuroimagen, genética molecular, modelos explicativos de ecuaciones estructurales sobre matrices de covarianzas, estudios con varianzas.
- b) El florecimiento de nuevos tratamientos (conocidos como "terapias de tercera generación" o "terapias contextuales"), o la inclusión de conceptos transdiagnóstico o condiciones etiopatogénicas como la evitación experiencial o la "hiperreflexividad" posibilitan una mayor comprensión de los trastornos de la conducta y sus relaciones mediadoras y moderadoras, etc.).
- c) Los avances en la investigación básica experimental abren el camino hacia la intelección de las distintas problemáticas y el progreso en la práctica clínica unidireccionalmente.
- d) Hay una notable revisión y actualización de los sistemas clasificatorios de la patología psiquiátrica con la consecuente matización de criterios y aparición de nuevas categorías diagnósticas.

Tema 2

17.Cuál de las siguientes afirmaciones no se considera un hito evolutivo de riesgo en la alimentación de un niño de 0 a 24 meses:

- a) Fallo crecimiento/peso.
- b) Apatía, falta de interés en la succión.
- c) Niño forzado a alimentarse.
- d) Caprichos y negativas a algunos alimentos a los 24 meses.

18. Cuáles de las siguientes afirmaciones se consideran síntomas de alarma en el desarrollo psicomotor del niño de 0 a 24 meses:

- a) A los 3 meses falta de control cefálico.
- b) A los 9 meses ausencia de sedestación sin apoyo.
- c) A los 12 meses no se pone de pie.
- d) Todas las anteriores.

19.Cuál de los siguientes hitos evolutivos no es un signo de alarma en el desarrollo del lenguaje y la comunicación en un niños de 0 a 24 meses.

- a) A los 6 meses no emite sonidos.
- b) A los 9 meses no parlotea.

- c) Entre los 10-11 meses, muestra, da, apunta.
d) A los 18 meses no emite ninguna palabra con significado.
- 20. Cuál de los siguientes hitos evolutivos no es un signo de alarma en el desarrollo afectivo-relacional en un niño de 0 a 24 meses.**
- a) A los 3 meses no hay intercambio relacional con la madre.
b) A los 6 meses ausencia de conducta anticipatoria al ser cogido.
c) A los 8-9 meses ansiedad ante extraños.
d) A los 12 meses reacciones inadecuadas ante separación o reencuentro.
- 21. Cuáles de los siguientes hitos evolutivos se consideran signos de alarma en un niños de 5 años en el desarrollo psicomotor:**
- a) No puede correr sin caerse.
b) Dibujo de la familia humana irreconocible.
c) No puede copiar un cuadrado.
d) Todos los anteriores.
- 22. Cuáles de los siguientes hitos evolutivos se consideran signos de alarma en el desarrollo del lenguaje y la comunicación en niños de 3 a 5 años:**
- a) A los 3 años mantiene balbuceo o un discurso ininteligible.
b) A los 4 años no reconoce partes de su cuerpo ni los colores.
c) A los 5 años gramática incorrecta.
d) Todas las anteriores.
- 23. De las siguientes afirmaciones cual no se considera un signo de alarma en el desarrollo cognitivo de un niños de 5 años:**
- a) Puede contar hasta 10 objetos y nombrar 4 colores.
b) No entiende órdenes complejas.
c) No puede estar concentrado en una sola actividad más de 5 minutos.
d) Problemas con el uso del baño
- 24. De las siguientes afirmaciones cual no se considera un signo de alarma en el desarrollo evolutivo de los adolescentes:**
- a) Preocupaciones hipocondriacas graves y permanentes.
b) Se cree en posesión de la verdad y actúa más que piensa.
c) Mutismo, tartamudez, ecolalias.
d) Inatención grave con gran capacidad para distraerse.

Tema 3

- 25. La patria potestad**
- a) Es un derecho universal reconocido
b) Es un derecho de los padres establecido desde la época clásica que capacita a los padres a tomar cualquier decisión sobre los hijos
c) Es un concepto, por tanto susceptible de modificarse, sujeto a la legislación de cada momento
d) Incluye necesariamente el derecho al castigo físico o a decisiones sanitarias como el cumplimiento de las campañas de vacunación.
e) Todas son ciertas
- 26. Señale la respuesta correcta. Los padres podrán imponer castigos físicos a sus hijos siempre que**
- a) No dejen marcas
b) No se les corrija en publico
c) Permita evitar un peligro puntual evidente, como cruzar una calle sin mirar.
d) Estén de acuerdo ambos padres
e) Todas son falsas
- 27. Desde el punto de vista legal, cuál de las respuestas es correcta en el caso de discrepancia entre los padres respecto a la consulta de salud mental no urgente.**
- a) El MAP puede prescribir o administrar una benzodiacepina al niño para que normalice el sueño.
b) El MAP tiene que derivar al niño a Salud Mental.
c) El psiquiatra sí que puede atender al niño aunque no el psicólogo, ante la posibilidad de que exista riesgo de enfermedad grave.
d) El psicólogo puede atender al niño ya que sus intervenciones no suponen un riesgo para el menor al no usar fármacos.
e) Todas las respuestas son incorrectas.
- 28. Menor de 12 años que a juicio de la madre presenta desde la separación de los padres sentimiento de tristeza, ansiedad, dificultad para dormir, pérdida de apetito. Las notas han empeorado aunque no parece que corra riesgo de repetir curso. El tutor ha hablado con la madre porque está preocupado. El padre rechaza cualquier tratamiento porque piensa que son invenciones de la madre.**
- a) El tutor puede exigir que el menor sea visto en Salud Mental porque peligra su evolución académica
b) La madre acude sin el menor a su MAP para solicitar consulta de salud Mental a pesar de que su pareja no está de acuerdo
c) La madre puede acudir a un juez para ser valorado el caso por un forense o por el equipo psicossocial.
d) La madre puede administrar a su hijo Valeriana u otros productos de parafarmacia para corregir el insomnio
e) C y D son correctas

29. Tom L. Beuchamp y James Childress establecieron los principios éticos más utilizados en medicina, señala la respuesta correcta:

- a) Principio de autonomía, de beneficencia, de justicia, de seguridad
- b) Principio de autonomía, de beneficencia, de no maleficencia, de justicia.
- c) Principio de autonomía, de beneficencia, de no maleficencia, de confidencialidad
- d) Principio de autonomía, de beneficencia, de equidad, de justicia.

30. La Convención sobre los Derechos de los niños, señala la respuesta falsa:

- a) Fue aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989, ratificada por el Parlamento Español en 1990.
- b) Considera que los niños tienen los mismos derechos que los adultos, y además subraya aquellos derechos que se desprenden de su especial condición de seres humanos por la circunstancia de no haber alcanzado el pleno desarrollo físico.
- c) Define al niño como todo menor de 16 años con la excepción de aquellos que legalmente hayan alcanzado la mayoría de edad.
- d) En uno de sus artículos "los Estados Partes" reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a la disponibilidad de servicios sanitarios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud".

Tema 4

31. En cuando a la red asistencial y los sistemas sanitarios y educativos, es falso que:

- a) Incluye el conjunto de dispositivos organizados para la atención a las necesidades preventivas, diagnósticas, terapéuticas, rehabilitadoras, de formación e investigación sobre la salud y la enfermedad en un contexto o territorio.
- b) La red asistencial es una red que incluye a la red sanitaria pública y la red sanitaria privada.
- c) El sistema sanitario incluye una red sanitaria pública y la red sanitaria privada.
- d) El sistema educativo incluye la red de centros educativos públicos y concertados.

32. Las asociaciones de pacientes y familiares dan respuestas complementarias, pero también sustitutivas, del sistema sanitario, señala la respuesta verdadera:

- a) Los límites entre las actividades de las asociaciones y del sistema sanitario es claro.
- b) Las asociaciones y colectivos LGTBI dan respuesta sanitaria habitualmente a los procesos de cambios de sexo.
- c) No hay zonas en España en las que la red de drogas es independiente de la red sanitaria, siendo mayoritariamente concertada con asociaciones y/o colectivos.
- d) La asistencia a afectados por VIH supuso un cambio de tendencia en la externalización del sistema sanitario para la atención a los drogadictos.

33. La enfermedad mental en la infancia y adolescencia, señala la respuesta falsa:

- a) Tiene un origen múltiple biológico (aunque hoy generalmente desconocido) y/o dinámico (psíquico/social), que suele ser de naturaleza objetiva.
- b) Afecta a las dinámicas y al comportamiento, específicamente en el sujeto afectado de forma individual y a su actividad, que puede repercutir tanto en el número de actividades como en la calidad de éstas.
- c) El proceso de enfermar provoca reacciones o repercusiones en su entorno cercano o amplio y que suelen ser el motivo de consulta, suele generar una externalización de los conflictos subjetivos.
- d) La desadaptación, disfunción, desajuste o malestar se produce en el contexto familiar o social (habitualmente escolar), y una repercusión en rendimiento general o específicamente educativo.

34. Reforma psiquiátrica. Dicha reforma ha supuesto un cambio de modelo asistencial

- a) Es el cambio de un modelo asilar a un modelo hospitalocéntrico,
- b) El asilo u hospital psiquiátrico se convierte en un espacio con múltiples servicios y actividades, al modo de pequeño mundo, cerrado y aislado del mundo exterior.
- c) El modelo asilar es un modelo en el que el paciente es un sujeto pasivo sin derechos que es cuidado por la institución para protegerle de sí mismo y para la protección de la sociedad.
- d) El modelo comunitario en el que el paciente está, permanece tanto en la familia, sociedad, escuela, etc del que proviene y en donde es atendido, como cualquier otro paciente.
- e) La reforma da un papel mucho más activo en el afrontamiento de su problema, pero también de mayor responsabilidad sobre las consecuencias de este.

35. El estigma de la enfermedad mental es un factor condicionante para la atención. Entendiendo el estigma como aquello que incluye:

- a) Un conocimiento a base de estereotipos: como una imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad con carácter inmutable.
- b) Los prejuicios, entendido como las actitudes, valoraciones o reacciones emocionales negativas que nos producen.
- c) Discriminación, como los comportamientos de rechazo, minusvaloración o desventaja social.
- d) Un mejora en la igualdad de oportunidades del paciente y de respuesta por el sistema sanitario.

36. Según el Plan de Acción de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS), señala la respuesta falsa

- a) Es un objetivo fundamental la prestación de servicios de atención social y de salud mental integrales, integrados y sensibles en entornos comunitarios.
- b) Establece un Mapa de Servicios de Salud Mental Infantil según la ESMS-R (European Service Mapping Schedule Revised) en su versión revisada.
- c) El ESMS-R categoriza los Servicios en: Información para cuidados, accesibilidad para cuidados, autoayuda y atención voluntariado, atención ambulatoria, atención de día, atención residencial.
- d) La atención ambulatoria, de día y residencial se divide en hospitalaria y no hospitalaria.

37. Los sistemas o redes básicas en la atención de los menores

- a) La red básica está formada por Educación, Servicios sociales y Sanidad.

- b) Hay muchas diferencias entre un hospital de día infanto-juvenil con profesor y un centro educativo especial con apoyo psiquiátrico.
- c) Los ámbitos de competencia y las dependencias administrativas son determinantes en la definición.
- d) Las responsabilidades de las redes profesionales son colegiadas, pero también con ciertas decisiones o ámbitos propios.

38. En relación con los profesionales de la Salud mental y su coordinación, señala la menos correcta:

- a) Se pueden producir dinámicas diferentes entre los diferentes profesionales, pudiendo existir relaciones entre profesionales distantes y sin conexión frente a otros en los que la intervención se superponga, y se trabaje de forma indiferenciada, ya que todos hacen lo mismo y con las mismas herramientas.
- b) Las dinámicas de equipo y de coordinación entre profesionales van a depender fundamentalmente de la visión, la evaluación o juicio, las actuaciones o tareas y la asunción de responsabilidades.
- c) Parece más deseable una visión más interdisciplinar que multidisciplinar.
- d) Los psicólogos son los únicos psicoterapeutas.

39. El carácter comunitario de la red psiquiátrica se basa en los siguientes principios. Señala el verdadero:

- a) Tiene una dimensión preventiva y rehabilitadora, que implica una intervención sobre las conductas de riesgo.
- b) Privilegiar la asistencia y la evaluación es un contexto neutro para paciente.
- c) El psiquiatra y el sistema sanitario es el que tiene una respuesta global.
- d) Es una respuesta centrada en los problemas o los síntomas.

40. En relación a la red asistencial de psiquiatría, señala la incorrecta:

- a) Se establece por niveles asistenciales.
- b) Hay un primer nivel universal para el 100% de la población que corresponde a los servicios de Atención Primaria, pero que incluye también la Educación y los Servicios sociales.
- c) Los gaps o brechas asistenciales, tienen que ver con identificar las poblaciones que interrumpen o que no llegan a ser atendidas por el proceso ni por el nivel que le corresponde. Pero no con la carencia de recursos.
- d) Es un punto de conflicto lo que el Pediatra (habitualmente para menores de 14 años) o Médico de Familia (habitualmente para los de 14 años o más) debe atender y qué debe ser derivado a Salud Mental.

41. Según la Organización Mundial de los Médicos de Familia (Wonca) las habilidades para las intervenciones no medicamentosas que un médico de Atención Primaria debe incluir todas menos:

- a) Ser capaz de realizar una escucha activa y habilidades interpersonales clínicas para mostrar calidez, interés, respeto, empatía y apoyo.
- b) Ser capaz de evaluar eficazmente el estado psicosocial de un paciente, por ejemplo, utilizando la técnica BATHE (Background o Antecedentes, Afecto o affect, Problemas o trouble, Manejo o handling, Empatía o empathy)
- c) Ser capaz de proporcionar psicoeducación, de enseñar técnicas de relajación y manejo del estrés y de incorporar principios de activación conductual en el plan de manejo
- d) Ser capaz de realizar tratamientos psicológicos guiados como CBT (terapias cognitivo conductuales)
- e) Ser capaz de empoderar a los pacientes para que se conviertan en mejores solucionadores de problemas

42. En relación con la coordinación de Salud Mental Infanto-Juvenil y el resto de redes. Señala la correcta:

- a) Los servicios de Drogodependencia forman parte en ocasiones de los Servicios Sanitarios
- b) La intervención de los Servicios de Protección del Menor está dirigida a asumir la guarda y custodia en los casos de sospecha de negligencia o abandono
- c) El Centro Base evalúa la minusvalía y da ayudas económicas para atender la discapacidad.
- d) Los que presentan problemáticas médicas y psiquiátricas muy importantes deben ser atendidos en Centros de Educación Especial

Tema 5

43. En relación a la evaluación y la psicometría en los niños y adolescentes, señala la respuesta incorrecta:

- a) Es importante la detección e identificación precoz mediante el uso de instrumentos o medidas validadas y adecuadas a los diferentes estadios del desarrollo
- b) Es procedente trasladar a la población infantil las prácticas y métodos evaluativos utilizados con los adultos
- c) Es preciso considerar una serie de peculiaridades que definen esta población (p. ej., la naturaleza de los cambios evolutivos, o la particular influencia de los sistemas sociales, escolares y familiares).
- d) La evaluación de los trastornos infantiles debería, en todo caso, concebirse desde una perspectiva multidimensional que contemplan métodos de evaluación de distinto destinatarios (padres, maestros, compañeros, el propio niño)

44. En la evaluación de los trastornos psicológicos en niños presenta un conjunto de connotaciones a tener en cuenta. Señala la incorrecta:

- a) La intensidad y celeridad de los cambios evolutivos.
- b) Es preciso focalizarse en la queja que el niño expresa.
- c) En la interacción confusa de variables motoras, cognitivas y fisiológicas es preciso considerar la presencia de un malestar físico.
- d) La relevancia de las variables ambientales en la explicación de los trastornos del comportamiento.
- e) La interacción de los trastornos comportamentales con variables relativas al rendimiento escolar y a la capacidad intelectual

45. Una buena evaluación debe cumplir una serie de requisitos esenciales:

- a) Ser completa y rigurosa.
- b) Ser libre y no directiva
- c) Basada en datos empíricos.
- d) Fiable.
- e) Útil para diseñar a partir de sus resultados un programa de tratamiento eficaz.

46. Los puntos que determinarían la forma concreta de llevar a cabo una evaluación serían. Señala la opción más adecuada:

- a) Naturaleza del problema, propósito de la evaluación, características del niño
- b) Naturaleza del problema, propósito de la evaluación, características del niño y de la familia, además de las características del evaluador, del contexto de evaluación y del método empleado.
- c) Naturaleza del problema, características del niño y de la familia, además de las características del evaluador, del contexto de evaluación y del método empleado.
- d) Naturaleza del problema, propósito de la evaluación, características del niño y de la familia, además de las opciones a priori del evaluador, del contexto de evaluación y del método empleado.

47. En lo que respecta a los procedimientos evaluativos, señala la respuesta falsa:

- a) Hay un continuo de "directividad" (*directness*) en los procedimientos, entre los más indirectos (basados en entrevistas y autoinformes) a los más directos (basados en observación directa de situaciones análogas o naturales).
- b) Hay cuestionarios y escalas, generales o de banda ancha ("broad band") y específicos o de banda estrecha ("narrow band"), cumplimentados tanto por adultos (padres y maestros) como por el propio niño o adolescente.
- c) Los padres y maestros constituyen a priori los mejores informantes sobre la conducta del niño, dado que son los que más tiempo permanecen con él, y son suficientes para realizar un diagnóstico.
- d) La información recogida en escalas es preciso complementarla con los datos de la entrevista clínica y de la observación directa.

48. En cuanto al análisis de las propiedades de los instrumentos, es falso que:

- a) La IER ("*Insufficient Effort Responding*") se refiere a los sujetos que responden de forma descuidada o inatenta a escalas y cuestionarios, que dan respuestas aleatorias o parcialmente aleatorias, cuyos patrones de respuesta son incoherentes (i.e., dan respuestas inesperadas) o inconsistentes, etc.
- b) En la Teoría Clásica de los Test (TCT) las características psicométricas de una prueba dependen del grupo o muestra de normalización mientras que en la Teoría de Respuesta a los Ítems (TRI) postula que las características de los ítems son específicas al ítem y se consideran invariantes entre los grupos
- c) En la Teoría de Respuesta a los Ítems (TRI) el error típico de medida (SEM, *Standard Error of Measurement*) se aplica a todas las puntuaciones de una población particular.
- d) La TRI difiere de la teoría de la teoría tradicional o "clásica" en que proporciona un modelo teórico claro que vincula las diferencias individuales en un constructo subyacente o variable latente (como podría ser, por ejemplo, la ansiedad o la depresión) a la probabilidad de las respuestas a los ítems.

49. En relación a las escalas o cuestionarios, señala la correcta:

- a) La calidad de la información suministrada por los maestros suele ser muy fiable cuando se evalúan conductas internalizadas
- b) Los maestros de educación infantil pueden ofrecer información menos detalle sobre el comportamiento del niño que maestros de niveles superiores.
- c) En general, la información proveniente de los maestros es menos fiable que la obtenida de los padres
- d) Los maestros son fuentes primordiales de información, no solo sobre el rendimiento escolar, sino también sobre el funcionamiento emocional, conductual y social de los niños y adolescentes.
- e) Las escalas y cuestionarios desarrollados para padres y maestros son intercambiables

50. Las escalas de evaluación de la conducta adaptativa (CA) constituyen un aspecto crucial en el diagnóstico de la discapacidad intelectual (DI), toda vez que las limitaciones en CA son uno de los requisitos para el diagnóstico. Señala la afirmación incorrecta:

- a) Cualquier instrumento que evalúe el nivel de CA puede ser válido para diagnosticar la discapacidad intelectual
- b) Para poder hacer comparativas es preciso el desarrollo de los datos normativos de los instrumentos
- c) En España, únicamente tenemos datos normativos para la escala ABAS-II y la DABS.
- d) El diagnóstico de DI será positivo si la persona evaluada obtiene puntuaciones por debajo de 1 desviaciones estándar en alguno de los tres dominios (conceptual, social, práctico) y en la puntuación global, teniendo en cuenta el error típico de medida

Tema 6

51. ¿Cuál de los siguientes síntomas no es típico del síndrome neuroléptico maligno (SNM)?

- a) Hipertermia maligna
- b) Alteración del nivel de conciencia
- c) Hipotonía muscular
- d) Leucocitosis
- e) Aumento de la CPK

52. ¿Cuál de las siguientes es una característica farmacocinética propia de los niños?

- a) La eliminación renal es menos eficaz que en el adulto.
- b) Tienen más agua corporal y menos tejido adiposo.
- c) Tienen una menor proporción de parénquima hepático.
- d) La capacidad metabólica en el recién nacido es mayor que en el adulto.
- e) Todas las anteriores son ciertas.

53. ¿Cuál de las siguientes reacciones no corresponde a una reacción metabólica de Fase I?

- a) Sulfatación
- b) Oxidación
- c) Reducción
- d) Hidrólisis
- e) Hidratación

54. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

- a) El sistema noradrenérgico es el de aparición más precoz.

- b) El sistema serotoninérgico interviene en los procesos de alerta, atención, memoria y cognición.
- c) Los fármacos serotoninérgicos son más eficaces en niños y adolescentes que los noradrenérgicos.
- d) La producción de dopamina en el sistema nervioso alcanza su máximo en la segunda década de la vida.
- e) El sistema glutamatérgico es el principal sistema inhibitorio del cerebro.

55. Respecto al Síndrome Metabólico es falso que:

- a) Se relaciona con el uso prolongado de antipsicóticos.
- b) Es más frecuente su aparición con el uso de antipsicóticos clásicos.
- c) Se caracteriza por obesidad abdominal, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, hipertensión e hiperglucemia.
- d) Puede desarrollar una resistencia a la insulina.
- e) El tratamiento incluye la promoción de una vida activa, dieta sana y control de tabaquismo.

Tema 7

56. Señale la respuesta incorrecta:

- a) La psicoterapia es un conjunto de métodos psicológicos orientados a desarrollar la autonomía del paciente.
- b) La psicoterapia busca entre otras cosas que el paciente consiga un conocimiento acrecentado de sí, de los demás y de la situación.
- c) Las distintas escuelas de psicoterapia se enfocan en los procesos cognitivos, emocionales, fisiológicos y comportamentales de los niños y adolescentes.
- d) La psicoterapia promueve que el niño y el adolescente adquiera la capacidad de tener emociones auténticas, expresarse libremente y de tomar decisiones de manera no compulsiva o bajo la presión del miedo.
- e) En psicoterapia se habla con el paciente para decirle lo que debe o no debe hacer, tratar de que cambie y si es necesario amonestarlo.

57. Señale la respuesta correcta:

- a) El psicoanálisis trata de averiguar dónde se reflejan los problemas en la estructura corporal del paciente.
- b) La Terapia Gestalt se centra en comprender el por qué de los conflictos.
- c) La Terapia de conducta se centra en conseguir comprender cómo experimenta el sujeto sus problemas.
- d) La Psicoterapia Integrativa es un método relacional que integra aportaciones que se han mostrado efectivas en otras técnicas de psicoterapia.
- e) La psicomotricidad es una psicoterapia que diseñó Carl Rogers y que está centrada en comprender la forma en que piensa el paciente.

58. Señale lo que no caracteriza la Técnica denominada Desensibilización sistemática:

- a) Trata de crear un contracondicionamiento.
- b) Es un método que requiere anestesiarse al paciente.
- c) Los estímulos ansiógenos se presentan de forma gradual al paciente.
- d) Previamente se entrena al paciente en relajación muscular.
- e) Durante la relajación se presentan los estímulos temidos en imaginación.

59. Señale la respuesta correcta en relación con el refuerzo positivo

- a) Consiste en dar una respuesta contingente a la emisión de una conducta que incremente la probabilidad de repetir ésta.
- b) Sirve para hacer conscientes los conflictos inconscientes.
- c) Eliminar privilegios para mejorar la conducta.
- d) Criticar al niño.
- e) Es una forma de confrontación psicodinámica.

60. Señale la respuesta incorrecta respecto a los planeamientos que hace la Teoría del Apego creada por Bowlby:

- a) Es la mejor opción para la desensibilización ante las fobias.
- b) Postula la necesidad humana universal de formar intensos vínculos de apego con otras personas.
- c) La interacción entre el niño y sus figuras de apego influye en la representación de uno mismo y de los demás.
- d) Ha modificado profundamente los constructos psicoanalíticos clásicos.
- e) Son correctas b, c y d.

61. Señale la afirmación incorrecta en relación con el Análisis Transaccional

- a) Analiza los Estados del Ego del niño y del adolescente.
- b) Analiza las relaciones del niño y adolescente con sus padres e iguales.
- c) Analiza las necesidades emocionales frustradas en el desarrollo evolutivo.
- d) Indaga las adaptaciones realizadas por el niño para adaptarse a sus carencias.
- e) Utiliza la exposición con prevención de respuesta para tratar los rituales.

62. Señale la respuesta incorrecta respecto a la utilización de Técnicas expresivas de Psicoterapia Psicodinámica:

- a) Se requiere que los niños y adolescentes tengan suficiente fuerza del Ego.
- b) Se requiere que los pacientes hayan adquirido capacidades psicológicas apropiadas a su edad evolutiva.
- c) Son adecuadas para niños con poca tolerancia a la frustración.
- d) Se requiere que el paciente disponga de prueba de realidad apropiada a la edad.
- e) Se requiere que el niño tenga buena capacidad para controlar los impulsos.

63. La exposición con prevención de respuesta es un tratamiento idóneo para reducir:

- a) Las compulsiones y rituales.
- b) El insomnio.
- c) La anorexia.
- d) La depresión.
- e) El fracaso escolar.

64. La Técnica de extinción:

- a) Es la ruptura de la relación terapéutica.
- b) Es la suspensión de las sesiones por un tiempo dado.
- c) Es retirar el refuerzo positivo específico de una conducta previamente reforzada que la mantiene.
- d) Tiene por objeto de reducir a cero la probabilidad de ocurrencia de una conducta desadaptativa.
- e) Las respuestas c y d son correctas.

Tema 8

65. En relación a las siguientes afirmaciones, señala la falsa:

- a) El Retraso mental es un concepto que no se usa en las clasificaciones internacionales y ya solo se debe utilizar el concepto de Discapacidad intelectual.
- b) La Clasificación Internacional de Funcionamiento (CIF) de la OMS no clasifica personas sino que describe la situación de cada persona dentro de un conjunto de dominios de la salud o dominios relacionados con la salud.
- c) El Retraso Mental ha tenido diversas denominaciones a lo largo de la historia: idiotismo, oligofrenia, anormalidad, deficiencia, insuficiencia, subnormalidad, etc...
- d) Su prevalencia es de alrededor de 1% en países de altos ingresos y el 2% en los países de ingresos bajos y medianos.
- e) Discapacidad intelectual se refiere a un particular estado de funcionamiento que comienza en la infancia y en el que coexisten limitaciones en la inteligencia junto con limitaciones en habilidades adaptativas.

66. En relación a las siguientes afirmaciones señala la falsa:

- a) Se puede realizar diagnóstico de retraso mental cuando hay limitaciones significativas del funcionamiento intelectual, hay limitaciones significativas de la conducta adaptativa y la edad de aparición es antes de los 18 años.
- b) Las limitaciones en el funcionamiento presente deben considerarse en el contexto de ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura.
- c) Una evaluación válida ha de tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y comportamentales.
- d) Un propósito importante para describir las limitaciones en el retraso mental es desarrollar un perfil de apoyos necesarios.
- e) En el retraso mental leve no suelen superar 2º de Enseñanza Primaria.

67. Señala la respuesta falsa en relación a las afirmaciones que la Asociación Americana de Retraso Mental (AAMR) hace sobre esta problemática:

- a) Muestra todo un paradigma específico para las personas, proporcionando los pasos oportunos para la evaluación, la clasificación y la intervención y ofreciendo instrucciones al respecto.
- b) La primera función está en relación con el diagnóstico.
- c) La función de clasificación y descripción se realiza en 5 dimensiones: Habilidades intelectuales; conducta adaptativa (conceptual, social y práctica); participación, interacciones y roles sociales; salud (salud física, salud mental, etiología); y contexto (ambientes y cultura).
- d) La tercera función hace referencia al perfil de necesidades de apoyos.
- e) Establece un CI (cociente intelectual) inferior a 60 para realizar el diagnóstico.

68. La realización de un diagnóstico etiológico en el retraso mental es muy importante:

- a) Porque siempre hay una causa que la produce.
- b) Para realizar un consejo genético.
- c) No es importante porque no tiene cura.
- d) Es importante independientemente de la causa que haya motivado el retraso.
- e) Las pruebas de Weschler son las pruebas más empleadas para realizar el diagnóstico etiológico.

69. En el tratamiento del retraso mental es cierto que:

- a) No hay tratamiento porque no tiene cura.
- b) Se debe realizar psicoterapia siempre.
- c) El tratamiento consiste en un conjunto de intervenciones desde diferentes entornos y/o ámbitos.
- d) La comorbilidad con otros trastornos psíquicos es poco frecuente.
- e) No hay diferencias sustanciales en la atención sanitaria entre sujetos con discapacidad intelectual frente a sujetos sin discapacidad.

Tema 9

70. Respecto a la dislexia es falso que:

- a) Es el trastorno de aprendizaje más frecuente en población infantil.
- b) Debe ser la primera hipótesis diagnóstica ante un problema de bajo rendimiento escolar.
- c) Se sustenta en uno o más déficits cognitivos básicos.
- d) Es un problema viso-perceptivo.

71. Los trastornos más comúnmente asociados a la dislexia son:

- a) Los Trastornos del lenguaje.
- b) El TDAH.
- c) La disgrafía.
- d) Todos ellos.

72. Respecto al abordaje de la dislexia, es falso que:

- a) Se podría prevenir si se facilitan precozmente los aprendizajes fonológicos.
- b) Tendría un efecto preventivo actuar sobre los primeros síntomas de dislexia.
- c) La atención específica en medio escolar debe aplazarse hasta el tercer curso de enseñanza primaria para asegurarse de que existe una dificultad real.

- d) En estudiantes de secundaria hay que ofrecer medidas adaptativas para mejorar su capacidad lectora y buscar estrategias alternativas

73. Para el aprendizaje de las matemáticas parecen estar implicadas habilidades como:

- a) La memoria semántica
- b) La memoria de trabajo
- c) Las habilidades perceptuales
- d) Todas ellas

74. Con la discalculia tiene una clara comorbilidad:

- a) El TDAH
- b) La dislexia
- c) El trastorno de aprendizaje de procedimientos
- d) Todas ellas

Tema 10

75. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el TDC es correcta?

- a) Se relaciona con puntuaciones obstétricas subóptimas
- b) Se asocia con afectación neurológica prenatal
- c) Se asocia con prematuridad
- d) Todas son correctas

76. Respecto a la comorbilidad del TDC, ¿cuál es la correcta?

- a) Raramente se presenta con otras dificultades asociadas
- b) No se asocia con problemas de aprendizaje
- c) Incrementa el riesgo de presentar TDAH
- d) No se asocia con los Trastornos del Espectro del Autismo

77. En relación con la Disfunción neurológica menor (DNM), es verdadero:

- a) La prevalencia de la DNM simple es menor que la de la DNM compleja
- b) La DNM simple es menos frecuente en la adolescencia que en la infancia
- c) La DNM simple nunca tiene un origen genético
- d) La DNM simple nunca tiene raíces prenatales

78. Los movimientos estereotipados:

- a) Nunca aparecen en niños sin trastornos graves del neurodesarrollo
- b) Siempre son secundarios a otras patologías
- c) Pueden ser de carácter fónico
- d) Aparecen en el 90% de los niños con Autismo

79. Respecto a las características diferenciales de las estereotipias frente a los tics, es cierto que son movimientos:

- a) descoordinados
- b) propositivos, con una finalidad
- c) suprimibles
- d) nunca resultan lesivos para el individuo

80. En el diagnóstico de las estereotipias es verdadero que:

- a) es imprescindible realizar pruebas complementarias
- b) siempre es clínico
- c) la observación clínica no es necesaria
- d) no es útil observar registros audiovisuales caseros

Tema 11

81. En relación a los trastornos de comunicación, señala la respuesta falsa:

- a) Los trastornos de la comunicación se clasifican en el DSM-5 como trastornos del desarrollo neurológico
- b) El término comunicación engloba cualquiera de los posibles sistemas empleados para intercambiar mensajes entre un emisor y un receptor, no solo mediante el lenguaje hablado, sino también mediante gestos, expresiones faciales o la postura corporal
- c) Los trastornos específicos del lenguaje y las dificultades de aprendizaje son algunos de los trastornos más prevalentes de los niños en edad escolar con una estimación de prevalencia del 7,4%
- d) En lo que se refiere exclusivamente a los trastornos fonológicos, estimaron su prevalencia en niños en edad escolar en tasas de 15,6%.

82. El trastorno del lenguaje se caracteriza por dificultades persistentes en la adquisición y uso del lenguaje en todas sus modalidades (es decir, hablado, escrito, lenguaje de signos u otro) debido a dificultades en la comprensión o la producción. Señala la afirmación incorrecta:

- a) El lenguaje receptivo se refiere a la capacidad de un individuo para comprender información lingüística
- b) El lenguaje expresivo se relaciona con la capacidad para formular y producir información lingüística.
- c) Para el diagnóstico de trastorno del lenguaje, se debe demostrar que el rendimiento lingüístico del niño está significativamente por debajo de las expectativas para su edad, en la medida en que interfiera con el funcionamiento comunicativo, social, académico y/o vocacional.
- d) El inicio de los síntomas se produce en cualquier momento del desarrollo temprano y no debe ser atribuible a un deterioro auditivo o sensorial de otro tipo, discapacidad intelectual o retraso global del desarrollo.

83. El trastorno de la comunicación implica dificultades de comprensión o de producción lingüística en uno o más de los siguientes aspectos: (a) vocabulario (conocimiento y uso de las palabras), (b) estructura de las oraciones (la capacidad de unir palabras y terminaciones de palabras para formar oraciones basándose en las reglas de la gramática y morfología), (c) deterioro del discurso (capacidad de usar vocabulario y conectar oraciones para explicar o describir un tema o serie de eventos o tener una conversación). Señala la afirmación falsa en las siguientes:

- a) Tardan en adquirir las primeras palabras y tienden a depender de palabras inespecíficas y tienen dificultades para adquirir palabras con significados abstractos, sentidos múltiples y usos figurativos.
- b) Mientras que los niños suelen producir sus primeras expresiones compuestas por varias palabras a los 18 a 24 meses, aquellos con trastornos del lenguaje no suelen hacerlo entre los 2 años y medio y los 4 años.
- c) Suelen tener dificultades en la adquisición de la morfología gramatical, los marcadores que denotan significados como el plural y las formas posesivas, pero es raro que omitan los verbos auxiliares.
- d) Al alcanzar la edad escolar muchos dominan el vocabulario básico y la estructura de las oraciones suficientes para mantener conversaciones, aunque todavía pueden cometer errores y tienen mayores dificultades que sus compañeros para producir formas complejas.

84. Trastorno fonológico, se define como una dificultad persistente en la producción fonológica que interfiere con la inteligibilidad del habla o impide la transmisión verbal de mensajes. Señala la afirmación falsa:

- a) Se caracterizan por una comprensión deficiente de los sonidos esperados para la edad de desarrollo.
- b) Para diagnosticar trastorno fonológico, es necesario determinar que el problema no es atribuible a deficiencias o anomalías en la audición o la estructura y fisiología del mecanismo del habla.
- c) el habla del niño está marcada por errores inapropiados, incluidas distorsiones de los sonidos (por ejemplo, rotacismo "ca-o" en lugar de "carro"), las omisiones de sonidos (por ejemplo, "illa" en lugar de "silla"), y las sustituciones incorrectas de un sonido por otro (por ejemplo, "lodo" en lugar de "loro").
- d) Muchas de estas distorsiones representan procesos que son habituales en el habla de niños pequeños de desarrollo típico (por ejemplo, supresiones de consonantes finales, simplificaciones de agrupamientos de consonantes), pero en las alteraciones fonológicas se producen más, con mayor frecuencia y su uso persiste más allá del período de desarrollo normal.
- e) También puede haber preferencias idiosincrásicas y/o evitación de ciertos sonidos, o procesos de simplificación de sonidos, y/o reversiones o errores de orden de los sonidos en palabras.
- f) Los trastornos fonológicos son el tipo más frecuente de problema de comunicación.
- g) Los trastornos fonológicos pueden ocurrir junto con otros trastornos o bien de forma aislada y se asocian comúnmente con trastornos específicos del lenguaje.

85. El trastorno de la fluidez (tartamudeo) de inicio en la infancia se define como alteraciones en la fluidez y en el patrón del habla, inapropiadas para la edad del individuo y persistentes a través del tiempo. Estas alteraciones se caracterizan por una marcada y frecuente aparición con una (o más) de las manifestaciones siguientes, salvo:

- a) Repetición de sonidos y sílabas
- b) Prolongación de sonidos de consonantes o vocales.
- c) Palabras fragmentadas (por ejemplo, pausas dentro de una palabra),
- d) Bloqueos audibles o silenciosos.
- e) Circunloquios.
- f) Palabras producidas con un exceso de tensión física.
- g) Repeticiones de palabras monosilábicas.
- h) Repeticiones de frases.

86. Para diagnosticar trastorno de la fluidez en los trastornos de la comunicación, es preciso lo siguiente menos:

- a) Las alteraciones deben causar además ansiedad al hablar o limitar la comunicación efectiva al repercutir en la interacción social, el rendimiento académico o laboral.
- b) El trastorno no debe ser atribuible a déficits sensoriales o motores del habla, ni a lesiones neurológicas u otras condiciones médicas y tampoco se explica por otro trastorno mental
- c) En los individuos con este trastorno, el trastorno del lenguaje y el fonológico se producen con menos frecuencia que en la población general.
- d) La tartamudez se divide habitualmente en la propia del desarrollo o adquirida.

87. En el trastorno de la fluidez en los trastornos de la comunicación, es cierto lo siguiente menos:

- a) Es más frecuente la tartamudez del desarrollo que la adquirida
- b) Afecta al 5% de los niños y con una incidencia superior en la mujer.
- c) La prevalencia en niños menores de 6 años es considerablemente mayor que en periodos posteriores de la vida.
- d) Tan solo el 1% de los casos suele persistir hasta la edad adulta
- e) En lo que respecta a la tartamudez adquirida, los datos epidemiológicos son escasos.

88. Señala lo falso en relación al Trastorno de la comunicación social (pragmático)

- a) Un cambio importante en el DSM-5 implica la distinción entre los trastornos que afectan principalmente los aspectos semánticos y sintácticos y los que afectan principalmente al aspecto pragmático del lenguaje.
- b) Los niños a los que se les diagnostica trastorno de la comunicación social pueden mostrar dificultades para iniciar y mantener una conversación, adaptar su estilo de comunicación a distintos oyentes, o pueden tener problemas para hacer inferencias.
- c) Estos problemas limitan seriamente la capacidad de desarrollar y mantener relaciones sociales.
- d) Los niños con trastorno de la comunicación social (pragmático) no tienen las habilidades de lenguaje formal intacto; es decir, el vocabulario, la morfología y la sintaxis están aproximadamente en el rango promedio

89. El trastorno de comunicación social (pragmático) se define como dificultades persistentes en el uso social de la comunicación no verbal y verbal, que se manifiesta en dificultades en lo siguiente salvo en:

- a) El uso de la comunicación para fines sociales (saludar, compartir información),
- b) La capacidad de adaptar la comunicación al contexto y a los intereses de los oyentes
- c) La habilidad para respetar y mantener los turnos durante los intercambios comunicativos.

- d) Presencia de comportamientos repetitivos y/o estereotipados
- e) Iniciar y mantener una conversación, adaptar su estilo de comunicación a distintos oyentes
- f) Inferir o extraer un juicio o conclusión a partir de hechos, proposiciones o principios, sean generales o particulares.

Tema 12

90. Las características psicopatológicas principales del trastorno del espectro autista son:

- a) Dificultades persistentes en la adquisición y uso del lenguaje
- b) Dificultades persistentes en el uso social de la comunicación verbal y no verbal
- c) Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social y patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades
- d) Ansiedad anticipatoria y síntomas conversivos

91. Durante la evaluación diagnóstica:

- a) No es necesario realizar una entrevista a la familia o cuidadores, sirve con la observación/exploración directa del menor
- b) Sólo es necesario obtener información del centro escolar
- c) Es importante obtener información de la familia y del centro escolar para presentar una visión más amplia del menor
- d) No se hace entrevista psiquiátrica, se emplean test estandarizados

92. Debe hacerse un diagnóstico diferencial con déficits sensoriales, fundamentalmente para descartar el déficit:

- a) Táctil
- b) Visual
- c) Kinestésico
- d) Auditivo

93. En la actualidad la prevalencia del TEA se sitúa en torno a:

- a) 1 caso cada 500
- b) 1 caso cada 1000
- c) 1 caso cada 10000
- d) 1 caso cada 160

94. El tratamiento del autismo, señala la respuesta falsa:

- a) Es un tratamiento multidisciplinar
- b) Se basa en una combinación de diferentes aspectos: programas intervención precoz, integración sensorial, programas educativos a nivel académico, terapia conductual, grupos de habilidades sociales, psicoeducación a los padres y familiares y tratamiento farmacológico.
- c) La estimulación temprana se da con el diagnóstico.
- d) Hay diferentes modelos de intervención temprana: modelo ABA, el modelo de Denver y el modelo DIR.

Tema 13

95. ¿Cuál de las siguientes características podrían ser consecuencias de un incorrecto diagnóstico en adolescentes con TDAH? Seleccione una:

- a) Consecuencias en el rendimiento académico
- b) Conductas delictivas y conducción temeraria
- c) Consecuencias en las relaciones sociales y familiares
- d) Todas son ciertas.

96. ¿Cuál no sería un objetivo principal en la planificación del tratamiento de los pacientes con TDAH? Seleccione una:

- a) Mejorar las habilidades de abordaje de los pacientes, padres, educadores
- b) Reducir el malestar de los profesores ante los síntomas disfuncionales del TDAH
- c) Reducir el riesgo de complicaciones.
- d) Controlar los síntomas nucleares del TDAH

97. ¿Qué tratamiento te parece menos indicado para el tratamiento del TDAH Combinado sin comorbilidades? Seleccione una:

- a) Metilfenidato
- b) Atomoxetina
- c) Risperidona
- d) a y b

98. El TDAH es más frecuente en el sexo masculino que en el femenino en, seleccione una:

- a) Solo en los adolescentes
- b) En todas las franjas de edad
- c) Sobre todo, en los que presentan predominio de inatención
- d) Ninguna de las anteriores.

99. El TDAH está reconocido en el DSM desde, seleccione una:

- a) No está reconocido por el DSM.
- b) DSM-IV
- c) DSM-II de 1968, como "reacción hiperkinética de la infancia"
- d) DSM-III de 1980

100.El TDAH tiene una prevalencia estimada en la edad infantil de, seleccione una:

- a) 0,2%
- b) 10%
- c) 1%
- d) 6%

101.El tratamiento del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad es falso todo lo siguiente menos. Seleccione una:

- a) Debe utilizarse el tratamiento farmacológico o el tratamiento cognitivo-conductual.
- b) Se basa únicamente en el uso de estimulantes.
- c) Tanto los estimulantes como la atomoxetina pueden producir aumento de la tensión arterial y de la frecuencia cardiaca, por lo que se recomienda su control.
- d) La alternativa a los estimulantes es la atomoxetina, pero solo como segunda elección.
- e) El tratamiento con estimulantes incrementa el apetito.

102.En relación con la etiopatogenia del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad es verdad todo lo siguiente menos. Seleccione una:

- a) Se relaciona con vías dopaminérgicas y serotoninérgicas.
- b) Hay mayor frecuencia de familiares con ese diagnóstico.
- c) Tiene mayor heredabilidad que otras enfermedades médicas y psiquiátricas.
- d) Se asocia a un bajo peso al nacimiento.
- e) Se relaciona con consumo de la madre de alcohol y/o tabaco durante el embarazo.

103.En relación con el diagnóstico de TDAH es falso que. Seleccione una:

- a) Es necesario realizar un TC cerebral.
- b) Es importante descartar otras enfermedades psiquiátricas y médicas antes de proceder al diagnóstico.
- c) Una herramienta útil sobre todo en la infancia son los test neuropsicológicos
- d) Es eminentemente clínico

104.Es verdad en relación con el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad todo lo siguiente menos. Seleccione una:

- a) Es más frecuente en el varón.
- b) Se presenta hasta en un 6-8% de los escolares en estudios realizados en nuestro medio.
- c) Persiste siempre en la edad adulta. Tiene un factor hereditario importante.
- d) Es más frecuente en la edad infantil.

105.Para el diagnóstico de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad es preciso todo lo siguiente menos. Seleccione una:

- a) Que se observen síntomas en los primeros años de la vida.
- b) Que exista un deterioro clínico significativo.
- c) Que persistan los síntomas 6 semanas.
- d) Tenga 6 síntomas o más en alguna de las áreas afectadas: desatención, hiperactividad/impulsividad.
- e) Que hay síntomas en varios entornos.

106.Para el diagnóstico de TDAH es necesario. Seleccione una:

- a) Las pruebas de neuroimagen funcional
- b) Las pruebas de neuroimagen estructural
- c) Todas son necesarias para un diagnóstico adecuado y de certeza.
- d) La entrevista clínica a los padres y al paciente e información de los profesores

107.Según el DSM-5 NO sería un criterio de hiperactividad e impulsividad para el TDAH. Seleccione una:

- a) Con frecuencia tiene dificultades para guardar su turno.
- b) Con frecuencia habla excesivamente
- c) Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- d) Todos son criterios de hiperactividad- impulsividad.

108.Según el DSM-5 NO sería un criterio de inatención para el TDAH. Seleccione una:

- a) Con frecuencia se le olvidan las tareas y reniega de ellas.
- b) Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas
- c) Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- d) Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente

109.Acuden a la consulta unos padres con su hijo de 8 años. Tanto ellos como los profesores están preocupados porque el niño es muy inquieto, no para en clase, siempre está molestando y no se centra ni un momento en sus tareas. Se diagnostica trastorno por déficit de atención con hiperreactividad. En lo referente a los psicofármacos ¿cuál sería su elección?

- a) Un ansiolítico de vida media corta.
- b) Un derivado anfetamínico.
- c) Un neuroléptico incisivo.
- d) Un antidepresivo.
- e) Un antiepiléptico.

110.Para el diagnóstico de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad es falso todo lo siguiente menos:

- a) Es un diagnóstico clínico.
- b) Precisa de estudios de neuroimagen con Resonancia magnética (RMN) cerebral para descartar patología neurológica.
- c) Debe siempre descartarse la existencia de un problema visual y/o auditivo
- d) Es recomendable la Evaluación del Cociente Intelectual (C.I.), especialmente cuando hay bajo rendimiento escolar.

- e) La respuesta a tratamiento estimulante no es un criterio definitivo para confirmar el diagnóstico.

111. Es verdad en relación al Trastorno por déficit de atención e hiperactividad todo lo siguiente menos:

- a) Es más frecuente en el varón.
- b) Es más frecuente en la edad infantil.
- c) Persiste siempre en la edad adulta.
- d) Tiene un factor hereditario importante.
- e) Se presenta hasta en un 6-8% de los escolares en estudios realizados en nuestro medio.

112. En relación a la etiopatogenia del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad es verdad todo lo siguiente menos:

- a) Se asocia a un bajo peso al nacimiento.
- b) Se relaciona con consumo de la madre de alcohol y/o tabaco durante el embarazo.
- c) Hay mayor frecuencia de familiares con ese diagnóstico.
- d) Se relaciona con vías dopaminérgicas y serotoninérgicas.
- e) Tiene mayor heredabilidad que otras enfermedades médicas y psiquiátricas.

113. El tratamiento del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad es falso todo lo siguiente menos:

- a) Se basa únicamente en el uso de estimulantes.
- b) El tratamiento con estimulantes incrementa el apetito.
- c) La alternativa a los estimulantes es la atomoxetina, pero solo como segunda elección.
- d) Debe utilizarse el tratamiento farmacológico o el tratamiento cognitivo-conductual.
- e) Tanto los estimulantes como la atomoxetina pueden producir aumento de la tensión arterial y de la frecuencia cardíaca, por lo que se recomienda su control.

114. Unos padres acuden a consulta preocupados por la situación de su hijo que va a repetir 4º de Educación Primaria Obligatoria (EPO). Desde que empezó en EPO ha tenido dificultades escolares, pero la profesora siempre les ha dicho que era vago pero que era capaz. En el colegio reciben quejas de su comportamiento, pero no han realizado ninguna intervención. También ha presentado problemas con los compañeros que le han rechazado por su carácter, no acepta perder, alterándose cuando no gana. Los padres se sienten culpables porque han retrasado la petición de ayuda porque cuando estaba en 3º EPO a su hermana la diagnostican una leucemia y han estado los últimos dos años centrados en su tratamiento, que ha evolucionado positivamente. Como orientarías este caso:

- a) Realizaría el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y le pondría tratamiento con metilfenidato.
- b) Analizaría la dinámica familiar para trabajar los problemas derivados de la enfermedad en la hermana y lo que esto había supuesto en el comportamiento niño.
- c) Intervendría con el colegio para que aporte información del posible acoso escolar.
- d) Pediría una analítica y pruebas complementarias para descartar patología médica.
- e) Tendría una entrevista con el niño y solicitaría información escolar.

115. Sobre el tratamiento del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad es verdad todo lo siguiente menos. Seleccione una:

- a) Una línea de tratamiento es la utilización de medicación estimulante.
- b) Se interviene en la vía dopaminérgica.
- c) Las intervenciones psicopedagógicas con el niño se deben plantear en el punto de ejecución.
- d) Es fundamental controlar la vida media de la atomoxetina para controlar la respuesta.
- e) La atomoxetina es el fármaco de primera elección cuando hay comorbilidad con Trastorno de ansiedad / Tics; hay efectos secundarios de los estimulantes (tics / labilidad afectiva), o posibilidad de abuso de sustancias.

Tema 14

116. Señale la respuesta incorrecta en relación con las distintas formas de agresividad durante el desarrollo evolutivo:

- a) La agresión reactiva se inicia antes en el desarrollo.
- b) La agresión proactiva tiene su origen en el aprendizaje social durante los años de la escuela primaria.
- c) La agresión no se aprende sólo viene determinada genéticamente.
- d) La tendencia a imitar la conducta agresiva aumenta cuando se ve que la agresión se recompensa.
- e) Se imita la conducta agresiva cuando va acompañada de ninguna consecuencia evidente.

117. Señale la respuesta incorrecta en relación con las distintas formas de agresividad durante el desarrollo evolutivo:

- a) Observar un castigo puede ser igual de efectivo que experimentarlo directamente.
- b) La educación sólo se puede conseguir mediante castigos físicos.
- c) La agresión instrumental dirigida a obtener objetos se reduce a partir de los 6-7 años.
- d) Por encima de los 6-7 años se desarrollan formas de comportamiento vengativo ante amenazas a la autoestima.
- e) En la adolescencia se observan conflictos para establecer o mantener el dominio social.

118. El Trastorno negativista desafiante se caracteriza por los siguientes síntomas:

- a) A menudo pierde la calma.
- b) Discute a menudo con los adultos.
- c) A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad.
- d) Todas las anteriores.
- e) Ninguna de las anteriores.

119. Entre los factores de riesgo ambientales del Trastorno negativista desafiante se encuentra:

- a) Actitud protectora por parte de los padres.
- b) El trato severo en la crianza.
- c) El trato inconstante.
- d) Las respuestas b y c.
- e) Las respuestas a, b y c.

120. En el Trastorno Negativista Desafiante:

- a) Las reprimendas y castigos pueden convertirse en una forma de estimulación sustitutiva.
- b) El negativismo es una manifestación tardía.
- c) El desafío se limita a los compañeros del colegio.
- d) Siempre se acompaña de trastornos de la alimentación.
- e) Nunca duermen bien.

121. Señale la respuesta incorrecta. El tratamiento del Trastorno negativista desafiante se caracteriza por:

- a) Estrategias de control de la ira.
- b) Explorar sentimientos de ira y búsqueda de formas de expresión alternativas.
- c) Ser esencialmente farmacológico.
- d) Estrategias de autocontrol: respiración, conexión sensorial, ejercicio, etc.
- e) Refuerzos positivos condicionales.

122. En el subtipo de Trastornos de conducta con Emociones prosociales limitadas se dan las siguientes características menos una. Señale la incorrecta:

- a) Falta de remordimientos o culpabilidad
- b) Altruismo.
- c) Insensibilidad carencia de empatía
- d) Despreocupación por el rendimiento académico.
- e) Afecto superficial o deficiente

123. Entre los factores de riesgo ambientales del Trastorno de conducta se encuentran los siguientes:

- a) Pautas de disciplina incoherentes por parte de la familia.
- b) Supervisión cuidadosa por parte de los padres.
- c) Disciplina adecuada a las necesidades del niño.
- d) Respuestas b y c.
- e) Respuestas a, b y c.

Tema 15

124. Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta con respecto a las tendencias de consumo de sustancias en los últimos años, entre los adolescentes de 14-18 años escolarizados en España, según la encuesta ESTUDES del Observatorio Español sobre Drogas?

- a) Ha disminuido el consumo de todas las sustancias.
- b) Ha disminuido el consumo de alcohol y tabaco, pero ha aumentado el de sustancias ilegales.
- c) Ha aumentado el consumo de cannabis considerablemente
- d) Hay un aumento del consumo de alcohol y cannabis

125. Cuál de los siguientes factores constituye un factor de riesgo para desarrollar problemas relacionados con el uso de sustancias?

- a) Tener amigos que consumen sustancias
- b) Tener varios familiares con un trastorno por consumo de sustancias
- c) Tener problemas con los estudios
- d) Todas son ciertas

126. Según estudios epidemiológicos sobre comorbilidad psiquiátrica en el adolescentes, ¿qué trastornos del eje I de inicio en la infancia se asocian más frecuentemente con los TUS?

- a) Los trastornos de conducta
- b) Los trastornos de ansiedad
- c) Los trastornos de personalidad
- d) A y C son ciertas.

127. Con respecto a los tratamientos de psicoterapia en los adolescentes con TUS:

- a) Las técnicas conductuales no son de gran utilidad.
- b) Unas de las técnicas que han demostrado mayor evidencia científica son las cognitivo- conductuales
- c) La terapia familiar es altamente recomendable en la mayoría de casos
- d) B y C son correctas

128. Se habla de abuso de una sustancia

- a) Se produce un impacto en la salud y en la vida social del individuo
- b) El uso se vuelve compulsivo y la vida del individuo se va organizando en torno a la necesidad
- c) No se puede dejar de consumir una sustancia porque se presentarían síntomas físicos y/o psicológicos desagradables.
- d) Se consume una sustancia en mucha cantidad, aunque no genere problemas

Tema 16

129. ¿Cuál de los siguientes trastornos de ansiedad es menos probable que se inicie en la infancia?

- a) Trastorno de ansiedad de separación
- b) Trastorno de ansiedad generalizada
- c) Trastorno de angustia
- d) Fobia social
- e) Mutismo selectivo

130. De los siguientes síntomas, ¿cuál podría presentar un niño con trastorno de ansiedad generalizada?

- a) Inquietud
- b) Fatiga fácil
- c) Dificultad para concentrarse
- d) Irritabilidad
- e) Todas las anteriores

131. ¿Cuál de los siguientes miedos no sería característico de un trastorno de ansiedad de separación?

- a) Temor a ser secuestrado
- b) Miedo a la evaluación externa
- c) Miedo a estar sólo en casa u otros lugares
- d) Temor a la muerte o enfermedad de las figuras de apego
- e) Pesadillas repetidas acerca del tema de la separación

132. Indique cuál de las siguientes asociaciones no es verdadera:

- a) Miedo a dormir fuera de casa – Fobia específica
- b) Miedo ser secuestrado – Trastorno de ansiedad de separación
- c) Miedo ante situaciones que impliquen una evaluación externa – Fobia social
- d) Aparición súbita de miedo o malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos - Trastorno de pánico
- e) Ausencia persistente del habla en una situación social – Mutismo selectivo

133. Indique qué estrategia forma parte de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos de ansiedad:

- a) Comprender la interrelación pensamiento-emoción-conducta
- b) Entrenamiento en técnicas de relajación
- c) Modelado
- d) A y B son correctas
- e) A, B y C son correctas

Tema 17

134. ¿Cuál es el tipo de actos compulsivos más frecuentes en los adolescentes con trastorno obsesivo compulsivo?:

- a) Comprobación
- b) Rituales de limpieza
- c) Acciones repetidas un determinado número de veces
- d) Contar objetos o realizar cálculos matemáticos
- e) Ritual del orden

135. El trastorno obsesivo compulsivo en la edad infanto-juvenil se caracteriza por:

- a) Las obsesiones con frecuencia no asocian compulsiones
- b) Mayor frecuencia de obsesiones en relación con la agresividad
- c) Mayor respuesta al tratamiento farmacológico
- d) Inicio brusco de los síntomas
- e) Las compulsiones preceden a las obsesiones

136. En relación con la Tricotilomanía en la edad infanto-juvenil es cierto que:

- a) En la infancia predomina en varones
- b) El inicio temprano responde peor al tratamiento
- c) El inicio en la adolescencia asocia mayor cronicidad
- d) Rara vez se asocia a otras patologías psiquiátricas
- e) El tratamiento de elección son los ISRS

137. En el trastorno de acumulación:

- a) Los síntomas aparecen a edades muy tempranas
- b) Frecuentemente asocia obsesiones y rituales
- c) Los síntomas son egodistónicos
- d) Se acumulan objetos por temor a perderlos o por apego emocional
- e) Todas son ciertas

138. En relación con el trastorno por excoriación es falso que:

- a) Se suele iniciar en la adolescencia
- b) Las lesiones se centran en un área específica
- c) Afecta sobre todo a las mujeres
- d) El tratamiento de elección son los antipsicóticos
- e) Hay que descartar comorbilidad con depresión mayor

Tema 18

139. Para realizar el diagnóstico de los trastornos del estado de ánimo es necesario:

- a) Realizar únicamente pruebas de imagen
- b) Con una analítica solicitando hemograma bastaría
- c) Realizar una historia clínica detallada y explorar el estado mental
- d) Ninguna de las anteriores

140. ¿Cuál es el principal factor etiológico del Trastorno Bipolar?

- a) Alteración en la hormona del crecimiento
- b) Factor genético
- c) Cambios en la corteza prefrontal
- d) Alteración en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal

141. ¿En qué se diferencia el Trastorno Depresivo infantil del Trastorno Depresivo del adulto?

- a) El trastorno depresivo infantil presenta más síntomas melancólicos.
- b) El trastorno depresivo infantil cursa más frecuentemente con sintomatología psicótica.
- c) En el trastorno depresivo infantil hay más intentos de suicidio
- d) El trastorno depresivo infantil presenta más frecuentemente irritabilidad.

142. ¿Cómo se manifiesta el Trastorno Depresivo?

- a) Con síntomas afectivos
- b) Con síntomas cognitivos
- c) Con síntomas somáticos
- d) Todas las anteriores son ciertas

143. ¿Cómo se denomina al episodio caracterizado por humor eufórico o irritable, donde existe una gran actividad física y mental y hay disminución de las horas del sueño:

- a) Episodio depresivo
- b) Episodio maniaco
- c) Episodio hipomaniaco
- d) b y c son correctas

144. ¿Cuál es el Trastorno más comórbido en el Trastorno Bipolar en infancia y adolescencia?

- a) Trastorno negativista desafiante
- b) Trastorno de ansiedad
- c) Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)
- d) Abuso de sustancias

145. Después de la pubertad el riesgo de depresión es más frecuente:

- a) En el sexo femenino
- b) En el sexo masculino
- c) no se han realizado estudios epidemiológicos sobre esta cuestión
- d) Es igual en ambos sexos

146. ¿Cuáles son los fármacos antidepresivos más usados en el tratamiento de los trastornos depresivos?

- a) Antidepresivos tricíclicos
- b) Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)
- c) Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRSN)
- d) Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs)

147. ¿Qué caracteriza a la etiología del trastorno depresivo?

- a) Es únicamente biológica
- b) Es únicamente ambiental
- c) Es multifactorial
- d) Es únicamente sociocultural

148. ¿Cuál es el primer abordaje que hay que realizar para controlar un episodio maniaco?

- a) Abordaje farmacológico
- b) Abordaje psicoterapéutico
- c) Homeopatía
- d) Terapia Electro-Convulsiva

149. Se debe realizar el diagnóstico diferencial de los Trastornos depresivos con:

- a) Discapacidad intelectual
- b) Disforia de género
- c) Trastorno del espectro del autismo
- d) Tristeza normal

150. Que manifestaciones clínicas presenta la hipomanía:

- a) Las mismas que la manía pero se diferencian en el tiempo de duración y en la repercusión funcional.
- b) Las mismas que el episodio depresivo pero se diferencian el tiempo de duración y en la repercusión funcional.
- c) El episodio hipomaniaco es más grave que el episodio maniaco.
- d) Ninguna es verdadera.

151. Después de la pubertad el riesgo de depresión es más frecuente:

- a) En el sexo femenino
- b) En el sexo masculino

- c) no se han realizado estudios epidemiológicos sobre esta cuestión
- d) Es igual en ambos sexos

152. ¿Qué diferencia al trastorno bipolar en la infancia y adolescente del trastorno bipolar del adulto?

- a) Existen más fugas de ideas
- b) La euforia es más frecuente
- c) Presentan más frecuentemente síntomas psicóticos
- d) Ninguna es verdadera

153. En el caso de un adolescente con depresión leve cual es el tratamiento de primera elección:

- a) Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): Fluoxetina
- b) Psicoterapia
- c) Antidepresivos tricíclicos
- d) Tratamiento combinado: Fluoxetina+Psicoterapia

154. ¿En que se diferencia la hiperactividad presente en el TDAH de la del Trastorno Bipolar?

- a) Es imposible diferenciarlas.
- b) La hiperactividad del TDAH no tiene ninguna finalidad y la del trastorno bipolar sí.
- c) La hiperactividad del trastorno bipolar no tiene ninguna finalidad y la del TDAH sí.
- d) No existe hiperactividad en ninguna de esas patologías.

155. ¿Qué antipsicótico está aprobado por la FDA para poder tratar el trastorno bipolar en niños?

- a) Risperidona.
- b) Aripiprazol.
- c) Las respuestas a y b son correctas.
- d) Ninguno, solo hay antipsicóticos aprobados para tratar el trastorno bipolar en adolescentes

156. Se debe realizar el diagnóstico diferencial de los Trastornos depresivos con:

- a) Discapacidad intelectual
- b) Disforia de género
- c) Trastorno del espectro del autismo
- d) Tristeza

Tema 19

157. ¿A qué autor se le reconoce el uso del vocablo “psicosis” para definir enfermedad?

- a) Freud
- b) Kraepelin
- c) Platón
- d) Feuchtersleben

158. Las características psicopatológicas principales de las “psicosis” son 2:

- a) Hipotimia y anhedonia
- b) Euforia y megalomanía
- c) Delirios y alucinaciones
- d) Ansiedad anticipatoria y síntomas conversivos

159. Comparado con los adultos:

- a) Los adolescentes tienen más alucinaciones y menos delirios
- b) Los adolescentes tienen más delirio persecutorio
- c) Los adolescentes tienen mayor incidencia global de psicosis
- d) En la edad infanto-juvenil es más frecuente en mujeres que en varones

160. Si tienes un familiar de primer grado afecto de psicosis:

- a) Se descarta la probabilidad de padecerla nadie más de la familia
- b) Sólo se ha demostrado aumento de incidencia en gemelos
- c) Tienes más probabilidad de padecer psicosis que la población general
- d) La genética es la única causa probada para la génesis de la esquizofrenia

161. Dentro de la EVALUACIÓN y ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA

- a) No es necesario preguntar ningún dato a los padres, sirve con la observación/exploración directa del menor
- b) Sólo hay que preguntar al profesorado, al fin y al cabo, pasa más horas en el centro escolar que en casa
- c) Es importante obtener información de la familia y del centro escolar para presentar una visión más amplia del menor
- d) No se hace entrevista psiquiátrica: nos basamos para su diagnóstico en test autoaplicados

162. Para realizar el DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA PSICOSIS tenemos que pensar en

- a) Enfermedades del sistema nervioso
- b) Fármacos que pueda estar tomando el menor
- c) Enfermedades sistémicas
- d) Todas las anteriores

163. Hablamos de EPISODIO PSICÓTICO BREVE cuando

- a) No existen alucinaciones francas
- b) No existen delirios francos
- c) Duración de más de 1 día e inferior a 1 mes
- d) Duración de más de 1 mes pero inferior a 6 meses

164. En lo que respecta al uso de psicofármacos en menores

- a) No está aprobado ningún fármaco para la psicosis en menores
- b) Se dan fármacos distintos que para los adultos en estos casos
- c) Desde la década de los 70 esta situación ha cambiado, ha aumentado la investigación en psiquiatría infantil y también los ensayos clínicos con psicofármacos en niños.
- d) Los antipsicóticos en menores se administran a dosis más altas que en adultos por su rápida metabolización

165. Psicoterapia en menores afectos de Esquizofrenia

- a) Las intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales están recomendadas en pacientes en edad infanto-juvenil con esquizofrenia de inicio temprano
- b) La terapia Cognitivo-conductual no se encuentra aceptada como una intervención efectiva en la mejora de la adherencia y disminución de las recaídas de los pacientes.
- c) La aplicación precoz de la rehabilitación cognitiva puede permitir beneficios funcionales a largo plazo.
- d) A y C son ciertas

166. Cuál de estas premisas es cierta respecto a los factores pronósticos de la esquizofrenia

- a) Cumplimiento terapéutico e insight clínico. Es el factor más importante sin duda, y para favorecer la adherencia terapéutica.
- b) A menor número de recaídas, empeora el pronóstico
- c) El pronóstico mejora cuanto más individual y menor contacto con la familia y/o grupo primaria de apoyo tiene el paciente
- d) El consumo de tóxicos no tiene importancia sustancial en el pronóstico de la enfermedad

Tema 20

167. ¿Cuál de las siguientes alteraciones de la alimentación no se considera un trastorno mental?

- a) Pica
- b) Anorexia Nerviosa
- c) Trastorno de rumiación
- d) Obesidad

168. ¿En cuál de los siguientes trastornos de la alimentación es característica la alteración en la percepción de la imagen corporal?

- a) Pica
- b) Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos
- c) Anorexia Nerviosa
- d) Dismorfofobia

169. ¿Cuál de los siguientes signos no es propio de la bulimia?

- a) Dilatación abdominal
- b) Signo de Russell
- c) Alteraciones dentarias
- d) Frialdad en extremidades

170. ¿Cuál de las siguientes pruebas complementarias no estaría indicada en el estudio inicial de la anorexia nerviosa?

- a) Electrocardiograma
- b) Hemograma
- c) Resonancia Magnética Nuclear
- d) Análisis de orina

171. ¿Cuáles son los trastornos que se presentan más frecuentemente asociados a la pica en la infancia y adolescencia?

- a) Trastorno negativista desafiante y trastorno por déficit de atención con hiperactividad
- b) Trastorno de ansiedad y tricotilomanía
- c) Trastorno del espectro autista y discapacidad intelectual
- d) Abuso de sustancias y discapacidad intelectual

172. En la etiopatogenia de los trastornos de la alimentación que factores están implicados:

- a) Factores socioculturales
- b) Factores biológicos
- c) Factores psicológicos
- d) Todos son correctos

173. ¿En cuál de los siguientes cuadros no pensarías al hacer el diagnóstico diferencial de la anorexia nerviosa?

- a) Hipertiroidismo
- b) Depresión
- c) Obesidad
- d) Bulimia nerviosa

174. ¿Cuál de los siguientes procedimientos tiene más valor para la evaluación de los trastornos de alimentación?

- a) EDI
- b) Estudio Endocrino
- c) Entrevista clínica
- d) Estudio genético

175. ¿Cuál de estos abordajes de tratamiento se recomienda de forma habitual en los trastornos de la alimentación?

- a) Homeopatía
- b) Comas Insulínicos
- c) Psicoeducación
- d) Terapia Electro Convulsiva

176. ¿Cuál de los siguientes trastornos es frecuente que curse con sobrepeso?

- a) Anorexia nerviosa
- b) Trastorno de evitación/restricción de alimentos
- c) Bulimia nerviosa
- d) Trastorno de rumiación

Tema 21

177. La secuencia habitual en la adquisición del control de la excreción es:

- a) control anal diurno, control anal nocturno, control vesical diurno y control vesical nocturno.
- b) control anal nocturno, control anal diurno, control vesical diurno y control vesical nocturno.
- c) emisión de orina al menos 5 veces a la semana durante 3 meses consecutivos con una edad mínima de 3 años o equivalente.
- d) control anal nocturno, control vesical nocturno, control anal diurno y control vesical diurno.

178. Siguiendo los criterios DSM-5, la enuresis se define como:

- a) emisión de orina al menos 2 veces a la semana durante 3 meses consecutivos con una edad mínima de 5 años o equivalente.
- b) emisión de orina al menos 3 veces a la semana durante 2 meses consecutivos con una edad mínima de 5 años o equivalente.
- c) emisión de orina al menos 5 veces a la semana durante 3 meses consecutivos con una edad mínima de 3 años o equivalente.
- d) emisión de orina de al menos 2 veces a la semana durante 2 meses consecutivos con una edad mínima de 2 años o equivalente.

179. Sobre la etiopatogenia de la enuresis, señale la FALSA:

- a) Existen diferencias significativas en la arquitectura del sueño de los niños enuréticos y no enuréticos.
- b) Los factores genéticos tienen gran importancia.
- c) Hasta uno de cada 3 niños enuréticos puede presentar antecedentes de retraso del lenguaje.
- d) Siempre hay que descartar que sea debida a fármacos.

180. ¿En cuál de los siguientes casos estaría indicado realizar un estudio urodinámico?:

- a) Niño de 7 años con enuresis nocturna primaria.
- b) Niña de 8 años con ansiedad y enuresis diurna de 1 mes de evolución.
- c) Niño de 12 años con enuresis nocturna y diurna (mixta).
- d) Niña de 6 años con discapacidad intelectual moderada con enuresis y encopresis primarias.

181. ¿Cuál de los siguientes fármacos no se utiliza en el tratamiento de la enuresis?

- a) Desmopresina sublingual
- b) Oxibutinina
- c) Antidepresivos tricíclicos
- d) Fármacos diuréticos

182. Las formas más frecuentes de aparición de los trastornos de la excreción son:

- a) enuresis nocturna primaria y encopresis nocturna primaria.
- b) enuresis nocturna primaria y encopresis diurna primaria.
- c) enuresis diurna secundaria y encopresis diurna secundaria.
- d) enuresis nocturna primaria y encopresis diurna secundaria.

183.7) La encopresis se define como:

- a) emisión voluntaria de heces.
- b) emisión voluntaria o involuntaria de heces.
- c) rebosamiento de heces.
- d) es sinónimo de estreñimiento.

184.8) La encopresis se clasifica en:

- a) primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria.
- b) primaria, secundaria, estreñimiento y diarrea.
- c) primaria, secundaria, retentiva y no retentiva.
- d) primaria, secundaria, con rebosamiento y encopresis con estreñimiento.

185. Para el diagnóstico de encopresis, ¿cuál de las siguientes no es necesaria?:

- a) exploración física.
- b) valoración del desarrollo.
- c) anamnesis.
- d) coprocultivo.

186. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta sobre la encopresis?:

- a) La mayoría de los niños mejoran con laxantes.
- b) La mayoría de los niños mejoran con intervenciones conductuales sencillas que incluyan componente educativo, conductual y fisiológico.
- c) La mayoría de los niños mejoran con fármacos astringentes.
- d) La mayoría de los niños no mejoran con intervenciones conductuales sencillas que incluyan componente educativo, conductual y fisiológico.

Tema 22

187. ¿Cuál de las siguientes es una característica central del trastorno de insomnio?

- a) Estado de ánimo deprimido.
- b) Insatisfacción con la cantidad o calidad del sueño.
- c) Fatiga durante el día.
- d) Conductas anormales durante el sueño.

188. ¿Cuál de los siguientes se produce durante el sueño REM?

- a) Terrores nocturnos.
- b) Despertares confusionales.
- c) Trastorno de pesadillas.
- d) Apnea e hipopnea obstructiva del sueño.

189. Señale la opción falsa:

- a) El síndrome de fase de sueño retrasada, parece estar relacionado con los cambios endocrinos que conlleva la pubertad.
- b) El sonambulismo es una Parasomnia NoREM del sueño profundo, con transición a la fase REM.
- c) Existen antecedentes familiares en 60% de los casos de pesadillas y sonambulismo.
- d) Los terrores nocturnos son parasomnias REM, de los que se puede realizar un relato estructurado.

190. ¿Cuál es un tipo de trastorno del despertar del sueño NO REM?

- a) Apnea e hipopnea obstructiva del sueño.
- b) Trastorno de pesadillas.
- c) Terrores nocturnos.
- d) Trastorno del comportamiento del sueño REM.

191. Señale la falsa:

- a) La hipertrofia amigdalor y adenoidea, predisponen a presentar SAHS.
- b) La edad de comienzo más habitual de la narcolepsia, es la adolescencia y el comienzo de la edad adulta.
- c) El despertar confusional es una Parasomnia REM que aparece más frecuentemente entre los 3 y los 6 años.
- d) La somnolencia suele darse en la fase IV del sueño NREM.

192. Indique la opción falsa:

- a) La edad típica de aparición del trastorno por movimientos rítmicos es entre los 8 y 24 meses.
- b) Existe una elevada comorbilidad entre las parasomnias.
- c) Existe suficiente experiencia clínica y estudios sobre los fármacos en el insomnio del niño y adolescente.
- d) Muchas de las causas de los problemas que aparecen en el sueño en la etapa infanto-juvenil, suelen estar en la interacción padre-hijos.

Tema 23

193. ¿Cuál de los siguientes NO se considera un factor de riesgo individual para el desarrollo de trastorno por somatización:

- a) Mayor atención a las sensaciones físicas
- b) Personalidades meticulosas, vulnerables, sensibles y ansiosas.
- c) Preocupaciones particulares sobre las relaciones entre iguales.
- d) Estresores vitales (por ejemplo, el colegio, las ridiculizaciones o el acoso escolar)
- e) Todas son ciertas

194. En cuál de las siguientes situaciones debe sospechar que estamos ante un cuadro de somatización:

- a) Existe una coincidencia temporal entre la aparición de los síntomas físicos y estresores psicosociales.
- b) Existe simultáneamente un trastorno psiquiátrico.
- c) La severidad y discapacidad asociada al síntoma no se asocia a ningún cuadro conocido.
- d) A y C son correctas
- e) Todas son correctas

195. Para realizar una adecuada evaluación de un Trastorno por somatización es necesario realizar:

- a) Resonancia Magnética Cerebral
- b) Análisis de la dinámica familiar y asistencia escolar
- c) Historia clínica y psiquiátrica detallada
- d) Todas son correctas
- e) B y C son correctas

196. Esta indicado realizar diagnóstico diferencial del trastorno somatomorfo ¿con cuál de los siguientes trastornos psiquiátricos?

- a) Trastorno de ansiedad por separación
- b) Fobias
- c) Trastorno depresivo
- d) A y B son correctas
- e) Todas son correctas

Tema 24

197. En relación a la historia y epidemiología del apego, señala lo verdadero:

- a) La capacidad innata del bebé para apegarse está determinada por factores ambientales.
- b) Las experiencias internas que activan el sistema de apego son la ansiedad o el miedo.
- c) Durante el embarazo, el contenido de la relación para el bebé en gestación es exclusivamente sensorial y este lo va almacenando en su memoria explícita.
- d) René Spitz se convirtió en el pionero del estudio y fundador de la teoría del apego.

198. Definición y diagnóstico de apego reactivo, señala la respuesta verdadera:

- a) Alteraciones en el patrón de comportamiento, interacción activa con adultos extraños que presenta dos o más características.
- b) Disposición a irse con adultos extraños.
- c) Excesivamente familiar comportamiento verbal o físico.
- d) Mínima reacción social y emocional con los demás.

199. Etiopatogenia y bases neurobiológicas

- a) La memoria implícita es la memoria de los recuerdos, también llamada narrativa.
- b) La memoria implícita es la más importante en la infancia temprana.
- c) El exceso de cortisol tiene una acción protectora sobre la región del hipocampo.
- d) La impronta dejada por los malos tratos es totalmente irreversible.

200. Tratamiento y abordaje del trastorno de apego

- a) La duración del tratamiento psicoterapéutico de los trastornos del apego es ilimitada.
- b) Un aspecto relevante de la metodología utilizada es el enfoque no directivo del terapeuta.
- c) La caja de arena o sandplay es una técnica excepcionalmente utilizada en la terapia de trastornos del apego.
- d) El soporte teórico para comprender el modelo terapéutico-educativo propuesto por Barudy y Dantagnan está basado en el concepto de resiliencia.

201. ¿Qué dos tipos de presentaciones puede mostrar el trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez? Señale la respuesta correcta:

- a) internalizado y externalizado
- b) primario y secundario
- c) activo y pasivo
- d) inhibido y desinhibido
- e) ninguna de las opciones anteriores

202. El inicio del Trastorno de apego reactivo suele aparecer: Señale la respuesta correcta:

- a) las primeras semanas de vida
- b) antes de los 2 meses de edad
- c) antes de los 8 meses
- d) antes de los 5 años
- e) antes de la preadolescencia

203. Una crianza claramente patológica del niño... Señale la respuesta correcta:

- a) determina el desarrollo del trastorno reactivo de la vinculación
- b) incrementa el riesgo de desarrollar un trastorno reactivo de la vinculación
- c) no influye en el desarrollo del trastorno reactivo de la vinculación
- d) disminuye el riesgo de desarrollar un trastorno reactivo de vinculación
- e) ninguna de las opciones anteriores.

204. La técnica de la situación extraña diseñada por Mary Ainsworth para investigar el apego en los primeros años de vida... Señale la respuesta correcta:

- a) Se emplea de forma rutinaria en el diagnóstico los trastornos de apego.
- b) Se emplea en niños con el lenguaje adquirido.
- c) Permite clasificar la relación de apego en cuatro grandes categorías.
- d) Ha sido muy útil en la investigación del desarrollo del apego.
- e) En el tipo de apego seguro el niño mostraba malestar al volver a reunirse con el cuidador principal.

205. En relación a la comorbilidad del Trastorno de apego reactivo: Señale la respuesta falsa:

- a) La adversidad severa en la infancia parece aumentar el riesgo para muchas psicopatologías.
- b) Los rasgos autísticos presentes en algunos casos de Trastorno de apego reactivo, evolucionan de forma irreversible aún en entornos apropiados con las figuras vinculares adecuadas.
- c) Algunos trastornos comórbidos descritos son el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, Trastorno límite de personalidad y Trastorno de conducta.
- d) En el Trastorno de comportamiento, el tipo de apego inseguro incrementaría el riesgo, aunque ni es necesario ni suficiente.
- e) En el Trastorno límite de personalidad, según la perspectiva del estudio del apego, el patrón de autorregulación que hubiera derivado de un apego seguro, no ha podido establecerse.

Tema 25

206. Di la respuesta más inapropiada en relación a los trastornos adaptativos:

- a) Todas las personas, en algún momento de su vida, se enfrentan a algún evento estresante
- b) En la mayoría de estos sucesos no es necesario un diagnóstico psiquiátrico, pueden causar un intenso malestar e interferencias en las actividades cotidianas que, en ocasiones, requieren de cierta atención médica.

- c) No todo el mundo sabe cómo reaccionar ante estos eventos y mucho menos durante la infancia o la adolescencia, puesto que los factores de estrés dependen, en gran medida, del aprendizaje y abordaje de experiencias previas, habilidades sociales y componentes personales condicionados por el entorno próximo
- d) Actualmente existen tratamientos protocolizados

207. En relación a los trastornos adaptativos señala la respuesta falsa

- a) El término TA no fue incluido hasta la novena edición de la CIE (WHO, 1979) como una "reacción psicógena", ni en el DSM hasta su tercera edición (APA, 1980)
- b) DSM-IV (APA, 1994) el TA dejó de enfocarse como un trastorno transitorio y comenzó a contemplarse como una "señal de aviso" que daría paso a otros trastornos crónicos, siendo reconceptualizado como un "síndrome de respuesta al estrés"
- c) El DSM-5 (APA, 2014) no se presenta el TA con un código o categoría general, sino que depende del cuadro clínico y de la persistencia de la patología que lo acompaña.
- d) Hay diferencias conceptuales en las clasificaciones DSM y CIE pero en ambas se exige que no exceda de 12 meses

208. En relación a los criterios de exclusión para un trastorno adaptativo salvo:

- a) Previamente debe haberse descartado la existencia de un posible trastorno mental y reacción "exagerada" de duelo
- b) Se excluyen acontecimientos estresantes de carácter extremo que puedan desencadenar la aparición de otro tipo de trastorno asociado a largo plazo.
- c) En la CIE-10 no se incluyen situaciones de "shock cultural", reacciones de duelo normalizadas y la hospitalización en niños
- d) En CIE 10 se excluyen el trastorno de ansiedad por separación en la infancia en CIE 10

209. En relación a la comorbilidad y al diagnóstico diferencial de los Trastornos adaptativos es con los siguientes trastornos salvo:

- a) Los TA pueden diagnosticarse junto a otros trastornos, siempre que estos últimos no incluyan los síntomas característicos de la reacción al estrés
- b) Hay que hacer diagnóstico diferencial con el Trastorno por estrés postraumático y Trastorno de estrés agudo
- c) Existe baja comorbilidad con trastornos somáticos y mentales
- d) Y con el duelo, cuando pasados los 12 meses sigue persistiendo ese cuadro clínico o empeora, el diagnóstico más apropiado sería el de Trastorno de Duelo Complejo Persistente.

210. El tratamiento en los trastornos adaptativos

- a) La medicación puede ser necesaria en algunos pacientes con síntomas muy intensos
- b) Existe un consenso sobre el tratamiento más eficaz y recomendable
- c) La psicoeducación está indicada y su objetivo principal es informar y hacer consciente al paciente del trastorno existente y de cómo superarlo progresivamente
- d) Las técnicas para el manejo de la ansiedad permiten al menor controlar sus preocupaciones y miedos a través de elementos de distracción y de sustitución del pensamiento, entre otras, mediante el cuestionamiento de sus bases lógicas para sustituirlas por otras más racionales

Tema 26

211. Un niño de 6 años viajaba con su padre en el coche cuando sufrieron un importante accidente en el que falleció el ocupante del otro vehículo implicado y su padre tuvo lesiones importantes en un brazo y las piernas. El niño acude a nuestra consulta refiriendo que los últimos cuatro meses presenta cambios de humor importantes con rabieta de difícil manejo, ha bajado el rendimiento escolar, también se despierta por las noches desasosegado y dice tener frecuentes pesadillas en las que ve mucha sangre. A pesar de que no ha vuelto a montarse en ningún automóvil y no le gusta que le hablen de coches, tiene un juego llamativo en el que pone coches en fila y los golpea contra la pared. En el caso clínico referido el diagnóstico clínico más probable sería:

- a) Trastorno adaptativo con alteración de las emociones y el comportamiento
- b) Trastorno de estrés agudo
- c) Trastorno depresivo
- d) Trastorno por estrés postraumático

212. La respuesta adaptativa individual al estrés que permite que un niño conviva con una situación estresante moderada y no presente ningún síntoma disfuncional e incluso se perciba como que contribuye a una mejoría en su desarrollo se denomina:

- a) Empoderamiento
- b) Resiliencia
- c) Fortalecimiento
- d) Empatía

213. La técnica de Desensibilización y Reprocesamiento mediante Movimientos Oculares (Eye Movement Desensitization and Reprocessing —EMDR—) ha sido empleada en el tratamiento del TEPT. Acerca del EMDR señale la proposición que considere falsa:

- a) La técnica EMDR es una forma de psicoterapia basada en la exposición.
- b) Los resultados terapéuticos obtenidos mediante la EMDR son mucho mejores que los logrados con tratamiento cognitivo conductual (TCC).
- c) Durante la EMDR el paciente debe permanecer en estado de máxima relajación.
- d) Aparentemente los movimientos oculares que lleva a cabo el paciente durante el EMDR, no son ni necesarios ni suficientes para obtener respuesta terapéutica.
- e) Durante la EMDR el paciente debe concentrarse en sus experiencias traumáticas, pero no debe analizarlas.

214. Una joven de 17 años sale de sus clases de 2º Bachillerato y coge un autobús hacia Francia, allí es encontrada vagando en un parque con dificultad para recordar el pasado y confusa acerca de su propia identidad. Es llevada al Servicio de Urgencias donde se evalúa que tiene conservadas la memoria inmediata sin otra alteración de la función cognitiva. Exploración neurológica normal. Tóxicos negativos y analítica normal. No antecedentes psiquiátricos previos. Inicialmente presentaba escasos recuerdos generales, pero posteriormente aclara que ha tenido dos fallecimientos de familiares durante este año, que se ha sentido muy presionada por el curso académico y que días antes ha sabido que su novio le ha sido infiel con una de sus amigas. Pasa la noche en Observación y al día siguiente es dada de alta por remisión de los síntomas descritos. En el caso clínico referido el diagnóstico clínico más probable sería:

- Esquizofrenia paranoide
- Trastorno bipolar episodio actual manía
- Fuga disociativa
- T. Adaptativo con alteraciones del comportamiento.

Tema 27

215. Los trastornos disociativos, señala la respuesta falsa:

- Es cuadro universal y presente en diversas culturas y a lo largo de la historia
- Tiene relación con la historia de brujo, chamanes y poseídos y el magnetismo de Mesmer
- Janet demuestra que la disociación es un mecanismo de defensa psicológica ante una experiencia traumática
- El psicoanálisis teoriza sobre estos cuadros como represión de trauma real

216. Las experiencias disociativas, señala la falsa:

- Son experiencias universales y no necesariamente patológicas en sí mismas
- Los trastornos disociativos representarían las formas más graves y crónicas de la disociación.
- Hay un modelo continuo de conceptualizar las experiencias disociativas con el problema de que no existe un acuerdo claro respecto de los límites entre disociación normal y patológica
- La despersonalización y la desrealización, que son poco frecuentes en los trastornos disociativos, no son propiamente cuadros disociativos para Janet y sus seguidores

217. En relación a la prevalencia de los Trastorno disociativos, señala la respuesta verdadera:

- En población general se sitúa entre 9-18%, pero en países desarrollados se habla de una prevalencia mayor
- La fuga disociativa se presenta en un 0,2%, siendo menor en caso de guerra o catástrofes.
- El Trastorno de Identidad disociativa en población psiquiátrica ambulatoria tiene una prevalencia mayor que en población general, entre 1-7%, pero quizás es destacable que son muy pocos (entorno al 1%) los que han sido diagnosticados previamente.
- Se observa menor prevalencia en mujeres con trastornos alimentarios o poblaciones en tratamiento por abuso de sustancias

218. En cuanto a la definición de disociación, señala la respuesta falsa:

- Hay múltiples acepciones para el término de disociación.
- experiencias simples y aparentemente poco patológicas, banales, como puede ser la ensoñación excesiva, en la que hay una implicación con la fantasía, de tal manera que el sujeto se involucra con dicha experiencia.
- Los niños más pequeños es común que suelen mostrar olvidos desconcertantes, rápidos cambios en la atención y cambios de identidad determinados contextualmente.
- Los adolescentes normales comúnmente reportan experiencias permanentes de despersonalización.

219. En relación a la clasificación de los Trastornos disociativos, señala la falsa:

- Para la DSM-5 los Trastornos disociativos son un grupo de trastornos diferenciados de los Trastornos conversivos englobados dentro de los Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados.
- En la CIE 10 los Trastornos Disociativos son equivalentes a los Trastornos Conversivos., que puede incluir cuadros como las crisis seudoepilépticas o convulsión disociativa, la anestesia o pérdida sensorial disociativa.
- En la CIE incluyen en este apartado los trastornos que involucran dolor y otras sensaciones físicas complejas mediadas por el sistema nervioso autónomo.
- Hay una falta de consenso sobre la clasificación diagnóstica de los trastornos disociativos.

220. Las experiencias más graves y patológicas se describen en el DSM-5, salvo:

- La amnesia disociativa, describe la incapacidad de recordar información sobre los hechos históricos
- Trastornos de despersonalización (desapego del yo) /desrealización (desapego del entorno), comprenden experiencias de sentirse desconectado o distanciado del cuerpo, los pensamientos o las emociones de una persona y/o la percepción de la propia alrededores como nebulosos, surrealistas o distorsionados visualmente.
- El trastorno de identidad disociativo, en la que hay al menos dos estados de personalidad diferentes y bien definidos, que en algunas culturas pueden describirse como experiencias de posesión, y que afectan a la identidad, como una experiencia de ruptura con el yo y del sentido del yo. Conlleva cambios comportamentales, de conciencia, de memoria, perceptivas, así como del conocimiento y el funcionamiento sensitivo-motor.
- En otros trastornos disociativos especificados se describe el Trance disociativo, que se define como disminución o pérdida completa de la conciencia de forma aguda con apatía o insensibilidad intensa a los estímulos del entorno, sin que forme parte de una práctica religiosa

221. En relación con los trastornos disociativos, señala la respuesta falsa

- En la CIE 10 se describe el Trastorno de Trance en los que hay una marcada alteración en el estado de conciencia del individuo, y el sentido habitual de identidad personal del individuo se reemplaza por una identidad de "posesión" externa, en la que se experimentan las conductas o movimientos del individuo controlado por el agente poseedor.
- En el trastorno límite de la personalidad, o borderline, un criterio diagnóstico hace referencia a la presencia de una alteración de la identidad, que la define como inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.

- c) En el Trastorno por estrés Postraumático (TEPT), hay un subtipo específico en relación con la despersonalización y la desrealización.
- d) En la DSM-5 se dividen en síntomas disociativos positivos, lo que se viven como intrusiones desagradables y son rechazados en la conciencia y otros negativos, los que son debidos a la imposibilidad de acceder a información o al control de funciones mentales.

222. Según la Asociación Internacional para el Estudio de la Disociación, los niños y adolescentes pueden presentar una variedad de síntomas disociativos, salvo:

- a) Un estado de conciencia inconsistente que puede reflejarse en síntomas de atención fluctuante., como estados de trance o de "desconexión".
- b) Olvidos y fluctuaciones autobiográficos en el acceso al conocimiento puede reflejar coherencia en los procesos del desarrollo de la memoria.
- c) Fluctuaciones en el estado de ánimo y el comportamiento, incluyendo episodios de rabia y regresiones, puede reflejar dificultades en la autorregulación.
- d) La creencia del niño en yoes alternativos o amigos imaginarios que controlan el comportamiento del niño puede reflejar desorganización en el desarrollo de un yo cohesionado.

223. En relación con la etiopatogenia de los TID:

- a) La comprensión de la etiología de TID requiere la integración de factores de exposición al trauma, de afrontamiento, cognitivos, neurobiológicos, sistémicos y de desarrollo. Estos incluyen experiencias traumáticas, dinámicas familiares, desarrollo infantil y apego.
- b) Desde el punto de vista psicológico, el niño puede automatizar y compartimentar las cogniciones relacionadas con el trauma, así como los sentimientos conflictivos y emociones intensas, separándolo de la conciencia consciente y producir alteraciones en la conciencia que promueven la supervivencia frente a los abrumadores factores de estrés, al disminuir la angustia.
- c) Las formas disociativas del TEPT muestran "sobremodulación emocional" con una mayor activación de la corteza orbitofrontal con disminución de flujo sanguíneo cerebral en esa zona, que inhibe la activación de la amígdala y la corteza insular
- d) La ketamina y la fenciclidina con efecto pro NMDA se incluyen como agentes disociativos y han sido utilizados como anestésicos y provocando la anestesia disociativa.

224. La ocurrencia de alteraciones de tipo disociativo (ej: amnesia psicógena) es frecuente en:

- a) Trastorno de pánico
- b) Trastorno Obsesivo Compulsivo
- c) Trastorno de Estrés Postraumático
- d) Trastorno Delirante

225. Señale cuál de las siguientes características se asocia al trastorno de despersonalización:

- a) Se observan deterioros en el funcionamiento social
- b) Aparece como consecuencia del abuso de drogas
- c) El sentido de realidad no está afectado
- d) Alteración psicomotriz

226. En la amnesia psicógena, a diferencia de la orgánica:

- a) No puede ser recordada
- b) Se ve afectado el aprendizaje de material nuevo
- c) Es más frecuente la pérdida de identidad
- d) Amnesia anterógrada

227. Según la Asociación Internacional para el Estudio de la Disociación, los niños y adolescentes pueden presentar una variedad de síntomas disociativos, salvo:

- a) Un estado de conciencia inconsistente que puede reflejarse en síntomas de atención fluctuante., como estados de trance o de "desconexión".
- b) Olvidos y fluctuaciones autobiográficos en el acceso al conocimiento puede reflejar coherencia en los procesos del desarrollo de la memoria.
- c) Fluctuaciones en el estado de ánimo y el comportamiento, incluyendo episodios de rabia y regresiones, puede reflejar dificultades en la autorregulación.
- d) D. La creencia del niño en yoes alternativos o amigos imaginarios que controlan el comportamiento del niño puede reflejar desorganización en el desarrollo de un yo cohesionado.

228. El síntoma más común en el niño con trastorno disociativo es:

- a) Las alucinaciones visuales.
- b) La agresividad.
- c) El estado de trance.
- d) Inatención.

Tema 28

229. ¿A qué edad se presenta los primeros síntomas de disforia de género en la infancia y adolescencia?

- a) En la adolescencia
- b) En la infancia temprana con 3 o 5 años
- c) A los 7 u 8 años
- d) Sólo se presenta en adultos

230. Fases en el protocolo de intervención de la disforia de género:

- a) Psicológica
- b) Hormonal
- c) Quirúrgica
- d) Todas las anteriores.

231. Entre los siguientes procesos hay que realizar diagnóstico diferencial en la disforia de género excepto:

- a) Esquizofrenia
- b) Variaciones de la normalidad
- c) Travestismo
- d) Trastorno depresión.

232. ¿Cuál es la herramienta principal para el diagnóstico de disforia de género?

- a) Pruebas de imagen como RNM o TAC
- b) Exploración física
- c) Historia Clínica con una completa exploración psicopatológica
- d) Cuestionarios y test

233. ¿Qué criterios generales están presentes en el diagnóstico de disforia de género:

- a) El individuo se identifica de un modo intenso y persistente con el otro sexo
- b) Malestar persistente por el sexo asignado o un sentido de inadecuación con su rol de género
- c) Deben existir pruebas de malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo
- d) Todas las anteriores.

234. Cuáles de las siguientes afirmaciones son correctas:

- a) Stoller en 1968 trata de determinar con precisión el diagnóstico de transexualismo, diferenciándolo de otros trastornos como el travestismo o la homosexualidad
- b) Norman Fisk utiliza y define por primera vez el término de disforia de género.
- c) La primera unidad de Trastornos de Identidad de Género en España se crea en 1999 en Andalucía.
- d) Todas las anteriores.

Tema 29

235. Señale la respuesta correcta sobre la Auto realización

- a) Consiste el sentimiento de dar un sentido a la vida mediante el desarrollo de la actividad deseada.
- b) Para conseguirlo debemos tener satisfechas las necesidades básicas.
- c) Es incompatible con la enfermedad mental grave.
- d) Conseguirlo depende tanto del individuo como de un entorno favorable
- e) Todas son correctas.

236. Señale la respuesta verdadera.

- a) Cuando el sujeto descarga los videos gratuitos por internet, ver contenidos pedófilos no puede castigarse penalmente porque pertenece al ámbito de lo privado.
- b) La pederastia no es delito si el menor o sus padres otorgan consentimiento explícito y demostrable.
- c) La pederastia no es delito si se demuestra que el menor no ha sufrido ningún daño.
- d) La pederastia no es delito si el sujeto desconoce la edad del menor.
- e) Todas son falsas

237. En el abuso sexual la función del médico es, señale la falsa

- a) Detectar (sospecha) del abuso sexual
- b) Informar del (posible) abuso sexual
- c) Decidir si una conducta es penalmente un abuso sexual
- d) Tratar el abuso sexual
- e) Todas son verdaderas

238. Usted es consejero de educación y se le pide que priorice un programa de detección y tratamiento del bullying que nivel educativo escogería para ponerlo en práctica.

- a) Escolarización primaria
- b) ESO
- c) Bachillerato
- d) Universidad
- e) A y B

239. Menor de 11 años que roba dinero a sus padres porque en clase se lo piden como “impuesto” para dejarle jugar en el recreo. Qué medida consideraría en último lugar

- a) Localizar al extorsionador y sancionarle
- b) Investigar la complicidad del resto de compañeros y actuar en consecuencia
- c) Sospechar que la victima ha presentado otros tipos de abusos e investigarlos.
- d) Llevar al menor al psiquiatra para prevenir una posible depresión
- e) Realizar un sociograma para investigar el funcionamiento social de la clase

240. Señale la opción falsa correcta sobre los niños maltratados

- a) Los padres con frecuencia fueron objeto de malos tratos
- b) Son de clase social baja
- c) Se portan peor que los niños no maltratados
- d) Los padres tienen con más frecuencia problemas de consumo que otros padres.
- e) b y c son falsas.

241. El cisma marital es

- a) Cualquier divorcio legal
- b) Una forma de manipulación de los menores
- c) Una forma de malos tratos

- d) Una forma de abordar el síndrome de alienación parental.
- e) Un tipo de incesto.

242. Puede precipitar una crisis familiar, señale la falsa

- a) Nacimiento de un hijo.
- b) Enfermedad discapacitante de uno de los padres.
- c) Agrupamiento familiar después de años.
- d) Éxito económico brusco e inesperado. Premio importante de lotería.
- e) Todas son ciertas.

243. En relación con el estatus fraterno, las principales variables estructurales son:

- a) Motivación de los padres a tener hijos, género, diferencia de edad, número de hermanos, ciclo vital fraternal, roles.
- b) Ciclo vital fraternal, motivación de los padres a tener hijos, diferencia de edad, número de hermanos, orden, roles.
- c) Diferencia de edad, motivación de los padres a tener hijos, género, número de hermanos, ciclo vital fraternal, género, roles.

244. La conducta celosa se manifiesta:

- a) En forma de agresividad física principalmente en la adolescencia y como agresividad verbal en el adulto.
- b) En forma de agresividad física principalmente hacia los 2-3 años y como agresividad verbal en sucesivos años.
- c) En forma de agresividad física fundamentalmente cuando hay gran diferencia de edad entre ellos

245. En el abordaje de la respuesta celotípica:

- a) Se debe señalar el sentimiento del niño como respuesta patológica desde el comienzo.
- b) Implicar, a los niños/as destronados en la atención y cuidados del bebé.
- c) Se deben evitar momentos de interacción exclusiva del niño destronado con las figuras parentales.

246. En relación con el orden en la fratría, señala la verdadera:

- a) El hermano pequeño, es con frecuencia, el que sufre de forma notable el destronamiento.
- b) Los hermanos gemelos; sufren precozmente el fenómeno del destronamiento.
- c) El primogénito cuando sufre el destronamiento de esta posición tempranamente, (sobre el año), puede generar competitividad y rivalidad en el niño.

247. En relación con el ciclo vital fraternal, señala la opción falsa:

- a) En la etapa escolar, la relación fraterna es muy intensa porque están en contacto diario y comparten muchas cosas. Durante estos años, subsisten las características generales de la relación fraterna: conflictos, celos, participación, compañía y ambivalencia entre hermanos.
- b) En los años preescolares, es frecuente el rol de modelo de hermano mayor como ejemplo a imitar y el mutuo interés entre los hermanos.
- c) Durante la adolescencia, la posibilidad de identificación con uno de los hermanos disminuye.

Tema 30

248. Señale la afirmación incorrecta:

- a) Las manifestaciones de enuresis son las más frecuentes en las enfermedades médicas crónicas en menores.
- b) El impacto psicológico que produce en los menores las enfermedades crónicas va a depender de cómo comienza y se desarrolla, del grado de incapacidad y del riesgo vital que presente dicha enfermedad.
- c) El estrés familiar influye negativamente en la capacidad del menor a adaptarse adecuadamente a la enfermedad.
- d) Existen mecanismos protectores y de vulnerabilidad que influyen en cómo afronta el menor la enfermedad médica crónica.
- e) Es importante valorar el impacto emocional que sufre el menor con una enfermedad crónica y su familia para poder ayudarles a expresarlo y afrontarlo a lo largo de la enfermedad.

249. Señale la respuesta falsa acerca de cómo afrontan los menores las enfermedades crónicas:

- a) La enfermedad crónica en el lactante puede afectar la relación con sus padres, afectando el desarrollo de una confianza básica.
- b) La separación de sus figuras de referencia a los niños de 2 a 4 años se ha relacionado con futuros problemas de alimentación.
- c) Los niños que son aislados por sus compañeros pueden mostrarse introvertidos o deprimidos.
- d) En los adolescentes van a tener mayores dificultades de adaptación cuando afecten al desarrollo de su mayor independencia.
- e) Una de las preocupaciones frecuentes en menores con enfermedad crónica es sentirse físicamente diferente, motivando ansiedad importante, especialmente más acusada en los adolescentes.

250. Señala la respuesta correcta:

- a) La epilepsia en la infancia provoca con frecuencia problemas psicológicos, siendo los más frecuentes: ansiedad, depresión, problemas atencionales, problemas de conducta y de relaciones sociales.
- b) Los trastornos neurológicos no suelen asociar patología psiquiátrica.
- c) Los fármacos antiepilépticos no producen alteraciones en la atención.
- d) El síndrome confusional o delirium es un síndrome cerebral crónico que se caracteriza por alteración de la atención y del nivel de conciencia.
- e) Las medidas no farmacológicas en el cuadro confusional son el acompañamiento constante de los padres, iluminación nocturna indirecta y mantener un horario de iluminación día/noche.

251. Señale la respuesta falsa:

- a) La patología psiquiátrica asociada a los niños con cáncer puede ser debida a los efectos que producen los propios tumores (dolor o alteraciones metabólicas debidas al cáncer pueden desencadenar ansiedad o problemas de insomnio) o de los tratamientos farmacológicos (corticoides pueden desencadenar ansiedad, agitación, labilidad afectiva, cambios bruscos de humor o psicosis; antieméticos y antiasmáticos pueden producir ansiedad).
- b) Los tratamientos empleados para el cáncer pueden afectar el funcionamiento cognitivo y la capacidad de atención de los menores.

- c) El delirium puede ser debido al propio tumor o a consecuencias del mismo (alteraciones hidroelectrolíticas, fallo en el funcionamiento de diversos órganos vitales (hígado, pulmón, riñón) o alteraciones en las glándulas tiroideas o suprarrenales) o por medicación (analgésicos opioides, esteroides, hipnóticos, medicación utilizada para la quimioterapia).
- d) Si el menor con cáncer presenta depresión se recomienda psicoterapia en donde se trabajará la expresión de emociones, adaptación del menor a la enfermedad, mejorar su autoestima y afrontamiento a los diferentes procedimientos y tratamientos.
- e) El tratamiento psicofarmacológico más utilizado en el delirium en niños es el aripiprazol.

252. Señale la respuesta falsa:

- a) En la actualidad se recomienda una comunicación precoz, clara y sincera acerca de su enfermedad y su pronóstico al menor diagnosticado de un cáncer, para favorecer una buena adaptación a la enfermedad oncológica.
- b) En los niños de 2 a 6 años, por su pensamiento prelógico, con creencias mágicas, perciben la muerte como algo reversible.
- c) Las reacciones más frecuentes que presentan los menores en estas situaciones son miedo al abandono y la separación (por ello demandan estar acompañados siempre), miedo a lo desconocido, miedo al dolor y sufrimiento, depresión, ansiedad, ira, fatiga y esperanza (buscan consuelo).
- d) El grado de cohesión familiar y de implicación en el cuidado del familiar enfermo, y el que el menor pueda fallecer en el hospital, se ha relacionado con el desarrollo de un duelo adecuado por parte de la familia.
- e) En la fase terminal de la enfermedad, es necesario que el menor conozca que se le va a ayudar en todo momento, que se le va a intentar aliviar los síntomas que vayan surgiendo y que se le acompañará emocionalmente en todo el proceso.

253. Señale la respuesta falsa:

- a) Cuando la diabetes se diagnostica en los primeros años de vida, puede motivar problemas de vinculación entre la madre y su hijo.
- b) A los dos años del diagnóstico de diabetes en los niños se manifiestan problemas de dependencia, depresión y aislamiento.
- c) En todo menor con diabetes se recomienda evaluar no sólo el nivel de control médico sino también una evaluación de su estado psicológico para descartar los posibles trastornos psiquiátricos.
- d) La diabetes en la infancia y adolescencia está asociada con más frecuencia con trastornos de ansiedad.
- e) Los menores diabéticos que manifiestan trastornos psiquiátricos asocian mayores problemas para cumplir las pautas médicas y alimentarias asociadas al cuidado de la diabetes.

Tema 31

254. Tras atender a un joven de 15 años en urgencias que ha sido traído por su madre al encontrarle en su cuarto observando fotos de autolesiones en Instagram, se decide enviarlo a su domicilio y derivarlo a consultas de psiquiatría infanto juvenil. Antes de abandonar el área de urgencias le pide hacerse un selfie de ambos. Lo más indicado es:

- a) Ofrecerle que también aparezca su madre en la foto.
- b) Ofrecerle que también aparezca en la foto el médico de puerta que lo atendió al llegar.
- c) Sugerirle, para un mayor realismo, que pose enseñando un vendaje en su muñeca que le dará mayor prestigio entre sus amigos.
- d) A, B y C son correctas.
- e) Por la ley de protección de datos, está prohibido hacer fotos en urgencias.

255. ¿Cuál de las siguientes características no es habitual entre los adolescentes que se autolesionan?

- a) Ser mujer.
- b) Tener un trastorno límite de la personalidad.
- c) Tener un trastorno por estrés postraumático.
- d) Tener un retraso mental.
- e) Tener un trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

256. La edad media de inicio de las autolesiones entre los adolescentes se sitúa en torno a los:

- a) 8 años.
- b) 11 años.
- c) 14 años.
- d) 16 años.
- e) No hay estudios epidemiológicos sobre esta cuestión.

257. No es un factor que se haya relacionado con las autolesiones en la adolescencia:

- a) La disregulación emocional.
- b) La impulsividad.
- c) La baja autoestima.
- d) El empleo de internet
- e) Proceder del medio rural.

258. Señale la respuesta incorrecta en relación con el Parasuicidio.

- a) Es un acto de autoagresión sin resultado fatal.
- b) Es deliberado.
- c) Está orientado a conseguir cambios en el entorno.
- d) Es un suicidio para no matar a otros.
- e) Las respuestas A, B y C, son correctas.

259. Las ideas suicidas pueden presentarse como:

- a) Una obsesión,
- b) Una compulsión,
- c) Una fobia de impulsión,
- d) Como alucinaciones auditivas.
- e) Todas las anteriores son correctas

260. Señale la respuesta incorrecta en relación con el suicidio de niños y adolescentes:

- a) El suicidio es una de las principales causas de mortalidad en la infancia, y adolescencia
- b) Los niños y adolescentes no se suicidan.
- c) En USA es la segunda causa de mortalidad en la población de 10 a 24 años por detrás de los accidentes.
- d) D. Los jóvenes y los ancianos son las poblaciones con mayor riesgo de suicidio consumado.
- e) El 60% de los adolescentes en tratamiento por depresión informan haber tenido ideas suicidas

261. En los intentos de suicidio en los que prima la necesidad de impactar a otros:

- a) A veces se busca evocar la compasión
- b) A veces se busca conseguir el perdón
- c) A veces es una expresión de rabia.
- d) Las respuestas correctas son A, B y C.
- e) Es una forma de autorrealizarse.

262. En los intentos de suicidio en los que prima la necesidad de ser validado y/o aceptado:

- a) El sujeto teme perder o siente ya perdido a otro idealizado.
- b) La persona trata de evitar una depresión por abandono.
- c) La persona quiere ser más valiosa ante sus profesores.
- d) Se experimente gran dificultad para experimentar rabia por no sentirse amado.
- e) Las respuestas A, B y D son correctas.

263. En los suicidios nihilistas de los adolescentes:

- a) El sujeto ha renunciado a la necesidad de relaciones.
- b) El adolescente experimenta que no necesita ser amado/a.
- c) Se producen tras leer filosofía existencialista.
- d) Las respuestas correctas son A y B y E.
- e) Describen un sentimiento de pesadumbre y de carga.

Tema 32

264. Le avisan de las Urgencias de Pediatría para que valore a un chico de 11 años que viene acompañado de su hermano gemelo y del entrenador de ambos, porque tras fallar un penalti en la final del campeonato escolar, se ha enfurecido hasta tal punto de patear a varios jugadores del equipo contrario y romper dos asientos del banquillo. Como no hay un solo box libre, lo más indicado es:

- a) Enviarlos a su domicilio con la recomendación de que vuelvan si el paciente presenta más alteraciones de conducta.
- b) Informar al pediatra de que este tipo de urgencia puede ser resuelta por él mismo y dejarlo así escrito en la historia clínica, antes de abandonar el área de urgencias.
- c) Solicitar un escáner cerebral del paciente para ir ganando tiempo hasta que quede un box libre.
- d) Comprobar que el paciente está tranquilo y acompañado mientras se espera a que quede un box libre.
- e) A y B son correctas.

265. Llega a Urgencias un varón de 15 años acompañado por el 112 que ha sido encontrado deambulando semi-desnudo, aparentemente desorientado, por los alrededores de una conocida zona de botellón. En la determinación de tóxicos en orina da positivo a cannabis y alcohol. El paciente le asegura que es la primera vez que hace algo así, reconoce que ya está bien y le pide que le deje volver a su casa para no alarmar a su abuela con quien convive:

- a) Le deja marchar porque su arrepentimiento es sincero y parece tratarse de un menor maduro.
- b) Se plantea su ingreso en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infanto Juvenil para descartar una psicosis por cannabis.
- c) Se le informa de que hay que ponerse en contacto con su abuela para ampliar información y para que pueda hacerse cargo de él cuando se le dé el alta.
- d) En realidad, el consumo de cannabis y alcohol entre adolescentes es un hecho socialmente aceptado que no precisa de atención médica de urgencias.
- e) A y D son correctas.

266. Respecto a las urgencias psiquiátricas de menores es cierto que:

- a) Una cuarta parte de ellas acaban en ingreso.
- b) Son infrecuentes porque la infancia supone un factor protector en salud mental.
- c) Prácticamente el único motivo de consulta es el consumo de alcohol.
- d) Son de fácil resolución, por lo que solo de manera excepcional requieren de más de 15 minutos para su atención.
- e) En caso de sospecha de maltrato al menor, lo más práctico es derivarle a su pediatra de referencia que tiene más información sobre su historia de desarrollo.

267. Acude al servicio de urgencias una chica de 16 años acompañada por su madre quien dice estar preocupada porque ha notado que en el último mes la paciente ha perdido peso de forma evidente, aunque ha comido casi a diario con ella y ambas han tomado la misma alimentación. En la analítica no presenta ninguna alteración. Qué sería lo más adecuado:

- a) Derivarle a la consulta del médico de atención primaria para hacer un seguimiento del caso.
- b) Derivarle a la consulta del endocrino para hacer un seguimiento del caso.
- c) Derivarle a la consulta del especialista de digestivo para hacer un despistaje de síndromes malabsortivos.
- d) Recomendar una dieta más hipercalórica y seguimiento ambulatorio.
- e) Hacer una somatometría, recabar más información para descartar un posible trastorno de la conducta alimentaria y hacer un plan de tratamiento acorde con el diagnóstico.

268. ¿En cuál de las siguientes intoxicaciones esperarías encontrar una midriasis?

- a) Alcohol.

- b) Cannabis.
- c) Fenciclidina.
- d) Escopolamina
- e) Ninguno de ellos.

269. La naloxona se emplea como antídoto en la intoxicación por:

- a) Éxtasis.
- b) Cannabis.
- c) Fenciclidina.
- d) Escopolamina.
- e) Heroína.

270. El tratamiento de elección en la intoxicación por éxtasis es:

- a) La naltrexona.
- b) El disulfiram.
- c) La olanzapina a dosis altas.
- d) No existe un antídoto específico, debe mantenerse un buen nivel de hidratación del paciente.
- e) El flumazenilo.

271. ¿Cuál de los siguientes no es un motivo para ingreso en una unidad de hospitalización de psiquiatría infante - juvenil?

- a) Retraso mental.
- b) Primer brote psicótico.
- c) Intento de suicidio con escaso apoyo familiar.
- d) Anorexia nerviosa con un índice de masa corporal de 14.
- e) Episodio maniaco.

PREGUNTAS

34.1.- Tabla respuestas correctas

Tema 1 1 d 2 b 3 a 4 a 5 d 6 d 7 d 8 d 9 b 10 d 11 c 12 d 13 a 14 a 15 a 16 c	Tema 2 17 d 18 d 19 c 20 c 21 d 22 d 23 a 24 b	Tema 3 25 b 26 d 27 a 28 d 29 b 30 c	Tema 4 31 b 32 d 33 a 34 a 35 d 36 d 37 d 38 d 39 a 40 c 41 d 42 a	Tema 5 43 b 44 b 45 b 46 b 47 c 48 c 49 d 50 d	Tema 6 51 c 52 b 53 a 54 c 55 b	Tema 7 56 e 57 d 58 b 59 a 60 a 61 e 62 c 63 a 64 e	Tema 8 65 a 66 e 67 e 68 b 69 c
Tema 9 70 d 71 d 72 c 73 d 74 d	Tema 10 75 d 76 c 77 b 78 c 79 c 80 b	Tema 11 81 d 82 d 83 c 84 a 85 h 86 c 87 b 88 d 89 d	Tema 12 90 c 91 c 92 d 93 d 94 c	Tema 13 95 d 96 b 97 c 98 b 99 c 100 d 101 c 102 a 103 a 104 c 105 c 106 c 107 c 108 a 109 b 110 b 111 c 112 d 113 e 114 e 115 d	Tema 14 116 c 117 b 118 d 119 d 120 a 121 c 122 b 123 a	Tema 15 124 d 125 d 126 a 127 d 128 a	Tema 16 129 c 130 e 131 b 132 a 133 e
Tema 17 134 b 135 b 136 c 137 d 138 d	Tema 18 139 c 140 b 141 d 142 d 143 d 144 c 145 a 146 b 147 c 148 a 149 d 150 a 151 a 152 c 153 b 154 b 155 c 156 d	Tema 19 157 d 158 c 159 a 160 c 161 c 162 d 163 c 164 c 165 a 166 a	Tema 20 167 d 168 c 169 d 170 c 171 c 172 d 173 c 174 c 175 c 176 c	Tema 21 177 b 178 a 179 a 180 c 181 d 182 d 183 b 184 c 185 d 186 b	Tema 22 187 b 188 c 189 d 190 c 191 c 192 c	Tema 23 193 d 194 e 195 e 196 e	Tema 24 197 b 198 d 199 b 200 d 201 d 202 d 203 b 204 d 205 b
Tema 25 206 d 207 d 208 c 209 b 210 b	Tema 26 211 d 212 b 213 b 214 c	Tema 27 215 d 216 d 217 c 218 d 219 c 220 a 221 a 222 b 223 d 224 c 225 a 226 c 227 b 228 c	Tema 28 229 a 230 d 231 d 232 c 233 d 234 d	Tema 29 235 e 236 e 237 c 238 e 239 d 240 d 241 b 242 d 243 c 244 b 245 b 246 c 247 c	Tema 30 248 a 249 b 250 d 251 e 252 d 253 d	Tema 31 254 e 255 d 256 b 257 e 258 d 259 d 260 b 261 d 262 e 263 d	Tema 32 264 d 265 c 266 a 267 d 268 c 269 e 270 d 271 a

ÍNDICE ONOMÁSTICO

- 5-HT1A, 279
- Abandono familiar, 74
- Abordajes conductuales, 254
- Absorción, 124, 585
- Abstinencia, 279, 287, 294, 298, 299, 301, 304, 310, 312, 314, 356, 422, 537, 567, 572, 581
- Abuso de sustancias, 354, 355, 356, 554, 558, 619, 621
- Acetilcolina, 306, 309, 352, 412
- Ácido Valproico, 138
- Acogimiento familiar, 76, 91, 590
- Adenoamigdalectomía, 415
- Adicción, 286
- Adrenérgicos, 279
- Afectivo-relacional, 50, 529, 602
- Agonista alfa-2, 279
- Agonista de los receptores 5-HT, 279
- Agorafobia, 322, 323, 577
- Agresión reactiva, 262, 616
- Ainsworth, 148, 161, 432, 437, 626
- Alcohol, 29, 62, 172, 174, 248, 253, 263, 270, 271, 283, 284, 285, 286, 288, 293, 294, 298, 300, 303, 309, 335, 389, 416, 420, 470, 472, 510, 515, 516, 519, 540, 541, 554, 572, 577, 593, 598, 614, 615, 617, 634
- Alimentación, 54, 61, 62, 65, 183
- Alprazolam, 128, 138
- Alteraciones estructurales, 247
- Alucinaciones, 35, 39, 131, 279, 306, 351, 353, 355, 364, 365, 372, 374, 414, 473, 490, 491, 535, 536, 558, 564, 566, 571, 572, 573, 584, 620, 630, 633
- Alucinaciones, 365, 414, 578
- Amnesia disociativa, 482, 485, 489, 629
- Análisis Transaccional, 17, 149, 158, 159, 161, 561, 608
- Anfetaminas, 253, 306, 573
- Anormalidad, 31, 200, 593, 608
- Ansiedad, 60, 108, 109, 112, 121, 122, 267, 319, 331, 339, 464, 554, 578, 595, 612, 620
- Anti NMDA, 486
- Antiepilépticos, 133, 358, 420, 534, 632
- ANTIPSIKÓTICOS ATÍPICOS, 374
- Antipsikóticos atípicos, 137, 179, 276, 311, 341, 345, 358, 373, 493
- Antipsikóticos clásicos, 137, 211, 607
- Antisociales, 271
- Apego, 23, 98, 148, 149, 230, 264, 272, 317, 322, 324, 345, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 486, 490, 524, 528, 556, 578, 595, 607, 617, 618, 626, 627, 629
- Apego desorientado/desorganizado, 438
- Apego evitativo, 264
- Apego inseguro, 264, 437, 438, 439, 440, 441, 626
- Apego inseguro ambivalente-resistente, 437
- Apego inseguro-evitativo, 437
- Apego seguro, 437
- Aripiprazol, 137, 179, 211, 238, 311, 341, 345, 475, 535, 572, 632
- Asociación de Psiquiatría Americana (APA), 168
- Atención, 11, 12, 15, 26, 28, 31, 38, 40, 44, 50, 53, 58, 60, 61, 62, 63, 68, 69, 72, 73, 76, 77, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 87, 88, 89, 90, 92, 94, 95, 96, 98, 105, 106, 108, 110, 112, 113, 114, 121, 122, 133, 147, 150, 153, 156, 161, 170, 171, 173, 175, 179, 180, 181, 183, 190, 194, 199, 200, 202,

- 207, 216, 221, 222, 224, 230, 231, 233, 234, 236, 237, 241, 242, 243, 244, 245, 247, 252, 253, 254, 258, 259, 260, 261, 265, 267, 273, 279, 283, 298, 299, 301, 302, 303, 311, 312, 313, 314, 321, 326, 330, 339, 350, 354, 355, 356, 377, 387, 389, 393, 410, 413, 421, 422, 426, 427, 428, 432, 435, 437, 439, 441, 442, 447, 453, 455, 456, 459, 460, 462, 463, 464, 465, 469, 472, 483, 487, 488, 490, 492, 496, 497, 499, 506, 511, 523, 525, 527, 528, 529, 530, 534, 535, 537, 547, 559, 561, 563, 564, 565, 575, 577, 578, 579, 581, 583, 586, 589, 594, 595, 597, 603, 604, 607, 609, 614, 615, 619, 621, 624, 626, 627, 628, 629, 630, 632, 633, 634
- Atención temprana, 77, 180
- Atomoxetina, 128, 136, 138, 257, 311, 401, 441, 612
- Autocontrol, 60, 162
- Autocuidado, 86, 117, 166, 542
- Autoimagen, 316
- Autolesión deliberada, 545
- Autolesión no suicida, 546
- Autolesiones de afecto negativo, 547
- Autolesiones identitarias, 548
- Automatismos, 193, 205
- Autonomía, 68
- Autorregulación, 59, 116, 156, 439, 440, 487, 493, 586, 627, 629, 630
- Base neuroanatómica, 247
- BATHE, 89, 604
- Beneficencia, 68
- Benzodiacepinas, 133, 137, 330, 416, 421, 422, 428, 492, 536, 567, 570, 573
- Betabloqueantes, 330, 416
- Biofeedback, 400, 460, 538
- Bowlby, 148, 161, 431, 432, 444, 578, 595, 607
- Bruxismo, 418
- Bulimia, 339, 346, 354, 377, 379, 380, 385, 391, 541, 548, 581, 597, 621
- Bullying, 25, 94, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 577, 579
- Bupropión, 128, 130, 278
- Carbamazepina, 128, 129, 138, 278
- Castigo, 154, 579
- Cataplejía, 414, 579
- CBCL de Achenbach, 64
- CBT (terapias cognitivo-conductuales), 90
- CEAS, 15, 90
- Celos, 59, 60, 397, 527, 528, 529, 632
- Centro base, 15, 90, 91
- Centro de Salud Mental, 87
- Centros de Acción Social (CEAS), 90
- Centros de Atención al Drogodependiente (CAD), 92
- Centros de Educación Especial, 94
- Cerebrales, 27, 41, 133, 172, 221, 248, 297, 335, 352, 434, 435, 436, 456, 500, 503, 534, 554, 578, 579, 590, 601
- Cerebro inmaduro, 133
- Ciberbullying, 518
- Cingulado anterior, 274
- Circuitos cerebrales, 185, 193
- Circuitos corticoestriados-talamocorticales, 208
- Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente (CFTMEA-R-2000), 63
- Clasificación Internacional de las Enfermedades, 168
- Clonazepam, 130, 279
- Clorpromazina, 137, 373, 535, 567
- Clozapina, 137, 396, 535
- Clúster C, 520
- Compasión, 60, 516, 555, 556, 634
- Complicaciones obstétricas, 132, 166, 175
- Compulsiones, 29, 62, 63, 158, 205, 210, 252, 334, 336, 338, 339, 340, 341, 493, 608, 618
- Comunicación, 18, 28, 29, 36, 50, 51, 55, 61, 63, 64, 73, 116, 118, 143, 146, 160, 166, 169, 170, 171, 177, 178, 181, 182, 187, 215, 216, 217, 219, 220, 223, 224, 225, 226, 227, 229, 231, 234, 236, 237, 238, 239, 258, 266, 276, 294, 298, 308, 316, 317, 323, 365, 428, 440, 443, 447, 449, 460, 486, 488, 490, 491, 496, 504, 510, 511, 512, 529, 534, 537, 538, 539, 543, 549, 560, 566, 573, 579, 588, 589, 593, 596, 597, 598, 600, 602, 608, 610, 611, 612, 632
- Condicionamiento clásico, 151, 152, 580
- Condicionamiento Instrumental, 152
- Condicionamiento Operante, 152
- Conducta, 16, 19, 26, 27, 28, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 50, 52, 54, 58, 61, 62, 63, 68, 74, 80, 93, 94, 97, 98, 99, 100, 105, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 117, 118, 119, 120, 121, 138, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 159, 160, 161, 162, 163, 165, 166, 168, 169, 170, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 183, 200, 204, 208, 210, 212, 224, 233, 235, 239, 249, 251, 252, 253, 259,

- 262, 263, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 288, 294, 297, 298, 300, 302, 303, 307, 311, 315, 319, 321, 326, 327, 329, 339, 340, 343, 344, 345, 346, 350, 351, 354, 355, 356, 365, 369, 377, 378, 382, 390, 392, 395, 398, 399, 405, 406, 409, 416, 419, 428, 431, 432, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 444, 449, 453, 455, 456, 458, 462, 463, 464, 473, 474, 478, 490, 492, 498, 502, 505, 508, 509, 510, 512, 513, 514, 515, 517, 519, 520, 521, 522, 526, 528, 529, 530, 532, 534, 535, 537, 541, 542, 543, 545, 546, 547, 548, 549, 551, 552, 553, 559, 561, 562, 563, 565, 566, 569, 570, 571, 572, 574, 575, 578, 579, 580, 581, 584, 585, 588, 589, 590, 591, 592, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 606, 607, 608, 616, 617, 626, 631, 632, 634, 635
- Conducta autolesiva, 117, 545, 546, 547, 549
- Consentimiento, 68, 75, 76, 134, 135, 139, 179, 276, 565, 578, 631
- Consentimiento por representación, 75
- Control de los esfínteres, 393
- Control de peso, 250
- Control vesical, 394, 396, 623
- Convención sobre los Derechos de los niños, 69, 603
- Convenio Europeo, 70
- Coordinación gruesa, 59
- Coordinación motora gruesa, 60
- Córtex Orbitofrontal, 274
- Corteza cingulada, 335
- Corteza frontoparietal, 335
- Corteza orbito-frontal, 132
- Coste de respuesta, 154
- Craving, 287, 309, 311, 314, 572
- Crisis epilépticas, 205, 233, 234, 239, 535
- Cuestionario de cualidades y dificultades (SDQ), 64
- Cuestionarios, 16, 99, 100, 101, 102, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 114, 204, 244, 354, 389, 394, 491, 494, 511, 584, 606
- CYP2D6, 127, 128
- CYP3A4, 127, 128
- Daño cerebral, 248, 436, 559
- Daños físicos, 59, 61
- Debilidad mental, 165
- Delirios, 351, 353, 364, 365, 372, 536, 564, 571, 584, 620
- Delirium, 30, 131, 535, 536, 537, 564, 566, 567, 632
- Delirium hiperactivo, 536
- Delirium hipoactivo, 537
- Delitos, 71, 73, 74, 75, 514
- Dependencia, 287, 534, 581
- Depresión, 16, 102, 108, 109, 112, 121, 122, 138, 151, 154, 252, 357, 359, 360, 420, 554, 558, 559, 621
- Derechos de los Niños, 70
- Desapego del entorno, 485, 629
- Desapego del yo, 485, 629
- Desarrollo madurativo, 248, 428, 570
- Desarrollo sexual, 61
- Desensibilización sistemática, 152, 581, 607
- Desesperanza, 60, 477, 554, 556, 557, 558, 560, 594, 596
- Despersonalización, 321, 322, 482, 483, 484, 485, 487, 628, 629, 630
- Despertar confusional, 417
- Desrealización, 321, 322, 353, 482, 483, 484, 485, 487, 572, 628, 629
- Directividad, 97, 99, 443, 606
- Disciplina severa, 269
- Disforia de género, 30, 63, 495, 496, 497, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 630
- Disfunción Cerebral Mínima (DCM), 197, 242
- Disfunción neurológica menor, 198
- Disfunción vesical, 396
- Dislalias, 61
- Distimia, 346, 472, 541, 596, 597
- Distribución, 84, 106, 124, 139, 190, 234, 412, 490, 585
- Dopamina, 133, 136, 205, 336, 352, 368, 412, 588, 607
- Droga, 283, 287, 298, 300, 301, 302, 303, 313
- DSM, 11, 12, 19, 29, 30, 63, 108, 110, 111, 113, 114, 117, 122, 168, 169, 171, 177, 197, 210, 215, 216, 217, 220, 227, 229, 243, 244, 245, 262, 263, 268, 273, 280, 284, 286, 287, 288, 291, 317, 321, 323, 324, 331, 349, 350, 351, 360, 364, 365, 378, 379, 381, 382, 392, 394, 397, 401, 404, 407, 412, 417, 423, 433, 434, 438, 443, 444, 448, 450, 452, 453, 457, 461, 462, 463, 464, 465, 469, 476, 477, 479, 483, 485, 486, 491, 494, 496, 497, 499, 506, 546, 570, 575, 579, 594, 597, 610, 611, 612, 613, 614, 623, 627, 629
- DSM-II, 243, 612
- Duelo, 355, 448, 450, 452, 477, 478, 493, 537, 539, 540, 543, 627, 633

- Ecolalias, 51, 61, 63, 207, 229, 231, 236, 583, 602
- Edad de inicio, 245, 299, 315, 350, 548
- EEG, 204, 209, 221, 234, 236, 247, 368, 411, 491, 583
- Eficacia, 16, 45, 74, 115, 124, 127, 130, 131, 132, 134, 136, 138, 151, 181, 206, 226, 256, 259, 276, 277, 278, 309, 310, 311, 312, 314, 327, 330, 341, 358, 369, 372, 391, 397, 399, 421, 462, 464, 493, 586
- EKG, 211, 250
- Electrocardiograma, 250, 388, 621
- Emancipados, 73, 75
- Embarazo, 172, 173, 174, 199, 236, 248, 293, 299, 335, 358, 367, 368, 421, 431, 500, 512, 513, 614, 615, 626
- Empatía, 56, 60, 88, 148, 150, 160, 268, 269, 271, 272, 297, 307, 434, 435, 441, 443, 519, 541, 584, 604, 616
- Encadenamiento, 153
- Encopresis, 354, 393, 396, 398, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 623
- Entrenamiento autógeno, 156
- Entrenamiento de padres, 254
- Entrenamiento en Autoinstrucciones, 155
- Entrenamiento en habilidades sociales, 155, 308, 316
- Entrevista clínica, 76, 100, 244, 299, 473, 557, 558, 563, 606, 614
- Entrevista diagnóstica, 491
- Envidia, 59, 60, 528, 529
- Episodio maníaco, 252
- Equipo, 7, 8, 9, 10, 79, 87, 93, 143, 261, 319, 397, 404, 423, 481, 495, 545, 574
- Equipos psicosociales de los Juzgados, 95
- Equivalentes suicidas, 553
- Error Típico de Medida, 106
- Esfínter vesical externo, 394
- Esfínter vesical interno, 394
- ESMS-R (European Service Mapping Schedule Revised), 83, 604
- Esquizofrenia, 22, 138, 270, 341, 355, 356, 365, 367, 368, 374, 375, 502, 559, 584, 621, 628, 630
- Estadios de cambio, 307, 308
- Esterotipias, 28, 62, 203, 204, 205, 206, 232, 236, 238, 340, 343, 438, 584, 610
- Estigma, 82, 83, 95, 314, 564, 604
- Estilo parental, 248, 434
- Estrategia para la salud, 70
- Estreñimiento, 61, 396
- Evitación de alimentos, 378
- Excreción, 124, 125, 393, 394, 402, 585, 623
- Explotación de menores, 75
- Exposición y prevención de respuesta, 341
- Externalizado, 98, 626
- Extinción, 154, 178, 382, 608
- Factores ambientales, 23, 171, 234, 248, 272, 335, 352, 420
- Factores de riesgo, 11, 130, 131, 217, 233, 234, 249, 301, 315, 317, 386, 396, 416, 419, 437, 441, 545, 549, 554, 558, 561, 589, 593, 616
- Factores genéticos, 11, 132, 172, 234, 272, 335, 352, 381, 395, 403, 414, 499, 500, 501, 524, 623
- Factores inmunológicos, 335, 352
- Fantasia, 58, 59, 60, 483, 628
- Farmacocinética, 29, 124, 125, 211, 257, 585, 606
- Farmacodinámica, 124
- Fase terminal, 540, 633
- Fenciclidina, 288, 306, 486, 573, 629
- Fiabilidad, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 108, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 117, 120, 160, 298, 300, 373, 455, 491, 554
- Fiabilidad test-retest, 106, 117
- Fobia específica, 322, 586, 617
- Fracaso escolar, 61, 186, 245, 249, 534, 571, 608
- Frecuencia cardíaca, 250, 411
- Freud, 34, 35, 41, 42, 44, 60, 64, 146, 147, 162, 164, 334, 468, 481, 494, 591, 601, 620
- Fuga disociativa, 482, 489, 628
- Funcional, 42, 86, 100, 119, 167, 169, 174, 178, 183, 224, 247, 251, 312, 313, 335, 350, 357, 374, 382, 401, 405, 423, 427, 459, 461, 503, 524, 578, 589, 619
- Funcionamiento académico, 61, 109
- Ganglios basales, 130, 204, 208, 209, 579
- Gaps o brechas asistenciales, 88, 604
- Gen candidato, 188
- Genética, 22, 247, 367, 586
- Gesto suicida, 553
- Globo pálido, 297, 335
- Guanfacina de liberación prolongada, 136
- Guarda y custodia, 76, 605
- Habilidades motoras, 98, 197, 216, 223, 224, 402, 572
- Habilidades numéricas, 28, 192, 193, 195
- Haloperidol, 128, 129, 137, 139, 140, 211, 277, 373, 535, 536, 567
- Higiene del sueño, 179, 253, 409, 413

- Hiperactividad, 63, 108, 113, 114, 131, 179, 208, 216, 230, 236, 237, 238, 242, 243, 244, 252, 254, 259, 293, 302, 326, 335, 350, 352, 354, 385, 391, 400, 404, 415, 422, 472, 492, 565, 570, 589, 597, 614, 619, 620, 621, 633
- Hipersomnias, 412
- Hipnagógicas, 414, 578
- Hipnosis, 41, 156, 481, 491, 492, 538
- Hipocampo, 132, 325, 335, 426, 436, 486, 626
- Hipocondría, 340, 424
- Hipocretina, 412
- Hipotálamo, 278, 325, 352, 411, 412, 421, 471, 583, 618
- Hipótesis, 97, 99, 104, 186, 221, 222, 242, 247, 363, 368, 432, 500, 512, 578, 585, 588, 591, 609
- Hipótesis psicológicas, 222
- Historia clínica, 64
- Hitos evolutivos, 50, 59, 60, 61, 602
- Homeostasis, 467, 468
- Hospital de día, 87, 574
- Hospital Psiquiátrico, 38
- Humor, 53, 60, 62, 78, 112, 132, 137, 239, 266, 277, 312, 350, 351, 352, 353, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 456, 472, 537, 571, 574, 618, 627, 632
- Ideación Suicida, 552
- Identidad sexual, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 504, 534
- Idiosincrásicas, 219, 233, 524, 585, 611
- Inatención, 62, 63, 244, 245, 254, 262, 326, 335, 404, 586, 612, 614
- Incidencia, 60, 91, 175, 212, 220, 342, 344, 350, 364, 378, 382, 394, 403, 406, 418, 461, 470, 497, 546, 548, 588, 594, 611, 620
- Infeción sistémica, 248
- Inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina (ISRN), 136
- Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS), 136, 341
- Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina (isrsyn), 136
- Insomnios, 412, 413
- Inteligencia límite, 252
- Intento de suicidio, 552, 553, 635
- Internalizado, 98, 626
- Intersexo, 498
- Intervalo QT, 211
- Intervención en crisis, 538
- Irritabilidad, 19, 137, 139, 179, 231, 232, 238, 252, 258, 263, 267, 270, 279, 293, 303, 321, 322, 351, 354, 356, 359, 360, 391, 410, 433, 442, 534, 555, 569, 570, 572, 582, 583, 595, 596, 618
- ISRNA, 258
- Jactatio capitis, 418
- Juego, 27, 52, 53, 56, 58, 59, 65, 145, 147, 148, 150, 155, 157, 158, 162, 181, 201, 210, 224, 226, 229, 231, 236, 237, 284, 285, 288, 289, 290, 315, 334, 366, 442, 443, 469, 470, 471, 488, 493, 501, 505, 513, 569, 581, 588, 627
- Juego patológico, 289
- Juego simbólico, 59, 229, 231, 236, 366, 588
- Justicia, 15, 68, 71, 72, 90, 93
- Ketamina, 486, 492, 629
- Lamotrigina, 138, 358
- Lenguaje, 18, 28, 50, 51, 54, 55, 56, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 89, 116, 117, 120, 150, 153, 169, 170, 171, 174, 177, 178, 181, 185, 186, 188, 189, 191, 192, 193, 196, 207, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 229, 231, 232, 233, 236, 237, 238, 239, 248, 249, 251, 252, 267, 319, 365, 366, 396, 397, 431, 435, 438, 453, 488, 520, 529, 535, 538, 564, 565, 579, 583, 584, 586, 589, 590, 591, 593, 596, 597, 602, 609, 610, 611, 612, 623, 626
- LGTBI, 77, 603
- Lisdexanfetamina, 136, 242, 311, 420
- Loci pleiotrópico, 188
- Locus coeruleus, 279
- LOMCE, 258
- Lorazepam, 138, 279, 567
- Malnutrición, 175, 248, 272, 379, 380, 388
- Maltrato físico, 74, 269, 434, 515, 574
- Manejo de contingencias, 308
- Mapa de Servicios, 83, 604
- Marihuana, 253, 573
- Memoria de trabajo, 192, 222, 586, 609
- Memoria explícita, 435
- Memoria implícita, 435
- Memoria semántica, 192
- Menores de edad no acompañados (menas), 91
- Mentiras, 61
- Metaanálisis, 179, 243, 518
- Metabolismo, 124, 125, 128, 133, 172, 174, 178, 302, 335, 504, 579, 585

- Metilfenidato, 136, 179, 211, 238, 242, 255, 257, 258, 279, 311, 312, 414, 420, 535, 537, 615
- Miedos, 33, 59, 60, 210, 324, 325, 327, 330, 331, 460, 462, 493, 525, 537, 538, 539, 540, 617, 627
- Mindfulness, 463, 538
- Modelo asilar, 82, 603, 604
- Modelo bio-psico-social, 425
- Modelo comunitario, 82, 88, 95, 604
- Moldeamiento, 153
- Motricidad fina, 118, 198, 201
- Motricidad gruesa, 174, 198, 201, 223
- Movimiento involuntarios, 198
- Movimientos asociados, 198, 200
- Multimodal, 135, 253, 274, 313, 327, 465, 598
- Músculo detrusor, 394
- Mutismo selectivo, 61, 113, 237, 332
- Mutismo selectivo, 122, 322, 323, 428, 589, 617
- Naloxona, 573, 635
- Negativismo, 60
- Neologismos, 61, 63
- Neurodesarrollo, 16, 132, 168, 177, 196, 200, 203, 212, 243, 368
- Neuroimagen funcional, 186, 193, 614
- Neuroquímica, 247
- No Maleficencia, 68
- Noradrenalina, 133, 136, 255, 311, 352, 412, 619
- Núcleo supraquiasmático, 411, 421
- Obesidad, 61, 131, 155, 156, 178, 355, 385, 386, 415, 520, 581, 593, 607
- Olanzapina, 128, 129, 137, 138, 277, 359, 567
- Omega-3, 254
- Onicofagia, 346
- Organización Mundial de la Salud (OMS), 83, 168, 604
- Organización no gubernamental, 77
- Paliperidona, 137, 572
- Paracelso, 37, 601
- Parálisis del sueño, 414
- Paranoia, 37, 41, 364
- Parasomnias, 413, 416
- Parasuicidio, 552, 553, 590, 633
- Patria potestad, 68, 73, 76, 94, 602
- Pavlov, 43, 151, 163
- Pederastia, 508, 510, 511, 631
- Pérdidas de afectos, 59
- Perfenazina, 128, 373
- Pesadillas, 52, 416, 590, 617
- Pica, 61, 63, 175, 378, 379, 380, 381, 597, 621
- Pimozide, 128, 137, 373
- Pirámide de Maslow, 508
- Plan de Acción, 83, 604
- Plasticidad cerebral, 132
- Platón, 33, 34, 599, 600, 620
- Polisomnografía, 415
- Preescolar, 110, 130, 171, 176, 218, 225, 226, 227, 245, 274, 338, 441, 515, 532, 565
- Prevalencia, 27, 29, 99, 100, 166, 167, 173, 174, 176, 178, 186, 191, 197, 217, 220, 230, 236, 243, 244, 262, 268, 271, 273, 285, 303, 316, 317, 320, 334, 349, 364, 366, 367, 377, 378, 379, 395, 398, 401, 406, 424, 448, 450, 455, 456, 470, 482, 497, 515, 518, 547, 561, 563, 569, 588, 594, 608, 609, 610, 611, 612, 614, 628
- Prevención indicada, 315
- Prevención primaria, 173, 299, 516
- Prevención secundaria, 173, 516
- Prevención selectiva, 315
- Prevención universal, 315
- Primaria, 15, 62, 85, 88, 94, 181, 245, 387, 402, 413, 422, 453, 462, 464, 465, 509, 578, 589, 604, 608, 615
- Programas de Intervención Familiar (PIF), 91
- Protección a la Infancia y a la Adolescencia, 75
- Protección del Menor, 15, 90, 605
- Protección jurídica, 74
- Psicodinamias, 555
- Psicofarmacológico, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 24, 86, 124, 133, 139, 177, 225, 253, 254, 274, 307, 338, 354, 356, 358, 421, 428, 441, 442, 492, 534, 549, 559, 632
- Psicomotor, 50, 54, 55, 61, 65, 171, 175, 183, 350, 354, 397, 490, 602
- Psicomotricidad gruesa, 59
- Psicopatía, 229, 269, 271
- PSICOSIS, 364, 368, 374, 620
- Psicosis maníaco-depresiva, 41
- Psicoterapia, 16, 17, 21, 22, 27, 143, 144, 146, 147, 149, 150, 158, 159, 161, 162, 163, 164, 327, 373, 444, 460, 462, 534, 578, 592, 607, 608, 619, 621
- Psicoterapia Centrada en la Parentalidad, 149, 163
- Psicoterapia expresiva, 151
- Psicoterapia Integrativa, 149, 158, 159, 607
- Psicoterapia Relacional, 149

- Pubertad, 12, 60, 124, 127, 132, 199, 335, 349, 415, 417, 454, 499, 503, 504, 513, 589, 598, 619, 624
 Reactividad emocional, 264
 Red asistencial, 12, 79, 603, 604
 Red de Salud Mental, 88
 Reestructuración cognitiva, 154, 314, 341, 345, 421, 460
 Reflejos, 51, 198, 572
 Reforma psiquiátrica, 82, 592, 603
 Regiones cerebrales, 132, 233
 Regulación emocional, 28, 50, 53, 58, 61, 112, 303, 433, 440, 549
 Relacional, 149, 462, 556
 Relajación, 89, 156, 211, 308, 313, 327, 329, 341, 342, 343, 394, 402, 428, 474, 538, 578, 604, 607, 617, 628
 Relajación muscular progresiva, 156
 Resiliencia, 436, 438, 442, 444, 448, 465, 467, 514, 537, 540, 626
 Retraso de la maduración, 396
 Retraso madurativo, 167, 171, 396
 Retraso mental, 38, 42, 44, 121, 165, 166, 169, 182, 183, 186, 204, 252, 369, 403, 608, 609, 633
 Risperidona, 137, 179, 211, 238, 311, 341, 345, 475, 493, 535, 536, 572
 Rivalidad, 59, 147, 397, 456, 527, 528, 529, 632
 RMN, 589, 592, 615
 RMN por DTI, 247, 592
 Rumiación, 321, 378, 379, 381, 597
 Salud mental, 15, 72, 85, 87, 88, 92, 96, 465, 604
 Salud Mental Infantil, 26, 83, 183, 332, 430, 575, 604
 Secundaria, 181, 248, 402
 Seguridad, 59, 67, 75, 78, 116, 117, 118, 120, 124, 130, 137, 144, 148, 153, 166, 170, 264, 276, 311, 324, 330, 336, 338, 372, 418, 432, 434, 436, 437, 439, 440, 442, 478, 508, 549, 556, 557, 564, 566, 570, 580, 590, 596, 603
 Sentimientos de culpa, 59, 60, 62, 344, 532, 537, 539, 584
 Serotonina, 131, 132, 133, 179, 238, 274, 278, 314, 325, 327, 329, 336, 345, 352, 357, 411, 422, 428, 471, 535, 538, 554, 588, 619
 Servicio de Reforma, 15, 90, 93
 Servicios de Menores, 85
 Servicios sociales, 80, 84, 85, 87, 92, 604
 Signo de alarma, 245, 602
 Signos de ausencia, 49
 Signos de riesgo, 49, 50, 54, 60
 Simulación, 425, 588
 Síndrome Anticolinérgico, 131
 Síndrome de abstinencia, 137, 286, 572, 573
 Síndrome de alienación parental, 526
 Síndrome de Asperger, 229, 593
 Síndrome de Munchausen por poderes, 516, 593
 Síndrome de piernas inquietas, 418, 419
 Síndrome Metabólico, 131, 607
 Síndrome Neuroléptico Maligno, 130
 Síndrome Serotoninérgico, 131
 Sistema CYP, 127
 Sistema dopaminérgico, 199, 208
 Sistema educativo, 72, 85, 93, 181, 258, 603
 Sistema GABA, 133
 Sistema nervioso central, 49, 125, 242, 338, 367, 486, 531, 537, 547, 572, 585, 593
 Sistema Sanitario, 79, 496
 Sistémica, 391, 442
 Solución de problemas, 97, 155, 503, 549, 598
 Somniloquia, 418
 Sonambulismo, 62, 417, 594
 Sueño, 23, 28, 29, 38, 50, 52, 54, 56, 60, 61, 62, 89, 113, 132, 178, 179, 205, 206, 207, 208, 210, 231, 238, 249, 253, 289, 321, 354, 355, 356, 357, 365, 388, 393, 395, 396, 397, 398, 400, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 456, 460, 469, 470, 471, 475, 477, 526, 529, 573, 578, 583, 587, 590, 591, 594, 595, 596, 600, 602, 618, 623, 624
 Suicidio, 30, 303, 345, 354, 357, 358, 360, 373, 392, 472, 504, 517, 521, 522, 546, 547, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 562, 569, 574, 594, 596, 618, 633, 634
 Suicidio aparente, 553
 Sustancia blanca, 132, 199, 592
 Sustancia gris, 132, 335, 384
 TA, 27, 29, 30, 161, 162, 250, 258, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 326, 330, 447, 448, 449, 450, 452, 453, 455, 456, 457, 459, 460, 461, 627
 Tabaco, 29, 248, 283, 284, 285, 288, 298, 309, 540, 598, 614, 615, 617
 Talla, 135, 250, 258, 388, 587
 Tartamudeo, 18, 54, 216, 217, 219, 225, 597, 611
 Tasa de natalidad, 507

- TDAH, 8, 19, 27, 29, 80, 87, 94, 104, 106, 136, 137, 138, 171, 186, 188, 189, 190, 192, 193, 195, 196, 200, 203, 208, 209, 210, 211, 212, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 256, 257, 258, 259, 260, 266, 267, 270, 278, 279, 293, 303, 311, 312, 326, 338, 339, 350, 354, 355, 356, 360, 398, 405, 420, 421, 439, 441, 472, 491, 515, 519, 520, 548, 569, 587, 593, 597, 598, 609, 612, 614, 615, 619, 620
 TEA, 8, 18, 80, 87, 94, 121, 122, 137, 177, 190, 220, 229, 230, 233, 251, 301, 326, 338, 339, 457, 462, 463, 464, 465, 520, 565, 566, 571, 574, 579, 598, 612
 Técnicas de control de la activación, 156
 Técnicas de control estimular, 156
 Tensión arterial (TA), 250
 Tentativa de Suicidio, 552
 Teoría Clásica de los Test (TCT), 101, 606
 Teoría de Respuesta a los Ítems (TRI), 101, 606
 Teoría del Apego, 148, 595, 607
 TERAPIA ASERTIVA COMUNITARIA, 374
 Terapia centrada en el paciente, 307
 Terapia cognitivo-conductual, 308, 460, 476
 Terapia de Juego, 16, 145, 157, 161
 Terapia de Mentalización, 149
 Terapia Dialéctica Conductual, 156, 560
 Terapia familiar, 143, 308, 534
 Terapia interpersonal, 357, 359
 Terapia motivacional, 307
 TERAPIA MOTIVACIONAL, 374
 Terapia Narrativa, 146, 162
 Terapias contextuales, 45, 601
 Terapias de tercera generación, 45, 601
 Terrores nocturnos, 417, 595, 624
 Tic, 207, 251
 Tics, 28, 61, 139, 207, 208, 209, 212, 251, 252, 615
 Tics complejos, 205, 212
 Tics fónicos complejos, 207
 Tics fónicos simples, 207
 Tics motores complejos, 207
 Tics motores simples, 207
 TICS TRANSITORIOS, 208
 Tiempo fuera, 154
 Tiempo fuera de reforzamiento positivo, 154
 Timidez, 59, 62, 293, 330, 344, 352, 405, 580
 TND, 29, 211, 262, 263, 266, 267, 270, 271, 441
 Tolerancia, 109, 131, 147, 150, 151, 252, 263, 286, 287, 288, 293, 298, 309, 397, 404, 422, 500, 520, 547, 570, 581, 608
 Tono muscular, 198, 410, 490, 579, 593
 Trance disociativo, 485, 629
 Transexual, 498
 Transexualismo, 63, 496, 499
 Transgénero, 498, 506
 Transportador DAT, 136
 Trastorno Bipolar, 21, 137, 138, 210, 252, 277, 303, 312, 339, 349, 351, 352, 355, 356, 420, 559, 360, 618, 619, 628
 Trastorno bipolar tipo II, 351
 Trastorno ciclotímico, 351
 Trastorno conversivo, 424
 Trastorno de ansiedad generalizada, 138, 320, 322, 323, 595, 617
 Trastorno de ansiedad por separación, 252, 322, 323, 428, 595, 625
 Trastorno de ansiedad social (fobia social), 322
 Trastorno de atracones, 382, 385, 390, 392, 596
 Trastorno de excoriación, 345, 546
 Trastorno de identidad disociativo (TID), 485
 Trastorno de la fluidez, 219, 611
 Trastorno de la identidad sexual, 499
 Trastorno de pánico, 210, 346
 Trastorno de rumiación, 379, 380, 621, 623
 Trastorno de Tourette, 206, 340
 Trastorno de Trance, 485, 629
 Trastorno del desarrollo sexual, 502
 Trastorno del espectro autista, 63, 378, 621
 Trastorno del Espectro del Autismo, 340, 579
 Trastorno del neurodesarrollo, 195, 204, 230, 231, 233, 239, 244, 272
 Trastorno depresivo, 210, 303, 312, 339, 340, 350, 356, 441, 596, 597, 625, 628
 Trastorno dismórfico, 333, 340, 344, 502
 Trastorno dismórfico corporal, 333, 340, 344
 Trastorno Esquizoafectivo, 356
 Trastorno explosivo intermitente, 273, 277, 597
 Trastorno negativista desafiante, 252, 338, 356, 571, 597, 616, 619, 621
 Trastorno obsesivo compulsivo, 252, 333, 483, 559
 Trastorno Obsesivo Compulsivo, 333, 334, 629
 Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, 244, 303, 311, 339, 354, 355, 356, 439, 441, 614, 615, 619, 626

- Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), 94, 615
- Trastorno por estrés postraumático, 356, 438, 627, 628
- Trastorno por movimientos rítmicos, 418
- Trastornos de ansiedad fóbica, 321, 323
- Trastornos de la conducta alimentaria, 340, 548
- Trastornos del despertar, 416, 417
- Trastornos del neurodesarrollo, 63, 207, 210, 339, 364, 420
- Trastornos Generalizados del Desarrollo, 177, 229
- Trastornos Respiratorios, 412
- Trata, 11, 75, 77, 106, 119, 148, 152, 154, 156, 157, 177, 181, 193, 196, 203, 212, 223, 242, 307, 319, 325, 327, 329, 364, 366, 393, 394, 395, 399, 400, 401, 406, 424, 438, 440, 450, 452, 457, 459, 496, 502, 508, 510, 512, 528, 531, 546, 548, 549, 556, 564, 569, 572, 574, 585, 591, 607, 630, 634
- Tratamiento conductual, 206, 406
- Tratamiento farmacológico, 20, 21, 206, 238, 276, 309, 329, 391, 399, 406, 463
- Tratamiento sustitutivo, 310
- Traumatismo craneoencefálico, 248
- Travesti, 498
- Travestismo, 499, 502, 630
- Tricotilomanía, 210, 342, 343, 346, 380, 621
- Tus, 300, 356, 477
- Uego problemático, 289
- UNICEF, 69, 77, 515, 530
- Unidad de agudos, 87
- Unidad de crisis, 87
- Validez, 33, 46, 100, 102, 103, 104, 105, 108, 110, 111, 112, 113, 114, 117, 120, 220, 221, 301, 351, 482, 554, 560, 585
- Valoración psicométrica, 249
- Velocidad de procesamiento, 222, 301
- Vía dopaminérgica, 133, 615
- Vidal Perera, 242
- Vínculo, 148, 160, 161, 248, 381, 387, 427, 434, 436, 437, 439, 443, 444, 477, 492, 514, 528, 530, 587
- Violencia de género, 69, 71, 76, 516
- Violencia física, 74, 514
- Volumen cerebral, 248, 500
- WHO (World Health Organization), 546
- Ziprasidona, 128, 137, 277

[CIR1][S2][S3]